

Anabela Mota Pinto
Manuel Veríssimo
João Malva

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

Manual do Cuidador

Imprensa da Universidade de Coimbra
Coimbra University Press

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

Manual do Cuidador

TÍTULO

Manual do Cuidador

COORDENADORES

Anabela Mota Pinto

Manuel Veríssimo

João Malva

EDITOR

Imprensa da Universidade de Coimbra

Coimbra University Press

CONTACTO

www.uc.pt/imprensa_uc

imprensa@uc.pt

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Imprensa da Universidade de Coimbra

DESIGN

Catarina Parente

REVISÃO

Joana Neto

Sílvia Nolan

EXECUÇÃO GRÁFICA

KDP - Kindle Direct Publishing

ISBN

978-989-26-1850-0

eISBN

978-989-26-1851-7

DOI

<https://doi.org/10.14195/978-989-26-1851-7>

DEPÓSITO LEGAL

466689/20



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
ENSINO A DISTÂNCIA

Anabela Mota Pinto
Manuel Veríssimo
João Malva

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

Manual do Cuidador

Índice



NOTA INTRODUTÓRIA	10
O que é o Guia do Cuidador, como surgiu e como está organizado. A importância da formação do cuidador Anabela Mota Pinto, Manuel Veríssimo, João Malva	12
O CUIDADOR – QUE PAPEL DESEMPENHA	14
1. Cuidar da Pessoa Idosa: Habilidades Fundamentais João Paulo de Almeida Tavares	16
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL - CONHECIMENTO ESTRUTURANTE	36
2. Envelhecimento - da Epidemiologia à Fisiopatologia Anabela Mota Pinto, Vitor Rodrigues, Manuel Santos Rosa, Catarina Resende Oliveira	38
3. A Patologia Crónica mais Característica do Idoso Manuel Teixeira Veríssimo	51
4. As Síndromes Geriátricas Manuel Teixeira Veríssimo, Rafaela Veríssimo	60
5. Atividade Física e Envelhecimento Raúl Agostinho Martins	68
6. Os Benefícios da Nutrição no Envelhecimento Maria Helena Vieira Soares Loureiro	76
7. A Gestão dos Afetos na Idade Avançada Margarida Pedroso de Lima	93
8. O Idoso Precisa de Ajuda - Sinais de Alerta Helder Esperto	98

OS PILARES INTERDISCIPLINARES - MÉDICO, CUIDADOR E TECNOLOGIA **108**

9. Polimedicação e Adesão à Terapêutica 110

Carlos Alberto Fontes Ribeiro

10. Quedas - Orientações para Cuidadores 122

Ana Filipa Pinto, José António Pereira Silva

11. Prevenção da Fragilidade Associada ao Processo de Envelhecimento e ao Declínio Cognitivo 134

Albertina Lima de Oliveira

12. Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota 144

António Morais, Zita Caetano, Fernando Gomes da Costa, António Lindo da Cunha

13. O Idoso e a Sociedade 154

Maria do Rosário Gama, Ângela Dias da Silva

14. O Cuidado Complementar 160

Carina Bordalo Martins Soares Dantas

O CUIDADOR – O QUE DEVE SABER SOBRE A SAÚDE E OS DIREITOS DO IDOSO **172**

15. Alteração da Mobilidade 174

António Araújo, António Azenha, João Páscoa Pinheiro

16. Acamados 182

João Paulo de Almeida Tavares

17. Diabetes Mellitus 193

Maria Leonor Viegas Gomes

18. Défice Cognitivo e Demência	203
Isabel Santana	
19. Patologia Cardíaca Crónica no Idoso	216
Filipa Homem, Ana Cristina Marques, Anaísa Reveles, Lino Gonçalves	
20. Patologia Respiratória Crónica no Idoso	223
Carlos Robalo Cordeiro	
21. Abordagem da Dor no Doente Idoso	230
Ana Valentim, Elsa Santos, Juliana Paciência	
22. Desnutrição e Desidratação	240
Lélita Santos	
23. Perturbações de Sono no Idoso	246
Elisabete Albuquerque, Joaquim Cerejeira	
24. Saúde Oral e Envelhecimento	255
Luís Carvalho Alves	
25. Prevenção e Controlo da Infecção	268
João Pedro Ferreira Fonseca	
26. Higiene da Pessoa Idosa	275
João Paulo de Almeida Tavares	
27. Identificação e Atuação em Situações de Emergência no Idoso	288
Rafaela Veríssimo	
28. Obstipação	301
Pedro Narra Figueiredo	

29. Incontinência Urinária 306

Patrícia Afonso Mendes, Edgar Tavares-da-Silva

30. Direitos do Idoso Dependente 314

Paula Távora Vítor

CUIDAR TAMBÉM DE SI... 328

31. O Cuidador Também Precisa de Ser Cuidado? Cuidar das Condições Físicas e Psicológicas do Cuidador 330

Daniela Figueiredo

32. Lidar com a Perda /Morte da Pessoa Cuidada 340

Luís Miguel Batista da Costa

33. Grupos de Apoio 350

Margarida Pedroso de Lima

34. Cuidado Centrado na Funcionalidade: uma “Nova” Abordagem no Cuidado 358

João Paulo de Almeida Tavares, Lisa Nogueira Veiga Nunes, Joana Catarina Gonçalves Grácio

CASOS NA INTERAÇÃO CUIDADOR-IDOSO 372

I. Maria da Luz, uma idosa de 76 anos com diagnóstico de AVC 374

II. O Inverno do João... 385

III. A D. Maria Vitória e o Marido 392

IV. A Professora Emília e a Cuidadora Patrícia 399

V. O Sr. Eduardo e o Seu Benfeitor 406

VI. O Caso do Sr. M 415

VII. A D. Rosa e o Quisto de Tarlov 425

VIII. Ana Maria Pereira	430
IX. A Minha História	438
X. O Manuel e a Maria	445
XI. A Sr ^a . ME	453
XII. A D. Maria Januário	466

RECURSOS **475**

Bibliografia	476
Siglas	487

O Manual do Cuidador, como surgiu e como está organizado

O Manual do Cuidador surge, na sequência de um curso de ensino a distância, de formação de Cuidadores formais (profissionais de saúde) e informais (familiares, outros cuidadores).

Segundo os dados de 2016 da PORDATA, em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Ainda em 2015, o índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 143,9%, e a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres. Esta alteração tão frontal na demografia populacional, exige que haja uma resposta na política de saúde, uma intervenção na educação dos cidadãos, exige também uma adaptação da sociedade e do ambiente (nomeadamente cidades) onde se vive.

Muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial para melhorar.

Repensar o envelhecimento e garantir um conjunto de medidas e orientações para uma melhor gestão na saúde e na doença, foi o grande objetivo deste manual do cuidador.

A visão multidisciplinar das várias especialidades médicas, os cuidados de enfermagem, a adesão à terapêutica, a prevenção da polimedicação e das quedas, orientações para a otimização da capacidade funcional, a gestão dos afetos são alguns dos temas abordados.

A cidadania e o envolvimento do idoso na sociedade, as novas tecnologias com soluções integradas de saúde e monitorização remota são também debatidos em alguns capítulos. É importante referir que o envelhecimento da população tem gerado uma evolução tecnológica em torno deste processo, o que tem proporcionado oportunidades até aqui não disponíveis.

O cuidador também precisa de ser cuidado e tendo em conta este assunto em particular debatemos as condições físicas e psicológicas de um apoio, que na maioria das vezes obriga o cuidador a estar disponível 24 horas por dia.

O Manual do Cuidador para um “Envelhecimento Ativo e Saudável – Orientações para melhor gestão na Saúde e na Doença”, encontra-se dividido em 6 módulos: O cuidador – que papel desempenha; O cuidar do outro


(conhecimento estruturante); Os pilares interdisciplinares (médico, cuidador e tecnologia); O cuidador – o que deve saber sobre a saúde e os direitos do idoso; Cuidar também de si e terminamos com a partilha de Histórias de vida (experiências de cuidadores).

Os temas destacam a interdisciplinaridade necessária ao conhecimento do processo do envelhecimento, que possibilitam uma formação completa nesta área realçando a importância do indivíduo, da sociedade, das escolhas de estilo de vida e da compreensão do envelhecimento no contexto biológico, psicológico e de saúde para a otimização do percurso de vida que proporciona estratégias de prevenção da fragilidade, do declínio físico e cognitivo. A aquisição de competências na comunicação entre serviços clínicos integrados, cuidadores e profissionais de saúde e, no módulo do cuidador, o conhecimento de como ajudar a tratar o idoso com alteração da mobilidade, acamamento, diabetes, défice cognitivo/demência, patologia crónica, dor, desnutrição e perturbações do sono, são objetivos que pretendemos atingir.



O Cuidador





O Papel que Desempenha

1.

Cuidar da pessoa idosa: habilidades fundamentais

JOÃO PAULO DE ALMEIDA TAVARES

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

DEFINIÇÃO DE CUIDAR

A palavra cuidar faz parte do léxico comum do ser humano. Segundo o Dicionário Editora da Língua Portuguesa¹, trata-se de um verbo transitivo que significa:

- Tratar de alguém, garantindo o seu bem-estar, segurança, etc.;
- Tomar conta de;
- Garantir a preservação de algo;
- Ocupar-se de; responsabilizar-se por;
- Dedicar esforço e tempo (a algo) com determinado objetivo;
- Apressar-se a cumprir determinada tarefa; fazer (algo) com diligência;
- Prestar atenção a; reparar;
- Pensar; ponderar.

O cuidado é a ação de cuidar; por extensão, o cuidador é aquele que cuida. Na definição da palavra fica patente que cuidar de alguém implica atenção, dedicação e esmero. Dois significados fundamentais e interligados surgem associados ao cuidado - o primeiro é a atitude de dedicação, solicitude/zelo e de atenção ao outro; o segundo refere-se ao envolvimento afetivo entre o cuidador e a pessoa cuidada, no sentido em que estes se sintam efetivamente ligados.

A ação de cuidar esteve, desde sempre, relacionada com a condição humana, estando presente em todas as etapas do ciclo de vida, desde a infância até à morte. Deste modo, cuidar é universal, plural e encontra-se vinculado a aspetos culturais, o que lhe confere diversidade. O cuidado, em muitos momentos, traduz o encontro entre diferentes gerações (por exemplo, filho a cuidar de pais, jovens adultos a cuidarem de pessoas idosas), pelo que compreender o que o cuidado significa também é compreender a cultura das pessoas idosas.

O cuidar não é apenas uma questão de boas intenções, envolvendo conhe-

1) Publicado pela Porto Editora em 2015.

cimento sobre quem são os outros, quais as suas capacidades e limitações. Cuidar é um processo integral e complexo da pessoa, daí a afirmação “cuidar com”. O cuidador é, então, coparticipante, visto que a pessoa cuidada tem de ser encarada com ativa nesta parceria. Cuidar é um processo inter-relacional e contextual que requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do cuidador e comprometimento para com o próprio e para com os outros. Cuidar envolve o acompanhamento da pessoa no seu restabelecimento, tendo em conta as suas necessidades fundamentais.

Cuidar de alguém implica três vetores centrais: a autenticidade, que tem a ver com a integralidade e genuinidade da pessoa; a vulnerabilidade, que tem a ver com a possibilidade de estar aberto a um “potencial dano”; e, também, o conhecimento e experiência de quem cuida. Cuidar de pessoas idosas, tal como já sugerido, envolve a consciência da própria pessoa cuidadora, de estar acessível ao outro e disposto a envolver-se com ele.

Implica fazer tudo isso de forma organizada e com conhecimento para que se possa otimizar a saúde, gerindo os problemas existentes. Quando se cuida de pessoas idosas deve-se parar para refletir sobre a própria autenticidade – *estou a fazer isto porque me preocupo com a pessoa ou porque me mandaram fazer assim?* sobre a própria vulnerabilidade – *quando foi a última vez que partilhei uma emoção com a pessoa de quem cuido?* *Quando foi a última vez que chorei ou ri com a pessoa de quem cuido?* sobre a forma como se fazem as coisas – *quando foi a última vez que parei e realmente ouvi a pessoa para saber o que sente, como gostaria que procedesse para a ajudar?*

No cuidado à pessoa idosa três elementos devem ser considerados: o **SER** (atitudes), o **SABER** (conhecimento) e o **FAZER** (habilidades) (tabela 1).

O **SER** reporta-se à competência afetiva-expressiva. Assenta nas características e nas capacidades pessoais para estabelecer e manter relações afetivas. Permite ao cuidador relacionar-se bem consigo próprio, com o meio ambiente e com os outros. Expressa, ainda, autonomia, liberdade de escolha e independência, respeito e aceitação pelo valor das pessoas, responsabilidade, solidariedade e confidencialidade pelo outro (dimensão ético-moral).

O **SABER** reporta-se à competência cognitiva, englobando os modos de apropriação e integração dos saberes, no e pelo contexto de cuidar. Implica

aprender “novas formas de fazer” com base no conhecimento mais atualizado e credível.

O **FAZER** reporta-se à competência instrumental/técnica do cuidar, engloba a execução de técnicas e habilidades. Exige, em alguns casos, formação específica e um conjunto de conhecimentos e técnicas adequadas que o cuidador precisa adquirir (por exemplo, alimentação por sonda naso-gástrica).

SER	SABER	FAZER
Atitudes	Conhecimento	Habilidades
<p>Afetiva Expressiva</p> <p>Reflexão sobre atitudes, conhecimento sobre os afetos, que possibilita um melhor relacionamento com os outros.</p> <p>Formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro. A demonstração de afeto é identificada como sendo uma forma de expressão do cuidado, a qual envolve a demonstração de amor, carinho e amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz.</p>	<p>Cognitiva</p> <p>Para saber e aprender há que manter a mente aberta ao conhecimento.</p> <p>Implica a formação, planeamento e treino de técnicas.</p>	<p>Instrumental Técnica</p> <p>Permite passar do conhecimento do cuidado para a ação de cuidar, desenvolvendo “novas habilidades” necessárias a um cuidado de qualidade.</p>

Tabela 1 – Elementos para a formação no cuidado

A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

A comunicação é um pilar essencial no cuidado, implicando uma troca contínua de informação, pensamentos, ideias e desejos, que facilitam a compreensão mútua de todo o processo de saúde-doença. A comunicação é individualizada, específica e permite à pessoa sentir-se especial e importante, expressando vontades de relacionamento recíproco.

Destacam-se dois tipos de comunicação: a verbal (7%) e a não-verbal (93%). A primeira é a falada, engloba a linguagem, os dialetos e as canções. A segunda engloba tudo aquilo que pode ter significado para o emissor ou recetor, exceto as palavras em si mesmas. Na comunicação não-verbal destaca-se a linguagem do corpo, o toque, o olhar, as expressões, o comportamento, os gestos e o silêncio.

Uma comunicação eficaz com a pessoa idosa requer:

1. Necessidade e desejo de partilhar informação;
2. Aceitação de que existe mérito e valor no que a outra pessoa diz, demonstrada através de disponibilidade para cuidar da pessoa com genuíno respeito e dignidade;
3. Compreensão dos fatores que podem interferir ou tornar-se barreiras à comunicação (por exemplo, julgar, sarcasmo, acusação, insultos, interrupções, infantilização, ignorar, expressões faciais inapropriadas, inatenção, uso de gestos agressivos e incorretos e falta de conhecimento em relação à pessoa idosa);
4. Desenvolvimento de estratégias para facilitar a comunicação.

Uma boa comunicação é parte importante do desenvolvimento do cuidado. No quadro 1 apresenta-se um conjunto de perguntas que o irão ajudar a refletir sobre as suas competências e técnicas. As pessoas idosas, em especial as mais dependentes, podem ter dificuldade em articular palavras ou sofrerem mudanças na perceção, tais como perda de audição e de visão, o que pode alterar o processo de comunicação, contribuindo para uma perda de significado na comunicação verbal.

ESTRATÉGIAS PARA FACILITAR A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

- Evite falar de forma paternalista;
- Tenha paciência e empatia quando existem dificuldades na comunicação (por exemplo, demência, déficit auditivo);
- Se estiver stressado ou irritado evite falar com a pessoa;
- Transmita segurança, confiança e mantenha o contacto físico;
- Fale de frente e com os lábios ao nível da pessoa, procurando manter sempre contacto visual;
- Monitorize e controle o seu comportamento não-verbal - preste especial atenção à linguagem corporal (esta deve estar em consonância com o que está a dizer);
- Elimine distrações (por exemplo, minimize o ruído ambiente) e prefira locais com melhor iluminação;
- Aborde a pessoa de forma suave e pela frente;
- Exprese compaixão e compreensão para ajudar a pessoa a gerir o medo e incerteza associado ao processo de envelhecimento, doença ou incapacidade;
- Personalize o cuidado procurando informações sobre crenças e valores culturais da pessoa;
- Envolver a pessoa na tomada de decisão;
- Evite linguagem infantil e diminutivos;
- Tenha em consideração a forma como vai dizer os conteúdos que necessita;
- Use linguagem direta, concreta e contestável;
- Verifique a compreensão da informação durante a conversa;
- Mantenha um tom comunicativo positivo ao falar;
- Fale antes do toque e com frases curtas e simples;

→ Faça uma questão ou dê uma instrução de cada vez, dando tempo para que a pessoa possa responder ou fazer.

Eu	Escuta	Interpretação
Pergunte a si próprio:	Pergunte a si próprio:	Pergunte a si próprio:
As minhas palavras e ações correspondem aos seus sentimentos?	Estou com uma postura de abertura ou com os braços cruzados?	A pessoa idosa sente que valida a informação que recebeu?
Sou gentil e respeitoso em relação às pessoas?	Mantenho o contacto visual?	Que sentimentos/ problemas estão a ser comunicados pela pessoa idosa?
Que tom de voz e linguagem corporal estou a utilizar?	Acompanho a conversa?	Que informação está a receber da comunicação não-verbal da pessoa idosa?

Quadro 1 – Auto avaliação sobre a sua competência comunicacional

Fonte: Berger, L. - Relação de ajuda em gerontologia. In Pessoas idosas – Uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995

HABILIDADES FUNDAMENTAIS NO CUIDAR

Cuidar, como já referido, implica habilidades específicas e não apenas interesse e boa vontade, embora estes atributos sejam fundamentais. Para além dos aspetos mencionados reporta-se, seguidamente, um conjunto de habilidades fundamentais para o desenvolvimento do cuidado.

Para cuidar de pessoas idosas é importante lembrar-se de que o principal recurso é você. “Ninguém nasce ensinado”, pelo que algumas habilidades, para uns mais inatas do que para outros, irão:

1. Ajudá-lo a compreender melhor a pessoa de quem cuida;
2. Fazer com que a pessoa cuidada perceba que é importante;
3. Permitir-lhe identificar as suas emoções;
4. Ajudá-lo a identificar as suas necessidades;
5. Ajudá-lo a identificar os seus problemas;
6. Ajudá-lo a desenvolver um planeamento do cuidado, realista e eficaz.

I. ENCARAR O ENVELHECIMENTO COMO UM PROCESSO DE “GANHOS E PERDAS”

Cuidar de pessoas idosas, em especial dependentes, pode ser gerador de ideias negativas sobre o envelhecimento. As atitudes em relação à velhice fazem parte de um campo complexo que inclui crenças, preconceitos e estereótipos. Este campo leva a uma “construção da realidade” que pode influenciar, fortemente, a forma de cuidar de uma pessoa idosa. A construção de uma realidade positiva e realista sobre o envelhecimento é muito importante. O fundamental é ver a pessoa como pessoa, sem pessimismos ou otimismo irrealistas. Procure os aspetos positivos da situação que está a viver. Quando cultivamos uma visão negativa, tudo parece pior, tudo corre mal.

Procure responder a estas questões:

- O que é para mim envelhecer?
- Quais são as minhas crenças sobre os velhos?
- Como entendo o envelhecimento da pessoa de quem cuido?

II. TEMPORALIDADE DO CUIDADO

Com o envelhecimento a pessoa precisa de mais tempo e calma para realizar as suas atividades. Muitas vezes, por pressões várias (por exemplo, rotinas, horários, compromissos profissionais), o tempo do cuidador é “mais veloz” do que o da pessoa cuidada. Assim, a pessoa idosa e o cuidador têm “ritmos diferentes”, o que pode levar a um menor envolvimento e participação desta, tornando-a uma recetora passiva de cuidado. Como cuidador, antes

de iniciar o seu dia, pergunte-se: *Como irei gerir o meu tempo para manter ou potenciar as capacidades da pessoa de quem cuido?* Cada pessoa tem o seu ritmo e tempo para fazer as atividades, sendo que nas pessoas idosas esse pode ser mais demorado. Não perca a paciência, procure respeitar a temporalidade da pessoa, poderá ficar surpreendido com aquilo que ela ainda pode fazer.

III. ESCUTA

“Escutar” não é sinónimo de “ouvir”. Constitui um elemento indispensável à comunicação interpessoal e procura mais a compreensão do que a avaliação da mensagem. Para escutar eficazmente e de forma ativa:

- Escolha um local calmo e silencioso que permita a escuta;
- Dê atenção total expressa pela postura relaxada, contacto visual e uma distância confortável para a pessoa, mas que permita vê-la e ser vista por ela;
- Siga a conversa evitando interromper a pessoa, fazendo uma pergunta ocasional e dando tempo suficiente para a pessoa responder. Procure compreender o que a pessoa idosa fala e não fala;
- Responda à pessoa; isso demonstra atenção e empatia. Repita para a pessoa, porém com as próprias palavras, o que foi dito para verificar se a sua compreensão foi correta;
- Respeite, compreenda e interprete o silêncio.

IV. EMPATIA

Capacidade para saber colocar-se no papel da pessoa idosa para compreender melhor aquilo que ela vive e como o vive. A empatia é a intenção de compreender os sentimentos e emoções, de forma a tentar vivenciar de forma objetiva e racional o que a pessoa idosa sente.

Estratégias que podem ajudar:

- Identifique corretamente as emoções da pessoa, muitas vezes as pessoas idosas evitam expressar ou camuflam as suas emoções e vivências;

- Perceba a intensidade das emoções;
- Ajude a pessoa idosa a expressar as suas emoções;
- Use uma linguagem verbal e não-verbal que vá ao encontro das emoções da pessoa idosa. Ela irá sentir-se compreendida.

V. RESPEITO

Atitude que considera a outra pessoa como um ser aceitável e como um objeto de afeto. Respeitar é aceitar a pessoa, os seus valores, a sua experiência e a situação que está a viver segundo a perspectiva da pessoa. Significa, ainda, reconhecer as capacidades da pessoa e auxiliá-la a identificá-las e utilizá-las para lidar com os problemas da forma independente e o mais autónoma possível.

Estratégias que podem ajudar:

- Estabeleça uma relação que envolva a escuta ativa e presença verdadeira;
- Aceite a pessoa incondicionalmente, evitando juízos críticos ou depreciativos;
- Demonstre afeto e cordialidade;
- Acredite que a pessoa pode decidir o “seu destino”;
- Manifeste compreensão e dedicação.

VI. CONGRUÊNCIA

Capacidade que a pessoa tem de ser ela própria durante uma relação e de exprimir abertamente o que sente e o que está a viver.

Estratégias que podem ajudar:

- Seja espontâneo e evite uma atitude defensiva;
- Valorize o seu papel de cuidador e partilhe isso com a pessoa;
- Seja autêntico, autorreconhecendo-se e respeitando-se, acreditando

em si e observando atentamente o seu comportamento não-verbal, sendo coerente entre o que diz e o que faz.

VII. CLARIFICAÇÃO

Capacidade para manter uma comunicação clara, concreta e eficaz de modo a ajudar a pessoa idosa a formular e delimitar melhor o seu problema.

Estratégias que podem ajudar:

- Auxilie a pessoa a refletir sobre seus problemas e a descrevê-los em toda a sua extensão, intensidade e complexidade;
- Faça perguntas que podem ajudar a clarificar: *Quem?, O quê?, Onde?, Como? e Porquê?²*;
- Fale no presente e utilize a palavra “eu”;
- Ajude a pessoa a identificar e a descrever as suas emoções, sentimentos e percepções;
- Resuma ou peça à pessoa para resumir o conteúdo da comunicação verbal e não-verbal.

VIII. SENSIBILIDADE, AFETO E PRESENÇA

Para expressar esta habilidade utilize as seguintes estratégias: a) contacto direto e disponibilidade; b) relação com a pessoa cuidada ao nível físico, social e emocional; c) capacidade de interpretar corretamente as informações da pessoa, enquadrando-as na sua história de vida e no processo de saúde-doença; e d) conhecimento do percurso pessoal, gostos, hábitos e costumes.

IX. ATITUDE POSITIVA E NÃO VITIMIZAÇÃO

Embora o cuidado, em alguns momentos, possa ser frustrante e desgastante, vitimizar-se não irá mudar a realidade. Expresse os seus sentimentos. Nas situações de adversidade é necessário analisar friamente os recursos

2) Tenha em atenção que o uso do porquê indiscriminadamente pode despertar na pessoa idosa a necessidade de se justificar, levando a uma atitude de defesa.

que dispõe e quais as ferramentas que estão nas suas mãos que permitam modificar a situação.

X. CONFIANÇA EM SI PRÓPRIO

Conhecer-se é fundamental. Somente com conhecimento pessoal irá sentir-se confiante e mover-se-á para compreender o outro e, a partir daí, estabelecer uma verdadeira relação de ajuda.

XI. CAPACIDADE DE ADAPTABILIDADE E FLEXIBILIDADE

No planejamento do cuidado seja flexível, permitindo ajustes de última hora. Adapte-se aos hábitos e preferências da pessoa, será sempre mais fácil para o cuidador fazer esse processo. Isto é particularmente relevante nas pessoas com demência. Estar preparado para compreender que as coisas podem ser diferentes do que planeou irá ajudá-lo a lidar com imprevisibilidade.

XII. HUMOR

O humor é um importante aliado no estabelecimento de uma relação com a pessoa idosa. Lembre-se de que deve ser respeitoso e adequado ao contexto histórico e pessoal. O humor, quando não adequado, pode fazer com que a pessoa se sinta ridicularizada. Se bem utilizado, o riso pode ser um bom remédio.

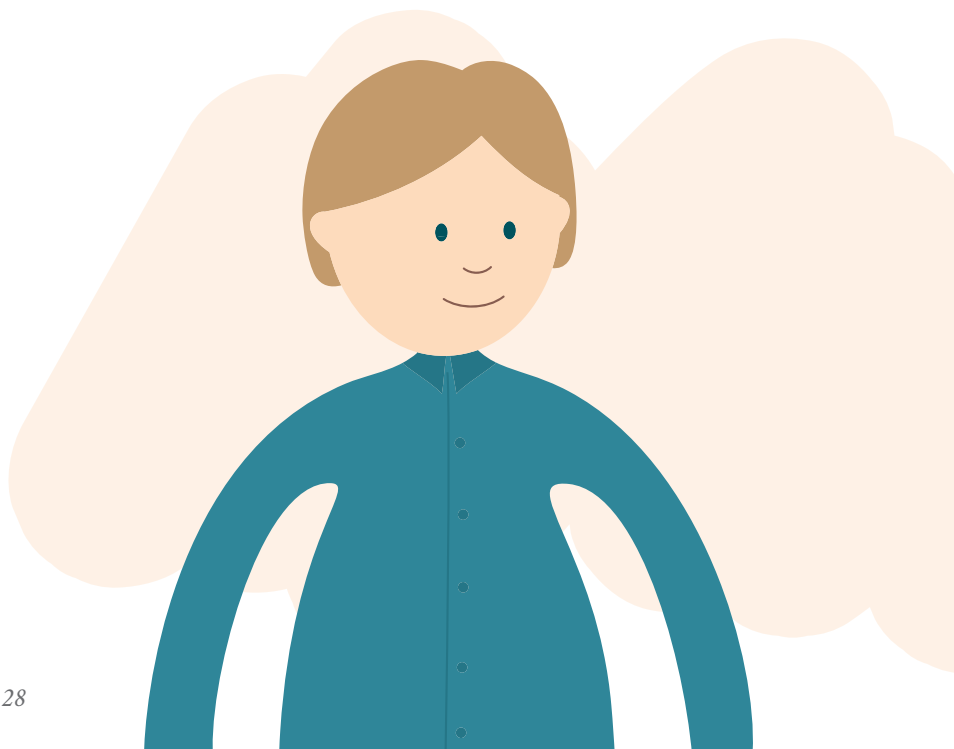
O CUIDADOR

Cuidar de uma pessoa idosa significa ajudá-la, responder às suas necessidades básicas, tentando manter o bem-estar com a maior qualidade e carinho possíveis. O cuidado pode ser assegurado por um cuidador formal ou informal. O primeiro é o profissional que apoia a pessoa cuidada de forma estruturada em função da sua área profissional. Este cuidador fortalece o sistema de apoio informal e estabelece estratégias de coordenação entre os apoios formais e informais. O cuidador informal é a pessoa que pertence à família, rede de amigos, vizinhos ou pessoas organizadas na comunidade.

Caracteriza-se por ser um cuidador aquele que:

- É voluntário e não remunerado;
- Mantém afetividade na relação;
- Desempenha um cuidado permanente e não esporádico;
- Ajuda a pessoa idosa a permanecer no espaço habitacional e social;
- Evita ou retarda a institucionalização;
- Reduz a necessidade de recursos formais;
- Constitui a rede de apoio mais importante e valorizada pela pessoa idosa.

Geralmente a pessoa mais próxima assume a responsabilidade de cuidar e supervisionar o cuidado, sendo chamada de cuidador principal. Muitas vezes, este cuidador tem ajuda, suporte ou colaboração de outros cuidadores (familiares, amigos, vizinhos), designados de secundários. Contudo, é o



cuidador principal que:

- Se responsabiliza por quase todos os aspectos da vida da pessoa (quadro 2 e 3);
- Decide onde e quando devem investir-se esforços e recursos pessoais e financeiros;
- Enfrenta a sobrecarga física e emocional do cuidado contínuo;
- Enfrenta a perda gradual de autonomia, tendo de conciliar o cuidado com a manutenção das suas relações familiares, laborais e sociais/lazer.

O cuidador é uma pessoa que dedica grande parte do seu tempo e esforço a conseguir que a pessoa idosa, independentemente do seu grau de dependência, possa realizar as suas atividades de vida diária, ajudando-o a consciencializar-se sobre o processo de envelhecimento e a adaptar-se às limitações que decorrem do processo de dependência.

Deste modo, o cuidador deve ter como foco principal a capacidade funcio-



nal³, ou seja, a capacidade da pessoa idosa realizar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e do que a rodeia de forma independente.

A capacidade funcional, normalmente, inclui dois tipos de atividades: as atividades básicas de vida e as atividades instrumentais de vida. Nos quadros 2 e 3 apresentam-se essas atividades e algumas tarefas e competências⁴ do cuidador.

Atividades de autocuidado, essenciais à sobrevivência no dia a dia.	
Atividade	Algumas das tarefas
Higiene pessoal	- Auxiliar no banho - Realizar higiene oral - Higiene perianal, etc.
Vestir	- Vestir e calçar a pessoa.
Alimentação e nutrição	- Assegurar uma correta alimentação e hidratação, etc.
Controlo da eliminação (urinária e fecal)	- Promover a continência, auxiliando a pessoa a ir à casa de banho ou a utilizar produtos de apoio; - Evitar o uso de fralda; - Vigiar o volume urinário.
Deslocar-se dentro de casa	- Ajudar nas mobilizações; - Gerir transferências.

Quadro 2 – Atividades básicas de vida diária

3) [Glossário] **Capacidade funcional**: A aptidão de manter as habilidades mentais e físicas para viver de forma independente e autónoma.

4) [Glossário] **Competências**: Conjunto de conhecimentos, capacidades, qualidades e comportamentos que contribuem para o êxito na execução de determinada tarefa.

Atividades necessárias a sustentar uma vida independente na comunidade. Englobam tarefas mais complexas inerentes à participação social da pessoa.	
Atividade	Algumas das tarefas
Sair de casa	- Ajudar nas deslocções; - Acompanhar à farmácia, a serviços de saúde, etc.
Atividades em casa	- Realizar a limpeza da casa; - Cozinhar, cuidar da roupa; - Fazer compras.
Questões administrativas	- Tratar de documentação.
Administração de dinheiro e/ou bens	- Proteger bens; - Gerir contas bancárias adequadamente; - Realizar pagamentos.
Toma da medicação	- Administrar corretamente a medicação; - Controlar horários da medicação.

Quadro 3 - Atividades instrumentais de vida diária

Para além de promotor da capacidade funcional da pessoa idosa, o cuidador é também:

- ➔ Informante privilegiado dos processos de saúde e doença da pessoa cuidada;
- ➔ Participante na tomada de decisão. Contudo, deve prevalecer o princípio de autonomia (tomada de decisão) da pessoa cuidada; cabe ao cuidador responder às decisões e preferências da pessoa idosa, mesmo que mais dependente.

O papel de cuidador pode variar com o tempo. A intensidade, complexidade, imprevisibilidade e duração do cuidado são fatores determinantes na hora de estabelecer uma atividade de cuidado.

O cuidador, em especial o cuidador principal, pode experienciar aspectos positivos e negativos. Apesar do ato de cuidar implicar uma sobrecarga física e emocional, muitos cuidadores experienciam satisfação, gratificação, reconhecimento social, maior união familiar, maior atividade física e desenvolvimento de empatia. Estes são aspectos positivos do papel de cuidador que importa valorizar. O cuidador deve dizer a si próprio que o que faz é umas das experiências mais dignas e merecedoras de reconhecimento por parte da sociedade. Contudo, o cuidador não deve deixar de estar alerta aos sinais de sobrecarga (quadro 4).

Não deixe de pedir ajuda. Cuide-se para poder cuidar.

Físicos	Psíquicos/ emocionais	Sociais
Cansaço, falta de apetite; Alterações do sono; Dores musculares, palpitações; Desleixo no aspeto físico; Aumento do consumo de medicação para a depressão e ansiedade; Estar doente com mais frequência	Tristeza, sentimentos de culpa; Baixa satisfação com a vida; Diminuição da autoestima; Irritabilidade, mudanças de humor; Dificuldade em concentra-se; Perda de memória.	Rutura de relações com familiares ou amigos; Desinteresse por atividades que anteriormente realizava; Solidão e sentimentos de isolamento; Diminuição da produtividade; Aumento das despesas.

Quadro 4 - Sinais de sobrecarga do cuidador

DIREITOS DO CUIDADOR

1. Tem direito a cuidar de si;
2. Tem direito a receber ajuda por parte dos familiares no cuidado à pessoa idosa dependente;
3. Tem direito a procurar ajuda;
4. Tem direito a ficar aborrecido, deprimido e triste;
5. Tem direito a não deixar que os seus familiares tentem manipulá-lo com sentimentos de culpa;
6. Tem direito a receber consideração, afeição, perdão e aceitação dos seus familiares e da comunidade;
7. Tem direito a orgulhar-me do que faz;
8. Tem direito a proteger a sua individualidade, os seus interesses pessoais e as suas próprias necessidades;
9. Tem direito a receber formação e treino para cuidar melhor da pessoa idosa dependente;
10. Tem direito a ser feliz!

O QUE PODE FAZER?

Muitas vezes o cuidador vai assumindo esse papel sem se dar conta (por exemplo, no caso de um familiar com demência); noutros casos o assumir do papel acontece de forma abrupta (por exemplo, no caso de uma pessoa com acidente vascular cerebral ou trombose).

➔ **Informe-se e aconselhe-se** com profissionais de saúde para saber mais sobre as doenças, sobre como cuidar melhor da pessoa, sobre os recursos, ajudas sociais e produtos de apoio⁵ existentes no mercado dos

5) [Glossário] **Produtos de apoio:** Os produtos de apoio são “produtos, instrumentos, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação” (Decreto-lei n.º 93/2009 de 16 de abril, art.º4, alínea b).

quais pode necessitar;

- **Não pretenda suportar a carga toda sozinho.** Peça ajuda a familiares, amigos e vizinhos. Organize-se com a família para distribuir responsabilidades pessoais, materiais e económicas. Não despreze as oportunidades de ser ajudado por orgulho ou por algum ressentimento;
- **Esteja atento aos sinais de sobrecarga.** Esses sinais decorrem da situação vivenciada como cuidador. Não deixe de procurar ajuda por vergonha. Pedir ajuda não é sinal de fraqueza;
- **Cuide de si, para cuidar dos outros.** Recorde que o bem-estar da pessoa cuidada depende do seu próprio bem-estar. Cuide da sua saúde, vá com regularidade ao médico, respeite os seus horários das refeições e mantenha uma dieta equilibrada;
- **Aprenda a dizer NÃO** a solicitações não urgentes;
- Se sentir tristeza, irritação, vazio, culpa e ingratidão não se esqueça de que são sentimentos normais. **Partilhe-os com pessoas de confiança;**
- **Aprenda a ser tolerante consigo mesmo,** tire tempo para si. Dedique-se a atividades que lhe deem prazer. Não se isole, mantenha os seus contactos sociais e fomente a sua autoestima, valorizando o que faz no dia a dia;
- **Esteja atento aos restantes elementos da família,** eles também precisam de si e podem ajuda-lo a “recarregar energia”;
- **Pode precisar de descansar.** Procure ajuda profissional para obter informação sobre os recursos existentes na sua comunidade que o podem auxiliar. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados contempla uma resposta que visa o descanso do cuidador, até 90 dias por ano. Procure informar-se com o serviço social local;
- **Procure associações e grupos de ajuda para cuidadores.** Solicite informação. Pode partilhar dúvidas e preocupações, receber informação e recursos pessoais e materiais.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- Cuidar é um processo integral e complexo que envolve o cuidado e acompanhamento da pessoa cuidada, mas também um efetivo envolvimento e empatia entre esta e o cuidador.
- Comunique de forma positiva com a pessoa cuidada, transmitindo segurança, confiança e respeito. A comunicação é um pilar essencial no cuidado.
- Valorize-se. Ser cuidador é das experiências mais dignas e gratificantes do ser humano.

Envelhecimento Ativo e Saudável





Conhecimento Estruturante

2.

Envelhecimento

—

da Epidemiologia à Fisiopatologia

ANABELA MOTA PINTO

Professora Catedrática da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

VÍTOR RODRIGUES

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

MANUEL SANTOS ROSA

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

CATARINA RESENDE DE OLIVEIRA

Professora Catedrática Jubilada da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

A palavra Envelhecimento embora sendo uma palavra que nos é muito familiar, não tem, no entanto, uma definição simples. Ao falarmos de Envelhecimento pode ocorrer-nos um aspeto positivo, como quando nos referimos ao “envelhecimento de um vinho”. Mas quando particularizamos no contexto do ser humano e a menos que indicado de outra forma, o termo “envelhecimento” refere-se ao processo biológico de envelhecer num sentido prejudicial e que alguns autores denominam “senescência”. É definido como um processo intrínseco, no qual há uma progressiva deterioração da função fisiológica, um aumento da vulnerabilidade à lesão e uma probabilidade aumentada de morte.

O termo “idoso” engloba um conjunto de subtipos, com características diferentes e que poderemos classificar, de uma forma geral, em “Idosos muito dependentes”, com idades – sobretudo - acima dos 85 anos e com dependência que resulta do envelhecimento natural ou que surge em resultado de doença; “Idosos dependentes”, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes; “Idosos independentes”, que mantêm as suas capacidades mas poderão estar inativos, por opção, e que embora com autonomia requeiram algum acompanhamento familiar. Estes subtipos, englobam diferentes padrões de “fragilidade”, “doença crónica”, “enfraquecimento” e “incapacidade”.

EPIDEMIOLOGIA

A esperança de vida aumentou acentuadamente neste e no século passado, devido a fatores como baixas taxas de natalidade e de fertilidade, diminuição da mortalidade infantil, melhoria das condições económicas, modificação progressiva dos hábitos de vida, melhoria da eficácia, efetividade e eficiência dos cuidados preventivos, terapêuticos e de suporte. Mas estes fenómenos evidenciam diferentes velocidades quando se analisam várias áreas geográficas, com menor crescimento atual nas zonas económica e socialmente mais desenvolvidas e enorme crescimento nas zonas em vias de desenvolvimento. Por exemplo, França demorou cerca de 70 anos a duplicar (de 7 para 14%) o número de idosos (≥ 65 anos), enquanto que a China demorou cerca de 15 anos. As pirâmides de idade estão a alterar-se e passaram a assemelhar-se

a um “barril” e a relação quantitativa jovem/idoso inverteu-se já na maior parte do mundo ocidental.

Este fenómeno global coloca importantes desafios sociais; a estrutura familiar alterou-se e há um crescente isolamento e solidão dos idosos, sendo necessária uma grande resiliência dos idosos às brutais modificações da “era moderna”.

Também, na saúde e na doença, a morbilidade¹ (e a comorbilidade²) é quantitativamente maior e mais incapacitante, mais interrelacionada, mais cara (para as pessoas e para a sociedade), com desafios substanciais a nível das políticas de saúde, da adequação da oferta e da procura dos cuidados de saúde e da alteração profissional na estrutura profissional e das competências do pessoal da saúde.

A sociedade vai ter de encontrar rapidamente respostas para esta situação, tendo que estudar e implementar modelos sociais, culturais e económicos que transformem o idoso num elemento participante da sociedade, e não um peso. Terá que estudar os fatores e as terapêuticas associadas ao/com o envelhecimento saudável e ao prolongamento da esperança de vida, com qualidade; terá que adequar os sistemas de saúde para responder a este fenómeno; terá que potenciar aumentar o/um crescimento económico que permita aumentar qualitativa e quantitativamente os recursos disponíveis; e, também, terá que desenvolver as estruturas de suporte aos idosos e potenciação das suas capacidades.

IDADE CRONOLÓGICA, ESPERANÇA DE VIDA, TEMPO DE VIDA E LONGEVIDADE

No âmbito do conhecimento em Envelhecimento, é importante saber distinguir:

1) [Glossário] **Morbilidade**: Em epidemiologia, é a relação de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.

2) [Glossário] **Comorbilidade**: Presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo doente.

- **Idade cronológica** - tempo de vida, ou seja, número de anos que uma pessoa possui (idade correspondente ao ano em que nasceu e que consta no cartão de cidadão);
- **Esperança de vida** - número de anos que em média um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver;
- **Tempo de vida** - número de anos que determinado indivíduo vive;
- **Longevidade** - número máximo de anos que o ser humano pode viver.

TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

O aumento da esperança de vida e a procura de um envelhecimento com qualidade, ativo e saudável, exige que se compreendam as bases biológicas do envelhecimento, assim como as alterações moleculares, celulares e morfológicas que culminam com o aparecimento da doença associada ao envelhecimento. Este conhecimento poderá conduzir à possibilidade de uma intervenção preventiva de patologia, ou a uma intervenção terapêutica genética e/ou farmacológica futura prevenindo o declínio funcional e cognitivo do organismo humano e proporcionando um envelhecimento de qualidade.

Não há uma teoria unificadora do processo biológico e fisiopatológico do envelhecimento. Este processo tem sido considerado complexo, multifatorial e todas as teorias propostas até ao momento, se complementam e nenhuma por si só o justifica. O envelhecimento, está associado a inúmeras perdas graduais da função fisiológica que vão de modo lento e progressivo, mas inevitavelmente, conduzir à morte.

Num passado recente (1950 a 1990) os cientistas que estudaram as causas do envelhecimento, dividiram em dois grandes grupos as Teorias do Envelhecimento: Teorias Estocásticas e Teorias Deterministas.

As **Teorias Estocásticas** são teorias que defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas, que vão conduzir ao desgaste e à morte. As **Teorias Deterministas**, por sua vez defendem que o envelheci-

mento é uma consequência direta de um programa genético, sendo o genoma³ um tipo de relógio molecular biológico.

As Teorias Estocásticas estão divididas em várias teorias, como por exemplo: *Teoria da Lesão/Reparação do DNA*; *Teoria das Radiações*; *Teoria do Erro Catastrófico*; *Teoria do “Crosslinking”* e *Teoria do “Desgaste e Rutura”*. Qualquer uma destas teorias justifica o envelhecimento e a morte pelo desgaste e exaustão. Os produtos de desgaste do metabolismo das proteínas e as agressões contínuas ao DNA⁴ (Ácido Desoxirribonucleico) vão, ao longo da vida, impossibilitar que os mecanismos de reparação celular consigam corrigir todos os erros, sendo estes erros cumulativos durante o processo de envelhecimento.

As Teorias Deterministas dividem-se entre, por exemplo: *Teoria Somática*; *Teoria Imunológica*; *Teoria das Telomerasas* e *Teoria Genética*. Segundo as Teorias Deterministas as espécies terão uma longevidade máxima, isto é o cão vive em média 10 anos; o rato 1020 a 1050 dias. No que diz respeito ao ser humano a esperança de vida tem vindo a aumentar, enquanto a longevidade terá um limite máximo que ronda os 120 anos.

Nas últimas duas décadas os resultados dos estudos do processo de envelhecimento, realizados maioritariamente em diferentes espécies animais e extrapolados para o Homem, têm-se centrado num pormenor molecular e de vias de sinalização e metabólicas, nomeadamente a via de sinalização da insulina, as proteínas de choque térmico, a família das sirtuínas, o stress oxidativo, a restrição calórica e a via da oxidação-inflamação.

Globalmente, o processo do envelhecimento cruza transversal e longitudinalmente três grandes vertentes:

- Genética (a “impressão digital” que os nossos ancestrais nos transferiram);

3) [Glossário] **Genoma**: Conjunto de toda a informação genética de um indivíduo ou de uma espécie.

4) [Glossário] **DNA - Ácido Desoxirribonucleico**: É uma molécula presente no núcleo das células de todos os seres vivos e que carrega toda a informação genética de um organismo.

- Ambiental e opções de vida (alimentação, exercício físico, fumo de tabaco);
- Estocástica (acidentes, patologia crónica).

O ritmo de envelhecimento de cada indivíduo é determinado por fatores de natureza genética e também por fatores ambientais, capazes de alterar a expressão de genes e o fenótipo⁵ de envelhecimento. Daqui resulta uma maior suscetibilidade a acidentes, como as quedas, assim como ao desenvolvimento de doença crónica.

MECANISMOS BIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO NA PERSPETIVA DE ENVELHECER COM QUALIDADE

É importante conhecer os mecanismos biológicos subjacentes ao declínio funcional associado ao envelhecimento e desenvolver estratégias de intervenção antienvelhecimento ou que permitam envelhecer com qualidade.

As alterações celulares e moleculares que contribuem para o processo de envelhecimento podem agrupar-se em 3 categorias:

1. as capazes de causar lesão celular, como a instabilidade genómica, o encurtamento dos telómeros, as alterações epigenéticas e a perda da homeostase das proteínas;
2. as que resultam de resposta compensatória à lesão e que procuram preservar a função celular, mas que se forem mantidas de forma crónica ou se a sua intensidade aumentar, podem tornar-se lesivas, como a disfunção mitocondrial, a desregulação alimentar, a senescência celular;
3. as que levam ao declínio funcional associado ao envelhecimento, nomeadamente a exaustão das células estaminais e ao consequente declínio do potencial regenerativo dos tecidos e à alteração da comunicação intercelular que se traduz pelo aumento da resposta inflamatória.

5) [Glossário] **Fenótipo**: São as características observáveis de um organismo ou população, como: morfologia, desenvolvimento, propriedades bioquímicas ou fisiológicas e comportamento.

A RESPOSTA INFLAMATÓRIA COMO UMA CONDICIONANTE DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento liga-se, ainda que em diferentes graus, a patologia crónica, quase sempre associada a um mecanismo fisiopatológico comum - um processo inflamatório exacerbado. De tal forma foi marcante e importante esta ligação, que cientificamente se associaram duas palavras, numa só: *Inflammation* e *ageing* - *Inflammageing*. Pretendeu-se com isto vincar o contributo da resposta inflamatória, ou imunoinflamatória para a grande maioria das doenças crónicas associadas ao envelhecimento.

Contudo, a resposta inflamatória é fundamental à vida humana e é mesmo um garante da capacidade de recuperação face a agressões (veja-se, por exemplo, que o simples processo de cicatrização de uma ferida se baseia e depende do sucesso do processo inflamatório).

Poderíamos assim colocar, relativamente à resposta Inflamatória e à sua associação às patologias relacionadas com o envelhecimento, as seguintes perguntas:

1. A inflamação presente no idoso, é uma consequência cumulativa das várias patologias que podem estar presentes no indivíduo envelhecido?
2. O envelhecimento propicia o aumento da inflamação?
3. A inflamação deixa de atuar em termos benéficos no idoso?

Redutoramente, poderíamos afirmar que apesar da resposta inflamatória ser fisiológica e crucial para a sobrevivência, tem sido moldada pela evolução e é completamente capaz de ter desfechos muito diferentes, que vão desde processos de defesa e reparação, a situações de forte agressão. Paralelamente, pode ser ligada a mecanismos de fragilidade, especialmente na resposta a estímulos crónicos, particularmente frequentes em idosos.

Mas sobretudo é necessário centrarmos a nossa atenção na diversidade dos processos inflamatórios e tentar identificar os que possam prejudicar ou beneficiar o envelhecimento. É importante que a inflamação possa manter no idoso as componentes de defesa e reparação sem aumentar a fragilidade. Evidentemente que, se a inflamação não fosse um processo muito complexo

e diverso, tudo estaria resolvido com os anti-inflamatórios, e bem sabemos que tal não acontece.

Um dos aspetos que mais interessam a investigação neste campo é o de percebermos se o aumento da inflamação (ou da vertente agressora da inflamação) depende do envelhecimento em si mesmo, do envelhecimento do sistema imunoinflamatório, ou de fenómenos de evolução continuada (crónica), como, por exemplo, as infeções virais persistentes, a degradação do sistema articular e a acumulação de detritos biológicos (*garbageing*).

É já evidente que características genéticas e ambientais se traduzem em graus diferentes de resposta inflamatória, sendo mesmo possível estabelecer cronogramas de envelhecimento biológico, muitas vezes bem diferentes da idade cronológica, ou seja do envelhecimento tal como o medimos. Tenta-se mesmo fazer a sua associação a graus de fragilidade e a risco de mortalidade. É assim que, muito recentemente, se associou a evolução saudável e a longevidade à expressão de alguns genes relacionados com uma estrutura complexa muito importante na área da inflamação – o inflamasoma.

Sabemos também que a inflamação prolongada no tempo causa o envelhecimento do sistema imunitário e com isso um compromisso face às defesas contra as agressões e nomeadamente as mais frequentes, como as infecciosas e oncológicas. Mais ainda, a inflamação por si só é um promotor oncogénico (que transforma células normais em células cancerosas), sendo cada vez mais clara a participação da inflamação em elevada percentagem de formas de cancro.

Tudo isto incita a uma atitude de eliminar a inflamação (anti-inflamação), na tentativa de evitar os prejuízos já referidos. Talvez por isso dispomos de dezenas de anti-inflamatórios, mas possivelmente a chave para a resolução (ainda que parcial) do problema seja a alteração da reprogramação dos mecanismos celulares reparativos modificados pela inflamação, isto é, impedir que a inflamação exacerbada possa interferir negativamente na reparação celular, tão importante para contrariar o envelhecimento e não pura e simplesmente utilizar anti-inflamatórios.

E, embora no ponto seguinte sejam abordadas de uma forma integrada as estratégias antienvhecimento, pode perceber-se neste momento que

seria importante confirmar-se a influência de fatores quotidianos banais no equilíbrio da resposta inflamatória – particularmente da alimentação e do exercício físico. Porém persistem algumas incertezas, especialmente em relação à alimentação, à microbiota e a suplementos alimentares, apesar de trabalhos recentes apontarem para a diminuição de alguns parâmetros inflamatórios quando se pratica uma alimentação rica em frutas e vegetais (comparativamente à utilização de alimentos pró-inflamatórios, como as carnes), sem, contudo, ainda haver uma definição concreta da influência real sobre o envelhecimento. No entanto, a obesidade está fortemente ligada à exacerbação da inflamação, e a acumulação de tecido adiposo parece prejudicar fortemente os mecanismos atualmente designados por senolíticos (que destroem o envelhecimento), de onde se concluir que a obesidade possa ser um acelerador muito importante do envelhecimento.

Já o exercício físico regular parece estar indubitavelmente ligado ao aumento da longevidade e a uma modificação muito interessante da componente inflamatória.

A dimensão real da influência da inflamação no envelhecimento ainda carece de muita investigação, reiterando-se que a resposta inflamatória, quando na dimensão e intensidade adequadas, é fundamental para a vida, mas quando desregulada é facilmente associável a um vasto conjunto de doenças e modificações biológicas associáveis ao envelhecimento.

Por isso, poucas dúvidas restarão quanto à necessidade de controlar a inflamação, tanto na perspetiva de evitarmos as doenças dela dependentes, como de desacelerarmos o envelhecimento. Mas para isso é fundamental que se tenha sempre presente que a relação da inflamação deve ser entendida e trabalhada na perspetiva do envelhecimento individual (os padrões de resposta imunoinflamatória individual são diferentes e podem ter consequências também diferentes nos mecanismos de envelhecimento). Por isso, nem todos beneficiarão das mesmas atitudes de controlo da inflamação.

Finalmente, o envelhecimento imunoinflamatório é muito precoce e variável de indivíduo para indivíduo, podendo mesmo já manifestar-se antes dos 20 anos, pelo que será menos eficaz pensarmos apenas no controlo da inflamação quando se chega a idoso. Não só peca por tardio, como já permitiu

um direcionamento da inflamação para mecanismos crônicos prejudiciais, dificilmente reversíveis.

ESTRATÉGIAS ANTIENVELHECIMENTO

A restrição calórica⁶ e os polifenóis⁷ da dieta, como o resveratrol, presente na casca e nas grainhas das uvas e no vinho tinto, têm sido identificados como compostos com ação antienvhecimento. Esta ação deve-se à sua função como ativadores de enzimas de que a sirtuína 1 (SIRT1) é exemplo. Recentemente, foram desenvolvidos vários ativadores seletivos da SIRT1, análogos do resveratrol, para o tratamento da diabetes tipo 2, mais frequente no indivíduo idoso. A sirtuína 1, SIRT1, é a mais extensivamente estudada nos mamíferos e tem um papel ativo no silenciamento de genes, na resistência ao stress, na inflamação, na apoptose⁸, na senescência celular⁹ e no envelhecimento.

Para além da restrição calórica, as sirtuínas estão também envolvidas na resposta celular ao exercício físico e nas respostas metabólicas adaptativas desenvolvidas perante uma atividade física regular, o que sugere a sua importância na modulação de mecanismos biológico do envelhecimento como a biogénese mitocondrial, a modulação da resposta antioxidante e a reparação do DNA.

Em suma, a restrição calórica e o exercício físico regular ao atuarem através de processos associados às sirtuínas, têm um papel promissor na melhoria do estado de saúde e na promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

A manutenção da estrutura e conformação espacial das proteínas celulares

6) [Glossário] **Restrição calórica:** É uma dieta na qual a quantidade de calorias é reduzida, sem implicar numa má qualidade de nutrientes.

7) [Glossário] **Polifenóis:** Os polifenóis são as substâncias antioxidantes mais frequentes na alimentação. São essencialmente provenientes de frutas e bebidas derivadas de plantas, tais como sumos, chá, café ou vinho tinto.

8) [Glossário] **Apoptose:** É uma forma de morte celular programada, ou “suicídio celular”.

9) [Glossário] **Senescência celular:** Consiste no processo de paragem de divisão celular, não havendo mais substituição de células.

é essencial para preservar a funcionalidade da célula e a capacidade de resposta e de adaptação às alterações ambientais. A presença de agregados intra e extracelulares de proteínas mal conformadas, as alterações do tráfego e da clearance proteica estão associadas ao processo de envelhecimento e a várias doenças, desde doenças metabólicas, ao cancro e às doenças neurodegenerativas para as quais o envelhecimento é um fator de risco. A gradual incapacidade das células e dos organismos para manter a homeostase, ou equilíbrio das proteínas, a proteostase, à medida que a idade avança, tem sido proposta como um dos mecanismos que contribui para a resposta inadequada ao stress e para a redução da esperança de vida.

Em conclusão, envelhecer saudável e ativamente envolve quatro conceitos básicos, identificados pela Organização Mundial de Saúde:

- Autonomia - controlo individual sobre a vida e a capacidade inalienável de decisão;
- Independência - nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária;
- Esperança de vida saudável - tempo de vida que se pode esperar viver sem precisar de cuidados especiais;
- Qualidade de vida - associada a saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças pessoais e características do ambiente onde se vive.

A perspetiva biológica integradora dos mecanismos celulares e moleculares associados ao envelhecimento permite propor estratégias antienvhecimento, nomeadamente a restrição calórica, o exercício físico, as pequenas moléculas que mimetizam o efeito do jejum sem conduzirem a uma perda excessiva de peso (miméticos da restrição calórica), antidiabéticos com efeitos metabólicos pleiotrópicos¹⁰ e os antioxidantes. Estas são estratégias promissoras na procura de um envelhecimento ativo e saudável.

O envelhecimento é um processo gradual lento e progressivo, associado ao

10) [Glossário] **Pleiotropismo**: É responsável por várias características no fenótipo de um organismo.

desenvolvimento com repercussões mais evidentes a partir do término da idade reprodutiva, sendo um erro pensar-se que se fica idoso de uma forma abrupta aos 60 ou aos 65 anos.

De uma maneira geral, observa-se uma variabilidade do declínio das funções do organismo à medida que a idade avança, como por exemplo a redução das transmissões neuronais no cérebro e o declínio da memória. A visão é menos precisa e relativamente à audição, há uma dificuldade de ouvir a altas frequências, sendo que a audição declina mais rapidamente no homem que na mulher. O mesmo se passa relativamente a determinadas glândulas, ossos e articulações, não esquecendo o processo de osteoporose tão preocupante nos idosos.

Por sua vez, o metabolismo altera-se contribuindo para a acumulação de gordura com redistribuição da massa gorda e para a diminuição da massa muscular. No coração há alterações estruturais, como seja uma moderada hipertrofia e uma diminuição do consumo máximo de oxigénio por década de em média de 10% no homem e 7,5% na mulher. Nos pulmões, a capacidade vital declina. Começam a aparecer os primeiros cabelos brancos e a calvície, particularmente nos homens. A nível da face nota-se o aparecimento das primeiras rugas, uma vez que na pele a flacidez ganha terreno.

Em relação ao envelhecimento, a sociedade em geral e a política de saúde em particular, têm que analisar e resolver pelo menos dois problemas: primeiro, o aumento de pessoas idosas ativas torna necessário novas estruturas sociais e novas oportunidades a criar para esta população; segundo, o número acrescido de pessoas idosas a necessitar de apoio requer uma intervenção nos cuidados de saúde e nos cuidados sociais, resultando daqui consequências económicas. Torna-se assim útil promover um envelhecimento saudável, modificando os hábitos de vida de forma a que se possa envelhecer com qualidade, quer física quer mental. Para isso, é fundamental formar cuidadores de idosos com um conhecimento abrangente do envelhecimento e das patologias inerentes a este processo.

O envelhecer com sucesso é uma alternativa possível à perspectiva do envelhecimento associado à dependência, à doença, à incapacidade e à depressão. Os progressos da medicina e uma educação saudável podem associadamente

tornar os idosos menos dependentes e mais autónomos. Assim sendo, o aumento da esperança de vida deverá estar diretamente relacionado com uma boa qualidade de vida, com autonomia e integração na sociedade e família, aproveitando as capacidades individuais do idoso.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- O conceito de envelhecimento é dinâmico, variando consoante a cultura, área geográfica e espaço temporal de análise.
- A investigação acerca dos mecanismos biológicos do envelhecimento mostra-nos que a restrição calórica e o exercício físico contribuem positivamente para um envelhecimento saudável.
- Urge a criação de modelos sociais, culturais, económicos e clínicos que acompanhem o aumento da esperança média de vida, respondendo favoravelmente às necessidades que advêm do aumento do número de idosos, promovendo a sua qualidade de vida.

3.

A Patologia Crónica mais Característica do Idoso

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO

Especialista de Medicina Interna

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Presidente da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

O envelhecimento não é doença, contudo, a gênese e desenvolvimento da doença são favorecidos pelo envelhecimento. O envelhecimento aumenta a frequência das doenças quer agudas, quer crônicas, existindo frequentemente nos idosos várias doenças crônicas em simultâneo.

A doença crônica é uma doença de curso prolongado (habitualmente definida como durando mais de 3 meses), que pode afetar a função psicológica, fisiológica ou anatômica. Algumas têm cura (como certas doenças infecciosas – há doenças infecciosas que podem ser crônicas: tuberculose, brucelose, osteomielite, febre Q, hepatite, etc.), outras não (como é o caso, por exemplo, da diabetes, reumatismos, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, bronquite crônica). Nos idosos a patologia crônica habitualmente causa limitação funcional e perda de qualidade de vida.

As principais doenças crônicas dos idosos são as cardiovasculares, respiratórias, génito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas, psiquiátricas, da visão e da audição.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A hipertensão arterial é muito frequente nos idosos, estando presente em mais de 60% dos indivíduos com idade superior a 65 anos, devido ao facto de as artérias ficarem mais rígidas à medida que se envelhece. A sua importância clínica justifica-se pelo facto de ser um importante fator de risco para o acidente vascular cerebral¹, para o enfarte do miocárdio² e para as complicações vasculares periféricas³, devendo, por isso, ser diagnosticada e tratada.

1) [Glossário] **Acidente vascular cerebral**: Interrupção da irrigação sanguínea do cérebro causando morte das células cerebrais, o que faz com que partes do cérebro deixem de funcionar devidamente.

2) [Glossário] **Enfarte do miocárdio**: Trata-se de uma situação em que um vaso sanguíneo que alimenta o coração é bloqueado por um coágulo de sangue, fazendo com que o músculo cardíaco que está dependente dele acabe por ser destruído e deixe de funcionar.

3) [Glossário] **Complicações vasculares periféricas**: Doença obstrutiva do lúmen arterial, de grandes artérias, com exceção das artérias coronárias, cerebrais e arco aórtico, tem como consequência um défice de fluxo sanguíneo nos membros inferiores ou superiores provocando isquémia.

A insuficiência cardíaca é outra situação clínica frequente nos idosos, consistindo na incapacidade de o coração bombear capazmente o sangue para o corpo. Decorre de várias causas, como o próprio envelhecimento em si, que leva à substituição das células funcionantes do coração por tecido fibroso, que é inerte, mas também da hipertensão arterial e das sequelas deixadas por enfartes do miocárdio prévios ou outras doenças cardíacas.

A angina de peito é uma situação decorrente da obstrução parcial das artérias do coração, o que faz com que, quando é exigido mais esforço ao coração, haja falta de oxigénio no músculo cardíaco e surja dor. É uma situação mais frequente nos idosos, podendo levar a enfarte do miocárdio, quando houver obstrução total das artérias.

Quando há enfarte do miocárdio com morte de parte das células do coração também podem aparecer complicações crónicas como as arritmias e a insuficiência cardíaca.

Com o envelhecimento também é frequente aparecerem sopros cardíacos em pessoas nas quais, na vida mais jovem, não existiam, devendo-se tal facto à degenerescência das válvulas cardíacas associada ao envelhecimento, sendo as mais atingidas as válvulas aórtica e mitral.

As arritmias (batimentos irregulares do coração) são situações frequentes nos idosos, variando a sua gravidade consoante os tipos. A fibrilação auricular é a mais frequente neste escalão etário, devendo os idosos com esse diagnóstico fazer prevenção diária com anticoagulantes orais para prevenir um eventual acidente vascular cerebral.

DOENÇAS REUMÁTICAS

As artroses⁴ são muito frequentes nos idosos, principalmente a nível da coluna vertebral, anca, joelho, pés e mãos (particularmente se exerceram profissões manuais). Trata-se de uma situação em que a cartilagem que reveste o topo dos ossos se vai desgastando e leva ao aparecimento de

4) [Glossário] **Artroses:** É uma doença que afeta a articulação e se origina pelo desgaste da cartilagem articular, que é o tecido que reveste os ossos nos lugares que estes entram em contato entre si.

dor, normalmente associada ao movimento. Geralmente o tratamento para a dor com analgésicos e anti-inflamatórios melhora as queixas, mas há situações em que só a cirurgia resolve o problema, como na artrose da coxa e do joelho.

A osteoporose⁵ é uma patologia também muito frequente nos idosos, instalando-se principalmente na mulher a seguir à menopausa. Contudo, embora de aparecimento mais tardio, também acontece nos homens. O tabagismo, o sedentarismo e o consumo excessivo de carne, café e bebidas alcoólicas aumentam o risco do seu aparecimento, assim como o défice de ingestão de cálcio e de vitamina D. É desejável fazer um exame para a sua deteção (densitometria óssea) e, quando necessário, fazer a sua prevenção e tratamento com medicamentos.

Outras doenças reumáticas como a artrite reumatoide⁶ e a polimialgia reumática⁷, também podem aparecer nos idosos. A primeira, por vezes evoluindo há décadas, mas podendo também, em algumas situações, aparecer já na idade avançada. A artrite reumatoide atinge em particular as mãos, levando a deformações, enquanto a polimialgia reumática, uma doença típica dos idosos, atinge mais os ombros e as ancas.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

As doenças respiratórias crónicas são frequentes nos idosos, estando também na base das doenças respiratórias agudas que tanto acometem os idosos, como é o caso da pneumonia.

5) [Glossário] **Osteoporose**: A Osteoporose é uma doença do esqueleto, podendo atingir qualquer parte do mesmo. Caracteriza-se pela diminuição da densidade óssea, provocando aumento da fragilidade óssea e tornando os ossos mais vulneráveis a fraturas.

6) [Glossário] **Artrite reumatoide**: Doença inflamatória crónica de natureza autoimune que causa dor, edema, rigidez e perda de função nas articulações.

7) [Glossário] **Polimialgia reumática**: Doença reumática inflamatória, relativamente comum, que afeta maioritariamente pessoas com mais de 50 anos de idade.

De entre estas a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)⁸ é frequente estando relacionada, entre outras causas, com antecedentes de tabagismo e exposições a tóxicos profissionais e ambientais. A DPOC é uma inflamação crónica dos brônquios associada à destruição das unidades respiratórias do pulmão. A esta associam-se a bronquite crónica, a asma e o enfisema, que podem coexistir, ou estar presentes isoladamente. A grande queixa desta doença é a falta de ar, e, embora haja tratamento para minorar essas queixas, a prevenção continua a ser primordial.

A apneia do sono é outra patologia comum nos idosos resultando, entre outros fatores, da obstrução das vias aéreas durante a noite, provocada pela descida da base da língua que tapando a glote impede o ar de passar para os pulmões, fazendo com que o indivíduo ressoe durante a noite e tenha falta de ar. É uma situação que está associada a aumento do risco cardiovascular e cansaço durante o dia, mas que poderá ter tratamento.

DOENÇAS ENDOCRINOLÓGICAS

Entre as doenças do foro endócrino a Diabetes⁹ é uma doença crónica com forte impacto, não só porque se vai tornando cada vez mais frequente à medida que se envelhece, mas também porque apresenta consequências graves quando não é bem controlada, como enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, problemas da visão, insuficiência renal, entre outras.

Também os níveis das gorduras do sangue (colesterol elevado, diminuição do bom colesterol e triglicérides aumentados) podem estar alterados nos idosos, favorecendo as doenças cardiovasculares, que são a principal causa de morte neste escalão etário. A concentração de ácido úrico torna-se, por vezes, elevada nas faixas etárias mais avançadas, sendo necessário estar atento para uma eventual necessidade de tratamento.

O mau funcionamento da tiróide é também uma das alterações frequentes

8) [Glossário] **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica:** Inflamação crónica dos brônquios associada à destruição das unidades respiratórias do pulmão.

9) [Glossário] **Diabetes:** Doença metabólica crónica resultante de alterações genéticas, ambientais e metabólicas e que se caracteriza por uma resistência à insulina e consequente aumento dos níveis de açúcar no sangue.

nos idosos, particularmente a sua insuficiência ou hipotireoidismo, cujos sintomas se confundem com o próprio envelhecimento, dificultando, por isso, o diagnóstico.

DOENÇAS GÊNITO-URINÁRIAS

A incontinência urinária é muito frequente nos idosos, especialmente no sexo feminino. Nas mulheres, particularmente nas múltiparas (mulheres que tiveram mais do que 1 filho), por causa da fragilidade dos músculos do pavimento pélvico, e nos homens por causa dos problemas prostáticos, especialmente como complicação de cirurgia à próstata.

A próstata é um dos problemas mais comuns nos homens idosos, quer seja pelo aumento do seu volume, que está associado ao envelhecimento, quer por causa do cancro da próstata, que é um dos cancros mais frequentes, e que hoje tem, de um modo geral, boa resposta aos tratamentos. Na mulher também o cancro da mama, também frequente, tem em grande parte dos casos boa resposta aos tratamentos.

À medida que se envelhece também o rim vai ficando menos capaz sendo, por isso, a insuficiência renal crónica frequente nos idosos, havendo por vezes necessidade de recorrer à diálise.

DOENÇAS DIGESTIVAS

Os problemas digestivos dos idosos começam pelos dentes. Segundo dados recentes, mais de 70% dos idosos portugueses ou não tem dentes ou estes estão mau estado de conservação. A ausência de dentes capazes tem como consequência alimentos mal triturados e insalivados, prejudicando-se assim a primeira fase da digestão. Por outro lado, os idosos com maus dentes tendem a escolher apenas os alimentos que conseguem comer melhor, deixando alguns de fora, como a carne, abrindo caminho para alguns défices nutricionais.

Outro problema relacionado com o aparelho digestivo dos idosos é a obstipação ou prisão de ventre, que causa grande incómodo e por vezes mesmo complicações maiores, tendo as fezes que ser retiradas artificialmente do

intestino em meio hospitalar. A atividade física, a ingestão de água e o consumo de alimentos ricos em fibra são boas maneiras de contrariar esta tendência.

A gastrite, a litíase vesicular (pedras na vesícula), as hérnias e as hemorroides são também situações crônicas comuns nos idosos, mas que podem ter tratamento.

DOENÇAS NEUROLÓGICAS

No idoso as doenças neurológicas crônicas mais importantes são as demências, especialmente a Doença de Alzheimer, embora as demências causadas por lesões vasculares cerebrais também sejam frequentes.

De referir também a Doença de Parkinson, frequente nos idosos e causadora de tremor e problemas de locomoção, assim como de demência.

As sequelas de acidente vascular cerebral têm também grande peso nos idosos, quer pela sua frequência quer pela grande perda de funcionalidade e qualidade de vida que acarretam.

DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

A depressão é comum nos idosos tendo como causa diversos problemas como falta de objetivos, sensação de estar no fim da vida, problemas familiares, doenças crônicas, exclusão social, problemas financeiros, etc. Pelas mesmas razões a ansiedade é também frequente. Por outro lado, alguns idosos desenvolvem psicoses, nem sempre fáceis de diagnosticar e tratar.

Um problema crónico muito comum nos idosos é a insónia, fazendo com que grande parte destes tome medicamentos para dormir. Neste contexto particular, os idosos devem ser ensinados a usar estratégias que melhorem o sono, para que não seja necessário tomar regularmente medicamentos indutores do sono, uma vez que, para além de dependência e habituação, estes podem trazer efeitos nefastos para o idoso.

DOENÇAS CRÔNICAS DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Algumas doenças do olho como as cataratas¹⁰, a doença macular¹¹ relacionada com a idade e o glaucoma¹² são também comuns nos idosos devendo ser tratadas quando possível.

A nível do ouvido a surdez é muito comum nos idosos, representando grande perda de qualidade de vida. Por isso deve ser corretamente avaliada, pois é possível, em muitas situações, ser corrigida.

Também as tonturas, tão comuns nos idosos, embora podendo ter outras causas, estão muitas vezes relacionadas com o ouvido.

Em conclusão, pode considerar-se que a doença crónica é facilitada pelo envelhecimento, sendo o aumento da sua prevalência o preço a pagar pelo aumento da longevidade. Não se podendo eliminar, o importante é que se previnam quando é possível e se tratem adequadamente, quando instaladas.

10) [Glossário] **Cataratas**: Opacificação do cristalino (lente natural do olho), que dá origem a uma diminuição da visão.

11) [Glossário] **Doença macular**: Doença que ocorre numa parte da retina chamada mácula e que leva a perda progressiva da visão.

12) [Glossário] **Glaucoma**: Um grupo de doenças oculares em resultado de uma perturbação da dinâmica dos fluidos intraoculares que determina a sua acumulação, com consequente aumento da pressão intraocular, provoca danos ao nervo ótico e perda da visão.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- À medida que a idade avança desenvolvem-se, naturalmente, doenças associadas ao processo do envelhecimento – as chamadas doenças crónicas do envelhecimento.
- As principais patologias crónicas do idoso são as do foro cardiovascular, respiratório, génito-urinário, reumatológico, endocrinológico, digestivo, neurológico, psiquiátrico, auditivo e visual.
- É importante estar atento a estas patologias crónicas; prevenir e tratar são palavras de ordem na promoção da qualidade de vida do idoso.

4.

As Síndromes Geriátricas

MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO

Especialista de Medicina Interna
Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Presidente da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

RAFAELA VERÍSSIMO

Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Centro Hospitalar
de Vila Nova de Gaia/Espinho
Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos
Pós-Graduada em Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

As síndromes geriátricas são um conjunto de condições clínicas que afetam o estado de saúde do idoso não se constituindo, isoladamente, como doenças estabelecidas. Em Medicina a síndrome é, no geral, uma situação em que uma única causa dá origem a um conjunto de manifestações clínicas características dessa alteração. O conceito de Síndrome Geriátrica é diferente, uma vez que, tratando-se igualmente de um conjunto de manifestações clínicas, estas são dependentes de várias causas.

As síndromes geriátricas têm características comuns, como: causas múltiplas, evolução crônica, interdependência entre si, tratamento complexo, perda de autonomia e necessidade de prevenção.

Há diversos tipos de síndromes geriátricas: imobilidade, instabilidade, incontinência, insuficiência cerebral, desnutrição, obstipação, depressão e ansiedade, distúrbio do sono, isolamento, úlceras de pressão, iatrogenia, déficit sensorial (visão e audição), disfunção sexual, entre outras. De entre estas, quatro são consideradas clássicas: as síndromes da imobilidade, instabilidade, incontinência e insuficiência cerebral, tendo sido definidas e denominadas em 1975 por Bernard Isacs como os “4 Gigantes da Geriatria”, dada a sua importância nos idosos.

As síndromes geriátricas estão associadas à tendência, à medida que a idade vai passando, do indivíduo se mexer cada vez menos, de ser mais fácil a queda, de aumentar o risco de perder urina ou fezes e ir perdendo algumas capacidades mentais. Contudo, embora a probabilidade de estas síndromes se desenvolverem e se tornar cada vez maior com o progredir do envelhecimento, elas não são uma inevitabilidade deste e podem mesmo ser contrariadas, prevenidas e tratadas. Outra síndrome individualizada que mais recentemente tem ganho grande interesse, dado a sua importância da saúde dos idosos, é a síndrome da fragilidade.

SÍNDROME DE IMOBILIDADE

Pode ser definida com a diminuição da capacidade para desempenhar as atividades da vida diária devido à deterioração das funções motoras ou, também, como a incapacidade progressiva de deslocação do idoso no seu espaço vital até ao seu confinamento ao leito.

As **causas** da síndrome da imobilidade, para além do efeito intrínseco do envelhecimento, podem ser:

- **Físicas**, devido às doenças crónicas que frequentemente estão presentes nos idosos e tendem a limitar a sua mobilidade (neurológicas, osteoarticulares, cardiorrespiratórias, metabólicas, visão), assim como ao efeito dos medicamentos usados no seu tratamento;
- **Psicológicas**, como medo de sair de casa e ser assaltado, ou de cair, etc., bem como estados de ansiedade, depressão e alterações mentais que levam a que o idoso tenha tendência a ficar cada vez mais inativo;
- **Sociais**, como as famílias demasiado protetoras e os problemas socioeconómicos, as barreiras arquitetónicas, que dificultam a mobilidade dos idosos, e o clima, que, especialmente quando chuvoso ou excessivamente frio ou quente, não facilita a mobilidade.

As **consequências** da imobilidade, do mesmo modo, também podem ser:

- **Físicas**, atrofia muscular, diminuição da capacidade de se movimentar, perda da marcha e equilíbrio, bem como úlceras de pressão (escaras), especialmente quando o idoso está acamado;
- **Psicológicas**, instabilidade emocional, perda de identidade, desorientação, depressão e, eventualmente, morte;
- **Sociais**, alteração do ambiente familiar, rejeição ou protecionismo excessivo, isolamento social, necessidade de ajuda e institucionalização em lar.

A síndrome da imobilidade pode ser **contrariada** e **prevenida**, procurando-se:

- Estimular a atividade física regular e uma alimentação adequada de modo a manter músculos fortes e boa capacidade funcional;
- Detetar precocemente fatores de risco para a imobilidade, como doenças, perturbações do equilíbrio ou sedentarismo e promover a sua correção;
- Diminuir os riscos ambientais, promovendo o uso de escadas com

boas condições, prédios com elevadores, portas e mobiliário adaptados, assim como passeios, acessos e espaços de lazer adequados.

SÍNDROME DA INSTABILIDADE

A síndrome da instabilidade pode ser definida como a diminuição ou perda da capacidade de o idoso se manter de pé ou restabelecer o equilíbrio na marcha ou no repouso. De um modo mais simples consiste na tendência que os idosos têm para cair à medida que os anos avançam.

São **causas** da síndrome de instabilidade:

- Alterações anatómicas e funcionais do envelhecimento, como as artroses, a fraqueza muscular, a falta de flexibilidade;
- Alterações neurológicas, decorrentes da diminuição dos reflexos, de sequelas de doenças neurológicas (acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, neuropatias);
- Alterações da marcha e do equilíbrio secundárias a problemas do foro otorrinolaringológico, problemas cardiovasculares e problemas ortopédicos;
- Medicamentos, como os calmantes, antidepressivos e alguns fármacos usados para o tratamento da dor, entre outros, que causando tonturas ou sonolência facilitam as quedas.

As consequências mais nefastas da instabilidade são as **quedas**. As quedas são frequentes nos idosos; estudos mostram que depois dos 75 anos cerca de metade dos idosos cai, pelo menos, uma vez por ano.

Como consequência das quedas, sucedem as fraturas ósseas, especialmente as da anca; as feridas e hematomas; a incapacidade física; a perda de autonomia; a imobilidade, e todas as consequências daí decorrentes para a qualidade de vida do idoso e da família. De salientar também o trauma psicológico do medo de cair que faz com que o idoso fique cada vez mais parado, contribuindo para a síndrome da imobilidade.

Quando um idoso tem uma queda é importante que se saiba as condições em que esta aconteceu, devendo ser feito um exame clínico e uma avaliação

da marcha e do equilíbrio, bem como uma revisão da medicação para saber se existe alguma correlação entre a queda e a medicação que o idoso toma e que deve ser corrigida. Deve-se também ter em atenção os riscos arquitetônicos e ambientais que facilitam as quedas, como falta corrimão nas escadas, tapetes, piso escorregadio, calçado não adequado, etc.

A prevenção das quedas passa também por ter bons músculos e por isso o exercício físico regular e uma boa alimentação são fundamentais.

SÍNDROME DA INCONTINÊNCIA

A síndrome da incontinência refere-se à perda involuntária de urina ou fezes, duas situações que acontecem com alguma frequência nos idosos e que são geradoras de grande desconforto e perda de qualidade de vida para o próprio e para a família.

A **incontinência urinária** é mais frequente na mulher, sendo essencialmente devida ao envelhecimento do aparelho urinário e à fraqueza dos músculos do períneo¹. No homem também pode acontecer, embora menos frequentemente, devido ao aumento da próstata, e, especialmente, como consequência do tratamento cirúrgico desta situação. Alguns medicamentos também podem causar ou facilitar este quadro.

Consequências da incontinência urinária:

- **Risco de infecção**, de queda e de imobilidade, com todos os aspetos negativos já apontados anteriormente;
- **Psicológicas**, como ansiedade e depressão;
- **Familiares**, como rejeição e institucionalização, sendo uma das principais razões porque as famílias põem os idosos em lar;
- **Sociais**, como marginalização e isolamento, já que as pessoas com incontinência têm tendência a ter cheiro desagradável.

Importa salientar, contudo, que a incontinência urinária não é uma fatalidade do envelhecimento e que, quando presente, tem, em grande parte das

1) [Glossário] **Períneo**: Espaço compreendido entre o ânus e os órgãos sexuais.

situações, tratamento, seja ele cirúrgico ou médico consoante as situações. As fraldas e sondas apenas devem ser usadas quando esgotadas todas as hipóteses de tratamento.

A **incontinência fecal** é mais rara do que a incontinência urinária e, ao contrário desta, mais frequente nos homens, aumentando a sua frequência com a idade. Várias doenças podem estar na sua origem (cirurgias anteriores, radioterapia, doenças do intestino) mas importa salientar que também neste caso muitas das situações podem ter correção médica ou cirúrgica, se não total, pelo menos, parcialmente.

Dado tratar-se de uma situação altamente marcante para o idoso, associa-se a declínio físico, declínio das atividades, perda de contatos sociais e isolamento, acabando habitualmente por levar à institucionalização em lar.

SÍNDROME DA INSUFICIÊNCIA CEREBRAL

A síndrome da insuficiência cerebral consiste na diminuição global do funcionamento cerebral, consequência de lesões focais ou generalizadas a todo o cérebro com repercussão nas capacidades mentais, que comumente atingem os idosos. Sendo um processo associado ao envelhecimento não deve ser confundido com demência, embora o risco desta, devido a várias causas, incluindo a Doença de Alzheimer, aumente com a idade.

Com o envelhecimento há lentificação dos processos mentais, como: diminuição das sensações e percepções; menor rapidez nas respostas motoras; menor rapidez na decisão; diminuição da capacidade de aprendizagem; menor capacidade de resolver problemas; diminuição da memória recente; diminuição da atenção e concentração; diminuição da inteligência fluida e diminuição do pensamento abstrato.

A melhor maneira de contrariar esta perda de capacidade dos processos mentais é o treino psíquico, podendo-se dizer que do mesmo modo que o treino físico é fundamental para manter a capacidade física funcional, também o treino mental o é para manter a capacidade mental.

SÍNDROME DA FRAGILIDADE

A Fragilidade, ou o idoso frágil, é uma situação de enfraquecimento físico generalizado, que pode acontecer mesmo na ausência de doenças agudas ou crônicas. Caracterizado por perda de peso espontânea, sarcopenia (perda de músculo), falta de força, lentidão de movimentos e diminuição da capacidade para praticar um mínimo de atividade física. A base desta fraqueza generalizada está na perda de músculo que, por sua vez, tem a ver com alterações hormonais, neurológicas, inflamatórias, nutricionais e de hipotatividade física, que por vezes acompanham o envelhecimento.

O estado de fragilidade aparece habitualmente na idade avançada, estando presentes alguns das seguintes condições clínicas: múltiplos e complexos problemas médicos, alteração no equilíbrio e marcha, défices mentais, incontinência urinária e/ou fecal, depressão, perda de autonomia e incapacidade recente.

A manifestações clínicas consistem em perda de peso, debilidade muscular, fraqueza geral, lentificação da marcha, redução da atividade física, redução da ingestão alimentar e desnutrição, o que facilita a dependência, institucionalização em lar, quedas e doenças infecciosas (pneumonia, infecção urinária), podendo levar o idoso à hospitalização, recuperação mais lenta e mesmo a morte.

Por tudo isto a **prevenção da fragilidade** é importante, consistindo em: tratar doenças e fatores associados a esta condição, tratar a dor (se houver), estimular o movimento, estimular a autonomia, promover a realização de exercícios de resistência e equilíbrio, providenciar uma alimentação adequada e proporcionar um bom suporte social.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- ➔ As síndromes geriátricas são um conjunto de manifestações clínicas que advêm de múltiplas causas, sendo, muitas vezes, interdependentes e co-existentes, que afetam a capacidade funcional do idoso levando à perda de autonomia.
- ➔ As principais síndromes geriátricas que existem são: síndrome da imobilidade, síndrome da instabilidade; síndrome da incontinência; síndrome da insuficiência cerebral e síndrome da fragilidade.
- ➔ As síndromes geriátricas não devem ser vistas como uma fatalidade do envelhecimento, uma vez que existem estratégias que permitem que estas possam ser contrariadas, prevenidas e tratadas.
- ➔ A prevenção da perda da funcionalidade associada às síndromes geriátricas pode ser feita através de:
 - a) programas de exercício físico regular (adequados às possibilidades de cada um);
 - b) bom estado de nutrição (alimentação equilibrada e diversificada e, quando necessário, suplementos proteicos);
 - c) prevenção de quedas (corrigir eventuais fatores de risco);
 - d) prevenção de doenças agudas (vacinação antigripal, antípneumocócica, zona, etc.),
 - e) manutenção de objetivos de vida (profissionais, familiares, lúdicos).
- ➔ Na prevenção e tratamento das síndromes geriátricas a relação e colaboração entre o idoso, a família e os agentes de saúde é fundamental.

5.

Atividade Física e Envelhecimento

RAUL AGOSTINHO MARTINS

Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Ciências do Desporto e
Educação Física da Universidade de Coimbra

O envelhecimento humano é um fenômeno complexo que implica diminuição da capacidade física, correspondendo a um conjunto de processos que, com a passagem do tempo, motivam a perda de adaptabilidade e a incapacidade funcional. Isto é, traduz a diminuição generalizada e progressiva de função, resultando numa perda de resposta adaptável ao stress e num aumento do risco de doença associado com a idade.

Podemos distinguir o **envelhecimento primário**, que expressa o conjunto de alterações universais que ocorrem com a idade, independentemente de doenças ou de influências do ambiente, e **envelhecimento secundário**, que expressa sintomas clínicos da doença, com base em fatores evitáveis, como o sedentarismo, a alimentação inadequada ou a exposição a determinados elementos do meio ambiente. Na realidade, as causas do envelhecimento primário e do envelhecimento secundário interagem fortemente umas com as outras; se a doença e os fatores ambientais podem acelerar o envelhecimento primário, também o envelhecimento primário contribui para o aumento da vulnerabilidade à doença e ao stress ambiental.

É com base neste quadro que se discutirá seguidamente a importância da adoção de estilos de vida ativos na promoção da saúde positiva e na prevenção da doença. Na primeira parte do capítulo, analisaremos brevemente algumas das alterações funcionais associadas ao processo de envelhecimento, particularmente no que respeita às diferentes expressões da força e à aptidão cardiorespiratória; na segunda parte, serão apresentadas propostas de treino para a manutenção e desenvolvimento de níveis saudáveis de aptidão física.

ALTERAÇÕES FUNCIONAIS NO ENVELHECIMENTO

É fundamental compreender o papel da atividade física e da aptidão física no desenvolvimento do processo incapacitante traduzido por limitações e mesmo incapacidade na realização das tarefas normais do dia-a-dia, incluindo tomar banho sem ajuda, realizar as tarefas de casa ou efetuar compras. Vários modelos têm vindo a ser propostos, considerando a existência de estádios principais na progressão do processo incapacitante, nomeadamente a doença/patologia, o enfraquecimento fisiológico, a limitação funcional e a incapacidade na realização das tarefas diárias. Contudo, sabe-se que a

doença/patologia e o estilo de vida e as respetivas interações que estabelecem entre si são considerados como a causa primária do processo incapacitante. Na realidade, a perda de reserva funcional é, numa primeira fase, assintomática (não apresenta sintomas), traduzindo-se por alguma redução dos níveis de força, de flexibilidade e de aptidão aeróbia ou aptidão cardiorespiratória.

A perda assintomática decorre do conceito de reserva física ou de capacidade de reserva funcional. Isto é, na idade de adulto jovem, a pessoa possui níveis de funcionalidade que estão geralmente bastante acima do necessário para cumprir as exigências do estilo de vida diária, expressando o conceito de reserva funcional. A diminuição da reserva funcional levará a que a pessoa passe de uma situação de estabilidade no desempenho das tarefas diárias para um quadro de vulnerabilidade. Esta vulnerabilidade, não sendo notória numa primeira fase, começa por traduzir-se em algum grau de limitação funcional no desempenho de tarefas de elevado grau de exigência física, evoluindo posteriormente para um quadro de limitação funcional e mesmo para a incapacidade de realização das tarefas diárias, ou até a maior incidência na ocorrência de quedas, com todas as consequências que daí advêm. Deste modo, o objetivo passa por garantir que, independentemente da idade, a pessoa seja sempre portadora de níveis de reserva funcional que a mantenham fora da zona de vulnerabilidade.

ALTERAÇÕES DO SISTEMA CARDIOPULMONAR

As alterações do sistema cardiopulmonar associadas ao envelhecimento, do ponto de vista da funcionalidade, são melhor compreendidas se analisadas separadamente em situação de repouso e em situação de esforço máximo. Na realidade, do ponto de vista da avaliação e posterior elaboração de planos de treino, é fundamental caracterizar os valores de repouso e também os máximos, dado que todo o planeamento incidirá nessa janela de intensidade. Neste quadro, a frequência cardíaca de repouso, encarada como parâmetro fisiológico de importância central para a definição da intensidade do treino, mantém-se sensivelmente indiferente ao avançar da idade, tal como a concentração de hemoglobina, contrariamente ao volume sanguíneo, que tende a diminuir. Por outro lado, em situação de esforço máximo é possível obser-

var a diminuição de um conjunto de parâmetros relevantes para o treino, incluindo a frequência cardíaca máxima, o débito cardíaco máximo (volume máximo de sangue em circulação por unidade de tempo, correspondendo ao produto da frequência cardíaca máxima pelo volume sistólico máximo), a diferença arteriovenosa de O₂ (diferença de concentração no conteúdo de oxigénio entre o sangue arterial e o sangue venoso) ou o consumo máximo de O₂ (também abreviado por VO₂max, exprime a capacidade máxima de captação – ventilação, fixação – hematose, transporte – débito sanguíneo, e utilização de oxigénio pelos tecidos). O VO₂max, ao representar a capacidade metabólica máxima do indivíduo, tem vindo a ser consistentemente identificado como fator independente do risco cardiovascular quando apresenta baixos valores. De facto, o VO₂max traduz não apenas o desempenho da componente central (débito cardíaco, isto é, o volume de sangue que circula por unidade de tempo), mas também o da componente periférica (diferença arteriovenosa de O₂, isto é, a capacidade dos músculos extraírem o O₂ que lhes chega). Deste modo, o VO₂max pode ser encarado como o parâmetro que por excelência representa o somatório de todos os processos metabólicos (anabólicos e catabólicos) do organismo, na medida em que mesmo as atividades de cariz anaeróbio acabam por criar um défice energético que posteriormente vai ser repostado por via aeróbia. Resulta desta constatação que o consumo de 1L de O₂ nos processos metabólicos tem associado o dispêndio calórico de cerca de 5Kcal ou, mais exatamente, de 4,7Kcal quando o esforço é de intensidade mínima (quociente respiratório de 0,7) e de 5,1Kcal quando o esforço é de intensidade máxima (quociente respiratório de 1,0). Consequentemente, não é de estranhar que baixos VO₂max tenham vindo a ser, nas últimas décadas, consistentemente associados com o aumento do risco cardiovascular. De facto, a presença de baixo VO₂max constitui-se como fator de risco mais gravoso do que o que se observa para a generalidade dos fatores de risco habitualmente considerados nas tabelas de cálculo utilizadas em ambiente clínico. Assim, a diminuição do VO₂max associada à idade, ao representar aumento significativo do risco cardiovascular, deve ser contrariada através de processos de treino adequadamente orientados, dentro dos limites de segurança de cada uma das pessoas idosas.

ALTERAÇÕES MUSCULARES

Após sensivelmente a idade dos 50 anos, o volume da massa muscular tende a decrescer de modo mais acentuado. Esta perda da massa muscular corresponde a um processo designado por sarcopenia. Contudo, a sarcopenia não traduz apenas a diminuição do músculo, mas representa também as alterações qualitativas do músculo. Para compreender melhor a questão, deve considerar-se que a pessoa possui células musculares de diferentes tipos – particularmente tipo I e tipo II. Ora, enquanto as fibras do tipo I, responsáveis pelos movimentos mais cíclicos e lentos, têm um metabolismo mais aeróbio e oxidativo e, por conseguinte, estão preparadas para ‘consumirem’ ácidos gordos livres, as fibras do tipo II, responsáveis pelos movimentos mais rápidos, têm um metabolismo mais anaeróbio e glicolítico. Na realidade, à medida que a pessoa envelhece vai perdendo massa muscular traduzida por alterações nas fibras tipo I e, particularmente, nas do tipo II. O que resulta, não apenas na perda de força muscular, mas também, muito significativamente, numa ‘lentificação’ dos movimentos. Ora, como facilmente se reconhece, quer os baixos níveis de força exibidos pelas pessoas de idade mais avançada, quer a menor rapidez exibida, são fatores de risco fundamentais para um quadro de vulnerabilidade e demais consequências daí resultantes. Também a este nível, adequados processos de treino de força resultarão em ganhos, mesmo em pessoas nonagenárias, conforme está bem descrito na literatura.

TREINO PARA A APTIDÃO CARDIORESPIRATÓRIA

Um adequado nível de resistência aeróbia é necessário para a execução de muitas das tarefas diárias incluindo a ida às compras, o passear ou a participação em atividades recreativas ou de lazer. Conforme descrito anteriormente, a resistência aeróbia decresce com a idade, em homens e em mulheres, importando conhecer os limites mínimos para assegurar uma autonomia fora dos limites da vulnerabilidade e dependência funcional. O consumo máximo de oxigénio de 15mL/kg/min, isto é, 4,3METs tem sido indicado como limiar mínimo necessário para manter a independência funcional, embora se reconheça que o risco cardiovascular está significativamente

aumentado sempre que se verificam valores abaixo de 25-30mL/kg/min. Ora, para desenvolver esta aptidão aeróbia, as opções de treino poderão assentar em trabalho de natureza contínua ou trabalho de natureza intermitente, ou intervalado, sempre considerando os aspetos pedagógicos e tendo a pessoa e a sua dimensão antropológica como ponto de partida. Importa, naturalmente, definir também o modo de treino (natação, marcha, corrida, bicicleta, etc.), a complexidade da tarefa, a frequência semanal, a duração, a intensidade, a relevância funcional da tarefa e os limites de segurança. Na realidade, há um conjunto de orientações que têm vindo a ser publicadas e que têm merecido reconhecimento internacional. Tendo em conta o modo de treino aeróbio contínuo, é recomendado que cada indivíduo pratique pelo menos 150 minutos/semana com intensidade moderada, ou 75 minutos/semana com intensidade vigorosa, distribuídos por pelo menos 5 dias, podendo esperar-se maiores benefícios em caso de mais prática.

TREINO PARA A FORÇA

Como discutido anteriormente, a manutenção de adequados níveis de força, quer dos membros inferiores, quer do tronco e membros superiores, é fundamental para executar a variedade de tarefas diárias, como subir escadas, caminhar distâncias longas, transportar objetos ou mesmo para reduzir o risco de quedas. A manutenção de adequados níveis de força é igualmente importante para a manutenção ou melhoria do metabolismo e consequente manutenção dos níveis de massa gorda, para a saúde óssea, para as dores lombares, para a doença cardiovascular e diabetes. Em termos breves, a força treina-se e aumenta quando músculos específicos são submetidos a sobrecarga, isto é, a estímulos de carga superior à que estão habituados. Há várias estratégias para obter a desejável sobrecarga, incluindo o próprio peso corporal, a utilização de elásticos ou a utilização de pesos livres e máquinas de força em ginásios. Para que o treino decorra de forma segura e com eficácia, é necessário avaliar, direta ou indiretamente, a força máxima através da determinação de uma repetição máxima (1-RM) especificamente de cada grupo muscular. Esta avaliação irá permitir posteriormente definir os planos de treino objetivando a estimulação e o desenvolvimento de tipos específicos de fibras musculares. Para tanto, importa manipular as cargas, a velocidade

de execução, as séries e o número de repetições, assim como os tempos de recuperação entre séries. Destas diferentes combinações resultam diferentes respostas nomeadamente a nível dos sistemas de controlo (Nervoso e Hormonal), que resultam em ganhos específicos de força. De um modo bastante simplificado, dir-se-ia que a partir da simples utilização de uma cadeira é possível encontrar um conjunto de exercícios que permitam treinar a força, conforme os exemplos ilustrados para os membros superiores.



PARA GUARDAR E CUIDAR

- A diminuição da aptidão cardiorespiratória ($VO_2\max$) associada à idade representa aumento do risco cardiovascular.
- As alterações musculares e a diminuição da força muscular têm implicações ao nível das atividades da vida diária do idoso.
- A adoção de estilos de vida ativos é fundamental na promoção da saúde positiva e na prevenção da doença.
- A realização de exercício físico é recomendada para todas as pessoas idosas, sendo importante a elaboração de planos de treino seguros e adequados às capacidades de cada um.

6.

Os Benefícios da Nutrição no Envelhecimento

MARIA HELENA VIEIRA SOARES LOUREIRO

Nutricionista membro da consulta multidisciplinar de Geriatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Coordenadora Técnica da Unidade de Nutrição de Dietética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Presidente da Comissão Científica da Licenciatura de Dietética e Nutrição da ESTeSC, IPC

Envelhecimento, saúde e nutrição estão fortemente relacionados. O estado de nutrição de um indivíduo é avaliado pelo passado e presente dos seus hábitos alimentares, com enfoque na nutrição na idade adulta. Quer os hábitos alimentares quer o estado de nutrição têm impacto no bom ou mau envelhecimento assim como influenciam o aparecimento e agravamento de certas doenças crónicas.

ENVELHECIMENTO DAS POPULAÇÕES

O aumento crescente do número de idosos é uma realidade universal. O envelhecimento é um processo complexo e todos os aspetos fisiológicos que lhe estão intrínsecos devem ser corretamente analisados. Pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões extrínsecas e intrínsecas. Alterações a nível da matriz extracelular, alterações celulares e dos tecidos e órgãos.

O envelhecimento ocorre ao longo da vida e tem a ver com fatores genéticos, fatores hereditários, meio ambiente, hábitos de vida e alimentação.

Nos idosos erros alimentares mais sedentarismo potenciam as doenças degenerativas e metabólicas.

AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL

Pode ser feita a 4 níveis: avaliação clínica e funcional, avaliação da ingestão alimentar, avaliação antropométrica e da composição corporal e avaliação bioquímica.

A malnutrição pode ser consequência de um excesso, défice ou desequilíbrio de nutrientes e energia que pode agravar o estado nutricional das pessoas idosas.

Um estado nutricional inadequado contribui de forma significativa para o aumento da mortalidade, agrava o prognóstico dos idosos com doenças agudas ou crónicas e aumenta o recurso à hospitalização e institucionalização. Com a idade há uma diminuição dos mecanismos de ingestão de absor-

ção de digestão de transporte e excreção, o que se traduz em necessidades específicas neste ciclo de vida.

O risco de desnutrição aumenta progressivamente com a idade.

NECESSIDADES NUTRICIONAIS

O plano alimentar no idoso tem de ser individualizado e adaptado de forma a assegurar uma ingestão energética adequada de forma a suprir as necessidades de macro e micronutrientes e manutenção do peso corporal adequado.

Com o aumento da idade as necessidades nutricionais estão aumentadas devido ao comprometimento da absorção e utilização eficaz de certos nutrientes.

Qualquer plano alimentar para ser adequado deve ter em atenção:

- A manutenção de uma nutrição adequada;
- O número total de calorias ingeridas;
- Distribuição das calorias ao longo do dia;
- Fontes alimentares que contribuem para essa ingestão calórica;
- Aspectos sociais e culturais;
- Respeito pelos gostos individuais.

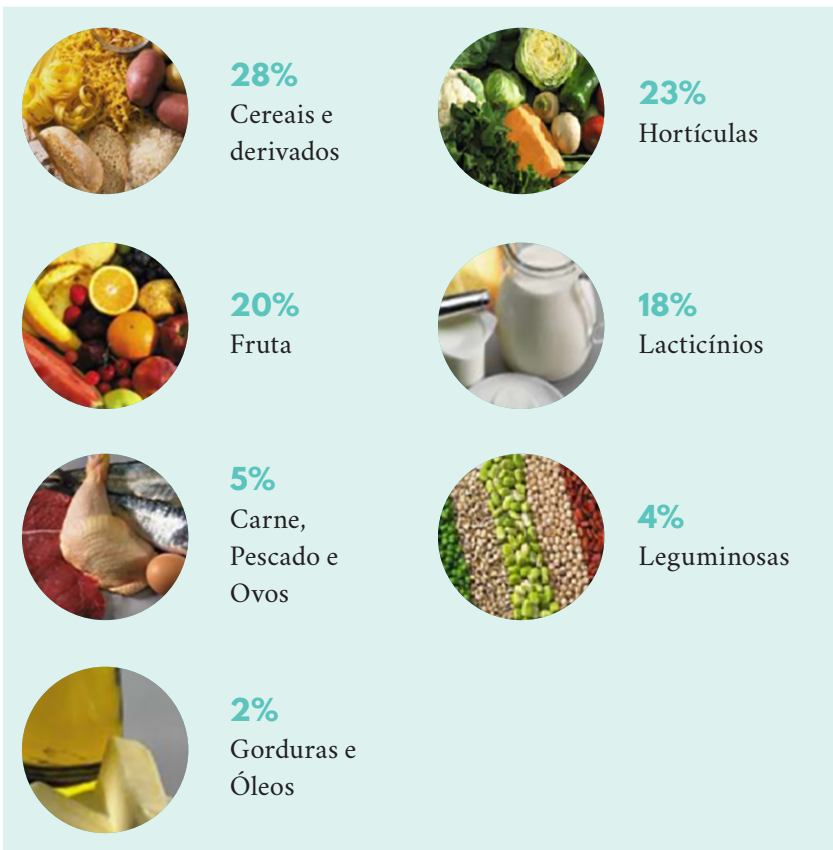
A intervenção nutricional individualizada deve assegurar a qualidade e densidade calórico proteica através de uma alimentação saudável, tendo em atenção todos os fatores fisiológicos e não fisiológicos que interferem na ingestão alimentar do idoso, refeições com intervalos regulares respeitando os hábitos alimentares e tendo em conta as restrições alimentares de acordo com as patologias e disfunções orgânicas. Esta intervenção deve ser feita por profissionais qualificados em Nutrição.

As necessidades energéticas poderão eventualmente diminuir, devido a um eventual decréscimo da atividade física e da consequente redução da massa muscular. Mas grande parte das necessidades em micronutrientes (vitaminas e minerais) mantêm-se inalteradas ou podem mesmo aumentar na 3ª idade.

Para otimizar o estado nutricional devemos ter em conta os diferentes grupos de alimentos que a roda de alimentos aconselha que devem estar presentes diariamente nas percentagens indicadas e distribuídos por 4 a 5 refeições.

GRUPOS DE ALIMENTOS

A alimentação deve ser completa equilibrada e variada.



Adaptado de Rodrigues SSP et al 16

DÉFICE DE OLIGOELEMENTOS¹ E MINERAIS E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS

Oligoelementos e Minerais	Função	Deficiência	Fontes Alimentares
ZINCO	Cofator indispensável a mais de 200 enzimas, intervindo particularmente na síntese do ácido ribonucleico (ARN) e do ácido desoxirribonucleico (ADN).	Alteração na cicatrização e função imunológica.	Pescado (crustáceos e moluscos), carnes, gema de ovo, leite e derivados, fígado, leguminosas.
CÁLCIO	Fundamental na prevenção e no atraso da progressão da osteoporose e outras doenças como o cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e fragilidade do sistema imunitário.	Desmineralização óssea responsável pela osteoporose e perda da massa óssea, debilidade e dores articulares.	Leite e derivados, hortícolas de folha verde escura, ovos, frutos gordos.

1) [Glossário] **Oligoelementos**: São um conjunto de elementos químicos inorgânicos necessários aos seres humanos em pequenas quantidades, que desempenham diversas funções metabólicas no organismo, principalmente na formação de enzimas vitais aos mais diversos processos bioquímicos realizados pelas células. São fornecidos ao organismo humano por dietas diversificadas e adaptadas.

FÓSFORO	Participa no metabolismo dos hidratos de carbono e atua na contração muscular.	Alterações neurológicas, musculares, esqueléticas e hematológicas; debilidade e dores articulares.	Leite e derivados, pescado, gema de ovo, frutos gordos, leguminosas, cacau.
MAGNÉSIO	Intervém na regulação da permeabilidade celular e em numerosas reações imunitárias.	Tremores, espasmos musculares, alterações de humor, anorexia, náuseas e vómitos.	Cereais e derivados pouco refinados, leguminosas (feijão e grão de bico), castanha, frutos gordos, fruta fresca (banana, figo...).
SELÉNIO	Forte antioxidante, desempenha um papel fundamental na proteção contra os efeitos do envelhecimento.	Enfraquecimento do sistema imunitário.	Pescado (crustáceos), carne, gema de ovo, hortícolas (cebola, tomate, brócolo, ...), cereais e derivados pouco refinados.

Quadros DÉFICE DE OLIGOELEMENTOS E MINERAIS E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS e OS DÉFICES VITAMÍNICOS MAIS FREQUENTES E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS adaptados de: Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia e Associação portuguesa de Nutricionistas, Alimentação do ciclo de vida, alimentação da pessoa idosa, Coleção E-boock APN:nº31 de 2013; American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: food and nutrition programs for community – residing older adults. Journal of the American Dietetic Association. 2010; 110: 463-472.

FERRO	As principais funções verificam-se ao nível da formação da hemoglobina do sangue e da respiração celular.	Anemia.	Carnes, vísceras, gema de ovo, pescada, leguminosas, frutos gordos, hortícolas e folha verde escura. Nota: nos alimentos de origem vegetal o ferro é menos absorvido.
--------------	---	---------	--

OS DÉFICES VITAMÍNICOS MAIS FREQUENTES E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS

VITAMINA D	Desmineralização e perda de massa óssea;	Óleo de fígado de bacalhau, peixes gordos (salmão, arenque, sardinhas...), fígado, gema de ovo, leite e derivados ricos em gordura.
VITAMINA E	Aumento do risco de infeções e de doença coronária.	Óleos de origem vegetal, frutos gordos (avelãs, nozes e amêndoas), cereais e derivados pouco refinados, hortícolas (folha verde escura), gema de ovo, queijo.
VITAMINA K	Maior risco de hemorragias.	Hortícolas (espinafres, brócolos, repolha, cenoura...), óleos vegetais, leguminosas, batata.

VITAMINA B6	Redução de linfócitos B.	Pescado, carnes, fígado, frutos, cereais e derivados pouco refinados, leguminosas, frutos gordos.
VITAMINA B12	Anemia megoblástica e distúrbios neurológicos, afetando a função sensorial e motora.	Vísceras, carnes, marisco, ovos, produtos lácteos (exceto manteiga).
ÁCIDO FÓLICO	Anemia megaloblástica, depressão, hiperhomocisteinemia.	Hortícolas de folha verde escura, fígado, frutos gordos, leguminosas (feijão e ervilhas), gema de ovo, cereais e derivados pouco refinados.

QUE ALIMENTOS ACONSELHAR PARA O IDOSO?

CARNE, PEIXE E OVOS

Fornecem proteínas de excelente qualidade com aminoácidos de alto valor biológico, os peixes gordos (salmão, sardinha, cavala) são importantes fontes de vitamina D e ácidos gordos Ómega-3, recomenda-se o consumo de carne peixe e ovos pelo menos uma vez por dia, com a idade há menos apetência para a carne, os lacticínios podem substituí-la em parte: 20g de proteína ≈ 100g de carne ou 100g de peixe ou 2 ovos.

PÃO, CEREAIS, LEGUMINOSAS SECAS E BATATAS, ARROZ E MASSAS

Fornecem energia sob a forma de hidratos de carbono complexos, são absorvidos mais lentamente que a glucose, a presença de fibras atrasa o esvaziamento gástrico, estes alimentos contêm também proteínas vegetais

também necessárias ao equilíbrio alimentar porque são fontes de vitaminas do complexo B, este grupo também deve estar presente em todas as refeições.

LACTICÍNIOS

Constituem a melhor fonte de cálcio, de biodisponibilidade elevada fornecem também proteínas de excelente qualidade, aconselham-se em todas as refeições sob a forma de iogurte, queijo seco ou fresco de preferência meio gordo ou magro, também utilizar nas confeções: purés, arroz doce leite creme, os legumes e frutos e águas completam os valores nutricionais de cálcio; 300mg de cálcio \approx $\frac{1}{4}$ de litro de leite ou 30g de queijo ou 2 iogurtes ou 300g de queijo fresco.

GORDURAS

Fornecedoras de lípidos, energia e de vitaminas A e vitamina D (manteiga) e vitamina E (azeite), assim como ácidos gordos essenciais Ómega-3 (peixes) e Ómega -6 (óleo de amendoim, girassol e milho), e o ácido oleico (azeite de oliveira). A dose diária recomendada 25 a 30% do valor calórico total, sendo que as gorduras saturadas devem ser < 10% e as gorduras monoinsaturadas entre 10-15%.

FRUTAS E LEGUMES

Fontes importantes de vitaminas principalmente vitamina C e beta caroteno, fibras, magnésio e potássio. É aconselhado consumir a todas as refeições frutas ou legumes crus ou cozidos em sopas. A armazenagem prolongada cozeduras prolongadas e, múltiplos reaquecimentos diminui o seu teor de vitaminas. As frutas e legumes da época devem ser preferidos por estarem no máximo da sua riqueza em vitaminas e minerais. Os legumes ultracongelados têm um valor nutricional semelhante aos frescos.

BEBIDAS

Hidratar abundantemente não apenas às refeições, mas também nos intervalos: água que pode ser aromatizada por exemplo com limão, infusões de

ervas (tília, cidreira, limonete) ou um pouco de vinho, desde que não haja contraindicações médicas.

CUIDADOS ESPECIAIS

Dificuldades de mastigação e de digestibilidade são frequentes nos idosos é necessário adaptar a textura e a consistência dos alimentos.

AÇÚCARES

Açúcar, bolos e bolachas não são necessários ao equilíbrio alimentar, mas são fonte de prazer e não existe razão para serem proibidos desde que não se substituam aos outros alimentos e desde que não haja uma patologia que não permita a sua inclusão.

MELHORAR A DIGESTIBILIDADE

Confeções culinárias	Refeições leves e com pouca gordura, confeções culinárias simples: Cozidos grelhados estufados em cru, caldeiradas.
Evitar	Assados em gordura, fritos, refogados e molhos, menos óleo e menos gorduras sólidas para temperar, preferir o azeite.
Conservação	Preferir alimentos frescos ou congelados em vez dos processados e conservados (fumeiro e conservas).
Líquidos	Acompanhar ou finalizar as refeições com infusões digestivas (tília, cidreira, funcho, limonete), Infusões de ervas.
Hortícolas	Legumes cozidos.

Leguminosas	Pequenas porções de feijão, grão, ervilhas ou favas devem ser triturados com a varinha mágica ou usar o passe-vite para retirar as cascas das leguminosas.
Lacticínios	Preferir leite magro.
Fruta	Preferir fruta mais madura cozida ou assada.

PROBLEMAS DE MASTIGAÇÃO

Para idosos com problemas de mastigação, falta de dentes ou próteses mal-adaptadas sugere-se a adaptação e modificação da textura do plano alimentar de forma a manter-se agradável e saborosa, salienta-se a importância da mastigação na atividade de estimulação do hipocampo cerebral na manutenção das funções de memória e aprendizagem.

A adaptação da consistência e textura das refeições deverá ser aconselhada por um profissional especializado, de acordo com as especificidades individuais da pessoa idosa.

Confeções culinárias	Preparações com molhos ou líquidos (arroz malandrinho, sopas de pão em leite), não servir alimentos secos. Bater com a varinha mágica os vegetais (esparregados de todos os hortícolas).
Fruta	Ralar as frutas mais duras, cozer ou assar. Puré de fruta madura é mais nutritivo que fruta assada/cozida fruta cozida, assada, crua polpa mole triturada, batida com leite ou iogurte.
Carne	Picar a carne (almondegas, empadões, crepes).
Sopa	Sopa triturada pode ser enriquecida com carne/peixe cozidos/à parte ou ovos.

HIDRATAÇÃO

A importância da hidratação aumenta com a idade, devido à diminuição da função renal e diminuição da percepção de sede. Ingerir uma quantidade adequada de líquidos auxilia na digestão e previne a obstipação, que atinge com frequência os indivíduos idosos.

<p>Água</p>	<p>Mínimo 1L/dia - Ideal 1,5L/dia.</p> <p>Pode aromatizar com frutos (limão, casca de laranja) ou optar por chá frio de infusão de ervas (tília, cidreira, limonete, hortelã).</p>
<p>Sopa</p>	<p>Deve inaugurar as refeições principais.</p> <p>Principais benefícios do consumo de sopa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A osmolaridade² do conteúdo do fundo gástrico iguala a do duodeno, que favorece o início precoce do esvaziamento, que depois se mantém a ritmo regular. Em consequência o tempo que os alimentos estão no estômago é de mediana duração - promove um estômago saudável. - Riqueza nutricional. - Estimula o apetite pelo seu aroma, cor e temperatura agradável. - Saciedade precoce. - Produção biliar de abundante fase líquida e de grande concentração de sais biliares, redução de teores de colesterol do meio interno, melhor efeito detergente, digestão facilitada de gorduras alimentares e maior estímulo de fermentos entéricos e pancreáticos. <p>2) [Glossário] Osmolaridade: É a quantidade de partículas dissolvidas num determinado solvente. Quanto maior a osmolaridade, maior a pressão osmótica do soluto sobre o solvente. As causas de lentidão no esvaziamento para o duodeno são: maior volume, maior osmolaridade, e maior quantidade de proteínas e lípidos.</p>

CONSELHOS PRÁTICOS

- Pequeno-almoço completo, variado, equilibrado e ajustado.
- Não omitir refeições, evitando estar mais de 3h30 – 4h sem comer.
- O jejum noturno não deve ser superior a 10h.
- Deve fazer várias refeições completas, equilibradas e variadas ao longo do dia.
- As refeições devem ser pouco volumosas e facilmente digeríveis.
- Preparar as refeições com diferentes cores, sabores, formas e aromas.
- Ter em atenção a apresentação e temperatura das refeições.
- Preferir alimentos ricos do ponto de vista nutricional como frutos e hortícolas.
- Temperar a sopa com azeite extra virgem e não cozinhar carnes na sopa e adicionar legumes e vegetais.
- Utilizar a água de cozedura dos legumes e vegetais para cozer arroz ou massa.
- Preferir o consumo de peixe em relação ao consumo de carne.
- Adaptar a textura dos alimentos quando existirem dificuldades ao mastigar e engolir ou flatulência.
- Optar pelas carnes brancas com pouca gordura e mais macias (aves e coelho).
- Restringir gorduras saturadas (gorduras sólidas à temperatura ambiente) como margarinas, manteiga, gorduras da carne, queijos gordos, enchidos.
- Utilizar ervas aromáticas (salsa, coentros, manjerição, louro) entre outras e condimentos e sumo de limão para temperar.
- Enriquecer a confeção dos alimentos com ovos ou laticínios (suflés, empadões, pudins, crepes) para aumentar densidade nutricional sem aumentar o volume.

- Beber água regularmente, mesmo não sentido sede.
- Moderar o consumo de açúcar, sal, gorduras e bebidas alcoólicas.
- Preparar mais quantidade das refeições.
- Exemplo: preparar sopa e congelar as porções em recipientes individuais para outras ocasiões.
- Incentivar o consumo de pratos tradicionais portugueses adequados do ponto de vista nutricional e que incluam leguminosas e hortícolas.
- Fazer as refeições com companhia, sempre que possível, e num ambiente calmo e agradável.
- Medir e registar o peso semanalmente.

EXEMPLO DE UM PLANO ALIMENTAR PARA UM DIA



PEQUENO-ALMOÇO

07h30min

1 chávena de leite meio gordo
(250ml)

1 pão de mistura (45g)

1 colher de sobremesa de
manteiga/creme vegetal para
barrar (15g)

1 kiwi (60g)



MERENDA DA MANHÃ

10h30min

1 iogurte sólido magro natural
(125g)

ou 3 bolachas tipo maria

ou 1 maçã (70g)



ALMOÇO

13h00m

1 taça de sopa de legumes
(300ml)

1 pedaço de frango (80-90g)

6 colheres de sopa rasas de
arroz de cenoura

Feijão-verde cozido

1 pêsego (70g)



MERENDA DA TARDE

16h30m

1 copo de leite meio gordo
com cevada (125ml)

1 pão de mistura(45g)

¼ de queijo fresco (15g)

1 pera (60g)

JANTAR

20h00m

1 taça de sopa de alho francês (300ml)

1 posta de pescada grelhada (70-80g)

1 ½ batatas pequenas cozidas (90g)

Brócolos cozidos

1 maçã assada (40g)



CEIA

22h30m

1 chávena de chá de camomila

3 bolachas de água e sal



Beber água ao longo do dia (8 copos)



Nota: A planificação do dia alimentar apresentado destina-se a indivíduos saudáveis. Para casos ou situações específicas deverá consultar um nutricionista. Plano alimentar calculado para 1890kcal.

O envelhecimento é caracterizado pela diminuição progressiva da ingestão calórica, aumento da quantidade de gordura corporal, redução da massa muscular e alteração dos sentidos do olfato da sede do gosto, bem como perturbação dos maxilares e da dentição. Todos estes fenómenos são inevitáveis, mas se detetados e tratados em tempo oportuno não terão impacto significativo quer no estado de nutrição quer na deterioração do organismo no seu todo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a qualidade de vida associada ao envelhecimento como um “conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o grau de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspetos importantes do meio ambiente”.

A rede de saúde, os profissionais, os cuidadores a comunidade, devem proporcionar a adoção de comportamentos saudáveis, de forma a permitir a integração dos idosos na Sociedade, assim como acompanhar o envelhecimento individual e as suas fragilidades e as suas alterações. Tudo isto, pode não conduzir a um aumento exponencial na Esperança Média de Vida do idoso, mas seguramente prolongará os seus anos de vida com melhor saúde e qualidade de vida.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- A necessidade de ingestão calórica diminui à medida que a idade vai aumentando e que a atividade física diminui.
- A alimentação do idoso deve ser equilibrada e ajustada às suas necessidades, considerando eventuais problemas de saúde.
- O regime alimentar do idoso deve ser adaptado, diversificado e garantir a necessária hidratação do organismo.

7.

A Gestão dos Afetos na Idade Avançada

MARGARIDA PEDROSO DE LIMA

Professora Associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra

As emoções estão presentes e interpenetram todos os aspetos da nossa existência desde o momento do nosso nascimento até ao final da nossa vida. São fulcrais na avaliação que fazemos do nosso bem-estar e daquilo que é relevante para nós. São o que nos permite reagir aos acontecimentos de uma determinada forma e estão no coração das nossas relações sociais. Foi, no entanto, apenas com o trabalho de Carroll Izard sobre a teoria diferencial das emoções (1971, 1991) que se começou a dar atenção ao desenvolvimento da emoção ao longo do ciclo de vida. Esta teoria assume que os aspetos emocionais contribuem para que exista estabilidade e mudança nas nossas diferentes fases de desenvolvimento. Assim, em diferentes idades a experiência qualitativa do medo, da raiva e da felicidade é semelhante, bem como, a relação da emoção com a motivação e com os estados mentais. Esta estabilidade é o que permite a construção de um sentido de identidade. No entanto, também encontramos aspetos que se modificam ao longo do curso de vida. Por exemplo, a capacidade de antecipar como outra pessoa vai responder emocionalmente e a de nos adaptarmos às diferentes respostas aumenta. O trabalho de Gisela Labouvie-Vief (1996) adiciona a importância da regulação crescente das emoções com a idade e que estas ficariam cada vez mais independentes das prescrições da cultura no sentido de uma gestão mais pessoal. Mais recentemente, numa revisão sobre estudos empíricos, Magai (2010) sublinha que estes confirmam as teorias atrás referidas, a saber, que a idade não afeta a intensidade emocional nem acarreta aumento de afeto negativo, que há um ligeiro aumento do afeto positivo, uma diminuição da raiva e uma melhoria na capacidade de regular os estados emocionais.

Em suma, a investigação sobre as alterações das emoções ao longo do ciclo de vida sugere que os adultos mais velhos experienciam níveis elevados de bem-estar e estabilidade emocional até idades muito avançadas contrastando com o eventual declínio cognitivo e físico. Poderíamos então dizer que o envelhecimento emocional apresenta benefícios com o avançar da idade, ficando as pessoas mais 'autoras' dos seus próprios processos.

As perceções de que as pessoas mais velhas são tristes, sozinhas e sem esperança têm-se revelado, por conseguinte, injustificadas visto que a maioria das pessoas idosas estão bem emocionalmente, pese embora muitas destas pessoas estarem, de facto, com problemas físicos, stress psicológico, perdas

sociais, e nalguns casos, dependência. Naturalmente encontram-se diferenças individuais neste padrão geral de melhoria do bem-estar. Tendências genéticas, personalidade, acontecimentos de vida e a forma como gerimos esses acontecimentos influenciam se o nosso bem-estar melhora ou piora com a idade. No entanto, os níveis relativamente elevados de bem-estar e de estabilidade emocional são a norma e não a exceção na idade avançada. Só quando as pessoas estão a morrer parece haver uma quebra no bem-estar, porém, esta quebra, é independente da idade.

No entanto, fruto da enorme variabilidade interindividual na magnitude e direção das mudanças emocionais ao longo da vida, é importante auxiliar, na última fase da sua vida, as pessoas idosas que têm dificuldade em gerir as suas emoções. A contribuição de todos nós, sobretudo se formos cuidadores, é essencial. De seguida propõem-se algumas dicas.

COMO MELHORAR OS PROCESSOS EMOCIONAIS DOS IDOSOS?

A regulação e a gestão emocional podem ser promovidas de modo a ajudar a melhorar a qualidade de vida dos adultos mais velhos visto que embora o bem-estar afetivo melhore em média com a idade tal, como vimos, não acontece para todos. Sendo assim é fundamental ensinar às pessoas com perfis menos adaptativos o uso de competências emocionais promotoras de bem-estar. De seguida apresentamos algumas destas competências e como as implementar:

- 1.** Expressar as emoções. Abrir a possibilidade de dialogar sobre as emoções é fundamental e muitas vezes passa apenas por criar essa possibilidade. O cuidador pode ainda propor que a pessoa idosa escreva (ou fale) para aliviar alguma emocionalidade negativa ou arrependimentos de vida que podem seriamente comprometer a sua saúde;
- 2.** Identificar as emoções. Aprender a identificar o que sentimos e o que o outro está a sentir. Uma das formas é o cuidador perguntar ao idoso como ele se está a sentir num determinado momento/situação. Se a pessoa tiver dificuldade de dizer que pode usar uma metáfora ou uma imagem (por exemplo, sinto um peso no peito; sinto como se não pudesse respirar,

como se tivesse suspensa). Dar também feedback do que o cuidador sente. Ter atenção em não julgar se a emoção partilhada não for aquela que o cuidador gostaria;

3. Prever a reação emocional. Treinar identificar que emoção um familiar/ amigo ou ele próprio poderá sentir num determinado momento/circunstância e o que alguém eventualmente pensa sobre um determinado assunto são competências que se podem treinar. Neste sentido o cuidador pode perguntar 'como se sentiria se estivesse nesta circunstância?' ou 'Como acha que x reagirá?' ou ainda 'Reagiria da mesma forma se colocado na circunstância de x?'. O treino da empatia aproxima-nos dos outros e da nossa humanidade;
4. Corrigir os custos das melhorias da regulação emocional com a idade. As mesmas mudanças emocionais que levam à melhoria do bem-estar, como atender a informações positivas mais do que a negativas, podem diminuir as aptidões de tomada de decisão dos adultos mais velhos e a aprendizagem em determinadas situações. Em comparação com os adultos mais jovens, os adultos mais velhos realizam pior tarefas que



envolvem a aprendizagem por evitamento, ignoram informações negativas na tomada de decisões e são mais pobres na detecção de engano. Estas mudanças podem prejudicar os cuidados de saúde e opções financeiras dos idosos e torná-los particularmente vulneráveis a fraudes. É necessário informar os adultos mais velhos que devem, nalgumas circunstâncias, abandonar o seu foco emocional e serem mais analíticos (ou seja, concentrando-se nos fatos específicos apresentados e não nas reações emocionais) quando a saúde ou as finanças estão em jogo.

As aptidões comunicacionais do cuidador são cruciais e baseiam-se na capacidade da escuta emocional por parte deste. Efetivamente, a relação de ajuda é um encontro transacional entre duas pessoas onde a qualidade da relação tem uma importância vital. A relação com um familiar idoso doente confronta o cuidador com um naipe de problemas, necessidades, e crenças pessoais. Tomar consciência dos seus próprios sentimentos de impotência e preconceitos é de extrema relevância, visto representarem barreiras que dificultam o acesso das pessoas idosas e dos seus cuidadores a uma vida de paz e de maior qualidade. A verdade é que as reações emocionais são, na generalidade, mais fortes na relação com as pessoas idosas, aparentemente, porque os problemas destes são mais reais e assoladores do que os dos adultos mais jovens.

Os adultos mais velhos são mais maduros emocionalmente do que nós e têm o mesmo direito, de que todos os adultos (mais novos e mais velhos), de serem agentes da sua vida, terem projetos e viverem felizes. Neste sentido, trabalhar com as pessoas e não pelas pessoas traria, na idade avançada, inúmeros benefícios para o florescimento emocional dos adultos mais velhos.

PARA GUARDAR E CUIDAR

→ À medida que a idade avança, aumentam, tendencialmente, as emoções positivas.

8.

O Idoso Precisa de Ajuda



Sinais de Alerta

HELDER ESPERTO

Médico, Assistente Hospitalar, Especialista em Medicina Interna, Competência em Geriatria no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O envelhecimento é uma das maiores provas de sucesso da sociedade moderna. Para que esse sucesso seja pleno é necessário que o aumento da esperança de vida corresponda a um aumento da qualidade de vida.

O envelhecimento é um processo natural e gradual, ao qual se associa o declínio de várias funções. O aparecimento e progressão desses declínios varia de pessoa para pessoa, estando, muitas vezes mais associados a doenças do que ao processo de envelhecimento por si só.

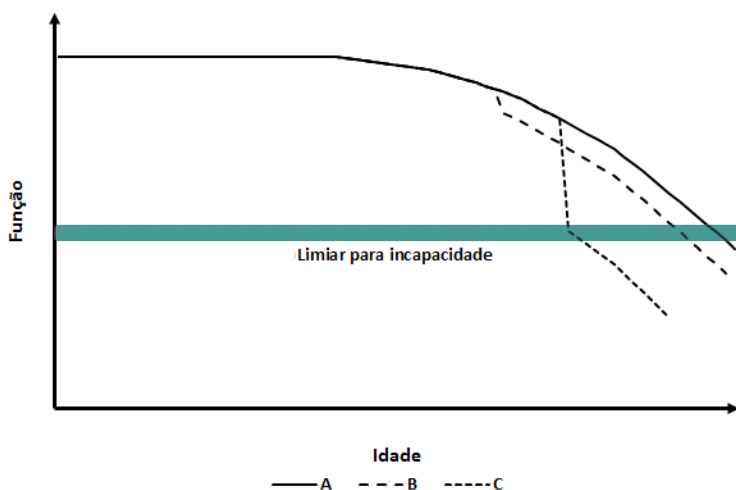


Figura 1. Deterioração funcional ao longo da vida.

(Adaptado de SAYER, A et al. *J Nutr Health Aging*, 2008, 12.7: 427-432)

A figura anterior pretende exemplificar o que acontece com muitas das funções ao longo da vida. Essa função pode ser biológica (por exemplo, função renal, densidade mineral óssea), física (por exemplo, força física, capacidade em andar autonomamente), cognitiva (por exemplo, memória), nutricional (por exemplo, perda de massa muscular), social ou outra.

A linha A representa o que acontece no processo habitual de envelhecimento, mostrando que apenas em idades avançadas a diminuição da função representada originará incapacidade. A linha B ilustra o efeito que algumas

doenças ou acontecimentos podem ter, acelerando o declínio da função e originando incapacidade em idades mais precoces. Caso a doença seja muito grave, o défice ou incapacidade imediatamente se manifestam, como representado através da linha C.

Por exemplo, se uma pessoa tiver uma queda da qual resulte uma fratura do fémur, terá uma diminuição súbita da mobilidade. Se a reabilitação não permitir a recuperação total, a partir desse momento estará em maior risco de perder a mobilidade (linha B). No entanto se a fratura for muito grave ou se surgirem complicações da fratura, poderá perder logo a mobilidade (linha C).

Se nas situações B e C é fácil identificar o estímulo agressor e as consequências são rapidamente percebidas, na situação A, a instalação de défices é subtil podendo passar despercebida até fases muito avançadas em que o tratamento é muito mais difícil.

PORQUE UM IDOSO NÃO PEDE AJUDA?

A deterioração das capacidades é geralmente um processo gradual e lento, fazendo com que, muitas vezes, tanto o idoso como os familiares e amigos mais próximos não se apercebam da instalação de défices até que estes sejam muito significativos. Isto atrasa geralmente a procura de ajuda, o que compromete a possibilidade da sua correção ou recuperação.

Outro dos motivos prende-se com o facto das pessoas mais velhas não quererem aceitar as suas limitações chegando mesmo a negar que tenham dificuldades. Fazem isto por “ vaidade”, para não sobrecarregarem os filhos/ cuidadores com mais trabalho, ou pelo medo de serem institucionalizados.

Em algumas situações, o idoso não tem a quem recorrer, e desconhece ou não tem a capacidade para saber quais os apoios sociais que lhe podem ser oferecidos. Agrava esta situação o facto de a identificação de défices estar muito dependente dos cuidados de saúde, que muitas vezes não conseguem dar resposta às exigências do envelhecimento populacional.

SINAIS DE ALERTA

ALIMENTAÇÃO

Com a idade surgem várias alterações na alimentação; o envelhecimento altera o paladar, o olfato e a quantidade de saliva necessária para a mastigação, o que condiciona a alimentação. Alguns dos medicamentos que os idosos tomam acentuam estes problemas. Assim os idosos tendem a comer menos refeições e uma menor quantidade, no entanto essas alterações são muito graduais.

As alterações dos hábitos alimentares podem ser confirmadas pela observação do idoso durante uma refeição. Para além da quantidade que come é ainda importante verificar se recusa algo em particular (geralmente a carne ou a água) ou se se queixa de falta de apetite. No domicílio o idoso deverá ter alimentos saudáveis, como fruta, legumes, carne ou peixe. Quando a alimentação do idoso é apenas feita à custa de farináceos (pão, bolachas, papas) e laticínios, gera-se um problema pois originará défices nutricionais. É ainda importante confirmar que os alimentos estão dentro da validade, bem-acondicionados e em bom estado de conservação.

Numa fase mais avançada estes problemas tornam-se evidentes quando o idoso perde peso, adquire um aspeto emagrecido, quando a roupa começa a ficar larga ou tiver de apertar ou fazer buracos no cinto.

As alterações na alimentação podem ser a consequência de vários problemas. Nem sempre é a falta de apetite o motivo; doenças crónicas, problemas de dentição, económicos ou de memória, depressão, incapacidade física para ir às compras são alguns dos problemas que podem estar por trás.

Para além dos alimentos deve-se também ter em conta o consumo de bebidas alcoólicas; se o idoso aumentou a ingestão de bebidas alcoólicas, bebe fora das refeições, tenta encobrir a quantidade ou tem de beber logo ao acordar, é sinal que há um problema.

APARÊNCIA

A alteração da aparência habitual de um idoso deve ser motivo de preocupação. Muitos dos idosos vestem-se e cuidam de si dentro de um padrão conhecido. Mudanças a nível da higiene ou aparência pessoal, como mudanças no vestuário, uma aparência descuidada, incluindo o cuidado que o idoso tinha habitualmente com o cabelo ou barba, o uso de padrões ou cores fora da norma, cheiro a urina, podem sugerir a existência de problemas mais sérios. Estas alterações podem indicar o aparecimento de uma doença ou uma deterioração na capacidade física, cognitiva ou económica dos idosos.

De forma semelhante, o cuidado que um idoso tem com a arrumação e limpeza da sua casa pode ter um significado idêntico. Uma casa com aspeto desarrumado, odores desagradáveis, acumulação de lixo, roupa suja ou comida estragada devem levantar várias questões. O que está por trás desta mudança? O idoso necessita de ajuda com as tarefas domésticas? É capaz de viver sozinho? A casa é um sítio seguro para o idoso permanecer?

COMPORTAMENTO

Com o envelhecimento os idosos tornam-se geralmente menos flexíveis para com a mudança. Muitos dos traços da sua personalidade tornam-se mais marcados, podendo ser confundidos com teimosia, resistência ou incapacidade à adaptação.

Alterações nas rotinas habituais como deixar de ir às compras, ao café ou à igreja, comportamentos desadequados, repetitivos, irritabilidade, incapacidade para planear tarefas comuns, a modificação das relações sociais normais como o afastamento em relação a amigos e familiares, ou o isolamento pessoal devem causar alerta.

As alterações do comportamento são a primeira manifestação de muitas doenças neuropsiquiátricas. Doenças como a depressão, insónia ou ansiedade, apesar de mais comuns com o avançar da idade, não devem deixar de ser identificadas e tratadas. Uma mudança súbita do comportamento pode ter como precipitante a morte do cônjuge ou ser um efeito adverso de uma nova medicação.

A aquisição de bens de que o idoso não precisa ou o levantamento de grandes quantias de dinheiro podem dever-se ao facto do idoso não ser mais capaz de gerir o seu orçamento ou pode ser vítima de abuso financeiro por terceiros.

ACIDENTES

Os idosos são aqueles que têm mais acidentes e com maior gravidade. Se para uma criança cair é um evento comum e geralmente sem consequências, num idoso pode provocar fraturas e representar o fim da sua independência. Felizmente a maioria das quedas não tem consequências graves. Se um idoso cai frequentemente deve ser observado por um médico de forma a perceber qual a causa da queda e a prevenir as suas consequências.

Nem sempre o idoso se queixa destes acidentes pelos motivos que já foram enumerados. No entanto podem ser assumidos pelo aparecimento de hematomas (nódoas negras), queimaduras ou cortes.

Os acidentes de viação são igualmente preocupantes e potencialmente graves para o idoso e para terceiros. Podem surgir devido a défices visuais, auditivos, físicos ou cognitivos. O aparecimento de riscos e pequenos acidentes com o automóvel devem ser encarados como elemento de preocupação. Para conseguir manter a carta de condução (e a sua noção de independência) os idosos podem omitir ao médico certas limitações aquando da renovação da carta pelo que a família tem um papel essencial neste assunto.

A deterioração da capacidade física ocorre com o envelhecimento e pode ser prevenida pela manutenção de uma atividade física regular. Evidenciam declínio físico uma velocidade de marcha lenta, a dificuldade para se levantar de uma cadeira (geralmente tendo de fazer várias tentativas ou apoiando-se a outros objetos) ou a incapacidade para transportar pequenos pesos (como um saco de compras). Não esquecer que a dor pode limitar a mobilidade do idoso, mesmo na ausência de outros problemas. O tratamento neste caso passa por analgésicos; os mitos em relação à medicação, habituação ou dependência física devem ser esclarecidos com o médico.

ESQUECIMENTO

Os problemas de memória são uma queixa comum entre os mais velhos. Muitas vezes os problemas resumem-se ao esquecimento acerca do local onde deixou determinado objeto. Uma das principais preocupações dos idosos e das suas famílias é que tal possa constituir o começo de uma demência. Apesar dos casos de demência aumentarem com a idade e de os sintomas iniciais poderem ser falhas na memória recente, na maioria dos casos não deve levantar preocupação a menos que haja um agravamento progressivo das queixas.

Os problemas de memória podem passar completamente despercebidos da família, sobretudo em pessoas com maior escolaridade e fluência verbal. Constituem sinais de alarme confundir ou alterar os horários (não saber se é de manhã ou de tarde, fazer tarefas domésticas durante a madrugada), ter dificuldade em encontrar palavras, terminar frases ou seguir um raciocínio, esquecer-se do assunto de conversas recentes, enganar-se no nome e parentesco de familiares, perder-se em zonas previamente familiares, não saber quais os medicamentos que deve tomar a cada refeição. Outras alterações que podem ser notadas pelos familiares são por exemplo confundir o lugar habitual dos objetos ou arrumá-los em locais estranhos (por exemplo, guardar roupa no frigorífico), não verificar o correio ou deixar cartas por abrir, ter várias receitas médicas por adquirir ou embalagens de medicamentos por abrir.

Qualquer uma destas situações deve originar uma visita ao médico. Este irá querer saber como e há quanto tempo se iniciou cada uma destas queixas. Por regra os problemas de instalação súbita serão uma doença aguda e não uma demência. No entanto os familiares podem sentir que um problema tem um início recente e apenas durante a consulta médica se irão aperceber que muitos dos problemas tiveram origem meses antes.

Nem todos os problemas de memória ou concentração são demência. Doenças como depressão, hipotireoidismo, surdez, anemia ou efeitos secundários de medicamentos (ou dos chamados suplementos alimentares ou produtos naturais) podem causar este tipo de problemas.

SINAIS DE ALARME - RESUMO

ALIMENTAÇÃO

- Alteração dos hábitos alimentares;
- Recusa de determinado alimento ou água;
- Falta de apetite;
- Alimentação à base de farináceos, bolachas, papas e leite;
- Alimentos fora do prazo ou em mau estado de conservação;
- Perda de peso, aspeto emagrecido;
- Roupa mais larga, apertar ou ter de fazer buracos no cinto;
- Consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

APARÊNCIA

- Alteração da aparência habitual, odor, aspeto descuidado;
- Descuido com a arrumação e limpeza do domicílio.

COMPORTEAMENTO

- Alteração das rotinas habituais;
- Comportamentos desadequados repetitivos, irritabilidade;
- Incapacidade para planear tarefas;
- Modificação das relações sociais, isolamento;
- Aquisição de bens desnecessários, levantamento de grandes quantias de dinheiro.

ACIDENTES

- Quedas, hematomas, queimaduras ou cortes frequentes;
- Riscos no automóvel e pequenos acidentes de viação;

- Incapacidade para se levantar de uma cadeira, marcha lenta, incapacidade para transportar pequenos objetos.

ESQUECIMENTO

- Dificuldade em encontrar palavras, terminar frases ou um raciocínio;
- Não reconhecer familiares;
- Perder-se em locais conhecidos;
- Arrumar objetos em locais errados ou inapropriados;
- Não verificar o correio, deixar cartas por abrir;
- Incapacidade para gerir medicação.

O QUE FAZER QUANDO EXISTEM SINAIS DE ALERTA?

A maior dúvida para um familiar ou cuidador após ler a tabela com os sinais de alerta será distinguir quais as alterações próprias do envelhecimento daquilo que podem ser doenças. O recurso imediato ao médico de forma a diagnosticar precocemente uma patologia pode ser prejudicial uma vez que pode aumentar o recurso a exames complementares de diagnóstico (nem sempre fáceis de realizar ou inócuos para o idoso), bem como pode angustiar esta pessoa ao dar a noção de que está doente.

Perante estes sinais de alarme a família ou cuidador devem reforçar a vigilância do idoso e dar-lhe conta das suas preocupações. A análise conjunta com o idoso acerca do motivo das queixas e da forma como estas interferem com a sua vida permite melhor esclarecer se tal se trata de um verdadeiro problema. As causas que não são exclusivas do foro médico, como problemas económicos, relações entre familiares, dificuldade em fazer compras ou limpezas, podem ser identificadas e corrigidas pelo cuidador. Nalgumas situações o recurso ao assistente social pode ser mais vantajoso que ir a uma consulta médica.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- A família e/ou os cuidadores devem estar atentos para os sinais de alerta associados ao envelhecimento.
- Fatores associados à alimentação, aparência, comportamento, acidentes e esquecimento devem ser considerados num quadro genérico de manifestações que podem ocorrer.
- No tratamento dos idosos o mais importante é o próprio idoso, as suas expectativas, as suas crenças e a manutenção da sua autonomia e qualidade de vida - o foco do tratamento deve ser o idoso, com todas as suas especificidades clínicas, emocionais, familiares e socioeconómicas, e não a sua doença.

Os Pilares Interdisciplinares



**Médico,
Cuidador e
Tecnologia**

9.

Polimedicação e Adesão à Terapêutica

CARLOS ALBERTO FONTES RIBEIRO

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Adesão à terapêutica significa cumprir o tratamento prescrito, isto é, tomar as doses corretas e de modo adequado, nos intervalos corretos e pela duração determinada.

Depois da prescrição podemos julgar a adesão a diversos níveis. Por exemplo, dos medicamentos prescritos apenas 88% serão adquiridos na farmácia, só 76% serão tomados e apenas 47% serão continuados nos tratamentos crônicos. E se em termos gerais é um problema muito importante, no idoso ainda o é mais, já que mais de 50% dos idosos não aderem à terapêutica, originando 5% a 15% dos internamentos hospitalares dos idosos nos Estados Unidos. Para além das hospitalizações, outras consequências são piores resultados em saúde, com maior morbidade e mortalidade, menor qualidade de vida e, claro, maiores custos, como foi demonstrado nos casos da hipertensão arterial e na diabetes mellitus. De todos os internamentos hospitalares relacionados com medicação nos Estados Unidos, 33% a 69% são devidos à baixa adesão à medicação, com um custo resultante de aproximadamente US \$ 100 bilhões por ano.

Podemos considerar cinco dimensões na adesão à terapêutica, estando estas relacionados com:

1. O sistema de saúde (por exemplo, falta de profissionais de saúde, de instalações e de vias de seguimento e monitorização);
2. O doente (por exemplo, problemas cognitivos, reumatismais, fadiga);
3. A doença respetiva;
4. Com a terapêutica (regimes posológicos complexos, pouca eficácia e reações adversas);
5. Com os fatores socioeconómicos (por exemplo, influência negativa da família e de amigos, custo dos medicamentos).

Assim, são muito numerosas as causas de não-adesão à terapêutica, como se pode constatar na Tabela 1. Existem ainda fatores que fazem prever ou facilitar a não-adesão.

CAUSAS DE NÃO-ADESÃO À TERAPÊUTICA

- Regime Terapêutico: complexidade e custo;
- Polifarmácia;
- Relação com a equipa de saúde;
- Características individuais do doente (comorbilidade; aspetos cognitivos – por exemplo, incapacidade para compreender a necessidade do tratamento - diminuição da autoestima; ideias suicidas);
- Doenças crónicas;
- Dificuldades da deglutição; alimentação e bebidas alcoólicas;
- Automedicação;
- Reações adversas;
- Fatores socioeconómicos, dificuldades económicas.

Tabela 1.

Neste contexto, é reconhecido que quanto maior for o número de administrações diárias maior a não-adesão, o que significa que as formas de absorção prolongada aumentam a adesão à terapêutica. Os medicamentos com fármacos de semivida longa também necessitam de menos administrações, aumentando a adesão à terapêutica, mas pode demorar mais tempo a serem atingidas as concentrações de patamar, as concentrações mais eficazes, e a diminuir os níveis plasmáticos, se surgir uma reação adversa.

Identificaram-se fatores que conduziam à não-adesão à terapêutica. O principal foi o esquecimento, seguido pelo “sentir-se melhor”, pelo horário das tomas, sono e custo. Muitas destas razões podem ser evitadas, ou pelo menos melhoradas, através de medidas simples e fáceis de aplicar.

Todavia, e como se deduz de alguns dos estudos efetuados neste domínio, a colheita de dados para quantificar e caracterizar a não adesão à terapêutica

é fundamental. Assim, é necessário aplicar um método para medir a adesão/não-adesão, seja direto ou indireto (Tabela 2), o mais fiável e reprodutível possível.

MÉTODOS PARA MEDIR A ADESÃO À TERAPÊUTICA

MÉTODOS DIRETOS

- Observação;
- Níveis biológicos do fármaco;
- Interferência nos marcadores da resposta ao fármaco.

MÉTODOS INDIRETOS

- Método eletrónico;
- Entrevista/consulta, questionários, diário;
- Contagem das formas farmacêuticas;
- Renovação das receitas;
- Resposta clínica (incluindo medidas fisiológicas – por exemplo, bloqueadores beta e frequência cardíaca);
- Relato de outra pessoa (por exemplo, crianças e jovens).

Tabela 2.

Estes métodos merecem alguns comentários:

- A **observação** é exata, mas possível para poucos medicamentos no ambulatório. A nível hospitalar deve ser executada com rigor, sendo habitualmente uma responsabilidade do enfermeiro. No ambulatório é feita perante algumas doenças, como a tuberculose e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA);

- A **medição dos níveis biológicos do fármaco**, ou medição das concentrações nos tecidos, nomeadamente no sangue, parece ser um dos melhores métodos, mas que efetivamente não o é, já que a variabilidade individual é significativa e para doses supra ou infra terapêuticas ligeiras ou moderadas não se consegue correlacionar o nível sanguíneo com as doses tomadas. Evidentemente que se os níveis forem nulos, o doente não tomou o medicamento;
- Relativamente à **quantificação dos marcadores**, infelizmente a variabilidade biológica é grande e dois doentes que efetivamente tomam a mesma medicação têm valores diferentes de eficácia, medida através de marcadores de resposta ao fármaco – por exemplo, controlo da diabetes mellitus através dos níveis de HbA1C glicada;
- Nos métodos indiretos, o **eletrónico** é o padrão de ouro. O medicamento está num dispositivo (por exemplo, frasco com rolha eletrónica) que assinala a abertura do frasco e o tempo que fica aberto, sendo possível medir estes parâmetros durante muito tempo, como, por exemplo, uma semana ou um mês. A maior limitação deste método reside no facto de ser dispendioso;
- Um método que se aproxima bastante do eletrónico é a **entrevista, o diálogo na consulta, o questionário ou o diário**, desde que haja uma boa relação do doente/utente com a equipa de saúde, nomeadamente com o médico (uma boa relação médico-doente é essencial). Este método é o mais executado na prática clínica;
- A **contagem das formas farmacêuticas** vai colidir com a confiança do doente. É um método “policial”, que pode ofender o doente. Com frequência o doente esquece-se dos *blisteres* ou dos frascos ou, até, pode retirar *blisteres* da embalagem. Refira-se, porém, que é um método usado nos ensaios clínicos;
- A **renovação das receitas** é um método credível nas doenças crónicas, mas que exige boa coordenação informática. Está mais facilitado com a receita eletrónica. No entanto, o doente renova com frequência as receitas em tempos distantes do início de uma nova embalagem, o que complica a avaliação da adesão à terapêutica;

- A medida da adesão também pode ser efetuada através da **resposta do organismo ao fármaco**, como acontece com a frequência cardíaca sob bloqueadores adrenérgicos beta, ou a tensão arterial sob anti hipertensores. Contudo, e como já foi referido, há bastante variabilidade biológica e este tipo de medida apenas nos sugere a eventual não-adesão;
- O **testemunho ou relato de outra pessoa** pode ser um modo fidedigno de medir a adesão, desde que essa pessoa que relata seja fiável e verdadeira. Porém, é mais plausível para determinados fármacos (por exemplo, injetáveis) e para determinadas faixas etárias (por exemplo, crianças e idoso sob cuidados de outra pessoa).

De entre as causas de não adesão destaco pelo seu papel major a polimedicação, que é definida pela toma de quatro ou mais medicamentos ou por menos de quatro, mas sendo um ou mais desnecessários (há quem defina polimedicação quando há a toma de cinco ou mais medicamentos). Refira-se, no entanto, que a polimedicação é, muitas vezes, necessária, seja devido à comorbilidade, seja pela necessidade de aumentar a eficácia, como acontece na hipertensão arterial, nalgumas infeções bacterianas e virais, e na oncologia, ou para diminuir os riscos, como, por exemplo, na diminuição da resistência bacteriana (tratamento da tuberculose, proteção gástrica na toma de irritantes gástricos como os fármacos anti-inflamatórios). No entanto, a polimedicação ou polifarmácia pode conduzir à não-adesão, a mais reações adversas, a mais interações entre fármacos, que até podem ser fatais, a interações entre fármacos e alimentos e bebidas (não esquecer o álcool) e até com componentes ambientais, como o tabaco, o qual tem compostos indutores enzimáticos e outros, que podem até aumentar a carcinogénese. Pela sua frequência é importante destacar o álcool, já que é um indutor enzimático, aumentando a metabolização de fármacos, o que lhes diminui o efeito, e é também um depressor do sistema nervoso central, que pode potenciar outros depressores como os ansiolíticos e sedantes. Evidentemente que doses elevadas e prolongadas de etanol podem causar lesão hepática e interferência na metabolização dos fármacos. Também o tabaco tem compostos que induzem a metabolização, para além do seu potencial carcinogénico.

Sendo a não adesão um fator muito relevante na falência dos tratamentos, devem ser estabelecidas estratégias para melhorar a adesão à terapêutica, com ajuda dos vários intervenientes na prescrição, cedência e administração dos medicamentos (Tabela 3).

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A NÃO ADESÃO À TERAPÊUTICA

- Identificar a não-adesão;
- Boa relação com a equipa de saúde;
- Saber pelo doente ou familiares ou amigos ou cuidadores as razões da não adesão;
- Valorizar a adesão e as suas consequências (reforço positivo);
- Identificar no doente as barreiras para a não adesão;
- Simplificar regimes posológicos (polypil)¹;
- Dar instruções claras;
- Fornecer, se necessário, dispositivos para melhorar a adesão – por exemplo, caixas com os dias, telemóvel, despertadores / sinalizadores;
- Procurar a ajuda da família, cuidadores, amigos;
- Preferir, se possível, medicamentos com menos tomas diárias por exemplo, com semivida mais longa, formas de libertação prolongada, sistemas transdérmicos, associações fixas (racionais) (*polypill?*);

→ Valorizar o *feedback* (marcar uma nova consulta, saber do seu estado de saúde e da eficácia e segurança dos medicamentos que o doente toma, valorizar a informação trazida pelo doente ou família ou amigos).

1) [Glossário] Polypill: Mesma forma farmacêutica (por exemplo, comprimido) com vários fármacos com finalidades terapêuticas diferentes (por exemplo, antitrombótico+antihipertensor+antidislipidêmico)

Tabela 3.

As propriedades farmacocinéticas² dos medicamentos usados na polimedicação são diferentes em função dos próprios fármacos, reagindo o organismo de modo diferente. Lembro que com o envelhecimento os dois órgãos-alvo que são mais atingidos são o fígado e o rim, o que significa que há significativas limitações a este nível. Na polimedicação as interações farmacocinéticas podem ser importantes, tendo implicações diversas nos vários medicamentos.

A massa hepática e o fluxo sanguíneo diminuem com a idade, mas é controversa a influência deste declínio na função enzimática. Relativamente às reações enzimáticas ou de biotransformação, as de fase I – oxidação, redução e hidrólise - podem estar reduzidas no idoso. Por exemplo, o teor das enzimas do sistema do citocromo P450 (CYP's), avaliado em biópsias hepáticas, reduz-se em 30% acima dos 70 anos (o metabolismo de Fase I ocorre principalmente via oxigenases (por exemplo, CYP's) e exibe variabilidade genética). Já as reações de fase II (reações de conjugação (glucuronidação, acetilação, sulfatação, ligação a aminoácidos e outras) não estão alteradas no idoso. Assim, os fármacos com metabolização apenas através de fase II, ou de conjugação, são os preferíveis no idoso, não havendo necessidade na maioria das vezes de diminuir a dose e/ou espaçar as administrações, como

2) [Glossário] **Propriedades farmacocinéticas:** (Absorção, Distribuição, Metabolização e Eliminação de um fármaco – sistema ADME)

acontece com os fármacos oxidados, reduzidos ou hidrolisados (fase I).

Relativamente ao rim, a redução da eliminação renal de fármacos é a alteração da farmacocinética mais previsível com a idade avançada e deve-se principalmente a declínio da filtração glomerular (FG) e da secreção tubular. De facto, a massa renal reduz-se 25-30% e o fluxo sanguíneo renal reduz-se 1% / ano depois dos 50 anos. O índice de filtração glomerular (GFR) reduz-se 0,75mL/min por ano após os 40 anos, mas 1/3 dos doentes não têm alteração na depuração da creatinina. Aos 70 anos há redução de 40 a 50% na função renal, mesmo na ausência de doença renal; assim, a eliminação de fármacos pode estar reduzida, mesmo que a creatinina sérica seja normal porque a produção de creatinina diminui com a idade (menos músculo esquelético e menos creatina). Note-se ainda que os valores da normalidade dos laboratórios para a creatininemia são relativos a adultos mais jovens, com mais massa muscular.

No que respeita à fase de distribuição da farmacocinética, a capacidade da albumina fixar os medicamentos está diminuída nas doenças renais e em idosos muito debilitados (por exemplo, para a fenitoína a fração livre passa de 7% no indivíduo normal para 25% no insuficiente renal; se a redução da função renal for importante, tem de se reduzir a dose de fenitoína).

Quanto à absorção, as alterações existem (diminuição da superfície de absorção, alteração da motilidade, alterações da parede gastrointestinal, aumento do microbioma intestinal) mas poucas vezes têm significado clínico, já que para a maioria dos fármacos a eficácia depende da extensão da absorção (medida pela área sob a curva (AUC) dos níveis sanguíneos versus tempo (em horas)) e poucas vezes depende da C_{max} (podendo esta estar implicada no aparecimento de reações adversas de pico de dose, como acontece com a levodopa na doença de Parkinson).

A farmacodinâmica, ou estudos das ações e efeitos dos fármacos, está menos estudada no idoso, principalmente por dificuldades de realização de estudos. Existem, porém, algumas questões que nos exigem reflexão, como, por exemplo: - É maior o risco de hemorragia com a varfarina no idoso? Há mais

inibição da síntese de fatores da coagulação dependentes da vitamina K para a mesma concentração plasmática do anticoagulante? O aumento da dose deve ser controlado com mais cautela de acordo com o tempo de coagulação (exemplo, INR) e com vigilância redobrada. A dosagem de heparina não é afetada significativamente com a idade.

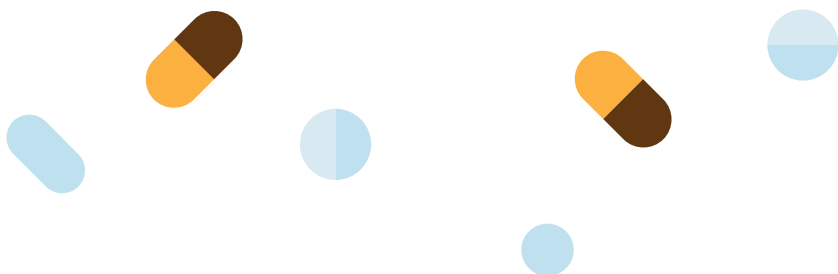
ALGUMAS NOTAS MAIS A RESPEITO DA FARMACODINÂMICA E O ENVELHECIMENTO:

- Os idosos são mais sensíveis aos efeitos dos depressores do sistema nervoso central (SNC) (por exemplo, analgésicos centrais e ansiolíticos / hipnóticos benzodiazepínicos);
- Os idosos são menos sensíveis aos efeitos cardiovasculares de muitos fármacos do aparelho cardiovascular (por exemplo, verapamil e agonistas e antagonistas adrenérgicos beta). Os efeitos dos bloqueadores adrenérgicos beta (por exemplo, propranolol e bisoprolol) e o prolongamento do intervalo PR pelo verapamil estão reduzidos. Verifica-se menor afinidade nos antagonistas beta para os recetores, e redução da capacidade de evidenciar um estado de alta afinidade para os agonistas, sugestivos de alteração com a idade da interação entre o recetor e a sua via de sinalização;
- Os idosos são bastante sensíveis aos efeitos anticolinérgicos dos fármacos no que respeita às funções cognitivas, como acontece com antidepressores de primeira (por exemplo, amitriptilina) e segunda geração (por exemplo, trazodona), com antihistamínicos de primeira geração (por exemplo, hidroxizina), com antipsicóticos ou neurolépticos de primeira geração (por exemplo, haloperidol) e muitos outros. Neste aspeto devem-se ter em conta os Critérios de BEERS para a medicação inapropriada no idoso, e os Critérios STOPP / START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions / Screening Tool to Alert to Right Treatment), entre outros.

Sendo a polimedicação ou polifarmácia um dos fatores determinantes da não adesão à terapêutica, como podemos interferir neste aspecto? Relembro que nem toda a polimedicação é nociva e que existe polimedicação útil “obrigatória” (por exemplo, para diminuir as resistências aos antibióticos e antivirais, para aumentar a eficácia de um tratamento - por exemplo, na hipertensão arterial e na diabetes mellitus - ou para diminuir as reações adversas, em qualidade e quantidade - por exemplo, protetores gástricos em doentes que necessitam de antiinflamatórios e que têm fatores de risco gástrico).

Assim, para melhorar a adesão em doentes polimedicados devem-se hierarquizar necessidades em medicamentos, evitando medicamentos desnecessários e prescrevendo os medicamentos mais custo-efetivos (por exemplo, medicamentos genéricos, já que o custo tem imensas repercussões na aquisição de medicamentos pelo idoso). Deve-se, acima de tudo, ser razoável.

Outro modo de melhorar a adesão à terapêutica é o uso da “polypill”, que é a existência na mesma forma farmacêutica de vários fármacos para objetivos terapêuticos diferentes, embora todos contribuindo para a diminuição da morbidade e mortalidade (por exemplo, na mesma forma farmacêutica haver um antihipertensor, um antiagregante plaquetar e um antidislipidémico), diminuindo-se o risco global. Está demonstrado que aumenta a adesão à terapêutica, melhorando, por isso, a morbidade e a mortalidade. A crítica que se faz a este tipo de medicamento é a imposição da dose, que não serve para todos os doentes. Quanto ao custo, parece-nos claro que a soma do custo dos constituintes da polypill não deve ser superior à soma dos respetivos medicamentos genéricos (quando a polypill é com fármacos para os quais já existem medicamentos genéricos).



PARA GUARDAR E CUIDAR

- A polimedicação é uma situação comum nos idosos.
- A polimedicação aumenta o risco de não adesão à terapêutica.
- É fundamental que a adesão à terapêutica do idoso seja monitorizada (familiares e/ou agentes de saúde/cuidadores).

10.

Quedas

Orientações Para Cuidadores

ANA FILIPA PINTO

Enfermeira de Investigação, Clínica Universitária de Reumatologia, Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

JOSÉ ANTÓNIO PEREIRA DA SILVA

Reumatologista. Professor Catedrático, Clínica Universitária de Reumatologia,
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Atualmente, as quedas representam um sério problema na população mais idosa pois muitas vezes resultam em lesões, contribuem para um déficit de mobilidade e para um aumento da dependência. Nos Hospitais da Universidade de Coimbra foram admitidas devido a quedas, durante o ano de 2014, mais de 4800 pessoas com mais de 70 anos e 1500 com mais de 85 anos. Em média uma em cada dez quedas causa lesões sérias que requerem hospitalização.

PORQUE DEVEMOS PREOCUPAR-NOS COM AS QUEDAS NOS IDOSOS?

As quedas podem ter resultados tão nefastos como ferimentos, fraturas ósseas, perda de autonomia (por medo) e mesmo a morte! (figura 1).



Figura 1 – Consequências mais comuns das quedas

Os ferimentos são das consequências mais frequentes. Além da dor e ansiedade que acarretam, podem ainda implicar hemorragia e levar à morte se a pessoa não for socorrida atempadamente. Se o doente bater com a cabeça (traumatismo craniano) pode ocorrer, para além das feridas, hemorragia dentro do crânio que se traduz por dores de cabeça de intensidade crescente,

náuseas e vômitos e mesmo perda de consciência, que, em alguns casos, só surge horas depois da pancada. Havendo perda de consciência imediata, os ferimentos, mesmo pequenos, podem resultar em morte devido a hemorragia, por exemplo.

Quanto às fraturas, as mais comuns são as que afetam a anca, braço, costelas e coluna. Para além das dores e incapacidade, a sua recuperação implica imobilização prolongada e aumento de dependência que pode ser irreversível. Um número importante de fraturas acaba por conduzir à morte. Na verdade, cerca de 25% dos casos de idosos que sofrem fratura da anca morrem no primeiro ano após a fratura. A imobilização prolongada acarreta igualmente uma perda de massa muscular muito importante nos mais idosos, que atrasa a recuperação dos movimentos, em particular da marcha, e agrava, por sua vez, o risco de novas quedas.

Uma consequência muito importante das quedas tem sido designada de “síndrome pós-queda” e traduz a situação em que o idoso, depois da queda, mesmo que não tenha sofrido consequências físicas, adquire medo de andar, perde independência e funcionalidade de forma considerável, torna-se depressivo, confuso, vivendo num medo excessivo da próxima queda, o que limita a sua atividade. Esse comportamento de limitação, medo e hesitação aumenta a probabilidade de ocorrer uma nova queda devido à restrição da atividade diária. Esta síndrome constitui-se num ciclo vicioso, tendo um forte impacto na qualidade de vida do idoso – importa, por isso, prevenir e corrigir esta situação.

Se considerarmos todos estes aspetos numa pessoa que, por natureza, não se encontra no pico da sua resistência física devido à idade, é fácil concluir que é fundamental valorizar qualquer queda que ocorra nesta população: uma queda não explicada traduz fragilidade da pessoa e anuncia que outras se seguirão! É importante compreender-lhe as causas e tentar preveni-las.

QUAL A ORIGEM DAS QUEDAS NOS IDOSOS? COMO AS PODEMOS PREVENIR?

Para prevenir quedas é, naturalmente, fundamental compreender as suas origens e as condições que aumentam a probabilidade de elas ocorrerem

(fatores de risco). Estes fatores de risco podem ter que ver com:

- O corpo da pessoa (origem biológica);
- O seu comportamento (origem comportamental) ou com;
- O ambiente em que se movem (origem ambiental) (figura 2).

Normalmente há dois destes fatores que interagem para causar uma queda. Por isso a prevenção deve ter em conta todos os fatores, pois eles são interdependentes.

Para prevenir as quedas temos que corrigir os fatores de risco sempre que possível:

- Capacidades físicas e intelectuais da pessoa;
- Comportamentos;
- Ambiente em que se move.

A correção dos fatores de risco deve ser, idealmente, implementada ainda antes da ocorrência de qualquer queda, mas tornam-se obrigatórias após a primeira queda pois é certo que, se nada for alterado, outras quedas se seguirão.

PREVENÇÃO DE QUEDAS

FATORES RELACIONADOS COM O CORPO DA PESSOA

De entre os fatores de risco biológicos, a diminuição da força e destreza muscular é a mais representativa. É, na maior parte das vezes, devida à idade em si mesma e à falta de atividade física. É igualmente importante promover a atividade mental: “o que não se usa, enferruja...”

Importa, por isso:

- Evitar o sedentarismo;

- Promover o exercício regular, como a marcha, a dança e a ginástica simples, de preferência no exterior;
- Promover a socialização, a conversa e o contacto com outros.

A alimentação é muito importante para manter a vitalidade e a energia. Deve ser variada, conter proteínas em quantidade suficiente ($\pm 1\text{g/Kg}$ de peso/dia), vitaminas e sais minerais sob a forma de frutas e vegetais.

A ingestão de água não deve ser esquecida, já que a desidratação pode causar, entre outras coisas, confusão e tonturas. As pessoas muito idosas perdem por vezes, a sensação de sede, sendo importante oferecer-lhes água regularmente e garantir que a bebem. Uma recomendação habitual é que se ingiram cerca de 8 copos de água por dia. De uma maneira geral, todos os idosos podem beneficiar com suplementos regulares de Vitamina D.

- Promover alimentação saudável;
- Frutas e vegetais;
- Carne e peixe;
- Água com abundância;
- Vitamina D (1000 a 2000UI/dia ou equivalente).

Existem várias doenças que podem originar ou facilitar a ocorrência de quedas, especialmente doenças reumáticas, neurológicas e cardíacas. As doenças reumáticas facilitam as quedas sobretudo devido a deformações e perda de movimento articular (na artrose, por exemplo), ou de força muscular. Nalguns casos a queda fica a dever-se a dor súbita que impede o idoso de se firmar nas pernas. As doenças neurológicas podem igualmente causar perda de força ou de sensibilidade (por exemplo: AVC), mas também perturbações da atenção, do equilíbrio ou do controlo de movimentos (por exemplo: Parkinson). Todas estas situações favorecem a ocorrência de quedas.

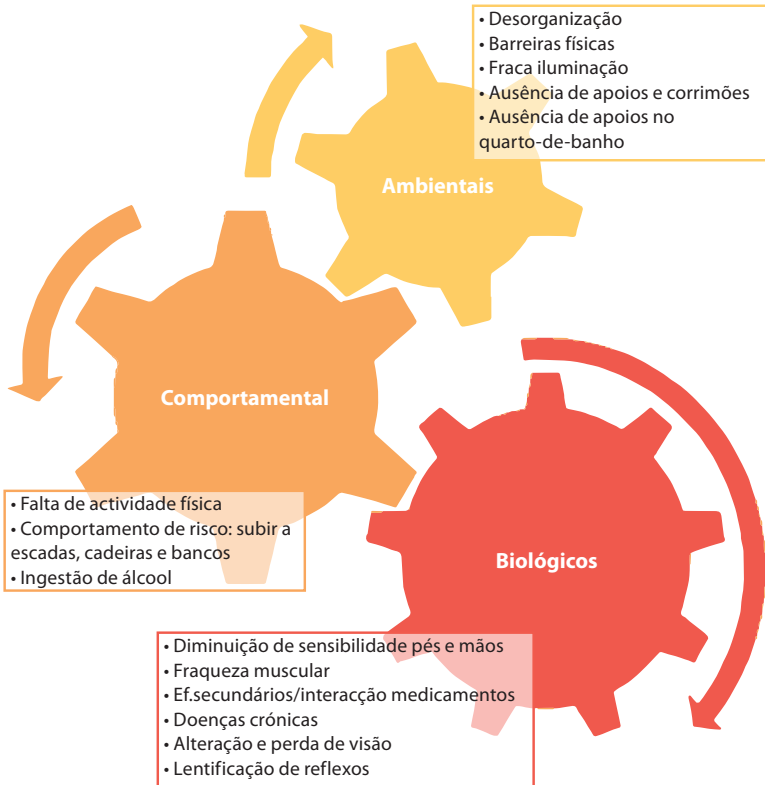


Figura 2 – fatores de risco para quedas

Outras doenças podem causar tonturas ou perda transitória de consciência. São exemplos, as arritmias cardíacas, as baixas de tensão arterial, baixo nível de açúcar por excesso de insulina e os quadros de tonturas que afetam muitas pessoas.

Como é fácil de compreender, a diminuição da visão e da audição, qualquer que seja a sua origem, põem em causa a capacidade de calcular distâncias e de perceber obstáculos e alarmes, o que pode levar o idoso a cair.

Perturbações mentais que prejudiquem a concentração ou a avaliação dos perigos podem levar a pessoa a assumir comportamentos de risco. Isto

pode suceder em caso de demência (por exemplo: Alzheimer) mas também em situações menos óbvias como a depressão ou a simples perturbação do descanso durante a noite.

Controlar e compensar doenças causadores de quedas:

- Deformações e dores articulares;
- Falta de força e de sensibilidade;
- Falta de controlo de movimentos;
- Tonturas e perdas de sentidos;
- Arritmias;
- Perturbações mentais;
- Perdas de visão e audição.

Importa ter em conta que praticamente todas estas situações de risco podem ser causadas por medicamentos! Especial atenção deve ser dada a medicamentos “para os nervos” e para dormir, tratamentos para a hipertensão arterial, para as dores e ainda a insulina.

Verificar regularmente a necessidade e a dose de medicamentos, especialmente os tomados para:

- Dormir e acalmar;
- A tensão arterial;
- A diabetes (insulina).

Quanto mais frágil o doente, mais importante é que tomemos medidas de proteção.

FATORES RELACIONADOS COM O COMPORTAMENTO

É fácil compreender que certos comportamentos acarretam um risco aumentado de quedas: subir a cadeiras ou escadotes, usar calçado pouco aderente, usar escadas sem apoio, deslocar-se sem os óculos, desligar o aparelho auditivo, abusar da medicação, são alguns exemplos óbvios.

Entre as medidas que podem ser adotadas para evitar esses riscos, deve dar-se atenção à organização dos espaços, de forma a evitar que o idoso tenha que usar escadotes para chegar ao que precisa, proteger o acesso a equipamento de risco, ter os óculos suspensos ao pescoço, etc.

Existem, pelo contrário, comportamentos desejáveis que devemos estimular, porque diminuem o risco de quedas, como é o caso da atividade física e mental. É importante que o idoso sinta que a prevenção de quedas não representa um compromisso da sua independência ou autonomia.

Evitar comportamentos de risco:

- Alertar para eles;
- Organizar o espaço e as coisas de modo a tornar esses comportamentos menos prováveis;
- Controlar a medicação.

- Estimular o exercício físico frequente e variado, em condições de segurança;
- Estimular o convívio e a atividade mental;
- Promover o uso de calçado bem aderente aos pés e ao chão;
- Usar roupa que não tolha os movimentos;
- Atenção aos auxiliares de marcha.

A atividade física regular é muito importante porque aumenta a força muscular, em particular nas pernas, melhora o equilíbrio e aumenta a capacidade de reação. O Ministério da Saúde disponibiliza uma serie de vídeos que podem ajudar nesse aspeto - <http://biblioteca.min-saude.pt/livro/sns1#page/30>.

Para além do calçado e da roupa, é importante pensar nos auxiliares de marcha (bengalas, canadianas, andarilhos, ...), que, se não forem adaptados à pessoa, não forem bem usados, ou não estiverem em bom estado, podem funcionar como armadilhas! Peça apoio a um fisioterapeuta.

FATORES RELACIONADOS COM O AMBIENTE

Os fatores de risco ambientais estão presentes em cerca de 50% das quedas. Importa sublinhar que a maior parte das quedas em idosos ocorrem dentro de casa, sendo a cozinha e a casa de banho os locais mais perigosos. Isto prende-se com as superfícies escorregadias que tipicamente se encontram nestas divisões e com o seu uso durante a noite, altura em que a iluminação é pior e a pessoas estão menos alerta. Pensemos bem: a tradicional banheira é uma verdadeira armadilha para uma pessoa com pouca força e reflexos! Considere substituí-la por um espaço de chuveiro com piso aderente.

Tapetes soltos, superfícies escorregadias, áreas mal iluminadas, objetos desarrumados em zonas de passagem (por exemplo: brinquedos com rodas!), fios atravessados no caminho, etc. são oportunidades de queda que não escaparão a uma simples vistoria com esta ideia na mente.

Verificar e corrigir as armadilhas, especialmente dentro de casa!

- Superfícies escorregadias (banheira);
- Tapetes soltos;
- Fios atravessados;
- Objetos abandonados no chão;
- Cadeiras muito baixas;

- Móveis e obstáculos nos trajetos comuns;
- Áreas mal iluminadas;
- Proteger superfícies e bordos cortantes;
- ...

A iluminação da casa em geral é crucial, em especial nas escadas e zonas de passagem (por exemplo: o percurso até à casa de banho), é recomendado deixar uma luz de presença para auxiliar a visão quando a pessoa se levantar durante a noite e verificar que os interruptores estão acessíveis ao idoso. Ainda tendo em vista a iluminação da casa devem preferir-se cores claras para as paredes e cortinas mais transparentes que deixem passar a luz natural.

As cadeiras e camas devem ter a altura adequada de forma a permitir ao idoso, estar sentado com os dois pés no chão e com os joelhos dobrados a 90°. No caso das cadeiras devem ter braços para facilitar o ato de sentar e levantar, no caso de assentos baixos pode compensar-se a altura com almofadas. Se pelo contrário forem muito altos deve considerar-se cortar os pés (todos por igual). O idoso deve ser ensinado a levantar-se da cama de forma progressiva, sentando-se na cama devagar, depois colocando os pés do lado de fora, aguardar nesta posição para estabilizar a tensão arterial e depois com os dois pés calçados no chão levantar-se.

O quarto de banho e a cozinha são, como foi referido, dois locais de alto risco para quedas pelos pisos lisos e frequentemente molhados. Assim deve existir o cuidado de colocar, em especial no quarto de banho, tapetes antiderrapantes, barras de apoio junto da sanita e da banheira ou poliban, e utilizar cadeiras de apoio para tomar banho. Se tiver banheira é necessária redobrada atenção na entrada e saída da banheira, se possível alterar para uma superfície plana de chuveiro com barras de apoio que diminui substancialmente o risco de cair.

O QUE FAZER EM CASO DE QUEDA?

E SE CAIR?

A prevenção não elimina a 100% o risco de queda e por isso é muito importante que o idoso saiba como agir caso sofra uma queda sozinho. Deve treinar-se regularmente, a forma como deve tentar levantar-se, caso caia:

Caso caia, deverá:

- Pedir ajuda, se possível;
- Dobrar o corpo sobre o estômago;
- Colocar-se de gatas e;
- Gatinhar até uma peça de mobília estável (cadeira, mesa, etc.) em possa apoiar-se;
- Firmar as mãos sobre a mobília e assentar um dos pés à frente, apoiando-se nele para se levantar.

Caso não consiga levantar-se sozinho, o idoso deve pedir ajuda através de telefone/telemóvel/alarme ou fazendo barulho com objetos para chamar a atenção dos vizinhos. Deve tentar manter o controlo e evitar gritar pois isso pode ser muito cansativo. Enquanto a ajuda não chega o idoso deve procurar manter-se quente, deslizando até um tapete ou utilizando o que estiver ao seu alcance: lençóis, casacos, etc.

Hoje em dia estão disponíveis vários dispositivos do tipo alarme que o idoso pode trazer sempre consigo, pendurado ao pescoço ou preso à roupa para alertar, em caso de problemas, uma ou várias pessoas, ou até mesmo chamar o 112 de forma automática.

Nenhuma queda deve ser subestimada!

São sempre acontecimentos importantes mesmo que não tenham consequências imediatas. Constituem sinais de alarme de que algo não está bem e que outras quedas provavelmente se seguirão.

O Médico deve ser informado desta ocorrência.

As medidas de prevenção devem ser revistas e reforçadas periodicamente.

PARA GUARDAR E CUIDAR

→ Para a prevenção de quedas, é importante considerar e corrigir os seguintes fatores de risco:

- a) capacidades físicas e intelectuais da pessoa;
- b) comportamentos;
- c) ambiente em que se move.

→ É importante controlar e compensar doenças causadores de quedas.

→ Deve verificar-se regularmente a necessidade e a dose de medicamentos, especialmente os tomados para dormir e acalmar, para a tensão arterial e para a diabetes (insulina).

→ Devem ser evitados comportamentos de risco.

→ Nenhuma queda deve ser subestimada: o médico assistente deve sempre ser informado.

11.

Prevenção da Fragilidade Associada ao Processo de Envelhecimento e ao Declínio Cognitivo

ALBERTINA LIMA DE OLIVEIRA

Professora Auxiliar com nomeação definitiva da Faculdade de Psicologia
e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Está bem estabelecido pela investigação disponível que à medida que a idade avança as estruturas neuronais vão, em geral, sofrendo declínio, resultando de processos de neurodegeneração. Por exemplo, no que respeita a alterações volumétricas, o Estudo Longitudinal de Baltimore com idosos saudáveis revelou diminuições de 5,4 cm³ por ano nos diversos tecidos cerebrais e o Estudo Longitudinal de Singapura, numa amostra seguida durante 8 anos evidenciou uma atrofia cerebral global de 0,56% ao ano em pessoas do Este Asiático com idades compreendidas entre 56 e 83 anos.

Tratando-se do envelhecimento patológico, estima-se que existam cerca de 182.000 pessoas com demência em Portugal e que este valor duplique até 2030. Se considerarmos apenas a doença da Alzheimer, algumas fontes apontam para cerca de 10% de pessoas afetadas (com mais de 65 anos), podendo esse valor subir para 50% no caso de pessoas com 85 ou mais anos. Estas estatísticas são preocupantes, e devem mobilizar os esforços de todos para prevenir a fragilização cognitiva o mais cedo possível no ciclo de vida.

A memória, a atenção, as funções executivas, a perceção, a linguagem e as funções psicomotoras são exemplos de componentes dos processos cognitivos. Considerando apenas o designado envelhecimento normal, entre os 20 e os 60 anos podemos perder até 40% das nossas aptidões cognitivas e 20 anos depois mais cerca de 20%. Porém, a idade de declínio e a trajetória de cada aptidão são variáveis, registando-se igualmente diferenças individuais consideráveis. Em termos normativos, sabemos que as aptidões cognitivas dependentes da capacidade básica de processamento da informação (por exemplo, raciocínio, memória, velocidade percetiva) apresentam um padrão evolutivo de declínio forte - trata-se das designadas aptidões de inteligência fluida (por exemplo, resolver analogias, agrupar números, ordenar conjuntos), apresentando as pessoas idosas perdas significativas nestas capacidades. Os declínios nas aptidões fluidas têm grandes implicações na vida do dia a dia, uma vez que causam uma lentificação nos tempos de reação, no ritmo de aprendizagem, na resolução de problemas, etc., afetando negativamente a atividade funcional da pessoa nas tarefas da vida diária.

Já o mesmo não acontece no caso das aptidões cognitivas fortemente associadas à experiência e à aculturação, a designada inteligência cristalizada

(como os conhecimentos, a fluência verbal, etc.) que, em termos normativos, tendem a declinar menos ao longo da vida. Todavia, se considerarmos casos individuais, têm sido encontrados indivíduos que mantêm ou mesmo melhoraram estas aptidões. Efetivamente, no que respeita a manutenção/ganhos nas funções cognitivas, é de destacar que foram encontrados centenários com desempenhos de memória idênticos aos de jovens idosos, apresentando muito boa manutenção da capacidade de resolução de problemas da vida diária bem como a memória episódica bem preservada. Estas pessoas excepcionais foram designadas por centenários supernormais. Com efeito, elas evidenciaram elevados resultados nos testes cognitivos habituais e não revelaram mudanças anatómicas no cérebro (neuropatologias), ou seja, os estudos *post mortem* mostraram que o seu cérebro estava intacto.

Assim, muito embora saibamos que a idade acarreta degeneração das estruturas neuronais e declínio funcional, a investigação vai também evidenciando que é possível desacelerar o declínio ou mesmo invertê-lo através de compensação, com prática e treino. Vamos ver de que forma e que fatores podem ajudar a retardar o processo de envelhecimento cognitivo.

O QUE REVELA A INVESTIGAÇÃO SOBRE INTERVENÇÕES NAS FUNÇÕES COGNITIVAS? OS DECLÍNIOS SÃO REVERSÍVEIS?

Efetivamente, a investigação permite-nos avançar com uma resposta positiva à questão da reversibilidade dos declínios cognitivos, sobretudo no caso de estes decorrerem do processo de envelhecimento normal, sendo isto possível devido à característica de plasticidade neurocognitiva. Sabemos que a experiência e a estimulação regulares podem criar novas sinapses (sinaptogênese), fortalecer as que já existem e estimular a criação de novos neurónios (neurogênese¹), e que mesmo pequenas melhorias têm consequências muito benéficas para a qualidade de vida das pessoas de idade avançada.

1) [Glossário] **Neurogênese:** Diz respeito ao processo que envolve a formação de novos neurónios no cérebro, possível durante toda a vida da pessoa, embora, segundo os conhecimentos atuais, ocorra apenas em certas áreas e não em todas as regiões cerebrais.

Podemos distinguir duas abordagens nas investigações baseadas em intervenções nas funções cognitivas: 1) os estudos laboratoriais, que visam o treino de aptidões específicas e 2) as investigações relacionadas com variáveis do estilo de vida, consideradas de natureza mais ecológica.

DADOS DA INVESTIGAÇÃO COM TREINO EM APTIDÕES ESPECÍFICAS

O treino de funções cognitivas (por exemplo, orientação espacial, raciocínio indutivo) permite recuperar declínios e melhorar o desempenho das pessoas que não tenham ainda sofrido perdas funcionais. Os resultados de diversos estudos europeus apontaram no mesmo sentido, evidenciando que todos os subgrupos etários estudados (dos 55-64 anos até mais de 90 anos) melhoram com treino a nível de memória de palavras, sendo tanto maiores os ganhos quanto maior o número de ensaios.

No âmbito do treino em aptidões específicas, destaca-se o estudo experimental ACTIVE. Esta investigação abrangeu cerca de 3000 idosos, submetidos a treino de memória (por exemplo, lista de palavras), de velocidade de processamento (por exemplo, localizar visualmente informação), e de raciocínio (por exemplo, resolver problemas seguindo padrões), durante 10 sessões de 1h cada, ao longo de 6 semanas, tendo-se verificado que os ganhos significativos dos grupos experimentais se mantiveram mesmo um ano depois da intervenção. Porém, esses ganhos não revelaram generalizar-se a outras atividades da vida diária.

As principais conclusões do treino de aptidões cognitivas, a partir da abordagem laboratorial, permitem-nos afirmar que ele melhora ou estabiliza uma determinada aptidão cognitiva, conduzindo a bons resultados nessa aptidão, mas os seus efeitos noutras aptidões, ou na vida do dia a dia, não são visíveis, o que aponta para algumas limitações desta abordagem em termos da desejável melhoria da qualidade de vida das pessoas de idade avançada. Uma exceção neste panorama parece ser o treino laboratorial do campo de visão (velocidade de processamento e atenção espacial) que revelou efetivamente melhorar a condução dos idosos em contexto real, com ganhos que se mantiveram mesmo após 18 meses de finalizada a intervenção. O livro

digital “120 jogos para treinar a mente” é um bom recurso em português para este tipo de treino.

DADOS DA INVESTIGAÇÃO COM BASE NO ESTILO DE VIDA

A utilização regular de várias funções cognitivas em contextos de vida reais ao longo da vida afeta positivamente as funções cognitivas na velhice. As atividades da vida real, normalmente associadas ao desempenho de vários papéis sociais, são mais variadas e complexas do que as que se realizam isoladamente em laboratórios e, por isso, julga-se que mobilizam e reforçam um grande leque de funções cognitivas. Levar uma vida ativa e estimulante está associado a uma performance cognitiva mais elevada, o que ajuda a explicar, em boa parte, as grandes diferenças individuais.

Para se perceber os efeitos das exigências cognitivas do trabalho, é de referir o estudo longitudinal de Maastricht, que envolveu 1.900 indivíduos saudáveis com idades compreendidas entre 24 e 81 anos, seguidos durante 12 anos, e que não apresentavam quaisquer alterações cognitivas no início do estudo. Três anos depois, constatou-se que 4% dos indivíduos que tinham trabalhos pouco exigentes em termos cognitivos mostravam alguns declínios, sendo que apenas 1,5% dos participantes que tinham trabalhos mentalmente exigentes revelaram declínios. Neste estudo os efeitos protetores do trabalho revelaram-se independentes das aptidões intelectuais e de outros fatores que poderiam igualmente explicar os resultados.

A participação em atividades de lazer, ao mobilizar diversas capacidades, pode igualmente atenuar o declínio cognitivo. As atividades de lazer como viajar, fazer jardinagem, tricotar revelaram-se protetoras em relação ao desenvolvimento de demência em idosos testados ao longo de três anos. Visitar amigos e caminhar também se mostrou associado a um risco reduzido de demência, mesmo ao ser controlada a performance cognitiva inicial, a saúde e a depressão. Ainda respeitante a atividades de lazer (intelectuais-culturais, domésticas e de autodesenvolvimento) o envolvimento nas mesmas na jovem adultez e meia-idade revelou estar associado a baixo risco de demência na idade avançada.

No que concerne a atividades sociais, os idosos com redes sociais mais reduzidas apresentam um risco superior de desenvolvimento de declínio cognitivo. Em contrapartida, um maior número das mesmas tem-se revelado correlacionado com um funcionamento cognitivo mais elevado, assim como com a diminuição do ritmo do declínio cognitivo. Neste mesmo âmbito, num estudo longitudinal sueco verificou-se que o risco de diagnóstico de demência era 60% mais elevado em idosos com uma rede social limitada. Aprender a tricotar e a usar uma câmara digital em grupo, utilizando estas habilidades na vida do dia a dia, revelou igualmente estar associado a ganhos em testes cognitivos, respetivamente na velocidade de processamento e na memória a longo prazo.

PRÁTICAS MEDITATIVAS – UM NOTÓRIO ANTÍDOTO PARA O ENVELHECIMENTO CEREBRAL

Diversos estudos recentes têm vindo a salientar que as práticas meditativas regulares, particularmente as que se baseiam no *mindfulness*², têm efeitos altamente benéficos para a saúde e bem-estar em geral, aumentando a vitalidade, e para o retardamento do envelhecimento cognitivo. O *mindfulness* corresponde a um estado específico de atenção caracterizado por três qualidades essenciais: atenção focada no momento presente (um objeto, som, sensação, etc.); de forma intencional; e sem julgamento da experiência.

Várias evidências publicadas na literatura indicam que as práticas meditativas induzem alterações estruturais cerebrais associadas a um melhor desempenho cognitivo e redução da depressão, stress e ansiedade, mas sobretudo, o que é bastante promissor, retardam o processo de envelhecimento, colocando as pessoas em trajetórias de vida menos vulneráveis e mais saudáveis.

2) [Glossário] **Mindfulness**: Significa, em termos simples, o processo de prestar intencionalmente atenção ao momento presente, sem julgar, captando a experiência momento-a-momento, numa atitude de abertura, amorosidade e aceitação, quebrando a tendência para a reatividade automática e desenvolvendo estados de consciência caracterizados por maior lucidez.

COMO PODEMOS PREVENIR O DECLÍNIO COGNITIVO NAS PESSOAS DE IDADE AVANÇADA?

Efetivamente, os estudos mencionados até agora ajudam-nos a perceber que para prevenir o declínio cognitivo é mais sábio atuar em várias frentes do que basear-se numa só, e que quanto mais cedo se começar, melhor. Tal significa levar a efeito abordagens multidimensionais ou em multicomponentes. Por outras palavras, ter um estilo de vida ativo, saudável e implicado socialmente está na base da prevenção de declínios e até da otimização do funcionamento cognitivo à medida que a idade avança. Assumem particular destaque, neste último âmbito, as práticas meditativas ou de *mindfulness*. Por isso, a principal mensagem é: mantenha-se ativo/a de diferentes formas, fisicamente, mentalmente e socialmente, começando o mais cedo possível.

TOP 5 ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO

Em sintonia com as orientações que acabámos de enfatizar, passamos a referir as top 5 estratégias para a prevenção do declínio cognitivo e doença de Alzheimer.

1. ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física ajuda a manter uma boa capacidade cognitiva e previne ou retarda o surgimento da doença de Alzheimer. Constatou-se que os idosos que se exercitam bastante têm tempos de reação mais curtos, melhor concentração, melhor capacidade de selecionar informação relevante e melhor capacidade de atenção. Recomenda-se então, pelo menos 30 minutos, 3 vezes por semana de: caminhadas, aeróbica, jardinagem, golf, melhor ainda aprender novas danças, tai chi, praticar um novo desporto. O cérebro saudável necessita e requer atividade física. Está bastante bem documentado que a atividade física: 1) reduz a perda de massa cinzenta no cérebro, mais pronunciada nas áreas do cérebro ligadas às funções executivas da cognição; 2) promove a neurogénese (por exemplo, no hipocampo) – a prática de exercício aeróbico, 40 minutos por dia, 5 dias por semana, aumenta as estruturas do hipocampo ao fim de 6 semanas; 3) os genes que interferem

na estrutura e adaptabilidade das sinapses são afetados positivamente pelo exercício; 4) melhora a circulação sanguínea e isso significa maior aporte de oxigénio e glucose ao cérebro.

2. DIETA SAUDÁVEL

O cérebro saudável necessita não apenas de exercício físico, mas também de uma dieta saudável. Sabemos que o mesmo estilo de vida e dieta que aumentam a propensão para problemas cardíacos, aumentam igualmente o risco de doença de Alzheimer e de declínio cognitivo. Em contrapartida, dietas com restrição energética (hipocalóricas) são as que melhor predizem uma longevidade saudável ou sem incapacidades e há muito consenso quanto às vantagens de incorporar no dia a dia uma dieta de tipo Mediterrânica. Num estudo realizado com 13.388 enfermeiras, seguidas durante 10 anos, as que tinham uma dieta rica em frutas e vegetais (crucíferos: brócolos, couve-flor, alface, espinafre...) apresentavam melhor capacidade de aprendizagem e memória do que as enfermeiras que não tinham um consumo tão elevado desses alimentos. Ou seja, quanto mais rica era a dieta em vegetais, melhor era a sua performance cognitiva.

3. ATIVIDADES SOCIAIS

O cérebro saudável necessita de ligação aos outros, de atividades sociais, preferencialmente significativas e positivas. Ter uma boa rede social e participar em atividades de grupo que sejam apreciadas pelos idosos, tais como representar, fazer teatro, resolver problemas em grupo, participar em atividades intergeracionais, em programas de educação de adultos, em dança, música, etc., promove a interação social, estimula o cérebro de forma complexa (ou multidimensional), dá prazer, faz bem e previne declínios cognitivos.

4. APRENDER A LIDAR COM O STRESS

Para além do exercício, da dieta moderada e saudável e de interações sociais positivas, praticar meditação, *mindfulness*, relaxamento, yoga, *biofeedback*³, visualização imagética, nutrir o pensamento positivo, e outras atividades congêneres, ajuda a enfrentar positivamente o stress, a ter uma vida mais tranquila e saudável e, como vimos atrás, desacelera o processo de envelhecimento. Estabelecer prioridades nas atividades diárias para assegurar que se passa o tempo nas mais agradáveis e verdadeiramente importantes para a pessoa (significativas), é mais uma estratégia a não esquecer de juntar ao repertório das que funcionam bem para lidar com o stress.

5. AUMENTAR A ATIVIDADE COGNITIVA

Como vimos, a investigação é bastante convergente em salientar o impacto positivo da participação em sessões específicas de treino cognitivo (por exemplo, oficinas de memória). Recordamos que elas são muito eficazes para manter a performance nas aptidões treinadas, podem retardar entre 7 a 14 anos o declínio cognitivo normal e perdurar pelo menos até 2 anos. O cérebro foi feito para aprender! É, por isso, imprescindível o envolvimento em aprendizagens novas e desafiantes que sejam do interesse da pessoa. A aquisição de novas capacidades e a procura de novas experiências, em vez da repetição de velhas rotinas são de grande utilidade para manter o cérebro em bom funcionamento. Recomenda-se, por conseguinte, o uso de estratégias de formação de associações multissensoriais, que mobilizem e envolvam os vários sentidos (tato, cheiro, gosto, ...), promovam o inesperado, a novidade, fomentem a interação com outras pessoas e evitem as rotinas.

Oriente a pessoa idosa para realizar atividades prazerosas e com sentido para si, ajude-a a aproveitar a vida e a ser feliz!

3) [Glossário] **Biofeedback**: Processo em que, através de aparelhos sensoriais e eletrónicos, é possível ao indivíduo obter informações imediatas sobre diversos parâmetros (como a frequência cardíaca, a temperatura periférica, a pressão arterial, a tensão muscular, etc.), no sentido de desenvolver uma maior capacidade de autorregulação dos processos fisiológicos e das respostas emocionais.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- Ter um estilo de vida ativo, saudável e estar implicado socialmente está na base da prevenção de declínios e até da otimização do funcionamento cognitivo à medida que a idade avança.
- É importante que o idoso se mantenha ativo/a fisicamente, mentalmente e socialmente, começando o mais cedo possível.
- Oriente o idoso para realizar atividades prazerosas para si, aproveitar a vida e ser feliz!

12.

Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota

ANTÓNIO MORAIS

Assistente Graduado Sénior de Saúde pública na
Administração Regional de Saúde do Centro

ZITA CAETANO

Enfermeira Chefe - RNCCI na ACeS do Baixo Mondego

FERNANDO GOMES DA COSTA

Assistente Graduado Sénior de Medicina Familiar na
Administração Regional de Saúde do Centro

ANTÓNIO LINDO DA CUNHA

Diretor Executivo no Laboratório de Automática do Instituto Pedro Nunes

SOLUÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE – PILARES INTERDISCIPLINARES

Em Portugal, segundo os Censos de 2011, a população tem vindo a tornar-se gradual e progressivamente mais envelhecida, registando-se mais de dois milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o que representa cerca de 20% da população total.

Sendo o envelhecimento potencializador do aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, os Cuidados de Saúde têm investido na incrementação de medidas preventivas e na promoção de estilos de vida saudáveis, bem como na resposta a necessidades específicas daí decorrentes, dedicando especial atenção à preservação da capacidade funcional e da autonomia.

Um dos principais objetivos do sistema de saúde é assim a redução dos anos de vida sem qualidade, pelo que importa desenvolver modelos centrados na abordagem de patologias crónicas, focados na comunidade.

O SNS (Sistema Nacional de Saúde) deverá fazer a transição do sistema centrado no hospital com base na doença, para um sistema centrado na pessoa e baseado na saúde, onde os serviços de saúde, serviços sociais, cidadãos e sociedade civil sejam parceiros na promoção da saúde e nos cuidados às pessoas com necessidades de saúde específicas identificadas.

Os constrangimentos sentidos na atual oferta de cuidados de saúde e os novos desafios colocados aos sistemas de saúde, provocados pela evolução constante no ambiente externo, exigem uma resposta mais efetiva. A integração de cuidados deve constituir uma resposta organizacional ao novo paradigma dos problemas de saúde.

O Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2016-2019, vem reforçar o modelo de abordagem integrada (como previsto no DL 101/2006), visando dar resposta a pessoas em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda com limitação funcional e a doenças incuráveis em estado avançado ou terminal.

Constrói-se assim um modelo de intervenção articulado, multidisciplinar, dirigido a pessoas em situação de dependência, potenciando resposta em instituições públicas, privadas, sociais e no agregado familiar.

Esta abordagem integrada, pressupõe cuidados baseados na evidência e numa avaliação multidimensional, que permita compreender as diferentes dimensões e implicações das situações de doença da pessoa. A abordagem e os cuidados integrados, devem ainda incluir a articulação e a colaboração de serviços especializados, sempre que se justifique. Esta colaboração pode assumir diversos formatos, que vão desde a referenciação privilegiada para os serviços especializados, à consultadoria aos profissionais. (Plano de desenvolvimento da RNCCI, 2016-2019).

A gradual perda de funcionalidade e consequente instalação progressiva de níveis de dependência está associada ao envelhecimento, sendo muitas vezes indispensável uma continuidade dos cuidados. Esta resposta deve ser, sempre que se justifique, assegurada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados, através de resposta nas unidades de internamento (unidades de convalescença, média duração e reabilitação e longa duração e manutenção), de ambulatório (unidades de dia e promoção de autonomia) e no domicílio (equipas de cuidados continuados integrados no domicílio).

As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar:

Unidades de Convalescença

- têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, a utentes com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade de internamento até 30 dias.

Unidades de Média Duração e Reabilitação

- visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação crónica, cuja previsibilidade de dias de internamento é até 90 dias.

Unidades de Longa Duração e Manutenção

- têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, e que não possam, ou não devam ser cuidados no domicílio.

As unidades de ambulatório (unidades de Dia e Promoção de Autonomia) destinam-se a situações que necessitam da prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração.

As equipas domiciliárias (ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados) constituídas pelos profissionais que integram a Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas), após a referenciação dos utentes em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave, condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados.

De referir que o ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados, se faz sempre por proposta das unidades funcionais dos Centros de Saúde ou pelas equipas de Gestão de Altas dos Hospitais. Assistimos hoje a uma

mudança de paradigma do “tratamento da doença” para um novo paradigma mais focalizado no “bem-estar geral do doente”, sendo o domicílio o local privilegiado para a prestação de melhores cuidados ao indivíduo ou família.

Com as altas hospitalares que se pretendem precoces, o êxito não reside apenas na disponibilidade da família para assumir exclusivamente essa responsabilidade. Reside fundamentalmente no modo como os cuidados continuados são prestados e valorizados, e na articulação de medidas e de recursos complementares e interdependentes entre sistemas formais e informais, e no reconhecimento e valorização do papel central do cuidador e do doente. Apoiar a pessoa doente no domicílio passa por considerar três grandes aspetos fundamentais:

- Manter ou restabelecer o mais possível a autonomia e independência, do doente, promovendo o seu bem-estar;
- Proporcionar um meio que, favoreça o equilíbrio do doente;
- Avaliar se a família tem capacidade física, psíquica e emocional para cuidar.

A intervenção junto das famílias deve incidir sobretudo na informação e educação, suporte psicológico através do aconselhamento, psicoterapia e gestão do stress, e redes sociais de apoio formais ou informais.

Todos os procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e cognitivas, conduzem a maior autonomia e por conseguinte melhor qualidade de vida. Inseridos na comunidade, os profissionais precisam compreender as necessidades, potencialidades, recursos e limitações existentes e potenciar e articular com as parcerias locais, com a família ou com os cuidadores informais.

A identificação das expectativas e objetivos do indivíduo, definidas no Plano Individual de Intervenção, as oportunidades de se envolver satisfatoriamente em atividades, e participar em situações de vida, no dia a dia, são significativas e são potenciadoras de ganhos em saúde.

Preconizam-se respostas organizadas e flexíveis envolvendo o doente, familiares/cuidadores informais na elaboração do seu Plano Individual de Intervenção sendo que o centro dos cuidados é sem dúvida o utente.

SISTEMAS DE MONITORIZAÇÃO REMOTA EM SAÚDE

O aumento do número de pacientes com doenças crónicas tem vindo a exigir uma maior capacidade de resposta por parte dos sistemas de saúde o que, devido à crescente limitação de recursos, obrigará a que estes se tornem mais eficientes, procurando e adotando abordagens inovadoras.

O avanço e generalização das tecnologias de informação e dos equipamentos de recolha e análise de dados personalizados permitem hoje em dia uma nova abordagem na prestação de cuidados de saúde, concretamente através da telemonitorização (ou monitorização remota) dos utentes, serviços que fazem parte do conceito telessaúde¹.

O conceito de telessaúde pode ser dividido em duas componentes principais: a telemedicina incidindo na vertente clínica e a teleassistência mais orientada à promoção da vida independente.

No conceito telemedicina, os serviços locais de saúde, por vezes situados em zonas remotas (longe dos grandes centros), poderão contar com o suporte remoto de médicos especialistas através do uso de videoconferência, teleradiologia, teledermatologia, ou simplesmente usar o telefone para discutir casos relacionados com pacientes ou para a sua própria educação médica.

O conceito de teleassistência aplica-se quando os utentes, no conforto das suas casas, usam os dispositivos de monitorização remota (MR) para capturar, armazenar e transmitir medições de parâmetros biométricos, fisiológicos ou eletrofisiológicos (sinais vitais) aos prestadores de serviços de saúde (ou cuidadores sociais com as valências adequadas). Os dados recolhidos são usados por estes últimos no processo de acompanhamento à distância dos respetivos utentes, e como apoio na tomada de decisão. Por exemplo, pacientes diabéticos poderão controlar seus níveis de glicose recorrendo a

1) [Glossário] **Telessaúde**: Uso de tecnologias de informação e comunicação para oferecer serviços e cuidados de saúde à distância.

um dispositivo que transmite resultados do teste clínico. O prestador de cuidados analisa o resultado do teste a partir das suas instalações e decide se é necessário ou não acionar alguma intervenção (por exemplo agendar uma consulta com o médico de família).

Existindo capacidade cognitiva por parte do utente, a recolha estruturada de parâmetros de saúde tem ainda um segundo efeito, permitindo que o utente sozinho ou em articulação com a sua família (cuidador informal), tome consciência sobre o seu estado de saúde e adote comportamentos de vida saudável.

Através desta metodologia é possível um controlo muito mais frequente e cómodo dos diversos parâmetros relacionados com as patologias que se pretendem monitorizar, evitando deslocações desnecessárias, aumentando o grau de fiabilidade dos dados, a precocidade na intervenção e a confiança e sensação de segurança do utente em relação aos prestadores de cuidados de saúde.

IMPACTO ECONÓMICO E SOCIAL DA MONITORIZAÇÃO REMOTA EM SAÚDE

Ao promover ativamente a monitorização regular dos sinais vitais e das medidas antropométricas² dos cidadãos, será possível aumentar a probabilidade de detetar precocemente situações potencialmente problemáticas, contribuindo desta forma para diminuir o número de situações urgentes, e consequentemente obter ganhos a jusante tanto para o utente, como para o financiador público ou privado.

A monitorização remota promove o aumento da qualidade de vida dos cidadãos com determinadas deficiências ou doenças crónicas permitindo que sejam monitorizados, aconselhados e tratados em sua casa, evitando perturbações desnecessárias (por exemplo grandes deslocações e longos períodos de espera nas instituições). Ao recolher dados num contexto de vida real, e por períodos mais longos, será possível aumentar a qualidade do

2) [Glossário] **Medidas antropométricas:** Registo feito sobre certas características do corpo humano (por exemplo, perímetro torácico, peso, altura, entre outros).

diagnóstico. As abordagens baseadas em monitorização remota de parâmetros de saúde, podem ainda ter mais impacto na saúde do indivíduo, se for utilizado também como indutor de autopromoção da saúde. Os sistemas de monitorização, em vez de darem apenas conhecimento dos sinais vitais (e dados antropométricos) ao profissional de saúde, podem acrescentar inteligência aos dados, enviando parte dos alertas diretamente ao indivíduo, induzindo mudanças de comportamento, como por exemplo, sugerindo o exercício físico, ou a mudança de hábitos de alimentação. O envio de alertas ou sugestões pode ou não ser moderado pelos profissionais de saúde, dependendo do perfil (ou caso clínico) do utente. Com esta componente, o indivíduo passa a contribuir de forma ativa para a resolução (ou antecipação) das complicações de saúde.

Para além do impacto nos utentes e financiadores, os prestadores de serviços de saúde e cuidadores sociais, terão vantagens em diferenciar-se ganhando novas valências associadas à prestação de serviços de monitorização remota. Estes novos serviços alargam o seu âmbito de atuação, e podem contribuir para uma integração efetiva entre serviços de saúde e cuidados sociais (formais e informais), sempre em benefício do utente.

MONITORIZAÇÃO REMOTA NO CONTEXTO DA REGIÃO CENTRO

Na região centro os serviços de saúde implementaram programas de telemonitorização para cidadãos com algumas das principais patologias crónicas com elevado impacto na saúde pública: Doenças pulmonares obstrutivas crónicas (DPOC); enfarte agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca; diabetes e hipertensão.

As DPOC são responsáveis por 20% dos internamentos hospitalares e constituem das principais causas de incapacidade, com um custo direto anual de 240 milhões de euros. Com o programa de telemonitorização consegue-se fazer com que estes doentes se sintam acompanhados de forma contínua, reduzindo em média 3 episódios anuais de exacerbação da doença com recurso a serviços de urgência e pelo menos 2 internamentos hospitalares anuais. Possibilita seguir de forma proactiva e contínua as flutuações das

condições de cada paciente permitindo uma reação atempada que adie o mais possível o agravamento da doença. Atualmente, na área de abrangência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra estão incluídos no programa diversos doentes monitorizados no domicílio (através de tecnologia médica e de comunicação sem cabos, que permite recolha de dados do doente e envio para o sistema central de telemonitorização específico da instituição hospitalar). O hospital está em articulação com um prestador de serviços, a quem compete: a instalação e manutenção dos equipamentos e a formação dos doentes de forma a assegurar a adequada utilização destes; Helpdesk aos utentes nas situações em que se detetem ou sejam manifestadas dificuldades ou falhas de utilização; recolha, centralização e transmissão e da informação clínica registada; e, finalmente, a confirmação das situações de alerta despoletadas pelas leituras de dados, e sua comunicação imediata aos profissionais de saúde.

No final do primeiro ano de efetividade, verificou-se uma redução média de internamentos perto dos 50% e uma diminuição de idas à urgência de 30%.

Em 2017 iniciam-se os programas de telemonitorização dos doentes pós-enfarte agudo do miocárdio e com insuficiência cardíaca. No primeiro ano com 15 doentes selecionados pelo Serviço de cardiologia do CHUC (Hospital Geral). A operacionalização e metodologia de monitorização serão em tudo semelhantes ao programa da DPOC adaptado às especificidades da doença (eletrocardiografia e bioimpedância em casa dos doentes).

Também está prevista a telemonitorização de diabéticos e hipertensos no domicílio, sendo que neste caso competirá aos Cuidados de Saúde Primários a gestão e controlo do programa.

Este programa, com um enorme potencial de abrangência, pretende aumentar a frequência do controlo destas patologias, incentivar os próprios doentes a um melhor autocontrolo, dar-lhes um apoio permanente, assim evitando situações de descontrolo metabólico ou tensional, e ao mesmo tempo, redução do número de consultas presenciais libertando tempo para situações em que efetivamente sejam necessárias.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- Existem várias soluções integradas de saúde disponíveis para o idoso, que passam pela integração do idoso em serviços especializados, ou pela sua referência para esses serviços, até à consultadoria e colaboração entre profissionais e serviços.
- Os cuidados continuados de saúde ao idoso incluem respostas integradas de unidades de ambulatório, unidades de internamento e equipas de apoio domiciliário.
- Estão disponíveis diversos sistemas de monitorização remota que podem auxiliar nos cuidados de saúde ao idoso, quer seja por via da telessaúde, quer seja por via da teleassistência.

13.

O Idoso e a Sociedade

MARIA DO ROSÁRIO GAMA

Professora Aposentada

Fundadora da APRe! - Aposentados, Pensionistas e Reformados

ÂNGELA DIAS DA SILVA

Inspetora Chefe da Polícia Judiciária, aposentada

Vice - Presidente da APRe! - Aposentados, Pensionistas e Reformados

CUIDAR - AMOR E INSTINTO

No século passado houve uma viragem importante na forma como a sociedade passou a encarar o envelhecimento.

Esta mudança pode não ter resultado de uma consciente perceção da realidade social, mas prender-se com o modo como a sociedade tenta encontrar respostas ou justificações para minimizar os efeitos evidentes do envelhecimento demográfico.

Segundo os cálculos estatísticos, a taxa de envelhecimento tenderá a aumentar cada vez mais, prevenendo-se que em 2030 a esperança média de vida seja 90 anos (revista de ciência médica “The Lancet” em fevereiro de 2017).

No entanto, continuamos a debater-nos com a falta de respostas às questões trazidas pelo envelhecimento demográfico parecendo-nos que houve um enorme alheamento das gerações e dos decisores políticos ao longo de décadas.

Nas famílias dos anos 60 - 70 do século XX os mais velhos ainda eram considerados como um garante da experiência e do conhecimento. Nos anos 80 as gerações mais novas passaram a ser o centro de tudo, simultaneamente com a eclosão dos computadores, dos telemóveis, dos écrans planos, daquilo a que podemos chamar comunicação informática e produtos eletrónicos (por exemplo, o caso da “Apple” criada em 1 de abril de 1976).

A TIC (tecnologia da informação e comunicação), expressão usada pela primeira vez em 1997 por Dennis Stevenson, permite que a informação se processe e circule a uma velocidade vertiginosa, reorganizando a comunicação entre as pessoas e entre as empresas e a “visão do mundo”, como diz Levy (1999), provocando, nas sociedades modernas, a ilusão do imediatismo.

A globalização determinou que a educação dos mais novos se orientasse para um futuro onde a competitividade e os padrões de beleza se sobrepõem a todos os valores tradicionais.

As alterações económicas, políticas, sociais, culturais e religiosas influenciaram as novas estruturas familiares durante os séculos XIX e XX, tornando-se a família, no século XXI, uma instituição social onde a ligação

afetiva entre as pessoas é mais importante do que as imposições parentais. As sociedades hoje dividem a comunidade entre novos e velhos, algumas vezes empurrados por um sentimento preconceituoso em relação à idade e à aparência, como se todos não fizessemos parte dela como cidadãos de corpo inteiro.

Aceitamos a necessidade de formar profissionais que tratem das crianças nos infantários, professores que transmitam conhecimentos e educação nas escolas, profissionais que acompanhem e orientem os estagiários que dão os primeiros passos no mercado de trabalho, mas parecemos não ter a mesma conceção relativamente ao acompanhamento e cuidados que os mais velhos necessitam em resultado das suas circunstâncias psicossomáticas.

Este tipo de apoio é muitas vezes direcionado para idosos com doenças incapacitantes, numa lógica de tratamento ou intervenção, ao invés de se aplicar uma lógica de promoção de um envelhecimento saudável.

No caso das crianças chamamos-lhe educadores; no caso dos idosos chamamos-lhe cuidadores.

Em Portugal há um superavit, ou seja, um excedente de educadores e professores, mas há um deficit, isto é, escassez de cuidadores.

A maioria das pessoas idosas recorre a instituições (estruturas residenciais) para se recolherem em idades mais avançadas, não querendo com isso dizer que seja a opção que mais lhes agrada.

As respostas deste tipo são insuficientes e, por isso ou por circunstâncias relacionadas com questões económicas ou de saúde, recorrem aos cuidadores informais (familiares, amigos), sem que estes estejam apoiados por qualquer entidade oficial.

Em dezembro de 2015 a Entidade Reguladora da Saúde concluiu que Portugal tem a “menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários” da Europa e “uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais”.

Os chamados cuidados domiciliários em Portugal, que são, na sua grande maioria, prestados por IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social), não respondem integralmente às necessidades diárias porque,

como sabemos, cuidar vai para além do fornecimento de refeições, limpeza e cuidados domésticos.

As famílias veem-se confrontadas com a responsabilidade e a obrigatoriedade de cuidar dos seus familiares com necessidades especiais, nomeadamente quando, por serem mais velhos, perderam alguma autonomia para poderem viver sozinhos.

Cerca de 125 milhões de pessoas na Europa prestam cuidados a pessoas idosas ou com algum tipo de deficiência.

Cuidar do seu familiar idoso pode ser uma opção, mas, nalguns casos, pode ser por falta de opção, isto é, as dificuldades em ter apoios institucionais criam uma situação de única opção. Estes cuidadores, chamados informais, na maioria das vezes não têm nenhum tipo de preparação, e debatem-se com um apoio insuficiente, quer a nível económico, quer a nível de equipamentos ou infraestruturas, como o centro de saúde ou a segurança social.

A rede de cuidados integrados que, por definição, deveria ser para apoiar este tipo de situações, não está ainda implementada de forma a responder às carências existentes, direcionando-se, maioritariamente, para o apoio clínico a pessoas que dele necessitam.

Os cuidadores informais são os que cuidam por amor e executam as suas tarefas por instinto. As pessoas idosas com esta insuficiência de respostas ou respostas desadequadas, sentem-se instáveis, desassossegadas e numa insegurança permanente.

O grande salto que se espera neste século é que, nas questões que aos idosos dizem respeito, se envolvam os mais novos, mas, sobretudo, que se envolvam os mais velhos, ou seja, aqueles que estão a envelhecer. O envelhecimento ativo de que tanto se fala hoje é, principalmente, um envelhecimento integrado e participativo.

DIREITOS SOCIAIS DAS PESSOAS IDOSAS

“Foi difícil deixar a minha casa, mas não podia ter outra opção. Custava-me deixar tudo para trás, os livros, a secretária onde tantas vezes preparei as aulas, o sofá onde me esticava a ver televisão. Havia uma coisa que levava comigo, o respeito que sempre tiveram os alunos, os pais, os colegas e até os desconhecidos, que, dada a minha idade e a dificuldade em estar de pé, me deixavam passar à frente nas filas do supermercado ou me davam a primeira cadeira disponível no café, onde matava o tempo sempre que ia beber o meu chazinho de limão. Sim, porque o café há muito o largara.

Entrei no lar com ansiedade disfarçada e com a convicção que não tinha alternativa. Fui muito bem-recebida pela Diretora que, acompanhada pela assistente social, me mostrou as instalações.

Impecáveis, tudo limpinho, simples, mas limpo! Passava por uma ou outra auxiliar, que com toda a deferência cumprimentavam a Diretora e atiravam um boa tarde para as duas acompanhantes: eu e a assistente social. Ouvi em sussurro, “mais uma”, a que a colega respondeu: vem ocupar o lugar da D. Alzira que lá se apagou, coitada... E lá ia eu para o lugar da senhora que se foi... Instalei-me, com umas lagrimazitas teimosas que saltavam sem eu querer, e comecei a colocar a roupa de verão nas gavetas porque a de inverno havia de ficar na mala que guardaram numa arrecadação onde estavam as malas preparadas como se fosse para uma grande viagem!

Passado pouco tempo, entra pelo meu quarto uma jovem simpática que me vinha chamar para o almoço: “anda, Gracinha, vais ter a primeira refeição na cantina do lar e sei que vais gostar. A cozinheira é muito boa!” Ai meu Deus, que choque! Tratou-me com tanta intimidade, porquê? Por tu? E com um diminutivo que só os meus familiares mais chegados usavam? Apesar da simpatia e da atitude pretensamente carinhosa, não gostei. Mas era o primeiro contacto e a jovem tinha sido tão simpática! À tarde, veio outra, mais velha, igualmente simpática que me disse. “vem, querida que o lanche está pronto”. De novo, o tratamento por tu, mascarado com um “querida”. Alto que já é demais. Como era o primeiro dia, não quis levantar problemas. Mas se continuasse esse tratamento tinha que falar com alguém que chamasse a atenção às auxiliares. E assim fiz. Estranharam, porque afinal,

era um tratamento carinhoso, mas haveriam de falar com as trabalhadoras para não usarem, nem o diminutivo, nem o tratamento por tu. Algumas não gostaram, olharam-me com alguma arrogância, uma delas tinha um irmão, já trabalhador num banco, que tinha sido meu aluno no 12.º ano. Ainda me chamou, Sra. Dra. Não precisava, ali já não era Doutora, bastava D. Maria da Graça ou D. Graça. Ainda ouvi D. Gracinha, mas já não com aquela intimidade que me magoava, neste caso, havia algum carinho...”

Este relato, que pode ser o de muitas pessoas com a mesma vivência, põe em causa dois dos Direitos Sociais dos Idosos consagrado nos Princípios das Nações Unidas para o Idoso, plasmados na Resolução 46/91 – Aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas 16/12/1991: a Independência e a Dignidade.

A D. Maria da Graça afirma: “Foi difícil deixar a minha casa, mas não podia ter outra opção”. Quantas “Marias da Graça” não haverá por esse país fora, que desejariam que esse apoio comunitário fosse cumprido para que pudessem viver, preferencialmente, nas suas casas pelo tempo que fosse viável?

É um direito que assiste aos idosos, a possibilidade de escolha, mas a resposta não existe na maior parte dos casos. A possibilidade de sair da sua casa para um ambiente estranho, quase uma antecâmara da última morada, onde cada minuto parece uma hora, transforma-se numa angústia difícil de vencer. A sala de espera, em muitos lares, é uma exposição de idosos ao redor da parede, uns dementes, outros quase, e os que estão sãos, só podem piorar perante o quadro que assistem diariamente.

Respeitar os cidadãos da idade maior passa por proporcionar-lhes apoio familiar e apoio comunitário que lhes permita poderem viver em ambientes seguros de acordo com a sua preferência pessoal, poderem ter a opção de viver em sua casa mesmo com algumas adaptações, poderem sentir-se seguros e protegidos de qualquer tipo de exploração e maus-tratos físicos e/ou mentais, serem tratados com justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros fatores.

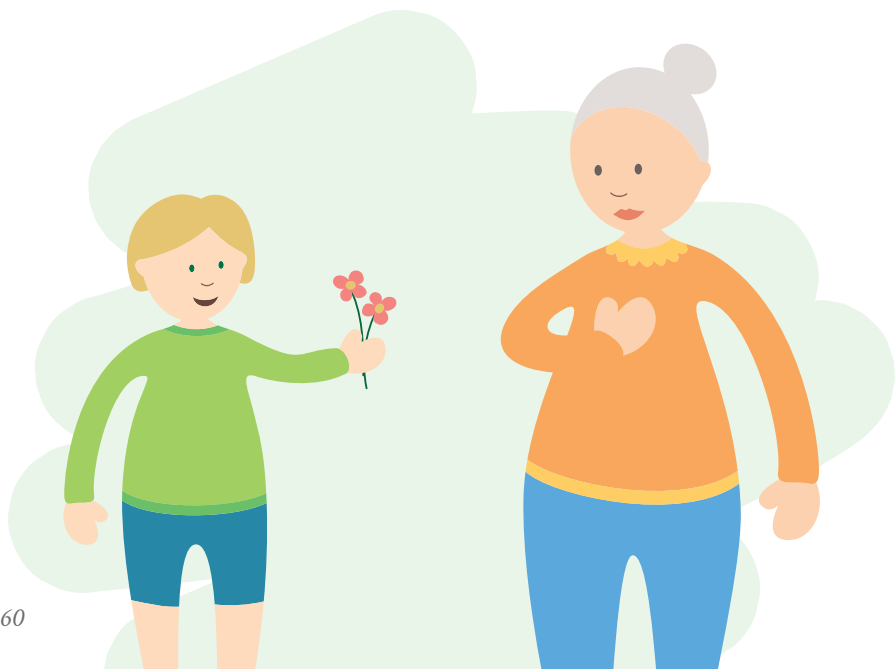
Uma sociedade que não respeita a dignidade dos mais velhos é uma sociedade doente e sem valores. A “infantilização” fere as pessoas mais velhas pelo uso de uma intimidade não consentida.

Para permanecerem integrados na sociedade, seria desejável que, nas Instituições ou em suas casas, os mais velhos pudessem participar ativamente na formulação e implementação de medidas que afetam diretamente o seu bem-estar. O convívio com os mais jovens permitir-lhes-ia transmitir os seus conhecimentos e habilidades.

Muitas vezes é a fragilidade física e a incapacidade, por motivos de saúde ou outros, que leva os mais velhos a procurar um Lar/Residência, onde é suposto haver assistência médica, ou condições para o acesso essa assistência, que lhes proporcione prevenção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social.

Também o acesso a serviços sociais e jurídicos que lhes assegurem melhores níveis de autonomia, proteção num ambiente humano e seguro, constituem um direito que deve ser garantido em todas as circunstâncias. Tendo em conta a quantidade de lares ilegais, tantas vezes denunciados, é de supor que este direito não está garantido para todos os que residem nestas instituições.

Todos os idosos têm o direito de aproveitar as oportunidades para o total desenvolvimento das suas potencialidades, bem como de ter acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade.



É ainda importante e urgente que os Estados tenham em consideração o comentário do Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (Comentário Geral n.º 6, contido no documento E/1996/22, anexo IV), a propósito dos Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas.

Mary Robinson, Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, no prólogo do documento elaborado a propósito do ano de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, refere:

“inúmeras pessoas idosas, sobretudo nos países em desenvolvimento, têm uma vida cheia de dificuldades, não dispendo de acesso a cuidados de saúde ou a alimentos adequados.”

Em 2018 continuamos a sentir que, apesar do comprometimento dos países para alterar e remediar esta situação, os objetivos ainda estão longe de ser alcançados.

“Como se morre de velhice ou de acidente ou de doença, morro, Senhor, de indiferença.

Da indiferença deste mundo onde o que se sente e se pensa não tem eco, na ausência imensa...”

Cecília Meireles, in ‘Poemas’ (1957)

PARA GUARDAR E CUIDAR

- É fundamental que a sociedade invista em reformas promotoras de um envelhecimento ativo e saudável.
- É importante que o idoso seja respeitado e faça parte das decisões que dizem respeito à sua vida.

14.

O Cuidado Complementar

CARINA BORDALO MARTINS SOARES DANTAS

Diretora de Inovação - Cáritas Diocesana de Coimbra

SAÚDE E BEM-ESTAR AO LONGO DA VIDA

A Saúde e bem-estar são determinados não só pela herança genética e características pessoais, mas também pelo ambiente físico e social em que vivemos.



Figura 1 - Determinantes do envelhecimento ativo, segundo a OMS (2008)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve os determinantes sociais da saúde como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas (políticos, económicos e sociais) que moldam as condições da vida quotidiana. O ambiente desempenha um papel fundamental na capacidade física e mental ao longo da vida, sendo imprescindível na determinação da forma como uma pessoa se ajusta à perda de funções inerentes à idade.

ALTERAÇÕES DEMOGRÁFICAS NA EUROPA

Independentemente da sua idade ou nível de capacidade intrínseca, as pessoas mais velhas têm o direito a uma vida digna e com significado. Para pessoas com perdas significativas de capacidade, os seus direitos e dignidade são apenas possíveis através do cuidado, apoio e assistência de outros.

A forma de prestação de cuidados varia entre países, havendo também diferenças dentro do mesmo país. Muitas vezes a responsabilidade recai sobre as famílias com custos psicológicos, sociais e económicos significativos. Mas os governos, particularmente nos países mais desenvolvidos, desempenham um papel imprescindível. As alterações demográficas que têm vindo a ocorrer na Europa trouxeram a debate o equilíbrio adequado entre o papel das famílias e das autoridades públicas na prestação de cuidados aos mais idosos.

Adaptar as estruturas das comunidades para as necessidades de uma população idosa em crescimento é essencial para enfrentar os desafios da evolução demográfica.

OS CUIDADOS COMPLEMENTARES

Embora muitas pessoas com idade superior a 65 anos façam questão de manter a sua independência, começam a necessitar, ao longo do tempo, de cuidados complementares. É natural a preocupação dos filhos e familiares com a segurança e bem-estar dos seus parentes mais velhos, principalmente quando estes se encontram a viver sozinhos. Esta preocupação leva-os frequentemente a considerar desejável que sejam cuidados e vigiados 24 horas/dia.

No entanto, esta pode não ser sempre a melhor opção. Cuidar de uma pessoa mais velha significa, antes de mais, reconhecê-la como pessoa e procurar saber quais são as suas vontades e necessidades.

Se, ponderadas todas as opções, o encaminhamento para uma estrutura residencial for a solução encontrada, será desejável que esta seja próxima da comunidade de referência, para que a pessoa idosa possa sair e realizar algumas das suas atividades de lazer no seu contexto anterior (se as suas condições físicas e cognitivas ainda lhe permitirem esse grau de autonomia),



Figura 2 - Estrutura Residencial Cáritas Coimbra (Pombeiro da Beira)

bem como receber visitas regulares da família e amigos.

Existe, porém, em Portugal, um grande constrangimento ao nível da taxa de cobertura dos lares de idosos em algumas regiões, assim como do valor da comparticipação familiar necessária para a mensalidade desta resposta social, frequentemente demasiado elevada para os rendimentos de muitas famílias.

Outra possibilidade relativamente frequente é a de levar a pessoa mais velha a habitar em casa de um filho ou a passar temporadas em várias casas de família próxima. Estas soluções trazem o benefício da proximidade familiar, mas implicam por vezes que a pessoa idosa permaneça sozinha em casa durante o horário de trabalho dos familiares e que altere regularmente o seu enquadramento comunitário, podendo não se sentir confortável com as mudanças constantes.

A solução que parece ser mais consensual será a de permitir que a pessoa envelheça na sua própria habitação e comunidade, recorrendo à prestação



Figura 3- Serviço de Apoio Domiciliário Cáritas Coimbra

de serviços diversos ao domicílio. Esta tipologia de resposta social tem evoluído, apresentando cada vez mais soluções, desde as mais tradicionais como a alimentação e a higiene, até às mais personalizadas e inovadoras, como a teleassistência, os cuidados de beleza e as atividades de socialização.

As novas tecnologias têm sido um dos setores em que se aposta para a otimização dos cuidados aos mais idosos. Por um lado, naturalmente, porque em algumas situações podem permitir uma monitorização contínua do estado de saúde sem a necessidade da presença física de um cuidador; por outro, porque facilitam também a comunicação imediata e multissensorial (por exemplo, por videochamada) com os familiares e amigos, podendo também favorecer a criação de novas relações, (por exemplo, redes sociais).

Porém, avançamos já para um universo de inovação no qual começa a ser possível muito mais: criam-se casas inteligentes que respondem a comandos de voz e monitorizam os eletrodomésticos, janelas e portas (*ambient assisted living*), ou ambicionam-se robôs de companhia que estudam padrões comportamentais com vista à deteção de alterações na rotina e à personalização de cuidados (por exemplo, projeto *GrowMeUp*).

Estas evoluções irão sem dúvida, no seu devido tempo, ser um passo efetivo para a diminuição do encargo dos cuidadores, mas para tal necessitam ainda de maturação e implementação em grande escala, com vista à sua integração no circuito universal de cuidados.

A manutenção da pessoa na sua própria casa pode então ser complementada com serviços especializados de apoio que favoreçam a autonomia, retardando a sua institucionalização e facilitando que se mantenha ativa e capaz de realizar as suas atividades da vida diária sem grandes constrangimentos.

Para tal é, todavia, necessário conciliar vários outros fatores: a casa terá que ter boas acessibilidades, ser transformada de forma a garantir a segurança e bem-estar (por exemplo, ajudas técnicas na casa de banho, utilização de prateleiras baixas na cozinha, adaptação do mobiliário e tapetes, luzes e sensores, etc.) e ter proximidade a cuidadores formais e informais que possam socorrer em caso de emergência.

O papel do cuidador de referência, formal ou informal, é essencial na gestão

de todo o ecossistema que rodeia a pessoa mais velha - social, de saúde, familiar, comunitária. O mais frequente é que esta figura seja um dos familiares ou um técnico de uma organização de apoio social; em qualquer dos casos, o seu principal objetivo deverá ser o de promover o bem-estar e a autonomia da pessoa, por forma a que a velhice possa ser ainda uma etapa feliz e frutuosa, e não apenas uma espera dolorosa pelo fim da vida.

IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO – AMBIENTES AMIGÁVEIS PARA TODAS AS IDADES¹

A verdade é que todo o contexto e recursos comunitários são de extrema importância no processo de envelhecimento.

A abordagem das Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS) “reconhece os determinantes da saúde e a necessidade de trabalhar em colaboração entre organizações públicas, privadas, voluntárias e do setor comunitário”.

Apesar das iniciativas *age-friendly*, como a da OMS, se concentrarem principalmente nos ambientes urbanos, as normas que promovem são amplamente aplicáveis em qualquer ambiente comunitário e essa necessidade é particularmente aguda nas zonas rurais. Adultos mais velhos e cuidadores de áreas rurais e remotas consideram a acessibilidade como um dos traços mais importantes das suas comunidades e que muitas vezes falha (por exemplo, falta de passeios, passadeiras e rampas na via pública), bem como o isolamento e a distância dos serviços de saúde, bancários e administrativos.

Uma estratégia fundamental para facilitar a inclusão das pessoas de maior idade é a transformação do ambiente em que residem às suas necessidades. Um ambiente amigável para todas as idades permite que pessoas de diferentes faixas etárias participem ativamente na comunidade e sejam tratadas com dignidade, facilitando a ligação intergeracional. Por outro lado, ajuda as pessoas a manterem-se saudáveis e ativas ao longo do processo de enve-

1) [Glossário] **Ambientes amigáveis para todas as idades:** Promovem a saúde e o bem-estar e a participação das pessoas ao longo do ciclo de vida, garantindo a acessibilidade, segurança, inclusão e participação social e de cidadania em qualquer faixa etária.

lhecimento, oferecendo apoio adequado àqueles que já não podem cuidar de si mesmos.

Tal significa ir para além das abordagens tradicionais de saúde biomédica e de apoio social para uma metodologia que intervém em todo o ciclo de vida e aborda as diferentes perspetivas que têm impacto no ambiente em torno da pessoa:

- Habitação;
- Transportes e acessibilidades;
- Espaços exteriores e edifícios;
- Apoio comunitário e serviços de saúde;
- Comunicação e informação;
- Participação cívica e emprego;
- Respeito e inclusão social;
- Participação social.



Figura 4 - Áreas numa cidade amiga para todas as idades

Uma comunidade que siga estas orientações será realmente para todas as idades. Irá projetar e adaptar o seu ambiente natural e construído para todos os cidadãos - infraestrutura rodoviária e de transportes acessível e segura, acesso sem barreiras a edifícios, locais de descanso e lazer públicos, instalações sanitárias adaptadas, entre outros. A informação disponível será adaptada às diferentes capacidades e recursos e o apoio integrado ao nível social, comunitário e de saúde permitirá que as pessoas mantenham a sua saúde e independência mais tempo. Estes serviços beneficiarão também as gerações mais jovens, potenciando a inclusão e participação.

REFLITA SOBRE A SUA COMUNIDADE

Pense no local onde vive.

- Os espaços públicos e edifícios são acessíveis para pessoas com problemas de visão, audição ou mobilidade reduzida?
- Existe um serviço de transporte público acessível que permite às pessoas mais velhas irem onde querem ir?
- Os serviços integrados e os dispositivos auxiliares permitem que as pessoas idosas permaneçam nas suas casas mesmo quando precisam de ajuda para as atividades de vida diária?
- Existe uma cultura de respeito, livre de idade e estereótipos negativos sobre o envelhecimento?
- A vida cultural e de lazer atende aos interesses dos mais velhos, assim como dos jovens?
- As pessoas mais velhas têm acesso aos cuidados sociais e médicos de qualidade quando necessitam e as informações sobre os serviços disponíveis alcançam-nos de forma eficaz? Estes serviços atuam de forma integrada?
- Todos estes serviços são acessíveis a pessoas com baixos rendimentos?

Esta visão só é possível com uma abordagem integrada, envolvendo a coordenação de diferentes áreas da política e dos serviços para que se reforcem mutuamente, trabalho que tem sido desenvolvido no âmbito da Rede Temática SHAFE (*Smart Healthy Age-Friendly Environments*) aprovada pela Comissão Europeia para 2018. A mudança fundamental só pode ser alcançada ouvindo os interessados e pensando para além do “silo” de cada setor. Um aspeto central da abordagem é criar um processo participativo em colaboração com as pessoas mais velhas, com as organizações do terceiro setor e os cidadãos em geral.


PARA GUARDAR E CUIDAR

→ As pessoas sabem do que necessitam e, portanto, devem estar no centro de qualquer esforço para criar uma comunidade mais adaptada. Uma abordagem participativa para a investigação, planeamento, implementação, monitorização e avaliação de iniciativas é a melhor salvaguarda para tornar cada comunidade num melhor local para viver.



O Cuidador





**O que deve
saber sobre a
Saúde
e os Direitos
do Idoso**

15.

Alteração da mobilidade

ANTÓNIO ARAÚJO

Interno Formação Específica em Medicina Física e Reabilitação
do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

ANTÓNIO AZENHA

Médico Assistente de Medicina Física e Reabilitação; Assistente Graduado
de Fisiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Pós-graduado em Medicina do Desporto

JOÃO PÁSCOA PINHEIRO

Médico de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

A limitação da mobilidade é uma deficiência e a suas consequências incidem no desempenho de tarefas pelo indivíduo afetado.

De entre os fatores que mais limitam os níveis de mobilidade, destaca-se o envelhecimento causador de alterações músculo-esqueléticas e fisiológicas determinantes na perda de mobilidade.

A limitação da mobilidade individual determina diferentes perturbações nas atividades de vida diária, com marcado prejuízo na intervenção no meio ambiente.

Nos grupos etários mais idosos, onde coexistem diferentes morbilidades, a manutenção da mobilidade é um dos elementos mais sensíveis na valorização da qualidade de vida e do conceito de participação: as populações mais móveis são mais saudáveis, consomem menos fármacos e têm melhor qualidade de vida (estado de saúde, função e interação social).

A limitação da mobilidade, dependendo da parte do corpo afetada, terá condicionamentos distintos. No membro superior, condicionando diferentes prejuízos nas atividades que exijam o transporte e a manipulação de objetos. No tronco determinando limitações na expansão da grelha costal, na mobilidade raquidea e nas atividades com exigência postural. No membro inferior, condicionando preferencialmente as transferências e deambulação (marcha fisiológica, utilização de degraus, rampas ou simplesmente a deslocação do centro de gravidade).

Membro superior	Diferentes prejuízos nas atividades que exijam o transporte e a manipulação de objetos.
Tronco	Limitações na expansão da grelha costal, na mobilidade raquidea e nas atividades com exigência postural.
Membro inferior	Condicionamento das transferências e deambulação (marcha fisiológica, utilização de degraus, rampas ou simplesmente a deslocação do centro de gravidade).

A imobilização prolongada, decorrente de um processo patológico, tal como o acamamento prolongado por doença debilitante, a colocação segmentar de um gesso ou mesmo a utilização de uma ortótese de estabilização, condicionam (em função do tempo de imobilidade) restrições na mobilidade articular ativa e passiva. O sedentarismo, interpretado como uma restrição na prática de atividade física e do consumo calórico, torna-se cada vez mais uma razão forte de deterioração das mobilidades ativa e passiva, sendo também uma causa importante de morbidade.

Apresentamos de seguida alguns dos principais **fatores causais** da limitação da mobilidade:

- as alterações das superfícies articulares (degenerativas, inflamatórias), tais como as verificadas na doença artrósica ou na patologia inflamatória (artrite reumatoide, espondiloartropatias, outras), conduzem a uma perda progressiva de mobilidade;
- a patologia do tecido ósseo, particularmente as soluções de continuidade do osso, identificadas como fratura. A existência de traço de fratura intra-articular, as alterações do alinhamento ósseo, as sequelas da imobilização ou da formação do calo ósseo podem condicionar os défices de amplitude articular;
- as sequelas cirúrgicas (cicatrizes hipertróficas, artrofibrose, outras), associando períodos de imobilização prolongada, dor e exsudação sinovial, podem ser razões para uma restrição grave de mobilidade;
- a patologia neurológica central ou periférica (da força, do tónus, da coordenação, do equilíbrio) associando alterações da atividade motora a sequelas da imobilidade. Na hemiparésia por acidente vascular cerebral, nas alterações do tónus (espasticidade, hiperreflexia, outros) da doença desmielinizante ou na rigidez do doente extrapiramidal são frequentes as limitações de mobilidade, tanto em articulações proximais como distais do esqueleto apendicular;
- as sequelas da imobilidade, em patologias que condicionam o acamamento prolongado (pancreatite, pneumopatia, fraturas da epífise proximal do fémur, outras) que associam diferentes morbidades com

a idade avançada, com a obesidade, entre outras, facto que determina a uma deterioração da mobilidade voluntária.

As **consequências** das alterações da mobilidade são múltiplas e transversais aos diferentes sistemas orgânicos:

No sistema músculo-esquelético elas manifestam-se através da diminuição da mobilidade articular polissegmentar, diminuição da força e da resistência muscular e diminuição da densidade mineral óssea.

No sistema cardiovascular manifestam-se através do surgimento de hipotensão ortostática/postural, elevação da frequência cardíaca em repouso, diminuição do volume de ejeção e diminuição do débito cardíaco, assim como aumento dos triglicérides e diminuição das lipoproteínas de alta densidade (HDL).

No sistema respiratório manifestam-se através da diminuição da capacidade vital e da reserva funcional, fadiga e fraqueza muscular do diafragma e músculos acessórios da respiração e dificuldade na eliminação de secreções brônquicas com aumento da suscetibilidade a infeções respiratórias.

No sistema gastrointestinal manifestam-se através da diminuição de absorção, défices nutricionais, refluxo gastro-esofágico e obstipação.

No sistema génito-urinário manifestam-se através do esvaziamento vesical incompleto por fraqueza muscular, associado a aumento da suscetibilidade a infeções urinárias e formação de cálculos renais.

No sistema nervoso através de deterioração cognitiva, ansiedade, irritabilidade, distúrbios de sono, depressão e diminuição do limiar de tolerância à dor.

A nível metabólico verifica-se a redução da massa magra e aumento da massa gorda, intolerância à glicose e resistência à insulina, disfunção adrenocorticoide e alterações iónicas (hiponatremia, hipocalémia, hipercalcemia).

O retorno a um padrão normal de mobilidade reveste-se de grande interesse clínico uma vez que reduz o risco de trombose venosa profunda, de tromboembolismo pulmonar e de patologia do revestimento cutâneo (úlceras de pressão).

Sistema músculo-esquelético	Diminuição da mobilidade articular polissegmentar; Diminuição da força e da resistência muscular; Diminuição da densidade mineral óssea.
Sistema cardiovascular	Hipotensão ortostática/postural; Elevação da frequência cardíaca em repouso; Diminuição do volume de ejeção; Diminuição do débito cardíaco; Aumento dos triglicerídeos; Diminuição das lipoproteínas de alta densidade (HDL).
Sistema respiratório	Diminuição da capacidade vital; Diminuição da reserva funcional; Fadiga e fraqueza muscular do diafragma e músculos acessórios da respiração; Dificuldade na eliminação de secreções brônquicas; Aumento da suscetibilidade a infecções respiratórias; Tromboembolismo pulmonar.
Sistema gastrointestinal	Diminuição de absorção; Défices nutricionais; Refluxo gastro-esofágico e obstipação.

Sistema génito-urinário	Esvaziamento vesical incompleto; Aumento da suscetibilidade a infeções urinárias; Formação de cálculos renais.
Sistema nervoso	Deterioração cognitiva; Ansiedade; Irritabilidade; Distúrbios de sono; Depressão; Diminuição do limiar de tolerância à dor.
Sistema metabólico	Redução da massa magra; Aumento da massa gorda; Intolerância à glicose; Resistência à insulina; Disfunção adrenocorticoide; Alterações iónicas (hiponatremia, hipocalémia, hipercalcemia).
Sistema circulatório e cutâneo	Trombose venosa profunda; Úlceras de pressão.

O objetivo último da Medicina Física e de Reabilitação é proporcionar o retorno do indivíduo ao seu padrão de participação prévio, com autonomia nas atividades de vida diária, no menor tempo possível, minimizando as alterações decorrentes na mobilidade individual.

A abordagem multiprofissional da reabilitação das alterações da mobilidade deve contemplar:

- a estimulação da mobilização precoce no leito e da realização de atividades de vida diária, minimizando o tempo de acamamento e promovendo a verticalização logo que possível;
- a mobilização dos segmentos inativos - a utilização de técnicas de mobilização passiva, que devem evoluir o mais rápido possível para a mobilização ativa (e ativa assistida), sendo fundamental na redução do tempo de imobilidade;
- estimular a deambulação, com ortóteses se adequado à situação clínica;
- promover um padrão respiratório mais eficaz através de um programa de cinesiterapia respiratória, prevenindo complicações pulmonares e contribuindo para a resolução de patologias pulmonares já implantadas;
- promover um correto posicionamento articular, através de posições funcionais de imobilização e, se necessário, com recurso a diferentes dispositivos para limitar as retrações musculotendinosas e atrofia muscular.

Importa ensinar e motivar o paciente e a família para a sua execução no domicílio, sob prescrição e supervisão médica, sendo o esclarecimento do doente, quanto aos objetivos pretendidos, um aspeto importante na adesão à terapêutica. O papel do cuidador surge cada vez mais como um elemento incontornável na doença crónica. A exemplificação prévia da técnica e a entrega de um folheto ilustrado facilita a execução domiciliária, devendo nesse programa estar identificada de forma explícita toda a intervenção terapêutica.

A execução domiciliária destes programas é segura, sendo fundamental a motivação do paciente e da família. A educação pelo médico é importante e o controlo em consultas de seguimento pode assegurar a sua eficácia. A formação de cuidadores assume cada vez maior importância no programa terapêutico. O controlo telefónico para o domicílio pode ser um elemento importante de adesão terapêutica.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- A imobilidade prolongada deteriora os vários metabolismos, o funcionamento de aparelhos e sistemas, desequilibra a homeostasia interna e a função e desencadeia mecanismos que conduzem à falência.
- A implementação de um programa cinesiológico é a melhor abordagem preventiva/terapêutica para otimizar os prognósticos vital e funcional.



16.

Acamados

JOÃO PAULO DE ALMEIDA TAVARES

Enfermeiro na UCSP de Soure - Unidade de Alfarelos

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

As pessoas idosas acamadas apresentam elevados índices de dependência funcional e/ou cognitiva, sendo um grupo particularmente vulnerável a complicações decorrentes de imobilidade. Para além disso, o cuidado a estes utentes representa uma sobrecarga física e emocional significativa para os cuidadores (in)formais. Ao explorar o cuidado às pessoas idosas acamadas abordar-se-ão duas dimensões: fatores predisponentes e prevenção das complicações decorrentes desta condição clínica.

OS FATORES PREDISPOENTES

Do ponto de vista conceptual importa diferenciar:

- 1.** Imobilidade – diminuição da capacidade para desempenhar atividades de vida diária (AVD) por deterioração da função motora. A imobilidade pode ser caracterizada em relação ao seu início (súbito/aguda versus crónico) e duração (temporária versus prolongada);
- 2.** Declínio funcional – restrição na capacidade para realizar atividades essenciais para a vida diária (sem repercussões em outros sistemas);
- 3.** Síndrome de imobilidade – apresentação comum da doença, gerada por um conjunto de mudanças fisiológicas em vários sistemas (multissistémica), condicionado pela imobilidade e descondicionamento (conjunto de alterações fisiológicas induzidas nos vários sistemas orgânicos pela inatividade física e que são reversíveis apenas com o restabelecimento da atividade). Trata-se de um quadro clínico multifatorial, potencialmente reversível e prevenível.

Torna-se imperioso prevenir a condição de “acamado”, sendo determinante considerar os fatores predisponentes. Estes podem dividir-se em fatores psicológicos (exemplo: depressão, medo de cair e motivação), alterações físicas (exemplo: doença cardiovascular, neurológica e musculoesquelética) e causas ambientais. Podem, ainda, ser classificados como: fatores intrínsecos (mudanças relacionadas com o envelhecimento primário, secundário e terciário) e extrínsecos a favorecer a imobilidade, conforme apresentado no quadro 1 .

Fatores intrínsecos	Fatores extrínsecos
<p>Doenças musculares: osteoartrose, fratura, artrite, problemas nos pés;</p> <p>Doenças neurológicas: Acidente Vascular Cerebral, doença de Parkinson, demência e depressão;</p> <p>Doenças cardiovasculares (doença coronária, insuficiência cardíaca grave, insuficiência vascular periférica);</p> <p>Doenças pulmonares (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica);</p> <p>Doenças endócrinas: Diabetes Mellitus e problemas de tiroide;</p> <p>Défices sensoriais;</p> <p>Infeções (exemplo: pneumonia);</p> <p>Cancro;</p> <p>Causas psicológicas: medo de cair;</p>	<p>Fatores iatrogénicos: prescrição de repouso, contenção mecânica, superproteção e alguns medicamentos;</p> <p>Fatores ambientais: hospitalização, barreiras arquitetónicas, ausência de auxiliares de marcha;</p> <p>Fatores sociais: falta de rede de apoio social, estímulo, problemas familiares (limitação económica, sobrecarga do cuidador, negligência);</p> <p>Outros: má nutrição, descondicionamento;</p>

Quadro 1. Fatores predisponentes intrínsecos e extrínsecos da imobilidade

A maior medida preventiva é a estratificação do risco, tendo por base os fatores predisponentes e a manutenção da amplitude de movimentos. Diversos estudos sublinham o exercício físico como o principal fator para prevenir a imobilidade. Nas pessoas idosas com patologia específica, o exercício físico pode ser ajustado ao tipo de doença e severidade da mesma.

A par do exercício físico é muito importante a identificação precoce das

pessoas idosas que apresentam declínio funcional, uma vez que esse supõe o início da fragilidade geriátrica.

Após identificação do risco de acamamento, um conjunto de adaptações ambientais que favoreçam a independência e estimulem a manutenção da autonomia devem ser implementadas. Dentro dessas medidas inclui-se:

- Evitar barreiras arquitetônicas/ambientais (exemplo: mobiliário, tapetes, má iluminação);
- Manter o nível sensorial (exemplo: correção de défices de visão);
- Promover adaptações técnicas e uso de produtos de apoio;
- Estimular a independência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como;
- Monitorizar, periodicamente, mudanças no status funcional e/ou cognitivo.



PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA IMOBILIDADE

As complicações da imobilidade são dependentes da duração da inatividade (aguda versus crônica) e do estado de saúde e mental prévio. Estes determinantes, em conjunto com as alterações biológicas e psicológicas, condicionam o prognóstico e as complicações decorrentes da condição de acamado. O quadro 2 resume as consequências, por sistema, e as estratégias preventivas.

Sistema	Consequências	Prevenção
Músculo-esquelético	Atrofia e fraqueza muscular (3-5 semanas perda de ½ da força muscular) com predomínio nos músculos dos membros inferiores; Contraturas; Osteoporose.	Levante diário; Posicionamento adequado no leito; Treino de marcha; Contração muscular diária; Mobilizações articular ativa e/ou passiva.
Cardiovascular	Pressão arterial baixa na mudança de posição; Redistribuição de fluidos; Comprometimento da função cardíaca; Formação de trombos nas veias.	Exercícios para manutenção de amplitudes articulares e de fortalecimento; Levante progressivo; Exercício dos membros inferiores; Mobilização precoce; Elevação ligeira dos membros Inferiores;

Respiratório	<p>Deficiente drenagem de secreções;</p> <p>Atelectasias (colapso de uma parte do pulmão);</p> <p>Pneumonia.</p>	<p>Mobilização precoce;</p> <p>Posicionamentos alternados e elevação da cabeceira da cama;</p> <p>Exercícios respiratórios;</p> <p>Hidratação adequada.</p>
Gastrointestinal	<p>Diminuição do apetite;</p> <p>Refluxo gastroesofágico (conteúdo alimentar ou ácidos do estomago para o esófago);</p> <p>Obstipação.</p>	<p>Ingestão hídrica adequada;</p> <p>Assegurar palatibilidade e consistência adequadas das refeições;</p> <p>Evitar fármacos obstipantes;</p> <p>Mobilização precoce;</p> <p>Reinício progressivo da atividade física;</p> <p>Suplementos de fibras contraindicados em doentes totalmente acamados</p>
Geniturinário	<p>Retenção/ incontinência urinária;</p>	<p>Ingestão hídrica adequada;</p> <p>Posição elevada durante a micção;</p>

Geniturinário	<p>“Pedra no rim” (litíase renal);</p> <p>Infeções urinárias;</p> <p>Esvaziamento incompleto da bexiga.</p>	<p>Treino miccional (programação das idas à casa de banho);</p> <p>Evitar sondas urinárias, sempre que possível.</p>
Cutâneo	<p>Úlceras de pressão (ver figura 1);</p> <p>Quebra cutânea</p> <p>Feridas por humidade (exemplo: dermatites);</p>	<p>Posicionamentos alternados;</p> <p>Ajudas técnicas adequadas (exemplo: colchão de pressão alterna);</p> <p>Cuidados à pele (hidratação);</p> <p>Nutrição adequada.</p>
Neuro psicológico	<p>“Privação sensorial”;</p> <p>Diminuição da tolerância à dor;</p> <p>Irritabilidade;</p> <p>Hostilidade;</p> <p>Insónia;</p> <p>Depressão.</p>	<p>Promover uma boa higiene do sono;</p> <p>Detetar e corrigir défices sensoriais;</p> <p>Focalizar a atenção na pessoa idosa, enfatizando a compreensão, respondendo humanamente ao comportamento manifesto, necessidades e sentimentos;</p>

Neuro psicológico		Favorecer a comunicação verbal e não-verbal; Manter a rede de suporte social (estimular visitas de familiares e amigos); Realizar levante; Promover um cuidado multissensorial.
--------------------------	--	--

Quadro 2 – Consequência da imobilidade e estratégias preventivas

Adaptado de: Almeida, G., Amaral, N., Moraes, E., & Azevedo, R. (2009); Luengo-Marquez, C., Maicas-Martinez, L., Navarro-gonzales, M., & Romero, L. (2007). Sociedad Española de Geriatria Y Gerontología SEGG (2007)

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS - ORIENTAÇÃO PARA A PREVENÇÃO

As úlceras de pressão ou escaras aparecem nas zonas com proeminências ósseas (existe menos tecido sob a da pele). Quando as pessoas estão deitadas ou sentadas em superfícies duras, a circulação do sangue fica comprometida e a pele vai-se deteriorando.

A melhor forma de tratar uma úlcera de pressão é evitar o seu aparecimento. **Vermelhidão, calor, edema, dor, tumor/endurecimento de uma zona da pele é um sinal de alarme.**

RECOMENDAÇÕES:

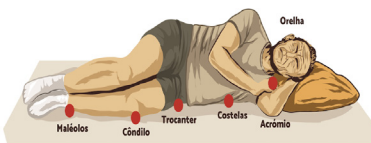
➔ Manter a pessoa confortável. O peso corporal deverá ficar distribuído equitativamente, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo tensões articulares e musculares; considerar a dor, pois poderá limitar

a mobilidade. O médico ou enfermeiro assistente deverá ser informado caso se identifique este problema;

- Proporcionar uma alimentação adequada em calorias, proteínas e vitaminas e certificar que a pessoa ingere líquidos em quantidade adequada à manutenção da hidratação;
- Manter a pele limpa, seca e hidratada, com cuidado especial nas pregas cutâneas;
- Facilitar a mobilidade e incentivar a pessoa a mudar de posição, caso ainda lhe seja possível;
- Incentivar a circulação do sangue com massagens diárias após a higiene, com movimentos suaves, circulares e sem friccionar. Evitar a massagem sobre proeminências ósseas, em especial se se verificar vermelhidão (massajar a zona envolvente);
- Evitar posicionar a pessoa em contacto direto com dispositivos médicos (exemplo: tubos das sondas);
- Mudar a pessoa de posição pelo menos a cada 2 horas (lado direito, dorsal - deitado de barriga para cima - e lado esquerdo) ou antecipar a mudança de posição se a pessoa tiver um risco maior, tal como as pessoas emagrecidas, desidratadas e incapazes de mover-se;
- Ao colocar a pessoa na posição dorsal, manter a cabeceira da cama elevada a 30 graus. De lado, caso a pessoa tolere, colocar a pessoa com uma inclinação de 30 graus (apoiando as costas na almofada) de modo a evitar pressão no trocânter (zona superior da coxa);
- Evitar posicionar a pessoa sobre proeminências ósseas que apresentem zonas avermelhadas;
- Evitar arrastar a pessoa na cama. Posicionar a pessoa empregando movimentos suaves e firmes de modo a aliviar ou redistribuir a pressão e a permitir que diferentes articulações assumam diferentes posições (logo diferentes pressões também).

NA PESSOA SENTADA:

- Colocar um dispositivo para aliviar a pressão (almofada de assento de redistribuição de pressão). Evite produtos em forma de “anel” ou “donuts”. O enfermeiro poderá informar sobre estes produtos;
- Incentivar a realização de mudança de posição a cada 15 minutos, realizando pequenos levantes da cadeira com o apoio dos braços ou inclinações laterais do tronco;
- Limitar o tempo que a pessoa passa sentada na cadeira sem alívio de pressão. Reposicionar a pessoa pelo menos a cada hora, se essa não se conseguir posicionar na cadeira;
- Caso os pés da pessoa não cheguem ao chão, deverão ser colocados sobre um estrado ou apoio de pés.

DECÚBITO LATERAL**DECÚBITO DORSAL**

- A) OMOPLATA**
- B) REGIÃO SAGRADA**
- C) ÍSQUIO (PARTE INFERIOR DA BACIA)**
- D) CALCANHAR**

Figura 1 - Zonas de pressão e tipo de posicionamento

PARA GUARDAR E CUIDAR

→ Os profissionais de saúde e os cuidadores informais devem desenvolver um cuidado preventivo, identificando precocemente os fatores predisponentes da imobilidade e adotando estratégias corretivas.

→ Perante uma pessoa acamada, os profissionais de saúde devem desenvolver um plano de cuidado com objetivo de identificar e tratar as causas da imobilidade (numa fase inicial); estabelecer um plano reabilitação destinado ao tratamento da imobilidade existente à prevenção da sua progressão; utilizar produtos de apoio e adaptações ambientais, prevenindo as complicações decorrentes de estar acamado.

17.

Diabetes Mellitus

MARIA LEONOR VIEGAS GOMES

Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

A diabetes mellitus é uma doença altamente prevalente em todo o mundo. Em 2015 estimava-se que existiam cerca de 415 milhões de pessoas com diabetes, o que representava cerca de 1 diabético por cada 11 pessoas. Em Portugal, a última prevalência estimada da diabetes, segundo o Observatório Nacional de Diabetes, era de 13,3% nas pessoas entre os 20 e os 79 anos de idade, sendo que aproximadamente 90% tinham diabetes tipo 2. Esta prevalência significa que em Portugal existe mais de um milhão de portugueses com diabetes na referida faixa etária. Considerando que mais de um quarto (27%) ocorre em pessoas com idade entre os 60 e 79 anos de idade e que a esperança de vida tem vindo a aumentar torna-se de grande importância um perfeito conhecimento da doença, bem como dos cuidados que o idoso com esta doença requer.

As pessoas com diabetes apresentam um elevado risco de desenvolver doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, doença arterial periférica, doença renal e doença ocular. Em grande parte dos países desenvolvidos a diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação dos membros inferiores. Constitui uma das principais causas de morte, principalmente devido ao risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. Para além destas complicações clássicas está ainda associada a outras como são exemplo a depressão, o maior número de hospitalizações, a maior gravidade dos internamentos e a menor esperança de vida.

Uma vez que se trata de uma doença complexa e crónica que requer cuidados contínuos, médicos e de outros profissionais ou familiares, impõem-se estratégias multifatoriais de forma a reduzir o risco geral e a melhorar a saúde global do idoso com diabetes.

DIABETES MELLITUS NO IDOSO

Entre os idosos, a diabetes tipo 2 é um problema da maior relevância, que apresenta especificidades importantes, tratando-se de uma doença de grande heterogeneidade clínica e funcional.

O diagnóstico pode ser efetuado na meia-idade, levando a uma longa duração da doença, com potenciais complicações e de maior dificuldade de trata-

mento e de controlo. O diagnóstico pode também ocorrer mais tarde na vida, sem grandes complicações e de tratamento mais fácil. Por outro lado, pode ocorrer em idosos com escassas comorbilidades e ativos ou em idosos vulneráveis e com comorbilidades significativas.

O diagnóstico pode ser mais desafiante porque os sintomas clássicos, como a poliúria¹, polidipsia², polifagia³ e astenia⁴, nem sempre estão presentes.

A diabetes pode aumentar os riscos para as pessoas em envelhecimento podendo agravar as comorbilidades próprias do idoso, como são exemplo o declínio cognitivo e as síndromes geriátricas (incontinência urinária, depressão, fragilidade). Por sua vez o tratamento no idoso pode ser dificultado pela diminuição das funções fisiológicas normais e da função cognitiva. A adaptação de um plano nutricional e de exercício, a manipulação dos materiais inerentes ao tratamento e controlo da doença e a monitorização e autocuidado tornam-se mais difíceis. As complicações são mais comuns e difíceis de tratar.

A suscetibilidade para outras doenças como são exemplo a hipertensão arterial, a dislipidemia, os acidentes vasculares cerebrais e cardíacos é superior à da população em geral.

Um aspeto muito relevante é a maior predisposição para a hipoglicemia e risco de complicações decorrentes desta que no idoso podem ser muito graves. A segurança é uma prioridade do tratamento. A hipoglicemia tem sido associada a maior risco de complicações cardíacas (isquemia do miocárdio, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca, ‘morte no leito’), cerebrais (declínio cognitivo, convulsões, acidentes vasculares cerebrais, coma) e acidentais como são exemplo as quedas e consequentes fraturas ósseas.

Na diabetes há maior frequência de síndrome frágil que se revela um marcador de complicações e de morte superior ao que os doentes com a mesma

1) [Glossário] **Poliúria**: Urinar em excesso.

2) [Glossário] **Polidipsia**: Excessiva sensação de sede com consequente aumento da ingestão de líquidos.

3) [Glossário] **Polifagia**: Excessiva sensação de fome com consequente aumento da ingestão de alimentos.

4) [Glossário] **Astenia**: Sensação de cansaço, de falta de vitalidade.

idade cronológica ou com comorbilidades têm mas que não apresentem aquela síndrome.

Outras comorbilidades ou limitações do idoso como a depressão, problemas sociais, limitações diárias funcionais e físicas, problemas de saúde coexistentes subdiagnosticados e isolamento podem, e muito, dificultar um correto tratamento e controlo da doença e conseqüentemente comprometer a sua qualidade de vida.

O conhecimento do estado médico, mental, funcional e social do idoso determina assim, os objetivos terapêuticos e o tipo de tratamento a instituir.

DIABETES MELLITUS E PRESTADOR DE CUIDADOS

O tratamento da diabetes só é possível se houver multidisciplinaridade envolvendo os diferentes profissionais de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, podologista, etc.), familiares, prestador de cuidados e o próprio doente, no qual o tratamento deve ser centrado. O cuidador revela-se essencial ao bom sucesso do tratamento e do controlo da doença bem como à qualidade e esperança de vida do doente.

1. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O tratamento e os objetivos terapêuticos devem ser individualizados, privilegiando-se a segurança em detrimento da intensificação (alvos próximos da normalidade podem não ser o desejável para esta faixa etária), e são de maior complexidade devido à heterogeneidade clínica, mental e funcional do idoso. Os objetivos glicémicos terão que ser individualizados de forma a evitar complicações. Para o idoso com diabetes recomenda-se um valor de hemoglobina glicada, a A1C⁵, entre (6,5%) 7,0-7,5%, se o idoso for funcional e cognitivamente íntegro, sem importantes comorbilidades, com uma esperança de vida suficientemente longa para que possa colher benefícios e

5) [Glossário] **A1C ou HbA1c**: Também designada por hemoglobina glicada, é uma análise que mede o nível de glicemia médio de uma pessoa ao longo dos últimos 2 a 3 meses, correspondentes à semivida do glóbulo vermelho.

entre 7,6-8,5% para o idoso sem apoios, com comorbilidades, com uma longa duração da doença, curta esperança de vida e frágil.

2. EDUCAÇÃO PARA A DOENÇA

A diabetes é uma doença crónica revelando-se a educação terapêutica essencial ao sucesso do tratamento. O cuidador tem um papel crucial no apoio à educação para a doença reforçando também a confiança e o bom funcionamento da equipa multidisciplinar que acompanha o doente. A educação para a doença deve ser sustentada e reiterada ao longo do tempo porque os conteúdos são facilmente esquecidos ou os procedimentos incorretos.

3. NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO

A orientação da nutrição de um idoso pode diferir das recomendações gerais. Os idosos podem ter excesso de peso ou apresentarem-se emagrecidos mas habitualmente existe uma predisposição para a desnutrição que deve ser evitada. Assim são aspetos relevantes:

- A personalização do plano nutricional de forma a respeitar as preferências, a cultura e os objetivos individuais;
- Respeitar as refeições e merendas, particularmente quando o idoso está sob tratamento com fármacos que possam induzir hipoglicemia. Para evitar omissão de refeições poder-se-á optar por refeições mais pequenas e mais frequentes;
- Nos mais frágeis poderá haver necessidade de fortificar os alimentos comuns, alterar a textura dos alimentos ou adicionar suplementos nutricionais líquidos entre as refeições;
- A ‘dieta para diabéticos’ não deve ser promovida;
- No excesso de peso e obesidade deverá haver alguma restrição calórica mas evitando fundamentalismos restritivos;
- Deverá ser assegurada uma hidratação adequada. O idoso com frequência perde a sensação de sede pelo que a hidratação deve ser oferecida e não apenas assegurada em resposta a uma solicitação do doente.

A desidratação, só por si, leva ao descontrolo glicémico, hiperglicemia⁶ e síndrome hiperglicémica hiperosmolar⁷. Uma boa hidratação pode prevenir esta complicação aguda grave e potencialmente mortal.

4. EXERCÍCIO FÍSICO E VIDA ATIVA SAUDÁVEL

Qualquer tipo de atividade ou exercício físico devem ser promovidos no idoso com diabetes. Se não houver contraindicações o idoso deve ser estimulado para a prática de exercício físico aeróbico, de resistência e de flexibilidade. Há uma melhoria do controlo glicémico por diminuição da resistência à insulina e redução dos acidentes, quedas e fraturas ósseas por melhoria do equilíbrio e fortificação muscular.

A promoção de uma atividade física, mesmo que mínima é benéfica uma vez que melhora também a saúde física, a cognição e o bem-estar psicossocial.

5. MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO ORAL OU INJETÁVEL

O cuidador tem um papel muito relevante no acompanhamento do cumprimento do tratamento prescrito. A suscetibilidade aos efeitos adversos dos fármacos está aumentada por declínio fisiológico ou patológico da função renal bem como por maior suscetibilidade individual a certos fármacos. Assim impõe-se, por exemplo, supervisionar as tomas ou dose dos fármacos. O risco de hipoglicemia aumentado no idoso leva a um cuidado redobrado com fármacos hipoglicemiantes como são exemplo as sulfonilureias, as meglitinidas e a insulina. Com a metformina é necessário uma atenção

6) [Glossário] **Hiperglicemia**: Um estado de glicemia elevada, acima de um nível desejável.

7) [Glossário] **Síndrome hiperglicémica hiperosmolar**: É uma complicação aguda da diabetes mellitus (predominantemente do tipo 2) cuja taxa de mortalidade atinge até 40%. Desenvolve-se, em geral, após um período de hiperglicemia sintomática no qual a ingestão de líquidos é inadequada para evitar a desidratação extrema decorrente da diurese osmótica induzida pela hiperglicemia.

particular na doença renal devido ao risco de acidose láctica⁸. A pioglitazona pode-se associar a risco de osteoporose e fraturas, bem como a insuficiência cardíaca. Os inibidores dos cotransportadores de glicose-sódio do tipo 2 renais (iSGLT2) a risco de infecções genitais e urinárias. No tratamento injetável com agonistas dos recetores do GLP-1 o auxílio do cuidador favorece a correta administração do fármaco.

A polimedicação e multiplicação dos efeitos adversos levam a que o cuidador desempenhe um importante papel no evitamento de um cumprimento irregular do tratamento e sobredosagens.

O tratamento com insulina é frequentemente necessário nesta fase da vida da pessoa com diabetes. Existem ainda barreiras quer do profissional de saúde quer do prestador de cuidados que devem ser ultrapassadas. São exemplo a inércia, a falta de informação ou de convicção e receio da hipoglicemia. Há igualmente barreiras por parte do doente tais como: medo da hipoglicemia, das injeções ou do ganho de peso e relutância ou dificuldade em se adaptar a uma tecnologia mais complexa. Estas barreiras devem ser ultrapassadas uma vez que o tratamento insulínico, quando indicado, melhora em muito a saúde global do idoso. O cuidador tem um papel na ultrapassagem destas barreiras bem como nos problemas de adesão, na supervisão de eventuais omissões de administrações ou de erros nos procedimentos e manejo dos materiais inerentes a esta terapêutica.

6. CONTROLO GLICÉMICO

O prestador de cuidados tem um grande relevo na aprendizagem e suporte do controlo glicémico. As técnicas de avaliação da glicemia capilar, embora progressivamente de maior facilidade de execução, requerem alguma destreza e aprendizagem que podem ser dificultadas pelo processo de envelhecimento.

8) [Glossário] **Acidose Láctica:** É uma condição causada pela acumulação de ácido láctico no organismo e é uma das formas de acidose metabólica. A falta de oxigénio e a baixa perfusão de sangue dos tecidos levam às células a utilizar a glicose anaerobicamente, e isso resulta na formação de ácido láctico. A acidose láctica é caracterizada por níveis de lactato > 5 mmol/L e pH sérico < 7,35.

A escolha do glicómetro⁹ deve respeitar a maior aceitação e maior facilidade de manipulação pelo doente ou cuidador. Há algumas limitações à execução destas técnicas, nomeadamente pela diminuição de alguns sentidos como a visão e a audição e o estado cognitivo, funcional e físico do doente, pelo que os prestadores de cuidados devem ser envolvidos ativamente. No processo de aprendizagem são importantes mensagens objetivas e simples, um treino ativo e analogias de forma a facilitar a memorização.

A monitorização da glicemia é fundamental para o atingimento dos níveis de glicemia desejados, para a identificação de episódios de hipoglicemia ou de hiperglicemia, para a avaliação da eficácia da terapêutica/alimentação/atividade física, para a melhoria da compreensão da doença e ainda por permitir acesso imediato a resultados precisos.

7. PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES AGUDAS: HIPOGLICEMIA, SÍNDROME HIPERGLICÉMICA HIPEROSMOLAR E CETOACIDOSE DIABÉTICA

O prestador de cuidados tem um papel fundamental na prevenção ou no tratamento das complicações agudas da diabetes ao identificar o fator precipitante, os sinais clínicos, ao determinar a glicemia capilar, na primeira abordagem terapêutica e na orientação para uma unidade de saúde quando necessário.

A hipoglicemia ocorre quando a glicemia capilar é inferior a 70 mg/dL e deve ser de todo evitada. O idoso tem maior risco desta complicação devido a doença renal crónica, ingestão alimentar errática e por vezes escassa e pela presença de outras doenças ou complicações associadas à diabetes. Os sintomas de alarme (sudorese, palpitações, sensação de fome, irritabilidade, tremores) nos idosos são frequentemente menos óbvios e alguns têm mesmo perda desses sintomas. Assim, o cuidador deve estar atento a sintomas menos clássicos, como são exemplo a dificuldade de concentração, alterações do

9) [Glossário] **Glicómetro**: Pequeno dispositivo portátil utilizado por pessoas com diabetes para verificar os seus níveis de glicose no sangue. Depois de picar a pele com uma lanceta, coloca-se uma gota de sangue sobre uma tira de teste na máquina. A maioria dos medidores (ou monitores) indicam o nível de glicose sanguínea sob a forma de um número no ecrã digital.

comportamento, cefaleias matinais, alterações do sono, estado confusional, agressividade e dificuldades na conversação oral. O tratamento deve ser imediato, administrando uma bebida açucarada (por exemplo, dois pacotes de açúcar diluídos em água, sumos) seguida de alimentos como bolachas, pão ou mesmo uma refeição completa. É muito importante esta refeição após os solutos glicosados porque só assim as reservas hepáticas de glicogénio são repostas e se evita uma nova hipoglicemia. A monitorização das glicemias capilares deve ser mais frequente, de quinze em quinze minutos, até se atingir uma glicemia superior a 100 mg/dL de forma estável. Se houver perda de consciência ou incapacidade de deglutição, o tratamento oral não deve ser oferecido, devendo o doente ser referenciado, com urgência, a uma unidade de saúde.

8. PREVENÇÃO, VIGILÂNCIA E APOIO NAS COMPLICAÇÕES CRÓNICAS E DE OUTRAS MORBILIDADES

No idoso, a prioridade de rastreio das complicações deve ser para as incapacitantes, como são exemplo o pé diabético e as amputações e a perda da visão por complicações oftalmológicas, como a retinopatia diabética ou o edema macular diabético.

9. MONITORIZAÇÃO GLOBAL DO DOENTE E DA SUA DOENÇA/SAÚDE

A depressão, a deterioração cognitiva, o isolamento e a dependência são comuns nos idosos com diabetes. Qualquer situação que interfira com a saúde mental do idoso pode afetar a capacidade do autocuidado para a diabetes, pelo que o cuidador assume igualmente um relevante papel.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- A diabetes no idoso tem muitas especificidades que devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde e prestadores de cuidados: a diabetes favorece a vulnerabilidade do idoso e o envelhecimento torna mais complexos o tratamento e o seguimento da doença.
- Os objetivos e tratamento devem ser individualizados respeitando as preferências e limitações do idoso. O tratamento deve ser seguro evitando ao máximo a hipoglicemia.
- O apoio na educação, no tratamento e na monitorização da doença é fundamental de forma a assegurar os objetivos terapêuticos, a eficácia do tratamento e a minimização de efeitos adversos.

18.

Défice Cognitivo e Demência

ISABEL SANTANA

Professora de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Diretora do serviço de neurologia do CHUC

A DEMÊNCIA E O ENVELHECIMENTO

A Demência afeta cerca de 5% das pessoas com mais de 65 anos e, a partir dos 60 anos, o número de doentes duplica a cada 5 anos. Esta relação da demência com a idade, associada ao aumento da esperança de vida, e, portanto, do número de idosos, explica porque a demência é uma das patologias principais do nosso tempo. Portugal é um país envelhecido e, de acordo com dados recentes, o número estimado de Portugueses com mais de 60 anos e com demência será de 160.287, o que corresponde a 5,91% deste universo populacional.

O diagnóstico precoce da demência implica a sua distinção das alterações cognitivas habituais (consideradas normais) no envelhecimento fisiológico. Apresentam-se algumas pistas sugeridas pela Associação de Alzheimer, que possibilitam essa distinção:

Mudanças naturais no envelhecimento	Sintomas/Sinais associadas à Demência
Perder alguma coisa de vez em quando	Esquecer-se do local onde guardou um objeto e não ser capaz de fazer o processo mental retroativo para se lembrar
Tomar uma decisão errada pontualmente	Falta de discernimento e incapacidade de tomar decisões
Esquecer-se de um pagamento esporadicamente	Incapacidade para gerir o seu orçamento
Esquecer-se da data, mas lembrar-se mais tarde	Esquecer-se muito frequentemente da data, dia da semana e da estação do ano
Faltar-lhe uma palavra no discurso	Dificuldade em manter uma conversa

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTAIS DA DEMÊNCIA

Define-se por demência um quadro clínico caracterizado por uma perda de capacidades cognitivas (intelectuais) e no qual a perda de memória é um sintoma central. Este declínio cognitivo reflete-se na capacidade de funcionamento e autonomia dos doentes, primeiro a nível social e profissional e posteriormente em atividades mais simples de vida diária. A grande maioria dos doentes apresenta também sintomas psicológicos, como a depressão, ou sintomas mais graves como o delírio de ciúme ou de roubo, alucinações ou agressividade.

- **Alterações cognitivas:** Esquecimento, desorientação no tempo, no espaço e posteriormente pessoal, alteração da linguagem/comunicação, dificuldade com o cálculo, alteração do julgamento;
- **Perda da autonomia funcional:** primeiro em atividades mais complexas (Instrumentais) e depois em atividades básicas de vida diária (AVDs); abandono dos passatempos;
- **Alterações psicológicas e do comportamento:** apatia, tendência para depressão e irritabilidade, mudança na personalidade, deambular, agressividade, delírios, alterações do sono.

Quase todos os doentes acabam por manifestar ao longo da evolução da doença sintomas de gravidade crescente nestes grandes domínios de sintomas, podendo definir-se **três fases ou estadios de gravidade:**

1. FASE LIGEIRA/INICIAL

- Diz a mesma coisa muitas vezes (repetitivo);
- Dificuldade em dizer os nomes de objetos menos familiares e nomes de pessoas;
- Perde as coisas, mais do que era habitual;
- Perde-se facilmente, sobretudo em lugares menos habituais;
- Perde o interesse por atividades de que gostava.

2. FASE MODERADA/INTERMÉDIA

- Está mais confuso, confundindo factos recentes e passados;
- O discurso é pouco informativo;
- Passa a necessitar de um apoio e supervisão em quase tudo;
- Discute mais frequentemente;
- Vê coisas que não existem;
- Acredita em coisas que não são reais;
- Começa a vaguear.

3. FASE GRAVE/AVANÇADA

- Dificuldade em utilizar ou perceber as palavras corretamente;
- Não reconhece (corretamente) os membros da família;
- Não se reconhece quando se vê ao espelho;
- Não consegue fazer as coisas sozinho e tomar conta de si próprio;
- Dificuldades motoras, de deglutição e incontinência.

DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E OUTRAS ORIENTAÇÕES MÉDICAS:

Todos os doentes com declínio cognitivo devem ser observados por um médico e devem efetuar uma investigação sumária que possibilite identificar situações curáveis e que inclui a caracterização do défice de memória e avaliação de capacidades, análises e um estudo de imagem cerebral. Aconselha-se ainda que os doentes mais novos e especialmente quando a doença se inicia antes dos 50 anos sejam referenciados para consultas específicas de demência especializados em doenças mais raras e em causas genéticas.

Para além do diagnóstico, os doentes devem ser consultados periodicamente, no sentido de se acompanhar a evolução, adaptar os tratamentos (alguns são muito específicos e deverão ser prescritos por especialistas) e equacionar as

medidas de suporte para o doente e seus cuidadores. Independentemente destas avaliações periódicas, o doente deve ser observado sempre que se verifique uma deterioração súbita ou muito rápida das capacidades, emergência de sintomas psicológicos disruptivos e ainda em situações de traumatismo ou de suspeita de outras comorbilidades.

ESTRATÉGIAS DE ESTIMULAÇÃO E SUPORTE NA DEMÊNCIA

As estratégias de estimulação e apoio na demência visam a potencialização das capacidades e do bem estar psicológico e a implementação da qualidade de vida do doente ao longo da vida e em todas as etapas da doença. Neste sentido, é essencial estimular o enriquecimento cognitivo e a atividade funcional promovendo as atividades ocupacionais. Por vezes não é fácil envolver o doente já que muitos não têm capacidade para valorizar os seus défices. No entanto, um doente pouco estimulado, sentado o dia todo numa cadeira e não envolvido em atividades perderá mais funções.

Descrevem-se algumas das medidas gerais e conselhos relativos a situações particulares que se vão colocando aos cuidadores durante a evolução da demência:

INDICAÇÕES GERAIS PARA O DIA A DIA:

- ➔ **Criar rotinas:** realizar as tarefas sempre à mesma hora, no mesmo lugar e da mesma forma facilitará o correto desempenho das atividades à medida que as competências se vão alterando;
- ➔ **Manter hábitos:** conservar hábitos adquiridos e formar automatismos, pois a dificuldade para aprender coisas novas tende a aumentar;
- ➔ **Adaptar:** alterar progressiva e gradualmente em função das competências;
- ➔ **A substituição do indivíduo na realização das atividades básicas de vida diária (AVD's)** deve ser gradual e apenas quando não encontrarem estratégias para a sua realização parcial ou total por parte do indivíduo com demência.

COMUNICAÇÃO:

- Procure integrá-lo nas conversas familiares. Desta forma, está a fazê-lo sentir-se parte de um grupo e a retardar a sua perda de linguagem e vocabulário;
- Fale de forma clara e lenta, usando frases curtas e com uma só mensagem;
- Repita a mesma frase as vezes que forem necessárias.

MOBILIDADE:

- Fomentar a mobilidade e evitar o sedentarismo;
- Ajude-o a orientar-se no ambiente em que vive, utilizando sinais ou cores fáceis de identificar e dar indicações simples ou adaptar o meio (pistas orientadoras);
- Supervisionar ou acompanhar nos trajetos;
- Pode ser aconselhável identificá-lo com uma pulseira ou uma carteira onde constem os seus dados pessoais.

VESTIR:

- Adequar roupa (exemplo: substituir botões por velcros);
- Colocar as peças pela ordem de vestir;
- Supervisionar;
- Organizar o armário só com a roupa da época;
- Retirar discretamente a roupa usada (aproveitando período do sono).

ALIMENTAÇÃO:

- Vigiar o estado da boca, dentes ou próteses dentárias;
- Variar a alimentação, procurando dar refeições do agrado do doente;
- Consultar um médico, quando o doente apresenta dificuldades em

engolir ou está a emagrecer;

→ Se o doente comer demasiado, não deixe alimentos ao seu alcance e distraia-o com outras atividades.

HIGIENE E BANHO:

→ Estabelecer a higiene como uma rotina diária (automatizar);

→ Reduzir riscos (adaptar): colocar só os utensílios necessários ao seu alcance;

→ Tomar duche sentado (reduz os risco de queda, e as mãos ficam livres);

→ Ajudar verbalmente, dando as instruções necessárias;

→ Ajudar fisicamente nas tarefas mais complexas (graduar a ajuda).

INCONTINÊNCIA:

→ Tente que o doente vá à casa de banho de 2 em 2 horas e eventualmente use fralda noturna;

→ Ajudar o doente a reconhecer e a usar a casa de banho (sinalizar, pintar a porta de várias cores, luz acesa, colorir a água dentro da sanita para a pessoa saber onde urinar, colocar barras laterais e assento ligeiramente elevado);

→ Esteja atento às infeções urinárias.

A preservação e manutenção destas atividades num ambiente de segurança, implica uma adaptação do lar ou das instituições, tendo especial atenção aos locais onde mais frequentemente ocorrem acidentes (casa de banho e cozinha). Apresentam-se algumas das medidas gerais mais aconselhadas:

ADAPTAÇÃO DA CASA:

→ Procure manter a casa arrumada e com o menor número possível de objetos decorativos;

→ Coloque luzes de presença nos corredores;

- Mantenha objetos perigosos fora do seu alcance: tábua de passar a ferro, produtos de limpeza, ferramentas ou medicamentos;
- Procure ter a casa sempre bem iluminada;
- Conserve os corredores desimpedidos, retirando os tapetes;
- Tenha especial atenção à cozinha e à casa de banho, pois muitos dos acidentes ocorrem nestes locais.

ADAPTAÇÃO DA CASA DE BANHO:

- Prefira a base de chuveiro à banheira;
- Instale pegas para ajudar na entrada e saída da banheira;
- Instale barras de apoio para a sanita;
- Utilize um chuveiro em forma de telefone, pois é mais manejável;
- Utilize adesivos antiderrapantes no chão da banheira ou base de chuveiro.

ABORDAGEM DAS ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS DA DEMÊNCIA:

Neste domínio sintomático incluem-se sintomas frequentes como a depressão, a ansiedade, agitação ou perturbações mais disruptivas relacionados com alterações do comportamento motor (vaguear), alucinações ou psicose.

A intervenção nesta e noutras alterações psicológicas pressupõe uma atenção especial às situações. Trata-se de uma área chave nos cuidados em demência e as regras básicas de intervenção devem ser conhecidas de todos os intervenientes:

- Proceder a uma avaliação rigorosa do contexto associado à emergência de psicopatologia e eliminar os fatores desencadeantes e/ou de manutenção;
- Adaptar o meio ao doente, e não o doente ao meio;
- Corrigir eventuais problemas relacionais envolvendo o doente;

- Assegurar uma informação continuada do cuidador e uma vigilância das suas condições psicológicas e psicopatologia.

Relativamente a algumas das perturbações mais frequentes no dia a dia, sugerem-se algumas estratégias práticas:

ALTERAÇÕES DE HUMOR:

- A desorientação pode levá-lo a ter reações impulsivas e até catatónicas;
- Procure compreender minimizando o incidente e distraindo o doente;
- Olhe-o nos olhos e fale calmamente;
- Um pequeno toque ou carinho pode ajudar a tranquilizá-lo.

PERTURBAÇÕES DO SONO:

- Procure aumentar o seu nível de atividades durante o dia;
- O doente deve urinar antes de se deitar;
- Procure um ambiente confortável;
- Mantenha uma luz de presença;
- Quando acordar, fale suavemente com ele, recordando-o de que é de noite.

AGITAÇÃO, ALUCINAÇÕES E DELÍRIOS:

- Tranquilizar o doente;
- Distrair o doente até que a sua ansiedade diminua;
- À noite o doente poderá ter níveis maiores de exaustão. Resgarde-o evitando a sua presença em locais de grande agitação, quer em sua casa, quer no exterior;
- Procure mantê-lo no local mais tranquilo da casa;
- Se tiver alucinações (visões, ouvir ruídos ou vozes), evite convencer

o doente que a sua percepção não é real;

→ Se as alucinações ou delírios continuarem, leve-o ao médico.

AGRESSIVIDADE:

→ As pessoas com demência entram em pânico facilmente, sobretudo perante acontecimentos que não entendam podendo manifestar agressividade verbal e mais raramente física;

→ Acalme-se e transmita tranquilidade;

→ Evite ralhar ou aplicar castigos (a pessoa não tem consciência da sua agressividade);

→ Experimente uma atividade relaxante (utilize a música, a dança, a massagem ou o exercício para acalmar a pessoa).

SEXUALIDADE:

→ Os doentes de Alzheimer podem ter comportamentos socialmente inconvenientes, nomeadamente a nível sexual. Não lhe dê demasiada importância, pois em geral, são situações temporárias;

→ Se necessário proteja a sua intimidade, levando-o para um local recatado.

A **utilização de medicamentos** para tratar as alterações do comportamento está reservada para os casos em que a eliminação de possíveis fatores causais ou as intervenções psicossociais não forem eficazes, salvo se se tratar de uma situação de urgência, como em casos de agressão grave. Só nestes casos o tratamento farmacológico será de primeira linha. Assim, a intervenção farmacológica deverá ser encarada como uma estratégia de recurso, a usar depois de outro tipo de medidas corretoras se revelarem ineficazes e não como tratamento de primeira linha. Quando existem indicações para tratamento psicotrópico este deve iniciar-se com doses baixas e subir lentamente (low and slow), devem assegurar-se reavaliações frequentes e, sempre que possível, optar por tratamentos curtos (3-6 meses).

DIREITOS DOS DOENTES E IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Pela sua condição de dependência, os doentes com demência dependem criticamente dos seus cuidadores, e estes, como interlocutores privilegiados do doente com as estruturas assistenciais e a sociedade têm a missão e a responsabilidade de lhe proporcionar uma vida com qualidade. Por outro lado, a demência acompanha-se de alterações cognitivas que determinam perdas funcionais que acabam por levar à perda de autonomia na gestão pessoal e na tomada de decisões, com implicações éticas e legais. Qualquer intervenção que vise limitar o poder executivo e decisório do doente deve basear-se numa caracterização objetiva e atualizada das capacidades cognitivas e funcionais deste. Se esta avaliação indicar que existe um defeito cognitivo ligeiro (de memória), está demonstrado que não existem limitações às suas autodecisões, nas atividades sociais e à condução de veículos. Por outro lado, se o estudo neuropsicológico demonstrar que a perda cognitiva envolve várias capacidades cognitivas para além da memória, e em especial o julgamento e a crítica (estadio de demência), o doente deverá ser inibido de conduzir e deverá ser implementada uma estratégia de suporte social.

Nos estadios mais avançados podem surgir questões legais relativas a situações financeiras que impliquem a nomeação de um representante legal, embora o espírito do legislador seja proteger e respeitar a vontade e auto-determinação do doente, mesmo nos estadios de demência. Poderá também optar-se pela nomeação de um representante de cuidados de saúde. Neste sentido foi recentemente criado um instrumento legal importante - o testamento vital - o qual permite definir antecipadamente a vontade e decisões do próprio, relativas a situações fim de vida e de doença e seus representantes.

A demência é uma situação de elevada incapacidade prevista na lei que por isso garante aos doentes benefícios fiscais e prevê subsídios de incapacidade e de apoios aos cuidados. Os familiares devem informar-se destes direitos recorrendo às entidades competentes (Segurança Social e sub-sistemas de saúde) ou às associações de doentes.

OS CUIDADORES

O suporte inicial do doente são os familiares mais próximos (cuidadores informais) mas à medida que a doença avança e a incapacidade aumenta é quase sempre inevitável envolver cuidadores formais e eventualmente recorrer à institucionalização. Ser cuidador é uma missão difícil, que exige conhecimento específico, pelo que a formação e apoio psicológicos aos cuidadores formais e informais deve ser considerada também uma preocupação fundamental de toda a estratégia de cuidados. Por outro lado, sabe-se que estes cuidadores têm um aumento do risco de depressão e de outras comorbilidades físicas e psicológicas, existindo a sugestão que o stress e sobrecarga do cuidador é um fator independente que contribui para a mortalidade, particularmente nos cuidadores cônjuges. A Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de doentes com Alzheimer (APFADA) tem sido um parceiro importante nesta vertente de apoio continuado às famílias, de suporte psicológico aos principais cuidadores e na formação de cuidadores formais e informais. Incentiva-se a recolha de informação acerca das suas atividades, programas formativos e livros disponíveis, através dos seus contatos divulgados na internet.



PARA GUARDAR E CUIDAR

→ O declínio cognitivo, característico da demência, reflete-se na capacidade de funcionamento e autonomia dos doentes, primeiro a nível social e profissional e posteriormente em atividades mais simples de vida diária, apresentando a grande maioria dos doentes também sintomas psicológicos.

→ É essencial estimular o enriquecimento cognitivo e a atividade funcional do doente com demência, pois estas visam a potencialização das capacidades e do bem-estar psicológico e a implementação da qualidade de vida do doente ao longo da vida e em todas as etapas da doença.

→ O doente deverá estar enquadrado num ambiente de segurança, que poderá implicar uma adaptação do lar ou das instituições à sua condição. É essencial que o meio se adapte ao doente e não o doente ao meio.

→ Ser cuidador do doente com demência exige conhecimento específico, pelo que a formação e apoio psicológicos aos cuidadores formais e informais deve ser considerada também uma preocupação fundamental de toda a estratégia de cuidar.

19.

Patologia Cardíaca Crónica no Idoso

FILIPA HOMEM

Enfermeira Especialista em enfermagem comunitária no
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Mestre em Enfermagem na área de supervisão clínica

ANA CRISTINA MARQUES

Enfermeira Graduada no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

ANAÍSA REVELES

Enfermeira Especialista no Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

Mestre na área médico-cirúrgica

LINO GONÇALVES

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Segundo dados do INE, referentes ao ano de 2015, as doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de mortalidade e morbilidade em Portugal (DGS, 2017), o mesmo se verificando na Europa, segundo dados da Sociedade Europeia de Cardiologia. A prevalência destas doenças cardiovasculares vai naturalmente aumentando com a idade.

As doenças cardiovasculares são caracterizadas por um conjunto de situações clínicas que afetam todo o sistema circulatório de diferentes formas. Entre elas, deve ser destacada a insuficiência cardíaca (IC), a qual se manifesta habitualmente como o último estágio de todas as doenças cardiovasculares e está associada ao envelhecimento de todo o sistema cardiovascular e a graves incapacidades. Esta doença, que afeta habitualmente pessoas com mais de 60 anos, é responsável por uma elevada taxa de internamentos hospitalares e está associada a elevados custos para o Serviço Nacional de Saúde. Por isso, é essencial promover a educação das pessoas com IC, dos seus familiares e/ou prestadores de cuidados.

Segundo Ceia, Fonseca e Mota (2002), estudos realizados em Portugal demonstram que a insuficiência cardíaca surge em cerca de 4% da população, podendo atingir os 16% aos 80 anos de idade.

Apesar da alteração dos estilos de vida marcados por uma alimentação desequilibrada e sedentarismo, os avanços médicos na identificação e tratamento precoce das doenças cardiovasculares têm contribuído para uma diminuição da mortalidade a elas associadas. Os fatores de risco tornam-se mais prevalentes e mais graves com o aumento da idade, e apesar dos processos patológicos serem pouco visíveis, ocorrem alterações funcionais e anatómicas na estrutura cardiovascular, originando maior fragilidade da mesma.

Importa então explicar como funciona o sistema cardiovascular, para assim entender esta patologia e os seus sinais e sintomas. A função do sistema cardiovascular é a de levar nutrientes e oxigénio a todas as células do organismo. O sistema circulatório é constituído pelo coração, que bombeia o sangue através de vasos para todo o organismo.

A IC é a incapacidade do coração bombear o sangue com força suficiente, de forma a que ele chegue a todo o corpo, devida a uma anomalia na estrutura ou na função do coração. Uma das causas mais frequentes da insuficiência

cardíaca é o enfarte agudo do miocárdio (EAM), em que uma parte do coração deixa de funcionar, causando assim uma sobrecarga das restantes partes do coração. A hipertensão arterial não controlada é outra das causas, em que as paredes do coração vão ficando mais grossas ao longo do tempo, diminuindo assim o espaço para o sangue, dificultando o seu enchimento e nas fases mais avançadas provocando também o seu alargamento e a falta de força no coração. O fator idade também é importante, uma vez que ao longo do tempo o coração perde a sua capacidade elástica, tornando-se mais rígido e com mais dificuldades em encher.

A IC normalmente não progride de uma forma linear, mas sim através de sistemáticos episódios de descompensação, que vão agravando ao longo do tempo, até à morte do doente.

Os principais sintomas da IC são a falta de ar, a tosse, o cansaço fácil para pequenos esforços e o edema dos membros inferiores. Como o sangue não é bombeado com força necessária, vai havendo acumulação de líquidos nas extremidades, nomeadamente nos membros inferiores e nos pulmões, causando sensação de afogamento. Como o sangue também não oxigena o cérebro da forma correta, pode haver sintomas de sonolência e confusão.

Como o coração tem dificuldade em bombear o sangue para fora das suas cavidades, o sangue circula de uma forma mais lenta, estagnando e formando coágulos sanguíneos. Esta situação pode ainda ser agravada pela presença de arritmias tais como a fibrilhação auricular. Estes coágulos são então empurrados pela corrente sanguínea, podendo obstruir os vasos do corpo, causando embolias. Fala-se em acidente vascular cerebral quando um coágulo obstrui um vaso no cérebro, trombo-embolia pulmonar quando obstrui um vaso nos pulmões ou trombose venosa profunda quando o coágulo surge nos membros inferiores.

A insuficiência cardíaca é uma doença crónica, pelo que não tem cura. No entanto, existem medicamentos que podem melhorar a sobrevivência, minimizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos doentes, ajudando a eliminar os líquidos em excesso e a reduzir a sobrecarga de trabalho do coração. Contudo precisa de um acompanhamento médico mais próximo, pois podem ser necessários ajustes tendo em conta o peso, a tensão arterial e a evolução

da doença. É muito importante que a toma da medicação seja efetuada de uma forma rigorosa, de acordo com a indicação médica nunca parando, ou reduzindo a medicação, sem instruções expressas do médico assistente.

O tratamento da insuficiência cardíaca é individualizado para cada doente e depende da causa da insuficiência cardíaca, dos sintomas apresentados e do estágio da doença.

Uma dieta equilibrada e estilos de vida saudáveis têm também efeitos benéficos na insuficiência cardíaca, nomeadamente ao reduzir a obesidade (uma vez que o coração é forçado a trabalhar mais), ao controlar a diabetes e ao diminuir os níveis de colesterol.

Assim,

- A alimentação com elevado teor de sal e gorduras deve ser evitada;
- Não se deve beber mais do que 1L de água por dia;
- Deve ser evitado o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas;
- Deve ser evitada a toma de anti-inflamatórios;
- Os doentes com IC deverão fazer anualmente a vacinação antigripal;
- Deverão ser evitados os esforços físicos intensos, mas deverão ser promovidos os esforços físicos de baixa intensidade (caminhar em terreno plano sem obstáculos) de acordo com a capacidade física do doente no momento.

A diminuição do débito cardíaco decorrente da insuficiência cardíaca provoca uma elevação da pressão nos capilares periféricos, dificultando o retorno do líquido intersticial para os capilares, que provoca o edema principalmente nos membros inferiores. Para minimizar estes edemas, devem ser frequentemente elevados os membros inferiores (figura 1) durante o dia, evitar permanecer muito tempo de pé e elevar a cabeceira com almofadas para diminuir a sensação de falta de ar.



Figura 1 – Elevação de membros inferiores com edema

É fundamental estar atento ao peso do doente com IC, pois é frequente o aumento do peso de um dia para o outro, significando que os líquidos estão a ficar retidos. Da mesma forma, a redução do volume de urina pode ser um sinal inicial de descompensação cardíaca.

Não obstante algumas medidas preventivas ou de gestão da doença que podem ser levadas a cabo pelo doente e pelo cuidador, é importante reconhecer as situações em que o doente com insuficiência cardíaca deve ser imediatamente levado para o hospital, nomeadamente: dispneia acentuada em repouso (figura 2) e retenção elevada de líquidos (verificado no aumento de peso e edema exacerbado dos membros inferiores). Nestes casos, terá de ser feito um ajuste terapêutico em contexto hospitalar, para a eliminação



Figura 2 – Dormir com cabeceira elevada (por exemplo, com 2 almofadas) para reduzir a dispneia

dos líquidos em excesso. A presença de tensão arterial baixa (<100 mmHg de sistólica), justifica também a observação médica, particularmente quando é acompanhada de sensação de mal estar.

Em suma, é fundamental ter alguns cuidados com o doente com insuficiência cardíaca:

- Controlar os fatores de risco, nomeadamente obesidade, colesterol, diabetes, tensão arterial elevada, sal e tabaco; evitar o consumo de bebidas alcoólicas, evitar a toma de anti-inflamatórios;
- Restringir a ingestão de líquidos (+/-1L/dia);
- Cumprir rigorosamente a terapêutica medicamentosa;
- Elevar frequentemente os membros inferiores durante o dia;
- Evitar permanecer muito tempo de pé;
- Deverão ser evitados os esforços físicos intensos, mas deverão ser promovidos os esforços físicos de baixa intensidade (caminhar em terreno plano sem obstáculos) de acordo com a capacidade física do doente no momento;
- Elevar a cabeceira com almofadas, principalmente durante a noite;
- Estar atento ao peso, tensão arterial e volume de urina;
- Fazer anualmente a vacinação antigripal.

Conclui-se ainda que a adesão à terapêutica farmacológica, não farmacológica e estar atento aos sinais de descompensação: falta de ar acentuada em repouso, tensão arterial baixa e retenção elevada de líquidos, são igualmente importantes.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- A insuficiência cardíaca é uma doença crónica, contudo existem medidas preventivas e de gestão da doença que podem melhorar a sobrevida, minimizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos doentes.
- O acompanhamento médico próximo é essencial na presença de IC, sendo igualmente essencial que o doente, e o seu cuidador, sigam as orientações médicas de forma rigorosa.
- O tratamento da insuficiência cardíaca é individualizado para cada doente e depende da causa da insuficiência cardíaca, dos sintomas apresentados e do estágio da doença.
- Uma dieta equilibrada e estilos de vida saudáveis têm efeitos benéficos na insuficiência cardíaca, nomeadamente ao reduzir a obesidade.
- É importante o doente e cuidador saberem identificar as situações em que o doente com insuficiência cardíaca deve ser imediatamente levado para o hospital.

20.

**Patologia
Respiratória
Crónica no Idoso**

CARLOS ROBALO CORDEIRO

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O envelhecimento promove alterações da estrutura e das múltiplas funções do aparelho respiratório, que contribuem, no seu todo, para a diminuição das respetivas defesas a agressões, determinando uma acrescida suscetibilidade ao desenvolvimento de doença.

Nesta perspetiva, alguns dos mais prevalentes quadros clínicos respiratórios apresentam, no idoso, uma expressão e uma gravidade ampliadas.

Destacam-se, pelo impacto nesta população, as Pneumonias, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), o Cancro do Pulmão e a Fibrose Pulmonar.

PNEUMONIAS

As Pneumonias apresentam maior incidência nas crianças menores de 5 anos de idade e nos adultos com mais de 65 anos.

De facto, para além das idades extremas, outros fatores de risco contribuem para o aumento do número de pneumonias, estando maioritariamente associados ao envelhecimento:

- existência de comorbilidades, nomeadamente relacionadas com doenças crónicas;
- imunossupressão iatrogénica, de que a corticoterapia regular, muitas vezes necessária precisamente em doenças crónicas, constitui exemplo paradigmático;
- aspiração de conteúdo das vias aero-digestivas superiores, frequente na presença de doenças neurológicas ou perante alteração do estado de consciência.

E se a pneumonia corresponde, em Portugal, a cerca de 4% dos internamentos de adultos, com tendência crescente, traduzida num aumento de 27,6% nos últimos 10 anos em indivíduos com mais de 50 anos, a verdade é que estes números alcançam 7,1% em doentes com idade superior a 65 anos e 9,4% em doentes com mais de 75 anos, sendo a média de idade dos doentes internados de 73 anos.

Na realidade, 89,6% dos doentes internados por Pneumonia em Portugal têm idade superior a 50 anos, 77,6% correspondem a doentes com mais de 65 anos e 58,1% a indivíduos com mais de 75 anos de idade.

Será aliás importante recordar que, por dia, no nosso país, são internadas mais de 80 pessoas por pneumonia, 18 das quais vêm a falecer. Sendo a mortalidade Intra-Hospitalar de 20%, a média de idades dos falecidos é de 79,8 anos (78 nos homens e 82,1 nas mulheres): 97,4% dos falecidos têm idade superior a 50 anos, 91,7% têm mais de 65 anos e 76,6% têm mais de 75 anos.

Com efeito, o envelhecimento vem sendo apontado como o principal fator no aumento da morbidade e da mortalidade das pneumonias, o que obriga a uma ponderada reflexão, em face da inevitável evolução demográfica, que se refletirá previsivelmente, no ano 2050, numa percentagem de 50% da população europeia com mais de 50 anos e de mais de 30% com idade superior a 65 anos.

Aliás, nos Estados Unidos da América, estudos credíveis vêm aludindo a um potencial aumento, entre 2014 e 2040, de mais de 90% na hospitalização por pneumonia. São números que assustam e que traduzem a necessidade do melhor enquadramento desta patologia em face do previsível impacto demográfico.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Relativamente à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), podem-se assinalar diversas variáveis que afirmam a proximidade desta patologia com o envelhecimento.

Se atentarmos, aliás, aos fatores de risco para o desenvolvimento de DPOC, para além do tabaco e da exposição a diversos tipos de poluentes e de poeiras, é na população envelhecida que esta expressão alcança maior impacto, sendo, para além da idade mais avançada, os seguintes os fatores habitualmente associados ao envelhecimento e relacionados com o referido risco acrescido:

- comorbilidades;
- nutrição deficiente;

- stress oxidativo;
- condições socioeconómicas.

Com efeito, a existência de outras doenças crónicas associadas é muito comum no doente envelhecido, condicionando, não apenas um risco acrescido para o aparecimento de patologia respiratória, mas sobretudo um prognóstico mais reservado a estas situações clínicas.

Em Portugal, onde a prevalência estimada de DPOC se fixa em 14,2% da população com mais de 40 anos, é em idades superiores a 60 anos que a expressão percentual é bem mais significativa e que esta patologia atinge maior gravidade, apresentando-se em estádios mais evoluídos da doença.

CANCRO DO PULMÃO

De acordo com diversos dados epidemiológicos, existe um consistente aumento da prevalência de neoplasia nos idosos, com um risco cerca de 11 vezes superior no desenvolvimento de cancro nos indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Ocorrendo mais de 50% dos cancros em indivíduos com idade superior a 65 anos e sendo a população europeia constituída, atualmente, por quase 20% de habitantes neste grupo etário, facilmente se percebe o impacto que a doença maligna significa e continuará a significar, clínica e socialmente, no âmbito da União Europeia.

Aliás, o aumento da prevalência de cancro do pulmão, nos países ocidentais, está intimamente relacionado, não apenas com os hábitos pessoais (de que o tabaco constitui o principal problema) e ocupacionais, mas também com o acréscimo da frequência de cancro em geral, intimamente dependente da maior esperança de vida.

Sendo o tabaco a principal causa do cancro do pulmão e sabendo-se que o diagnóstico desta devastadora doença é habitualmente tardio, em função da diminuta expressão sintomática ou do facto de que a sintomatologia significará assinalável extensão da doença, compreender-se-á que a respetiva identificação aconteça sobretudo em idades mais avançadas, situação que

se deverá manter a curto e médio prazo, face à ineficácia do diagnóstico precoce e das campanhas de prevenção do hábito tabágico.

FIBROSE PULMONAR

A Fibrose Pulmonar Idiopática (IPF), parte integrante e prevalente das Pneumonias Intersticiais Idiopáticas, é uma doença progressiva, de evolução imprevisível mas inevitavelmente grave, e que, apesar da escassa informação epidemiológica, é diagnosticada principalmente em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Aliás, apesar da etiologia desconhecida, existem estudos demonstrando que, para além da existência comprovada de alterações ao nível dos telómeros¹, com o respetivo encurtamento (igualmente responsável por um envelhecimento acelerado e uma deterioração de células estaminais alveolares envolvidas nos fenómenos locais de cicatrização e de fibroproliferação), outras microgressões associadas ao processo de envelhecimento poderão ser responsáveis pelo desenvolvimento da IPF.

Esta doença, de evolução “maligna”, partilha, de facto, várias características comuns com diversas neoplasias, quer no escalão etário predominante no momento do diagnóstico, quer na sobrevivência estimada, apenas ultrapassada, em gravidade, nos carcinomas do pulmão e do pâncreas, quer ainda pelo similar recrutamento e diferenciação celular que induz, a par com o cancro do pulmão, na transição epitélio-mesenquimatosa.

Existem, ainda, nesta patologia, algumas características clínicas que permitem diferenciar a população idosa dos doentes de menor idade, nomeadamente no que se refere à duração da sintomatologia, à tolerância a procedimentos diagnósticos e ao prognóstico.

Relativamente à sintomatologia, habitualmente expressa através de uma dispneia de esforço de instalação progressiva e de tosse persistente, foi possível, dividindo a população com fibrose pulmonar em dois grupos etários, com idades inferiores ou superiores a 65 anos, identificar diferenças

1) [Glossário] **Telómeros**: Zonas dos cromossomas que conferem estabilidade à respetiva estrutura, encurtando-se com o envelhecimento.

significativas na duração dos sintomas até à avaliação clínica inicial, de 29 meses no primeiro grupo e de 15 meses nos doentes mais idosos, refletindo sugestivamente um maior índice de progressão da IPF no idoso.

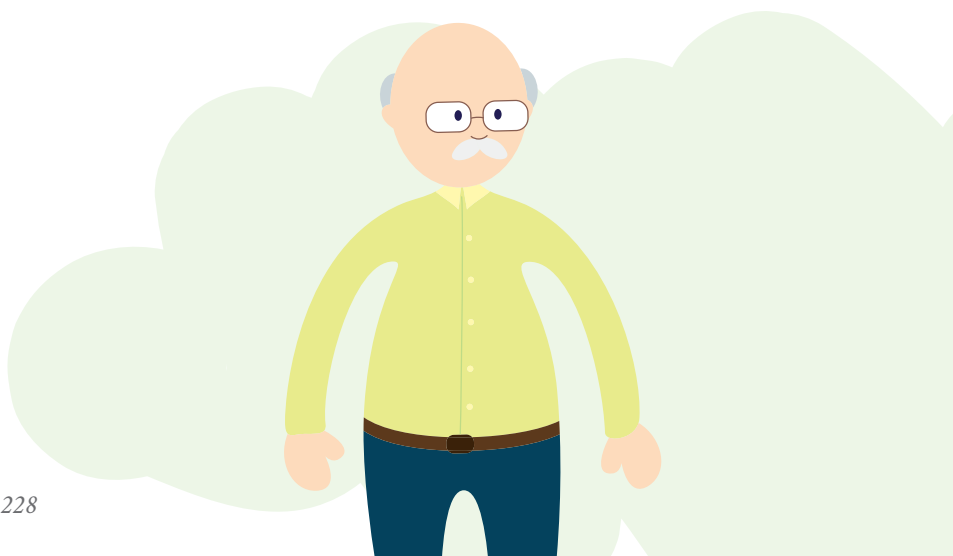
No que se refere aos procedimentos diagnósticos, salienta-se apenas o facto de que a idade constitui um dos mais importantes fatores limitativos na indicação da biópsia pulmonar cirúrgica, a que com alguma frequência se torna necessário recorrer para o diagnóstico definitivo desta patologia.

É também universal o conhecimento do pior prognóstico evidenciado na população idosa, com os menores índices de sobrevivência, de cerca de 3 anos após o diagnóstico, registados nos doentes de idade mais avançada.

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

A Reabilitação Respiratória, com reeducação funcional e incremento da atividade física, é uma componente relevante na readaptação destes doentes, constituindo-se como importante complemento à terapêutica farmacológica, contribuindo assim, de forma relevante, para o estímulo a uma vida ativa da população idosa com patologia respiratória.

Assim, estão indicados, nestas patologias, exercícios respiratórios tendentes a controlar e minimizar a dispneia e o cansaço, bem como exercícios musculares de reforço, nomeadamente da musculatura respiratória.



PARA GUARDAR E CUIDAR

- A Patologia Respiratória constitui-se como um dos principais determinantes da fragilidade e da má qualidade de vida associada à idade avançada.
- Neste contexto, a promoção de uma vida ativa e saudável, que valoriza a prevenção da Patologia Respiratória, assume uma importância nuclear. Por exemplo, a exposição à poluição atmosférica ou hábitos tabágicos devem ser fortemente evitados.
- Quando instalada, a Patologia Respiratória Crónica não deve ser negligenciada, devendo-se assumir comportamentos responsáveis no domínio da vigilância, farmacoterapia e terapias de base comportamental, incluindo exercício físico adequado à condição patológica.



21.

Abordagem da Dor no Doente Idoso

ANA VALENTIM

Assistente Graduada de Anestesiologia do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

ELSA SANTOS

Licenciada em Enfermagem, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

JULIANA PACIÊNCIA

Licenciada em Enfermagem, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A dor é uma das queixas mais comuns no doente idoso que determina a procura de cuidados médicos. Pode ter múltiplas causas: patologia músculo-esquelética, doença arterial, cancro, nevralgia pós-herpética; neuropatia diabética entre outras. Em geral mais do que um diagnóstico clínico contribui para a dor crónica no idoso.

A patologia músculo-esquelética está muito associada aos processos degenerativos decorrentes do envelhecimento, com atingimento da ráquis e grandes articulações. É por isso que nos doentes idosos são muito comuns a lombalgia (“dor nas costas”), a cervicalgia (“dor no pescoço”), a gonalgia (“dor nos joelhos”) e a coxalgia (“dor nas ancas”). A doença arterial provoca dor severa pela isquémia isto é falta de oxigénio, que pode levar ao desenvolvimento de úlceras e, nas situações mais graves, comprometer a viabilidade do(s) membro(s). O cancro é igualmente comum nos doentes idosos, reconhecendo-se que a dor, que está sempre presente nas fases avançadas da doença, nem sempre é adequadamente tratada.

Um dos aspetos essenciais ao tratamento da dor é a sua avaliação, contudo é importante sublinhar que é uma experiência subjetiva, por isso a dor é aquilo que o doente diz que é. É importante quantificar a intensidade da dor e caracterizá-la, porque os fármacos utilizados no seu tratamento são escolhidos em função destes parâmetros. Importa, por exemplo, saber que descritores o doente utiliza para caracterizar a dor (moinha, picada, queimadura, lancinante...), que fatores agravam a dor e qual o impacto na vida do doente: se interfere com o sono, diminui a socialização, impede de realizar alguns tipos de tarefas.

No idoso, avaliação da dor pode ser particularmente difícil porque existem défices sensitivos, sensoriais (surdez, falta de visão, sequelas de acidente vasculares cerebrais) ou défices cognitivos que determinam dificuldades na comunicação.

A expressão facial, movimentos corporais, as verbalizações ou vocalizações, alteração das relações interpessoais, mudanças na rotina e alterações do estado mental são indicadores de dor e é por isso, que a colaboração dos cuidadores para a avaliação multidimensional da dor é fundamental.

Podemos classificar a dor em aguda e crónica. A dor aguda é aquela que sentimos depois de um traumatismo, uma fratura ou depois de uma intervenção cirúrgica. Esta dor representa um mecanismo de alarme biológico e significa que alguma coisa não está bem, nesse sentido protege-nos. A dor crónica tem uma duração superior a 3 meses, pode persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem e está habitualmente associada a alterações do sono, ansiedade, depressão, tendo por isso um grande impacto na vida do doente.

No tratamento da dor utilizam-se terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. Em relação às primeiras é importante sublinhar que se utilizam várias categorias de fármacos:

Paracetamol, anti-inflamatórios não esteroides como o ibuprofeno ou o naproxeno; tramadol e analgésicos opióides fortes, de que são exemplos a morfina ou o fentanilo. Os opióides são fármacos extremamente seguros se utilizados de forma adequada. Existem alguns mitos associados ao seu uso, por exemplo que só se utilizam em estadios terminais, ou que podem provocar habituação. É importante notar que se utilizam opióides no tratamento de dores que não são provocadas por cancro. Quanto à habituação o que acontece é que com a continuidade do tratamento pode ser necessário aumentar as doses de fármaco para se obter o mesmo efeito.

Utilizam-se igualmente para o tratamento da dor outras categorias de fármacos como os anticonvulsivantes, antidepressivos ou relaxantes musculares. A escolha dos fármacos é feita de acordo com a intensidade/características da dor e tem que ser individualizada. Em geral é utilizado mais do que um tipo de fármacos.

Nalguns doentes podem estar indicados bloqueios nervosos, isto é, administrar fármacos como os anestésicos locais, que bloqueiam a transmissão nervosa ou provocar intencionalmente a lesão nervosa, por exemplo com recurso a calor como se faz na radiofrequência.

As terapêuticas não farmacológicas como a massagem, hidroterapia, aplicação de agentes físicos (calor ou frio), acupuntura, são essenciais porque quase sempre se tratam de doentes polimedicados.

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA DOR

A correta avaliação da dor, implica responder às seguintes questões: onde dói? (localização da dor); quando dói? (evolução temporal); como dói? (características da dor) e quanto dói? (Intensidade da dor). É importante também conhecer os fatores de agravamento da dor, o seu impacto no sono e as estratégias utilizadas para seu alívio bem como os resultados obtidos.

A avaliação e registo da intensidade da dor no idoso deve ser feita de forma regular, de modo a otimizar as estratégias farmacológicas e não farmacológicas definidas para o seu controlo. Esta avaliação pode ser feita pelo idoso e/ou seus cuidadores através de escalas validadas para a população portuguesa e registada em diários da dor.

A Direção Geral de Saúde propõe escalas de auto e heteroavaliação da dor, que podem facilitar a colheita de informação, reforçando que deve ser dada primazia às primeiras uma vez que a dor é subjetiva e como tal é aquela que o doente diz que é.

As escalas de heteroavaliação exigem maior formação no que concerne à sua utilização (por exemplo DOLOPLUS - avaliação comportamental da dor na pessoa idosa) e ficam reservadas para os idosos com dificuldades de comunicação, sendo que, nestes casos, a avaliação da dor poderá passar pela observação e registo do comportamento do idoso (expressão facial, movimentos corporais, vocalizações, entre outros). O cuidador assume um papel de elevada relevância relativamente à colheita de informação, pelo tempo de permanência junto do idoso e conhecimento dos seus hábitos.

As escalas de autoavaliação propostas pela direção geral de saúde são: a Escala Numérica, a Escala Qualitativa, e a Escala de Faces.

A **Escala Numérica** (Figura 1) consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, podendo apresentar-se ao idoso na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o idoso faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica:

- Valor 0 – sem dor;
- Valores 1 a 2 – dor ligeira;

- Valores 3 a 5 – dor moderada;
- Valores 6 a 8 – dor intensa;
- Valores 9 a 10 – dor de intensidade máxima imaginável.

Sem dor

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dor Máxima

Figura 1 – Escala Numérica

Na **Escala Qualitativa** (Figura 2) solicita-se ao idoso que classifique a intensidade da dor de acordo com as seguintes expressões:

- “Sem Dor”;
- “Dor Ligeira”;
- “Dor Moderada”;
- “Dor Intensa”;
- “Dor Máxima”.

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Figura 2 – Escala Qualitativa

Na **Escala de Faces** (Figura 3) pede-se ao idoso que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada na escala, à qual é atribuída uma numeração de 0 a 5. À expressão facial de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão facial de

máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”, registando-se o número equivalente à face selecionada pelo idoso.

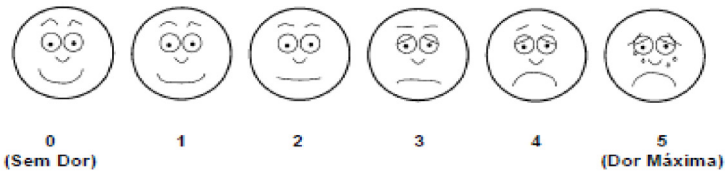


Figura 3 – Escala de Faces

Após avaliação da dor, o idoso e/ou cuidador deverá efetuar o registo da intensidade ou suas características, em ferramentas como, por exemplo, o diário da dor (Figura 4). Este registo facilita o reajuste terapêutico, permitindo avaliar a analgesia e a presença de eventuais efeitos secundários. Os diários da dor existem já sob a forma de aplicações para tablets e smartphones, tornando o registo da dor mais atrativo e até intuitivo, têm, no entanto, uma limitação que se prende com o facto de na sua maioria, não estarem traduzidos para português.

INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO

Avaliar em diferentes períodos do dia. Se for impossível utilizar escalas de avaliação, registar simplesmente com “sim” ou “não”. Se utilizar as escalas, registar a intensidade da dor. Registar também a analgesia utilizada em SOS (farmacológica ou não farmacológica) e o alívio conseguido com essas medidas. Anotar todos os aspetos que considere relevantes, como por exemplo: atividades que desencadeiam ou melhoram a dor assim como a ocorrência de efeitos secundários ou dúvidas a esclarecer.

Dia/ Mês	Hora	Dor Sim/Não Intensidade	Fármacos (SOS)	Outras medidas (SOS)	Melhorou Sim/Não	Notas
1/05	Manhã	Sim	5 Gotas tramadol	Calor	Sim	
	Tarde	Sim	4 gotas tramadol	gelo	Sim	
	Noite					Dormiu bem
	12h					Pouco apetite
2/05	Manhã					
	Tarde					
	Noite					

Figura 4 – Exemplo de um diário da dor

Além do estabelecimento de um plano terapêutico farmacológico adequado, é importante explicar ao idoso e seus cuidadores que o sucesso do tratamento depende de inúmeros fatores:

- ➔ Administração da medicação de forma regular (em horários certos e sem omissões);
- ➔ Recorrer aos fármacos em SOS (analgesia de resgate) para a dor irruptiva (agravamentos da dor de curta duração) ou preventivamente quando é esperado um agravamento da dor, por exemplo na realização de procedimentos dolorosos (pensos) ou posicionamentos. Não esperar que a dor se torne intensa para atuar, pois nessa circunstância o seu controlo será mais difícil;

- Não alterar as doses, horário de administração ou fármacos prescritos;
- Conhecer os fármacos - princípio ativo (o que está normalmente em letras pequeninas) evitando a confusão entre fármacos de marca e genéricos prevenindo sub ou sobredosagem;
- Saber quais os cuidados a ter na administração da medicação prescrita;
- Conhecer os efeitos secundários mais comuns dos fármacos prescritos (náuseas, vômitos, obstipação e sonolência), saber como atuar para os prevenir ou quem contactar para esclarecimento de dúvidas. Apesar de difíceis de tolerar, os efeitos secundários têm tendência a desaparecer com a continuidade da medicação, e ou o estabelecimento de medidas terapêuticas (são exemplos os antieméticos para controlo de náuseas e vômitos, laxantes para controlo da obstipação);
- Verificar regularmente a validade dos medicamentos, guardando-os em local fresco e seguro (fora do alcance das crianças) e protegidos da luz solar;
- Dar conhecimento dos produtos à base de plantas, vitaminas ou suplementos que esteja a tomar uma vez que nem sempre são inócuos;
- Evitar a automedicação;
- Informar a equipa de saúde se deixar de tomar a medicação qualquer que seja a circunstância;
- Utilizar caixas organizadoras para facilitar a toma da medicação (por dias, semana ou hora da refeição);
- Alertar precocemente os profissionais de saúde sobre mudança do padrão de dor ou seu agravamento.

Para além do tratamento farmacológico da dor, existem estratégias não farmacológicas que devem ser equacionadas no doente idoso porque apresentam vantagens (poucos efeitos adversos). A escolha destas estratégias depende das preferências do idoso, do desenvolvimento cognitivo, do tipo e características da dor e de algumas circunstâncias especiais como sejam:

patologias associadas que condicionem por exemplo a realização de exercício físico / massagem; a acessibilidade aos tratamentos entre outros.

São várias as intervenções não farmacológicas preconizadas para o alívio da dor. Salientam-se:

- **Exercício físico moderado (aumento da resistência, fortalecimento muscular)** – deve ser adaptado ao idoso sob pena de provocar lesões osteoarticulares;
- **Controlo do peso** – o excesso de peso sobrecarrega as articulares aumentando a dor (por exemplo lombalgia);
- **Aplicação de frio** (benéfica na inflamação) e/ou calor (benéfica na contratura muscular);
- **Massagem, Relaxamento, Posicionamentos** – devem inicialmente ser orientados por profissionais de saúde;
- **Programação e envolvimento em atividades** – o idoso sente-se útil, ocupado, aumentando a sua autoestima e consequentemente o controlo da dor;
- **Informação prévia e suporte emocional quando da realização de tratamentos** – aumentam o sentimento de segurança;
- **Distração (ver televisão, ler, ouvir música, jardinar, passear)** – mente ocupada é mente com menos preocupações e menos dor.

Em conclusão podemos afirmar que o tratamento da dor no idoso é desafiante mas possível e implica uma avaliação adequada e monitorização regular, bem como a confiança na equipa que o está a tratar. Os objetivos do tratamento da dor devem visar não só o seu alívio, mas também melhorar a funcionalidade, nesse contexto o envolvimento do idoso e seus cuidadores no tratamento é fundamental.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- Um dos aspetos essenciais ao tratamento da dor é a sua avaliação, sendo por isso importante quantificá-la e caracterizá-la. No idoso, a avaliação da dor pode ser particularmente difícil, sendo a colaboração dos cuidadores fundamental para a sua avaliação multidimensional.
- O registo da intensidade e características da dor facilita o reajuste terapêutico, permitindo avaliar a analgesia e a presença de eventuais efeitos secundários.
- No tratamento da dor podem ser utilizadas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, que devem ser individualizadas.

22.

Desnutrição e Desidratação

LÈLITA SANTOS

Assistente Hospitalar Graduada Sénior, Chefe de Serviço de Medicina do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Professora Associada Convidada com Agregação na Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

A desnutrição é muito frequente no idoso, tratando-se de um real problema de Saúde Pública. Estima-se que exista uma frequência de desnutrição de 1 a 15% nos idosos em ambulatório, 25 a 60% nos institucionalizados e 35 a 65% nos hospitalizados.

A má nutrição pode conduzir à sarcopenia¹, associadamente, à Síndrome da Fragilidade do idoso.

O idoso tem redução da sensação de sede e, como tem menos líquido intracelular, a desidratação é mais fácil e rápida.

CAUSAS DE DESNUTRIÇÃO NO IDOSO

As causas de carência nutricional no idoso podem ser múltiplas:

→ Fatores Sociais e Económicos

Falta de acesso aos alimentos, hábitos ou “caprichos”, alcoolismo;

→ Fatores Psicológicos

Síndromas depressivas, síndromas demenciais;

→ Fatores Físicos

Funções Fisiológicas - Alterações da composição corporal, metabolismo basal, função renal, alterações gastro-intestinais – redução das secreções, alterações da motilidade, malabsorção, alterações gustativas e olfativas;

Causas Patológicas - Doenças crónicas – insuficiências cardíaca e respiratória, dor, doenças do aparelho digestivo;

→ Outros Fatores

Medicamentos – que provoquem anorexia ou com alterações da biodisponibilidade devido a desnutrição;

Dentição em mau estado / Próteses dentárias desajustadas.

1) [Glossário] Sarcopenia: A sarcopenia é uma síndrome caracterizada pela perda progressiva e generalizada de massa e força muscular esquelética cuja consequência é a incapacidade física, baixa qualidade de vida e risco de morte.

Muitas destas situações cursam em conjunto, agravadas pelos baixos recursos económicos, pela ignorância e falta de informação relativas à nutrição e pelo isolamento social/familiar.

CONSEQUÊNCIA DA DESNUTRIÇÃO

As situações de carência podem ter como consequências a desnutrição calórico-proteína mas também, as deficiências isoladas de micronutrientes, mais difíceis de diagnosticar. Estes aspetos refletem-se na capacidade física, na qualidade de vida e no aumento das mortalidade e morbilidade.

As consequências clínicas da desnutrição podem ser extremamente incapacitantes, conduzindo a alterações do estado geral, anorexia, e mais carência em nutrientes, astenia e apatia por deficiência em vitaminas e emagrecimento traduzindo sarcopenia. Também podem surgir alterações cardíacas e vasculares, com aumento do risco cardiovascular por carências em folato e vitaminas do complexo B e aumento da mortalidade por insuficiência cardíaca; as alterações intelectuais e psíquicas, a degradação intelectual/cognitiva, os quadros depressivos por deficiências vitamínicas e de minerais também podem estar presentes. Outros problemas são: alterações músculo-esqueléticas (redução da massa e força musculares, com perturbações do equilíbrio e maior risco de quedas), diminuição da massa óssea e osteoporose, alterações da função gastrointestinal, depressão dos mecanismos imunitários, devido a desequilíbrios proteicos, em energia (calorias) e/ou de vitaminas e minerais, com o conseqüente aumento da suscetibilidade às infeções. As perturbações do controlo glicémico são frequentes, com atraso na secreção de insulina, aumento da resistência periférica à insulina com hiperglicemia e diabetes e redução das reservas de glicogénio com hipoglicémias em jejum. Neste contexto surge também a desidratação e problemas de cicatrização, nomeadamente, com o aparecimento de úlceras de pressão ou dificuldade de cura de outras feridas.

É muito importante ter em atenção que, apesar deste conjunto de consequências, estas nem sempre são atribuídas a um mau estado de nutrição pelo que o seu reconhecimento pode ser tardio e, muitas vezes subdiagnosticado, atrasando a correção adequada.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESNUTRIÇÃO

Na avaliação geriátrica global há sempre necessidade de aferir o risco de desnutrição, mesmo que esse risco pareça remoto. Existem várias formas de rastreio para avaliar o risco de desnutrição, através de testes simples e económicos: a Avaliação Nutricional Mínima (MNA ou Mini-Nutritional Assessment), o Rastreio do Risco Nutricional (NRS-2002 - Nutritional Risk Screening), ou a ferramenta universal de rastreio de Malnutrição (MUST - Malnutrition Universal Screening Tool). Todos os testes têm a sua aplicabilidade e indicação mas, o mais importante é identificar o problema precocemente.

Uma vez objetivada a carência ou o risco, é fundamental identificar a causa e de que tipo: alimentação insuficiente? Necessidades aumentadas?

A identificação da gravidade da desnutrição é ainda mais importante e as questões a esclarecer, incluem:

- Ingestão < 50% das necessidades?
- Perda de peso > 15%?
- Hipercatabolismo, doença?
- Medidas antropométricas alteradas de forma significativa?
- Albumina sérica < 2,8 g/dl?
- Linfócitos < 800/mm³?

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL

A intervenção/tratamento nutricional deve ser individualizada de acordo com o estado clínico do indivíduo e as necessidades identificadas.

A **alimentação oral** deve ser a primeira escolha para repor um estado de nutrição adequado, ainda que possa fazê-lo de forma mais lenta.

A alimentação deve obedecer às regras de uma alimentação saudável: equilibrada, variada, adaptada às necessidades e ao gosto, de consistência adequada, servida de forma agradável e, se necessário, enriquecida, para

repor as carências.

Sempre que há a impossibilidade ou ineficácia da alimentação oral e o tubo digestivo se encontrar funcionando pode preconizar-se a **nutrição entérica artificial**. Este tipo de alimentação, se indicada, deve ser instituída precocemente pois esta é a forma de mais rapidamente repor as necessidades quer de nutrientes, quer de água. Logo que possível, deve ser retomada a alimentação oral. A alimentação artificial também deve ser adaptada individualmente, de forma a repor as carências e analisando qual a duração prevista para o suporte nutricional, a melhor localização da sonda, o tipo de alimentação/fórmula a prescrever e a forma de administração.

A **nutrição parentérica** deve ser o último recurso, apenas a utilizar quando o tubo digestivo não pode ser usado ou a nutrição entérica é incapaz de suprir as necessidades (o que é raro).

INTERVENÇÃO COADJUVANTE

Nos casos identificados de risco de desnutrição ou da mesma já instalada, podem e devem ser aplicadas medidas de intervenção para repor as carências identificadas

- **Vitaminas e micronutrientes** - nos casos de desnutrição, quase sempre há necessidade de suplementação;
- **Estimulantes de apetite** - também podem ser necessários, mas a sua eficácia não está completamente comprovada;
- **Exercício físico** - indispensável, porque melhora a função muscular, aumentando a massa muscular (fibras musculares do tipo I) evitando a sua perda, além disso, melhora a autonomia funcional e a qualidade de vida;
- **Outras intervenções** - consistem em identificar causas reversíveis de desnutrição, encorajar a alimentação oral, assegurar uma correta hidratação, prevenir as escaras, proporcionar um bom apoio psicológico, evitar a iatrogenia medicamentosa e prevenir as infeções nosocomiais.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- Sendo a desnutrição um problema frequente no idoso, esta poderá ter consequências graves que se refletem na capacidade física, na qualidade de vida e no aumento das mortalidade e morbidade.
- No contexto da avaliação geriátrica global deverá ser aferido o risco de desnutrição, existindo várias formas de rastreio, através de testes simples e económicos. Todos os testes têm a sua aplicabilidade e indicação, sendo o mais importante a identificação precoce do problema.
- A intervenção/tratamento nutricional deve ser individualizada de acordo com o estado clínico do indivíduo e as necessidades identificadas, podendo ser realizada através da intervenção nutricional ou da intervenção coadjuvantes. Não obstante, a alimentação oral deve ser a primeira escolha para repor um estado de nutrição adequado, ainda que possa levar a uma recuperação mais lenta.

23.

Perturbações do Sono no Idoso

ELISABETE ALBUQUERQUE

Médica Interna de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

JOAQUIM CEREJEIRA

Professor Auxiliar de Psiquiatria da Universidade da Beira Interior

As perturbações do sono definem-se por alterações do padrão normal de sono, com causas muito diversificadas e repercussão funcional importante. As formas de apresentação são igualmente distintas, podendo incluir dificuldade em adormecer, despertares frequentes ou precoces ou simplesmente sensação de sono não reparador. Estima-se que cerca de 40% dos adultos sofra de algum tipo de insónia, valor que tende a aumentar com a idade.

As perturbações do sono são um problema comum nas pessoas mais velhas, com implicações importantes na sua qualidade de vida. Além disso, estão entre as principais causas de *burnout* dos cuidadores, e de institucionalização das pessoas mais velhas.

Neste capítulo, procuraremos abordar de forma breve conceitos básicos relacionados com o sono, realçando algumas especificidades no que toca ao indivíduo idoso, bem como as principais perturbações de sono e respetivas medidas de tratamento.

FISIOLOGIA DO SONO E ALTERAÇÕES DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO

O sono constitui uma função vital, essencial à manutenção da homeostasia¹ do organismo. É um estado multifuncional e está implicado em diversos processos fisiológicos: manutenção do estado de vigília, conservação da energia, interação com o sistema imunológico, desenvolvimento e maturação do cérebro, promoção da plasticidade neuronal e consolidação da memória e regulação de diversos processos metabólicos.

De um ponto de vista fisiológico, o sono normal é comumente dividido em dois tipos, o sono REM² (*rapid eye movement*) e o sono NREM³ (*non-rapid*

1) [Glossário] **Homeostasia**: Conjunto de processos fisiológicos de um organismo vivo que mantém as condições necessárias à sua sobrevivência e à sua adaptação ao meio ambiente.

2) [Glossário] **Sono REM (rapid eye movement)**: Tipo de sono caracterizado por movimentos rápidos dos olhos, tónus muscular reduzido e ocorrência frequente de sonhos.

3) [Glossário] **Sono NREM (Non-rapid eye movement)**: Tipo de sono caracterizado pela ausência de movimentos rápidos dos olhos e sem alterações do tónus muscular. É constituído por 3 fases, correspondendo a fase 3 ao sono profundo.

eye movement). O sono NREM, por sua vez, pode ser dividido em estádios de sono progressivamente mais profundos: estádios N1, N2 e N3. O estágio N1, transitório e de escassa duração, conduz ao estágio N2, um estágio de sono ligeiro caracterizado por alterações fásicas do eletroencefalograma. O estágio N3 corresponde a um período de sono profundo, com um padrão de ondas lentas no eletroencefalograma. No adulto jovem, estágio N2 do sono ocupa cerca de metade do tempo total de sono, o estágio N3 20% e o período de sono REM 25%.

É do conhecimento geral que o padrão de sono se altera com a idade e que as pessoas mais velhas têm necessidade de um menor número de horas de sono. Um recém-nascido dorme uma média de 18 horas diárias, valor que diminui consideravelmente com a idade, rondando as 5 horas no idoso.

Esta redução da necessidade de sono faz-se fundamentalmente à custa de uma diminuição do sono lento profundo, o que se poderá dever à perda da densidade das conexões entre neurónios (sinapses) no córtex cerebral. Associadamente, verifica-se uma redução da eficiência do sono e da percentagem de sono REM, enquanto a latência de sono e a duração dos estádios N1 e N2 aumentam com a idade.

As causas subjacentes a estas alterações permanecem hipotéticas: se, por um lado, a quantidade de sono necessária depende de fatores externos, refletindo os níveis de atividade diária e energia despendida, menores no idoso, também é certo que este fenómeno é condicionado por múltiplos fatores internos, ainda escassamente compreendidos.

Estas alterações, fisiológicas até certo ponto, são mais significativas se existem doenças médicas ou psiquiátricas associadas, podendo adquirir um caráter patológico, que justifica uma intervenção específica e adequada.

PERTURBAÇÕES DO SONO

A insónia no idoso é por si só um fator de risco para a saúde, potenciando o risco de quedas e acidentes e agravando outras condições como as síndromes demenciais e os estados depressivos e ansiosos.

Além disso, também se associa a um aumento do risco de diabetes, hipertensão arterial, doença coronária e obesidade.

Por outro lado, é também verdade que a perturbação de sono no idoso decorre muitas vezes de várias condições e patologias que interferem com a qualidade de sono.

As causas físicas da perturbação de sono são muito comuns nesta faixa etária e incluem doenças da próstata, dores osteo-articulares, dificuldades respiratórias, entre tantas outras.

Pela sua elevada prevalência, as doenças que cursam com dor aguda ou crónica, com destaque para a patologia osteoarticular, merecem particular atenção. Se, por um lado, as queixas algícas são um motivo frequente de insónia, também está provado que a privação de sono diminui o limiar de tolerância à dor, podendo agravar os quadros algícos e potenciar o uso e abuso de medicação analgésica, não desprovida de efeitos secundários.

Para além das causas físicas, também diversas perturbações neuropsiquiátricas podem condicionar grandemente a qualidade do sono no idoso. As síndromes demenciais, por exemplo, são cada vez mais prevalentes, o que decorre em grande parte do envelhecimento populacional. A alteração do padrão de sono é um sintoma frequente, que surge precocemente no processo de evolução da doença. Numa fase inicial, há um aumento da atividade e dos despertares noturnos, que condiciona um prolongamento do estágio 1 de sono, à custa de uma redução dos estádios 3 e 4.

Com o passar do tempo, as alterações tornam-se mais marcadas, com supressão quase total do período de sono REM e aumento do tempo de latência até ao seu início.

A fisiopatologia das alterações de sono nos quadros demenciais não está totalmente esclarecida, mas alguns autores sugerem que a perda de neurónios colinérgicos pode ser um mecanismo de relevo neste processo.

A par desta disrupção da arquitetura do sono, também se verifica uma alteração dos ritmos circadianos nos doentes com quadros demenciais, particularmente no caso da demência de Alzheimer. Este compromisso do ciclo sono-vigília pode manifestar-se por um aumento do número de

sestas durante o dia e pode ser responsável, pelo menos em parte, pelo agravamento comportamental observado em muitos doentes no período vespertino (fenómeno de *sundowning*). Pensa-se que esta alteração de ritmos possa resultar do processo de degeneração neuronal, sendo expectável que as alterações sejam tanto mais graves quanto mais avançado for o processo de disfunção cognitiva.

A perturbação do sono é um fator de stress para os doentes, mas seguramente também para os seus cuidadores. O estado de vigília noturno acompanha-se quase sempre de alterações de comportamento, com períodos de confusão e agitação. Compreensivelmente, esta situação representa uma das preocupações mais frequentemente reportadas pelos cuidadores, contribuindo para situações de grande desgaste físico e psicológico, que podem estar na base da institucionalização de muitos doentes.

Também diversos medicamentos usados frequentemente na prática clínica podem comprometer a qualidade de sono, pelo que se recomenda uma revisão cuidada da medicação habitual do doente. Por vezes, uma simples alteração do esquema posológico pode ser determinante na resolução do problema.

AVALIAÇÃO

As perturbações de sono no idoso devem ser avaliadas considerando os hábitos pessoais e a existência de comorbilidades ou desencadeantes específicos.

Frequentemente, o relato da alteração do padrão de sono, sobretudo nas situações de maior dependência, como quando existem défices cognitivos associados, é feita por terceiros, geralmente o cuidador. Neste caso, pode ser útil a realização de um registo diário dos hábitos de sono, permitindo uma visão mais objetiva do problema, e auxiliando na clarificação diagnóstica.

A avaliação deve ser feita caso a caso, numa base individual. Devem ser consideradas comorbilidades médicas, já conhecidas ou ainda não diagnosticadas, recomendando-se o estudo complementar adequado em função da suspeita diagnóstica. Neste caso, compete ao médico, com base numa história clínica e exame físico detalhados, determinar se se justifica qualquer estudo adicional.

TRATAMENTO

O tratamento da perturbação de sono no idoso vai depender sempre de eventuais causas identificadas. É o caso da apneia obstrutiva do sono, que pode requerer terapia de pressão positiva contínua das vias aéreas ou das queixas álgicas no contexto de doença oncológica, implicando o recurso a medicação analgésica. Grande parte das vezes, porém, não se identifica uma causa para a perturbação do sono e o tratamento, neste caso, deve passar por um conjunto de medidas gerais de higiene do sono e, num número restrito de casos, pelo uso de terapêutica farmacológica.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Muito antes de se considerarem intervenções farmacológicas específicas, deve ser assegurado um plano geral de medidas com vista a uma boa higiene do sono:

- Psicoeducação no que se refere ao número total de horas de sono expectáveis no idoso e informação acerca dos efeitos adversos de medicamentos comumente prescritos para induzir e prolongar o sono;
- Regularização dos ritmos biológicos mediante a instituição de horários regulares para levantar e deitar e limitando o tempo diário na cama ao período noturno, reduzindo ou mesmo eliminado as sestas durante o dia;
- Promoção da atividade física diária e aumento do número de horas de exposição à luz solar;
- Moderar a ingestão de substâncias com propriedades estimulantes (caféina, nicotina, teína...), sobretudo nos períodos da tarde e noite, e evitar refeições copiosas ao jantar;
- Avaliar as condições do meio ambiente, assegurando a existência de condições para uma noite de sono tranquilo (temperatura, ruído, luminosidade);

- Promover o ensino de técnicas de relaxamento simples, que ajudem a conciliar o sono ou, em alternativa, o levante da cama e a prática de atividades pouco estimulantes até que surja a sonolência;
- Manter apoio frequente ao cuidador, investindo na educação para a saúde e no treino de competências.

Outro aspeto a ter em consideração é a expectativa, quer do doente, quer do seu cuidador, em relação ao que se considera uma boa noite de sono. A maioria dos idosos dorme menos de 6 horas por noite e, no caso dos doentes com quadros demenciais, este valor está muitas vezes dividido ao longo das 24 horas. Isto condiciona uma sensação subjetiva de insatisfação com o padrão de sono, competindo ao clínico intervir junto do doente e familiares no sentido de esclarecer e informar sobre o que é normal e o que é patológico.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico não deve ser usado de forma sistemática, constituindo uma opção somente no caso de insucesso das medidas não farmacológicas (psicoeducativas, cognitivas, comportamentais e higieno-dietéticas).

Devemos ter presente que os idosos se encontram frequentemente polimedicados e são mais sensíveis à iatrogenia e a possíveis interações farmacológicas.

Fármacos hipnóticos (indutores de sono) não devem ser usados por rotina, mas somente quando o funcionamento diário do idoso é afetado, com prejuízo da sua saúde física ou mental, e sempre como complemento a um programa de higiene do sono e por um período de tempo limitado.

As benzodiazepinas são frequentemente usadas com este propósito. No idoso, recomenda-se o uso de benzodiazepinas de semivida curta, diminuindo o risco de acumulação no organismo e os potenciais efeitos secundários associados a esta classe farmacológica, designadamente as quedas, os estados confusionais e o risco de dependência.

Antidepressivos com potencial sedativo, como a trazodona e a mirtazapina, também podem ser uma opção, assim como antipsicóticos atípicos em doses baixas, como a olanzapina ou a quetiapina.

A automedicação deve ser evitada e os fármacos devem ser tomados de acordo com as indicações do médico assistente e pelo período de tempo recomendado.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- As perturbações do sono são um problema comum nas pessoas mais velhas, com implicações importantes na sua qualidade de vida e dos cuidadores.
- O padrão de sono altera-se com a idade, tendo as pessoas mais velhas necessidade de um menor número de horas de sono (5 horas no idoso).
- A insónia no idoso é um fator de risco para a saúde, potenciando o risco de quedas e acidentes; agravando outras condições como as síndromes demenciais e os estados depressivos e ansiosos; aumentando o risco de diabetes, hipertensão arterial, doença coronária e obesidade.
- As perturbações de sono no idoso devem ser avaliadas considerando os hábitos pessoais e a existência de comorbilidades ou desencadeantes específicos, podendo ser útil a realização de um registo diário dos hábitos de sono, permitindo uma visão mais objetiva do problema, e auxiliando na clarificação diagnóstica.

→ O tratamento da perturbação de sono no idoso vai depender sempre de eventuais causas identificadas e poderá ser de natureza não farmacológica (definição e implementação de um plano geral de medidas com vista a uma boa higiene do sono); ou de natureza farmacológica, sendo que este último não deve ser usado de forma sistemática, constituindo uma opção somente no caso de insucesso das medidas não farmacológicas.

→ Relembramos que a automedicação deve ser evitada e os fármacos devem ser tomados de acordo com as indicações do médico assistente e pelo período de tempo recomendado.



24.

Saúde Oral e Envelhecimento

LUÍS CARVALHO ALVES

Médico Dentista pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Numa altura em que se assiste a uma estabilização do crescimento da população mundial, em particular no mundo desenvolvido, verifica-se um aumento da esperança média de vida e, por tudo isso, observa-se o crescimento de um grupo populacional específico – os idosos. Este crescimento conduz a uma heterogeneização do grupo, tornando-o cada vez mais complexo. Como tal, a compreensão e conhecimento, bem como o foco da investigação neste grupo é cada vez mais crucial.

O envelhecimento é um processo complexo, multifatorial, heterogéneo, dinâmico e progressivo. Como já referido, esta heterogeneidade torna a abordagem do idoso específica e individualizada.

Em relação ao sistema estomatognático¹ pode e deve-se abordar o envelhecimento em duas vertentes distintas: as suas manifestações normais e a patologia associada ao processo. Na primeira, é possível agrupar um conjunto de alterações, mais ou menos generalizadas, presentes na maioria dos idosos. Enquanto que, na segunda, encontra-se um conjunto de patologias que merecem toda a atenção no sentido de reduzir o seu impacto no bem-estar e qualidade de vida deste grupo etário.

MANIFESTAÇÕES ORAIS DO ENVELHECIMENTO

Observando a face de um idoso é facilmente identificável, no seu terço inferior, uma intensificação do sulco naso-geniano² e uma possível inversão do sorriso, fruto da perda de dimensão vertical de oclusão³ – por perda dentária ou por desgaste dentário. A estas alterações ao rosto adiciona-se

1) [Glossário] **Sistema estomatognático**: é um complexo conjunto de órgãos responsável por atos funcionais, como fala, mastigação e deglutição dos alimentos. Os componentes anatómicos deste sistema são todos os ossos fixos da cabeça, a mandíbula, o osso hióide, as clavículas e o esterno, os músculos da mastigação, da deglutição, da expressão facial e os músculos posteriores do pescoço, as articulações dentoalveolar (periodonto) e temporomandibular (ATM) e os seus ligamentos, os sistemas vasculares e nervosos, os dentes, a língua, os lábios e as glândulas salivares.

2) [Glossário] **Sulco naso-geniano**: ou labio-nasal, é um sulco que se estende desde a asa do nariz no sentido oblíquo até à comissura dos lábios.

3) [Glossário] **Dimensão vertical de oclusão (DVO)**: de forma simples pode ser definida como sendo uma medida entre dois pontos fixos, um ponto no terço médio da face e outro ponto no terço inferior, quando os dentes estão em contato.

um conjunto de alterações cutâneas: rugas, telangiectasias, queratoses e até neoplasias cutâneas benignas.

Os sentidos encontram-se diminuídos. O paladar não é exceção e a sua redução relaciona-se diretamente com a atrofia das papilas gustativas. Outra alteração frequente está relacionada com a produção de saliva, existindo uma clara modificação desta. Esta alteração poderá ser de natureza quantitativa, ou apenas de natureza qualitativa.

As alterações anteriormente referidas, muitas vezes aliadas à perda de peças dentárias ou presença de reabilitações proteticamente desajustadas, conduzem a drásticas alterações dos hábitos alimentares que para além de nutricionalmente desajustados, são muitas vezes dietas altamente cariogénicas (que promovem o aparecimento de lesões de cárie dentária), levando a uma maior degradação da situação oral.

Outra característica do envelhecimento é a sarcopenia (diminuição da massa muscular) e a redução da densidade óssea, particularidade que também se encontra presente no sistema estomatognático. Do ponto de vista muscular, encontra-se perda da massa muscular a rondar os 40% no caso do masséter (músculo do rosto com função mastigatória). O osso alveolar sofre intensa reabsorção, principalmente nas regiões edêntulas (regiões com ausência de dentes). Já a articulação temporo-mandibular (ATM) é objeto de intenso estudo. Contudo, os resultados continuam a ser controversos: existem dados que indicam maior incidência de patologia articular, outros não conseguem relacionar o envelhecimento com este tipo de doença. Não obstante, é perfeitamente normal encontrar uma ATM envelhecida com limitações de movimentos e alterações degenerativas.

Em relação à mucosa oral, existe uma clara redução da elastina e do colagénio, aliada a uma redução da microvascularização e da espessura de epitélio⁴. Estes fenómenos tornam as mucosas mais friáveis e menos resilientes, logo, mais suscetíveis ao dano. A língua também sofre alterações, já referidas anteriormente, existindo uma diminuição das papilas gustativas tornando

4) [Glossário] **Epitélio**: é um tipo de tecido celular, tendo como principal função o revestimento, nomeadamente da superfície externa e de diversas cavidades internas do organismo.

este órgão despilado e com um volume aumentado – macroglossia. Este fenómeno apresenta uma importância extrema para o clínico, sendo muitas vezes um obstáculo difícil de transpor e solucionar.

O ligamento periodontal é uma estrutura nobre do sistema estomatognático e de extrema importância. As suas alterações, nomeadamente ao nível das fibras, com consequente perda de inserção, parece estar associado ao envelhecimento. Excetuando as situações de clara presença de patologia periodontal (doenças que afetam o periodonto⁵), esta alteração embora, com consequências nefastas, é um reflexo do envelhecimento tido normal.

As estruturas dentárias, em especial o esmalte e dentina também sofrem alterações com o envelhecimento. Em primeiro lugar, o esmalte fruto da exposição ao meio externo e carga oclusal sofre um notório desgaste com presença de *chipping* – pequenas fraturas coesivas resultado de um trauma contínuo. Já a dentina, quando exposta sofre também desgaste. Por ser um tecido com maior carga orgânica que o esmalte, é também mais reativa. Este facto explica a deposição de uma dentina secundária e terciária com propriedades diferentes da dentina primária.

PATOLOGIA ORAL E O ENVELHECIMENTO

Para além das manifestações que decorrem do envelhecimento, temos outro conjunto de situações consideradas patologias que decorrem com o processo de envelhecimento ou são resultado do mesmo. Estas situações são, obviamente, mais preocupantes e carecem da máxima atenção uma vez que podem induzir perda de capacidade e logo, perda de qualidade de vida.

A patologia oral mais frequente e com maior incidência a nível mundial ainda é a cárie dentária. É legítimo pensar que na população idosa a situação não seja diferente. Nos últimos anos, assiste-se a uma mudança de paradigma no que concerne à cárie dentária. Se no passado o idoso era imediatamente associado a uma situação de completo edentulismo (ausência total de dentes), atualmente a realidade tende a modificar-se. O número de desdentados

5 [Glossário] **Periodonto**: conjunto de estruturas com a principal função de suporte do dente. É uma estrutura dinâmica composta por gengiva, o ligamento periodontal, o cimento e o osso alveolar.

totais tem vindo a diminuir na população idosa e aumentado o número de desdentados parciais. Com este dado, é fácil assimilar que se há maior taxa de manutenção de dentes na terceira idade é lógico inferir que a cárie dentária estará mais presente nesta população. Existe assim uma redução da incidência de cárie nas crianças, resultado da prevenção, e um aumento nos idosos, resultado também da prevenção e da melhoria dos cuidados de saúde oral.

É importante referir, contudo, que a cárie dentária no idoso é essencialmente localizada na zona radicular (raíz). Dentro dos fatores que predispõe os idosos a esta tipologia de cárie é possível enumerar: polimedicação, redução do fluxo salivar, refluxo gastroesofágico, dieta e higiene deficiente. Mencionar ainda que a flora bacteriana envolvida nos processos de cárie radicular é diferente e específica.

Outra patologia oral relevante é a doença periodontal. Tratando-se de uma patologia intrinsecamente relacionada com o processo inflamatório, será de esperar que no idoso a incidência da doença seja mais elevada, pois os fatores de risco da doença encontram-se mais presentes e marcados num organismo envelhecido. Como tal, muitas vezes o controlo clínico da doença periodontal torna-se difícil, uma vez que para isso contribuem múltiplos fatores: processo inflamatório, controlo da placa bacteriana, estabilidade oclusal, patologia sistémica e medicação.

Muitas vezes associada à patologia periodontal podemos encontrar a hiperplasia gengival, caracterizada por um aumento do tecido gengival marginal em torno dos dentes. Pode estar simplesmente associada à falta de higiene, mas pode também resultar de efeitos secundários de alguma medicação: bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina), anticonvulsivantes (fenitoína) e imunossuppressores (ciclosporina).

A xerostomia é uma entidade com bastante incidência neste grupo etário (é apenas um sintoma, não podendo ser descrita como uma patologia). É uma manifestação resultante da polimedicação, radioterapia, síndrome de Sjögren e outras patologias. Manifesta-se pela sensação de boca seca, e isto deve-se essencialmente à redução da produção de saliva ou modificação da sua qualidade. É uma situação que apresenta alguma complexidade e que

afeta bastante a qualidade de vida dos pacientes idosos. Como já referido, aquando da cárie dentária, a redução do fluxo salivar aumenta o risco de cárie e afeta o prognóstico da utilização de próteses removíveis.

As medidas possíveis para reduzir as queixas passam por melhorar a higiene oral e hidratação, evitar tabaco, álcool e condimentos alimentares fortes. Outra forma de aliviar este sintoma passa pela prescrição de estimulantes salivares, substituintes salivares ou salivas artificiais.

Embora não seja uma patologia exclusiva do envelhecimento é impossível não abordar as neoplasias malignas. Sabe-se claramente que em relação ao carcinoma oral a idade é um fator de risco preponderante, ainda que existam outros como: consumo de álcool, tabaco e higiene. A neoplasia mais comum na cavidade oral (90% a 95% de todos os casos de neoplasias orais) é o carcinoma das células escamosas, ou espino-celular. Localiza-se preferencialmente no pavimento bucal, lábios e língua e apresenta uma taxa de mortalidade elevada, uma vez que na maioria dos casos o diagnóstico é tardio (sendo detetado apenas em estádios avançados).

É possível referir outro conjunto de patologias como sendo pré-neoplásicas e que são encontradas frequentemente em paciente idosos: leucoplasia, eritoplasia, líquen plano e queilite actínica. O diagnóstico precoce destas patologias é de extrema importância uma vez que o seu potencial degenerativo é grande.

O sistema imunitário do idoso é débil e sofre alterações que tornam a cavidade oral num ecossistema ideal para o aparecimento de infeções fúngicas oportunistas. A *candida albicans*, na sua forma eritematosa, hiperplásica ou pseudomembranosa é a mais comum. Outra manifestação de uma infeção fúngica muito comum em pacientes idosos é a queilite angular. Trata-se de uma patologia cutânea nas comissuras labiais, frequentemente associada a uma perda de dimensão vertical de oclusão.

Para finalizar este capítulo referente à patologia é importante referir a osteonecrose dos maxilares. É uma doença cada vez mais frequente uma vez que ocorre principalmente em pacientes submetidos a tratamento medicamentoso para a osteoporose ou patologia oncológica, duas situações muito frequentes na população idosa (tendo como medicação comum o grupo de

bisfosfonatos, tanto por via oral como endovenosa). Pode ocorrer de forma espontânea ou em consequência de uma intervenção cirúrgica intraoral, como uma exodontia. Considera-se existir uma osteonecrose quando há exposição óssea com duração mínima de 8 semanas. Esta situação ocorre essencialmente porque este grupo de fármacos reduz a angiogénese óssea, existindo redução do fluxo sanguíneo e incapacidade de regeneração óssea e como tal, um aumento da suscetibilidade à infeção. Esta patologia é particularmente importante uma vez que pode ser desencadeada após um ato médico.

PREVENÇÃO E SAÚDE ORAL

Foi referido anteriormente que o desenrolar do envelhecimento na cavidade oral é um processo que decorre de uma maneira mais ou menos expectável, isto é, temos manifestações normais de envelhecimento relativamente ténues e a patologia não é exclusiva do envelhecimento. Esta está sempre de braços dados com outras patologias sistémicas ou então surge como resultado da soma de outros fatores inerentes ao processo de envelhecimento.

Esta situação torna ainda mais importante a questão da prevenção, do cuidado e diagnóstico precoce a fim de evitar situações complexas e de difícil resolução. Se por um lado existem idosos ativos e independentes, por outro, é também comum encontrar idosos totalmente dependentes e institucionalizados, em que o papel do cuidador é fundamental.

Os problemas que os idosos apresentam no presente vão sofrendo uma modificação fruto das alterações e evolução nos cuidados e mesmo da alteração da perceção em relação à saúde oral. Já foi referido anteriormente que o idoso totalmente edêntulo já não é o mais comum, e a preservação das peças dentárias durante mais tempo está a conduzir a um aumento da incidência de cárie na população idosa. Ora, se há 30 ou 40 anos os cuidados eram escassos e não havia sensibilização, quer da população quer dos profissionais, passando os tratamentos por serem mais invasivos e devastadores, atualmente este paradigma está completamente alterado. Existe uma população cada vez

mais interessada na sua saúde oral, comportando-se no dia a dia de forma mais responsável e uma prática clínica mais conservadora, pouco invasiva e com foco na prevenção.

HIGIENE ORAL

Um princípio básico para a manutenção da saúde oral é o controlo da placa bacteriana, isto é, uma correta e eficaz higiene oral. Esta começa por realizar sempre pelo menos duas vezes ao dia uma correta escovagem que passa pela utilização de escova e pasta fluoretada associadas a outros meios auxiliares para higiene interproximal (entre os dentes): fio dentário, escovilhões ou irrigadores gengivais. Para o caso de idosos com incapacidade motora ou défice cognitivo, isto é, que de alguma forma estejam dependentes de terceiros para realizar esta tarefa, o cuidador deve ter ao seu dispor os mesmos auxiliares referidos. O idoso deve permanecer numa posição sentada se possível, com a coluna reta e o cuidador deve posicionar-se por detrás de forma a permitir a estabilização da cabeça a fim de realizar a tarefa com segurança. Quando a tarefa se afigure difícil, a utilização da escova elétrica pode ser uma alternativa pois consegue ser eficiente num menor número de movimentos manuais, reduzindo o tempo. Quando o paciente é desdentado total, a escovagem é dispensável, contudo é imprescindível a higiene das mucosas com compressa húmida utilizado movimentos vigorosos sem lesar as mucosas com a finalidade de remover os detritos alimentares acumulados. Esta tarefa pode ser facilitada, quando há difícil acesso, envolvendo com compressa húmida uma espátula, melhorando assim o alcance e o manuseio.

Outros utensílios podem ser úteis consoante a situação específica do idoso: abre bocas para facilitar o acesso, sucção quando possível para evitar a obstrução das vias aéreas e ainda o raspador de língua para remoção de detritos alimentares e células mortas do dorso da língua.

Para além da ação mecânica da escovagem, raspador ou irrigador, é possível coadjuvar a escovagem com a utilização de agentes químicos- colutórios, nomeadamente com flúor e com clorhexidina.

Controlo da placa bacteriana | Flúor

O principal veículo do flúor para a cavidade oral deve ser a pasta dentífrica, mas também pode ser administrado via colutórios fluoretados. Embora seja um agente envolto em alguma controvérsia, encontra-se amplamente descrita a sua capacidade de remineralizar o esmalte e a dentina. Já na superfície radicular, a capacidade remineralizante é mais reduzida. No entanto, este elemento em elevadas concentrações pode ter ainda capacidade bactericida.

Quando administrado via pasta dentífrica, a quantidade a colocar na escova deve ser do tamanho de uma ervilha e a quantidade existente na pasta é medida em ppm (partes por milhão), sendo o valor ideal superior a 1450ppm.

Perante o idoso com risco de cárie aumentado, recorrer às soluções fluoretadas para bochechos pode ser uma solução, nomeadamente quando estamos perante uma situação de redução do fluxo salivar. Trata-se de uma solução relativamente simples, económica e que o idoso tolera bem desde que seja capaz de o executar, do ponto de vista motor. Quando esta solução não é possível, recorrer a um gel ou um verniz é outra forma de fornecer o aporte necessário de flúor, uma vez que pode ser de fácil aplicação pelo cuidador.

Controlo da placa bacteriana | Clorhexidina

Este agente químico é um potente antimicrobiano, apresentando capacidade antibacteriana e antifúngica. Tem alguns efeitos secundários, nomeadamente a coloração intensa da superfície dentária e alteração do paladar quando usada por longos períodos. A maior vantagem da sua utilização prende-se na sua capacidade de permanecer na cavidade oral por um longo período após a sua administração (substantividade).

Existe disponível no mercado sob várias formas: colutório, gel ou pasta dentífrica. Aqui importa realçar que, principalmente sob a forma de colutório, encontra-se muitas vezes associada a outros componentes, como por exemplo o clorobutanol. É de extrema importância perceber se este ingrediente se encontra presente, estando determinantemente contraindicado, pois promove a desidratação da mucosa oral, agravando assim o quadro de xerostomia.

HIGIENE E DESINFECÇÃO DE PRÓTESES REMOVÍVEIS

Um ponto que parece também muito importante abordar neste guia do cuidador é a higienização de próteses dentárias.

A higiene da prótese removível deve ser realizada pelo portador, segundo determinadas normas. Isto significa que, em caso de limitação motora ou cognitiva, esta tarefa tem de ser realizada pelo cuidador, pelo que é fundamental o conhecimento das técnicas e materiais envolvidos.

A higiene de uma prótese pode ser realizada por métodos mecânicos, químicos ou uma combinação dos dois.

Método Mecânico

Este método pressupõe a escovagem da prótese com uma escova de cerdas macias para evitar a abrasão da base da prótese e remoção do brilho. A este método podemos associar água e um sabão neutro, ou até um dentífrico desde que não seja abrasivo. É uma técnica com uma ótima relação custo-benefício, contudo recomenda-se a utilização de uma escova protética específica, com duas formas de cerdas capazes de chegar a regiões inacessíveis a uma escova dentária regular.

Método Químico

Esta técnica distingue-se do método mecânico por consistir na imersão da prótese numa solução bactericida e fungicida: hipoclorito de sódio, clorohe-xidina, peróxidos alcalinos, etc.

No caso do hipoclorito de sódio, vulgar lixívia, pode-se sugerir a imersão durante 10 minutos, 1 vez por semana, numa concentração 5,25%. A maior desvantagem passa pela corrosão das estruturas metálicas e alteração do brilho.

Já com a clorohe-xidina a 2%, uma imersão por semana durante 5 minutos. Esta apresenta a desvantagem de promover a pigmentação da superfície.

Os peróxidos alcalinos encontram-se sobre a forma de pastilhas, e recomenda-se a imersão durante 20 minutos.

Métodos Combinados

Segundo a literatura, é o método mais eficaz uma vez que combina os dois métodos referidos anteriormente. Para prótese totalmente acrílica, aconselha-se a escovagem da prótese com escova protética macia com água e sabão neutro, seguido da imersão durante 15 minutos numa solução com hipoclorito de sódio, uma vez por semana. Para próteses com algum teor em metal, após a escovagem, recomenda-se a imersão com uma pastilha de um peróxido alcalino durante 5 minutos.

Lembrar que após qualquer tipo de imersão, para evitar reações adversas nas mucosas deve-se enxaguar bastante bem a prótese.

Aquele padrão que tantas vezes se encontra da prótese imersa num copo de água durante a noite é completamente errado. A imersão é sempre feita num agente químico pelo tempo indicado para o efeito, após este processo, a prótese deve permanecer em local seco e protegida.

Relativamente a reabilitações protéticas fixas, que são atualmente opções frequentemente usadas na clínica, uma vez que em determinadas situações são consideradas a melhor opção, é importante conhecermos os idosos portadores deste tipo de prótese. A sua higiene é fundamental e crucial. Uma vez que não pode ser removida pelo portador ou pelo cuidador, a sua higiene é realizada em boca através do uso da escova dentária, dentífrico, colutório, escovilhão dentário ou fio e ainda, o já referido irrigador gengival com água, que é a peça fundamental para realizar a higiene adequada em regiões inacessíveis a todos os outros utensílios referidos anteriormente. Do ponto de vista do cuidador, o irrigador gengival é relativamente simples de usar e manusear com a vantagem de, no seu reservatório, se poder adicionar, além de água, um qualquer colutório com cloro-hexidina.

Do ponto de vista de consultas médico-dentárias, não se pode deixar de referir que são fundamentais para o controlo da saúde deste grupo de pacientes. Não é a ausência de dentes que dispensa a visita ao Médico Dentista. A periodicidade com que cada idoso deverá ir à consulta, deve ser o próprio Médico Dentista a definir com base no tipo específico de paciente: portador ou não de prótese, removível ou fixa, risco de cárie, redução do fluxo salivar, etc. (consultas de 3 em 3 meses, 6 em 6 meses ou anuais consoante a situação).

PARA GUARDAR E CUIDAR

→ O desenrolar do envelhecimento na cavidade oral é um processo que decorre de uma maneira mais ou menos expectável. A patologia oral está sempre de braço dado com outras patologias sistémicas ou então surge como resultado da soma de outros fatores inerentes ao processo de envelhecimento.

→ As alterações decorrentes do envelhecimento poderão manifestar-se ao nível dentário; do paladar; de produção de saliva; ósseo; muscular; da mucosa oral; da língua. Todas estas alterações têm uma grande importância na abordagem da saúde oral do idoso.

→ A patologia oral mais frequente no idoso é a cárie dentária. Dentro dos fatores que predispõem os idosos à cárie é possível enumerar: polimedicação, redução do fluxo salivar, refluxo gastro-esofágico, dieta e higiene deficiente.

→ Existem outras patologias orais relevantes: patologia de origem periodontal, xerostomia, neoplasias malignas, patologias pré-neoplásicas, candida albicans, osteonecrose dos maxilares.

→ O idoso totalmente edêntulo já não é o mais comum, e a preservação das peças dentárias durante mais tempo está a conduzir a um aumento da incidência de cárie na população idosa.

→ Um princípio básico para a manutenção da saúde oral é o controlo da placa bacteriana, isto é, uma correta e eficaz higiene oral, incluindo de próteses, sejam removíveis ou fixas, sendo para isso essencial o papel do cuidador.

→ Do ponto de vista de consultas médico-dentárias, estas são fundamentais para o controlo da saúde deste grupo de pacientes. A periodicidade das mesmas será individualizada e definida pelo Médico-Dentista.



25.

Prevenção e Controlo da Infeção

JOÃO PEDRO FERREIRA FONSECA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

As pessoas idosas são especialmente vulneráveis a quadros infecciosos, sendo, por isso, fundamental que o cuidador detenha um conjunto de competências básicas de prevenção e controlo de infeções. A aquisição deste tipo de conhecimentos pode contribuir para diminuir significativamente a prevalência de infeções, e seus problemas associados, quer no idoso, quer no cuidador.

CADEIA DA INFEÇÃO

As medidas de prevenção e controlo das infeções baseiam-se no conhecimento das seis principais etapas da disseminação de microrganismos.

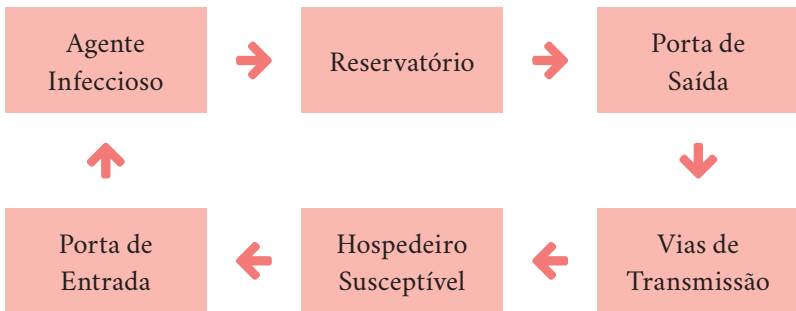


Figura 1 – Cadeia da infeção

Fatores que coletivamente se designam por **cadeia da infeção**:

- ➔ **Agente infeccioso:** Microrganismo capaz de causar doença:
Bactérias, vírus, fungos, parasitas;
- ➔ **Reservatório:** Local onde o microrganismo pode viver:
Corpo humano, alimentos e água, objetos contaminados;
- ➔ **Porta de Saída:** Forma de o microrganismo deixar o reservatório:
Trato digestivo nas fezes, saliva ou vômito;
Trato respiratório no muco ou escarro;

Trato urinário ou reprodutivo na urina, sémen ou secreções vaginais;
Sangue na pele, pus ou drenagem de ferida;

→ **Modo de transmissão:** Forma de o microrganismo passar de uma pessoa para outra:

Tocar em uma pessoa infetada;

Respirar ar infetado;

Comer ou beber alimentos ou fluídos contaminados;

Tocar em objetos contaminados;

Por vetores, como mosquitos, roedores e insetos (por exemplo, carrças);

→ **Porta de entrada:** Forma de o microrganismo entrar no corpo da nova pessoa:

Aparelho digestivo, trato respiratório, urinário ou reprodutivo;

Fissuras ou feridas na pele;

→ **Hospedeiro suscetível:** Pessoa idosa:

Idade avançada, saúde geral deficiente, várias doenças, dispositivos médicos (por exemplo, sonda vesical), mau estado nutricional.

Para efeitos de controlo e prevenção de infeções, é fundamental que se desenvolvam estratégias de interrupção da cadeia de infeção.

A prevenção de doenças transmissíveis é responsabilidade de todos, nomeadamente dos profissionais de saúde, dos cuidadores e dos próprios doentes. A boa higiene pessoal, a manipulação adequada das excreções e secreções corporais, e medidas de proteção pessoal sempre que justificadas são armas preciosas para atingir este objetivo.

Destes, a higiene das mãos continua a ser o elemento mais importante no controlo da propagação de infeções.

HIGIENE DAS MÃOS

A higiene das mãos é uma tarefa simples e constitui a medida mais relevante na prevenção e controlo de infeções.

Na transmissão de infeções, as mãos dos cuidadores constituem uma fonte ou veículo preferencial, a partir da pele do próprio doente para as mucosas (por exemplo, trato respiratório) ou locais do corpo habitualmente estéreis (por exemplo, sangue), ou ainda proveniente de outros doentes ou do ambiente contaminado.

Quando existe risco de infeção, foram definidos 5 momentos essenciais como referência para a higiene das mãos:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos ou assépticos;
3. Após o risco de exposição a fluídos orgânicos (por exemplo, sangue, fezes, urina);
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente do doente.


Deve lavar-se as mãos também sempre: antes de comer ou manusear os alimentos; antes e depois de utilizar a casa de banho; depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar, tocar em animais ou nos seus dejetos; depois de manipular resíduos e lixo; após mudar fraldas; antes e após tocar em feridas; contactar com materiais ou equipamentos de uso público ou que possam estar contaminados; e se as mãos estiverem visivelmente sujas.

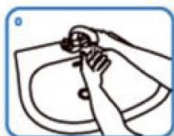
A higiene das mãos para ser eficaz na prevenção da propagação da infeção, deve ser realizada de forma cuidadosa, correta (ver Figura 2) e consistente.

Com a lavagem frequente das mãos, a pele pode ficar excessivamente seca, levando a fissuras. A aplicação de uma loção ou creme para as mãos após a lavagem é recomendada. Lembre-se, a manutenção de uma pele intata é também importante para ajudar a protegê-lo de infeções.

Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
 Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

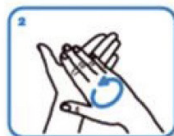
 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



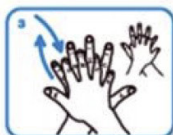
Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



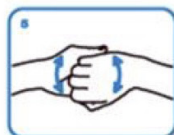
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



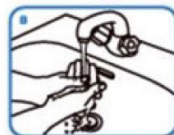
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

Figura 2 – Como lavar as mãos. Fonte: Direção geral de saúde

USO DE LUVAS

Os cuidadores de pessoas idosas devem considerar o uso de luvas descartáveis (látex ou vinil, não estéreis) se:

- Tiverem contato direto com fluídos corporais (ex. diarreia excessiva, sangue) ou outros materiais infecciosos;
- O doente apresentar drenagem não contida de uma ferida;
- Realizarem curativos de feridas;
- Forem portadores de doença que compromete as suas defesas imunitárias, aumentando o risco de infecção para o próprio;
- Tiverem cortes abertos, feridas ou dermatite nas mãos.

Não usar luvas se tiverem rasgos ou buracos. Nunca se devem reutilizar ou lavar luvas.

Deve lembrar-se que o uso de luvas não é um substituto para a higiene das mãos. As mãos devem ser limpas antes e depois da utilização das luvas.

CUIDADOS ESPECIAIS A TER COM INFEÇÕES TRANSMITIDAS POR SANGUE

Os agentes infecciosos sanguíneos que representam o maior risco de contágio são o vírus da hepatite B (VHB), o vírus da hepatite C (VHC) e o vírus da imunodeficiência humana (VIH). As doenças causadas por estes vírus são potencialmente graves. Porém, desde que acauteladas as medidas de proteção adequadas, o risco real de transmissão é baixo.

As recomendações para a higiene das mãos e o uso de luvas são idênticas às já referidas. A utilização de equipamentos de proteção pessoal suplementar (como batas, máscaras e óculos de proteção) deve ser ponderada com base no bom senso, se existir a possibilidade de entrar em contato direto com sangue ou outros fluídos corporais.

Se ocorrer uma exposição acidental ao sangue ou a outras substâncias do corpo, a mão deve ser lavada completa e imediatamente.

Os objetos cortantes, como agulhas usadas ou lâminas de barbear devem ser descartados e eliminados adequadamente. Os vidros partidos e contaminados não devem ser manipulados, mesmo com luvas. Eles devem ser varridos ou aspirados para contentores próprios. Em caso de picada ou corte deve contatar o seu médico.

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Para a grande maioria das situações a lavagem com água e sabão é suficiente para reduzir o risco de infeções. A utilização de soluções alcoólicas e outros produtos antissépticos reserva-se habitualmente aos profissionais de saúde, embora se recomende que o cuidador proceda também a uma higienização antisséptica quando necessário.

A utilização inadequada de antibióticos é a principal causa de resistências bacterianas. Não deve utilizar antibióticos sem a indicação formal do médico. No final de cada curso de antibiótico, devolver a caixa com os comprimidos restantes a uma farmácia.

Se o doente está colonizado ou infetado com uma bactéria multirresistente deve procurar recomendações suplementares junto do seu médico.

PARA GUARDAR E CUIDAR

→ A higiene das mãos, a adoção de comportamentos de prevenção de infeções por sangue e o uso de luvas e outros equipamentos de proteção pessoal são medidas que o cuidador deve considerar para a prevenção e controlo de infeções.

26.

Higiene da Pessoa Idosa

JOÃO PAULO DE ALMEIDA TAVARES

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

A PELE DA PESSOA IDOSA

A pele apresenta alterações que decorrem do envelhecimento, nomeadamente: perda de elasticidade cutânea (fica mais fina e perde tecido subcutâneo); aumento de fragilidade, maior probabilidade de púrpura, equimoses e traumatismos; períodos mais longos na cicatrização e regeneração de feridas e lesões, aparecimento de rugas, diminuição da atividade das glândulas sebáceas.

Para além destas alterações, muitas pessoas idosas sofrem de pele seca (áspera e descamativa), frequentemente nos membros inferiores e superiores. Existem vários fatores que podem contribuir para secar a pele, tais como, beber poucos líquidos, exposição solar excessiva, permanecer em ambiente com ar seco (espaços aquecidos), stress e diminuição da transpiração e produção de secreções pelas glândulas da pele (comuns com a idade). Este problema também pode ser causado por problemas de saúde, tal como diabetes ou doença renal. Usar muito sabão, antitranspirantes, perfumes ou banhos de água muito quente podem, igualmente, contribuir para a pele seca.

Cuidar da pele das pessoas idosas é fundamental para que esses se sintam e “pareçam” bem. Uma das estratégias para tal passa pelos cuidados de higiene/banho, que constituem, também, uma oportunidade para:

- manutenção da independência – incentivando as pessoas idosas a mobilizar os braços e pernas e a participar ativamente no banho;
- promoção do conforto físico, psicológico e relaxamento;
- estimulação da circulação sanguínea;
- prevenção de infeções e problemas cutâneos;
- promoção da autoimagem;
- manutenção da limpeza e hidratação da pele.

HIGIENE, O QUE É?

A higiene é um conjunto de meios e regras que procura garantir o bem-estar físico e mental das pessoas, promovendo saúde e prevenindo doença.

O cuidado de higiene é mais do que a limpeza da pele, tratando-se de um encontro entre duas pessoas. Para muitos cuidadores, a higiene do ente querido pode ser um momento gerador de stress, nomeadamente quando é de género diferente (exemplo: filha que ajuda o pai). Esse cuidado pode ser ainda mais stressante perante pessoas idosas com demência. Nessas situações o cuidador deve procurar ajuda de outros membros da família ou cuidadores formais. Contudo, este momento pode, também, ser encarado como uma oportunidade para estabelecer uma relação ou reforçar laços de carinho e afeto. Para a pessoa idosa, a presença do familiar nesta atividade demonstra cuidado e preocupação. Este momento pode permitir explorar valores pessoais e culturais e conhecer as preferências da pessoa. Por último, pode ser um momento para identificar algumas alterações orgânicas, nomeadamente feridas ou lesões na pele, perdas de urina e/ou fezes, deformações, entre outras.

É essencial um planeamento cuidadoso do cuidado de higiene. Este deve considerar: a capacidade da pessoa idosa para colaborar no cuidado, as preferências e pedidos da pessoa, o número de pessoas a quem prestar o cuidado (exemplo: em instituições).

Antes da higiene deve: proporcionar uma temperatura agradável na casa de banho e analisar, cuidadosamente, a presença de todo o material necessário (quadro 1) e os passos do procedimento para evitar interrupções do banho.

Evite deixar a pessoa sozinha. Explique sempre o que vai fazer. Respeite ao máximo a intimidade da pessoa.

Quadro 1 - Material necessário na higiene

A roupa pela ordem de ser vestida (exemplo: soutien, camisola interior e camisola);

Toalhas e manápuas;

Sabão neutro ou ligeiramente ácido e champô (ou produtos 2 em 1 – champô e gel de banho);

Creme hidratante;

Creme barreira (com óxido de zinco);

Arrastadeira/aparadeira;

Objetos pessoais (corta unhas, desodorizante sem álcool, escova e pasta dos dentes, elixir oral sem álcool, pente ou escova e maquiagem);

Material de proteção individual: luvas e avental;

Na cama: roupa para substituir, bacias/taças e saco para colocar a roupa suja.

A higiene na pessoa idosa não tem de ser uma obrigação diária. Procure saber as rotinas e hábitos da pessoa (exemplo: “Gosta mais de tomar banho de manhã ou à noite?”, “Com que frequência toma banho?”). Para muitas pessoas o banho constitui uma atividade complexa que pode ser geradora de medo, vergonha e insegurança. Ao avaliar as preferências e necessidades da pessoa idosa, poderá optar entre:

- ➔ O cuidado de higiene total (banho no chuveiro e/ou banheira ou na cama em caso de maior dependência – lavar o corpo com uma esponja ou manípulo molhada, mas sem imersão em água – existem produtos de limpeza, tais como, toalhetes/luvas de lavagem húmida que não precisam de enxaguamento). Este cuidado deve ser realizado pelo menos duas vezes por semana. Não tem de realizar todo este cuidado de uma só vez. Aproveite as oportunidades à medida que surgem (por exemplo, podem lavar diferentes partes do corpo em dias diferentes);
- ➔ Cuidado de higiene parcial - implica lavar parte do corpo, frequentemente as regiões com secreção abundante e maior carência de higiene, tais como: face, boca, mãos, axilas e períneo (inclui a região genital e anal).

A higiene inclui uma ou mais das seguintes atividades:

- ➔ Providenciar a limpeza do corpo, incluindo os olhos, ouvidos, nariz e períneo;

- Providenciar higiene oral, incluindo cuidados com a prótese dentária;
- Cuidar do cabelo - um cabelo bem lavado e arranjado previne a irritação da pele e infecções. A aparência do cabelo influencia a autoimagem e as reações e opiniões dos outros;
- Barbear a face ou outras partes do corpo;
- Providenciar cuidados aos pés e unhas;
- Nas pessoas mais dependentes, (confira capítulo alterações da mobilidade) trocar a roupa da cama (esticar a roupa da cama, mudando a roupa suja se necessário) é, também, uma atividade de higiene.

Em todas estas atividades, procure promover ao máximo a funcionalidade da pessoa idosa. Conheça o que ela ainda consegue realizar por si. De que tipo de ajuda precisa? Quais os produtos de apoio que podem facilitar a higiene (exemplo: cadeira sanitária, tapete antiderrapante)? Nas pessoas idosas mais dependentes, ou com limitação funcional, pode sempre sobrepor a sua mão à da pessoa, no sentido de encorajar os movimentos das articulações - técnica da mão sobre a mão. Para além dos benefícios inerentes ao movimento, nomeadamente para prevenir a rigidez das articulações e estimular a circulação e movimentos dos músculos, proporciona à pessoa uma oportunidade para ser mais ativo e participativo na higiene. Esta sensação é relevante para mitigar sentimentos associados à dependência e “sobrecarga” dos cuidadores.

CASA DE BANHO SEGURA

A segurança na casa de banho é muito importante, em especial para pessoas idosas com dores nas articulações, fraqueza muscular ou incapacidade física. Se o seu familiar tem algum destes problemas, procure estar atento e implemente medidas específicas.

BANHEIRA OU CHUVEIRO

Para proteger o seu familiar aquando o banho:

- Coloque tapete de ventosos antiderrapantes ou spray antiderrapante na banheira para evitar quedas;

- Use um tapete de banho antiderrapante fora da banheira ou chuveiro;
- Instale uma torneira com alavanca única para misturar a água quente e fria, caso ainda não tenha;
- Mantenha a temperatura da água por volta dos 35°C para prevenir queimaduras;
- Sente o seu familiar na cadeira de banho ou banco durante o banho;
- Mantenha o piso em redor da banheira ou chuveiro seco;
- Use sabonete em vez de gel de banho, reduz o risco da banheira ou chuveiro ficar escorregadio;
- Se possível, coloque barras de apoio. NÃO use os toalheiros como barras de apoio, podem não suportar o peso;
- Assegure uma boa iluminação da casa de banho, em especial no período noturno.

NORMAS APLICÁVEIS À HIGIENE

- Promover segurança e prevenir quedas. O banho pode ser gerador de dor, em especial para as pessoas mais dependentes. Caso verifique esta situação com o seu familiar, questione os profissionais de saúde sobre a possibilidade de administrar um analgésico previamente;
- Envolver a pessoa em todo o processo de banho dando-lhe tanto controlo quanto possível;
- Usar uma boa postura corporal durante a higiene. Manter as costas direitas, usar as pernas e os músculos abdominais e manter uma ampla base de suporte;
- Explicar todos os passos a efetuar (facilita a colaboração da pessoa);
- Realizar higiene parcial sempre que houver contato com excreções (urina e fezes) para prevenir lesões da pele. Nas pessoas com incontinência recomenda-se a aplicação de um creme barreira nas zonas exposta à humidade;

- ➔ Nunca aplicar sabão em zonas com feridas e evitar molhar pensos (se acontecer solicitar ajuda de um enfermeiro);
- ➔ Conduzir a lavagem das áreas mais “limpas para as sujas”. Na figura 1 apresenta-se a ordem:

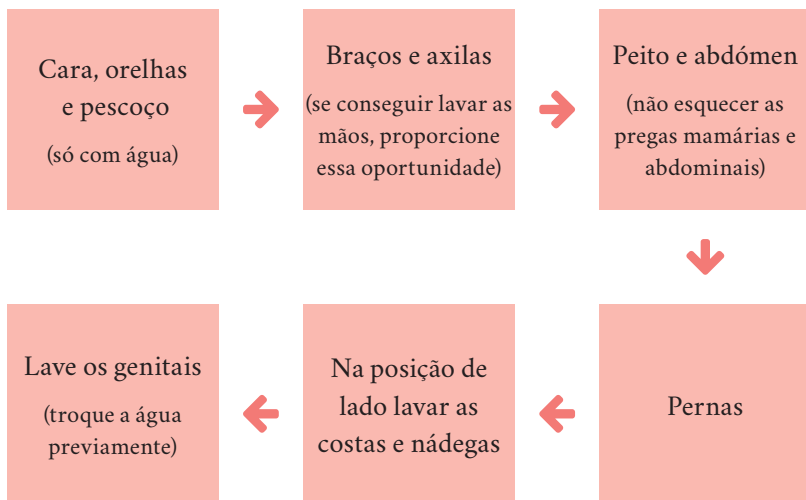


Figura 1 - Ordem para proceder à higiene da pessoa no leito

- ➔ Para lavar os genitais, coloque previamente a arrastadeira:
 - Verta a água da púbis para o ânus;
 - Use sabão neutro e passar por água limpa;
 - Nas mulheres lave de frente para trás (da vagina em direção ao ânus).
 - Nos homens retire o prepúcio (pele que envolve a extremidade do pénis) e lave a glande. Não se esqueça de colocar o prepúcio a cobrir a glande após secar. Se NÃO conseguir puxar o prepúcio, não force. Comunique ao seu médico ou enfermeiro;
- ➔ Evite utilizar álcool ou loções alcooolizadas (secam a pele);
- ➔ Depois da higiene seque a pele com movimentos saudáveis. Evite

arrastar a toalha na pele para evitar lesões na pele mais frágeis;

- Tenha especial atenção às pregas da pele, sobretudo em pessoa com excesso de peso (debaixo das mamas, virilhas, prega da barriga, entre os dedos);
- Utilize cremes hidratantes. A massagem da pele nas costas e à volta das proeminências ósseas estimula a circulação e aumenta a nutrição da pele e tecidos subjacentes. **IMPORTANTE:** não realizar massagem nas proeminências ósseas avermelhadas. Fale com o seu enfermeiro;
- Observe a pele para vigiar o aparecimento de feridas, pisaduras, zonas avermelhadas e bolhas.

Se tiver que realizar o banho na cama, para além do referido anteriormente, não se esqueça de:

- Trocar a água as vezes que forem necessárias;
- Ter uma taça de água com sabão e outra de água sem sabão;
- Despir somente as zonas que irá lavar cumprindo a seguinte ordem: lavar e secar, (cubra a zona lavada e avance para outra).

DICAS PARA LAVAR O CABELO

Coloque uma toalha ao redor do pescoço. Coloque a cabeça de lado na cama e por baixo um saco ou recipiente para aparar a água. Se a cabeceira da cama sair, pode colocar a cabeça na borda da cama, recorrendo a um saco ou recipiente para aparar a água.



Figura 2 – Lava cabeça insuflável (imagem gentilmente cedida pela Ortomed).

Existem produtos de apoio portáteis e insufláveis para facilitar esta atividade (figura 2).

Os champôs para crianças são um recurso valioso também para as pessoas idosas uma vez que não ardem nos olhos, devendo ser usados em pequena quantidade para facilitar uma rápida remoção. Pode optar, também, por champô seco.

DICAS PARA MÃO E PÉS

Nas pessoas com diabetes ou problemas de circulação é muito importante estar atento ao aparecimento de feridas. Opte por cortar as unhas depois do banho. Deve cortar em linha reta para evitar que possam encravar. Os cantos das unhas devem permanecer visíveis. Troque de meias todos os dias, dando preferência a meias de algodão sem costuras, dado que ajudam a manter a integridade das unhas.

DICAS PARA LAVAR OLHOS E OUIDOS

Peça à pessoa para fechar os olhos. Utilize compressas diferentes para cada olho. Lave com soro fisiológico a zona próxima do nariz (canal lacrimal), desperdiçando essa compressa. Seguidamente, com outra compressa, limpe a parte superior, inferior e o bordo externo no olho. Evite passar a compressa dentro do olho. Se notar o olho vermelho ou com muitas secreções comunique ao profissional de saúde.

Lave as orelhas com água e sabão. Deve secar apenas com a toalha (não utilizar cotonetes ou similares). Nas pessoas com prótese auditiva deve retirar o aparelho no momento de dormir. Deve desligá-lo (abrir porta-pilhas); limpar com um pano seco o aparelho e o molde, dando especial atenção ao orifício de abertura do molde para que não fique bloqueado com secreção (cerúmen, vulgo cera); depois de desligado e limpo, deve colocar o aparelho auditivo dentro da caixa apropriada fechando-a; caso possua um desumidificador (equipamento para extrair humidade do dispositivo) e deve retirar a pilha do aparelho auditivo antes de o colocar dentro do desumidificador.

Não deve utilizar o aparelho auditivo nas seguintes condições:

- Dormir;
- Banho, cabeleireiro, praia e piscinas (evitar o contacto com água);
- Raio-X;
- Tomografia Axial Computorizada - TAC;
- Ressonância Magnética.

DICAS PARA HIGIENE ORAL

O cuidado com a cavidade oral (boca) ajuda a prevenir infeções, promove a nutrição (melhora o sabor dos alimentos), facilita a comunicação e promove a sensação de bem-estar e dignidade. Se a pessoa estiver acamada, lembre-se de posicioná-la em decúbito dorsal (virada para cima), com a cabeceira elevada, pelo menos a 45° e com a cabeça apoiada e numa posição confortável para a realização deste procedimento

Deve escovar os dentes depois das refeições ou pelo menos duas vezes por dia. Se a pessoa colaborar, não se esqueça da escovagem da língua. Use uma escova de dentes macia e com cabos mais longos e grossos (podem facilitar a utilização da escova pela pessoa). Pode utilizar esponjas absorventes, nos casos em que a escova esteja conta-indicada. Deve escovar com movimentos que vão da gengiva à ponta dos dentes. Escove: 1 - as superfícies voltadas para a bochecha dos dentes superiores e inferiores; 2 - as superfícies internas dos dentes superiores e inferiores e 3 - as superfícies de mastigação.

Caso a pessoa esteja inconsciente, ou não colaborar, deve abrir suavemente a boca com a mão não-dominante e executar a lavagem da boca com a mão dominante. Use uma esponja absorvente ou espátula com compressa na ponta embebida numa solução antisséptica diluída em água.

Se a pessoa usar próteses dentária remova-as e realize a escovagem das mesmas. Retire as próteses durante a noite e coloque-as num recipiente com água ou solução de imersão. Esteja atento a feridas que possam aparecer na boca e à integridade da língua (se estiver muito roxa ou com placas brancas pode haver infeção por fungos, devendo consultar o seu médico).

Após a remoção das próteses dentárias, e nas pessoas idosas que não tenham dentes, deve realizar a lavagem da cavidade oral e língua (caso a pessoa esteja consciente).

DICAS PARA HIGIENE NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA.

Avalie a capacidade que a pessoa tem para:

- Encontrar a casa de banho;
- Manter um nível de visão satisfatório;
- Manter o equilíbrio sem medo de cair;
- Mobilizar os braços (esticar e agarrar);
- Recordar as etapas do banho, seguir pistas ou exemplos;
- Identificar e usar diferentes produtos (sabão, champô, toalhas, ...);
- Avaliar a temperatura da água.

A pessoa idosa com demência pode ter medo ou mesmo recusar tomar banho. Não discutir/ argumentar é a primeira regra no cuidado à pessoa com demência, não porque o seu ente querido não queira compreender os seus motivos, mas porque a demência lhe torna o raciocínio mais difícil, fazendo parte da progressão da demência. Em vez de tentar convencer a pessoa de que o banho é necessário, o cuidador deve procurar conhecer as causas da resistência do familiar.

Seguidamente, apresentam-se outras dicas para a higiene, para além das referidas anteriormente.

- Não deixe a pessoa confusa ou frágil sozinha no chuveiro ou na banheira. Tenha rotinas organizadas e simplifique o banho, tornando-o breve;
- Mantenha, o máximo possível, os hábitos da pessoa. Será mais fácil para si adaptar-se ao hábito que ela tem do que o contrário;
- Dê oportunidade de escolha à pessoa idosa de quem cuida. Pergunte:

prefere tomar banho agora ou daqui a 15 minutos?;

- A lavagem do cabelo pode ser uma tarefa difícil. Use uma toalha para evitar que água vá para o rosto da pessoa. Se possível, realize o cuidado ao cabelo separado do banho corporal;
- Tenha a certeza que a pessoa tem um papel ativo. A pessoa é o seu foco, não a higiene. A pessoa pode segurar a esponja a ou champô;
- Disponha os produtos de higiene na sequência que serão utilizados (sabão – esponja/manápula - toalhas e roupa);
- Utilize frase simples e pistas verbais: “ponha os seus pés no chuveiro”; “sente-se na cadeira de banho”; “aqui tem o sabão”; “pode esfregar o seu braço”;
- Use a técnica “olhe para mim” na qual irá demonstrar o gesto que quer que a pessoa faça (exemplo: movimento da escovagem dos dentes) e a técnica da “mão sobre a mão”;
- Encoraje verbalmente dizendo coisas agradáveis como “a água morna sabe bem” ou “que sensação boa”. Elogie sempre;
- Esteja consciente que a pessoa pode perceber o banho como uma ameaça. A pessoa pode cansar-se facilmente, o que pode contribuir para comportamentos perturbadores (agitação, agressividade). Tenha preparada uma atividade no caso de a pessoa ficar agitada. Por exemplo, pôr música calma ou cantar com a pessoa;
- Se a pessoa resistir ao banho, não insista ou force: distraia-a e tente mais tarde;
- Proteja sempre a dignidade e privacidade da pessoa: tente que se sinta menos vulnerável cobrindo-a com a toalha de banho enquanto não está vestida. Feche as portas e corra as cortinas;
- Se tiver banheira coloque apenas 4 a 6 centímetros de água;
- Cubra ou retire os espelhos se o reflexo da pessoa a fizer acreditar que está com um estranho na casa de banho;
- Seja flexível. Procure outras formas de fazer ou outros horários. Se

necessário, permita à pessoa entrar na banheira ou chuveiro com a roupa vestida: pode querer despir-se depois de a roupa estar molhada;

➔ Depois do banho, sente a pessoa enquanto a seca e certifique-se de que seca todas as zonas, em especial as pregas e espaços entre os dedos. Seque com movimentos suaves em vez de esfregar.

PARA GUARDAR E CUIDAR

➔ O cuidado de higiene à pessoa idosa deve ser entendido como um encontro que proporciona bem-estar e partilha de afetos. Para além de melhorar a autoestima, ajuda a prevenir infeções e permite identificar problemas na pele (exemplo: úlceras de pressão). Constitui um momento único de promoção da funcionalidade ou manutenção das capacidades da pessoa, quer físicas, quer mentais.

➔ Lembre-se de que não existe uma fórmula mágica para o cuidado de higiene. As dicas apresentadas devem ir ao encontro das suas expectativas e da pessoa idosa. Para evitar que o banho se torne um momento stressante só precisa de ser flexível, criativo, compreensivo, respeitoso, transmitindo confiança e considerando o ritmo e a vontade da pessoa.

27.

Identificação e Atuação em Situações de Emergência no Idoso

RAFAELA VERÍSSIMO

Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Centro Hospitalar de
Vila Nova de Gaia/Espinho

Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos

Pós-Graduada em Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Os idosos, condicionados pelas alterações fisiopatológicas do envelhecimento e a acumulação de várias patologias, ficam mais suscetíveis a acidentes e podem desenvolver emergências, sendo que os cuidadores devem ser capazes de as reconhecer e estarem preparados para intervir até que chegue ajuda diferenciada.

Neste capítulo pretende-se apresentar uma abordagem prática, de fácil compreensão e aplicação do conhecimento técnico-científico ao tipo de emergências mais comuns nos idosos, bem como dar indicações sobre o que é possível fazer para a prevenção de acidentes e para a melhoria da qualidade de vida do idoso, com a prestação dos primeiros socorros.

SÍNCOPE E DESMAIO

A síncope traduz-se por uma perda de consciência (desmaio) súbita e repentina devido à diminuição de sangue e oxigénio no cérebro, podendo o indivíduo recuperar espontaneamente após uns segundos ou manter-se inanimado. Pode ser provocada por baixa de açúcar no sangue (hipoglicemia), cansaço, fome, nervosismo, emoções súbitas, dor intensa, mudança súbita de posição (levantar-se) ou por arritmias cardíacas.

É importante identificar sinais de pré-desmaio e sintomas de pressão arterial baixa (fraqueza, tonturas, suores frios, palidez, náuseas (enjoos) ou vômitos, perda de visão e desequilíbrio).

Caso estes sintomas se verifiquem o indivíduo deve ser colocado sentado numa cadeira ou banco, curvado para a frente, colocando a cabeça entre as pernas, de modo a que a mesma fique abaixo dos joelhos (figura 1); deverá inspirar e expirar pela boca até melhoria dos sintomas.

Se ocorrer perda de consciência deve deitar-se o idoso em posição lateral de segurança (no caso de haver vômito evita que haja aspiração). Deve também levantar-se as pernas, apoiando nalgum objeto, para que fiquem elevadas acima do nível do coração (figura 2).

De notar que não se deve dar líquidos ou alimentos até o indivíduo recuperar totalmente os sentidos, nem agitar ou atirar água para a cara, devendo

manter-se sentado/deitado até que chegue ajuda diferenciada (médico, enfermeiro, socorrista).



Figura 1

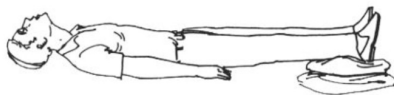


Figura 2

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Comer rápido ou uma grande quantidade enquanto se conversa, ri ou tomar vários comprimidos de uma só vez pode ser suficiente para um indivíduo se engasgar.

Se um idoso estiver engasgado com líquidos ou sólidos apresentará dificuldade em respirar, face roxa (cianose), agitação, incapaz de tossir ou falar. O sinal típico é o colocar as mãos à volta do pescoço (figura 3).



Figura 3

Se o indivíduo conseguir falar significa que a obstrução não é total e deve ser incentivado a tossir para expelir o objetivo. Caso não seja possível e a vítima estiver consciente:

- Deve abraçar-se o idoso por trás com as mãos na altura do estômago, ou seja, entre o umbigo e o apêndice xifoide;
- A mão que fica em contacto com o abdómen deve estar fechada e a outra colocada sobre a primeira;
- Deve fazer-se compressões abdominais para trás e para cima até que o objeto seja expelido. Esta é chamada a manobra de Heimlich (figura 4).

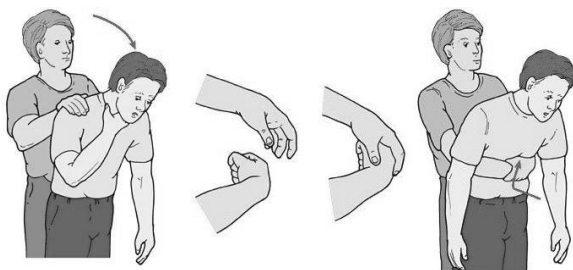


Figura 4

Em vítimas inconscientes deve-se proceder da seguinte maneira:

- Fazer a inspeção da cavidade oral, colocando a mão na boca do idoso e procurando retirar o objeto que motivou a obstrução da via aérea;
- Ajoelhar-se ao lado da vítima e fazer compressões entre o apêndice xifóide e a cicatriz umbilical para cima e para trás com o objetivo de expelir o objeto, repetindo a técnica cinco vezes (figura 5);
- Seguidamente fazer duas ventilações (boca-a-boca) (figura 6);
- Deverá manter-se esta sequência até que o objeto seja expelido ou possa ser removido com as mãos;
- Chamar ajuda pelo 112.



Figura 5



Figura 6

CONVULSÕES

A convulsão é a contração involuntária da musculatura provocando movimentos desordenados, com ou sem perda de consciência. Esta pode estar relacionada com febre alta, determinados medicamentos, choque elétrico ou acidentes com traumatismo do crânio.

Quando alguém tem uma convulsão habitualmente perde a consciência, cai no chão desamparadamente, fica com um olhar fixo e/ou revira os olhos, apresenta o corpo rígido, podendo ter suores, salivação intensa, palidez e os lábios e extremidades ficam roxos. Observa-se muitas vezes movimentos involuntários e perda do controlo de esfíncteres, podendo ficar urinado ou defecar sem controlo próprio.

Perante uma situação destas deve-se amparar o idoso para que não caia no chão sem apoio; devem retirar-se todos os objetos que possa ter na boca, incluindo próteses dentárias, de modo a evitar que sufoque ou que possa engolir. Deverá também retirar-se em redor da vítima todos os objetos que possam ser prejudiciais e colocar almofadas à sua volta.

O indivíduo deve ser colocado em posição lateral de segurança para evitar que não se engasgue com a queda da língua ou com secreções.; deve ser confortado e acalmado, conversando-se com ele (figura 7).

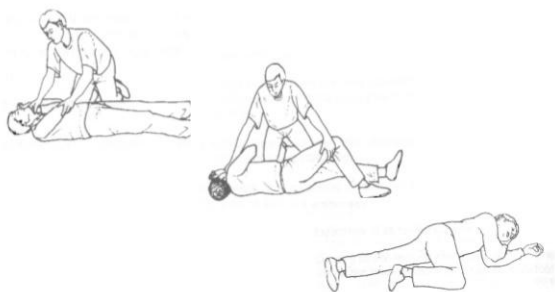


Figura 7

Os movimentos incontrolados do indivíduo não devem ser controlados, apenas imobilizados para que não se magoe. Também não se deve colocar a mão ou dedos na boca do indivíduo, prevenindo o risco de mordedura, a fim de evitar que se trinque.

Deve ser contactada a emergência médica, encaminhando a vítima para o hospital. É comum ocorrerem episódios de amnésia em que o indivíduo não se recorda do que aconteceu, sendo importante explicar e dar segurança ao mesmo.

Não se devem dar líquidos ou alimentos até este recuperar totalmente os sentidos.

HIPOGLICEMIA

A hipoglicemia é a baixa de açúcar no sangue, que ocorre após um esforço intenso, jejum prolongado ou exagero da dose de insulina (sintomas aparecem habitualmente quando a glicemia é menor que 60 mg/dl, mas é muito variável de indivíduo para indivíduo).

Os sintomas iniciais de hipoglicemia são suores (sudorese), palidez, tremores, nervosismo, fome, enjoos. Com a evolução da descida de açúcar estes sintomas tornam-se mais graves, provocando tonturas, dores de cabeça (cefaleias), cansaço/fadiga e confusão mental, perda da fala e do movimento e desmaio.

Para o tratamento da hipoglicemia o fundamental é a administração de açúcar. Se o idoso estiver sonolento ou adormecido deve colocar-se açúcar debaixo da língua e esperar alguns minutos para observar se recupera o estado de consciência. Após recuperar, este deverá fazer uma refeição rica em hidratos de carbono (pão de mistura, bolachas de água e sal ou integrais, ou tostas).

Caso o idoso não melhore dos sintomas ou se estiver inconsciente deve ser chamado o 112 ou encaminhar ao Serviço de Urgência.

Os indivíduos com Diabetes Mellitus devem ter sempre uma identificação da doença para que os profissionais de saúde possam ter conhecimento da situação.

HEMORRAGIA

A hemorragia é uma situação aguda urgente e pode ameaçar a vida de um idoso. Pode ser interna ou externa. Quando o ponto de partida é uma ferida ou um corte, deve lavar-se as próprias mãos e lavar-se a ferida do idoso abundantemente com água ou soro fisiológico e tentar controlar a hemorragia com uma compressa, elevando o membro afetado.

Em geral as hemorragias nasais envolvem apenas uma narina, mas ocasionalmente ambas as narinas podem estar envolvidas. No caso da hemorragia nasal (epistáxis) deve colocar-se o idoso sentado (de forma a que a cabeça fique acima do nível do coração), inclinar-se ligeiramente para a frente e respirar pela boca. Deve fazer-se pressão nas narinas logo abaixo do osso do nariz, não sendo permitido assoar ou espirrar; deve aplicar-se um saco com gelo no dorso do nariz e esperar 5-10 minutos (figura 8). Em pessoas sem outros problemas de saúde, a maior parte das hemorragias nasais anteriores ligeiras podem ser tratadas no domicílio. Se a hemorragia nasal for grave e não responder às medidas de primeiros socorros, será necessário consultar imediatamente um médico.

Não se deve colocar qualquer substância a fim de tentar parar a hemorragia. Não deve adiar a ida ao hospital, pois pode atrasar a cicatrização da ferida.



Figura 8

Se a ferida for grave (um corte mais profundo ou penetrante) não deve remover corpos estranhos do ferimento e deve fazer-se compressão cerca de 10 minutos; caso o sangramento não tenha cessado, deve trocar-se a compressa e manter novamente a compressão.

Deve chamar-se o 112 e/ou o indivíduo deve ser encaminhado para o hospital mais próximo.

Por vezes ocorre a chamada hemorragia interna, que se pode manifestar exteriormente pelas fezes com cheiro fétido, vômitos, tosse. É também necessário enviar o indivíduo ao serviço de urgência para encontrar a proveniência da hemorragia.

QUEIMADURAS

Define-se queimadura qualquer lesão no organismo humano provocada pela ação curta ou prolongada de temperaturas extremas, choque elétrico, radiações ou produtos químicos sobre o corpo (figura 9).

No caso de queimaduras de primeiro grau (que atingem apenas a primeira camada da pele, a epiderme) observa-se dor, ardor e vermelhidão no local. Deve lavar-se a queimadura com água corrente, à temperatura ambiente, cerca de um minuto, não devendo manter-se mais tempo. Não deve aplicar-se

água gelada ou água quente, nem colocar gelo na lesão.

As queimaduras de segundo grau atingem a epiderme e a derme e causam dor e ardor, vermelhidão e bolhas no local. Deve lavar-se o local e colocar um pano ou gaze humedecida no local lesado. Não devem ser aplicadas pomadas, cremes, manteiga ou margarina. Nunca devem furar-se as bolhas nem tocar na parte queimada, para evitar infecções.

As queimaduras de terceiro grau são as que atingem todas as camadas da pele, atingindo por vezes os músculos e ossos, não causam dor, mas ficam com aspeto branco, preto ou acastanhada. Deve lavar-se o local, chamar ajuda de imediato (112) e encaminhar ao hospital.

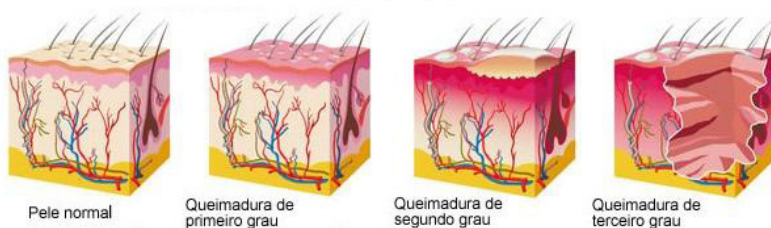


Figura 9

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O acidente vascular cerebral (AVC) define-se como a falta de irrigação sanguínea e de oxigenação cerebral. Quando se quer verificar se uma pessoa está a ter um AVC deve identificar-se:

- Assimetria facial (figura 10);
- Queda de um membro;
- Alteração da fala.

Se o idoso apresenta um destes sinais tem 72% probabilidade de ter um AVC, se apresentar os 3 sinais a probabilidade aumenta para 85%.

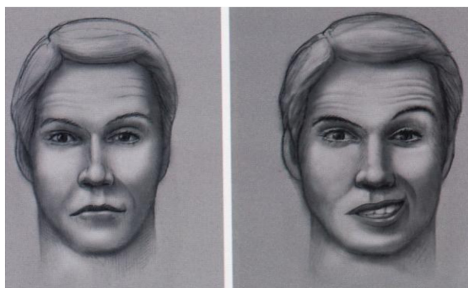


Figura 10

Deve pedir-se ao idoso que:

- ➔ Sorria de modo a avaliar se existe alguma alteração na face;
- ➔ Realize ações que permitam avaliar a perda de movimento dos braços e/ou pernas, a incapacidade de comandar o braço ou mão, andar ou segurar objetos;
- ➔ Pronuncie algumas palavras de modo a avaliar se tem dificuldade a pronunciar palavras ou desvio da comissura labial.

Se verificar alguma destas alterações deve dirigir-se ao Serviço de Urgência mais próximo ou chamar o 112. O idoso deve ser acalmado e colocado no chão e não se devem dar bebidas ou alimentos até que chegue a ajuda.

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

O enfarte agudo do miocárdio ocorre quando há falta de irrigação sanguínea no músculo cardíaco, provocada por uma obstrução de uma artéria coronária. Habitualmente o indivíduo queixa-se de um desconforto torácico e uma dor opressiva no peito (figura 11) que pode irradiar para o pescoço e braço esquerdo e de forma menos frequente para o braço direito, maxilar inferior ou estômago. Pode ainda manifestar-se com angústia, ansiedade e sensação de morte eminente, náuseas (enjoo) e vômitos, suores e pode até originar perda de consciência.

Deve-se pedir ajuda (112) e promover-se um ambiente calmo ao idoso. Se

este estiver consciente deve colocar-se o mesmo numa posição confortável, em repouso, sempre com o tronco mais elevado; caso esteja inconsciente, deve colocar-se na posição lateral de segurança.

Pode também averiguar-se se o idoso toma medicação específica para a dor (angina) e colocar um comprimido debaixo da língua e conduzi-lo o mais rapidamente ao hospital.



Figura 11

QUEDAS

As quedas podem originar fraturas, pelo que após uma queda num idoso, se este se consegue levantar deverá ser encaminhado ao Serviço de Urgência.

Caso esteja inconsciente deverá ser chamada a emergência (112).

A fratura pode ser exposta e o fragmento do osso pode ser visível ou pode ser fechada e o idoso queixar-se de dor, formigueiro, perda de sensibilidade, incapacidade de mexer o membro ou apresentar uma deformidade com inchaço e sinais arroxeados na zona da fratura. Nenhuma fratura (exposta ou fechada) deve ser “colocada no lugar” e o indivíduo idoso não deve ser imobilizado até chegar ajuda.

Muitas vezes os idosos têm dificuldades em equilibrar-se e movimentar-se pelo que é muito importante que saibam como adaptar as habitações às dificuldades que enfrentam, de modo a evitar acidentes que levem a situações de emergência como quedas, queimaduras, etc.

Assim, apresentam-se abaixo algumas medidas de prevenção.

CONSELHOS GERAIS DE PREVENÇÃO

1. As portas e as janelas devem permitir uma abertura fácil a partir do interior, para que possam ser utilizadas como saídas de emergência;
2. Como medida de segurança adicional, deverá instalar detetores de incêndio em casa, incluindo nos quartos e na garagem;
3. Se tiver problemas auditivos ou visuais, deve instalar alarmes que utilizem sinais luminosos ou por vibração;
4. Se tiver dificuldades em deslocar-se e necessitar de ajuda, certifique-se que em caso de emergência terá alguém que virá em seu auxílio;
5. Mantenha sempre um telemóvel perto de si. Se ficar encurralado poderá ligar para pedir ajuda;
6. Pratique regularmente simulações de incêndio e percorra os caminhos que vai ter de utilizar para abandonar a sua residência em caso de emergência;
7. Os principais números de emergência devem estar colocados perto do telefone e gravados na memória do telemóvel;
8. As instalações elétricas e os eletrodomésticos devem ser mantidos limpos e em boa condição;
9. As passadeiras e os tapetes devem ser antiderrapantes para evitar quedas;
10. Os cabos e fios elétricos não devem ser colocados em passagens ou corredores porque podem provocar quedas;
11. Preferencialmente, a porta de entrada não deve ter degraus. Se tal se verificar, estes devem ser nivelados.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- Por perda de mobilidade e equilíbrio, o idoso poderá estar mais exposto ao risco de situações que se traduzam em situações de emergência.
- O idoso e seus cuidadores deverão, sempre que possível, tomar algumas medidas preventivas que implicam a adaptação do meio envolvente do idoso, reduzindo assim o risco de queda, queimadura e outros acidentes.
- Existem também situações de emergência que podem derivar de condições clínicas crônicas ou agudas do idoso, sendo importante a sensibilização e preparação do cuidador para a prestação de primeiros socorros.
- O idoso com comorbilidades deve fazer-se sempre acompanhar de informação referente à sua condição, para o caso de emergência (exemplo: diabetes, doença cardíaca, etc.).
- Ainda que sejam prestados os primeiros socorros pela pessoa presente no momento da emergência, existem situações em que é indispensável a assistência médica, pelo que, perante a gravidade da situação, deve ser acionado o pedido de socorro através do 112, ou em casos menos gravosos, o indivíduo deve ser encaminhado para o hospital mais próximo.

28.

Obstipação

PEDRO NARRA FIGUEIREDO

Professor Associado com Agregação da Faculdade de
Medicina da Universidade Coimbra

Consultor de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O QUE É?

Uma pessoa saudável apresenta um trânsito intestinal razoavelmente regular e as fezes são eliminadas do organismo com facilidade, sem muito esforço ou desconforto.

Embora a frequência normal das dejeções varie de indivíduo para indivíduo, 95% dos adultos saudáveis apresentam um padrão que pode variar de três vezes por dia até três vezes por semana.

Na obstipação, a frequência das dejeções é menor do que a esperada ou as fezes são duras, secas e difíceis de expelir.

Na maioria das vezes, a obstipação não se encontra associada a qualquer doença ou alteração do aparelho digestivo, estando antes ligada à dieta, ao estilo de vida (sedentária), à medicação ou a outros fatores que desidratam e aumentam a consistência das fezes, causando desconforto à sua passagem.

FREQUÊNCIA COM QUE A OBSTIPAÇÃO É DIAGNOSTICADA NOS IDOSOS

A prevalência da obstipação entre os idosos poderá alcançar 15 a 20%, podendo atingir metade dos idosos institucionalizados. Em 2006, no Reino Unido, a obstipação motivou 13 milhões de prescrições e 7 milhões de consultas médicas nos Estados Unidos da América.

É importante salientar que a obstipação não é uma consequência do envelhecimento, não estando demonstradas alterações da motilidade do intestino associadas ao avançar da idade.

QUAIS AS CAUSAS MAIS FREQUENTES?

Quanto às causas, há dois grandes tipos de obstipação: a obstipação dita funcional e a secundária em que, por oposição à primeira, existe uma causa provável.

No âmbito da obstipação secundária, é extensa a lista de causas que inclui as de natureza digestiva, de que são exemplo o síndrome do intestino irritável ou a fissura anal, neurológica, caso da demência e da Doença de Parkinson,

endócrina/metabólica, que inclui a diabetes e o hipotiroidismo, cardíaca, caso da insuficiência cardíaca congestiva e associada a medicações. Esta última assume particular relevância em relação com o facto de, frequentemente, os idosos se encontrarem polimedicados. Entre os fármacos que podem estar envolvidos na génese de um quadro de obstipação salientamos os analgésicos, os antiácidos, os antidepressivos tricíclicos, antiespasmódicos, anti-histamínicos, antiepiléticos, antiparkinsonicos, diuréticos, antagonistas dos canais do cálcio, entre outros.

Relativamente à obstipação funcional, podemos presumir a sua existência apenas após a cuidadosa exclusão das causas acima mencionadas. Os critérios para o seu diagnóstico são os seguintes:

DOIS OU MAIS DOS SEGUINTE PRESENTES NOS ÚLTIMOS 3 MESES E SINTOMAS HÁ 6 MESES:

- Esforço em > 25% das dejeções;
- Fezes duras em > 25% das dejeções;
- Sensação de evacuação incompleta em > 25% das dejeções;
- Sensação de obstrução ano-retal > 25% das dejeções;
- Manobras manuais em > 25% das dejeções;
- Menos de 3 dejeções por semana.

RELEMBRAMOS OS 10 “D” DA OBSTIPAÇÃO NO IDOSO, COM BASE NA LÍNGUA INGLESA:

Fármacos	Drugs (side effects)
Disfunção defecatória	Defecatory dysfunction
Doença degenerativa	Degenerative disease
Diminuição da ingestão alimentar	Decreased dietary intake

Demência	Dementia
Diminuição da mobilidade/ atividade	Decreased mobility/activity
Dependência da assistência de terceiros	Dependence on others for assistance
Diminuição da privacidade	Decreased privacy
Desidratação	Dehydration
Depressão	Depression

COMO DIAGNOSTICAR?

O diagnóstico é clínico, com base na história clínica do doente, raramente sendo necessário recorrer a exames complementares de diagnóstico para encontrar a causa.

EXAMES COMPLEMENTARES? QUAIS?

A avaliação clínica inclui a inspeção anal e o toque retal que visam não só detetar fistulas, fissuras, massas e fecalomas, mas também avaliar o tónus dos esfíncteres, a capacidade de contração esfíncteriana, defeitos na parede anterior sugestivos de rectocelo, a descida do dedo e do períneo quando o paciente simula defecação.

A obstipação, por si só, raramente é indicação para a realização de exames ao intestino, designadamente a colonoscopia, dado que os achados endoscópicos numa população de obstipados são idênticos aos encontrados em indivíduos submetidos a rastreio do cancro colo-retal. Caso a obstipação se acompanhe de alteração do estado geral, com emagrecimento ou presença de sangue nas fezes deve, nessa altura, ser realizado um estudo intestinal com recurso a colonoscopia.

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Os objetivos da terapêutica são o alívio dos sintomas e a restauração do trânsito normal, pretendendo-se obter pelo menos três dejeções semanais de fezes moldadas sem esforço à defecação e sem ou com efeitos adversos mínimos.

A existência de um ambiente cómodo e confortável, encorajar a defecação a horas certas e “aproveitar” o reflexo gastro-cólico que possa existir após as refeições, constituem estratégias adequadas.

A hidratação oral, o aumento da atividade física e o incremento do teor de fibra na dieta, ainda que não suportados por uma evidência muito robusta, podem levar a uma melhoria da obstipação.

Relativamente às fibras alimentares, recomenda-se que a ingestão diária de fibra seja de 20-25 g/dia. As modificações dietéticas devem ser graduais, salientando-se que o efeito não é imediato, podendo ocorrer dor e distensão abdominal

Os clisteres ou enemas também são usados no tratamento da obstipação e estão à venda em farmácias.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso deverá ser prescrito pelo médico assistente, dando-se preferência aos compostos contendo macrogol ou lactulose.



PARA GUARDAR E CUIDAR

- A obstipação crónica apresenta elevada prevalência.
- Pode ser classificada como funcional ou secundária, resultante de existência de doenças coexistentes ou de medicação.
- O tratamento inclui a hidratação oral, o aumento da atividade física e o incremento do teor de fibra na dieta.
- Apesar de o grau de evidência para estas recomendações não ser elevado, sendo predominantemente empíricas, produzem alívio sintomático em alguns doentes.
- Pode ser necessário recorrer ao tratamento farmacológico, que consiste na utilização de laxantes.
- O idoso deve ser observado por um médico se ocorrer uma interrupção no seu trânsito intestinal, se surgirem dores ou distensão abdominal ou se tiver uma perda de sangue.

29.

Incontinência Urinária

PATRÍCIA AFONSO MENDES

Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Assistente Hospitalar de Medicina Interna no Serviço de Medicina Interna do Centro
Hospitalar e Universitário de Coimbra

EDGAR TAVARES-DA-SILVA

Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Assistente Hospitalar de Urologia no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DEFINIÇÕES

A Sociedade Internacional de Continência (ICS) define incontinência urinária (IU) como a perda involuntária de urina. Existem vários tipos de incontinência urinária, com características e tratamentos diferentes. Os dois mais frequentes são a incontinência urinária de esforço (IUE) e a incontinência urinária de urgência (IUU). Se num doente ocorrerem simultaneamente estes dois tipos de incontinência, esta situação apelida-se de incontinência urinária mista (IUM).

A IUE é perda de urina aquando da realização de esforços, como tossir, levantar pesos ou subir escadas. Resulta de uma falência dos mecanismos de suporte da uretra ou do próprio esfíncter da bexiga.

A IUU é a perda involuntária de urina precedida de uma urgência, ou seja, há primeiro uma vontade súbita para urinar, que o doente não consegue adiar ou conter, levando à perda de urina. Este tipo de incontinência pode resultar de vários mecanismos, desde um aumento da sensibilidade da bexiga, a uma alteração do mecanismo de controlo do músculo da bexiga.

Há outros tipos de incontinência urinária que são raros, mas um pouco mais frequentes nos idosos. Um exemplo é a incontinência urinária funcional. Imagine que uma pessoa tem uma vontade súbita e imperiosa de urinar. Um idoso, com problemas de mobilidade, que demore mais tempo para chegar ao WC, poderá não o fazer em tempo útil, apresentando assim incontinência urinária funcional.

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E AJUSTE DAS EXPECTATIVAS

A incontinência urinária condiciona vários aspetos negativos na vida dos idosos. A nível psicológico gera isolamento, depressão e embaraço para os doentes que dela sofrem. Os doentes abstêm-se de sair de casa pelo medo de perder urina em público, sendo que um receio frequentemente descrito é o da possibilidade de as outras pessoas poderem sentir o cheiro da urina.

Esta depressão condiciona o próprio tratamento da incontinência urinária. Uma das primeiras formas de tratamento é a reabilitação do pavimento

pélvico com uma série de exercícios regulares. Porém, o sucesso deste tratamento, requer motivação do doente para a realização diária e regular dos exercícios. Além dos efeitos psicológicos negativos, a incontinência urinária pode causar agravamento de outras doenças crônicas como o agravamento de úlceras cutâneas de pressão em doentes acamados, ou risco de quedas com fraturas, nas situações em que os idosos se apressam para chegar ao WC.

A IU é fundamentalmente uma patologia da qualidade de vida. O objetivo do tratamento é que o doente tenha uma boa qualidade de vida, uma vez que, muitas vezes, e em particular nos idosos, não é possível a cura.

INTERVENÇÃO DO DOENTE E/OU DO CUIDADOR NO DIAGNÓSTICO E NAS PRIMEIRAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS CONSERVADORAS

Os doentes têm um papel fundamental no diagnóstico e no tratamento das doenças que os afetam. O seu tratamento pode passar muitas vezes pela modificação de hábitos ou comportamentos. Quando os doentes estão incapacitados para tomar conta de si, tem de ser o cuidador a assumir este papel. O conhecimento dos hábitos do doente e das condições em que as perdas de urina ocorrem são fundamentais para que o médico possa ajudar no tratamento desta situação. Um meio muito simples de ajudar ao diagnóstico da situação é a realização de um “Diário Miccional” (Figura 1).

Hora	Bebida		Urinar	Perdas			Sentiu vontade forte para urinar?		O que estava a fazer?
	Tipo	Quantidade	Quantidade	Pouco	Médio	Muito	Sim	Não	
8h	Café	Chávena	200ml	x			x		Caminhada

Figura 1 - Exemplo de diário miccional e seu preenchimento

Em três dias, não necessariamente consecutivos, poderá registrar desde que acorda até ao despertar do dia seguinte, as horas e quanto urinou de cada vez, se teve perdas de urina, a que horas ocorreram e o que sentiu ou estava a fazer e, finalmente, os líquidos que ingeriu ao longo do dia. Este registo poderá identificar alimentos irritantes para a bexiga que condicionam incontinência como o café, chá ou bebidas alcoólicas. Também ajuda a distinguir entre a incontinência urinária de esforço ou incontinência urinária de urgência.

Outra vantagem prende-se com a identificação do padrão de consumo de água ao longo do dia e sua regulação. Por exemplo, alguém que refere que perde urina de noite ou que acorda muitas vezes para urinar, poderá começar por parar de beber água duas horas antes de dormir. A quantidade de água consumida ao longo do dia deve ser a mesma, apenas repartida de forma diferente.

O tipo de dieta e de consumo de fluídos tem marcada importância no tratamento. A identificação de alimentos ou bebidas que condicionem incontinência e a sua evicção é o primeiro passo. Outro ponto fundamental é a manutenção de um trânsito intestinal regular: a obstipação agrava qualquer tipo de incontinência urinária, mas, especialmente, a de esforço.

Um dos tratamentos mais antigos para a IU, mas ainda eficaz, é o treino vesical. Muitos destes doentes tendem a urinar com maior frequência, levando, com o tempo, a uma perda da capacidade da bexiga agravando a situação. O objetivo do treino vesical é aumentar gradualmente (15 a 30 minutos/semana) os intervalos entre micções, sendo um bom objetivo o de alcançar um intervalo de 3 a 4 horas. Para isso, encoraja-se o doente a abstrair-se da vontade de urinar, executando tarefas que o distraiam, técnicas de relaxamento, contrações dos músculos pélvicos ou até frases de automotivação como “eu consigo”. É um tratamento que todos os doentes com capacidade de controlo da micção devem realizar.

Outro ponto importante de treino é a chamada “micção atrasada”. É normal, quando sente urgência para urinar, apressar-se para o WC. Contudo, isto aumenta a pressão dentro da bexiga com agravamento desta urgência. O treino da “micção atrasada” consiste em parar e contrair os músculos do pavimento pélvico quando sente a urgência miccional - a contração susten-

tada e repetida suprime esta urgência. Ao fim de alguns minutos da urgência ter desaparecido, poderá ir urinar.

Em doentes dependentes e demenciados poder-se-á pensar noutros esquemas, nos quais o cuidador é importante. Nestes doentes o controlo da bexiga é mais difícil ou impossível e o uso de medicação poderá ter efeitos secundários negativos, agravando o estado cognitivo do doente. Assim, o objetivo será o de evitar que a bexiga encha até ao ponto em que haja perdas. Cabe ao cuidador o papel de, regularmente, levar ou incitar o idoso a esvaziar a bexiga. Para tal, é fundamental um diário miccional, de maneira a ajustar os esvaziamentos às necessidades do doente.

TREINO DA MUSCULATURA PÉLVICA

O treino da musculatura do pavimento pélvico, que consiste em pequenas séries de contrações dos músculos do pavimento pélvico realizadas 5 a 6 vezes ao dia, é útil e fundamental no tratamento da incontinência urinária. Na IUE, especialmente nas mulheres, fortalece as estruturas de suporte, ajudando parcialmente na sua correção. Nos homens, no pós-operatório de uma cirurgia prostática, acelera a recuperação da continência urinária.

Na IUU também tem papel. A contração da uretra, através de reflexos nervosos, faz com que a contração do músculo da bexiga cesse, aliviando os sintomas. A eficácia deste tipo de comportamento pode ser igual à dos medicamentos.

O ensino deste tipo de treino deve ser feito por um médico, enfermeiro ou fisioterapeuta com experiência. Para as mulheres há várias estratégias de ensino com resultados semelhantes entre elas – apertar um dedo colocado dentro da vagina, controlo visual, uso de pesos intravaginais ou biofeedback (uso de uma sonda ligada a um computador que mostra em gráfico o esforço muscular realizado). No caso dos homens, uma das técnicas mais usadas é o apertar uma bola colocada entre as pernas. O fundamental é a realização regular, várias vezes ao dia, todos os dias, destes exercícios. Cabe ao idoso e/ou ao seu cuidador manter a motivação para a sua realização, podendo obviar a necessidade de recorrer a medicamentos ou a cirurgias.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Até aqui têm sido apresentadas medidas gerais e universais, sem “efeitos secundários”, que podem ser suficientes para o tratamento da IU, devendo por isso todos os doentes tentar implementá-las.

Já o uso de medicação nos idosos deve ser implementado com cautela, por um médico e, em geral no tratamento da IUU. Muitas vezes já são doentes polimedicados, aumentando isto o risco de efeitos secundários ou interações medicamentosas. A primeira medida deverá ser rever a medicação já realizada e o horário da sua toma. Por exemplo, o uso de diuréticos pode causar um enchimento rápido da bexiga, levando a perdas. Outros anti-hipertensores, podem condicionar tosse, levando a IUE.

Quando, apesar de todas as medidas descritas, ainda não se obteve um resultado satisfatório, é necessário iniciar medicação. No entanto esta pode ter efeitos secundários importantes nos idosos. Os principais fármacos usados estão contraindicados em pessoas com glaucoma, causando ainda, com frequência, boca seca e obstipação, tal como efeitos a nível cognitivo. As mais recentes alternativas devem ser usadas com precaução em pessoas com história de hipertensão. Alguns antidepressivos também podem ser usados no tratamento da IU.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico destina-se a doentes em que as medidas conservadoras e/ou farmacológicas falharam ou não foram suficientes. No caso do idoso, devem ser avaliadas também as condições anestésicas para passar por um procedimento cirúrgico.

São vários os tipos de cirurgia, que se ajustam às necessidades do doente. A cirurgia que é realizada mais frequentemente é a colocação de uma rede na uretra feminina. Em doentes com IUE pura tem taxas de cura superiores a 80%. Com muito menor frequência, e adaptada à situação clínica de cada doente com indicações muito específicas, existem outras intervenções. Estas estão reservadas para situações mais graves, em que todos os outros tratamentos falharam.

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Quando os outros tratamentos não funcionaram e os doentes não têm condições para tratamentos invasivos, poderão ser utilizados alguns dispositivos.

Nos homens com IUE pode ser usado um clampe de Cunningham (Figura 2), que comprime a uretra, impedindo a saída de urina. Outra hipótese alternativa é o uso de um preservativo-cateter. É um preservativo que na extremidade distal se liga a um saco coletor de urina.



Figura 2- Clampe de Cunningham

A algaliação crónica deve ser encarada como uma situação de último recurso pois não garante a proteção do aparelho urinário e associa-se a complicações, infeções e, a longo prazo, ao desenvolvimento de neoplasias da bexiga.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- No âmbito da incontinência urinária o cuidador assume um papel preponderante no âmbito da implementação de medidas de prevenção e intervenção que podem melhorar a qualidade de vida do idoso incontinente.
- A criação e registo de um diário miccional e o apoio no treino de exercícios funcionais para tratamento da incontinência, são exemplos da intervenção do cuidador.

30.

Direitos do Idoso Dependente

PAULA TÁVORA VÍTOR

Professora Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

O “IDOSO” PARA O DIREITO

Ao contrário do que acontece com as crianças e os jovens – que são “menores de idade” – a categoria dos **idosos** não é delimitada por um **critério de idade uniforme**. Há referências no ordenamento jurídico português a **diferentes barreiras etárias** que remetem para a ideia de idade avançada - vejam-se, por exemplo:

- os 60 anos (arts. 1720.º, n.º 1, al. b) e 1979.º, 3 e 4 do Código Civil);
- mais comumente os 65 anos (o artigo 1934.º, 1, g) do Código Civil, os artigos 20.º, 21.º e 32.º, entre outros, do Decreto-lei n.º 187/2007, de 10 de maio e artigo 58.º do Decreto-lei n.º 220/2006, de novembro);
- mas também existem referências aos 70 (artigo 2085.º, n.º 1, a) do Código Civil);
- ou 80 anos (artigo 114.º, n.º 1, do Código Civil).

Tradicionalmente a velhice está associada à **idade oficial da reforma**. A própria Constituição da República Portuguesa faz esta associação, quando se refere expressamente a “terceira idade” (arts. 72.º e 67.º da CRP), uma qualificação da velhice que se apoia na ideia do ciclo de vida ligado à produção, onde se identifica com a idade pós-laboral. Todavia, nem este critério nos fornece uma resposta única, porque há situações de maior ou menor permanência no mercado de trabalho associadas à idade.

O facto de a idade da reforma não ser necessariamente determinante faz, muitas vezes, com que se convoquem **outros fatores** na caracterização das pessoas idosas, como a saúde débil, a dependência de diferentes naturezas, a diminuição de capacidade física ou psíquica, a precariedade económica, o abandono familiar ou mesmo a qualidade de ascendente ou a viuvez.

No entanto, apesar das situações mencionadas se encontrarem muitas vezes no quadro da velhice, **não estão necessariamente ligadas** a este estágio da vida. Na verdade, **a idade avançada não implica necessariamente uma saúde débil, que funde uma situação de dependência de algum grau, nem constitui fundamento para instaurar medidas de apoio a situações de capacidade diminuída**. De facto, nem todas as pessoas idosas são depen-

dentes e, quando o são, o grau de dependência varia conforme os casos.

A idade avançada não se apresenta como fundamento suficiente para a criação de uma categoria autónoma na velhice que mereça um tratamento unitário por parte do Direito. Não existe entre nós, à semelhança do que já foi tentado noutros ordenamentos jurídicos (veja-se o Estatuto do Idoso do Direito brasileiro), um diploma que reúna a legislação relativa aos idosos. Na verdade, **não há uma categoria homogénea de idosos** e estes tratamentos levantam receios de que se caia na tentação de decalcar princípios relativos ao Direito das Crianças e dos Jovens. O facto de não se justificar um regime jurídico igual para todos os idosos, não significa que não haja soluções jurídicas que, não se limitando a ter como destinatários “os mais velhos”, se reportam a categorias em que estes são especialmente representativos. Uma destas situações, é a situação de dependência.

O “IDOSO DEPENDENTE” PARA O DIREITO

O Conselho da Europa, na sua Recomendação nº R(98)9 da Comissão dos Ministros aos Estados Membros relativa à dependência, define a **dependência** como “um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidade de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida”.

Assim, o “idoso dependente” é aquele que, em virtude da falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, necessita de auxílio na sua vida quotidiana. A esta condição associa-se, portanto, uma particular fragilidade, o que, por um lado, exige que lhe sejam reconhecidos especiais direitos, mas, por outro lado, potencia a sua classificação como um grupo de risco, alvo de comportamentos discriminatórios.

Ora, o “idoso dependente” é **sujeito de direitos**, uma pessoa maior, e, como tal, por regra plenamente capaz (artigo 130.º do CCiv). É **titular de direitos fundamentais** – entre os quais se destacam dimensões como o direito à vida à integridade física e psíquica ou à capacidade, mas também direitos a prestações por parte do Estado, em condições de **igualdade** com os outros cidadãos.

Isto significa que, apesar das necessidades específicas de tratamento jurídico ligadas à dependência, o pano de fundo de toda a intervenção e cuidado terá de ser o **respeito pelos direitos fundamentais**. Assim, a pessoa idosa, ainda que seja dependente, ainda que esteja numa situação de diminuição de capacidade, ainda que necessite de auxílio de ordem económica, é sempre titular do direito à **privacidade** da sua vida familiar, do seu domicílio ou da sua correspondência ou outras formas de comunicação, de um direito à sua **honra e reputação**, de um direito à **confidencialidade da informação** pessoal, de saúde e reabilitação, de um direito de ser **informada** acerca dos assuntos que dizem respeito à sua vida, em plenas condições de igualdade com os restantes cidadãos.

Tendo em conta as várias dimensões da dependência, vamos considerar três esferas de direitos do “idoso dependente”: o direito ao cuidado, o direito ao apoio decisório e o direito ao auxílio económico.

DIREITOS DO “IDOSO DEPENDENTE”

1. DIREITO AO CUIDADO

Não basta estarmos perante uma pessoa idosa, sem mais, para que esta seja titular de um direito ao cuidado. Exige-se algo mais – o facto de este sujeito se revelar **necessitado de apoio** para realizar os atos correntes da vida, ainda que não seja necessária qualquer intervenção ao nível da tomada de decisão.

Nas situações em que, devido a limitações de ordem física, a pessoa idosa não consiga **expressar ou executar a sua vontade**, esta pode organizar o seu próprio auxílio, concedendo poderes de representação, através de uma **procuração**, a alguém que assim agirá em seu nome (arts. 262.º e 258.º do CCiv). Nem sempre tal acontecerá, todavia. Muitas vezes, encontramos terceiras pessoas a assumirem tarefas de cuidado relativamente à pessoa dependente, e mesmo ao seu património, sem que estejam para tal autorizados. No entanto, os casos em que esta intervenção se dá “no interesse e por conta” do idoso dependente podem receber o tratamento jurídico da **gestão de negócios** (artigo 464.º do CCiv) e, como tal, não serem consideradas ilícitas. Não existe, ainda assim, um dever de iniciar esta intervenção

e, portanto, não há, sem mais, um direito ao cuidado por parte de terceiros. A posição do **médico** será, todavia, diferente. A situação dos idosos é alvo de menção no Código Deontológico da Ordem dos Médicos, que aponta como dever do médico usar de “especial solicitude e cuidado” com a pessoa idosa, nos mesmos termos em que o faz para o “menor” ou o “deficiente” (artigo 27.º Código Deontológico da Ordem dos Médicos), “especialmente quando verificar que os seus familiares ou outros responsáveis não são suficientemente capazes ou cuidadosos para tratar da sua saúde ou assegurar o seu bem-estar”. Pensa, assim, no “idoso” como alguém numa situação de dependência, o que não se verifica necessariamente. Neste caso, todavia, o dever de “solicitude e cuidado” criado tem um alcance muito limitado à prática clínica.

Podemos perguntar ainda se aqueles de quem se espera o cuidado são membros da família da pessoa idosa dependente são vinculados por um dever **-um dever familiar** – de o fazer?

A consideração da família pelo Direito é ampla. O Código Civil enuncia a relação matrimonial, o parentesco, a relação de adoção e a afinidade como relações familiares (artigo 1576.º CCiv), mas o tratamento jurídico das realidades familiares estende-se ainda união de facto ou ao apadrinhamento civil. No entanto, apesar de todas as pessoas ligadas por estas relações terem um determinado estatuto jurídico, nem todas são titulares dos mesmos direitos e deveres. A referência a um direito ao cuidado, ou melhor, ao corresponsivo **dever de cuidar** só pode ser encontrada para duas categorias de familiares – **o cônjuge e os filhos** – não obstante a realidade da prestação de cuidados pode ser assumida, de facto, por outras pessoas.

O **dever do cônjuge** resulta da previsão do dever conjugal de cooperação (artigo 1672.º do CCiv), que implica o “socorro e auxílio mútuo” e a assunção em conjunto as responsabilidades inerentes à vida familiar (artigo 1674.º do Código Civil).

Tal significa que as pessoas casadas têm a obrigação de se apoiarem em todas as facetas da sua vida e a prestarem tanto apoio espiritual como físico ou material. Aqui, encontramos, sem dúvida, as situações de doença e dependência e podemos afirmar que um cônjuge tem o dever de cuidar do outro

no caso de este se encontrar numa situação de dependência, inclusivamente associada à velhice.

Mas, quais os termos em que se presta este auxílio?

O cumprimento dos deveres conjugais pode ser feito de **formas diversas**, consoante os interesses dos cônjuges. Depende das circunstâncias concretas da relação conjugal e da forma como os cônjuges a configuraram.

Em princípio, o cônjuge do dependente desempenhará a sua atividade de auxílio em relação a este enquanto com ele coabita, uma vez que também estão vinculados por um dever de **coabitação** (artigo 1672.º do Código Civil). Há, no entanto, situações em que não existe coabitação entre os cônjuges e em que os cônjuges não se encontram separados de facto, uma vez que apesar de manterem residências separadas, há “comunhão de vida” ou não encontramos o “propósito dos cônjuges de não restabelecerem a vida em comum” (artigo 1782.º CCiv). Assim, poderemos encontrar situações em que os cônjuges não vivem juntos e, ainda assim, não haverá o incumprimento deste dever. Será o caso de um cônjuge que, por razões de doença, se encontra internado em estabelecimento de saúde. Não partilha a residência com o outro cônjuge, mas pode persistir a intenção de, uma vez superada tal fase, retomar a coabitação. E ainda que não haja de facto coabitação, continua a existir o dever de cooperação, que se pode assumir auxiliando no cuidado fora do lar ou continuando a realizar tarefas de que o outro se ocupava na casa de morada da família.

Este dever molda-se em função de cada situação concreta, face à realidade da vida pessoal e da vida matrimonial dos cônjuges. Por isso, será necessário ter em conta que frequentemente, nos casos de pessoas dependentes idosas, encontramos do outro lado também um cônjuge idoso, que poderá padecer de uma dependência de maior ou menor grau.

O dever de cuidar impõe-se a ambos os cônjuges, independentemente do género. Na verdade, um dos princípios fundamentais por que se norteiam os efeitos pessoais do casamento é o **princípio da igualdade** (artigo 1671.º CCiv), um princípio estruturante do regime geral dos direitos fundamentais, consagrado na Constituição (em termos gerais no artigo 13.º CRP e previsto expressamente no artigo 36.º, n.º 3 CRP no que se refere às relações entre os

cônjuges). Tal significa que, não obstante os dados sociais demonstrarem uma clara prevalência feminina na prestação de cuidado, o dever de cooperação impõe-se da mesma forma a cônjuges do sexo masculino e do sexo feminino.

O **dever dos filhos** resulta da norma que consagra que pais e filhos se devem “mutuamente respeito, auxílio e assistência” (artigo 1874.º, n.º 1 CCiv). Esta disposição não distingue filhos menores de filhos maiores e impõe estes deveres independentemente de existir coabitação entre os filhos e os seus progenitores.

Este não é um dever que se estenda a todos os **descendentes**. Assim, apesar da importância do contacto entre avós e **netos** (que leva mesmo a lei a reconhecer um “direito ao convívio” entre estes – artigo 1887.º-A do CCiv) e do apoio que estes muitas vezes prestam aos seus ascendentes idosos, só os descendentes no primeiro grau (os filhos) são vinculados por um dever de cuidado.

Para além dos filhos, o cuidado é muitas vezes assumido por pessoas ligadas por outros vínculos familiares. É comum que os **cônjuges dos filhos** se encontrem nesta situação. No entanto, não existe qualquer dever de natureza jurídica face aos sogros (que são juridicamente familiares ligados por uma relação de afinidade). Um dever, a existir, só surge relativamente ao próprio cônjuge, no sentido da assunção em conjunto das “obrigações inerentes à vida familiar”, que o dever de cooperação também implica (artigo 1674.º CCiv). O facto de se afastar a existência de uma obrigação face à pessoa que requer cuidado, faz com que também a intensidade desta atuação seja reduzida e, em princípio, meramente auxiliar relativamente às tarefas desenvolvidas pelo filho, este sim, vinculado por um dever de auxílio, nos termos do artigo 1874.º do Código Civil.

Mas qual o **conteúdo do dever de auxílio** a cargo dos filhos maiores?

Antes de mais, será indispensável pensar em cada concreto contexto familiar. Na verdade, e não obstante assistirmos à prestação de cuidado no cenário tradicional da coabitação entre os familiares, na atualidade, as possibilidades de as famílias prestarem cuidados, nomeadamente recebendo em casa os pais idosos, são menores. Para além disso, não existe qualquer imposição legal no sentido desta coabitação.

O dever de auxílio concretiza-se em cada caso tendo em conta as necessidades do idoso dependente e as possibilidades de quem presta o cuidado. Podemos, assim, ter diversos graus de dependência que justificam diferentes níveis de intervenção por parte do cuidador, sendo que só os casos mais graves implicariam a coabitação.

Todavia, nem neste último caso se impõe que haja partilha de habitação. Tal dependerá não só de fatores objetivos, como as condições de habitabilidade, mas também de fatores subjetivos, que afastam esta possibilidade quando a convivência não desejada por qualquer das partes. Haverá assim que respeitar o direito à intimidade da vida privada e familiar e a liberdade de conformação da sua vida quotidiana tanto de pais como de filhos.

O cuidado assumido por parte de familiares – quer haja ou não um dever jurídico de o fazer – é suportado por algumas disposições que se encontram fora do Direito da Família. Veja-se, por exemplo, o direito a faltar ao trabalho para assistência a membro do agregado familiar ou mesmo, quando se trate de parente ou afim na linha reta ascendente (pais e avós ou sogros, por exemplo), na ausência da pertença ao mesmo agregado familiar (artigo 252.º do código do trabalho) ou o **direito ao acompanhamento familiar** em internamento hospitalar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência (Artigo 3.º da Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro).

Na ausência da intervenção por parte de sujeitos individuais – familiares ou não – ou em complemento a esta, surgem-nos as **respostas de apoio social**. Estes apoios sociais, que têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde das pessoas idosas também em situação de dependência, podem assumir configurações tão diversas como a de serviços de apoio domiciliário, de centros de convívio, de dia ou de noite, mas também assumir a tipologia do acolhimento familiar ou da estrutura residencial para pessoas idosas. Pensada também como uma resposta à dependência – embora independentemente da idade – foi a rede nacional de cuidados continuados, à qual têm acesso pessoas que se encontrem em situação de “dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescência” e ainda de “dependência funcional prolongada”, mas também pessoas idosas com critérios de fragilidade”(artigo 31.º do Decreto-Lei n.º

101/2006, de 6 de junho). Mas podemos ainda pensar no modelo de apoio a vida independente (Decreto-Lei nº 129/2017, de 9 de outubro), no seio do qual se desenvolvem atividades de assistência pessoal a pessoas com deficiência ou incapacidade para a realização de atividades que esta não possa realizar por si própria em virtude das limitações decorrentes da sua interação com as condições do meio.

2. DIREITO AO APOIO DECISÓRIO

A pessoa idosa é uma **pessoa maior** e, portanto, em regra um **adulto plenamente capaz** para exercer os seus direitos, que poderá livremente gerir a sua vida pessoal e patrimonial (artigo 130.º do CCiv). Há, no entanto, situações em que se associa ao envelhecimento o declínio das faculdades mentais da pessoa.

Nos casos em que a pessoa idosa se encontra numa **situação de capacidade diminuída** não implicam necessariamente a sua inabilidade para gerir a sua pessoa e os seus bens. Na verdade, por um lado, a capacidade ou a ausência desta não são situações de “tudo-ou-nada”. Por outro lado, ainda que exista uma situação que, de facto implica uma limitação na capacidade de entender e de se determinar em função desse entendimento que afete o seu processo decisório, nem sempre esta corresponde à situação jurídica da pessoa em causa.

A PESSOA IDOSA COM CAPACIDADE DIMINUÍDA NÃO BENEFICIÁRIA DE MEDIDAS DE APOIO

Nas situações em que, existindo uma diminuição na aptidão da pessoa idosa para gerir a sua pessoa e os seus bens, mas não beneficia de medidas de apoio judicialmente determinadas, ainda assim esta situação de facto não é ignorada pelo Direito.

Nos casos frequentes na prática em que um terceiro atua, sem autorização para tal, assumindo os encargos do cuidado da pessoa em situação de capacidade diminuída, mas em que atuando no interesse desta pessoa e por sua conta, vimos já que estaremos perante a **gestão de negócios** (artigo 464.º do

CCiv). Esta é, todavia, uma solução residual, que depende da iniciativa destes gestores e que apresenta dificuldades na prática pelo facto de a pessoa alvo desta intervenção não ter capacidade aprovar esta gestão (artigo 469.º CCiv).

Por fim, sendo proposta uma ação que vise a instauração de uma medida de acompanhamento da pessoa em causa, mas não tendo ainda sido nomeado um acompanhante para esta, é possível recorrer-se a medidas de acompanhamento provisórias e urgentes (artigo 139.º do Código Civil).

Para além de se preverem estas soluções, há ainda outras regras que acautelam a atuação da pessoa. Os atos praticados por quem não se encontrava capaz de entender o seu sentido ou não tinha o livre exercício da sua vontade - desde que esta falta de capacidade pudesse ser conhecida por uma pessoa média ou fosse efetivamente conhecida da sua contraparte - são anuláveis (incapacidade acidental - artigo 257.º do Código Civil). O mesmo acontece quanto aos negócios em que alguém, explorando a dependência ou o estado mental de alguém, obteve a promessa ou a concessão de benefícios excessivos ou injustificados (regime dos negócios usurários - artigo 282.º do código Civil).

A PESSOA IDOSA COM CAPACIDADE DIMINUÍDA BENEFICIÁRIA DE MEDIDAS DE APOIO

A pessoa com capacidade diminuída pode, no entanto, ter sido sujeita a um **processo instauração de medida de acolhimento**. Para que isto aconteça é necessário que estejamos perante razões de *saúde, deficiência, ou comportamento*, que impeçam de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de cumprir os seus deveres (artigo 138.º do CCiv).

No termo deste processo a pessoa passará a estar sujeita a uma medida de apoio. É nomeado um acompanhante, que pode desempenhar um círculo variado de atribuições, desde o apoio no processo decisório à remoção de situações de perigo, e, nos casos mais extremos, representação e concessão de autorização prévia à atuação do acompanhado (artigo 145.º do CCiv).

O artigo 143.º do Código Civil apresenta-nos uma lista de referência para determinar aquele que ocupará o cargo de acompanhante. E aqui a famí-

lia ocupa um lugar de destaque. Na verdade, neste elenco encontramos o cônjuge, o membro de união de facto, os pais e os filhos maiores da pessoa acompanhada, bem como os avós¹. No entanto, não nos podemos esquecer de que, apesar da posição privilegiada de alguns familiares para se tornarem acompanhantes, podemos encontrar outras figuras, que não apresentem qualquer vínculo de natureza familiar com a pessoa acompanhada, a desempenharem este papel.

Aqueles que podem iniciar este processo são o próprio beneficiário ou, mediante autorização deste, o cônjuge ou o membro de união de facto, qualquer parente sucessível ou, independentemente de autorização, o Ministério Público (artigo 141.º do Código Civil).

Todavia, antes de recorrer a uma medida de acompanhamento, há que determinar se a pessoa em causa criou instrumentos voluntários de planeamento de uma situação de diminuição de capacidade futura. Pode fazê-lo, desde logo, através do mandato com vista a acompanhamento (artigo 156.º do CCiv). Este pode ser um mandato em que se atribuem, ou não, poderes de representação ao mandatário e pode abranger um leque variado de matérias relacionadas com a gestão dos interesses do mandante. É possível ainda que seja articulado com uma medida de acompanhamento, já que tem de ser tido em conta na definição do âmbito da proteção e na designação do acompanhante.

As decisões relativas à saúde da pessoa idosa dependente que se encontre numa situação de incapacidade merecem aqui uma atenção especial. Na verdade, a prestação do consentimento para atos médicos tem como pressuposto de validade a capacidade para o fazer.

Assim, em primeiro lugar, temos de averiguar se a pessoa elaborou diretiva antecipada, na forma de testamento vital ou nomeou procurador para cuidados de saúde, nos termos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. O testamento vital é um documento unilateral através do qual o seu autor manifesta ante-

1) Esta sequência é intercalada pela pessoa designada pelos pais ou pela pessoa que exerça as responsabilidades parentais, pela pessoa indicada pela instituição em que o acompanhado esteja integrado e pelo mandatário a quem o acompanhado tenha conferido poderes de representação.

cipadamente a sua vontade relativamente aos cuidados de saúde no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. O procurador para cuidados de saúde é o representante escolhido pelo outorgante para decidir sobre os cuidados de saúde, para quando este se encontre em situação de incapacidade para exprimir a sua vontade pessoal e autonomamente.

Não tendo havido recurso a nenhuma destas formas de expressão antecipada da vontade, temos a possibilidade de recurso ao Ministério Público, que tem a função estatutária de representar as pessoas com capacidade diminuída (artigo 5.º, n.º 1, al. c) Lei n.º 47/86, de 15 de outubro).

Todavia, em casos de urgência, o médico está autorizado legalmente a agir, quando o faça no interesse do seu paciente e se possa presumir o consentimento deste (artigo 340.º, n.º 3, do CCiv).

Em todas as situações de capacidade diminuída deve sempre limitar-se a restrição da autonomia da pessoa, dando relevância à sua autonomia residual. Para tal, e em função das circunstâncias de cada caso, deve ser promovida a faculdade de se autodeterminar da pessoa em causa, preferindo-se sempre em detrimento da substituição na tomada de decisão, o apoio no exercício dos direitos, nomeadamente através do acesso a informação perceptível.

3. DIREITO AO AUXÍLIO ECONÓMICO

A situação de dependência não está necessariamente associada à carência económica. No entanto, a sua ligação aos cenários de fragilidade na velhice não pode ser ignorada.

As necessidades de natureza económica da pessoa idosa podem encontrar resposta na obrigação de alimentos a cargo dos seus familiares, que deve demandar em tribunal. A obrigação de alimentos traduz-se, em regra, numa obrigação pecuniária de prestações mensais. Mas a lei permite que possa ser prestada “em (...) casa e na companhia” do obrigado aos alimentos (cf. artigo 2005.º, n.ºs 1 e 2 CCiv), quando este demonstre que os não pode prestar naqueles termos. Nesse caso, traçar a fronteira entre o dever de cuidado do familiar e a obrigação de alimentos torna-se difícil.

Na verdade, a observação da realidade pode levar-nos a concluir que o seu cumprimento configura a prática dos mesmos atos. Todavia, na base do surgimento do dever de cuidado não estará a necessidade económica. Na prática, estes dois deveres até podem surgir simultaneamente, e quem tem necessidade de alimentos também poderá ter, e muitas vezes terá, quando falamos da dependência na velhice, necessidade de auxílio nas suas atividades quotidianas. No entanto, não há identificação. Desde logo, porque só há obrigação de alimentos quando há carência económica. E também porque aqueles em relação aos quais existe um dever de cuidado não são necessariamente as mesmas pessoas que estão obrigadas a alimentos. A prestar alimentos à pessoa idosa podemos encontrar além do cônjuge e dos filhos, também outros descendentes e irmão (artigo 2009.º, n.º 1, als. a), b) e d) do CCiv)².

Em segunda linha relativamente aos alimentos familiares, as situações de carência económica recebem a resposta de diversas prestações sociais, uma vez preenchidas as suas exigências, nomeadamente averiguação dos recursos económicos do requerente e do seu agregado familiar.

2) A lista de obrigados a alimentos do artigo 2009.º também inclui ascendentes, os tios e até o padrasto ou a madrasta, mas estas são figuras que não relevarão num momento avançado da vida.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- Consideram-se três esferas de direitos do “idoso dependente”: o direito ao cuidado; o direito ao apoio decisório e o direito ao auxílio económico.
- O dever de auxílio concretiza-se tendo em conta as necessidades do idoso dependente e as possibilidades de quem presta o cuidado. Podemos, assim, ter diversos graus de dependência que justificam diferentes níveis de intervenção por parte do cuidador.
- Nos casos em que a pessoa idosa se encontra numa situação de capacidade diminuída não implicam necessariamente a sua inabilidade para gerir a sua pessoa e os seus bens.
- A pessoa com capacidade diminuída pode, no entanto, ter sido sujeita a um processo judicial de instauração de medida de acompanhamento, podendo ser nomeado um acompanhante que tem por dever velar pelos interesses da pessoa acompanhada, apoiando-a no exercício dos seus direitos.
- Em todas as situações de capacidade diminuída, deve sempre promover-se a autonomia da pessoa, dando relevância a todas as suas manifestações, antecipadas e presentes.
- A obrigação de alimentos verifica-se quando há carência económica e aqueles em relação aos quais existe um dever de cuidado não são necessariamente as mesmas pessoas que estão obrigadas a alimentos.

Cuidar Também de Si



31.

**O cuidador
também precisa
de ser cuidado?
Cuidar das
condições físicas
e psicológicas do
cuidador**

DANIELA FIGUEIREDO

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS.UA)

ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: TENDÊNCIAS E DESAFIOS AOS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

O envelhecimento demográfico é atualmente um fenómeno mundial. O aumento da esperança média de vida e o declínio nas taxas de fertilidade fazem da população idosa o segmento populacional em maior crescimento. Nos países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a população com idade igual ou superior a 65 anos passou de menos de 9% em 1960 para 15% em 2010, valor que se estima aproximar-se de 27% em 2050. Especificamente na União Europeia, o número de pessoas com 65 ou mais anos de idade também irá quase duplicar nos próximos 50 anos, passando de 85 milhões em 2008 para 151 milhões em 2060. O crescimento da população muito idosa será ainda mais expressivo. Em 2010, 4% da população dos países da OCDE tinha 80 ou mais anos de idade. Em 2050, projeta-se que esta percentagem ascenderá aos 10%. Prevê-se igualmente que o crescimento da população idosa seja acompanhado por um incremento da incidência e prevalência de doenças crónicas e incapacidade. Por exemplo, na Europa, metade das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos reportou, em 2013, sentir algum tipo de limitação no desempenho das suas atividades de vida diária devido a um problema de saúde. Estas projeções levarão a uma maior necessidade de cuidados a longo prazo e colocam vários desafios às redes de apoio informal e formal que terão de assegurar cuidados de longa duração.

CUIDADOS FAMILIARES À PESSOA IDOSA DEPENDENTE: DA SOBRECARGA À (IN)EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO

Tendencialmente, o apoio prestado às pessoas idosas em situação de dependência permanece “escondido” sob a forma de cuidado informal, tipicamente não remunerado, e maioritariamente assumido por familiares e/ou amigos/vizinhos. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o número de cuidadores informais a prestar cuidados de longa duração a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos excede largamente o número de cuidadores formais. De acordo com a OCDE, mais de um em cada 10 adultos presta cuidados pessoais e apoio nas atividades básicas de vida diária

a pessoas com limitações funcionais. Perto de um em cada três adultos que prestam cuidados informais tem mais de 50 anos de idade. Especificamente na União Europeia, estima-se que 19 milhões de adultos com mais de 25 anos dedicam, pelo menos, 20 horas por semana de cuidados a uma pessoa idosa com incapacidade ou doença crônica. Destes, cerca de 9,6 milhões prestam mais de 35 horas semanais. Naturalmente que as exigências da prestação de cuidados variam com o estado de saúde da pessoa com incapacidade. De acordo com a OCDE, enquanto 25% dos adultos com 50 ou mais anos que sofrem de limitações em uma atividade de vida diária recebem cuidados familiares. Essa proporção tende a duplicar no caso de duas ou mais limitações. Estes dados colocam assim a família (e amigos) como o eixo central no apoio a pessoas idosas dependentes. Este protagonismo assumido pela família resulta da tónica das políticas públicas em países como os Estados Unidos ou na maioria dos países Europeus, em promover cuidados na comunidade e em adiar a institucionalização.

O papel de cuidador tende a ser assumido pelo familiar mais próximo, normalmente o cônjuge ou uma filha. Tradicionalmente, observa-se a predominância do género feminino na ocupação deste papel, contudo a participação dos homens tem sido crescente, sobretudo em idades mais avançadas. De uma forma geral, a prestação familiar de cuidados envolve: cuidados pessoais (incluindo cuidados de higiene, alimentação, vestir, deslocar); apoio nas atividades domésticas (preparação de refeições, compras, limpeza); transporte e acompanhamento a serviços/instituições; apoio/gestão financeira; suporte emocional; supervisão e gestão dos sintomas e tratamentos. A prestação de cuidados pode prevalecer por pouco tempo ou, mais frequentemente, durar vários anos. Cuidar de um familiar idoso dependente tem vindo a ser perspetivado como um acontecimento normativo, pelo menos para cônjuges e filhos adultos na maioria dos países ocidentais.

Os cuidados familiares têm sido conceptualizados como uma experiência complexa e multidimensional, primariamente explicada em termos de stress

ou sobrecarga (“burden”). O termo **sobrecarga do cuidador**¹ (“*caregiver burden*”) tem sido um dos conceitos-chave mais estudados no campo da gerontologia. Tipicamente, utiliza-se para descrever os efeitos negativos da experiência de cuidar sobre o cuidador familiar/informal. Assim, a sobrecarga tem sido definida como o conjunto de dificuldades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e financeiras experienciadas pelos cuidadores familiares (ou informais) que resultam do cuidado prestado a uma pessoa idosa dependente. Apesar de alguma celeuma conceptual em torno do termo (*cf.* Figueiredo, 2017), existe consenso na necessidade de distinguir a dimensão objetiva e subjetiva de sobrecarga. Assim, a **sobrecarga objetiva** refere-se aos acontecimentos e mudanças que ocorrem nas várias dimensões da vida do cuidador, resultantes da tarefa de cuidar. Estas incluem a prestação direta de cuidados, a provisão de suporte emocional e as alterações nas rotinas familiares, tempo de lazer, atividade profissional e relações sociais. A **sobrecarga subjetiva** refere-se às respostas ou reações emocionais do cuidador a essas mudanças ou exigências inerentes à prestação de cuidados. Na investigação gerontológica, a sobrecarga tem vindo a ser estudada tanto como uma consequência da prestação de cuidados, como um preditor de outros impactos ou efeitos. Há ainda autores que a consideram como um domínio singular ou específico da experiência de cuidar que não pode ser medida através de medidas genéricas de bem-estar.

Com efeito, décadas de investigação em diferentes condições crónicas como a demência, cancro ou pós-Acidente Vascular Cerebral têm evidenciado que a sobrecarga decorrente da prestação de cuidados aumenta o risco de problemas físicos, fisiológicos e psicológicos do cuidador familiar. Por exemplo, quando comparados com não-cuidadores, os cuidadores familiares tendem a evidenciar um declínio no funcionamento do sistema imunitário, níveis de cortisol mais elevados, e um aumento do risco de mortalidade. Em termos de saúde mental, os cuidadores familiares apresentam frequentemente sintomas de ansiedade e depressão. Para além disso, a exigência dos cuidados levam

1) [Glossário] **Sobrecarga do cuidador**: refere-se aos efeitos negativos da experiência de cuidar no cuidador informal. Representa as dificuldades físicas, emocionais, sociais, profissionais e financeiras que afetam o cuidador informal e que decorrem da experiência de cuidar de uma pessoa idosa dependente.

à alteração de aspetos fundamentais da vida familiar e social do cuidador, deixando de ter tempo para atividades recreativas e de lazer, convívio com amigos ou praticar atividade física. Por sua vez, todos estes aspetos podem afetar negativamente a qualidade de vida de quem recebe cuidados e associam-se a um maior número de hospitalizações.

A crescente evidência de que a família não é apenas afetada pela exigência dos cuidados, mas também influencia o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa que os recebe, tem levado várias entidades internacionais de referência – como a OCDE, ou a Organização Mundial de Saúde – a recomendar o desenvolvimento de respostas de apoio adequadas que atendam às dificuldades dos cuidadores informais, incluindo:

- avaliação das suas necessidades e preocupações;
- oportunidades de descanso;
- aconselhamento centrado na resolução prática de problemas e apoio social;
- apoio financeiro;
- informação e educação acerca da doença;
- atenção à saúde física e emocional do cuidador.

Tais recomendações adquirem ainda mais relevância quando se observa que muitos cuidadores familiares – em particular, os cônjuges e irmãos – também estão a envelhecer, aumentando a sua vulnerabilidade à fragilidade.

Neste sentido, tem-se assistido, nas últimas duas décadas, a um aumento substancial da investigação intervencional com o intuito de reduzir quer os efeitos adversos da experiência de cuidar, quer a institucionalização precoce.

As abordagens às intervenções com o cuidador podem ser divididas em dois grandes grupos:

- as que visam reduzir a sobrecarga objetiva e a quantidade de cuidados prestados, como os serviços de alívio;
- as que procuram melhorar o seu bem-estar e potenciar as suas estra-

tégias de coping², geralmente apelidadas de intervenções psicossociais (intervenções psicoeducativas, grupos de suporte ou ajuda mútua, e psicoterapia).

Os **serviços de alívio** ou de descanso ao cuidador constituem uma resposta de apoio formal e especializada que visa dispensar temporariamente o cuidador familiar das tarefas inerentes à prestação de cuidados. O termo respite significa uma pausa temporária ou intervalo de descanso. Pretende-se assim que o cuidador restabeleça os seus mecanismos de coping, potenciando a continuidade da sua capacidade para cuidar. Simultaneamente, visa prevenir ou atrasar a institucionalização.

As tipologias mais comuns são:

- ➔ serviços de descanso ao domicílio, que complementam o cuidado prestado pelo cuidador informal, podendo assegurar acompanhamento, supervisão, estimulação ou assistência nos cuidados pessoais;
- ➔ serviços de descanso diário, adequados para cuidadores que necessitam de descanso por curtos períodos de tempo, ou que não podem assegurar cuidados por 24 horas. Representam uma solução intermédia entre os serviços domiciliários e a institucionalização permanente, apresentando uma variedade de serviços de saúde, apoio social e estimulação à pessoa dependente;
- ➔ serviços de internamento temporário, que prestam cuidados institucionais por períodos de tempo mais alargados, em situações planeadas e/ou de emergência.

A investigação não é ainda unânime relativamente à eficácia dos serviços de alívio. Enquanto o estudo de meta-análise de Sörensen et al. evidenciou a sua eficácia na redução da sobrecarga e sintomatologia depressiva do cuidador, revisões mais recentes observaram um aumento da sobrecarga, provavelmente devido à preocupação dos cuidadores com a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de alívio. Para além disso, vários estudos

2) [Glossário] **Coping**: designa um conjunto de estratégias para lidar com o stress. Normalmente, as estratégias de coping são classificadas em duas grandes categorias: orientadas para a resolução de problemas e orientadas para a regulação das emoções.

têm evidenciado uma subutilização destas respostas: isto é, muitos cuidadores não as utilizam ou utilizam-nas já muito tarde na trajetória de cuidados. Vários fatores têm sido apontados para esta discrepância entre necessidade e utilização dos serviços: desconhecimento da existência dos serviços; características dos serviços como inflexibilidade (horário, vagas, custos) e complexidade nos processos de admissão; sentimentos e culpa e de dever para com o familiar recetor de cuidados; falta de confiança na qualidade dos cuidados institucionais; e inadequação dos serviços face às necessidades.

As **intervenções psicoeducativas** são a forma mais comum de intervenção psicossocial, integrando o apoio educacional e o suporte psicológico, em programas estruturados, breves e multidisciplinares. A componente educacional visa: dar informação acerca da doença, tratamentos, gestão dos sintomas, recursos e serviços comunitários; treinar competências de prestação de cuidados e responder eficazmente às exigências impostas pela doença. A componente de suporte visa: normalizar experiências, desenvolver estratégias de resolução de problemas e ajudar a gerir as emoções/stress resultante do impacto da doença, promovendo sentimentos de autoeficácia e controlo; facilitar a comunicação na família e com os profissionais de saúde; e prevenir o isolamento social, fomentando as redes de apoio. Estudos de revisão sistemática e de meta-análise têm evidenciado a sua eficácia a curto-prazo na redução da sobrecarga, sintomatologia depressiva, e aumento do bem-estar.

Os **grupos de suporte** ou **ajuda mútua** são normalmente conduzidos por pares (isto é, cuidadores informais), de forma não estruturada, com o objetivo de desenvolver oportunidades de partilha de experiências. Nestes grupos, os pares prestam, entre si, suporte emocional assim como desenvolvem e partilham estratégias para melhor lidarem com as várias exigências da prestação de cuidados. No seu estudo de meta-análise, Chien et al. observou que os grupos de suporte têm um efeito positivo no bem-estar psicológico, depressão e sobrecarga de cuidadores informais de pessoas com demência.

A **psicoterapia** envolve uma relação terapêutica entre o cuidador e um profissional/terapeuta devidamente treinado. A maioria destas intervenções com cuidadores familiares adota uma abordagem cognitivo-comportamental, na qual os terapeutas ajudam o cuidador a desafiar as perceções e

pensamentos negativos, a desenvolver estratégias de resolução de problemas e a envolver-se em experiências positivas. Estudos de revisão sistemática têm evidenciado que a terapia cognitivo-comportamental exerce um efeito significativo na redução da depressão e um efeito moderado na diminuição dos sintomas de depressão em cuidadores familiares de pessoas com demência.

CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS DEPENDENTES - NECESSÁRIOS MAS NEM SEMPRE RECONHECIDOS

Apesar de a família representar a principal fonte de suporte à pessoa idosa dependente, a institucionalização (parcial ou total) torna-se frequentemente inevitável sobretudo em situações de severa incapacidade, sendo necessário recorrer aos serviços formais de cuidados de longa duração, o que exige também a criação de boas parcerias entre os sistemas de apoio formal e informal.

No entanto, os cuidados institucionais representam um setor laboral altamente exigente e intenso, caracterizado por elevadas taxas de absentismo e rotatividade por parte dos cuidadores formais. Normalmente, designa-se por cuidadores formais os profissionais remunerados que prestam cuidados e/ou assistência a pessoas dependentes no seu domicílio ou em instituições, que não hospitais. Em média, cerca de 30% dos cuidadores formais são enfermeiros e 70% assistentes pessoais ou ajudantes de ação direta. São, portanto, estes últimos que representam a maior componente da força de trabalho nas instituições, prestando os cuidados mais básicos e mantendo contactos mais frequentes com as pessoas idosas em situação de dependência. A maioria dos ajudantes de ação direta são mulheres, com baixas habilitações literárias e sem formação/competências especializadas. Vários estudos têm evidenciado elevados índices de burnout³ (isto é, síndrome psicológica que afeta profissionais cujo trabalho envolve prestação de serviços a outros, e

3) [Glossário] **Burnout**: Refere-se a uma resposta ao stress ocupacional, que afeta sobretudo os profissionais cujas funções envolvem a prestação de serviços/cuidados a outras pessoas. Caracteriza-se por sintomas de exaustão profissional, despersonalização e falta de produtividade.

que se caracteriza por sintomas de exaustão emocional, despersonalização e falta de produtividade), mal-estar psicológico, e baixa satisfação laboral neste setor, cuja profissão continua a ser mal remunerada e socialmente pouco valorizada.

Nos últimos anos, foram conduzidos vários estudos centrados no desenvolvimento de intervenções formativas, com o objetivo de aumentar o conhecimento e competências das ajudantes de ação direta. Verificaram-se efeitos positivos nos conhecimentos e competências, mas não nos níveis de stress e burnout. Contudo, a crescente exigência em relação à qualidade e humanização dos cuidados sublinha a necessidade de se considerar a pressão psicológica sentida por estes cuidadores, suscetível de afetar a qualidade dos cuidados e de levar ao abandono da profissão. Recentemente, a OCDE reconheceu as exigências físicas, psicológicas e emocionais desta atividade profissional e recomendou a inovação educacional como parte da gestão estratégica das atuais instituições de cuidados a longo prazo.

As intervenções psicoeducativas, à semelhança do que ocorre para os cuidadores informais, também poderão potenciar o bem-estar dos cuidadores formais (sobretudo, dos ajudantes de ação direta), já que procuram responder às necessidades educativas/formativas e de suporte emocional. Os estudos acerca da eficácia destas intervenções com esta população específica são ainda escassos. Todavia, existe já alguma evidência de que poderão contribuir para a redução do burnout dos ajudantes de ação direta em estruturas residenciais para pessoas idosas e no aumento das suas competências de cuidados, sobretudo no contexto da demência.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- A par com o aumento da esperança de vida, as projeções mundiais estimam um agravamento significativo da incidência e prevalência de doenças crônicas e incapacidades associadas.
- O curso da doença pode ser longo, exigindo a mobilização das redes de suporte informal e formal que terão de assegurar cuidados de longa duração.
- A doença e incapacidade colocam vários desafios e ameaças à qualidade de vida não só das pessoas idosas, mas também dos seus cuidadores familiares e formais, exigindo o desenvolvimento e alargamento de respostas que atendam às suas necessidades e promovam a sua saúde e bem-estar.

32.

Lidar com a perda/morte da pessoa cuidada

LUÍS MIGUEL BAPTISTA COSTA

Padre e Presidente da Cáritas Diocesana de Coimbra

SENTAR-SE E ESCUTAR

Sentar-se para escutar quem, todos os dias e ao longo de anos, vivenciou, na sua pessoa, grupo ou comunidade, a experiência da perda/morte da(s) pessoa(s) cuidada(s), poderá ser a atitude mais assertiva para iniciar este caminho.

Sentar-se e escutar foi um exercício realizado junto de um grupo alargado de cuidadores que prestam serviços em unidades de apoio à pessoa idosa da Cáritas de Coimbra, no Centro Rainha Santa Isabel, Areeiro, na cidade de Coimbra.

Imaginemos as respostas a quatro tipos de perguntas:

- o que sente quando morre alguém que cuidou?
- quais as fases do processo de “luto”?
- quais as necessidades sentidas?
- que “mecanismos de defesa”?

Considerando que as pessoas questionadas se suportam num “treino” diário e continuado no tempo pela constante e sistemática relação, direta e indireta, com a morte de alguém que cuidaram, verificamos que as ações, reações, sentimentos e emoções vivenciadas a nível pessoal, laboral e com os restantes utentes, apesar de não serem uniformes, mantêm algumas constantes.

Para quem lida com o “fim da vida todos os dias”, a sua vivência primeira depende da circunstância da perda: se é uma circunstância repentina, não esperada, ou se é uma circunstância de “morte anunciada/esperada”. Dependendo do cenário assim é o sentimento de “dever cumprido”, alívio ou impotência e tristeza, assim como, as emoções de serenidade, tranquilidade ou revolta.

As reações são manifestas tanto a nível pessoal, através do choro, isolamento ou simplesmente silêncio; ao nível do trabalho, quando condiciona a entrada nos quartos ou simplesmente ver outra pessoa deitada na mesma cama que acolheu quem partiu: “custa ocupar os lugares que a pessoa habitava”, mas é notória a reação perante os outros utentes.

Há um evidente esforço para não deixar transparecer sentimentos ou emoções, de modo a devolver a “normalidade”.

Para os cuidadores, não há “fases”, uma vez que as necessidades dos outros utentes que têm de cuidar sobrepõem-se a “tudo o que se possa sentir”. Quando há fases, “não podem ser perceptíveis”.

Perante a perda/morte da pessoa cuidada, foi constante a perceção de duas necessidades: no início, a necessidade de isolamento ou mesmo de “rezar” e depois a necessidade de “ter alguém com quem falar”, ou “alguém que escutasse”.

No que diz respeito aos mecanismos de defesa, há três constantes: “ver a morte como algo natural”; pensar que a pessoa “não sofre mais”, tanto física como psicologicamente; a fé.

Foi comum referir-se que deveria haver um tempo para fazer o luto, a nível temporal e espacial: o espaço não deveria ser imediatamente ocupado por outra pessoa, nem o espaço que a pessoa que morre ocupava nas vidas de quem cuida - aguardar pelo menos “uma semana”.

Esta síntese das perceções primárias, recolhida de um grupo concreto de cuidadores, abrem-nos à discussão do tema e alertam-nos para a diversidade de posicionamentos que podem existir, pois ao analisá-las, cada pessoa, na sua individualidade, aproxima-se ou afasta-se das perceções apontadas, pois a experiência de perda/morte da pessoa cuidada é uma experiência individual e subjetiva única.

Apesar da multiplicidade de questões, devemos encetar caminho em busca de possíveis respostas, mas que as mesmas nunca sejam conclusivas, para este processo universalmente necessário, inevitável e natural.

A MORTE/PERDA: UM PROCESSO NATURAL

A morte é uma realidade indiscutível nas nossas vidas, mesmo que a tratemos como o “último” grande tabu. Segundo Barros de Oliveira, “*caíram todos os tabus, como o do sexo, mas a morte é hoje, mais do que nunca, proibida de se mostrar, quase que uma coisa obscena ou pornográfica [...]*”

Atualmente, assiste-se à hospitalização/institucionalização da morte. Esta tendência universaliza-se rompendo com uma “convivência” mais natural e próxima que gerações passadas viveram, pois, noutros tempos, morria-se em casa, acompanhado dos familiares, aceitando-se a morte como um processo natural próprio da vida.

Talvez por tudo isso, temos assistido a um progressivo esquecimento da problemática da morte no contexto familiar e comunitário e, inclusive, à sua negação: *“o materialismo e hedonismo reinantes não suportam que o pensamento da morte venha perturbar um crescendo do consumismo de bens e de prazeres, a morte é vista como um facto unicamente biológico e não como uma realidade profundamente humana”*.

Elisabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra de origem suíça, nas suas investigações nos finais do século passado, produziu mais de uma dezena de obras dedicadas à reflexão sobre a morte e o acompanhamento no fim da vida. A sua perspectiva conduz-nos à necessidade de integrarmos a morte na vida, deixando clara a ideia de que os que estão a morrer são os nossos melhores mestres sobre o significado da morte e da vida. Por outro lado, a morte é considerada, não como um fracasso do foro médico, mas como um processo natural e previsível e prepara-nos para uma maior consciencialização da nossa própria morte.

O enfermeiro João Carlos Macedo, na sua Dissertação, “Problemáticas do fim da vida”, abre-nos a muitas perspectivas acerca deste assunto. Vale a pena aprofundar cada uma das questões para melhor compreender as possíveis saídas.

Haverá a necessidade de ler outros pensadores que se pronunciaram acerca deste assunto para encontrar linhas de convergência que melhor nos ajudem a entender a morte a partir da subjetividade presente em cada um de nós.

Este primeiro apontamento serve apenas para evidenciar um dos pilares essenciais para entender melhor a problemática que estamos a abordar, pois, sem entender a morte como um processo natural e sem entender as forças e contra forças que nos movem quando confrontados com a evidência da mesma, não podemos encontrar o modo de ser e de agir, mais indicado/apropriado/adaptado, nas nossas vivências pessoais, sociais e profissionais.

OS PROCESSOS DE LUTO

Antes de qualquer palavra, deve-se aqui referenciar o trabalho liderado pelo Mestre Victor Sebastião em conjunto com a Associação Portuguesa dos Profissionais do Setor Funerário (APPSF), que foi publicado em novembro de 2015, pela Servilusa - Agências Funerárias: *Guia prático de apoio ao luto. Ajudar a enfrentar a morte de um ente querido.*

Este opúsculo trata, nos seus seis capítulos, o(s) processo(s) de luto, evidenciando os aspetos essenciais a ter em consideração, de forma a entendê-lo e a posicionar-se diante dele. Numa linguagem simples e de fácil entendimento, torna-se um guião indispensável para quem passa pelos diferentes processos de luto.

Há aspetos que estão já suficientemente elaborados, nomeadamente o que diz respeito às diferentes fases do processo de luto. Elisabeth Kübler-Ross sugeriu 5 fases: negação, revolta, negociação, depressão e aceitação/integração. Cada uma delas pode ser aprofundada na sua primeira grande obra *On Death and Dying*. Outros autores manifestaram assentimento da perspectiva, mas realçaram que há outras variáveis que podem condicionar o modo e o tempo de luto até haver uma adaptação à situação de perda, nomeadamente a relação de proximidade ou grau de parentesco que se tem com a pessoa que morre, ou se é uma criança ou adulto, pelo seu grau de maturidade. Também as causas e tipos de morte podem influenciar o processo de luto, uma vez que acrescentam uma carga emocional extra que emerge daí.

A vivência do processo de luto mais ou menos “natural”, pode significar uma fronteira ténue entre uma reação natural e humana face à perda que se suporta em significativo sofrimento e a reação patológica que se vai repercutir na vida pessoal, social, profissional e saúde do indivíduo. Por essa evidência, é de todo importante trabalhar na prevenção atempada e adequada a fim de atenuar os efeitos negativos do processo de luto, de modo a que não passe a fronteira para o lado patológico. É necessário criar espaços e tempos que promovam a expressão, a partilha, o questionamento dos medos, preocupações, crenças e vivências sobre a experiência da morte e do luto.

Dando a devida atenção ao acompanhamento dos processos de luto, com medidas de intervenção efetivas e apropriadas, somos capazes de obter ganhos sociais, económicos e de bem-estar gerais.

ACOMPANHAR NA MORTE DA PESSOA CUIDADA

Chegados a este derradeiro momento da morte, impõe-se uma pergunta: como ajudar os cuidadores a conviver com a perda de uma pessoa cuidada?

É precisamente com essa finalidade que, de modo sucinto, mas sistemático, seguindo de perto o pensador italiano Pangrazzi: uma ajuda que enfrenta a realidade da morte sem a camuflar e assume a presença empática como caminho para superar o próprio luto.

O conhecimento adquirido através da leitura informativa acerca deste assunto e o diálogo com pessoas especializadas e com pessoas que já viveram situações semelhantes permite acompanhar quem sofre com maior serenidade e com a consciência fundamental de que a própria presença significa apenas companhia na caminhada e não eliminação da dor.

Nesta ajuda a pessoas em processo de luto é preciso evitar “frases feitas” tão frequentes nestes momentos: ‘Procure esquecer’, ‘Foi melhor assim’, ‘Ele está melhor que nós’, ‘Foi vontade de Deus’, ‘Seja forte diante das crianças’... Estas e outras frases feitas podem magoar a pessoa que tentamos consolar, porque não se pode com uma simples frase minimizar o sofrimento decorrente de uma perda, nem evitar o vazio afetivo que fica depois da morte de uma pessoa querida ou de uma pessoa cuidada. É precisamente nestes momentos que compreendemos que «é mais importante saber o que não se deve dizer do que o que se há de dizer».

Quem quer realmente ajudar a enfrentar esta perda tem de dar espaço aos sentimentos daquele que sofre. Dar espaço aos desabafos sem julgar nem criticar. Um saber ouvir que não procura dar logo respostas a todas as questões levantadas, nem tem a preocupação de resolver todos os problemas sugerindo soluções fáceis.

Requer-se uma relação de profunda empatia (do grego *empathia*, é ‘sentir dentro’) que diz: ‘É natural que te sintas assim’ em vez de ‘Não deves sentir-

-te assim', ou 'A perda do teu marido causa-te profunda tristeza' em vez de 'Não fiques triste', ou ainda 'É duro recomeçar' em vez 'Tens que esquecer o que aconteceu'.

Sem dúvida que neste 'estar junto de' a presença revela-se fundamental. Esta presença junto de quem sofre é feita de atenções concretas: de contactos físicos, de uma palavra sincera, de um gesto simples, de um silêncio. No fundo, uma presença que compartilha a dor e o sofrimento de quem está em luto. Este contacto pode ser feito de várias maneiras: uma visita, um telefonema, uma carta, propor um passeio, convidar para tomar café... Na verdade, com frequência corre-se o risco de se concentrar toda a solidariedade humana no dia do funeral e depois, quando, precisamente, o vazio se torna doloroso, essa solidariedade desaparece. Neste manter o contacto reveste-se de particular importância as datas especiais como o dia de aniversário e o Natal.

Nestas fases iniciais do luto, como já vimos, a tendência é de olhar para trás e não para a frente, o que, sendo bem orientada, permite encontrar a força que brota do passado para poder encarar o futuro. Quem quer ajudar deve estimular a fazer escolhas construtivas que superem os sentimentos de impotência e depressão que muitos caem depois da morte de uma pessoa que cuidaram.

Quem quiser realmente ajudar não pode determinar o que, para o outro, é certo ou errado porque cada pessoa tem o seu ritmo e faz o seu percurso.

Uma ajuda tem que ser sempre um sinal de esperança. Uma esperança que ajuda a reagir à dor sem colocar expectativas irreais, que ajuda a olhar para além do sofrimento sem o esquecer, que ajuda a investir a energia no futuro sem escamotear o passado.

Por fim, importa referir que a responsabilidade de ajudar quem está de luto não deve recair apenas nos ombros dos profissionais da saúde ou outros cuidadores, formais e informais, ou sobre a família ou sobre os amigos mais próximos, mas deve estender-se a todo o tecido comunitário. São, antes de mais, os vizinhos, os "colegas/pares" que são chamados a fazerem-se próximos, de muitas maneiras. Com efeito, o sofrimento de um membro interpela toda a comunidade que se deve mobilizar e tornar presente.

REFLEXÕES

A morte diz-nos quão frágil e breve é a nossa existência. Por muitos anos que vivamos, são sempre pouco para concretizar tantos projetos e tantos desafios. Por isso, é que viver é apenas a possibilidade de concretizar uma parte daquilo que somos e daquilo que sonhamos.

Por isso, é que muitas vezes a questão não é tanto “o que dizer” junto de quem perde uma pessoa cuidada, mas muito mais ‘o aprender a estar com’. Em bom rigor, vimos já, mais do que “saber o que dizer” torna-se importante saber “o que não se deve dizer”. Porque não simplesmente um abraço ou agarrar na mão...

Para quem acredita que a vida termina na morte... naquele último suspiro considera este momento como a impossibilidade de qualquer possibilidade porque simplesmente é o fim. Assim a morte seria sempre absurda e a última morada seria o “cemitério”.

Mas... Se com a morte não terminar tudo?! Se houver qualquer coisa?! Essa é uma questão essencial. Aquilo que acreditamos sobre a morte condiciona bastante o modo como vivemos cada dia. Diria até que só pode morrer bem quem tiver vivido bem e só poderá viver em plenitude quem assume, sem “tabu”, nem preconceito, «os últimos momentos».

Temos medo da palavra «morte», temos medo que alguém nos «morra nas mãos». Falamos pouco disso, e quando falamos não queremos “entrar muito no tema”. Afinal porquê? Talvez porque esta pergunta envolve-nos, incomoda-nos e toca-nos.

No entanto, há uma “coisa” que nunca morre – o amor. O amor permanece para além dos “fins” porque não precisa de tempo nem se confina ao espaço. O amor confirma que a vida continua “para além de...” O nosso “coração”, esse lugar sem “espaço” nem “tempo” que torna possível o eterno, para além do tempo e do espaço.

É neste patamar que entra a questão da fé... será que Deus existe ou não? E o que há para além disto?

Claro que Deus e a “vida para além disto...” não são evidências, não são

certezas, não são objeto da ciência, mas são uma possibilidade existente. Trata-se de refletir profundamente sobre o sentido último da vida.

Para quem acredita em “algo mais”, reservando-lhes o mesmo direito e, pelo menos, as mesmas provas dos que não acreditam, a vida continua para além da morte. A vida não se esgota naquele último suspiro e o outro é tornado presente de muitos modos e de muitas maneiras. Assim, a pessoa que parte pode estar viva “eternamente”, isto é, para além das categorias humanas do tempo e do espaço.

Tudo isto, independentemente da religião ou credo religioso, aparece unido à pessoa humana. Efetivamente, todos nós somos mais do que vestimos e aquilo que vemos ao espelho... somos um projeto humano que não se confina ao mensurável e ao pragmático. Cada relação revela isso mesmo.

É aqui que se abre o espaço e o fundamento para a espiritualidade. Uma espiritualidade que esteja atenta a cada pessoa, que não se impõe, mas que acolhe, que não traz pré-conceitos, mas que se disponibiliza para acompanhar, ser companheira de viagem até aos últimos momentos. Assim, a questão da espiritualidade no meio hospitalar ou institucional é sempre uma questão de humanização. Trata-se sempre de ver o outro não como mais um, doente ou utente, mas de o olhar como uma pessoa que não se esgota no corpo que vemos.

PARA GUARDAR E CUIDAR

- É importante uma prevenção atempada e adequada a fim de atenuar os efeitos negativos do processo de luto, de modo a que não passe a fronteira para o lado patológico. É necessário criar espaços e tempos que promovam a expressão, a partilha, o questionamento dos medos, preocupações, crenças e vivências sobre a experiência da morte e do luto.
- A responsabilidade de ajudar quem está de luto não deve recair apenas nos ombros dos profissionais da saúde ou outros cuidadores, formais e informais, ou sobre a família ou sobre os amigos mais próximos, mas deve estender-se a todo o tecido comunitário.
- Muitas vezes a questão não é tanto “o que dizer” junto de quem perde uma pessoa cuidada, mas muito mais ‘o aprender a estar com’. Em bom rigor, mais do que “saber o que dizer” torna-se importante saber “o que não se deve dizer”.

33.

Grupos de Apoio

MARGARIDA PEDROSO DE LIMA

Professora Associada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS EM GRUPO

A intervenção não farmacológica na idade avançada tem vindo a ser crescentemente promovida, de forma isolada ou complementar a outras intervenções, dados os seus benefícios terapêuticos. A verdade é que, entre nós, a prática da psicoterapia, do aconselhamento e dos grupos com um cariz *desenvolvimental* com adultos idosos é ainda rara, devido, em grande parte, a toda uma herança cultural e científica que tende a veicular mensagens negativas acerca do envelhecimento, em geral, e da pessoa idosa em particular. Acrescente-se ainda o enfoque mais prescritivo e assistencial da intervenção vigente com pessoas nesta fase do ciclo de vida. Apesar deste panorama as investigações indicam que as taxas de sucesso em psicoterapia com idosos são idênticas às de qualquer grupo etário, tendo-se revelado eficazes, nomeadamente, no tratamento da depressão relacionada com o luto e na redução das queixas físicas e da dor e, mesmo, da psicopatologia em geral. Formas diferentes de intervenção, individuais e em grupo, levadas a cabo em contexto institucional ou não, têm sido sugeridas como sendo eficazes com pessoas mais velhas em múltiplas condições (Yadavaia, Hayes, & Vilardaga, 2014; Knight, 2004; Duffy, 1999).

Consequentemente, embora ainda uma resposta pouco utilizada em Portugal (Oliveira & Lima, 2011), as intervenções designadas de psicossociais com adultos de idade avançada, como o aconselhamento, os grupos psicoeducativos¹ e os grupos de apoio², terão um papel incontornável na prevenção e no apoio a pessoas idosas em processo de luto e nos cuidadores e familiares dessas pessoas. Sintomas e síndromas depressivos, dificuldades de adaptação pós-luto podem ser aliviados, através da participação neste género de grupos. São assim ferramentas úteis e validadas para responder aos desafios e às preocupações enfrentados pelas pessoas na última fase da sua vida,

1) [Glossário] **Grupos psicoeducativos:** Grupos psicoterapêuticos cuja metodologia preponderante é psicoeducacional. Ou seja, apoiar emocionalmente os membros do grupo e dar informação (educar). Os grupos de cuidadores de pessoas com uma determinada doença (por exemplo Alzheimer) geralmente são grupos psicoeducativos.

2) [Glossário] **Grupos de apoio ou de suporte:** Grupos psicoterapêuticos cujo objetivo principal é o suporte emocional dos seus membros. Geralmente os participantes destes grupos são pessoas que estão a passar por um período complicado/ou dificuldade comum.

sobretudo se forem breves e focalizadas nos problemas e nos objetivos da intervenção (Lima, 2011).

Os objetivos mais frequentes das intervenções com pessoas na idade adulta avançada são sobretudo direcionados para a aceitação de défices funcionais, procura de formas de otimização do seu funcionamento, e promoção do bem-estar e florescimento pessoal. As intervenções psicossociais, onde se incluem os grupos psicoeducativos, os grupos desenvolvimentais³ e os grupos de apoio, vão de encontro a estes objetivos e oferecem-se como uma alternativa realista para a realidade portuguesa e os recursos que temos.

A primeira referência à utilização da terapia de grupo com pessoas mais velhas foi o relatório de Silver (1950; na opinião de Saiger, 2001) onde o autor sublinhava as virtualidades desta abordagem numa intervenção realizada num Hospital em Montreal. No entanto, para que o trabalho em grupo seja eficaz e os membros possam beneficiar das suas inúmeras vantagens há que ter em consideração vários aspetos, nomeadamente, os interesses e objetivos comuns dos seus membros, a sua estrutura, a sua organização dinâmica, duração, e coesão interna.

De acordo com Yalom (2008), as vantagens terapêuticas do grupo resultam, dos designados 11 fatores ‘terapêuticos’, a saber: *dar esperança*, ou seja, o grupo promove a crença de que é possível melhorar; *universalidade*, o grupo permite à pessoa aperceber-se de que não está sozinho no(s) seu(s) problema(s) (há uma partilha de experiências), dando-lhe alívio e a possibilidade de falar acerca dele(s) e de se ‘abrir’, num ambiente seguro; a *partilha de informação*, que consiste em fornecer informação didática sobre a saúde ou o problema alvo do grupo; *altruísmo*, que consiste na oportunidade de sair de si e ajudar outra pessoa, dando conselhos e envolvendo-se em interajuda; a *recapitulação corretiva* de problemáticas familiares, que cria a oportunidade de reinterpretar e clarificar essas relações; *desenvolvimento de técnicas de socialização* – aprendizagem social ou desenvolvimento de aptidões interpes-

3) [Glossário] **Grupos desenvolvimentais**: Grupos psicoterapêuticos cujo objetivo principal é o desenvolvimento pessoal. Para tal são usadas metodologias experienciais que promovem o empoderamento e o desenvolvimento.

soais; *comportamento imitativo*, ou seja, aprender a modelar o comportamento observando os membros do grupo que funcionam mais adequadamente ao nível, por exemplo, da flexibilidade, criatividade e auto-exposição; a *aprendizagem interpessoal*, que possibilita a aprendizagem de novas estratégias de confronto, na medida em que cada pessoa partilha, com os diferentes membros do grupo, formas diversificadas de superação de dificuldades, recebendo feedback dos mesmos e, assim, experimentando novas formas de se relacionar; a *coesão grupal*, que respondendo às motivações sociais de desejo de contacto, de pertença e de reconhecimento aumenta a produtividade e a satisfação, bem como a auto-estima e a sensação de segurança dos membros do grupo. Contrariamente ao que sucede nos grupos psicoterapêuticos, em que a competição e a rivalidade não devem ser evitadas, a cooperação nos grupos de desenvolvimento é fundamental para criar um bom ambiente. Por este motivo, num grupo de apoio que funcione adequadamente os seus membros tendem a permanecer no grupo mesmo depois de terem tido o apoio que necessitavam. Eles ficam porque querem dar aos outros aquilo, que eles próprios encontraram no grupo. Quando isto acontece temos um grupo de alta coesão que seria o objetivo maior de um grupo deste género; a *catarse*, que consiste na oportunidade para experienciar e expressar afetos fortes; por fim, seguem-se os *fatores existenciais* – reconhecimento, através da partilha com os outros, dos aspetos básicos da existência (por exemplo, solidão, morte, responsabilidade pelas nossas ações). Este fator remete para o ‘darmo-nos conta’ da nossa responsabilidade última em relação à nossa vida – diminuindo o sentimento de solidão e desesperança (Yalom, 2005).

A pessoa idosa, membro de um grupo, desenvolve, igualmente, a auto-empatia e a aceitação incondicional de si, consequência, em parte, da integração das devoluções dos outros sobre si própria. Em termos práticos, os benefícios da intervenção em grupo com idosos incluem a normalização das suas preocupações acerca do declínio físico, a diminuição do isolamento social, o acesso a uma rede de suporte que lida com dificuldades semelhantes, e a possibilidade de ajudar os outros, o que contribui para diminuir os sentimentos e pensamentos negativos, e o desenvolvimento do sentido de valor pessoal.

Podemos ainda acrescentar, que esta abordagem potencia o planeamento realista de objetivos e a independência em relação ao técnico, promovendo

a autonomia e o controlo. Este último aspeto é muito importante, já que aumentar o poder das pessoas mais velhas é uma das ferramentas mais eficazes na promoção do seu bem-estar e na prevenção do abuso e do mau-trato (Ferreira-Alves, 2010).

Como seria também de esperar, a intervenção em grupo com pessoas de idade avançada não está isenta de limitações. Altolz (1978, cit. in Fernandes, 2006) refere, por exemplo, a dificuldade de algumas pessoas idosas discutirem, em grupo, as suas problemáticas pessoais, ou de apresentarem alguma relutância em entregar-se ao grupo, com receio de mais perdas emocionais, sobretudo tendo em conta que, no horizonte da sua vida, a consciência da sua aproximação à morte está mais presente.

Encontram-se ainda dificuldades resultantes do eventual curto tempo de foco da atenção, da persistência ideativa, das dificuldades de memória e dos estados confusionais de algumas pessoas idosas. Estes problemas têm sido contornados com estratégias, como uma atividade mais intensa por parte do facilitador do grupo, sessões de grupo mais frequentes, coorientação para mais apoio (Foster e Foster, 1989). Por outro lado, nem todos os pacientes estão a priori indicados para um grupo - a intervenção individual é recomendável para pacientes com psicopatologia severa, perturbações cerebrais e pessoas muito agressivas.

No subcapítulo seguinte abordaremos um dos tipos de intervenção psicossocial com adultos de idade avançada — os grupos de apoio.

OS GRUPOS DE APOIO NA IDADE AVANÇADA

Num grupo de apoio os membros, geralmente pares, providenciam uns aos outros diversos tipos de ajuda, geralmente não profissional e não material, com uma característica partilhada e problemática. Esta pode ser uma doença ou uma questão identitária ou a adaptação a uma situação ou fase. Na idade avançada a adaptação à reforma, ao luto por um conjugue ou a entrada para uma instituição são exemplos deste ultimo tipo.

Os membros reúnem-se para partilhar estratégias para lidar com a dificuldade, para se sentirem mais empoderados (mais fortes), mais apoiados

emocionalmente e compreendidos. A ajuda pode ganhar sobretudo a forma educacional de providenciar e avaliar informação relevante, partilhar experiências, escutar e aceitar a experiência dos outros e estabelecer redes sociais. Outros grupos de apoio enfatizam mais o apoio moral e o conforto emocional. Um grupo de apoio pode também servir para dar informação a um público mais alargado e, conseqüentemente, chamar atenção para uma causa.

Os grupos de apoio formais vieram, de certo modo, substituir as organizações fraternas tradicionais e adquirir as funções de apoio das famílias tradicionais alargadas. Os membros deste tipo de grupos mantêm o contacto interpessoal de muitas formas: ao vivo ou através de telefone, *newsletters*, *internet fóruns*, e *mailing lists*. Alguns destes grupos são exclusivamente online outros, são presenciais, com um tamanho que permite o diálogo entre os membros e, há ainda os mistos. Os grupos *online* têm a vantagem de preservarem o anonimato e assim beneficiarem pessoas com ansiedade ou vergonha da exposição. Os grupos podem ainda ser fechados, sendo necessário alguns requisitos para entrar, outros são 'abertos' em que qualquer pessoa pode comparecer numa reunião agendada ou participar num *fórum online*.

Os grupos de auto-apoio (*self-help support group*) são completamente organizados e geridos pelos seus membros que na maioria das vezes são voluntários com experiência pessoal na temática do grupo. Neste tipo de abordagem, evita-se a formação de líderes e fomenta-se a homogeneização dos participantes. A existir um facilitador no grupo este age como moderador e, eventualmente, como organizador convidando pessoas com mais conhecimento em determinados tópicos para darem o seu contributo. Os grupos de auto-apoio, também conhecidos como terapia de entreatajuda, têm como melhor exemplo os Alcoólicos Anónimos, cujos elementos são alcoólicos e ex-alcoólicos que se apoiam uns aos outros.

Os grupos de apoio profissionais (*Professionally operated support groups*) são, geralmente, orientados por técnicos com formação em psicologia que raramente partilham do problema dos membros do grupo. Estes grupos são mais frequentes em contexto institucional como, por exemplo, hospitais, associações de Alzheimer, centros de recuperação de toxicod dependência

e centros de dia. Este tipo de apoio acontece, mais frequentemente, num período restrito de tempo e serve para dar informação, para ajudar a ultrapassar determinada condição, como local de troca de experiências e, como referido, de porta-voz na defesa desse grupo de pessoas no caso de injustiça.

Os grupos de apoio presenciais apresentam uma enorme variabilidade, mas o tamanho mais usual é um pequeno grupo de cerca de 10 pessoas que se encontram numa base regular para discutir as suas experiências e providenciarem apoio mútuo (Lima, 2004). A composição dos participantes deve ser o mais heterogênea possível dentro da temática em consideração, porque multiplica as possibilidades de aprendizagem. Nos grupos presenciais o contexto espaço-temporal deve estar previsto, a saber, o tempo de cada sessão, o seu início e o fim e o local. Idealmente a sala não deve ser a habitual (por exemplo, nas instituições não deve ser a sala onde as pessoas mais velhas costumam estar a ver TV) e as cadeiras devem preferencialmente ser colocadas democraticamente em círculo.

Existem inúmeros aspetos que, embora na sua maioria não sejam exclusivos das pessoas mais velhas, surgem mais recorrentemente nas idades avançadas e são, conseqüentemente, trazidos para o contexto dos grupos de apoio: perda da independência, da saúde, da mobilidade, de sentido, da casa própria e dos entes amados. Estas perdas podem levar a pessoa idosa a experienciar uma sobrecarga de pesar (Lima, 2011). Por outro lado, conflitos são tópicos frequentes que interferem com a felicidade dos idosos e das suas famílias (Lima, 2008): os sentimentos de abandono e de tristeza devido ao facto dos seus filhos não os visitarem ou não lhes prestarem a atenção que eles desejam; a inversão de papéis parentais, no qual a situação de poder se inverte e os filhos acreditam que podem decidir sobre o “bem-estar dos seus pais” por eles e para o seu próprio bem; a falta de diálogo sobre questões preocupantes que implicam o idoso ou o oposto; os sentimentos de culpa, de injustiça, de ingratidão, de raiva e de vingança da parte filhos bem como da parte dos pais; os problemas familiares que vêm desde a infância até ao momento presente; os problemas transgeracionais, a rivalidade entre irmãos; os problemas de autonomia e de dependência... Muitos destes tópicos poderiam ser trabalhados num enquadramento de grupo de apoio com múltiplos ganhos (Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015).

Conseqüentemente, utilizar o trabalho em grupo para lidar com os problemas (familiares, pessoais ou sociais) das pessoas com idade mais avançada deve ser um objetivo dos profissionais a trabalhar com pessoas mais velhas, no entanto, mudanças e adaptações têm de ser feitas nos serviços de saúde mental e no apoio psicológico de molde às pessoas mais velhas poderem receber ou ter acesso a este tipo de apoio para além do tradicional apoio formal em contextos médico-psico-sociais. Este capítulo teve como principal objetivo fazer um resumo das principais características e vantagens da utilização dos grupos psicossociais, em geral, e dos grupos de apoio com pessoas mais velhas em particular, a residir ou não em contexto institucional, no sentido da promoção do seu bem-estar e da sua qualidade de vida.

Concluimos sobre a importância da formação dos profissionais e das instituições a este nível, bem como, da criação de infraestruturas que viabilizem o acolhimento destes grupos e a sua acessibilidade. Reconhecidas as intervenções psicossociais como importantes no arsenal de ferramentas da gerontologia dado o seu contributo na ajuda às pessoas idosas a lidar com as tensões da última fase do ciclo de vida e, ao mesmo tempo, permitirem à pessoa idosa ativamente participar na promoção do seu bem-estar torna-se fundamental o técnico saber dar informação sobre como formar ou encontrar um grupo disponível.

PARA GUARDAR E CUIDAR

→ Os grupos de apoio são uma ferramenta importante na promoção do bem-estar e qualidade de vida do idoso.

34.

Cuidado Centrado na Funcionalidade: uma “Nova” Abordagem no Cuidado

JOÃO PAULO DE ALMEIDA TAVARES

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

LISA NOGUEIRA VEIGA NUNES

Enfermeira no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

JOANA CATARINA GONÇALVES GRÁCIO

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Os cuidadores de pessoas idosas têm um papel crucial no desenvolvimento e implementação de estratégias promotoras da funcionalidade e independência. Uma dessas estratégias é a filosofia do Cuidado Centrado na Funcionalidade.

Nesta “nova” abordagem de cuidado o cuidador ajuda a pessoa a envolver-se o máximo possível nas atividades de vida diária com o objetivo de prevenir o declínio funcional evitável. A implementação desta filosofia pressupõe que o cuidador faça com a pessoa e não faça por esta. Nesta perspectiva, este capítulo inclui dicas práticas para os cuidadores implementarem esta filosofia no dia-a-dia.

CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE (CCF)

Uma das principais competências dos cuidados é promover a independência, autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa. No desempenho do papel de cuidador, muitas vezes, promove-se a dependência. Esta dependência aprendida, quer física, quer psicológica, é muitas vezes estimulada pelo cuidador, mesmo quando a pessoa idosa tem capacidade funcional para fazer por si própria.

Os cuidadores preferem substituir a pessoa idosa na realização das atividades de vida. Isto acontece sobretudo quando esta já se apresenta lentificada para executar tarefas simples, ainda que não seja, de todo, incapaz de fazê-las. Este cuidado de substituição promove-se num ciclo negativo, que acentua cada vez mais a dependência e a inatividade física (Figura 1).

Por exemplo, perante uma pessoa idosa que necessita de mais tempo para comer e derrama a comida, o cuidador, devido à “pressão” do tempo, pode considerar que a pessoa “não o faz da forma correta” e/ou em tempo útil, dando-lhe a comida à boca. Isto é, embora a pessoa idosa tenha capacidade para se alimentar de forma independente, o cuidador substituiu-a.

Esta situação, quando repetida, leva a que a própria pessoa idosa reconheça que não é capaz de se alimentar, que se suja e/ou atrasa na refeição, negligenciando a capacidade de se alimentar sozinha. A pessoa idosa auto-reconhe-

ce-se como incapaz e promove em si mesma o descondicionamento físico¹, perdurando o ciclo negativo da dependência.

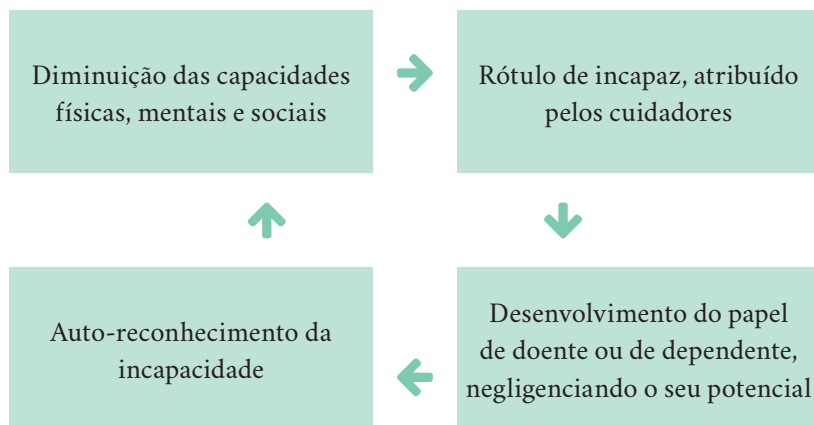


Figura 1 – Ciclo negativo da dependência

Para reverter este ciclo, tem sido desenvolvida uma filosofia de cuidado denominada de cuidado centrado na funcionalidade (CCF). Esta foca-se no papel que os cuidadores podem ter no envolvimento da pessoa idosa nas atividades da vida diária e em atividades físicas, com o objetivo de manter a máxima funcionalidade possível e prevenir a dependência. Nesta filosofia, a pessoa idosa deve ser envolvida e estimulada de forma contínua a participar no seu próprio cuidado, ou seja, o cuidador **NÃO CUIDA DE** mas **CUIDA COM** a pessoa (tabela 1).

A filosofia tem como objetivos:

- ➔ encorajar as pessoas idosas a comprometerem-se com a funcionalidade e a atividade física (AF)²;

1) É um processo complexo de alteração fisiológica durante um período de imobilidade, resultado de repouso prolongado proveniente da inatividade, ou estilo de vida sedentário. Resulta em perdas funcionais em áreas como: o estado mental, a continência urinária/fecal e a realização de atividades da vida diária. Nas pessoas idosas, dois dias de repouso absoluto podem ser extremamente significativos para o descondicionamento físico.

2) Qualquer movimento produzido pelos músculos que resulta num gasto de energia.

→ encorajar as pessoas idosas a realizar o mais possível por si mesmas em atividades como: o banho, o vestir, o andar...

Fazer “COM”	Fazer “POR”
O cuidador capacita a pessoa a fazer “por” si o mais possível.	O cuidador foca-se na “tarefa”.
O cuidador dá “pistas” verbais e gestuais para ajudar os utentes.	O cuidador completa a tarefa pela pessoa, com pouco ou nenhum envolvimento desta.
O cuidador proporciona equipamentos adaptativos.	Não há oportunidade de melhorar a funcionalidade da pessoa.
O cuidador usa a técnica de cuidar “mão sobre a mão” durante o cuidado.	Não há oportunidade de crescimento ou aprendizagem da pessoa.
O cuidado beneficia a pessoa.	

Tabela 1 – Diferenças entre fazer com e fazer por

O cuidado centrado na funcionalidade é uma abordagem alternativa ao cuidado tradicional prestado às pessoas idosas, que subestima as suas capacidades e substitui as pessoas na realização das atividades. Este cuidado, muitas vezes, superprotetor, decorre do medo da ocorrência de eventos adversos como: quedas, falta de disponibilidade dos cuidadores e desconhecimento dos benefícios da funcionalidade e da atividade física. O cuidado de substituição potencia a que pessoas idosas, muitas vezes mais deprimidas e menos motivadas, se tornem cada vez mais dependentes e aceitem a sua condição de dependência como adquirida. Por outro lado, do ponto de vista dos cuidadores, sempre que substituem a pessoa cuidada na realização das suas atividades, esta pode ser uma forma de expressarem zelo e carinho, desconhecendo que estão a perpetuar o ciclo da dependência aprendida.

A premissa básica do cuidado centrado na funcionalidade é ajudar a pessoa idosa a otimizar e manter as suas capacidades e a continuar a aumentar o

tempo gasto na atividade física, para, desta forma, recuperar e/ou manter a máxima funcionalidade e prevenir o descondicionamento quer físico, quer cognitivo. Tem como base as interações entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados. Nesta interação, a pessoa idosa deve ser envolvida, motivada e estimulada a participar no seu próprio cuidado.

O cuidado centrado na funcionalidade pode e deve ser realizado com todas as pessoas idosas, independentemente do contexto de cuidado onde estão inseridas. O fundamental é que esta abordagem esteja presente em todas as interações e atividades inerentes ao cuidado a estas pessoas.

BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE

Uma das barreiras à implementação desta abordagem de cuidado é o tempo necessário para motivar as pessoas alvo de cuidados a participar em atividades físicas e funcionais. Por outro lado, por vezes as pessoas idosas procuram atenção através da prestação de cuidados, favorecendo uma situação de dependência em relação ao cuidador em função do ganho na atenção.

O compromisso cognitivo prévio, como por exemplo na demência, também é referido como uma barreira ao desenvolvimento do CCF. Outro obstáculo prende-se com o facto dos cuidadores, sejam eles formais ou informais, assumirem à priori que as pessoas idosas não são capazes de realizar determinada atividade.

As expectativas dos familiares podem também ser um impedimento à promoção da funcionalidade, nomeadamente em contextos formais de cuidado (por exemplo, estruturas residenciais para idosos e hospitais). Tal deve-se ao facto de assumirem que a pessoa idosa precisa de ajuda em todas as atividades de cuidado e, desta forma, exercem pressão sobre os profissionais ou desenvolvem algum ceticismo relativamente aos cuidados, quando estes não são de substituição. Por estas razões, os cuidadores (in)formais podem sentir medo de infringir os direitos das pessoas idosas e/ou temerem ser acusadas de negligência quando as encorajam a realizar tarefas de cuidado.

FACILITADORES DA IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE

As habilidades comunicacionais são os pilares fundamentais para o desenvolvimento de um cuidado centrado na funcionalidade. Aspectos como: a compreensão do envelhecimento, a escuta, a empatia, o respeito, a clarificação, a congruência, a sensibilidade, a presença, a disponibilidade, a adaptação, a flexibilidade, a atitude positiva e o humor são essenciais. Encorajar verbalmente a pessoa idosa, fornecer reforço positivo, fornecer orientações passo-a-passo, demonstrar carinho, dar a possibilidade de a pessoa idosa escolher as atividades de cuidado que realiza e oferecer recompensas significativas são também facilitadores importantes da implementação deste tipo de cuidado. É também relevante o estabelecimento de objetivos claros para a implementação desta abordagem (por exemplo, andar todos os dias até à casa de banho).

BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE

Da implementação da abordagem do CCF podem ser destacados os seguintes benefícios: a pessoa idosa sente-se progressivamente mais independente; sente-se melhor e mais útil por conseguir fazer determinadas tarefas do seu dia-a-dia; sente uma maior empatia pela forma como é cuidada; e sente que tem o retorno da sua dignidade. Sobressai ainda que esta abordagem de cuidado reduz o uso de restrições físicas da mobilidade. Como benefícios para os cuidadores evidenciam-se a diminuição do stresse inerente ao cuidar e uma maior gratificação no cuidado.

O CUIDADO CENTRADO NA FUNCIONALIDADE: DICAS PARA IMPLEMENTAR NA PRÁTICA DIÁRIA

Seguidamente apresentam-se dicas práticas para a incorporação desta filosofia no dia-a-dia. É de lembrar que esta prática não ocupa mais tempo nem põe em risco a pessoa alvo de cuidados. A manutenção da pessoa o mais independente possível contribuiu para diminuir o tempo necessário para cuidar das pessoas idosas a médio/longo prazo.

COMO INCORPORAR O CCF – MOBILIDADE

- Motivar a pessoa idosa a caminhar, a movimentar-se, com objetivos claros (se possível usar a imaginação);
- Incentivar a pessoa idosa a usar dispositivos de apoio, em caso de necessidade (por exemplo, bengala, andarilho);
- Encorajar a pessoa a movimentar-se ela própria na cadeira de rodas (por exemplo, incentivar o uso dos braços para girar as rodas da cadeira);
- Fornecer pistas específicas para iniciar o movimento (por exemplo, mexa o pé direito; levante o braço esquerdo);
- Manter os locais de mobilidade (por exemplo, corredor) sem mobiliário ou outros objectos desnecessários;
- Relembrar as pessoas para se posicionarem na cama a cada duas horas (por exemplo, puxe-se utilizando as grades e/ou as pegas da cama; coloque a mão direita na grade e puxe o lado esquerdo do corpo);
- Manter a cama numa posição mais baixa para facilitar as transferências;
- Fornecer pistas específicas de como sair da cama ou da cadeira/sofá;
- Incentivar a caminhar dentro de casa (por exemplo, da sala para o quarto de banho);
- Incentivar e assegurar o uso de um calçado adequado (por exemplo, adaptado ao pé, em especial ao joanete, palmilha fina e firme, fechado na região posterior e com apoio, sola aderente, fácil de calçar ou descalçar, preferencialmente com velcro e sola baixa);
- Incentivar o levantamento de pesos enquanto a pessoa idosa está sentada (por exemplo, usando garrafas de água);
- Tornar a atividade divertida, recorrendo a música ou a jogos;
- Celebrar os esforços e partilhar as conquistas com todas as pessoas próximas;
- Mostrar os progressos aos restantes familiares e amigos.

Para promover a deambulação e a mobilidade, de forma segura, providenciar:

- Cintos de marcha;
- Equipamentos e mobiliário resistente;
- Áreas de descanso ao longo do corredor, com cadeira para a pessoa se poder sentar;
- Boa iluminação;
- Espaços amplos, desimpedidos de mobiliário, cabos de eletricidade ou objetos que dificultem a passagem;
- Altura das cadeiras e da cama adequadas que permitam que a pessoa se apoie firmemente no chão.

COMO INCORPORAR O CCF – VESTIR

- Sobrepor as mãos do cuidador às mãos da pessoa idosa durante o banho, no sentido de encorajar os movimentos passivos (por exemplo, técnica da mão sobre a mão);
- Facultar o uso de roupas pessoais que signifiquem uma vida ativa (por exemplo, vestir fato de treino, calçar ténis);
- Providenciar roupa/calçado fácil de vestir/calçar (por exemplo, velcros, fechos);
- Permitir que a pessoa escolha a sua própria roupa;
- Disponibilizar tempo extra para que a pessoa se possa vestir sozinha;
- Sentar ou equilibrar a pessoa em pé, sempre que possível, e desenvolver métodos para vestir na cama ou na cadeira se o equilíbrio estiver comprometido;
- Manter os hábitos de higiene pessoais e adequar horários de cuidado;
- Garantir que a pessoa está corretamente posicionada (por exemplo, alinhamento corporal) e tem ao alcance os equipamentos de apoio;

- Estabelecer uma rotina e segui-la todos os dias.

COMO INCORPORAR O CCF – ALIMENTAÇÃO

- Proporcionar a técnica da mão sobre a mão em vez de alimentar a pessoa à boca;
- Disponibilizar comida que requeira pouco corte e que possa ser comida com a mão (por exemplo, pedaços de fruta ou de pão);
- Encorajar a pessoa a comer sozinha fornecendo pistas de como o fazer;
- Sempre que existe derrame de comida providenciar porções maiores;
- Dispor a comida e os utensílios e fracionar os alimentos em pedaços pequenos;
- Encher metade da colher;
- Servir as refeições na mesa, e encorajar a pessoa a deslocar-se à mesa para fazer a refeição;
- Disponibilizar tempo à pessoa para que se possa alimentar sozinha;
- Disponibilizar aparadores de comida, de forma a evitar o constrangimento do derrame de comida no chão;
- Usar produtos de apoio (por exemplo, talher de cabo grosso, anti-derrapantes para os pratos, prato de fundo, canecas com alças e tampa).

COMO INCORPORAR O CCF – USO DE SANITÁRIO

- Incentivar a mobilidade para o sanitário e a transferência para a cadeira, em vez de fornecer a arrastadeira ou urinol;
- Elaborar e seguir um calendário miccional;
- Colocar a pessoa no sanitário em horários específicos;
- Evitar o consumo de cafeína;
- Encorajar a ingestão de fluídos ao longo do dia, preferencialmente

nos períodos da manhã;

- Fornecer pistas de encorajamento (por exemplo, dar um motivo para ir ao sanitário naquele momento);
- Premiar o desempenho;
- Dar privacidade, espaço e tempo;
- Disponibilizar roupa fácil de vestir e despir;
- Evitar hiperestimulação nesse momento (por exemplo, falar, tocar).

COMO INCORPORAR O CCF – COMUNICAÇÃO

- Encorajar ou providenciar pistas para uma correta postura corporal e uma respiração abdominal;
- Usar quadros de comunicação para facilitar a comunicação;
- Usar livros de memória para incentivar a conversação e a comunicação;
- Fazer questões para estimular a conversação (por exemplo, “Diga-me como foi a sua infância”);
- Encorajar a comunicar as necessidades;
- Disponibilizar tempo extra para responder a questões ou tecer comentários.

COMO INCORPORAR O CCF EM PESSOAS COM DÉFICE COGNITIVO OU DEMÊNCIA?

Nesta população há uma tendência para promover atividades sedentárias, ao invés de atividades mais voltadas para a componente física e funcional, pelo receio de que possam cair ou que se magoem a elas próprias.

A realização de atividades físicas, a promoção da máxima funcionalidade, sempre que possível e ainda que por curtos períodos de tempo, contribui para a redução da sintomatologia depressiva e para a redução dos sintomas comportamentais e psicológicos na demência. Estes aspetos salientam ainda

mais a necessidade de um cuidado mais consistente, pelo que, para além das sugestões reportadas, sugere-se ainda:

- Partir sempre do simples para o complexo, para alcançar o sucesso;
- Dar pistas verbais e repetir os comandos as vezes que forem necessárias;
- Ser paciente e consistente com o treino da memória e permitir tempo de resposta extra;
- Dividir as tarefas em segmentos curtos de 15 minutos;
- Não híper estimular;
- Usar a estimulação sensorial (a visão, o olfato, o paladar e o toque) e reconhecer o impacto causado na pessoa;
- Falar e explicar o que se está a fazer (por exemplo, na refeição, falar sobre os alimentos; no banho falar sobre a água).

MOTIVAÇÃO

A motivação do cuidador e da pessoa alvo de cuidados é a chave para promover um cuidado centrado na funcionalidade e deve ser considerada para a realização de qualquer atividade. A motivação varia em função do contexto, da ação e da pessoa alvo. Nas pessoas idosas, a motivação para a atividade física pode ser impulsionada por uma orientação para uma ação preventiva de saúde, como por exemplo, manter-se independente e/ou prevenir fatores de risco para algumas doenças. Os cuidadores para motivarem as pessoas idosas para a adesão a programas de atividade física devem fazê-los acreditar nos benefícios. Isto é, devem transmitir às pessoas que ao participarem em atividades físicas vão ficar mais independentes, vão ter mais mobilidade e vão melhorar o seu estado de saúde. É importante relembrar continuamente quais os benefícios para si próprios em fazerem estas atividades.

Neste sentido, são propostas **quatro etapas essenciais** de motivação para a promoção de um cuidado centrado na funcionalidade.

1. EDUCAÇÃO CONTÍNUA

Dizer à pessoa alvo de cuidados...

“Estas atividades podem ajudá-lo a ficar em melhor condição física.”

- ➔ **Força muscular** (força dos músculos para executar os movimentos);
- ➔ **Resistência muscular** (a capacidade do músculo para manter a repetir uma atividade sem se cansar);
- ➔ **Flexibilidade** (a capacidade para movimentar as suas articulações - braços, pernas, pescoço e costas);
- ➔ **Equilíbrio** (capacidade para manter o seu corpo na posição de pé).

2. ENCORAJAMENTO VERBAL CONTÍNUO

Persuasão verbal (tabela 2), ao invés de usar expressões que são favorecedoras da dependência, o cuidador utiliza expressões que potenciam a independência e o envolvimento da pessoa (por exemplo, lembrar a pessoa que ela possui capacidades de alcançar o que quer – “O Sr. é capaz de comer sozinho.”).

FAVORECEM A INDEPENDÊNCIA	FAVORECEM A DEPENDÊNCIA
Apresentação Pessoal	
“O Sr. pode fazer a sua barba.”	“Não se preocupe com o seu aspeto, o Sr.(a) não vai sair de casa.”
Continência	
“O Sr.(a) pode trocar a roupa, eu ajudo-o(a).”	“Vou trocar a sua roupa, está tudo molhado.”
Atividade	
“Que tal ir jantar na sala de estar?”	“Deixe-se estar aí sentada que eu trago-lhe a comida.”

Alimentação	
“Eu vou-lhe cortar a carne e depois o senhor tenta comer sozinho.”	“Eu dou-lhe a comida na boca.”
Higiene e Banho	
“Eu vou-lhe dar a toalha e o Sr.(a) vai-se secando até onde conseguir.”	“Vou secá-lo(a) com esta toalha.”
Vestir e Despir	
“Escolha a roupa que vai vestir. O Sr.(a) veste-se e se precisar de ajuda, pede.”	“Eu visto-o(a), é mais rápido.”

Tabela 2 – Persuasão verbal

3. ELIMINAÇÃO/MINIMIZAÇÃO DE SENSações DESAGRADÁVEIS

É importante que o cuidador antevêja o porquê de a pessoa não querer fazer atividade física (por exemplo, dor, medo), podendo ser necessário:

- Gerir analgésicos para diminuir a dor na deambulação, providenciando áreas de descanso para atenuar o cansaço;
- Construir a confiança (por exemplo, realizar a atividade de forma progressiva, tal como: começar por andar 5 passos e depois aumentar para 10, 15 e 20 passos, o que permite à pessoa idosa construir a sua confiança).

4. PISTAS E DICAS

O cuidador deve tentar utilizar dicas e pistas focadas:

- Nos sucessos anteriores obtidos como uma fonte de reforço (por exemplo, ter andado até à sala de estar na hora do almoço);

→ No sucesso de outra pessoa que tenha demonstrado melhorias no seu desempenho funcional ou adesão a qualquer prática de atividade física (por exemplo, partilhar os sucessos com familiares e amigos).

PARA GUARDAR E CUIDAR

→ A realização da atividade pelo outro, embora em alguns casos seja uma demonstração de afeto e preocupação, nem sempre traz ganhos para a pessoa idosa.

→ O cuidado centrado na funcionalidade é, acima de tudo, uma forma de estar perante o outro, “uma mentalidade” e uma filosofia de cuidado em que o cuidador promove, em todas as dimensões, as capacidades da pessoa idosa para que se mantenha independente o máximo de tempo possível.

→ Ao promover o cuidado centrado na funcionalidade estão-se a considerar todos os aspetos da vida daquela pessoa, tais como a condição física, os pensamentos, os sentimentos e os estilos de vida.

→ Levar a cabo esta filosofia não ocupa mais tempo, pode acontecer em todos os momentos de relação com a pessoa, não tem custos adicionais e constitui, acima de tudo, “pequenos progressos”, que conduzem a grandes resultados.

Casos na Interação Cuidador/Idoso



Partilhas e Experiências de Cuidadores

I.

Maria da Luz, uma idosa de 76 anos com diagnóstico de AVC

CLÁUDIA JOÃO DOS REIS DE ALMEIDA

Formanda da edição 04 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é baseada no caso real de uma idosa e sua família. Alguns dados e factos foram alterados para garantir, por um lado, a confidencialidade das pessoas envolvidas e, por outro, aperfeiçoar a qualidade da narrativa, por forma a traduzir acontecimentos localizados num determinado tempo, espaço e contexto sociocultural.

O objetivo desta história é promover uma reflexão em torno da interação entre a idosa e os seus cuidadores, no contexto do diagnóstico apresentado e das possíveis ações/soluções a implementar para melhorar a sua qualidade de vida.

O CASO – A MARIA DA LUZ E OS SEUS CUIDADORES

A Maria da Luz Fonseca Duarte, de 76 anos, viúva, reside em Lisboa há cerca de 66 anos e como rendimento aufer a reforma por velhice. Na sua infância e adolescência habitava no meio rural, tendo migrado para este centro urbano devido à mudança de colégio. Não obstante esta mudança, a Maria da Luz ao longo dos anos sentiu a vontade de visitar regularmente o local onde nasceu.

O agregado familiar é composto pela idosa e sua neta de 21 anos. Esta família reside num apartamento arrendado, cujo acesso se faz unicamente através de escadas.

Na sua família de procriação¹, a Maria da Luz teve, com o mesmo cônjuge, duas filhas e quatro netos.

Atualmente, as relações familiares entre os elementos da família são regulares e estabelecem-se através de visitas e contactos via telefone.

Relativamente à situação clínica da idosa, destaca-se um episódio de AVC (Acidente Vascular Cerebral) no dia 3 de abril de 2015, com internamento durante o período de 8 dias. Foi indicado na sua nota de alta “diagnóstico de AVC isquémico agudo”, tendo recorrido às urgências do hospital “por hemiparésia esquerda, disartria e desvio da comissura labial, após queda no domicílio. TAC crânio sem alterações isquémicas agudas ou hemorrágicas.

1) Família a que o indivíduo dá origem quando sai da família de orientação

AngioTac cerebral revela oclusão do segmento M2 da ACM dta.”, “estenose da válvula mitral” e “obesidade”.

No mesmo documento da alta hospitalar, em “diagnósticos de enfermagem ativos” é referido pelos técnicos de saúde:

- “Cuidar da higiene pessoal, Dependente”;
- “Mobilidade, Comprometida”;
- “Queda, Risco de”.

Nas observações da nota de alta é referido que a idosa se encontrava “calma, consciente e orientada. Eupneica, sem oxigenioterapia suplementar. Sem história de quedas durante o internamento, nem feridas adquiridas. Cumpriu soroterapia. Necessita de ajuda parcial na realização das AVD’s (Atividades da Vida Diária). Não apresenta défices. Deambula com apoio de andarilho. Fez fisioterapia”.

Importa salientar, ainda, que a filha mais velha da Maria da Luz informou que a médica da unidade de internamento indicou que “o AVC tinha sido provocado por uma arritmia”.

Relativamente à perceção da idosa quanto às suas principais dificuldades após o sucedido, estas têm sobretudo a ver com as atividades da vida diária - “ir à rua, custar-me a andar sozinha e com a bengala... por exemplo fazer a cama, aspirar, fico aflita das costas, dos rins. Lavar a loiça ainda lavo. (...) tenho mais dificuldade a vestir, levo muito tempo. A tomar banho também tem que ser uma pessoa a ajudar. (...) O comer faço com muita dificuldade, para não me sentir cansada”.

Após o episódio de AVC, a Maria da Luz ficou com a sua independência limitada, apresentando, apesar de tudo, alguma mobilidade e mantendo as funções cognitivas e psíquicas.

OS CUIDADORES INFORMAIS

A cuidadora informal principal é a neta da Maria da Luz – Filipa Duarte, que tem 21 anos, é trabalhadora-estudante, e é quem vive em permanência com a avó. Os cuidados da Filipa centram-se no auxílio à higiene da avó

(banhos e vestuário), alimentação (preparação das refeições) e medicação (gestão e organização dos medicamentos).

Quando questionada acerca das maiores dificuldades sentidas no papel de cuidadora, a Filipa refere sobretudo as preocupações ao nível do bem-estar geral da avó e da proficiência na execução dos cuidados que presta - “o maior receio lá está, era a preocupação de saber se ela estava bem, a respirar durante a noite, estar sempre a alerta. (...) como a minha mãe trabalhou num lar ia-me dizendo esse género de coisas”. A mãe da Filipa emigrou para França com os seus outros dois filhos, mas mantém um contacto regular (telecomunicações) com a filha e a mãe.

Para se apurar a sobrecarga da cuidadora, questionou-se a Filipa Duarte sobre a existência de cansaço físico e/ou psicológico: “É um bocado stressante (...) ela ficou mais ansiosa. É mais psicológico, de deixar escapar alguma coisa”.

A filha mais velha de Maria da Luz - Patrícia Duarte Correia, tem 49 anos e pela proximidade geográfica da sua residência visita a mãe com frequência, mais precisamente durante os fins-de-semana. Considera-se igualmente cuidadora informal, pois presta apoio à Maria da Luz a vários níveis, sendo um suporte para a principal cuidadora - “(...) organizo a medicação da semana, por vezes organizo alguma roupa (...); nos dias que lá estou deixo organizado o pequeno almoço (...); tudo preparado na mesa de cabeceira para o dia seguinte”.

É sempre a Patrícia Duarte que acompanha a mãe às consultas e aos exames médicos - “(...) ela também não está inválida” e “eu não sinto dificuldades de ajudar (...) eu sentia se tivesse que ajudar ao nível físico, por exemplo a dar banho (...) por isso ter recorrido ao serviço de apoio domiciliário”. Relativamente a eventual cansaço físico e psicológico, a filha da Maria da Luz mencionou não sentir sobrecarga - “(...) estou com ela semanalmente. Se ela tivesse acamada (...) mas ainda tem mobilidade”.

OUTRAS PERSONAGENS RELEVANTES

Quando questionada sobre qual a sua atual rotina, a Maria da Luz respondeu “(...) estar na cama, fazer uma coisa ou outra sem esforços e pouco faço, ou nada, sinto-me muito cansada. Praticamente estou a ver a televisão e a ir um bocado ao jardim que está perto de casa”. É no jardim que a Maria da Luz mantém o contacto regular com a sua rede de vizinhança, a mesma há diversos anos: “(...) sempre falámos bem, conversava, os vizinhos traziam isto e aquilo”. Inclusive foi um vizinho do seu prédio que a socorreu no dia em que sofreu o AVC e consequentemente a queda.

Anteriormente a este problema de saúde, a Maria da Luz não acedia com regularidade aos serviços de saúde quando se deparava com alguma patologia. Contudo, após o episódio de AVC a idosa tem sido acompanhada com frequência pela médica de família e pelo cardiologista, dado que a origem do AVC, conforme indicado anteriormente, foi uma arritmia.

Questionada sobre o motivo para não recorrer aos serviços de saúde, a Maria da Luz respondeu “(...) tive muitos anos sem ir ao médico, sentia-me bem e em forma”, “tomava remédios (...) curava-me sempre”.

Após a episódio de AVC, a filha diligenciou no sentido de a mãe ter acesso a um serviço de apoio domiciliário de uma IPSS. Atualmente beneficia dos serviços de entrega do almoço e higiene pessoal.

A IDOSA E A PATOLOGIA

O acidente vascular cerebral que a Maria da Luz sofreu constituiu-se como o ponto de viragem na vida desta idosa. Apesar de este não ter deixado sequelas graves (não está acamada, mantém a capacidade de comunicar oralmente), existe, contudo, uma mobilidade reduzida, agravada por uma obesidade, que acaba por ser simultaneamente causa e consequência de uma síndrome de imobilidade na idosa. Encontram-se associadas outras patologias como artroses nos membros inferiores (doença reumática), colesterol (doença endocrinológica) e a síndrome da incontinência (devido a algumas perdas involuntárias de urina, a Maria da Luz utiliza fraldas).

OS CUIDADOS QUE NECESSITA

A Maria da Luz tem sobretudo necessidade de cuidados ao nível das atividades da vida diária:

- Cuidados de higiene pessoal e da imagem: apoio no banho e para se vestir. Utiliza fralda cueca e revela alguma dificuldade a colocá-la, sendo por vezes necessário ajuda de terceiros;
- Cuidados na alimentação: preparação das refeições e supervisão dos alimentos mais adequados;
- Cuidados na saúde: aquisição e organização dos medicamentos para a semana; acompanhamento aos serviços;
- Apoio na mobilidade: além do recurso à bengala, a idosa por vezes é acompanhada por um familiar enquanto caminha;
- Cuidados na higiene habitacional e do vestuário: as tarefas domésticas são maioritariamente realizadas pelas cuidadoras informais (familiares), nomeadamente a limpeza da habitação e da roupa.

A INTERVENÇÃO E INTERAÇÃO ENTRE O CUIDADOR E O IDOSO

Em articulação com a família, e após uma avaliação das necessidades e potencialidades, quer da idosa, quer das suas cuidadoras, a Assistente Social da instituição que prestava apoio domiciliário à Maria da Luz, decidiu-se encaminhá-la para outra instituição de maior abrangência em termos de resposta nos cuidados que presta – trata-se de um Centro que dispõe de diversas respostas na área da saúde, do desporto e do apoio psicossocial, com uma equipa técnica multidisciplinar.

Em termos genéricos, esta instituição tem como objetivos: a) promover a saúde e o bem-estar do idoso; b) promover o bem-estar dos cuidadores do idoso; c) contribuir para que os cuidados prestados pelos cuidadores informais e formais sejam de qualidade. Esta entidade aposta num serviço de proximidade, no princípio da informação, na divulgação dos direitos da pessoa idosa e dos seus cuidadores e na promoção da saúde, enquanto

bem-estar físico e psicológico.

Sempre que se determine necessário a deslocação da idosa ao Centro para usufruir dos seus serviços, a instituição dispõe de viatura própria, utilizada para transportar os utentes com maiores dificuldades de mobilidade e em período de convalescença.

O primeiro contacto com o Centro foi através de uma consulta de triagem, em que estiveram presentes uma Enfermeira e uma Assistente Social, para apresentação dos serviços institucionais e avaliação e registo das dificuldades e necessidades sentidas pela Maria da Luz e pelas suas principais cuidadoras informais.

Posteriormente, a equipa técnica reuniu-se para a discussão do caso e definição do plano de intervenção a recomendar. O plano de intervenção geral, após validação da família e da idosa, foi integrado numa plataforma online utilizada pelos técnicos do Centro, permitindo que todos os elementos envolvidos acompanhem e registem todas as ocorrências.

Por sua vez, e sobre o princípio da confidencialidade, cada técnico tem o seu próprio registo dos atendimentos realizados com a utente e do plano de intervenção correspondente à sua área, mais detalhado e o qual vai sendo desenvolvido com o decorrer da intervenção.

A Maria da Luz tornou-se, assim, associada daquele Centro, podendo usufruir dos apoios e serviços especializados, sem qualquer custo acrescido, além da quota anual, calculada de acordo com os rendimentos do agregado familiar.

O PLANO DE INTERVENÇÃO COM A IDOSA

Os dois principais problemas identificados no caso da idosa Maria da Luz, e que condicionam a sua qualidade de vida e potenciam outros problemas de saúde e sociais, foram a) mobilidade reduzida, b) obesidade e c) ansiedade. Em associação, estes problemas poderão contribuir para um progressivo isolamento da idosa, cada vez mais condicionada nas saídas de casa, e para uma reduzida atividade nas tarefas diárias.

No âmbito de ações de informação/formação, foi recomendado que a Maria

da Luz participasse em algumas ações² de informação e sensibilização organizadas pela equipa técnica, nomeadamente:

➔ Alimentação adequada para um estilo de vida saudável, dinamizada pela nutricionista:

Pretende-se com esta ação informar e sensibilizar para a importância de uma alimentação variada e adequada às necessidades de cada um, e agendar uma consulta com os associados presentes, de forma a traçar um plano de ação individual. No caso da Maria da Luz este acompanhamento individual (uma vez por mês) revela-se fundamental para fazer face à obesidade, contribuindo, assim, para o seu bem-estar físico, nomeadamente na realização das atividades de vida diária, e para o seu bem-estar emocional, aliado à melhoria da sua auto-estima e confiança.

➔ Como cuidar do nosso bem-estar, dinamizada por dois enfermeiros:

Tem como objetivo, identificar diferentes patologias comuns nos idosos, de forma muito clara e apresentar estratégias para o dia-a-dia que permitam reduzir o impacto das dificuldades inerentes aos problemas de saúde. Pretende também sensibilizar para a importância da medicação conforme é prescrita pelos médicos e para os riscos da automedicação. Esta ação tem também a participação de outros utentes do Centro, que são chamados a partilhar as suas experiências no contexto de episódios que modificaram a sua condição de saúde.

As ações de sensibilização do Centro vão variando de tema, nomeadamente de acordo com a população alvo da intervenção, incidindo nas dificuldades dos utentes que estão a ser acompanhados naquele momento. Estas iniciativas são realizadas uma vez por mês para os utentes, bem como para os cuidadores formais e informais.

A equipa de enfermagem, assim como outras equipas técnicas da área da saúde, da nutrição e do desporto, têm um papel preponderante nestas ações informativas, no sentido em que a informação e esclarecimento assume-se como fundamental no âmbito do autocuidado e da adoção de comporta-

2) Houve inscrição e participação efetiva da Maria da Luz nas ações recomendadas.

mentos positivos à qualidade de vida do idoso.

No âmbito de ações de intervenção, foi recomendado que a Maria da Luz usufruísse de sessões semanais de fisioterapia (o Centro dispõe de uma sala com equipamentos adequados para o efeito e presta também este serviço em domicílio, permitindo ao utente aprender estratégias e exercícios que podem ser realizados no conforto do seu lar).

Determinou-se ainda no plano de intervenção, o acompanhamento pelo técnico da área do desporto, especializado em exercícios físicos na população sénior. O técnico inicialmente avaliou a condição de saúde da utente, as patologias que requerem cuidados específicos e informou sobre os benefícios da atividade física. Tendo verificado uma reduzida aptidão cardiorrespiratória (ACR) e reduzida massa muscular, o técnico dirigiu o seu plano nesse sentido. Contudo, a prática da atividade física teve inicialmente uma frequência reduzida, para não ser uma mudança abrupta na rotina da Maria da Luz, a qual exerce poucas atividades diárias e encontra-se perante uma situação de obesidade. Das diversas atividades físicas que existiam nas Instituições da localidade, com quem o Centro tem parceria para se efetuarem descontos aos seus associados, a Maria da Luz optou pela hidroginástica. Esta atividade revela-se importante, sobretudo porque, “a realização de exercícios dentro da água produz efeitos fisiológicos importantes como o aumento da circulação sanguínea, aumento da resistência do sistema cardiovascular, a melhoria do sistema cardiorrespiratório, a ativação da circulação”, tendo um impacto mínimo nas articulações e melhorando aspetos físicos, psicológicos e sociais, proporcionando um bem-estar ao indivíduo praticante. Além da componente física, esta atividade pode contribuir para o bem-estar psicológico e permitir a redução do isolamento social.

À medida que os efeitos do acompanhamento em nutrição e em fisioterapia forem mostrando evidências positivas no estado geral da utente, vai-se adaptando o plano do exercício físico.

Como forma de reduzir as dificuldades nos cuidados pessoais, por exemplo ao nível do banho, articulou-se a intervenção com a Junta de Freguesia, a qual dispõe de um programa de oficina domiciliária. A Maria da Luz reúne os critérios para aderir ao programa e, ao abrigo deste, irão ser realizadas

algumas obras na divisão da casa de banho, através da colocação de um amplo poliban, que irá substituir a anterior banheira. Por sua vez o Centro irá ceder uma cadeira própria para o banho e duas barras de apoio, através do banco de ajudas técnicas que existe para os associados. Enquanto a Maria da Luz tiver que recorrer ao apoio da bengala, nesse mesmo banco de ajudas técnicas existem bengalas tripodes, pelo que será facultada uma temporariamente, permitindo a sua deslocação de forma mais segura e estável. Com estas iniciativas espera-se promover a autonomia da utente, e reduzir a dificuldade ao nível físico dos cuidadores informais e formais que realizam este cuidado.

A associada também passou a ter acesso à farmácia social, outra resposta da Instituição, permitindo descontos nos fármacos que toma diariamente. Neste contexto, a enfermeira do Centro acompanha, sempre que necessário, o fisioterapeuta nas sessões ao domicílio, entregando e organizando a medicação da Maria da Luz. Nessas visitas domiciliárias, a enfermeira transporta consigo um equipamento para monitorização remota (MR), para recolher indicadores importantes sobre a sua saúde, verificando-se a necessidade de recorrer a uma consulta médica. No plano de intervenção, colocou-se a indicação de que será necessário contactar o médico de família da utente, para se ir remetendo os resultados da MR.

No âmbito da tecnologia como suporte ao envelhecimento ativo e saudável, ficou definido no plano de intervenção promover uma articulação do trabalho social do Centro com o Gabinete de Ação Social da Câmara Municipal, no sentido de verificar a possibilidade de a utente aceder ao serviço de teleassistência que a Autarquia disponibiliza gratuitamente para os munícipes com reduzidos rendimentos.

O PLANO DE INTERVENÇÃO COM AS CUIDADORAS

O plano de intervenção definido para a Maria da Luz procurou, sempre que possível, reduzir a intervenção direta das cuidadoras informais (a neta Filipa e a filha Patrícia), uma vez que ambas são trabalhadoras e têm um tempo limitado a dedicar à prestação de cuidados.

Paralelamente à diminuição da intervenção direta das cuidadoras, será

importante garantir que estas estejam bem informadas e que consigam prestar cuidados com qualidade. Por outras palavras, a família continuará sempre a ser um importante recurso no cuidado ao idoso. A redução da intervenção será para garantir a redução da sobrecarga do cuidador, mas como existirão sempre momentos em que estes familiares irão prestar apoio, importa que sejam realizados com confiança e com qualidade.

Neste contexto, as ações de informação e sensibilização do Centro são também dirigidas para os cuidadores informais, tendo as cuidadoras da Maria da Luz participado nas ações promovidas pela equipa de enfermagem.

As cuidadoras têm também à disposição o gabinete de apoio ao cuidador do Centro, nomeadamente no que respeita a informações gerais sobre a utente, mas também no que respeita à utilização dos serviços do Centro, como é o caso da plataforma online que permite a monitorização do estado da Maria da Luz.

SUGESTÕES PARA POTENCIAR A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Seria interessante organizar para a Maria da Luz um roteiro lúdico e cultural, que promovesse a integração social da idosa e se constituísse como uma oportunidade de interação positiva entre esta e as suas cuidadoras informais. Integrados neste roteiro, sugerem-se espaços amigos do idoso que existam nas proximidades da residência e das instituições de apoio, assim como atividades informais com pessoas de referência no âmbito da comunidade. Esta iniciativa contribuirá para um envelhecimento mais ativo e saudável.

O plano de intervenção que foi apresentado, através de diferentes ações dos técnicos, já pretende por si só potenciar a qualidade de vida do idoso.

II.

O Inverno do João...

ANTÓNIO GERALDO MANSO CALHA

Formando da edição 04 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é ficcionada e pretende representar uma situação em que muitos idosos se encontram, procurando promover uma reflexão relativamente a comportamentos de interação e cuidados a prestar a idosos.

A HISTÓRIA

Nessa madrugada fria de inverno, igual a tantas outras, João acordou estremeado, confundindo ainda a realidade e o sonho. Deitado, fez deslizar lentamente o braço para o outro lado da cama na esperança de um toque, no entanto, apenas o vazio e o frio dos lençóis o esperavam. Arremessou-lhe uma profunda tristeza afogada no silêncio do quarto. Deixou-se estar quieto, com a infrutuosa esperança de que tudo voltasse a ser como foi um dia. Lá fora a manhã rompia, a luz do dia invadia, insípida, as frestas da janela. As horas passaram enquanto o seu pensamento se perdia em fragmentos de lembranças.

O som que vinha de fora do quarto tomou-lhe a atenção, despertando-o do entorpecimento. Maria já se levantara e tratava da casa. A sua menina... aos 87 anos continuava a ter o mesmo instinto protetor de quando lha colocaram nos braços aos 30 anos, seria sempre a sua menina... Tudo nela lhe lembrava a mãe e quase pareceu ouvi-la quando bateu à porta do seu quarto.

- Então, pai, não se levanta? – disse Maria em voz alta do outro lado da porta.

- Já vou, filha.

- Arranje-se, vá. Precisa de ajuda?

- Não, não. Podes ir à tua vida.

- Veja lá se quer que eu ajude, não me custa nada. Não precisa de estar a dobrar-se e a fazer esforço.

- Não, deixa-me. Não estou inválido. Eu consigo. Isto vai, devagar, mas vai.

- Está bem. Deixei-lhe café na cafeteira. Até logo.

- Até logo.

Maria arranjou-se e saiu de casa, seguindo a rotina, que, na verdade, a amparava. Divorciada há 15 anos, encontrara na casa dos pais o seu abrigo,

deram-lhe a segurança e a serenidade que, então, necessitava. Este regresso foi, de certa forma, uma segunda infância aos 42 anos. Filha única, foi acolhida pelos pais como se de uma menina se tratasse, foi dispensada de muitas das tarefas e responsabilidades da vida adulta. Agora, aos 57 anos e após a recente perda da mãe, restava a Maria a rotina, sua companheira. Encontrou no cuidado do pai a melhor forma de preservar a memória da mãe. Maria tudo fazia para lhe dar conforto, os mais pequenos gestos preenchiam-lhe o sentido da vida. A sua vida dividia-se entre o trabalho de secretária da Junta de Freguesia e a entrega incondicional aos cuidados do pai.

Já Maria tinha saído quando João se dirigiu à casa de banho. Tentou urinar. «Vá, vá...», repetia em eco no pensamento, numa hesitação prolongada. “É sempre o mesmo martírio”, sussurrou entre os dentes. Esforçou-se para não pensar em nada, abstrair-se, deixar fluir. Finalmente o alívio progressivo ao ritmo de um fluxo desprovido de força. Em todas as manhãs, nesse momento, recordava-se de quem tinha sido e no que se tornara. As últimas gotas, incontrolláveis apesar do seu esforço, deixaram-lhe uma pequena mancha nas calças, talvez invisível para o mundo, mas bem evidente para João. Terminou de se arranjar, resignado.

O conforto encontrou-o na chávena de café e no pão que Maria lhe deixara na camilha da cozinha. A sua cadeira já o aguardava e a braseira estava ligada. Demorou-se no pequeno-almoço, partilhado com os fantasmas que habitavam a casa. Cada objeto evocava uma lembrança, a presença da sua mulher revelava-se na disposição de tudo naquela casa. Imaginava-a atarefada na cozinha. No final da refeição deixou-se estar sentado, imóvel, absorto em pensamentos. Procurou reagir ao entorpecimento e arrumar a loiça do pequeno-almoço. Ao levantar-se, a perna, dormente, tirou-lhe o equilíbrio. Deu um passo desamparado e apoiou-se com os braços na camilha. Voltou a sentar-se, abalado pelo risco da queda.

Apesar de João nada ter ouvido, o som da porta de entrada anunciou o regresso de Maria, que irrompe na cozinha, deixando-o surpreso.

- Que cara é essa, pai?

- Nada. Deu-me uma tontura, ia tratar da loiça.

- Deixe-se estar sossegadinho, eu trato disso.

- Mas tu não trabalhas hoje?

- É domingo pai, não vê que hoje é domingo?

Olhou para a janela. Lá fora a vida segue, os dias iguais repetem-se na torrente do tempo. É domingo.

- Sabe quem encontrei hoje, e perguntou por si? O Sr. Ramalho. Diz que o pai tem de aparecer lá no café para pôr a conversa em dia.

- Nã... Para cair outra vez? Dá-me vontade de urinar e tenho de vir a correr para casa. Para isso deixo-me estar aqui que estou bem. Não vou lá fazer nada.

- Não diga isso, pai. Fazia-lhe bem, em vez de estar aí todo o dia cabisbaixo.

- Deixa-me...

- O Sr. Ramalho disse-me que o pai sempre tinha razão; as oliveiras lá do terreno dele que não foram podadas deram menos azeitona este ano! Diz que o pai tem de lá ir com ele para o aconselhar.

- Eu bem lhe disse. Não me quis crer. – A expressão do rosto denunciou o contentamento por ter razão.

Maria não reparou nessa pequena alteração de humor do pai, absorvida que estava na arrumação da cozinha.

- Que quer para o almoço?

- Como o que sobrou de ontem.

- Pão com queijo e chouriço, outra vez!?! Não pode ser pai, tem de se alimentar. Quer que lhe faça uma açordinha para o almoço, como a de sexta-feira? O pai gosta tanto. A ver se anima e se arrebita, não pode esmorecer.

-Pode ser.

João levantou-se da cadeira e dirigiu-se para a janela. Queria ver a vida desse domingo na rua. Lá fora chovia.

- Maria, anda ver o que chove lá fora. Não se pode andar na rua.

Foi tomado pelo conforto de não se poder sair de casa. Estava finalmente onde devia estar.

ANÁLISE DO CASO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No caso descrito são identificados vários problemas que afetam o idoso e que o colocam numa situação de grande vulnerabilidade em relação à degradação da sua qualidade de vida. De forma resumida destacam-se os seguintes aspetos que afetam a sua situação:

- Percebe-se que o idoso perdeu recentemente a esposa, estando a passar pela difícil fase de adaptação à situação de viuvez. A rutura de laços afetivos e, em particular, a vivência do luto acarreta, na generalidade das situações repercussões emocionais e mesmo físicas. Neste caso, a memória da esposa está muito presente nos pensamentos do idoso o que origina uma, quase constante, sensação de perda e de tristeza;
- Ao nível da saúde física um problema que afeta o idoso e que interfere na sua qualidade de vida é a dificuldade de micção. Pelo relato é possível constatar que este problema tem consequências tanto ao nível psicológico, na medida em que se sente frustrado com a situação, como ao nível do isolamento do idoso em casa, dado que refere o receio de sentir vontade de urinar fora de casa e ter dificuldade em regressar ao domicílio;
- O receio de cair constitui igualmente um problema que afeta este idoso. No relato existe referência a uma queda anterior e sabe-se que uma das possíveis consequências das quedas é o receio de voltar a cair. No caso em análise o episódio de queda parece ter repercussões na autoconfiança do idoso em sair de casa, contribuindo, assim, para o seu isolamento;
- Ao nível da alimentação é possível constatar que esta é pouco variada e muito centrada no pão e alimentos com nível elevado de sal como são os enchidos e o queijo. A dieta parece basear-se apenas nas preferências do idoso e o cuidador, erradamente, socorre-se da alimentação como forma de o confortar;
- O relato do dia-a-dia demonstra que o idoso passa muito tempo imóvel. Esta imobilidade pode acarretar diversas complicações a diferen-

tes níveis: cardiovascular; respiratório; metabólico; músculo-esquelético;

- Ao nível social assistimos a um isolamento progressivo do idoso e ao seu confinamento à habitação com repercussões na quebra de vínculos sociais;
- Nos diálogos do idoso encontramos, também, indícios de que este é assolado por sentimentos de inutilidade e de falta de objetivos que atribuam sentido à vida. Os dias parecem correr iguais e isso manifesta-se numa desorientação no tempo;
- Finalmente, destaca-se a intervenção da cuidadora – a Maria, ainda que motivada pela melhor das intenções e realizada de forma generosa, abnegada e altruísta, coloca em risco a qualidade de vida do seu pai. No relato são recorrentes as situações em a cuidadora substitui, ou tenta substituir, o idoso na realização de muitas das atividades de vida diária. Esta situação não favorece a independência do idoso e, a médio prazo, pode contribuir para uma deterioração do seu estado físico e psíquico.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A elaboração de um plano de intervenção deve obedecer a um conjunto de princípios sempre adequados à especificidade de cada caso particular. Assim, face ao diagnóstico da situação em que se encontra o idoso propõe-se que a intervenção inclua as seguintes medidas:

- Deve ter-se um cuidado particular na observação dos sinais de vivência do luto manifestados pelo idoso. Sendo a tristeza um sentimento normal na fase de adaptação à situação de viuvez, há, contudo, que estar atento a sinais que possam indiciar um quadro depressivo. A intervenção deve contemplar a observação de sinais como: a qualidade do sono e insónias; perda prolongada de apetite; isolamento ou estado permanente de tristeza. No caso de estes sinais se perpetuarem no tempo deve ser procurada ajuda profissional;
- No que diz respeito aos problemas urinários manifestados pelo idoso, a intervenção deve passar pela consulta de um médico de modo a identificar a causa dos sintomas. No caso, provável, de os sintomas serem

causados por um aumento da próstata (comum nos idosos), deve discutir-se com o médico os meios adequados de tratamento que permitam atenuar, ou resolver, o problema;

→ Relativamente ao receio de queda a intervenção deve visar a recuperação da autoconfiança do idoso na sua capacidade para evitar um novo episódio de queda. O treino baseado em exercício de equilíbrio e de força pode constituir uma boa forma de manter, ou mesmo melhorar, a aptidão funcional do idoso e, com isso, aumentar a sua autoestima e autoconfiança. Se, ao plano de treino, se acrescentarem exercícios aeróbios, os ganhos em qualidade de vida seriam mais completos dado o seu efeito preventivo na minoração da vulnerabilidade a fatores de risco e na prevenção da fragilidade. Neste nível da intervenção, existe ainda a possibilidade de aferir, em conjunto com um profissional de saúde, a necessidade e pertinência de recurso a meios auxiliares de marcha;

→ O ajustamento da alimentação constitui também uma intervenção prioritária a integrar no plano. Neste caso deve introduzir-se uma dieta mais variada e equilibrada. Moderada em termos do seu valor calórico, integrando minerais, vitaminas e proteínas de origem vegetal, praticamente ausentes da dieta do idoso;

→ Finalmente, uma importante dimensão da intervenção passa por procurar que o idoso fortaleça os laços sociais e dê sentido à sua vida através do envolvimento em atividades que lhe sejam significativas. No caso relatado os conhecimentos sobre o tratamento e a poda de oliveiras pode ser potenciado como uma forma de incentivar o idoso a esses objetivos. Tratando-se o cuidado de árvores de uma atividade que requer conhecimento e experiência e sendo uma atividade cuja intervenção tem efeitos a longo prazo, a criação de expectativas de observação dos resultados pode ser um estímulo muito proveitoso para o idoso.

Às propostas anteriores acrescenta-se ainda a necessidade de dotar a principal cuidadora do João, a sua filha Maria, de conhecimentos que lhe permitam intervir de um modo menos intuitivo que, em muitos casos, se revela contraproducente.

III.

A D. Maria Vitória e o Marido

ANNE MARIE AARENDONK LOURO

Formanda da edição 04 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é ficcionada e pretende representar uma situação em que muitos idosos se encontram, procurando promover uma reflexão relativamente a comportamentos de interação entre uma idosa e o seu marido e os cuidados a prestar a ambos.

A HISTÓRIA

D.^a Maria Vitória, 77 anos, nasceu e foi criada no Algarve. Viveu numa aldeia perto da serra e passou a sua infância e adolescência em contacto com a natureza. Teve um burro e um cão e as suas primas eram as suas grandes amigas e companheiras de brincadeiras e desabafos. Teve uma infância tranquila e sem grandes sobressaltos. Aos 17 anos conheceu o Sr. António (atualmente com 79 anos) num baile da aldeia e nunca mais se largaram. Após o casamento, vieram viver para Lisboa onde ainda hoje residem. Vivem num apartamento espaçoso, com muita luz e munido de uma belíssima varanda com vista para um jardim. A D.^a Maria Vitória foi vendedora de roupa numa boutique de senhora até se reformar e o Sr. António foi empregado bancário toda a vida. Tiveram um filho, o Manuel Maria. Tem 40 anos, é engenheiro e atualmente reside na África do Sul.

A D.^a Maria Vitória tem uma pele morena, olhos cor de mel e cabelo castanho-escuro. É uma mulher vistosa, vaidosa, tímida e simpática. É insegura e pessimista. Mas mais que tudo, é uma “mãe galinha”.

Dedicou a sua vida à família, ao trabalho e aos afazeres domésticos. Nos seus tempos livres sempre gostou de ir à praia com a família, fazer bordados e pesquisar novas receitas culinárias.

O Sr. António é um homem alto, com cabelo farto e olhos azuis. É um homem muito bonito. É uma pessoa extremamente sociável e bem-disposta e dotado de uma personalidade forte. É um homem muito correto e muito amigo do seu amigo. Embora fosse dedicado à família, sempre dedicou parte do seu tempo livre semanal aos amigos e ao desporto. Precisava disso para se sentir equilibrado e feliz.

A ansiedade sempre esteve presente na vida de D.^a Maria Vitória. Pelo menos, desde que veio viver para Lisboa. Aos 45 anos foi-lhe detetado cancro de

mama; foi submetida a uma cirurgia conservadora, fez quimioterapia e radioterapia. Esta experiência uniu o casal e o Sr. António foi o seu cuidador informal durante todo este processo. Depois de recuperar, a D.^a Maria Vitória voltou às suas rotinas. Este processo todo fê-la ganhar algum peso e começou a sofrer de dor lombar.

Entretanto a vida pregou-lhe outra partida. Há 2 anos a sua única grande amiga foi vítima de um ataque cardíaco fulminante e faleceu. Foi um grande choque e deixou-lhe um vazio muito grande.

Mas D.^a Maria Vitória, hoje com 77 anos, tem outros problemas de saúde. Ela apresenta uma atitude negativa perante a vida e isso intensificou-se desde que o filho foi viver para o estrangeiro. Foi-lhe diagnosticada uma depressão major. Para além disso, a D.^a Maria padece de osteoartrite (no joelho) e de hipertensão arterial.

Conta com o apoio diário do marido que é o seu cuidador informal. Uma vez por semana recebe a visita de Constança, sua prima, e de vez em quando recebe a visita da D.^a Joaquina, sua vizinha há mais de 30 anos.

A limpeza da casa é assegurada (uma vez por semana) por profissionais de uma empresa.

A D.^a Maria Vitória executa autonomamente as atividades básicas da vida diária (ABVD) mas precisa de apoio na execução das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), nomeadamente, a gestão administrativa, administração do dinheiro, toma da medicação.

O dia-a-dia é pesado pois os cuidados recaem praticamente todos no Sr. António. Ele tem receio de sair de casa e deixar a esposa sozinha, mas por outro lado sente muita necessidade e saudades de conviver com os amigos e passear. A relação entre os dois encontra-se muito desgastada. Sempre foi a D.^a Maria Vitória que assumiu o controlo da casa e atualmente não é capaz. Ela que sempre foi uma mulher vaidosa; agora é uma luta para a convencer a arranjar-se. Sente dores, custa-lhe andar, sente-se frustrada e incompreendida. Está em sofrimento. Esta perda de autonomia gera muitos conflitos entre o casal, e o Sr. António tem muita dificuldade em encontrar formas de motivar a mulher, não conseguindo também suprir a falta de relações

de amizade da mulher. A família mora longe não podendo constituir-se, por isso, como um suporte do Sr. António, quando este sente necessidade de “arejar”. Como o filho está no estrangeiro, eles tentam ao máximo não o preocupar.

ESTADO CLÍNICO DA D.^a MARIA VITÓRIA

→ Depressão major:

Foi-lhe diagnosticada uma Depressão major. Esta doença é caracterizada pela “presença de humor predominantemente depressivo e/ou irritável e anedonia (diminuição da capacidade de sentir prazer ou alegria). Existe uma sensação subjetiva de diminuição de energia (cansaço, fadiga), desinteresse, lentificação e pensamentos pessimistas”. A terapêutica aplicada é o recurso a apoio psicológico (psicoterapia individual) bem como a toma de um anti-depressivo visto que a associação das duas intervenções aumenta a eficácia do tratamento e reduz o risco de recaídas.

→ Osteoartrite:

A Osteoartrite caracteriza-se por dor na articulação afetada, tipicamente agravada com atividade e aliviada pelo repouso; rigidez articular, principalmente matinal, após períodos de imobilidade; aumento articular; com formação de edema e deformidade, além de instabilidade e insegurança; limitação funcional e dos movimentos. Foi-lhe prescrita fisioterapia bem como a toma de analgésicos e anti-inflamatórios. Foi-lhe ainda recomendada perda de peso bem como a prática de exercício físico focado em fortalecimento muscular e exercício aeróbico.

→ Hipertensão arterial:

A hipertensão arterial é uma doença crónica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha de exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. É um dos principais fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares. Trata-se de uma doença que pode ser controlada, mas não curada. A terapêutica aplicada neste caso e nesta fase consiste num tratamento não medicamentoso: modificações do estilo de

vida, tais como, dieta equilibrada, reduzir a ingestão de sal da alimentação e de bebidas alcoólicas, perda de peso, prática de exercício físico e controle do stress.

CUIDADOS NECESSÁRIOS

Afigura-se necessária uma abordagem multidisciplinar para o tratamento eficaz das doenças da idosa. A D.^a Maria Vitória precisa de uma equipa composta pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional, professores de educação física, farmacêutico.

Em paralelo, os cuidados prestados pelo Sr. António enquanto cuidador informal são e continuarão a ser fundamentais ao longo de todo o tratamento.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo em conta a personalidade e patologias da D.^a Maria Vitória, recomenda-se um modelo de assistência colaborativo.

→ Cuidados de saúde primários:

São fundamentais na ligação entre a D.^a Maria Vitória e a família, a comunidade e o resto do sistema de cuidados de saúde. A sua inclusão irá contribuir para a melhoria do estado de saúde da idosa, ao fazê-la sentir-se envolvida e apoiada no processo. Irá também ter impacto na adesão terapêutica, melhoria de acesso aos cuidados de saúde e prevenção de doenças.

→ Psicólogo/ Depressão major:

Prescreve-se uma sessão semanal de terapia cognitivo-comportamental e a toma diária de um antidepressivo.

Diversos estudos apontam que a associação das duas intervenções aumenta a eficácia do tratamento e reduz o risco de recaídas.

O tratamento tem como objetivo alcançar a remissão dos sintomas depressivos e melhorar a qualidade de vida da D.^a Maria Vitória.

→ Fisioterapeuta / Osteoartrite:

Prescrevem-se tratamentos de fisioterapia, 2 vezes por semana, prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios.

Foi-lhe ainda recomendada perda de peso bem como a prática de exercício físico focado em fortalecimento muscular e exercício aeróbico.

→ Professor de educação física / Prática de exercício físico:

Estão provados os inúmeros benefícios associados à prática de exercício físico. No caso da D.^a Maria Vitória essa mesma prática pode contribuir para uma melhoria geral da sua qualidade de vida ao ajudá-la no tratamento da osteoartrite, na recuperação da depressão, controle da hipertensão e peso.

Irá ainda fomentar o convívio social que ela tanto precisa.

→ Nutricionista:

A D.^a Maria Vitória precisa de fazer uma avaliação do estado de nutrição. Ser-lhe-á aplicado o teste de Mini-nutricional assesment.

Prescreve-se uma alimentação saudável, baseada nas recomendações da Roda dos Alimentos.

A alimentação adequada vai prevenir a evolução (ex: hipertensão) e prevenção de doenças, conservar capacidade física e funcional, contribuindo assim para sua a qualidade de vida.

→ Terapeuta Ocupacional:

Conforme definido pela Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, “o terapeuta ocupacional habilita para a ocupação de forma a promover a saúde e o bem-estar.”

Visto que a D.^a Maria Vitória irá fazer tratamentos variados considerou-se como vantajosa uma cadência quinzenal para a terapia ocupacional. Atividades propostas:

- sugerir a realização de voluntariado;
- uma vez que foi vendedora de roupa, sugerir que transmita o seu conhecimento e faça algum apoio de consultoria de imagem. Esta atividade

poderá proporcionar um convívio inter-geracional que será extremamente benéfico para a saúde da D.^a Maria Vitória.

· frequentar um curso de informática; ao aprender a navegar na internet, terá acesso a esta ferramenta de lazer que também contribui para a redução da solidão e manutenção de relações sociais. Pode também ser útil para efeitos de recorrer à tele-saúde.

O objetivo é que a D.^a Maria Vitória venha a ter uma vida ativa, preenchida e independente.

O SR. ANTÓNIO, MARIDO E CUIDADOR DE D. MARIA VITÓRIA

O Sr. António tem enfrentado uma sobrecarga física e emocional no seu papel de cuidador da esposa. O plano de intervenção proposto para a D.^a Maria Vitória irá melhorar a qualidade de vida de ambos. Recomenda-se que o Sr. António aproveite o tempo em que a D.^a Maria Vitória está a fazer tratamentos para tratar de si próprio. Pode ir ao café conviver com os amigos ou combinar outro programa do seu agrado. À medida que a D.^a Maria Vitória melhora, sugere-se que retome as suas rotinas e passatempos. O Sr. António deve cuidar também da sua saúde e bem-estar. Pode também aprender a partilhar com os profissionais de saúde de cuidados de primários as dificuldades que enfrenta.

OBJETIVOS

Espera-se que com este plano de intervenção a saúde e qualidade de vida de ambos melhore. A D.^a Maria Vitória irá aprender ferramentas e recursos que irão contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Irá aprender a lidar melhor com a doença crónica e a saber controlar a sua saúde. Essas ferramentas serão também úteis para melhorar a relação com o marido. Ao sentir-se melhor com ela própria, sentir-se-á melhor com os outros. A sua qualidade de vida vai passar pela socialização e pela vida ativa. Ao sentir-se envolvida e útil, vai sentir-se mais confiante. O marido, por sua vez, poderá recuperar também alguma liberdade e tempo disponível para os seus amigos e atividades de lazer. Ao sentirem-se melhor os dois, idealmente encontrarão ainda formas de aproveitar melhor o tempo juntos e encontrar passatempos.

IV.

A professora Emília e a cuidadora Patrícia

PATRÍCIA SOFIA MATOS OLIVEIRA

Formanda da edição 05 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é contada na primeira pessoa, relatando o caso de uma idosa e o quadro de intervenção operacionalizado pela sua cuidadora formal - uma profissional de Gerontologia Social.

O objetivo desta história é dar a conhecer um contexto real de intervenção promovido por um cuidador formal.

O CASO – A EMÍLIA E O SEU CONTEXTO

No dia 15 de fevereiro de 1930 nascia, em Castelo Branco, uma linda bebé a quem deram o nome de Emília. Emília Miranda cresceu na fazenda da família, mas nunca gostou de trabalhar nela. Preferia ler e caminhar. Desde cedo mostrou o gosto pela aprendizagem: tinha sempre excelentes notas, no entanto, devido à conjuntura da época, não prosseguiu estudos.

Em 1950 mudou-se para Coimbra e começou a dar aulas no ensino primário, numa escola na aldeia do Ameal. Pouco tempo depois casou e teve dois filhos: o Augusto e o José.

Emília foi sempre reconhecida como uma excelente profissional e amiga dos seus alunos. Estes relatam as inúmeras vezes que “a senhora professora” foi a casa deles essencialmente para conversar com os pais, tentando convence-los a deixar os filhos prosseguir os estudos, pois via neles potencial para alcançarem uma vida melhor.

Em 1998 aposentou-se, mas continuou a dar explicações em sua casa e nunca deixou de estudar.

Até aquela data, relatou o filho mais velho, tudo corria com normalidade na vida de Emília, para quem os filhos são o seu maior orgulho e força de viver. Augusto tornou-se médico anestesista e José é doutorado em História de Arte. Em 2004 ficou viúva; o seu marido, José, faleceu devido a um AVC. Esta data torna-se fundamental na anamnese de Emília, visto marcar o início das alterações na sua memória. Os filhos relatam inclusive que “a mãe se comportou no funeral do pai como se estivesse numa festa”.

Perante tal comportamento, José e Augusto apressaram-se a levar a mãe às especialidades de neurologia e psiquiatria. Foram feitos, durante anos,

exames, testes e avaliações até se confirmar o diagnóstico de Alzheimer.

Apesar do extremo cuidado, quer por parte da família, quer pelos “criados”, a evolução da doença impeliu os filhos de Emília a interná-la numa casa de saúde; pretendiam dessa forma proporcionar um cuidado mais personalizado e evitar o isolamento da mãe.

Foi nesta altura que a cuidadora formal, Patrícia Oliveira de 25 anos, licenciada em Gerontologia Social foi contratada pelos filhos para garantir uma assistência personalizada às necessidades da mãe pois, apesar de institucionalizada, acreditaram, e acreditam, que é possível “envelhecer com qualidade”. Por essa razão, a presença da família é uma constante na vida da Emília.

A profissional que acompanha Emília na instituição presta cuidados ao nível do acompanhamento durante as atividades diárias: auxílio na alimentação e higiene, passeios terapêuticos, acompanhamento a consultas e a urgência médicas, estimulação cognitiva e motora, orientação temporal e espacial, intercâmbio entre os enfermeiros nos cuidados de saúde que vão surgindo. Os cuidados são articulados entre a sua cuidadora formal, os enfermeiros da unidade de psicogeriatria onde se encontra institucionalizada e o médico de clínica geral. Da equipa, faz ainda parte a médica neurologista que acompanha Emília desde o início do diagnóstico, sendo esta responsável pela prescrição e avaliação dos fármacos utilizados na terapêutica.

Atualmente, o estado clínico de Emília agrava-se diariamente: consequência da demência que a afeta – Alzheimer: doença degenerativa e progressiva do cérebro, que provoca a morte acelerada dos neurónios, afetando por isso a memória, mas também o raciocínio, a orientação, a linguagem, o comportamento e os afetos.

À data, maio de 2017, a terapêutica utilizada, passa pela administração de fármacos, sendo complementada por estimulação ao nível cognitivo, motor, e sensorial, tendo como objetivo proporcionar um envelhecimento com qualidade a Emília.

A Emília não apresenta um discurso coerente, falando muito do passado: do marido, das aulas e dos tempos passados em Castelo Branco. Não reconhece

as pessoas que a rodeiam, pontualmente reconhece José, o filho mais novo (o filho mais novo reside perto da instituição e, por isso, está mais presente; o filho mais velho reside em Faro).

A INTERVENÇÃO E INTERAÇÃO ENTRE O CUIDADOR E O IDOSO

Quando Patrícia começou a cuidar de Emília percebeu que seria um verdadeiro desafio. O avanço da demência era, e continua a ser, o seu grande inimigo. Por isso os cuidados prestados têm periodicidade diária, num horário contínuo entre as 10h30 e as 19h.

Nas primeiras semanas em que assumiu os cuidados de Emília, Patrícia observou minuciosamente todos os seus comportamentos e rotinas para conhecer melhor a sua utente¹ e criar uma rotina que satisfizesse ao máximo as necessidades da mesma. Durante esse período estabeleceu, quase de imediato, laços com Emília e ganhou a sua confiança.

Ao longo dos últimos 15 meses, Emília e Patrícia têm desenvolvido estreitos laços: a idosa reconhece a cuidadora, essencialmente, pela voz, o que deixa desde logo claro que apesar da doença degenerativa, a componente afetiva continua latente. Tal facto torna-se ainda mais evidente pelo conforto demonstrado ao toque: sempre que se sente ansiosa, Emília segura firmemente a mão de Patrícia. Estes aspetos podem parecer irrelevantes, mas se atendermos ao conceito de bem-estar nesta faixa etária, rapidamente compreendemos que a resposta de Emília aos estímulos sensoriais são uma útil ferramenta de trabalho, e não raras vezes de “diagnostico”, que permitem a Patrícia gerir as atividades em função do estado emocional de Emília.

Até à sua institucionalização Emília sempre usara saia, nunca tinha experimentado um par de calças. Segundo o seu filho José: “A minha mãe sempre usou saia, adorava escolher os tecidos para levar à modista!..., mas os cânones da época levaram a que o meu pai a obrigasse a tapar os joelhos!...”

1) Apesar de o termo adotado atualmente ser “cliente”, Patrícia prefere não o utilizar por não ver na pessoa de Emília um fim monetário/lucrativo, como acontece no comércio, de onde advém este termo.

Acrescenta ainda com as lágrimas nos olhos: “isto porque, na mentalidade retrógrada da época, uma mulher decente não expõe o corpo”. No entanto, a demência de Emília trouxe-lhe hábitos pouco pudicos e, ainda antes da institucionalização, ela levantava a saia para retirar as meias, as cuecas, chegando o filho a encontrá-la nua. Esta foi a primeira grande luta que Patrícia teve de travar com Emília na instituição: convencê-la a usar calças. Esta dura batalha ergueu-se para pôr termo à exposição corporal da utente e também para a provir de maior conforto, especialmente nas estações frias.

Augusto, o filho mais velho, acolheu bem a ideia, concordando que seria uma opção vantajosa, mas José teve alguma dificuldade em aceitar a ideia. Para ele aquela mudança era como uma perda de identidade da mãe: “A minha mãe nunca usou calças! E se não gostar? E se se continuar a despir?”.

Apesar dos seus receios, José, adquiriu umas calças de algodão, com elástico (de forma a ser mais prático para Emília), para a mãe experimentar. Foi um momento único para Emília, para os filhos e para a cuidadora. E, apesar da expectativa ser má, a reação de Emília foi muito positiva, comprovando, ainda que inconscientemente, o quão open mind esta senhora continua a ser! Não obstante, o receio do filho não se concretizou: Emília não mais se voltou a despir! “Nunca esperei que a minha mãe se adaptasse tão bem às calças! Não estava acostumado a vê-la assim, mas fica linda”.

A intervenção da cuidadora nos cuidados prestados a Emília é diária. Tem início pelas 10h30 momento em que Patrícia a auxilia na higiene oral e no treino vesical - este tem-se revelado fulcral no controlo esfinteriano pois, apesar de utilizar cueca fralda, a excreção tem sido autónoma. A cuidadora nunca diz a palavra fralda, utiliza sempre a palavra “cueca”, tentando dessa forma evitar o desconforto e a vergonha da utente, pois como sabemos esta aceitação nem sempre é fácil. Tal como sucede com o uso do babete. Patrícia tem o cuidado de o chamar de guardanapo e, com a calma que tão bem a caracteriza, explicando-lhe: “Emília vou colocar-lhe este guardanapo para não sujar a sua roupa.”

Até há três meses Emília não necessitava de ajuda às refeições: era autónoma. Atualmente necessita de ajuda e de estímulos; antes da refeição Patrícia explica a Emília a refeição que irá realizar. Por exemplo, ao almoço a cui-

dadora senta-se ao lado de Emília e entrega-lhe os talheres incentivando-a a comer sozinha; a estratégia adotada tem surtido efeito - a idosa voltou a comer sozinha e quando se distrai ou se esquece do contexto, a cuidadora volta a inseri-la no mesmo.

Com o tempo Emília passou a rejeitar os líquidos, algo preocupante, pois a falta destes compromete a sua hidratação e promove o aparecimento de infecções do trato urinário. Preocupada com a situação, a cuidadora reuniu com o corpo de enfermagem da unidade onde Emília está internada, e em conjunto decidiram passar a colocar espessante alimentar nos líquidos de forma a facilitar a ingestão, tal como o uso de água gelífica.

Outra atividade que faz parte da rotina diária de Emília são os passeios pela quinta pedagógica da Casa de Saúde. Uma vez que cresceu numa fazenda, Emília adora o contacto com a natureza. Patrícia aproveita esses passeios para que a utente aprecie a flora e a fauna envolvente. Mais uma vez, a estimulação sensorial adquire um papel primordial: Patrícia convida Emília a sentir o perfume das flores, a agraciá-las com o toque, a apreciar o chilrear dos pássaros... Como é um percurso muito longo Emília faz-se deslocar de cadeira de rodas. No entanto, assim que chega à quinta faz questão de se levantar e caminhar pelos jardins envolventes.

A Casa de Saúde onde se encontra tem várias salas de trabalho. Em cada uma são realizados diferentes tipos de atividades de ocupação de tempos livres. Nos primeiros tempos a cuidadora passou por todas as salas afim de perceber o contexto que melhor se adaptava a Emília, e onde esta se sentia mais integrada. Acabou por dar preferência à sala de trabalhos manuais, por se tratar de uma das mais sossegadas (Emília preza o silêncio e fica ansiosa em ambientes com alguma confusão) e porque privilegia o treino da motricidade fina. Emília frequenta este atelier duas vezes por semana. As suas atividades preferidas são: enrolar novelos de lã e organizar tampas por cores. Durante os dias que frequenta a sala de trabalho, Emília aprecia o contacto que estabelece com os outros utentes da casa de saúde, muito deles de outras faixas etárias e género.

Para além de todas as atividades referidas anteriormente, Emília realiza ainda com a cuidadora um leque diversificado de atividades que visam

essencialmente: o treino da motricidade fina (recorrendo ao rasgo do papel); a estimulação sensorial (recorrendo a sacos sensoriais elaborados especialmente para este efeito, com diferentes cheiros e texturas). Tendo em conta o quadro clínico de Emília, a estimulação cognitiva é fundamental para retardar o avanço da demência. Por esse motivo, diariamente são realizadas sessões de estimulação cognitiva, executadas de forma focal e dirigidas às diversas funções da cognição. Estas têm como objetivos: estimular as percepções sensoriais e as habilidades psicomotoras; avaliar o efeito da estimulação cognitiva ao nível da memória, orientação, linguagem, concentração e atenção, retenção e cálculo, evocação e habilidades construtivas; e favorecer a interação social (em algumas sessões a cuidadora junta Emília a outros utentes de forma a existir interação entre os mesmos).

Aproveitando o facto de Emília ter cantando num coro, Patrícia realiza ainda atividades de musicoterapia, e, nunca descurando do seu passado enquanto docente do primeiro ciclo, não raras vezes, é feito o treino da leitura através de livros escolares, revistas ou jornais, e o treino da caligrafia através da escrita autónoma ou copia de pequenas frases.

À data, a cuidadora continua incessantemente à procura de novas estratégias para implementar junto de Emília. Quer seja através da consulta de bibliografia atual, quer através da reciclagem da formação inicial, como é o caso da formação que se encontra a frequentar na universidade de Coimbra.

V.

O Sr. Eduardo e o seu Benfeitor

JOÃO ALEXANDRE PIRES BARRADAS

Formando da edição 05 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é ficcionada e pretende retratar o caso de um idoso que vive sozinho e como a vida o impulsionou à construção de uma rede de promoção de envelhecimento ativo e saudável, em resultado da interação estabelecido com um cuidador informal.

O CASO – OS DIAS DO SR. EDUARDO

De pequeno, enquanto trabalhava de sol a sol na ceifa dos campos e na pastorícia da manada dos seus pais, lembrava-se que estes lhe diziam: “Filho és, pais serás...”, para lhe ludibriar o cansaço com a perspectiva de um descanso merecido na velhice, ao sabor do trabalho da descendência. Posteriormente, com as responsabilidades assumidas na secção de qualidade de uma fábrica de cortiça, foi alimentando essa ideia com uma reforma prazenteira que lhe iria trazer um merecido repouso à sombra de um qualquer chaparro, depois de uma vida de árdua labuta diária, sempre em prole de uma família feliz, mas que, à custa disso, mal conseguia acompanhar...

E o malfadado destino fez mesmo das suas e chegou a idade da reforma tudo na sua vida começou a degenerar de uma forma drástica: a sua esposa foi diagnosticada com um carcinoma da mama, já em fase avançada, que ceifou a sua vida ao fim de 3 anos de uma luta extenuante. Os filhos e os netos foram varridos para fora do país, fruto de uma crise financeira não anunciada, mas esperada, que separou não só esta como outras famílias. As famigeradas “doenças da idade” que aumentavam como o número de deprimentes velas a soprar, a cada ano que passava... e de cada vez que confrontava o vil espelho, o Sr. Eduardo entristecia-se com a imagem maltrapilha que este lhe devolvia.

Era então um homem, com 73 anos de idade (“na sua flor”, diriam alguns), a residir numa casa de uma rua mortíça em pleno Alentejo desertificado. Só, mas autónomo para as atividades do quotidiano, todos os dias acordava, colocava o seu casaco de tweed já ruçado e as calças de fazenda por passar e, de boina a combinar, dirigia-se ao café da esquina. Aí lia o jornal (de um dia ou de outro, não importava), falava com os transeuntes e petiscava qualquer pitéu da Dona Maria; às 18 horas em ponto regressava aos seus aposentos, mas não sem antes visitar a sua amada na campa do eterno descanso. Uma hora, uma hora era o tempo exato que se demorava naquele jardim das lápi-

des da memória, porque entre as 19 e as 20 horas, tinha de estar disponível para a chamada dos seus netos e filhos, vinda do outro lado de uma vida. Depois do choro com que todas estas tentativas de aproximação culminavam, era deixar a televisão ligada durante um tempo, sorver uma taça de uma sopa “daquelas do supermercado” e regressar ao vale dos lençóis, o único sítio onde se sentia bem, porque a escuridão o aproximava mais uma vez dos que lhe eram queridos.

De quando em vez, a monotonia dos seus dias era interrompida pelas visitas a um bom amigo, não só do consultório mas também do “Chá das 5” na “Tasca do Zé”, para o qual desenrolava sempre um manancial de queixas qual pergaminho dos achaques: era a diabetes que não havia maneira de estar controlada, nem com a redução dos doces para um único pastel de nata de manhã (a gulodice na amargura da sua vida); era a hipertensão arterial que silenciosa e paulatinamente lhe afetava todo o corpo sem que lhe desse caso; era a dislipidémia que não acertava os pratos da balança entre o colesterol bom e o mau, mesmo com as caminhadas entre o café, o cemitério e a casa e a ingestão de enchidos reduzida aos não fritos; era a gonartrose bilateral sempre em vias de necessitar de uma prótese do joelho “da próxima vez”; eram os seus 3 stents coronários, colocados aquando do enfarte do miocárdio, resultado dos muitos excessos e desleixos da juventude. Claro que, tão variado reportório de patologias requer um igualmente vasto número de medicamentos: Omeprazol, logo de manhã, sem ter nada no estômago, para que nenhum dos outros lhe arreliasse o dia; “Lasix”, a seguir e depois ao lanche, para que as pernas não lhe inchassem e a tensão baixasse um pouco mas que lhe impedia de agendar as frequentes idas ao banheiro; Perindonpril, ao pequeno-almoço para ajudar o seu rim a não ceder à diabetes e a sua tensão a estar mais controlada (coisa que não acontecia...); ao almoço era sagrada a milagrosa Aspirina, para que nenhum trombo lhe voltasse a obstruir um vaso; a malga de sopa do jantar, para além do copo de vinho de que não conseguia abdicar (até para melhor aquecer os lençóis da cama), era acompanhada por um Propanolol, para que o seu coração não saísse de tom para um aceleração descompassada, e uma Sinvastatina, para as gorduras não formarem nenhuma “argamassa”; e como se esquecer da inolvidável Metformina que acompanhava todas as 3 principais refeições?

A cereja no topo do bolo das maleitas ocorreu há 4 semanas: ao acordar, sentiu a mão e a perna esquerdas mais presas e um arrastar na fala que, a muito custo, o fizeram deslocar-se ao Serviço de Urgência do “hospital das más memórias”, onde o presentearam com mais um item para a lista: um Acidente Vascular Cerebral, vulgo AVC, da artéria cerebral média direita, segundo o que o médico lhe comunicou (ao que parecia nem toda a medicação que tomava nem as tentativas de regradar a dieta lhe tinham permitido fugir deste mal...). Passada uma semana no hospital para tentarem perceber a causa deste malogrado mal (sem a ela se ter chegado) e reabilitar alguma da mobilidade enferrujada, a sentença foi-lhe lida: em conversações com a sua família, cuja necessidade de auferir um ordenado, que lhes permitisse subsistir nesse país longínquo, não lhes permitiu estar presente neste momento de apoio, decidiram que o melhor seira mesmo ir para uma desses lugares onde largam inválidos, conhecidos como Unidades de Cuidados Continuados. O destino que mais temia parecia que lhe estava reservado... isso a somar a mais umas recomendações para uma “vida saudável”, como a troca do Propanolol pelo seu “primo” Metoprolol, da Metformina pela malfadada Insulina e o aumento das doses de Perindonril e de Sinvastatina (“Escreva-me isso tudo num papelinho à parte, ‘Sôtor’, que a cabeça já não dá para tudo...”).

Assim, mal recebeu a sua nota de alta (e o papelinho com as recomendações, conforme pedido), viu uma comitiva que tinha como principal função levá-lo, a contragosto, ao novo local de repouso. E esse desprazer foi feito sentir desde logo: era o não querer levantar-se nem para as sessões de fisioterapia, indo a umas e faltando a outras, apesar dos “puxões de orelhas” do fisioterapeuta; eram os medicamentos acumulados debaixo do colchão, onde não faziam o efeito pretendido; era a comida remixada no prato, mas aí deixada quase por inteiro; ... Para quê estar a prolongar este viver, que já não o era? Nomes já só conhecia os das doenças, as horas eram regidas pelos medicamentos, os passos eram dados não pelos seus pés, mas pelos de alguém que o tinha de ajudar, o propósito de continuar perdia-se. Para além do problema que lhe tinham diagnosticado no hospital, estava a entrar numa espiral depressiva sem que ninguém se preocupasse com isso..., mas não podia estar mais enganado: todos na instituição já tinham compreendido esse sentimento de abandono e estavam a tentar encontrar a melhor solução

para esta inatividade, esta perda de apetite, esta solidão e esta tristeza...

Cinco dias, durante cinco dias durou o mutismo e a degradação a que se tinha sujeito. Isto porque passado este período de tempo veio ele: um rapazito que vinha uma hora durante todas as tardes e ali ficava, insistindo para que ele experimentasse o jantar (“nem que seja para dizer que não gosta”), lendo-lhe as notícias desses dias perdidos pelos quais já não se interessava e tentando arrancar-lhe nabos da púcara, para melhor perceber com que estava a lidar. A despedida era sempre a mesma: “Por favor, amanhã não falte às sessões de fisioterapia porque não quero estar a tratar de uma pedra... e nada de colocar mais comprimidos debaixo do colchão que só ajuda a criar uma gosma difícil de lavar”. Ao que parecia havia ainda alguém que se preocupava com ele e, nesse sentido, quis perceber quem era aquele zé-ninguém. Tentou, assim, saber o que podia junto dos funcionários da casa: era um jovem, de 19 anos de idade, órfão de pai e mãe, que sempre que podia ia ali ajudar nas tarefas em falta, após o seu trabalho em part-time num supermercado, que mantinha desde há cerca de 8 meses, para conseguir amealhar o montante imprescindível para a sua inscrição na Escola Superior de Enfermagem, o seu sonho de menino difícil de alcançar pois a crise toldava-lhe as possibilidades.

Mais por respeito a este moço que pouco conhecia, decidiu, pois, que teria de alterar a sua postura. Precisava de reformular a sua vida e reencontrar um novo rumo mesmo que para isso precisasse de uma bengala, aceitar as recomendações dos médicos e enfermeiros bem como tomar efetivamente os comprimidos que lhe receitavam (“afinal seriam apenas para seu bem”) e assistir às sessões de fisioterapia, tentar comer algo mesmo que pouco a cada refeição para que as forças chegassem para a ginástica exigida e aproveitar da boa companhia e preocupação do seu benfeitor.

AMIZADE ENTRE O SR. EDUARDO E O MICAS

Assim, com o auxílio do Micas (diminutivo que carinhosamente atribui ao seu regular visitante, de nome Martin), elaborou um plano de mudança de vida de forma a aceitar a sua nova condição, com elaboração de objetivos bem definidos e criação de expectativas para combater o estado de anedonia em que se estava a cristalizar.

Primeiramente, decidiu apostar na área da alimentação e, com a ajuda da nutricionista da instituição, delineou um plano de dieta equilibrada e saudável, com primazia pelo consumo de vegetais, hortícolas e fruta, sem descurar as proteínas e os hidratos de carbono e evitando os produtos processados e fritos, com preferência pelos cozidos e grelhados. Para além disso, instituíram uma política de redução do consumo de sal, substituindo-o pelas ervas aromáticas e de proibição da toma de suplementos vitamínicos, quando foram detetados défices analíticos correlacionados com a clínica (tendo inclusivamente solicitado ao Micas que deitasse fora todas as caixas de Calcitrin e coisas que tais que abundavam pela sua casa, fruto das horas de hipnose em frente ao televisor do café).

Aceitando a necessidade de mobilização precoce, iniciou os treinos de marcha e verticalização, prescritos pela fisiatra, a fim de evitar que o aprisionamento mental acordasse uma parceria com o físico, não descurando a substituição dos seus sapatos de cunha e pele por uns ténis muito futuristas e o uso de uma bengala, desenhada por Micas. Dado o esforço decorrente de toda esta atividade, difícil não foi o adotar novas medidas higiénicas do sono, como o entregar-se ao vale dos lençóis apenas quando as pálpebras já pesavam, não sem antes refletir sobre os bons momentos que tinha vivenciado nesse dia e ouvir uma nova música do cançoneteiro português; hábitos esses que decidiu manter, custasse o que custasse, em seu benefício.

Como o corpo são requer uma mente sã, decidiu ainda intervir mais nas pequenas atividades prazenteiras que a instituição disponibilizava, como os jogos de xadrez e de dominó (que há muito tempo abandonara no café habitual), a leitura (fundou inclusivamente um clube para discussão das obras lidas), o teatro, os passeios e os eventos musicais (com um passinho de bailarico à mistura, ainda que manco), que pouco a pouco lhe conferiam uma rede de laços emocionais, com um carácter mais informal, sem que ele disso se apercebesse.

Crucial também foi o programa de literacia para a saúde que o médico da instituição desenvolveu e que lhe permitiu a ele e ao seu cuidador (momento em que vislumbrou que esse papel estava mais do que entregue a Micas, pela distância a que a sua família de sangue se encontrava) perceberem

melhor em que meandros caminhavam as suas doenças e preparem o melhor caminho, sem buracos nem pedras mal posicionadas. Sentia-se assim mais apoiado, mas paradoxalmente mais dono da sua vida e os resultados positivos eram amplamente perçecionados por ele, por Micas e por todos na instituição, de forma geral.

Ponderando a eventual alta para o domicílio e, sob orientações precisas, Micas, nos seus poucos tempos livres, levantou os problemas arquitetónicos visíveis na habitação e, contratando uma empresa de remodelação, apostou na sua reestruturação bem como na do espaço circundante, com implementação de bons sistemas de iluminação, evicção de escadas íngremes, demarcação de limites de corredores com faixa de lixa e colocação de sistemas de apoio tipo barras. De forma a facilitar a comunicação com os seus familiares, decidiram também assinar um contrato com uma empresa de telecomunicações para instalarem um serviço de internet wireless para que pudesse realizar videochamadas entre eles, encurtando uma distância amargurante e penalizadora.

Todo este rol de pequenas grandes intervenções, lhe deram força suficiente para pensar além do momento presente e permitiram, três meses volvidos da sua entrada na instituição, garantir uma muito boa recuperação da funcionalidade “adormecida”, tanto que se animou a considerar outros planos futuros, nomeadamente a inscrição em diferentes cursos, na delegação da universidade sénior, em funcionamento na sede da sua Junta de Freguesia, relativos a áreas que tinha descurado até então, nomeadamente a informática (pois queria perceber esse papão que lhe tinham colocado em casa e lhe permitiria aproximar-se mais dos seus), a fotografia (para partilhar a beleza da vida que tinha redescoberto) e a culinária (resultado da vontade imperial em manter a alimentação equilibrada que tinham instituído na instituição, para quem tinham ingerido boas refeições outrora quando a sabedoria de alguém lhe conquistava o estômago).

Para complementar esta inclusão que estava a abraçar, prometeu não descurar a atividade física que lhe permitiu recuperar algum do andamento e, juntamente com Micas e o seu conhecimento de prescrição do exercício, mantinha programa de treinos com caminhadas, inicialmente com uma

duração de 10 minutos, mas num ápice ultrapassou esse estipulado e começou a realizar 30 minutos diários, com um acumulado semanal de cerca de 150 minutos. No sentido de evitar possíveis lesões de retrocesso, não descuidava, no entanto, atividades de aquecimento e retorno à calma, nem alguns levantamentos de pesos, para incrementar força muscular dos membros superiores (inicialmente numa perspectiva de reabilitação da sua força muscular e a posteriori com vista à facilitação do trabalho cardiorrespiratório), tem muito contribuído a horta que tinha iniciado, como forma de melhorar ainda mais as receitas que aprendia no curso que mais amava.

Manteve a rede de amigos fundada e alargou-a, através não apenas do clube de orientação que passou a integrar (e onde se distinguiu por diversas vezes) mas também por continuar as atividades no clube de leitura, os passeios e as danças, na instituição que lhe tinha enchido o coração de uma nova alma rejuvenescida, para que essa alegria pudesse ser disseminada por outros quantos tivessem nela. E, querendo perentoriamente que o paradigma da sociedade face aos idosos se alterasse em 180°, decidiu discursar e dar o próprio testemunho na assembleia do seu município, com o objetivo final de acordar os deputados para uma realidade que mais tarde ou mais cedo os iria abarcar, pelo remo de Caronte.

Colhendo os frutos dessa sua audácia, conseguiu que uma parcela do orçamento retificativo fosse adjudicada em sistemas de telemedicina, com funções tão variadas como monitorização periódica dos sinais vitais, planificação calendarizada da toma da medicação e ligação direta a meios de ajuda, em caso de emergência. A satisfação foi tanta com este advento que decidiu candidatar-se como primeira cobaia destes experimentos, agora que já entendia qualquer coisa das tecnologias da saúde. Contudo, este avanço tecnológico não minorou a sua vontade em visitar o seu companheiro da bica, seu médico de família. Agora que as queixas tinham diminuído substancialmente, com a adoção de um estilo de vida mais saudável, ambos se focavam na deteção e debelação dos fatores de risco de morbilidades crónicas mais comuns na sua faixa etária, como alterações da mobilidade, diabetes, défices cognitivos, patologias crónicas cardiorrespiratórias, síndrome dolorosa, perturbações do sono, desnutrição e obstipação. Importante também era a prevenção de doenças agudas sazonais (que poderiam agravar as suas

doenças de base), com vacinação antigripal e antipneumónica que, não obstante o seu medo de agulhas, tomava sem hesitar. E mesmo que algum bicho maroto lhe conferisse um atestado de cama sabia que podia contar com visitas domiciliárias de acompanhamento.

Apesar do número de medicamentos a tomar continuar elevado, o seu farmacêutico habitual auxiliava-o na organização dos fármacos na sua caixa semanal, bem como na verificação regular do prazo de validade e ainda na elucidação dos efeitos secundários e interações medicamentosas relacionáveis. E, pouco a pouco, com este estilo de “preocupação com a vida”, conseguiu gradualmente diminuir alguma das doses dos fármacos, pela melhoria do perfil tensional, um controlo glicémico e dislipidémico de fazer inveja (com perda da barriga característica, sem, no entanto, ser apreciável uma perda de peso e de apetite) e um estado anímico contagiante.

Claro que todas estas alterações não teriam sido possíveis sem o apoio incondicional de Micas, sem o troco ser alguma vez solicitado. A verdade é que, se sentia no dever de retribuir este grande favor que foi mostrar-lhe novamente as rédeas do seu melhor cavalo, pelo que, utilizando algumas das poupanças que amalhara ao longo da vida, decidiu efetuar o pagamento da pré-inscrição na Escola Superior de Saúde da sua seleção. Sem a mínima dúvida, os exames realizados por Micas garantiram-lhe a entrada e, em jeito de celebração, decidiu comprar uma raspadinha. Como prova de que a maré de sorte se prolongaria mais e mais, ganhou um prémio de 5000 euros e, tendo a sua vida já orientada pela realização do sonho há muito pretendido e as despesas em dia, decidiu partilhá-lo com o seu amigo de vida, oferecendo-lhe algo que nos seus silêncios lhe podia adivinhar: comprou os bilhetes de avião para rever os seus familiares nunca esquecidos. Qual criança, vislumbrou uma alegria maior do que aquela que já o caracterizava e partiram os dois em mais uma aventura, após um grande sucesso na última empreendida.

De facto, a vida é uma viagem e é preciso saber o ponto de partida e o de chegada, bem como o melhor percurso que une estes dois pontos.

VI.

O caso do Sr. M

ANA DE FÁTIMA DA COSTA PEREIRA

Formanda da edição 05 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é baseada em factos reais. Alguns dados e factos foram alterados para garantir a confidencialidade dos envolvidos e para contextualizar a narrativa.

O objetivo desta história é dar a conhecer o vasto contexto de intervenção que um cuidador pode aplicar em contexto domiciliário.

DESCRIÇÃO DO CASO

CARACTERIZAÇÃO DAS PERSONAGENS

IDOSO

Sr. M., 79 anos. Sempre gostou de pintar, mas a sua condição física e as dores articulares que vem sentindo nos últimos anos já tornam essa tarefa um pouco complicada (agravando a situação clínica descrita abaixo). Tem dificuldades de concentração e esquece-se muito das coisas do dia-a-dia, não se lembra onde deixa pequenos objetos.

- **Identificação da situação clínica:** no que respeita aos antecedentes pessoais, o Sr. M. apresenta hipertensão arterial e dislipidemia. Acrescenta-se que antes do Acidente Vascular Cerebral (AVC) o mesmo era autónomo nas atividades de vida diária, contudo atualmente é dependente de terceira pessoa;
- **Espaço de residência:** família de acolhimento. Importa referir que o Sr. M esteve internado após o AVC numa UCCI de Longa Duração;
- **Relações familiares:** viúvo com dois filhos, um no estrangeiro e outro em território nacional a 150 km de distância. A relação com os filhos foi sempre muito tensa, pois exercia violência doméstica sobre a esposa. Desde que a esposa faleceu, os filhos nunca mais contactaram o Sr. M.

CUIDADOR

- **Idade:** 35 anos; Sr.^a A.;
- **Profissão:** Técnica Auxiliar Saúde (ex-operária fabril que frequentou

o curso técnico de Auxiliar de Saúde);

→ **Tipo de cuidador:** Formal;

→ **Tipos de cuidado que presta:** posicionamentos, mobilização, transferência, treino de marcha equilíbrio, cuidados na alimentação, hidratação, higiene e conforto do utente; controlo/ avaliação de tensão arterial com tensiometro automático.

OUTRAS PERSONAGENS RELEVANTES

ECCI (Equipa de Cuidados Continuados e Integrados) do Centro de Saúde local, assistente social da UCCI (Unidade de Cuidados Continuados e integrados) e do Centro de Saúde e vizinha.

CARACTERIZAÇÃO DETALHADA DO ESTADO CLÍNICO/CONDIÇÃO DO IDOSO

→ **Identificação e caracterização da patologia**

Acidente Vascular Cerebral (isquémico) no território da ACM (artéria cerebral média) esquerda com sequelas motoras (hemiparesia à direita), disartria e disfagia para líquidos.

O AVC isquémico caracteriza-se pela falta de fluxo sanguíneo cerebral, vasoconstrição de uma artéria, impedindo a passagem de oxigénio para as células cerebrais (isquemia). A obstrução pode ainda ser originada por um trombo (venoso), diminuição da pressão de perfusão sanguínea ou inflamação (lipohialinólise: vasculite, dissecação, e fatores associados ao estilo de vida, idade, sexo e/ou genéticos relativos às doenças cardiovasculares: dislipidemias, diabetes tipo 2, consumo de tabaco e uso excessivo de álcool, sedentarismo e hipertensão. Os primeiros momentos do AVC isquémico caracterizam-se pela falta de suprimento sanguíneo provocando a rápida degeneração do tecido cerebral (podendo levar posteriormente à morte dos tecidos). Geralmente a área central localizada na região do acidente vascular deteriora-se em pouco tempo, enquanto a região ao redor do infarto central e que possui um fluxo de sangue reduzido, mantém-se viável por mais tempo. Desta forma, a redução do tempo da reversão da obstrução de sangue é importante na evolução do AVC isquémico.

→ Descrição sucinta da terapêutica aplicada

A prevenção consiste em diminuir os fatores de risco, assim como na possibilidade de ser administrado ácido acetilsalicílico ou estatinas. Apresenta-se abaixo um exemplo de uma terapêutica farmacológica (após recurso a um especialista da área): Pantoprazol 20mg (1xdia-jejum); Lisinopril 10g (1xdia ao pequeno-almoço); Sertralina 25mg (1xdia ao pequeno-almoço); Ácido acetilsalicílico 150mg (1xdia); Atorvastatina 20mg (1xdia ao jantar).

→ Identificação e descrição dos cuidados que necessita

O Sr. M. esteve numa UCCI de Longa Duração, onde conseguiu reabilitar algumas sequelas que surgiram após o AVC. Este apresentava hemiparesia à direita, tendo conseguido recuperar parcialmente, e já se alimenta sozinho, mas ainda necessita de auxílio e de um plano de reabilitação em termos do treino de marcha (anda de andarilho com supervisão) e equilíbrio (prevenção de quedas), mantém a disfagia para líquidos, mas conseguiu diminuir a necessidade de espessante (faz 1 colher/espessante por copo de água). Em termos de disartria teve uma grande evolução e com o apoio técnico da terapeuta da fala já consegue exprimir-se corretamente.

Atualmente, o Sr. M., necessita de auxílio nos cuidados de higiene, pois não consegue tomar banho (na totalidade) sozinho, no uso de vestuário, necessitando de apoio na deambulação, de ser posicionado pois não consegue virar-se sozinho na cama, não sabe cozinhar (embora coma autonomamente) e mantém necessidade de reabilitação. Por não ter família nuclear próxima e por os filhos não quererem auxiliar na prestação mensal de uma Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), a solução encontrada pela assistente social da UCCI passou por integrá-lo numa família de acolhimento, inicialmente com apoio da ECCI. Para além das limitações físicas que o Sr. M. tem, o que menos gosta é quando as pessoas o fazem sentir-se diminuído pela sua idade, como se já não tivesse valor e fosse um peso para a sociedade.

A Sr.^a A. será a família de acolhimento do Sr. M. O primeiro contacto da Sr.^a A com o Sr. M foi na UCCI, com objetivo de conhecer o idoso e compreender as suas necessidades. Foi informada que numa fase inicial teria o apoio da ECCI, para vigilância e supervisão do papel do prestador de cuidados na adaptação do utente ao novo domicílio e para continuidade do

plano de reabilitação.

Assim que o Sr. M. tiver alta da unidade para a família de acolhimento, será agendada visita pela ECCI e inicia-se o plano de reabilitação do Sr. M, sendo capacitada à Sr.^a A. as atividades/ tarefas necessárias e previstas que terão como objetivo auxiliar o Sr. M. na reabilitação funcional, incluindo a realização autônoma de mobilizações ativas e passivas e auxiliar no treino de marcha (evolução para uso de canadiana/tripé, por exemplo) e equilíbrio. Uma vez que a equipa da ECCI é multidisciplinar, o plano de reabilitação com base nos cuidados necessários tem como objetivo o desenvolvimento de atividades multidisciplinares visando a melhoria da capacidade funcional através do recurso das componentes físicas (força, resistência, flexibilidade, agilidade e coordenação) que serão trabalhadas dando ênfase a outros fatores associados ao idadismo e função cognitiva.

PLANO DE INTERVENÇÃO COM O IDOSO

Após capacitação da cuidadora, foi sugerido pelos colaboradores da ECCI que esta procedesse à aplicação de uma bateria de avaliação no domicílio do Sr. M. Assim, seria fulcral a avaliação da funcionalidade motora/funcionalidade (proposta de testes: levantar e sentar de uma cadeira em 30 segundos; levantar de uma cadeira, percorrer 2.44m contornar um cone e retomar o percurso e sentar), equilíbrio dinâmico (avaliação a marcha – comprimento e largura da passada e balanço dos membros superiores – escala de Berg), equilíbrio estático (tandem e semi tandem – com/sem giros, com/sem olhos abertos/fechados); flexibilidade (amplitude articular membros superiores e inferiores: alcançar atrás das costas e, sentar e alcançar), mobilidade pessoal (tempo de vestir a roupa usual e despir, por exemplo: camisa, calça, casaco, etc.), postura sentado e em pé (recurso a um espelho quadricular). Havendo possibilidade, seria pertinente um espirómetro portátil (não científico – comercial) básico para avaliar a capacidade cardiorrespiratória.

A) TIPOS DE CUIDADOS

- ➔ Auxílio de um plano de reabilitação em termos do treino de marcha (anda de andarilho com supervisão);

- Equilíbrio (prevenção de quedas);
- Treino da linguagem (uso de plano de exercícios cedidos pela Terapeuta da Fala da UCCI);
- Necessita de auxílio nos nas atividades de vida diária (banho, vestuário, transferência para a cama, alimentação, uso do sanitário).

B) FREQUÊNCIA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

- Prestação de cuidados personalizados realizados pela técnica auxiliar de saúde Sr.^a A: diários e várias vezes ao dia, consoante as necessidades do Sr. M. Contudo, tarefas específicas para o desenvolvimento das capacidades físicas com recurso a materiais podem ser realizadas 3 (mínimo) vezes por semana de acordo com a progressão da intervenção realizada – 30 minutos (até 5 vezes por semana);
- Estimulação dos cuidados realizados pelos cuidadores informais: todos os dias, ativa, passiva e ativa assistida.

C) INTERVENÇÃO DIRETA DO CUIDADOR (CUIDADOS PRESTADOS)

- Antes da prática dos cuidados é fundamental uma análise da frequência cardíaca e pressão arterial (prognóstico vital). Assim como um breve diálogo para auscultação do condicionamento geral para evidencia de sinais de alarme que (re)definem a intervenção (recondicionamento ao esforço). Previamente ao contacto direto com o Sr. M., seria fundamental que a Sr.^a A reavaliasse o espaço da casa promovendo uma educação conjunta com todos os elementos da família de acolhimento para as possíveis alterações que prejudiquem o programa de intervenção. Atuar na profilaxia na prevenção de quedas. Uma vez que a cuidadora já possui aparelhos específicos (tensiómetro) seria pertinente a utilização de escalas de perceção subjetiva de esforço (Borg) e dor, uma vez que o Sr. M. apresenta alguma dor articular. As capacidades/ funcionalidades podem ser avaliadas através da escala de Barthel. O uso destas escalas recai sobre as sugestões para potenciar o desenvolvimento dos cuidados de saúde.

Estratégia para o desenvolvimento dos parâmetros Físicos (que visem a mobilidade e independência funcional)

Iniciar as tarefas de terapia adequadas potenciando primeiramente as tarefas cognitivas e de equilíbrio e posteriormente exercícios de mobilização estática e dinâmica para o desenvolvimento da condição física geral. Seria importante uma mobilização articular geral no âmbito das articulações onde serão reforçadas as atividades de deambulação: tornozelos, joelhos, anca, cintura-escapular, cabeça, cotovelos e punhos (incluindo as articulações das mãos). Esta atividade poderá servir para análise da dor articular e para promover o aquecimento das articulações e componentes musculares subjacentes. A ajuda da cuidadora será fundamental para a mobilização do lado direito do Sr. M. devido à hemiparesia presente.

Durante a interação inicial, o programa terapêutico deve incidir sobre um diálogo onde a função cognitiva seja estimulada. Será um binómio que vise o progresso do Sr. M. Assim, destacamos alguns exemplos de ações a desenvolver:

- Mobilização articular ativa assistida dos 4 membros em padrão antiespástico no hemicorpo direito;
- Exercícios de força muscular em regime isotónico concêntrico para os membros inferiores;
- Mobilização articular ativa assistida dos 2 membros superiores;
- Questionamento sobre as refeições do dia anterior, sobre os remédios, sobre a dor, sobre o que tem “mexido”, etc;
- Dar incentivo ao Sr. M. para fazer mobilizações da mão esquerda sobre as articulações menos móveis no lado direito – automobilização de forma analítica e depois global com o objetivo funcional: por exemplo coçar o cabelo, pentear-se, coçar as orelhas, etc;
- Exercícios de abdução e adução do ombro e do lado direito ser precedido de calor húmido (aquecer os tecidos para promover o aumento da amplitude articular – favorecendo a higiene pessoal).

O equilíbrio poderá ser estimulado com exercícios de transferências

partindo de uma análise da postura e alinhamento dos segmentos corporais. Inicialmente sentado, elevar as pernas e rodar os tornozelos e fomentar (se possível e tolerado na mesma sessão) a verticalização.

Pequenas questões sobre onde está “aquele objeto”, tentar também relembrar atividades de pintura e quadros realizados. Após a verticalização enquanto pedimos para caminhar para outro espaço (por exemplo sala ou quarto) o padrão da marcha deve ser analisado assim como o enquadramento do espaço em casa para se reduzirem ao máximo os processos desencadeadores de quedas. Uma vez em espaço viável, com a ajuda da Sr.^a A., devem ser realizados exercícios para:

- Equilíbrio estático com transferência de peso para um dos apoios de forma alternada;
- Ajudar na posição estática e solicitar a elevação do membro inferior (de forma alternada);
- Ajudar a dar dois passos e depois levantar um pouquinho o pé do chão (repetir e trocar o pé de apoio).

Se for possível, nesta fase deve ser dada ênfase a outras tarefas globais com transferência para a funcionalidade, desde levantar da cadeira/ poltrona/ sofá caminhar até à Sr.^a A. e voltar para sentar.

Ainda seria pertinente, visando a prevenção de quedas, o reforço muscular dos membros inferiores, por exemplo, sentar e levantar do apoio o número de vezes possíveis permitidas pelo Sr. M. e que não coloque em risco outros fatores vitais. Realizar pequenos percursos em casa e em locais específicos solicitar para fazer uma tarefa de vida diária específica será também muito positivo: fazer de conta que lava uma panela, ou que põe a mesa, ou pôr papel higiênico no wc, questionar por algo específico, “saca-rolhas”, etc.

Tal como a estimulação da função cognitiva, o treino articulatorio e de linguagem deve ser recriado durante a parte de estimulação e mobilização funcional. Se por sinal, tiver oportunidade, durante a toma de algum medicamento, a cuidadora poderá aproveitar para ensinar e treinar a disfagia, evitando que outras complicações condicionem a saúde do Sr. M, como pneumonias associadas à má ingestão.

D) SUGESTÕES PARA POTENCIAR A INTERVENÇÃO DO CUIDADOR (MELHORIA DOS CUIDADOS PRESTADOS/APOIOS NECESSÁRIOS)

É fundamental que a Sr.^a A. adquira conhecimentos para comunicar de forma positiva e para estabelecer e manter relações sociais. Desta forma, pequenos workshops seriam fundamentais para (re)aprender estratégias e boas práticas de intervenção nos diferentes domínios.

Uma vez que ajudar a melhorar a saúde dos outros, implica a realização de esforços, seria também pertinente informação no âmbito do enquadramento do treino físico e reforço muscular para a cuidadora de forma a evitar lesões. Contudo, importa salvaguardar a gestão de tempo, visando uma estrutura de organização relacionada com o tempo necessário para a Sr.^a ir às compras, evitando a sobrecarga do cuidador. Apelar à saúde e bem-estar coletivo.

A intervenção da cuidadora pode ser potenciada se forem reajustados alguns aspetos arquitetónicos em casa, desde a mudança de portas, degraus, tapetes, pisos, apoios na cozinha, casa de banho, luzes de presença, etc. Tudo o que for viável para a prevenção de quedas será um fator primordial na melhoria da prestação de cuidados. No seguimento do historial do Sr. M. exercícios de relaxamento e controlo da impulsividade serão importantes proporcionando algum equilíbrio no seu bem-estar no dia-a-dia. Aludir a atividades com os vizinhos ou outras pessoas da mesma idade é fundamental; promover a inclusão do Sr. M. na vida ativa da família ou da vizinhança.

E) SUGESTÕES PARA POTENCIAR A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Os exercícios descritos devem ser potenciados com a utilização de música. Aumentando a concentração e o empenhamento, sendo ainda um recurso para o relaxamento e bem-estar dado o potencial adrenérgico e essencial na estimulação da função cognitiva.

Para o reforço motor, o recurso de bolas com diferentes dimensões e pesos pode ser uma opção. Servirá de estímulo à força, coordenação e agilidade aumentando a capacidade de resistência ao esforço. Halteres e outros

aparelhos podem ser objetos de recurso posterior, na medida que o processo de adaptação é o mediador da carga e intensidade das sessões de intervenção. Neste caso, seria pertinente que a equipa promovesse a inclusão de aspetos relacionados com a formação desportiva (exercício físico) na medida de proporcionar à cuidadora as estratégias essenciais na mensuração de cargas e técnicas de realização e ajuda na melhoria do movimento.

Intervenção pedagógica visando a delimitação de fases de progressão. Exercícios de mímica podem ser enfatizados, promovendo a parceria e a relação entre a cuidadora e o idoso desafiando-o na expectativa de corresponder a tarefas inovadoras e “divertidas” que o motivem para o empenhamento motor significativo.

Outro tipo de terapias, o riso, o fazer rir, devem ser previstas no planeamento que visa a melhoria da qualidade de vida do idoso.

VII.

A D. Rosa e o Quisto de Tarlov

ANA ALEXANDRA MOREIRA PINTO LOPES

Formanda da edição 06 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é baseada em factos reais, sendo é contada na primeira pessoa - uma Assistente Social que acompanhou o caso descrito.

Alguns dados e factos foram alterados, garantindo-se, assim, a confidencialidade das pessoas envolvidas, e aperfeiçoando-se a qualidade e contextualização da narrativa.

O objetivo desta história é dar a conhecer o acompanhamento e o plano de intervenção proposto uma técnica de Serviço Social no âmbito da interação e cuidados com pessoas idosas.

O CASO – A CONDIÇÃO DA D. ROSA

D. Rosa tem 83 anos de idade e desde 2010 que se encontra numa situação de dependência. É casada e vive com o marido. Tem 2 filhas e 4 netos já adultos.

A idosa desde cedo que começou a sentir dores na região lombar, que se refletiam para as nádegas e membros inferiores. Após Ressonância Magnética foram-lhes detetados Quistos de Tarlov nas articulações intervertebrais da coluna cervical, submetendo-se a duas intervenções cirúrgicas – a primeira para (tentar) remover o quisto e, assim, atenuar as dores causadas pelo estrangulamento do nervo; e a segunda para limpar as raízes deixadas pelo quisto.

Desde logo, o ortopedista frisou que as intervenções cirúrgicas não iriam curar, mas sim remediar, pelo que aconselhou a D. Rosa a praticar fisioterapia e algum tipo de exercício físico. Por isso mesmo, inscreveu-se na Hidroginástica e depois na ginástica de manutenção, mas desistiu de tudo. E quando terminaram as sessões obrigatórias de fisioterapia, não quis renovar, optando por ficar em casa, na cama, pois era onde se sentia melhor e sem dores.

O marido incentivava-a diariamente a caminhar ao ar livre, mas sem sucesso, pois a idosa passou a ter medo de cair durante as caminhadas.

Com o passar dos anos, o peso aumentou a par com as dores e, consequentemente, a capacidade para cuidar de si, da sua higiene e da limpeza da sua casa diminuiu. No início de 2017, em consequência de uma queimadura sofrida pelo marido da D. Rosa enquanto aquecia a sopa, a família reuniu-se para encontrar uma solução, cujas opções nunca passaram pela institucio-

nalização em lar, mas sim pelo recurso aos Serviços de Apoio Domiciliário. Entretanto, como a filha mais nova ficou desempregada, tornou-se a cuidadora informal.

Com 59 anos de idade e com um historial clínico de doença oncológica, a filha Marta dá-lhe banho, ajuda-a a vestir-se, cozinha e trata da limpeza da casa. A única tarefa que não executa é o tratamento de roupas, que é da responsabilidade da D. Ilda, funcionária de uma empresa local, que recolhe a roupa suja e a devolve lavada e passada a ferro.

O Quisto de Tarlov provoca dores altamente incapacitantes, principalmente quando aumenta de volume, pois provoca compressão no tecido nervoso. É, por isso, comum ouvir as pessoas que sofrem desta doença, queixarem-se não só de dores na região lombar, como também nas nádegas e membros inferiores, visto que é uma dor reflexiva.

O diagnóstico é feito através de Ressonância Magnética, pois só assim se consegue visualizar o tamanho, a localização e a quantidade de massa quística.

Visto tratar-se de uma doença incurável, a terapêutica tem um carácter meramente remediativo, passando pela ação medicamentosa (principalmente analgésicos e anti-inflamatórios, tais como o Cataflam) e pela realização de atividade física: alongamentos; ginástica de manutenção e fisioterapia.

A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL QUE ACOMPANHA A D. ROSA

O primeiro eixo de intervenção começa, desde logo, por ser ao nível dos cuidados informais, nomeadamente para capacitação e alívio da cuidadora, pois o historial clínico da filha Marta (neoplasia da mama) torna-a numa cuidadora em situação de risco: para além de não poder/dever fazer esforços com o braço direito, o facto de tomar ansiolíticos e antidepressivos tornam-na menos reativa, por exemplo, em situações de queda da sua mãe.

Como Assistente Social, numa primeira fase agendarei uma reunião com esta filha, bem como com a sua outra filha e os 4 netos adultos, numa tentativa de perceber as dinâmicas familiares existentes e a disponibilidade de haver uma alternância nos cuidados informais, pelo menos aos fins-de-semana

e/ou feriados, visto que, excluindo a Marta, todos os restantes familiares próximos são profissionalmente ativos.

A 2ª fase passará por verificar as respostas formais que existem na comunidade onde a família se insere, e, posteriormente, aconselhar a família a integrar a idosa em alguns serviços de apoio especializados. Dado que estamos perante um agregado sem carências de natureza sócio económica (pib per capita = 550€), os cuidados formais ficarão à responsabilidade do Serviço de Apoio Domiciliário, que auxiliará ao nível da higiene pessoal (1x/dia), da limpeza da casa e tratamento das roupas. Deste modo, conseguimos providenciar apoio qualificado à D. Rosa, ao mesmo tempo que evitamos o desgaste da cuidadora informal.

Preocupada com o facto de a D. Rosa ter desistido da prática de exercício físico, tentei perceber porquê. Refere o marido que lhe foi diagnosticado um início de Depressão, que coincidiu com o facto de a idosa ter tomado consciência da irreversibilidade da sua condição de saúde; a partir daí deixou de querer ir à hidroginástica. Embora a idosa esteja já devidamente medicada para a Depressão (Cymbalta 60mg 1x/dia e vitamina Magnesium Ok), proponho que esta seja integrada num Centro de Dia, de modo a motivá-la para sair de casa, a distrair-se e a conviver, algo que toda a vida apreciou.

Daremos algum tempo para a D. Rosa se integrar nas dinâmicas do Centro de Dia e para a medicação fazer os efeitos desejados (aumento de Serotonina), de modo a propormos mais um ciclo de fisioterapia e efetuarmos inscrição na Hidroginástica à 5ª feira à tarde. O Centro de Dia possui protocolo com um ginásio e, por isso, a D. Rosa irá praticar exercício na companhia das suas novas amigas, o que poderá constituir uma motivação.

Seria igualmente benéfico que a D. Rosa continuasse os alongamentos e caminhadas curtas, pelo menos 10 minutos de hora a hora. O peso da idosa ronda os 97kg, o que também não ajuda à doença nem à diminuição das dores, bem pelo contrário. Sendo assim, há que apostar na prática de exercício, sempre dentro das suas possibilidades, e manter a alimentação saudável, que a cuidadora informal sempre fez questão de providenciar.

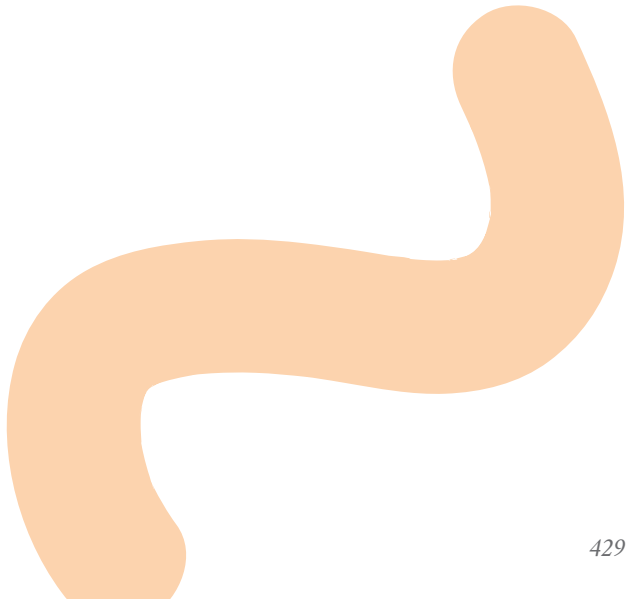
A minha próxima proposta é ao nível das ajudas técnicas, no sentido de evitar quedas desnecessárias e com consequências irreversíveis. Uma vez

que a D. Rosa tem dores na região lombar, bem como pela perna abaixo, sugiro que caminhe suportada numa canadiana ou numa bengala. É certo que a ajudará fisicamente, mas também psicologicamente, pois sentir-se-á mais segura para caminhar.

Finalmente, a intervenção também deverá ser ao nível da adequação da casa:

- Adequar os tapetes, que não têm película antiderrapante ou, até mesmo, retirá-los;
- A banheira deve possuir umas barras para que a D. Rosa se possa apoiar;
- A sanita deve ter um suporte, de modo a tornar-se mais alta. Assim, o esforço para se sentar, será consideravelmente reduzido;
- Eliminar todos os fios visíveis (por exemplo, o fio da internet que passa pelo chão), que constitui um grande perigo e risco de queda.

Estou confiante que, seguindo este eixo de intervenção, a D. Rosa terá muito mais qualidade de vida!



VIII.

Ana Maria Pereira

FÁBIA APARECIDA BELÉM DE SOUZA

Formanda da edição 06 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é baseada em factos reais. Alguns dados e factos foram alterados por forma a garantir a confidencialidade das pessoas envolvidas e também aperfeiçoar a qualidade da narrativa e traduzir acontecimentos localizados num determinado tempo, espaço e contexto sociocultural.

O objetivo desta história é descrever um caso e o respetivo plano de intervenção que poderá ser aplicado no caso descrito.

O CASO

A) CARACTERIZAÇÃO DAS PERSONAGENS

Ana Maria Pereira tem 89 anos, ficou viúva há cerca de um mês, é mãe de três filhos e avó de duas netas. Também tem irmãos e sobrinhos, com quem se comunica com frequência.

O apartamento onde mora é o lar da Ana Maria há cerca de 65 anos. Construiu amizades na vizinhança ao longo do tempo, embora seja, atualmente, uma “sobrevivente” da sua geração, já que quase todos os amigos morreram. É professora aposentada de inglês, o que acabou por ajudá-la a cultivar algumas relações intergeracionais com filhos e netos de ex-alunos. Manteve uma atividade intelectual ativa até quatro anos atrás, quando ainda dava explicações a dois vizinhos - garotos que moram no andar de cima ao dela. Importa destacar que os pais dos pequenos se tornaram seus amigos.

Ana Maria era uma mulher independente; contava, apenas, com o apoio de uma pessoa responsável pelos serviços domésticos do lar. Quando os problemas de saúde se tornaram mais frequentes, obrigaram-na a parar de dar explicações. Para os filhos tinha chegado o momento de cuidados mais diretos e permanentes para a mãe, mas ela resistia. No último trimestre de 2016, Ana Maria sofria de osteoporose avançada, problemas do equilíbrio, da marcha, perda de massa muscular e de força, episódios de quedas, de perda de memória e outros problemas. No final de 2016, ela reconheceu, finalmente, a necessidade de ser cuidada 24 horas.

Neste momento Ana Maria recebe assistência permanente (dia e noite), tendo sido, para o efeito, contratadas 3 cuidadoras formais que, em horários

alternados, prestam cuidados diferenciados.

Relativamente ao grau de dependência para a realização das atividades diárias, Ana Maria necessita de ajuda para levantar de cadeiras, andar e fazer caminhadas. Também usa canadianas como auxílio. A cuidadora do horário também ajuda no momento do duche e do vestir. O trabalho das cuidadoras é muito centrado no evitamento de quedas - Ana Maria tem muito medo de cair de novo. Dentre as outras responsabilidades, as cuidadoras são também responsáveis por servir as refeições (Ana Maria não precisa de ajuda para se alimentar), dar a medicação nos horários corretos e medir a tensão da idosa duas vezes ao dia. Ana Maria tem tomado o pequeno-almoço entre 10h:00m e 10h30m (muitas vezes na cama) e almoça por volta das 13h:00m. Apesar da insistência dos filhos e das cuidadoras para que não o faça, a idosa tem insistido em passar algumas manhãs na cama, recusando-se a levantar.

Ana Maria é assistida por dois médicos: um especialista em Medicina Interna (é vista por ele uma vez por ano e sempre que há necessidade) e um Neurologista (consultas de três em três meses para avaliação psicológica).

B) CARACTERIZAÇÃO DETALHADA DO ESTADO CLÍNICO/ CONDIÇÃO DO IDOSO

I. Patologias

- Osteoporose;
- Depressão;
- Diagnóstico de “pré-demência”;
- Colesterol alto;
- Vertigens, tonturas, problemas de equilíbrio e marcha, perda de massa muscular e de força;
- Tensão arterial alta.

II. Cirurgias

- Apendicectomia (quando jovem);

- Histerectomia total (possivelmente aos 47 anos);
- Para retirar a glândula de Bartholin (meia idade);
- Cirurgia depois que caiu em casa e partiu o colo do fêmur/anestesia epidural (2012);
- Cirurgia depois que caiu pela segunda vez, em casa, e partiu o colo do fêmur/anestesia geral (2013);
- Cirurgia depois que caiu pela terceira vez, em casa, e partiu o úmero/anestesia geral (2015).

III. Outros episódios e considerações

Ana Maria teve um edema pulmonar há uns dois anos; foi quando a sua tensão subiu pela primeira e única vez, e o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) foi chamado. De há uns tempos para cá as suas pernas incham quando passa muito tempo sentada.

De acordo com a Ana Maria, as quedas aconteceram por causa de desequilíbrio ou de tonturas. Depois da última cirurgia ela teve muitas alucinações e perda da memória recente; repetia perguntas que fazia. De há um ano para cá, a sua situação melhorou significativamente com o tratamento médico adotado (ela tem respondido bem) e a assistência das cuidadoras. Percebe-se que, às vezes, tem dificuldade em concentrar-se ao fazer uma atividade ou a assistir a um programa de TV, mas tem apresentado sempre coerência nas conversas e pouquíssimas repetições. A família chega a pensar que ela não está com “pré-demência”.

IV. Terapêutica aplicada - Polimedicação

Terapêutica aplicada/Manhã:

- ½ Lasix 40 mg (segundo uma das filhas, o diurético foi prescrito para controlar a tensão “porque a minha mãe nunca tomou nada para a tensão antes”.);
- 1 Venlafaxina 150 mg (antidepressivo);
- ½ Memantina 10 mg (prescrito para tratar “pré-demência” da AM);

- 1 Betaserc 24 mg (para a síndrome vertiginosa);
- 1 Daflon (para tratar problemas de circulação sanguínea);
- 1 adesivo de Rivastigmina 9,5 mg (efeito de 24h e prescrito para tratar a “pré-demência”).

Terapêutica aplicada/Meio-dia:

- 1 Ideos (cálcio para mastigar);
- ½ Memantina 10 mg;
- 1 Betaserc 24 mg;
- 1 Daflon.

Terapêutica aplicada/Noite:

- 1 Lorazepam 1 mg (para dormir);
- 1 Sinvastatina 20 mg (para reduzir o colesterol e triglicérides no sangue);
- 1 Mirtazapina 15mg (antidepressivo).

Medicamento/SOS:

- Captopril 25 mg (Indicado para reduzir a pressão arterial; a idosa nunca precisou tomar, mas foi prescrito para o caso de a sua tensão arterial ultrapassar os 18/a máxima).

O PLANO DE INTERVENÇÃO PARA A ANA MARIA

Considera-se fundamental promover uma abordagem holística para este caso, implementando estratégias de intervenção capazes de promover a saúde da Ana Maria, reforçar as suas capacidades e gerar seu bem-estar psicológico. Vejamos a proposta.

I. ATIVIDADE FÍSICA

Atividade física/mobilização/apoio externo

Sugere-se um programa para a prática regular de exercícios físicos elaborado por um profissional da área, adaptado ao historial clínico da Ana Maria e às suas limitações, necessidades e potencialidades. O programa deverá combinar atividades aeróbicas, de força, treino de equilíbrio, mas também deverá promover uma prática coletiva, como hidroginástica, por exemplo - a hidroginástica proporcionará ânimo, momentos de diversão em grupo, e poderá ser o motor de novas amizades.

Atividade física/mobilização/intervenção direta das cuidadoras

- ➔ Estimular a mobilização - Independentemente do programa a ser criado por um profissional da área, as cuidadoras podem estimular mobilização, evitando que a Ana Maria fique na cama durante a manhã e/ou passe muito tempo na cadeira. Com ajuda e participação das cuidadoras, sugerem-se movimentos simples de flexibilidade, de consciência corporal (abrir e fechar as mãos, alongar os braços e pernas, etc.) e caminhadas no próprio apartamento também podem ser feitos algumas vezes ao longo do dia;
- ➔ Cama só para dormir - As cuidadoras devem estimular e promover uma hora certa para levantar da cama (por exemplo, às 9h:00m da manhã): deixar entrar a luz do sol no quarto; encorajá-la a tomar o pequeno-almoço à mesa; envolvê-la no planeamento do dia (o que vai comer, que música ouvir, etc.).

Benefícios da atividade física

O conjunto de exercícios e estratégias de mobilização será uma ferramenta

importante para melhorar a saúde dos ossos, dos pulmões e do coração, combater o colesterol alto, a sarcopenia e suas consequências, a depressão e a ansiedade. Também contribuirá de forma importante na promoção do bem-estar e da melhoria da memória (lembramos que 40 minutos de exercício aeróbico por dia, 5 dias por semana são capazes de alargar as estruturas do hipocampo ao fim de 6 semanas).

II. NUTRIÇÃO

Nutrição/Apoio externo (família/médico)

Como a Ana Maria é polimedicada, e a polimedicação pode desencadear carência de vitaminas, devemos estar atentos a eventuais deficiências nutricionais. Seria importante proceder à avaliação do estado nutricional da idosa (periodicidade estabelecida por profissional de saúde), uma vez que isso ajudará a melhorar a sua capacidade física e funcional.

Nutrição/Intervenção direta das cuidadoras

- Incluir fruta no pequeno-almoço. Atualmente, a idosa toma uma chávena com leite e café, além de uma tosta de queijo;
- Ajustar a alimentação garantindo a ingestão de 25g/dia de fibras. Além de fazer bem, o consumo de alimentos que contém fibras ajudará a evitar obstipação. Ter em atenção a ingestão de proteína em quantidade adequada para combater a sarcopenia;
- Encorajar a idosa a aderir a um lanche (leve e saudável) no meio da tarde;
- Explicar à idosa a importância de evitar longos jejuns noturnos. Atualmente, o seu jantar é servido por volta da 20h. Tendo em conta que o horário do seu pequeno almoço varia entre 10h e 10h30, ela tem tido um jejum noturno de 14 horas, o que não é aceitável. Portanto, a recomendação é, antes de deitar, consumir algo leve como iogurte, por exemplo. E acordar bem mais cedo do que tem acordado, evidentemente.

III. FUNÇÃO COGNITIVA

Função cognitiva/Intervenção direta das cuidadoras

Recomendam-se estratégias que podem ser adotadas diariamente para estimular a Ana Maria do ponto de vista cognitivo, contribuindo na melhoria da memória e da concentração. Exemplos: montar quebra-cabeças, catalogar (datas e locais) as diversas fotografias que tem guardadas, fazer palavras cruzadas, ouvir música (cantar com ela), além de aplicar testes de memória atualmente disponíveis.

IV. APOIO PSICOLÓGICO - APOIO EXTERNO (FAMÍLIA/PSICÓLOGO)

Sugerem-se sessões de psicoterapia, importantes para ajudar a Ana Maria na adaptação a esta nova fase da vida (sem o marido) e no controlo das suas emoções quando estiver diante de preocupações e de algum stress da vida diária. A psicoterapia é um instrumento importante para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida.

V. INTERAÇÃO SOCIAL/LAZER - PARTICIPAÇÃO DE TODOS (FAMÍLIA, AMIGOS E CUIDADORAS)

Encorajar a Ana Maria a participar em mais encontros com a família e amigos. Exemplos: uma vez por semana tomar chá em casa de um dos irmãos, tomar um café com uma amiga numa pastelaria do bairro, almoçar num lugar agradável. Esses encontros fariam a idosa sair mais de casa, mudar de ambiente, divertir-se.

Uma outra estratégia que poderia passar a ser adotada como regra: uma vez por semana ou ir ao cinema ou a um concerto (ela gosta muito de música) ou a uma exposição. O importante é que a Ana Maria faça o plano cultural/ de lazer ou participe do seu planeamento.

IX.

A Minha História

JOANA NETO

Cuidadora Informal

Esta é uma história verídica contada na primeira pessoa, uma cuidadora informal.

A HISTÓRIA

Foi numa tarde fria de outono... para mim será sempre inverno frio e triste. O telefone tocou, tocou mais uma vez, e voltou a tocar... Do outro lado, pessoas com quem quase nunca falara chamavam-me para ir para casa – “a tua Mãe precisa de ti” - diziam; “o teu Pai teve um acidente, vem para casa”.

Nesses minutos de contactos imensos e confusos parou à porta do meu local de trabalho um carro conhecido; vinha buscar-me. Vinha buscar-me para ver o meu Pai sem vida... o meu Pai... o meu herói, o meu companheiro de cozinhados malucos, o meu melhor amigo, o meu querido e doce Pai. O meu Pai...

O momento mais avassalador da minha vida... como era possível? O meu Pai nunca ia morrer, não podia, como podia? Todos precisávamos dele... TODOS... mesmo até os que eram apenas conhecidos e dos quais ele era um anjo protetor...

Chegada a casa, encontrei a minha Mãe mergulhada numa dor que julguei não existir; tinha perdido o seu companheiro, o seu marido, o seu amor... perdeu tudo nesse dia frio de outono... o nosso inverno, afinal.

Eu tinha 28 anos e foi nesse dia que me tornei adulta.

Os dias passaram e o luto foi voraz na dor que nos ofereceu. Nada parecia fazer sentido sem ele... com 56 anos tinha ainda tanto para ver, para fazer, para viver, para dar... faltavam os netos! Desejoso de ser avô ia pedindo aos filhos que lhe dessem essa alegria – “eu sei que a vida está difícil, mas eu ajudo-vos! Posso cuidar deles com a vossa Mãe e encarrego-me com as despesas da escola!” O meu querido Pai... lamento tanto que os meus filhos não tenham tido o privilégio de conhecê-lo.

A minha Mãe, viúva com 55 anos, transformou-se numa flor sem vida, murcha, cinzenta, curvada, sem sentido. Uma depressão profunda que custava a passar.

Um ano passado e veio a primeira alegria da família – o nascimento do meu filho mais velho. Foi de facto uma lufada de ar fresco; foi a primeira vez que voltámos a ter vontade de sorrir. Em mim foi novamente um querer viver; era mãe, agora. O meu bebé tinha trazido o sentido perdido da vida. A minha Mãe ficou muito feliz, era um bebé há muito desejado, mas havia algo nela que tinha desaparecido para sempre... essa depressão nunca mais lhe passava...

A minha Mãe quis cuidar do bebé e eu achei que lhe faria muito bem; mantê-la ocupada e mais focada na alegria do que na tristeza. Mas havia algo nela que tinha desaparecido para sempre... e a depressão nunca mais passava...

Começou de esquecer-se das coisas do dia-a-dia; onde deixava a chave de casa, onde tinha ficado o casaco, o que tinha combinado comigo para o dia seguinte.... coisas simples e sem importância... por causa da depressão...

Certo dia uma amiga da minha Mãe ligou-me; precisávamos de conversar; a minha Mãe não estava bem. Eu sabia que não estava; a depressão era terrível... conversei com a amiga Isabel; tinham estado juntas a tomar café e no regresso a casa, e com muito constrangimento, a minha Mãe tinha confesado à amiga que não sabia o caminho para casa... No primeiro impacto da conversa não entendi bem o que queria a Isabel afinal... a minha Mãe estava deprimida, fazia medicação... eram normais essas coisas... não?

Não, não eram normais... A Isabel foi perguntando que outras coisas ela não se lembrava ou tinha dificuldade em fazer... comecei a pensar... esquecia-se muito dos locais onde deixava os objetos, esquecia-se das conversas que tínhamos tido, esquecia-se de fazer coisas que tinha ficado de fazer... e também já se tinha esquecido de como fazer arroz... a minha Mãe esqueceu-se como se faz arroz! Como não percebi? Como me escapou? A minha Mãe...

A Isabel falou do Alzheimer. Não, claro que não é nada disso; a minha Mãe tem 57 anos; o Alzheimer é uma doença de velhinhos. É o tratamento para a depressão que não está a resultar.

Por sugestão da Isabel marquei consulta num médico Neurologista; só para ter a certeza que estava tudo bem.

Foram feitos imensos exames para estudo neurológico; comprovou-se a existência de comprometimento cortical; contudo, não havia indícios de alterações comportamentais; não havia problemas de linguagem... apenas a memória... Durante quase 2 anos nunca nos foi dado um diagnóstico preciso.

Mudámos de especialista e, aos 59 anos, foi traçado o destino de final de vida da minha Mãe. Foi diagnosticada Doença de Alzheimer com variante visual, num estágio já moderado. O meu mundo desabou uma vez mais.

Começamos a perceber que ela já não conseguia cozinhar, selecionar a roupa para vestir e saber a que horas devia fazer as refeições. Para conseguir estar mais presente e dar apoio, mudei-me com o meu marido e filho (na altura com quase 3 anos) para casa da minha Mãe.

Durante um ano eu fiquei encarregue de tratar das coisas dela e ajudá-la na alimentação e higiene – levantava-me cedo (antes do marido e filho acordarem), arranjava-me e ia tratar da minha Mãe: fazia o pequeno almoço e ajudava-a a tomá-lo, ajudava na higiene, vestia-a e deixava-a sentada no sofá em frente à televisão. Ficava sozinha em casa durante o dia; como tinha muita dificuldade em ver, não gostava de andar de um lado para o outro, ir à casa de banho era o suficiente; depois quando eu chegava a casa ao final do dia, fazíamos um passeio ou outras atividades motoras, como ir à loja mais próxima.

Foi galopante a evolução desta doença maldita. No espaço de dois anos, a minha Mãe ficou dependente para todas as atividades da vida diária – comer, vestir, deitar, levantar, ir à casa de banho, tomar banho ou fazer a higiene e até mesmo andar.

O meu irmão mudou-se também para casa da nossa Mãe (é uma casa grande com 2 andares e anexos, que permite habitação independente para 3 famílias) e passou a ajudar-me nas tarefas do cuidar da Mãe; alternávamos semanalmente nas responsabilidades. Era duro; muito duro... embora me custasse emocionalmente muito mais do que o esforço físico que as tarefas exigiam. Vi a minha Mãe perder a sua identidade... a sua dignidade... a sua vida aos poucos...

Contratámos duas senhoras para cuidar dela durante o dia – uma no período da manhã, outra no período da tarde. Estavam encarregues de fazer o levantar, a higiene, vestir, dar as refeições (já não conseguia levar a comida à boca), fazer umas caminhadas e levá-la a espaços de convívio social, como a mercearia e o café onde poderia interagir com pessoas conhecidas. Durante muito tempo os filhos estavam encarregues de organizar e confeccionar as refeições da Mãe, para que as cuidadoras pudessem estar ao máximo focadas nos cuidados e na promoção do bem-estar. Porque a nossa família foi crescendo (cada um de nós já tinha 2 filhos), essa tarefa foi-se tornando cada vez mais complicada, pelo que decidimos contratar os serviços de refeição do Centro Social da localidade onde residíamos.

O tempo foi passando e a condição clínica da minha Mãe foi piorando a um ritmo alucinante. A marcha ficou muito comprometida (já só conseguia andar com apoio de alguém), a linguagem bastante afetada (já quase não conseguia falar; não se lembrava das palavras... como se diziam as coisas...) e a visão praticamente perdida. O corpo foi ficando muito rígido, complicando ainda mais a difícil tarefa do vestir e tomar banho; não conseguia fazer a rotação do pescoço, virava o corpo em bloco... a postura estava muito curva e as pernas já não conseguiam manter-se esticadas; parecia ter 90 anos... muito magra... curvada... confusa..., mas tinha, afinal, 63 anos.

A nossa vida foi ficando em suspenso... apesar de toda a dedicação e amor com que cuidávamos da nossa Mãe, havia outras vidas para tratar, para viver... os nossos filhos foram ficando privados de algumas férias, fins-de-semana, serões à noite, atenção... tínhamos sido obrigados a tomar a difícil decisão de institucionalizar a nossa Mãe. A procura foi densa; queríamos que ela tivesse os melhores cuidados que lhe poderíamos proporcionar. Identificámos 3 instituições de referência na zona de Coimbra; felizmente podíamos pagar para que os cuidados fossem os melhores. Não haviam vagas... esperámos um ano... esperámos dois anos... a condição clínica estava cada vez mais comprometida e o cenário na família era cada vez mais insustentável.... Lembro-me de uma situação em que estava a vestir a minha mãe com a minha filha mais nova a chorar no meu colo (tinha 2 anos, tinha sono, queria a mãe... e não percebia porque a mãe não era só dela...), eu também chorava... de tristeza, de raiva, de angústia.... porquê???

Numa sexta-feira à tarde recebi um telefonema; era de uma estrutura residencial para idosos com uma unidade de cuidados especializados no atendimento a pessoas com demência. Tinha aberto uma vaga; tínhamos 1 hora para decidir; decidimos aceitar a vaga. A instituição, para além de estar na nossa lista de escolhas, ficava a 10 km da casa da Mãe. Na segunda-feira seguinte ela tinha que dar entrada. Foi tudo muito rápido... parecia irreal.

Tinha chegado o tão aguardado momento... a nossa Mãe ter cuidados especializados e nós íamos poder ter a nossa vida... mas o sentimento foi mau... muito mau... senti-me uma má filha, traidora... como podia fazer aquilo à minha Mãe? Como poderia tirar-lhe o pouco que ainda tinha? As suas referências de casa? Custou-me muito mais deixar a minha Mãe na instituição do que deixar os meus filhos pela primeira vez na creche ou jardim-de-infância... ambos choravam, mas o choro dela era acutilante no meu coração... como lhe podia fazer aquilo?

As primeiras semanas foram de visitas diárias e constantes telefonemas. Estaria bem? Como estaria sem mim? Afinal ninguém poderia cuidar dela como eu! Houve uma alteração de comportamento, que até aí não tinha existido; ficou agressiva e agitada; “é normal” - dizia o médico da instituição, “este período de ambientação traz sempre agitação; depois passa...” mas o meu coração estava negro... pesado... culpado... Corria o ano de 2017, ela ia fazer 66 anos nesse mês e era a residente mais nova; todos se combaliam com a situação dela – “coitada, uma senhora tão nova e já está assim; os filhos ainda precisavam tanto da ajuda dela...”

O tempo foi passando e a integração foi ficando estabilizada. A constatação de que estava bem amenizava a culpa... fazia sessões de fisioterapia; usava a sala de snoezelen e fazia caminhadas acompanhadas pelo animador socio-cultural. Mas não haviam melhoras... eu sei que não há melhoras nestes casos clínicos... mas tinha esperança...

Atualmente, e passados dois anos, está calma a maior parte do tempo. Continua com as sessões de fisioterapia e estimulação, mas a funcionalidade é cada vez menor. Praticamente não consegue manter uma conversa, usa fralda para incontinência urinária e precisa que seja adicionado espessante à água com que ultimamente se engasgava.

Fica feliz quando a visito aos fins-de-semana. Sorri quando me vê, abraça-me e dá-me muitos beijos, mas não sei se sabe quem eu sou... não se lembra do meu nome nem da cara dos meus filhos; acho que apenas me reconhece como algo bom e que gosta.

Tinham tanto para dar os meus pais, ainda.... tinham tanto para fazer, para ser, viver... morreram os dois no mesmo dia; o meu Pai em presença, a minha Mãe de tudo o resto...

X.

O Manuel e a Maria

ANA FILIPA COELHO GOMES

Formanda da edição 07 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é baseada em factos reais, tendo sido construída no âmbito da experiência profissional da autora em contexto hospitalar e comunitário.

Alguns dados e factos foram alterados para garantir a confidencialidade das pessoas envolvidas; os nomes são fictícios e as áreas geográficas apresentadas são generalistas.

Foram feitas algumas adaptações ao conteúdo da história, no sentido de aperfeiçoar a qualidade da narrativa.

A HISTÓRIA

O Manuel e a Maria, um casal de idosos, ambos com 88 anos, vivem sozinhos; o Manuel é o cuidador informal da Maria.

Estão casados desde os 19 anos, tiveram um filho que faleceu aos 2 meses de idade com Tosse Convulsa; não voltaram a ter filhos. São oriundos de uma pequena aldeia serrana na Região Centro do país; atualmente vivem numa cidade da mesma região.

Manuel é reformado da construção civil e tem como habilitações literárias o 1.º ciclo do ensino básico (incompleto); Maria sempre foi doméstica e não possui habilitações literárias.

Vivem na mesma habitação há mais de 30 anos.

Como a maioria dos familiares diretos já falecerem e como Manuel era filho único, as relações familiares cingem-se a um sobrinho e uma irmã de Maria que, no entanto, se encontram geograficamente distantes.

Há cerca de 2 anos foi diagnosticado a Maria um cancro pancreático de mau prognóstico, tendo esta situação potenciado algumas alterações a nível da psique, nomeadamente uma elevação da ansiedade estado para um nível patológico. Recentemente Maria teve um internamento devido a uma fratura do rádio, no contexto de uma queda, o que aumentou o nível de dependência no domínio do autocuidado da idosa.

Manuel, o cuidador, sofre de insuficiência cardíaca, atualmente descompensada devido ao stress e estado de ansiedade em que se encontra, sem estratégias de coping eficazes. Apresenta também cardiopatia isquémica e

fibrilação auricular, estando sob hipocoagulação oral. É portador de prótese total da anca em ambos membros inferiores, tendo uma já sido alvo de revisão; há ainda também referência uma a perturbação depressiva e vertigens.

No que se refere ao grau de dependência deste casal de idosos, tendo por base o Índice de Barthel, o Manuel obteve um score de 95, evidenciando um nível de independência nas suas atividades de vida diária. A Maria obteve um score de 45, que se traduz num grau de dependência moderado, nomeadamente nas áreas da mobilidade, higiene e alimentação. Na avaliação das atividades instrumentais de vida diária (Índice Lawton-Brody) observa-se que Manuel é totalmente independente, no entanto Maria apresenta uma dependência grave, não apenas no contexto das limitações já identificadas, mas também no seguimento da inexistência de habilitações literárias.

Relativamente à classe social, e tendo por base a Escala de Graffar (instrumento utilizado no âmbito dos sistemas sociais e de saúde), este casal encontra-se na classe IV, que corresponde a um nível socioeconómico reduzido.

No contexto das condições habitacionais, o casal reside numa casa alugada, um pequeno anexo no fundo de um terraço de uma grande moradia. O anexo tem 3 divisões: uma cozinha, um quarto e uma casa-de-banho; a única divisão individualizada é a casa de banho, o que coloca alguns problemas no âmbito da privacidade. Localizada numa zona urbana salubre, possui eletricidade e água de distribuição domiciliária de origem semipública, mas sem aquecimento. Esgotos conduzidos para fossa séptica. A forma de construção do anexo e a distribuição dos móveis favorece o risco de quedas, nomeadamente como já aconteceu com a Maria, que caiu em casa.

Estes idosos têm apoio da sua Unidade de referência dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente com visitação domiciliária, por parte de vários elementos da equipa de saúde (enfermeiro e assistente social).

Recentemente são apoiados pela Segurança Social no domínio das tarefas domésticas, tendo-lhe sido destacada uma pessoa para a execução das lidas da casa (cozinhar e limpar); esta situação é, contudo, desconfortável para o casal, que considera que a contribuição que têm de dar em termos económicos excede aquilo que no seu ponto de vista seria o expectável, para além de que tiveram que pedir autorização ao proprietário da casa para a pessoa

poder aceder ao espaço.

A gestão da terapêutica da Maria é feita pelo Manuel, que referiu que esta toma um suplemento alimentar e anti-inflamatórios para as dores no membro superior.

Relativamente à sua terapêutica, o Manuel toma beta-bloqueantes, anti-coagulantes, estatinas e diuréticos (com um aumento destes últimos na consulta de avaliação da ICC devido à sua descompensação).

Em termos alimentares, e após o diagnóstico da Cardiopatia isquémica de Manuel, ambos passaram a seguir uma dieta à base de cozidos e grelhados. Embora tivessem deixado de cozinhar fritos por causa do excesso de gorduras, o fator económico interfere nas suas escolhas alimentares.

Em resumo, embora a condição clínica da Maria se apresente como a situação paliativa do cancro do pâncreas, o que a torna atualmente dependente nas suas atividades de vida diária é a fratura no membro superior direito. Esta situação potencia a sua imobilidade, não só porque apresenta aparelho gessado no membro, mas também porque o medo de sair da cama e voltar a cair contribui para aumentar a imobilidade em que se encontra, criando um risco acrescido na perda de motricidade e de massa muscular.

Com esta nova situação de dependência de Maria, o Manuel assume papéis antes tomados por Maria - o idoso-cuidador necessita de cozinhar (quando não tem o apoio da pessoa que a Segurança Social destacou para auxílio), auxiliar Maria nas transferências de cama/cadeira, na deambulação e na utilização do WC e higiene/banho, e a vestir e despir. No entanto é necessário ter em conta que Manuel já possui duas PTA bilateralmente, o que também condiciona a sua mobilidade e representa um risco para o próprio.

ANÁLISE DO CASO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Tendo em conta a caracterização do casal, percebemos que a necessidade de intervenção não se centra apenas na Maria, mas em ambos os idosos, quer como unidade familiar, quer como unidades individuais.

A ligação entre ambos é forte; sempre forem só os 2 e sempre se tiverem um

ao outro. Assim, apesar dos apoios conseguidos pelos Profissionais da unidade de cuidados de saúde primários, o Manuel quer cuidar da sua Maria; querem ficar juntos (a Maria tem medo da morte; o Manuel tem medo da solidão). No entanto, após uma avaliação mais direcionada a Manuel (escala de sobrecarga de Zarit), identifica-se uma sobrecarga intensa, o que significa que, apesar do Manuel querer assumir o papel de cuidador terá dificuldades em mante-lo.

De uma forma global, o plano de intervenção terá configurações a nível ambiental e estrutural, ao nível da qualidade de vida e bem-estar de Maria, ao nível do cuidador em diferentes áreas (idoso-idoso, idoso-cuidador, cuidador-gestor).

Começando pela vertente ambiental, para que possamos mais tarde trabalhar diversas áreas no domínio da mobilidade e síndrome do “medo da queda” com Maria, uma das principais intervenções a planear prende-se com a reestruturação do domicílio no que respeita ao posicionamento de determinados mobiliários. Dado o espaço disponível ser reduzido a primeira intervenção seria retirar a cama da zona de entrada para outro local e mobiliário do wc, remover os vários tapetes que se encontram nessa zona e aconselhar a utilização de um tapete único (dado o espaço ser pequeno) com película antiderrapante a adjuvar. Além disso, e tendo em conta as condições económicas, como a cama não é a mais adequadas para auxiliar alguém nas transferências e/ou posicionamentos aconselhar a utilização de calços para aumentar a altura da cama, ação que beneficia ambos e que em termos económicos não implica um gasto desadequado. Outra intervenção a nível ambiental necessária prende-se com a disposição da cozinha e do mobiliário, mas o espaço existente e as condições económicas não o permitem. Por último e para acrescentar qualidade de vida uma intervenção em termos ambientais seria também, a introdução de um sistema de aquecimento, seguro, user-friendly e económico.

Em relação a Maria, apesar da sua situação de saúde ser considerada paliativa, seria útil uma adequação nutricional, dado que um cancro do pâncreas pode traduzir-se em desequilíbrios alimentares e hormonais nocivos. Além disso, torna-se imperativo uma intervenção ligada à prevenção do acamamento,

isto é, trabalhar o medo da queda, tentar negociar a realização de exercícios de flexibilidade e mobilidade por forma a não perder mais massa muscular. Neste âmbito seria de todo o interesse requerer uma visita domiciliária do Enf. Especialista de Reabilitação ou do Fisioterapeuta da UCSP à qual Maria pertence, para planear com a idosa um esquema de exercícios adequado à sua condição, com uma frequência que seja útil e que lhe permita manter qualidade de vida. Além disso pode também se for possível realizar exercícios que trabalhem o equilíbrio e que lhe permitam autonomizar-se em relação às transferências e levantes.

Apesar de Manuel ser independente e poder deslocar-se à UCSP, ele também poderia beneficiar desta visita domiciliária, não para planeamento de exercício físico, dado o mesmo ser desaconselhado em utentes com ICC e/ou Cardiopatia isquémica em fase agudizada/descompensada, como é o caso de Manuel, mas para uma avaliação pormenorizada desta descompensação e potenciar trabalho na área da ventilação eficaz e posteriormente para ensinamentos relacionados com transferências e mobilizações, por forma a evitar futuras descompensações. Manuel, dada a sua situação cardiovascular (cardiopatia isquémica e FA) seria um idoso que beneficiaria da tecnologia recentemente implementada pelo Hospital da Cova da Beira, por exemplo, da telemonitorização de utentes com IC. Esta monitorização remota traria a Manuel uma maior segurança em relação à sua saúde o que se traduziria numa maior potencialização do seu papel de cuidador, possivelmente diminuindo futuramente os níveis de sobrecarga.

Em relação ao Manuel existem um sem número de possibilidades em termos de planeamento de intervenções, no entanto aqui penso que as prioritárias se prendem com:

- Adoção do papel de cuidador;
- Níveis de sobrecarga que está a sentir;
- Compensação da sua situação de saúde;
- Capacitação no âmbito do luto.

Neste âmbito, em primeiro lugar deve ser considerada como prioritária a sua situação de saúde; apesar de recentemente Manuel ter tido um contacto com

um centro de referência na área da IC, algumas intervenções preventivas podem ser implementadas no âmbito da autonomização do idoso relativamente à sua situação. Uma solução utilizando a tecnologia mencionada anteriormente seria benéfica. Na ausência da mesma, o profissional pode treinar o idoso no sentido de controlar o seu peso e/ou diurese, sendo a última apenas uma ideia de referência e não uma medida de avaliação concreta. Outra medida de capacitação seria, já numa fase mais compensada, o treino dos 6 minutos de caminhada, que permite após capacitado, ao idoso, perceber o nível da sua compensação/descompensação tendo em conta o seu nível de cansaço. Ainda em relação à situação de saúde uma intervenção direcionada à motivação para a manutenção da adesão terapêutica é extremamente relevante, são só pela IC descompensada, mas também pela necessidade de manutenção da hipocoagulação devido à FA e ao risco acrescido de eventos cerebrocardiovasculares. Concomitantemente Manuel beneficiaria também das intervenções descritas acima a nível ambiental, pois a prevenção da queda num indivíduo hipocoagulado é crucial para evitar complicações.

Relativamente à adoção do papel de cuidador, como profissional de saúde penso que devem ser trabalhadas semanalmente, competências neste âmbito, em termos das ajudas nas AVDs e atividades instrumentais, isto é, em termos de ergonomia e como pode facilitar a Maria a sua autonomização. Outras intervenções podem ser realizadas em colaboração com a Assistente Social, por forma a permitir uma maior abertura à ajuda proporcionada pela Segurança Social, pois aí atuar-se-ia também no âmbito da sobrecarga que Manuel já sente. No entanto uma visita à unidade de cuidados de saúde primários, seria também útil, pois permite a Manuel ter um espaço para comunicar as suas dificuldades e ao mesmo tempo permite que possa sair de casa. Estes momentos poderiam ser úteis também para o profissional de saúde trabalhar as questões da perda e do luto, que nesta fase do envelhecimento começam a ser mais evidentes, e com Manuel já foram identificadas devido à situação de saúde de Maria. Como Manuel é a pessoa que assume a responsabilidade nas atividades instrumentais na sua unidade familiar, isso indica-nos que ele terá uma capacidade de lidar com a solidão superior à que ele próprio identifica, no entanto esta é uma fase privilegiada para estabelecer contactos sociais e familiares, nomeadamente com o sobrinho, o

fortalecimento desta relação pode com pequenas atividades sociais aumentar a qualidade de vida e bem-estar de ambos idosos.

Em resumo importa potenciar a ação do auxílio fornecido pela Segurança Social, pois pode ser trabalhada com a pessoa que ajuda os idosos, a planificação e pré-preparação de refeições e execução para que Manuel não tenha que cozinhar na sua ausência (aliviando a sobrecarga). Reposicionar e ajustar mobiliários para evitar novas quedas e para auxiliar Manuel nos levantamentos e transferências de Maria, trabalhar exercícios de equilíbrio, flexibilidade e mobilidade com Maria para que seja também trabalhada a síndrome do “medo da queda”. Promover a autonomia de Maria colocando as suas roupas no mobiliário ao seu alcance para que ela se possa autonomizar em relação ao seu autocuidado. Promover a adesão terapêutica; promover a interação social e familiar. Em termos de ajudas técnicas e no sentido de autonomizar Maria no autocuidado de Higiene, uma cadeira de chuveiro seria útil e permitiria que ela pudesse ser autónoma nessa área.

De forma mais ou menos direta, estas intervenções contribuem para um aumento da qualidade de vida e bem-estar de ambos idosos. É necessária uma resposta integrada e concertada dos serviços de saúde e dos serviços sociais, sempre em colaboração. Só deste modo poderemos contribuir para uma melhoria da qualidade de vida dos idosos que, neste caso necessitam de uma atenção especializada em diversas áreas.

XI.

A Sr.ª ME

PEDRO MANUEL PEREIRA QUINTAS

Formando da edição 07 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é baseada em factos reais, tendo sido construída no âmbito da experiência profissional do autor.

Alguns dados e factos foram alterados para garantir a confidencialidade das pessoas envolvidas; os nomes são fictícios e as áreas geográficas apresentadas são generalistas.

Foram feitas algumas adaptações ao conteúdo da história, no sentido de aperfeiçoar a qualidade da narrativa.

A HISTÓRIA

A Sr.^a ME tem 67 anos de idade, é viúva e vive na sua casa situada numa aldeia do Concelho de Soure. Vive numa habitação antiga com mais de 40 anos, numa zona rural. A casa conta com 3 divisões de pequenas dimensões e uma casa de banho com poliban, com acesso por escadas. Tem eletricidade e acesso a água potável da rede pública. No outono/inverno para aquecimento usa um aquecedor elétrico. A casa apresenta barreiras a nível da circulação dentro da habitação, sem condições para a circulação de uma cadeira de rodas.

A Sr.^a ME trabalhou toda a vida no campo, “de sol a sol” e nunca descontou para a segurança social. Não sabe ler nem escrever. A única fonte de rendimento é uma pensão de sobrevivência de 200 euros. Do ponto de vista social tem alguns problemas económicos, vivendo no limiar da pobreza; neste contexto é apoiada por uma filha, que é também sua vizinha.

A Sr.^a ME reconstruiu a sua vida, e vive desde há 17 anos com o seu atual companheiro – o Sr. AO – que tem 85 anos, ex-funcionário da secretaria da junta de freguesia, tem a quarta classe e auferi uma pequena reforma de 300 euros. O Sr. AO às vezes sai de casa e vai até ao café da aldeia beber uns copos e jogar às cartas com os amigos. Ultimamente tem chegado alcoolizado a casa. Diz que está exausto com a situação da sua companheira, manifestando alguns sinais de stress nas últimas semanas. Foi feita a avaliação através da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit obtendo-se um score de 60, que traduz uma sobrecarga intensa do cuidador. Portanto, o papel de cuidador está comprometido.

Para percebermos melhor a estória da Sr.^a ME recuemos um pouco no tempo. A Sr.^a ME está acamada desde abril de 2018 após uma queda no domicílio. Não fez fratura, mas desde então recusa fazer levantar; está acamada. Nos últimos seis meses tem vindo a apresentar sinais de emagrecimento e diminuição da força muscular, estando totalmente dependente de terceiros nas atividades de vida diárias.

A Sr.^a ME e o Sr. AO têm apoio do serviço de apoio domiciliário (SAD) da Junta de Freguesia, no que concerne aos cuidados de higiene, roupa, medicação, alimentação e limpeza da habitação. O SAD vai ao domicílio três vezes por dia, exceto domingos e feriados. Nessa altura, a utente tem apoio da filha mais nova e da neta, que vivem na mesma aldeia. A pouca vizinhança não quer saber da Sr.^a ME, pois ela era uma mulher que levava tudo à frente.

Antes da queda, a Sr.^a ME era uma mulher autónoma e independente nas atividades de vida diárias. Muito trabalhadora e era ela que geria as contas lá em casa. Agora as coisas mudaram e está muito revoltada com a sua situação de saúde e fragilidade.

Para percebermos melhor o contexto familiar em que está inserida a nossa utente, importa referir que a Sr.^a ME enviuvou quando tinha 30 anos. Nessa altura criou sozinha 1 filho e 2 filhas pequenas. Desde os 50 anos que vive com o seu atual companheiro – Sr.^a AO. Conheceram-se num bailarico de verão que houve na associação recreativa da aldeia.

Quando fala dos filhos, fala com alguma mágoa. Há 10 anos morreu-lhe o filho mais velho com uma doença oncológica. A filha do meio emigrou para França e não fala com a mãe. Na origem da zanga esteve uma discussão da filha com o companheiro da mãe, existindo entre ambos uma relação muito conflituosa, que se exacerbou da última vez que veio a Portugal, devido a uma questão de partilhas.

A outra filha, a filha mais nova era a única que dava apoio à mãe, mas foi recentemente operada e encontra-se internada numa unidade de reabilitação. A filha desta filha – a neta - é a única que dá algum apoio à avó e ao companheiro desta. Utente e companheiro aguardam que a filha mais nova volte a casa para tomarem algumas decisões em conjunto, inclusive pensar na institucionalização da Sr.^a ME num lar, porque a situação de saúde da Sr.^a

ME tem vindo a agravar-se nos últimos anos, e o atual companheiro não tem recursos para ser o cuidador, nem a filha mais nova pode abandonar o seu trabalho para cuidar da mãe. Diz que está disposta a cuidar da mãe se for publicado e regulamentado o estatuto do cuidador informal.

A Sr.^a ME é dependente em grau elevado. A avaliação foi feita através do Índice de Barthel. Enquanto, que em relação à avaliação do risco de queda apresenta baixo risco de queda. Mesmo assim, foram aplicadas medidas de segurança – grades na cama.

A Sr.^a ME está consciente (de acordo com a escala de coma de Glasgow) e orientada no tempo e no espaço, mas não aceita muito as indicações/orientações dos profissionais de saúde e cuidadores (formais e informais). A Sr.^a ME recusou recentemente a ida para um lar e para uma Unidade de Cuidados Continuados. Quer ficar em sua casa até ao fim. Também recusou ir às consultas hospitalares pedidas pela sua médica de família face ao seu estado clínico que se agravou no último ano. Numa das suas últimas conversas com a médica de família, chegou mesmo a falar em eutanásia. Apesar de ter baixa literacia sabe muito bem o que quer e está atenta ao que a rodeia. Sabe muitas quadras de cor e quando ganha confiança nas pessoas, fala pelos cotovelos.

A Sr.^a ME tem muitas co-morbilidades, a saber: hipertensão, doença urinária/insuficiência renal, incontinência urinária, doença de Raynaud com esclerose sistémica e cataratas. Teve hepatite B atualmente curada e também a doença de Hansen/Lepra.

Recusou ser operada há 2 anos; na altura os médicos suspeitaram de um carcinoma renal.

A Sr.^a ME tem antecedentes pessoais de depressão e alterações cognitivas relacionadas com processo demencial. Tem episódios de comunicação alterada e períodos de confusão.

Desde o final do ano passado recusa-se a ir às consultas hospitalares das diversas especialidades... urologia oncológica, ginecologia, cirurgia vascular, neurologia, psiquiatria, oftalmologia, medicina interna e auto-ímmunes.

A Sr.^a ME não gosta de tomar medicamentos. Há 2 anos teve uma reação adversa medicamentosa ao Nolotil. Anteriormente já tinha feito ao Tridural e ao Lyrica. Atualmente faz um protetor gástrico, um anti-agregante plaquetário, um analgésico e um colírio. Por vezes, apresenta adesão ao regime terapêutico comprometida.

Devido ao agravamento do seu estado de saúde, principalmente pelo surgimento de várias úlceras de pressão e necessidade de realizar tratamentos diários foi referenciada pela sua médica de família para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Por apresentar imobilização no leito poderia beneficiar de tratamentos de reabilitação e manutenção. A filha mais nova assinou o consentimento informado.

Assim, foi admitida no início do mês de agosto na ECCI, tendo recebido a visita duma equipa multidisciplinar constituída por enfermeiro, médico, psicóloga, nutricionista e assistente social.

A Sr.^a ME apresentava uma ferida na região sacro-coccígea (3cm por 4cm), com loca profunda, com presença de exsudado sero-purulento em quantidade abundante, com odor fétido e algum tecido desvitalizado. A Sr.^a ME referiu dor relacionada com ferida, que tem vindo a aumentar nos últimos dias. Apresenta um score de 4 através da avaliação da escala numérica de 0 a 5. Há 15 dias apresentava o score de 1. A Sr.^a ME tem incontinência fecal e urinária. Usa fralda que é mudada pelas cuidadoras do SAD e pela sua neta à noite e ao domingo/feriados. A fralda deveria ser mudada mais vezes, mas o companheiro diz que não é capaz. Outro aspeto a ter em conta é que a utente recusa ser algaliada.

Outra questão extremamente importante prende-se com o estado nutricional da Sr.^a ME. De acordo com a escala MNA, para avaliação do estado nutricional, a idosa apresenta um score de 16 pontos – encontra-se, portanto, desnutrida. Para além de desnutrida a Sr.^a ME apresenta elevado risco de desidratação e obstipação.

A Sr.^a ME é pouco colaborante durante a prestação dos cuidados pelos diferentes profissionais. No início não dizia uma única palavra. Na primeira visita domiciliária, observou-se que apresentava uma rigidez articular e uma

diminuição da força muscular. Queixou-se bastante quando a fisioterapeuta fez algumas mobilizações. Apresenta risco de anquilose. A avaliação da percepção subjetiva do esforço através da Escala de Borg modificada mostra-nos que a idosa tem pouca tolerância ao esforço/atividade, reconhecendo-se um grau elevado de dispneia.

Recentemente, e após o aconselhamento da enfermeira da ECCI, a neta adquiriu um colchão anti-escaras e através duma associação conseguiu emprestada uma cama articulada. A Sr.^a ME apresenta um elevado risco para desenvolver novas úlceras de pressão (avaliado através da aplicação da Escala de Braden) e risco de maceração. O seu companheiro nem sempre posiciona a utente, por não ser capaz e porque a Sr.^a ME não colabora e, muitas vezes, a própria utente recusa ser posicionada. Só à noite quando a neta muda a fralda é que esta consegue posicioná-la de forma correta. Durante o dia a utente só é posicionada 4 vezes. Quando a enfermeira realiza a VD e aquando da ida do SAD.

Nas últimas análises que fez ao sangue apresentava alterações a nível da albumina sérica, vitamina b12 e ácido fólico.

Também a Sr.^a ME refere diminuição da acuidade visual. Apresenta uma conjuntivite bilateral em parte devido à obstrução do saco lacrimal. O cuidador tem feito limpeza ocular com soro fisiológico, mas não tem surtido efeito, estando atualmente a aplicar uma pomada tópica.

A Sr.^a ME necessita da intervenção de uma equipa multidisciplinar que tenha uma abordagem integrada. Os profissionais de saúde envolvidos poderão ser vários, mas serão impreterivelmente os nucleares, envolvendo os cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados, cuidados médicos, intervenção por parte da psicologia/saúde mental, intervenção por parte do fisioterapeuta/reabilitação, intervenção por parte da nutricionista, e por último, a intervenção da assistente social.

Devemos respeitar a autonomia da Sr.^a ME mas a equipa deverá negociar com a utente e o companheiro/família alguns cuidados que poderão trazer-lhe alguma qualidade de vida nesta etapa da sua vida. A família nuclear precisa de ser trabalhada do ponto de vista da saúde mental. Cada um dos intervenientes deverá ser trabalhado também individualmente. Depois da

equipa da ECCI da UCC ter reabilitado a utente, tendo atingido totalmente ou parcialmente os objetivos estabelecidos com a utente e cuidador/família, poder-se-á equacionar a ida da Sr.^a ME para uma unidade de cuidados continuados de longa duração ou a sua institucionalização num lar. A situação frágil de saúde da filha mais nova, leva a família a pensar no futuro próximo. Não esquecendo que o companheiro – o Sr. AO – está também a ficar fragilizado necessitando de ajuda parcial nas atividades de vida diárias. O Sr. AO deve ser alvo de intervenção pois está exausto do ponto de vista psicológico.

Especificamente, a equipa deverá monitorizar e controlar a dor. Deverá gerir o tratamento à úlcera de pressão. Deverá adotar medidas de prevenção de aparecimento de novas úlceras de pressão. Extremamente importante pedir a intervenção da nutricionista e adaptar a dieta de acordo com o estado clínico da Sr.^a ME. Deverá manter os cuidados de reabilitação/fisioterapia com plano de tratamento adequado ao seu estado de saúde. Conjuntamente com a assistente social dever-se-á providenciar outras ajudas técnicas, bem como uma possível referenciação a médio/longo prazo para uma outra unidade da rede de cuidados continuados integrados. Extremamente importante também a intervenção da psicóloga/enfermagem de saúde mental para trabalhar a aceitação do estado de saúde e para trabalhar com o cuidador e família nuclear na integração de cuidados, bem como para otimizar a adesão ao regime terapêutico. O médico deverá monitorizar o plano terapêutico, fazendo os ajustes necessários. A equipa multidisciplinar da ECCI deverá estabelecer um plano de intervenção individual que deverá ser discutido com a Sr.^a ME e cuidador/família nuclear, sendo assumido um compromisso de ambas as partes. O plano deverá ser reavaliado constantemente e adaptado às circunstâncias e ao estado clínico da Sr.^a ME, sendo estabelecidas e discutidas as várias intervenções dos vários profissionais como contributo para uma abordagem integrada aos cuidados à pessoa idosa em situação de fragilidade e dependência.

O PLANO DE INTERVENÇÃO

Como referido anteriormente, a Sr.^a ME necessita da intervenção de uma equipa multidisciplinar que tenha uma abordagem integrada.

Apesar da nossa utente não aceitar o seu estado de saúde, recusando inclusive algumas das recomendações por parte dos profissionais de saúde, tendo consciência dos riscos que essa atitude comporta, devemos respeitar a autonomia da Sr.^a ME. Contudo, a equipa deverá negociar com a utente e o companheiro/família alguns cuidados que poderão trazer-lhe alguma qualidade de vida nesta etapa da sua vida. Cuidados esses refletidos e explanados no Plano Individual de Intervenção ao Idoso.

Consideramos que a família nuclear deve ser trabalhada do ponto de vista da promoção da saúde mental. Cada um dos intervenientes poderá ser trabalhado, também, individualmente.

Uma peça chave neste processo é o cuidador informal da Sr.^a ME. O Sr. AO está a ficar fragilizado, necessitando a médio prazo de ajuda parcial nas atividades de vida diárias. O Sr. AO deve ser alvo de intervenção pois está exausto do ponto de vista psicológico. Foi feita a avaliação através da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit obtendo-se um score de 60, que traduz uma sobrecarga intensa do cuidador. Portanto, o papel de cuidador está comprometido. A equipa também deverá avaliar se a situação do abuso de álcool do Sr. AO é aguda ou crónica.

Apesar de estarmos perante uma abordagem integrada de cuidados à utente/família, por uma questão de operacionalização, realizarei uma abordagem por áreas de intervenção dos vários profissionais envolvidos, com o contributo individual de cada área para o Plano de Intervenção para a Pessoa Idosa em questão.

Este plano de intervenção individual deverá ser objetivo e exequível, face aos recursos humanos existentes e disponíveis e reavaliado de forma periódica ou sempre que se justifique, de acordo com a situação clínica da utente. Como metodologia vamos operacionalizar através da utilização de três itens: problemas/necessidades, objetivos e intervenções. Este plano de intervenção deve ser negociado com a utente/o cuidador e sua família, assumindo-se um compromisso de ambas as partes, assinado por ambos.

PLANO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL À PESSOA IDOSA: CONTRIBUTO E AVALIAÇÃO DOS DIFERENTES PROFISSIONAIS DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

A Equipa de Enfermagem após a sua avaliação inicial, através da aplicação de vários instrumentos de recolha de dados e de avaliação integrada (foram avaliados o estado de consciência, os parâmetros vitais, os parâmetros biofísicos, o risco de úlcera de pressão – Escala de Braden, a avaliação da úlcera de pressão já existente, preenchida a Tabela Nacional de Funcionalidade do Idoso, avaliado o risco de quedas – Escala de Morse, os hábitos da utente, antecedentes pessoais, o índice de independência nas AVD's, avaliação das AIVD's) estabeleceu o seguinte plano.

Problema/Necessidade - Úlcera de Pressão de Grau Indeterminado na Região Lombar (aspeto arredondado, diâmetro de 4 cm):

- ➔ Objetivos: Diminuição do tamanho; controlo da dor; controlo de exsudado;
- ➔ Intervenções: Executar tratamento; vigiar pele peri-lesional; vigiar sinais infecciosos; posicionar e ensinar/instruir cuidador para posicionar; providenciar avaliação pela nutricionista.

Problema/Necessidade - Risco elevado de Úlcera de Pressão:

- ➔ Objetivos: Evitar aparecimento de zonas de pressão e manter integridade cutânea;
- ➔ Intervenções: Vigiar pele, realizar ensinamentos ao cuidador sobre prevenção de úlceras de pressão, incentivar e instruir o cuidador para posicionar utente de forma adequada e em intervalos regulares, articular com o serviço de apoio domiciliário para a necessidade e periodicidade dos posicionamentos, providenciar avaliação pela nutricionista. Articular com a assistente social para providenciar ajudas técnicas e outros dispositivos para prevenção de úlceras de pressão.

Problema/Necessidade - Alto risco de queda:

- Objetivos: Prevenir quedas;
- Intervenções: Avaliar conhecimento e capacidade do utente/cuidador sobre prevenção de quedas, avaliar conhecimento e capacidade do cuidador sobre: patologia do utente e complicações das mesmas; realizar ensinamentos ao utente/cuidador inerentes à situação; gerir medidas de segurança.

Problema/Necessidade - Dor, em grau moderado:

- Objetivos: Dor em grau reduzido;
- Intervenções: Avaliar a aceitação do estado de saúde, ajudar a identificar estratégias de alívio da dor, assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento, executar técnica de distração, monitorizar dor, providenciar ajuste do plano terapêutico junto do médico, ensinar sobre estratégias não farmacológicas, ensinar o prestador de cuidados sobre regime medicamentoso e estratégias para alívio da dor.

Problema/Necessidade - Papel de Cuidador/Prestador de Cuidados Comprometido:

- Objetivos: Papel de cuidador/prestador de Cuidados Não Comprometido;
- Intervenções: Avaliar a capacidade do cuidador/prestador de cuidados para tomar conta e realizar ensinamentos ao cuidador para melhorar a sua capacidade de tomar conta, disponibilizar suporte emocional. Intervenção psicoterapêutica centrada no cuidador. Referenciar para Psicóloga ou Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Avaliar uso/abuso de álcool, monitorizar uso de álcool, encorajar a diminuir o consumo de álcool, incentivar o auto-controlo, incentivar o apoio/suporte da família. Caso necessário orientar para consulta de referência. Articular com equipa de saúde familiar.

AValiação Médica

Problema/Necessidade - Dor, em grau moderado:

- Objetivos: Dor em grau reduzido;

- Intervenções: Ajuste do plano terapêutico, avaliação da dor e monitorização da dor.

Problema/Necessidade - Conjuntivite em princípio devida a entropion:

- Objetivos: Ausência de conjuntivite;
- Intervenções: Limpeza com soro fisiológico e aplicação de gentamicina 2 vezes por dia;
- Outras intervenções: Ajuste do plano terapêutico face aos resultados das últimas análises clínicas da utente.

AVALIAÇÃO SOCIAL

Problema/Necessidade - Habitação bastante degradada e barreiras a nível da circulação dentro da habitação:

- Objetivos: Melhorar condições de habitação;
- Intervenções: Articular com programa Amphara - Programa de Apoio Municipal para Adaptação e Requalificação de Habitações. Operacionaliza-se na execução de obras de requalificação de habitações de idosos permitindo uma melhoria das respetivas condições técnicas, de acessibilidade e de funcionalidade;
- Outras intervenções: Processo de isenção de pagamento de taxas moderadoras, esclarecimento do processo e vantagens de ir a uma junta médica, providenciar subsídio de assistência a terceira pessoa. Verificar outros recursos na comunidade, tais como banco alimentar, voluntariado e associação de doentes. Envolver a família na tomada de decisões. Providenciar ajudas técnicas, dispositivos de prevenção de úlceras de pressão e dispositivos que facilitem o alimentar-se.

AVALIAÇÃO DA PSICÓLOGA

Problema/Necessidade - Aceitação do estado de saúde comprometida:

- Objetivos: Consciencializar para mudança do seu estado de saúde e redefinir objetivos perante a atual condição de saúde;

- Intervenções: Incentivar a comunicação de emoções; promover consciencialização para a atual condição de saúde; ensinar sobre estratégias adaptativas; incentivar interação social; negociar com a utente a redefinição de alguns objetivos no que diz respeito aos cuidados de saúde que necessita. Efetuar intervenção psicoeducativa e psicoterapêutica. Intervenção também realizada com o cuidador relacionada com estratégias para gestão do stress e expressão de emoções;
- Outras intervenções: realizar intervenção para promover adesão ao regime terapêutico.

AVALIAÇÃO DA NUTRICIONISTA

Problema/Necessidade - IRC (3B), desnutrição/magreza, úlcera de pressão, risco de aparecimento de novas úlceras de pressão, desidratação:

- Objetivos: Contributo para o não agravamento da função renal, melhorar o estado nutricional e evitar complicações inerentes à desnutrição, melhorar e/ou cicatrizar a lesão, prevenir aparecimento de zonas de pressão, prevenir complicações inerentes à desidratação, aumentar o aporte hídrico;
- Intervenções: orientação para dieta hipercalórica, hipoproteica 0.8gr/Kg/dia (promover proteínas de AVB 50%) e hiperlipídica (essencialmente gorduras mono e polinsaturadas); estabelecer ligação com SAD local para envolvimento e motivação nas alterações alimentares/nutricionais; incentivar para o aumento da ingestão hídrica (passar para 1L/dia nas diversas formas - água, chá, sumo de fruta natural) essencialmente no intervalo das refeições. Promover maior envolvimento do cuidador e família na gestão alimentar. Sugerir suplementação com l-arginina (2x/dia). Vai ser facultado ao utente/cuidador/SAD plano alimentar discriminado e em suporte papel devidamente adaptado à situação de saúde da utente, considerando os hábitos alimentares anteriores da utente.

AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPEUTA

Problema/Necessidade: Diminuição da força muscular, dor, limitação

das amplitudes articulares, risco que anquilose, risco novas úlceras de pressão;

- ➔ **Objetivos:** Favorecer o aumento da força muscular, controle da dor, aumentar a amplitude articular, prevenir anquilose e prevenir novas úlceras de pressão;
- ➔ **Intervenções:** Mobilização articular ativa e ativa-assistida, massagem de controle de dor, técnica de ganho de amplitude, contrair/relaxar, mobilizar/alternar posicionamento, ensino e capacitação do cuidador formal e informal.

A equipa multidisciplinar deverá reunir semanalmente para reavaliar o plano individual de intervenção à pessoa idosa ou sempre que a sua situação clínica o justifique.

Em conclusão e especificamente, a equipa deverá monitorizar e controlar a dor. Deverá gerir o tratamento à úlcera de pressão. Deverá adotar medidas de prevenção de aparecimento de novas úlceras de pressão. Extremamente importante pedir o contributo da nutricionista e adaptar a dieta de acordo com o estado clínico da Sr.^a ME.

Deverá manter os cuidados de reabilitação/fisioterapia com plano de tratamento adequado ao seu estado de saúde. Conjuntamente com a assistente social dever-se-á providenciar outras ajudas técnicas, bem como uma possível referenciação a médio/longo prazo para uma outra unidade da rede de cuidados continuados integrados. Extremamente importante também a intervenção da psicóloga/enfermagem de saúde mental para trabalhar a aceitação do estado de saúde e para trabalhar com o cuidador e família nuclear na integração de cuidados, bem como para otimizar a adesão ao regime terapêutico. O médico deverá monitorizar o plano terapêutico, fazendo os ajustes necessários.

O plano deverá ser reavaliado constantemente e adaptado às circunstâncias e ao estado clínico da Sr.^a ME, sendo estabelecidas e discutidas as várias intervenções dos vários profissionais, como contributo para uma abordagem integrada aos cuidados à pessoa idosa em situação de fragilidade e dependência.

XII.

A D. Maria Januário

DORA ALEXANDRA FERREIRA DIAS

Formanda da edição 07 do curso de Envelhecimento Ativo e Saudável – orientações para melhor gestão na saúde e na doença, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Curso desenvolvido pelo Ensino a Distância da Universidade de Coimbra UC_D.

Esta história é baseada em factos reais, tendo sido construída no âmbito da experiência profissional da autora.

Alguns dados e factos foram alterados para garantir a confidencialidade das pessoas envolvidas; os nomes são fictícios e as áreas geográficas apresentadas são generalistas. Foram feitas algumas adaptações ao conteúdo da história, no sentido de aperfeiçoar a qualidade da narrativa.

A HISTÓRIA

A D. Maria Januário tem atualmente 80 anos e começou por frequentar a resposta social Centro de Dia com o seu marido, em 2015, pernoitando na sua casa.

Tem 3 filhos, sendo que o mais novo residia com o casal, mas devido a dependência de drogas comportava-se de forma agressiva para com os pais, causando constante preocupação e agitação à D. Maria.

Antes de integrar o Centro de Dia a D. Maria ainda conseguia, devidamente orientada pelo marido, manter as suas atividades de vida diária. Com o passar do tempo começou a acusar sinais de demência e os filhos e marido decidiram que seria bom para o casal integrar o Centro de Dia, de forma a estarem devidamente acompanhados durante o dia. De manhã e à noite era o marido que a orientava; nos fins-de-semana eram as noras (cuidadoras informais) alternadamente que orientavam a limpeza em casa, compras e alimentação. Sempre que era necessário, o filho mais velho (cuidador informal) acompanhava-a nas consultas médicas.

Verificaram-se algumas alterações de memória e repetição de algumas atividades e verbalmente demonstrava esquecimentos frequentes. A nível físico apresentava tensões elevadas, estando muitas vezes agitada e preocupada. Caracteriza-se por ter um humor Eutímico, sendo muito comunicativa e interessada pelo que a rodeia. Era e continua a ser uma pessoa afetuosa e preocupada para com os outros. Foi manifestando ao longo dos tempos um decréscimo da capacidade de tomar decisões por si própria, devido ao diagnóstico de demência, confirmando-se à posteriori um diagnóstico de Alzheimer.

Manifestava muito cuidado com a higiene e limpeza, no entanto necessitava de algum suporte e orientação. Ao nível físico começou por apresentar problemas de postura, dificuldade em manter a cabeça e o corpo no endireitamento postural.

Demonstrava agrado quando se sentia útil, principalmente em tarefas relacionadas com a cozinha.

Quando frequentava o Centro de Dia desenvolvia as atividades de vida diária normalmente, ia ao WC sozinha e sempre que lhe era solicitado e com orientação (cuidadores formais – ajudantes de ação direta, Educadora Social e Psicóloga) colocava as mesas, mostrando-se disponível e muito agradada, sendo perfeccionista e rigorosa nesta tarefa. Em outras atividades da instituição, principalmente nas de animação/ocupação (Cuidadora formal – Educadora Social) as que eram relacionadas com desenho, música, geografia e história de Portugal, também lhe manifestavam muito entusiasmo.

Em junho de 2017, o marido (cuidador informal) faleceu e a utente ainda continuou a frequentar o de Centro de Dia até final de setembro desse ano, mas devido à perda do marido, sentiu-se mais desorientada e os filhos e noras consideraram importante que a D. Maria integrasse uma instituição a tempo inteiro, uma casa de acolhimento fora da sua área de residência, até surgir uma vaga na mesma instituição em que frequentava o Centro de Dia. Uma das noras da D. Maria manteve a ligação à instituição que apoiou a sogra na modalidade Centro de Dia, e que fica na área de residência, frequentando o Grupo de Suporte a Cuidadores Informais, dinamizado pela psicóloga da instituição que a D. Maria frequentara. Em janeiro de 2018 surgiu a vaga desejada pelos filhos da D. Maria na ERPI (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) da mesma instituição onde já tinha frequentado o Centro de Dia – ia ficar na sua terra e manter os laços com os colegas de Centro de Dia e com os da ERPI, que eram basicamente amigos da sua infância.

Quando integrou a ERPI, a D. Maria apresentava um quadro de dependência mais elevado e tinha perdido a mobilidade, apresentando úlceras de pressão e dependência de produtos de apoio (fraldas), estando dependente dos cuidadores formais para todas as atividades: higiene, alimentação, cuidados de saúde, atividades ocupacionais/ animação e acompanhamento psicológico.

As úlceras de pressão cicatrizaram, com o devido acompanhamento da enfermeira e toda a medicação da D. Maria foi revista pelo médico assistente da instituição e pelo neurologista que a acompanha, havendo redução da mesma. A medicação administrada atualmente na D. Maria pela enfermeira da instituição são: Beta – Histina 16mg, Bisacodil (Dulcolax), Lactulose xarope (Laevolac), Carpidopa (Sinemet) 25mg + 100mg, loflazepato (Victan) 2mg, memantina (Axura) 20mg, queticipina (Senoquel SR) 50mg, sinvastatina 20mg e ramipril 10mg. Com a diminuição da medicação, a utente deixou de estar tão sonolenta, começando a interagir mais com os colegas e com os cuidadores formais (Ajudantes de Ação Direta, Educadora Social, Psicóloga, Enfermeira e Médica). Continua a utilizar produtos de apoio (fraldas), mas consegue solicitar a ida ao WC e, embora continuando a necessitar da ajuda das Ajudantes de Ação Direta, é colaborativa nas tarefas.

Atualmente a D. Maria está muito bem; apesar da demência, consegue ter uma conversa coerente, reconhece as pessoas que estão à sua volta, os familiares e quem a visita. Recuperou a mobilidade, deslocando-se sozinha devido à estimulação que é feita diariamente e semanalmente nas atividades de gerontomotricidade. A utente faz atividades de animação/ocupação diárias, sendo estimulada a fazer atividades de vida diária, como dobrar roupa e colocar a mesa. A nível cognitivo, a estimulação é feita através da sala de Snoezelen, onde são estimulados os sentidos, e faz exercícios através do programa Sioslife. Existem outras atividades na instituição que tentam ir ao encontro do que os utentes preferem, sendo que a D. Maria tem preferência pelas atividades relacionadas com desenho e música. Estas atividades são desenvolvidas pela Educadora Social da instituição.

A forte dependência dos cuidadores formais diminuiu, tornando-se a utente mais colaborativa.

A D. Maria também tem acompanhamento psicológico, pois contamos com uma psicóloga na instituição que faz este acompanhamento, quinzenalmente.

A instituição consegue dar resposta a todas as necessidades básicas da D. Maria, que contando com a ajuda de profissionais, recebe visitas regulares da família, que são um forte suporte para a mesma.

Os familiares continuam a frequentar o Grupo de Suporte a Cuidadores Informais, realizado uma vez por mês na instituição.

O PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção que apresento tem vindo a ser desenvolvido com a utente Maria Januário.

Na instituição existe um plano semanal criado de acordo com os gostos dos utentes, em que são incluídas atividades de estimulação cognitiva, culturais, ateliers de trabalhos manuais, ateliers de culinária, atividades intergeracionais, atividades interinstitucionais, passeios culturais, idas ao café, museus, entre outros, visualização de fotografias, filmes, atividades religiosas e atividade física. Estas atividades geralmente são desenvolvidas em grupo, exceção para as atividades de estimulação cognitiva, que são maioritariamente individuais. A atividade física inicia-se em grupo, mas alguns exercícios são feitos individualmente com cada utente, tendo em conta as especificidades e necessidades de cada um.

A D. Maria desenvolve as atividades de grupo no âmbito dos ateliers de trabalhos manuais, ateliers de culinária, atividades intergeracionais e interinstitucionais, visualização de filmes e a atividade física. A estimulação cognitiva, as atividades de vida diária e instrumentais são efetuadas individualmente, mas com supervisão dos cuidadores formais.

As sessões de Snoezelen são feitas semanalmente e têm duração de aproximadamente uma hora cada, sendo que cada sessão é preparada de acordo com a evolução da utente e com os gostos da mesma, procurando sempre proporcionar bem-estar quer emocional, quer físico. Para a estimulação cognitiva, feita também na sala de Snoezelen. a utente utiliza o Sioslife.

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

No desempenho das atividades de vida diária a utente é estimulada todos os dias, com supervisão dos cuidadores formais (auxiliares de ação direta).

Na mobilidade, desloca-se sozinha com o apoio de ajuda técnica (bengala) e com orientação dos cuidadores ou colegas da instituição, consegue percorrer

o espaço dentro da instituição, do quarto para a sala de convívio, sala de refeições e WC.

Na higiene conta com apoio, mas é estimulada; antes e depois das refeições tem o cuidado de lavar as mãos e mantém uma boa higiene oral.

Vestir e calçar, consegue sozinha, quando lhe são colocadas as peças ao pé, assim como pentear-se.

Na alimentação também consegue utilizar os talheres corretamente e tem conhecimento da sequência das refeições bem como dos pratos (ex. sopa/ carne ou peixe/ fruta).

Com o diminuir da medicação, a utente deixou de estar sonolenta e foi recuperando capacidades que já estavam esquecidas, contando com a estimulação diária.

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Nas atividades instrumentais de vida diária a utente participa todos os dias, com a supervisão dos cuidadores formais (auxiliares de ação direta). A D. Maria coloca a mesa para todas as refeições e dobra a roupa. Ao mesmo tempo que vai dobrando a roupa vai dizendo o nome das peças, uma forma de fazer estimulação.

Na instituição todas as semanas é elaborado um plano de atividades em contexto de reunião de grupo, onde são apresentadas as atividades da semana e discutidas outras atividades que os utentes pretendam fazer (e que possam ser realizadas nas semanas seguintes), de forma a ir ao encontro dos gostos de todos os utentes.

As atividades que constam no plano são de atividade física, ateliers de trabalhos manuais, visualização de fotografias reminiscência, visualização de filmes, jogos (bingo, cartas, dominó, xadrez, entre outros), ateliers de culinária, estimulação cognitiva, atividades ao ar livre (caminhadas, piqueniques), visitas culturais (museus), atividades intergeracionais, atividades interinstitucionais (noutras instituições), atividades musicais, idas às compras (administração de dinheiro), idas ao café (socialização), estimulação cognitiva (Sios life).

A utente é participativa, sendo, contudo, nas atividades de trabalhos manuais, principalmente as que são relacionadas com pintura, onde mostra mais entusiasmo, sendo perfeccionista nas cores. Os ateliers de culinária também despertam muito interesse à utente, permitindo também o treino da estimulação dos sentidos (olfato, visão e gosto).

No exercício físico demonstra coordenação nos movimentos, é muito participativa e manifesta entusiasmo perante o grupo, conseguindo realizar exercícios em par. Nas atividades lúdicas, passeios, gosta do que está relacionado com a natureza; adora flores e consegue identificar as diferentes espécies.

Nas idas ao café, que geralmente são os da terra local, a utente reconhece as pessoas e estabelece uma boa socialização.

Nas atividades musicais, a utente é muito participativa; adora dançar e consegue cantar as letras das músicas quando lhe é colocado o instrumental, principalmente músicas do seu tempo de jovem. Através desta atividade estimula a memória.

Nas atividades religiosas a utente consegue participar.

Snoezelen

As sessões são praticadas de forma individual, sendo preparada antecipadamente a sala para receber a utente. A avaliação é feita anteriormente, para percebermos quais os equipamentos que devem estar ligados para não criar confusão na utente. Esta sessão é sempre feita com cuidador formal (Educatória Social), que tem formação específica para a realização das sessões.

A previsão das sessões é de uma por semana, estando previstas em dia e horário fixo, com a duração máxima de 1 hora. As sessões iniciam-se e finalizam-se sempre com a medição da tensão arterial, de forma a percebermos se a utente conseguiu relaxar e atingir os objetivos propostos.

A sessão inicia-se na sala de convívio; no percurso feito até à sala de Snoezelen vou estimulando a utente através do toque (mãos dadas) e vamos treinando também a postura, tentando manter a cabeça e o corpo no endireitamento postural.

Antes de entrarmos na sala, fazemos o ritual do descalçar, calçando umas

meias adequadas para o espaço, ritual este que a utente consegue fazer praticamente sozinha.

Os equipamentos já estão devidamente ligados e como já houve uma avaliação prévia, só se encontram ligados os equipamentos com os quais a utente se identifica.

Dentro da sala, geralmente, há três momentos distintos: cama de água com projeção de imagens e som, percurso e colunas de água. Estes são os equipamentos com que a utente se identifica.

A sala tem música ambiente e imagens projetadas, indo ao encontro do que a utente gosta. As imagens projetadas são geralmente a praia ou do fundo do mar com peixes, ou fotografias sobre história ou geografia. A utente é deitada na cama onde vai identificando as imagens e onde é estimulado o toque com bolas e penas.

Foi criado um percurso com figuras em forma de pés, onde a utente vai colocando os seus pés, um a um em cima de cada figura de forma a palmilhar o percurso, que efetua diversas vezes, e onde treina a postura. Geralmente dirige-se às colunas onde são formadas bolhas de água e que tem bolas de cores, que a mesma refere que lhe fazem lembrar peixes.

No final da sessão, avalia-se a tensão arterial e verificam-se os progressos. A utente sai das sessões muito tranquila. Calçamo-nos e voltamos para a sala de convívio, onde geralmente os colegas referem que a mesma vem muito serena.

Os objetivos das sessões de Snoezelen, e tendo em conta o perfil da D. Maria, focam-se no bem-estar emocional, comunicação, relaxamento, desenvolvimento cognitivo e postura (bem-estar corporal) da utente, para que a mesma consiga ficar menos ansiosa e ser mais autónoma.

Sioslife

As atividades desenvolvidas com este equipamento, nomeadamente são de estimulação cognitiva, e são realizadas 2 a 3 vezes por semana. São sempre realizadas com supervisão (Educadora Social), tentando estimular a utente através de sopa de letras, jogos de raciocínio, lógica, puzzles, entre outros.

Verifico que a utente manifesta entusiasmo e que consegue realizar sempre o que lhe é solicitado, fazendo treino cognitivo.

Apesar das dificuldades que possam existir, faz todo o sentido definir-se um plano de intervenção adaptado às necessidades e especificidades de cada idoso.

Relativamente ao caso da D. Maria Januário, o plano que seguimos tem-se revelado ajustado. É fundamental que, de forma integrada e multidisciplinar, se vão adaptando estratégias e revendo procedimentos, por forma a que a utente, apesar da demência, se consiga sentir útil e ter um envelhecimento ativo e saudável.

Recursos



Referências Bibliográficas



CAPÍTULO 1

Antón M, et al. Introducción y cuidados básicos de la persona mayor dependiente. 2ª Edição. Madrid. Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia; 2016.

Berger L. Pessoas idosas – Uma abordagem global. Lisboa. Lusodidacta; 1995. Cap. 3, Relação de ajuda em gerontologia; p.21-6.

Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa. Lidel; 2010.

Silva A. O cuidado transdimensional: um novo paradigma para a Saúde. São Paulo. Yendis; 2007.

CAPÍTULO 2

Resende de Oliveira C, Mota Pinto A. Biologia e Fisiopatologia do Envelhecimento. In: Teixeira Veríssimo M, Ed. Geriatria Fundamental. Saber e Praticar. Lisboa: Editora Lidel; 2014. p. 17 – 28.

Bülow MH, Söderqvist T. Successful ageing: A historical overview and critical analysis of a successful concept. *J Aging Stud.* 2014;31:139–149

Bektas A, Schurman SH, Sen R, Ferrucci L. Aging, inflammation and the environment. *Exp Gerontol.* 2017 Dec 21. pii:S0531-5565(17)30779-9. doi: 10.1016/j.exger.2017.12.015 (Epub ahead of print).

CAPÍTULO 3

Rafaela Veríssimo, Benilde Barbosa, Manuel Teixeira Veríssimo (2014). Particularidades clínicas do idoso. In: GERIATRIA FUNDAMENTAL – SABER E PRATICAR. Manuel Teixeira Veríssimo (Coordenador), LIDEL, Lisboa.

CAPÍTULO 4

Sofia Duque (2014). Síndromes Geriátricas. In: GERIATRIA FUNDAMENTAL – SABER E PRATICAR. Manuel Teixeira Veríssimo (Coordenador), LIDEL, Lisboa.

CAPÍTULO 5

Rikli RE, Jones CJ. Assessing physical performance in independent older adults: Issues and guidelines. *J Aging Phys Act.* 1997;5:244-261. Doi: 10.1123/japa.5.3.244

CAPÍTULO 6

Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia e Associação Portuguesa de Nutricionistas. Alimentação do ciclo de vida, alimentação da pessoa idosa. Coleção E-book APN:nº31, 1 de Outubro de 2013. Disponível em: www.spgg.com.pt/userfiles/file/apn_ebook_alimentacao%20no%20idoso.pdf

Direção Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa. Direção Geral da Saúde; 2004.

Rodrigues SS, Franchini B, Graça P, de Almeida MD. A new food guide for the portuguese population: development and yechinal considerations. *J Nutr Educ Behav.* 2006 May-Jun;38(3):189-95. Doi: 10.1016/j.jneb.2006.01.011

CAPÍTULO 7

Magai C. Emotions over the life spam. In: Birren JE, Warner Schaie K, editors. *Handbook of the Psychology of Aging.* 5th ed. Academic Press: 2001.

Scheibe S, Carstensen LL. Emotional Aging: Recent Findings and Future Trends. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2010 Mar; 65B(2): 135-44. doi: 10.1093/geronb/gbp132

CAPÍTULO 8

Sayer AA, Syddall H, Martin H, Patel H, Baylis D, Cooper C. The developmental origins of sarcopenia. *J Nutr Health Aging.* 2008 Aug-Sep;12(7):427-32.

Miller P, Sinding C, Griffith L, Shannon H, Raina P. Seniors' narratives of asking (and not asking) for help after a fall: Implications for identity. *Ageing Soc.* 2016;36(2):240-258.

Naik AD. Evaluating Capacity for Safe and Independent Living Among

Vulnerable Older Adults. In: Catic AG, editor. Ethical Considerations and Challenges in Geriatrics. Springer International Publishing. 2017.

CAPÍTULO 9

Campanelli C M. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults:n The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2012; 60 (4): 616–631.

Gujjarlamudi H B. Polytherapy and drug interactions in elderly. J Mid-life Health 2016; 7: 105-157

Osswald W. Prescrição de medicamentos a doentes idosos. In: Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas. S Guimarães, D Moura e P Soares da Silva, coordenadores. 6ª edição, Porto Editora, 2014, p. 866 - 870.

CAPÍTULO 10

Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal 2009. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2009-2016. Lisboa : DGS, 2009.

Direção -Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Portugal 2012. Prevenção d2 acidentes domésticos com pessoas idosas 2012. Lisboa: Ministério da saúde.

US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018;319(16):1696–1704. doi:10.1001/jama.2018.3097

CAPÍTULO 11

DECO PROTESTE - 120 jogos para treinar a mente. Lisboa: DECO PROTESTE Editores, 2017, 176 p. ISBN 978-989-737-085-4

GUTIERREZ, J; ISAACSON, RS — Prevention of cognitive decline. In: RAVDIN LD; KATZEN HL, Handbook of the neuropsychology of aging and dementia. LLC: Springer Science, 2013, pp. 167-192, ISBN 9781461431053

RECURSOS

MALINOWSKI P; MOORE AW; MEAD BR; GRUBERT T — Mindful aging: The effects of regular brief mindfulness practice on electrophysiological markers of cognitive and affective processing in older adults. *Mindfulness*, nº 8, (2017), p. 78-94. DOI: 101007/s12671-015-0482-8.

CAPÍTULO 12

Acta Médica, Revista Científica da Ordem dos Médicos, O Futuro do Sistema de Saúde Português 2015, Lisboa, Maio-Junho: pág. 277-280

Cuidados Continuados- Saúde e Apoio Social-Plano de Desenvolvimento da RNCCL,2016-2019,Lisboa

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I Série – A. 109 (06-06-06) pág. 3856-3865

Santana Rui e Costa Carlos- A integração vertical de cuidados de saúde-aspetos conceptuais e organizacionais, vol.temático7,2008

CAPÍTULO 14

Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas – Organização Mundial de Saúde, tradução PT Fundação Calouste Gulbenkian 2009

Framing Paper Thematic Network 2018 Smart Healthy Age-Friendly Environments by Dantas, C., Staalduinen, W. van, Mark, M. van der, Jegundo, A.L.*, Ganzarain, J., Coimbra and Gouda, 2018.

Joint Statement Smart Healthy Age-Friendly Environments by Dantas, C., Staalduinen, W. van, Mark, M. van der, Jegundo, A.L.*, Ganzarain, J., Coimbra and Gouda, 2018.

CAPÍTULO 15

White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe, Chapter 1. Definition and concepts of PRM. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018; Apr;54(2):156-165.

Braddom R et al. *Physical Medicine & Rehabilitation*. 5th Ed. Elsevier, 2016; 26:565-79.

Pinheiro J. et al. Reabilitação Geriátrica, in "Geriatría Fundamental – Saber e Praticar", Editora Lidel, Manuel Teixeira Veríssimo, 2014; 365-374.

CAPÍTULO 16

Almeida, G., Amaral, N., Moraes, E., & Azevedo, R. - Imobilidade. In *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, editora médica, 2009. 411–422.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide* (2009). Tradução por Filomena Mota, Domingos Malta, Rita Videira, Lúcia Vales e Paulo Alves. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em www.gaif.net/sites/default/files/Guideline_Prevencao_de_UPressao_PT.pdf, data de consulta a 5/02/17.

Luengo-Marquez, C., Maicas-Martinez, L., Navarro-gonzales, M., & Romero, L. (2007). *TRATADO DE GERIATRÍA para residentes. Síndromes geriátricas*. Sociedad Española de Geriatria Y Gerontología SEGG (2007), 313–323.

CAPÍTULO 17

IDF Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes, 2013. <https://idf.org>

American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2019 Jan; 42 (Supplement 1): S1-S193. <https://doi.org/10.2337/dc19>

N Bansal, R Dhaliwal, RS Weinstock. Management of Diabetes in the Elderly. *Med Clin North Am*. 2015 Mar;99(2):351-77. doi: 10.1016

CAPÍTULO 18

Manual do Cuidador da pessoa com demência. Edição da Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de doentes com Alzheimer (APFADA) (1ª edição, 1999)

CAPÍTULO 19

European Society of Cardiology (ESC). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* (2016) 37, 2129–2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128.

Fonseca C, Brito D, Cernadas R, Ferreira J, Franco F, Rodrigues T, et al. Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal: documento de consenso. *Rev Port Cardiol*. 2017; 36(1):1-8. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.10.006

CAPÍTULO 20

Doenças Respiratórias em números, Portugal 2015. www.dgs.pt

Wroe PC, Finkelstein JA, Ray GT, Linder JA, Johnson KM, Rifas-Shiman S, Moore MR, Huang SS — Aging population and future burden of pneumococcal pneumonia in the United States. *J Infect Dis*. 2012; 205:1589-92

Selman M, Spagnolo P, Richeldi L — Interstitial Lung Disease in elderly subjects. *Eur Respir Monogr* 43, 2009: 150-162

Robalo-Cordeiro C, Alfaro TM; Freitas S, Cemlyn-Jones J — Idiopathic pulmonary fibrosis. In: Dingemans AMC, Reck M, Westeel V. *Lung Cancer*: Ed. European Respiratory Society; 2015 (68): 57-63

CAPÍTULO 21

Chai E, Horton JR. Managing pain in the elderly population: pearls and pitfalls. *Curr Pain Headache Rep*. 2010; 14(6):409-17.

Direção Geral da Saúde – Orientações técnicas sobre o controlo da dor na pessoa idosa. Lisboa : DGS, 2010, (Orientação nº 015/2010.

CAPÍTULO 22

Argilés JM, Busquets S, et al. Cachexia and sarcopenia: mechanisms and potential targets for intervention. *Current Opinion in Pharmacology*, 2015; 22: 100-106.

Bailey RL, Miller PE, et al. Dietary screening tool identifies nutritional risk in older adults. *Am J Clin Nutr* 2009;90:177-83.

Barrière-Arnoux C. Nutrition and frail elderly at risk. *Soins Gerontol*. 2015;111:28-30.

CAPÍTULO 23

Paiva T, Penzel T. *Centro de Medicina do Sono: Manual Prático*. Lisboa. LIDEL; 2011. ISBN 978-972-757-719-4

Firmino H, Simões MR, Cerejeira J. *Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas*. Lisboa. Lidel-Edições Técnicas; 2016. ISBN 978-989-752-147-8.

CAPÍTULO 24

Mendes de Abreu J, Figueiredo JP. Patologia estomatológica e envelhecimento. In: Teixeira Veríssimo M, Ed. *Geriatrics Fundamental. Saber e Praticar*. Lisboa: Editora Lidel; 2014. p. 233 – 253.

Lamster IB, Asadourian L, Del Carmen T, Friedman PK.. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontol* 2000. 2016 Oct;72(1):96-107

Bhardwaj VK. Gerodontology - Orodonal care for elderly. *Eur J Gen Dent* 2012;1:15-9

CAPÍTULO 25

Carter PJ. *Lippincott's Essentials for Nursing Assistants*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p240-2.

Mody L. Infection control issues in older adults. *Clin Geriatr Med* 2007 Aug;23(3):499- 51, vi. doi: 10.1016/j.cger.2007.02.001

www.caregiverslibrary.org/caregivers-resources/grp-home-care/infection-control-article.aspx

CAPÍTULO 26

Alzheimer's Association. Personal care. Assisting a person with middle-or late-stage dementia with daily needs. Chicago: Alzheimer's Association; 2016.

Cowdell F, Steventon K. Skin cleansing practices for older adults: a systematic review. *Int J Older People Nurs*. 2015 Mar;10(1):3-13. doi: 10.1111/opn.12041

Skin care and aging. Gaithersburg: National Institute of Aging, 2015. Disponível em: <https://www.nia.nih.gov/health/skin-care-and-aging>

CAPÍTULO 27

Teresita M. Hogan. Geriatric Emergencies: an EMT teaching manual. Third edition, 2004.

Associação Desportiva, Cultural e Social de Aldeia de S. Sebastião. Manual de Atuação em Situações de Emergência/Primeiros Socorros. Primeiros socorros na pessoa idosa. Aldeia de S. Sebastião. Associação Desportiva, Cultural e Social de Aldeia de S. Sebastião; 2015.

Lawson P, Richmond C. 13 Emergency problems in older people. *Emerg Med J*. 2005 May;22(5):370-4. doi: 10.1136/emj.2005.023770

CAPÍTULO 29

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 2013 Jan;61(1):37-49.

Burgio KL, Kraus SR, Menefee S, Borello-France D, Corton M, Johnson HW, et al. Behavioral therapy to enable women with urge incontinence to

discontinue drug treatment: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2008 Aug;149(3):161–9.

Wilde MH, McDonald MV, Brasch J, McMahon JM, Fairbanks E, Shah S, et al. Long-term urinary catheter users self-care practices and problems. *J Clin Nurs.* 2013 Feb;22(3–4):356–67. doi: 10.1111/jocn.12042

CAPÍTULO 31

Figueiredo D. Caregiving and Carer Stress. In: Pachana N, Editor. *Encyclopedia of Geropsychology.* Singapore. Springer; 2016.

Aboulafia-Brakha T, Suchecki D, Gouveia-Paulino F, Nitrini R, Ptak R. Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer’s disease. *Aging Ment Health.* 2014;18(6):801-8. doi: 10.1080/13607863.2014.880406

Figueiredo D. Reinventing family caregiving: A challenge to theory and practice. In: Sousa L, editor. *Families in Later Life: Emerging themes and challenges.* New York. Nova Science Publishers; 2008. pp. 117-134.

Brandão D, Ribeiro O, Martin I. Políticas dos serviços de descando ao cuidador. *Argumentum.* 2012;4(1):107-117.

CAPÍTULO 32

OECD, “Health at a Glance 2015: OECD Indicators,” OECD Publishing, Paris, 2015

Barros de Oliveira JH. *Viver a morte – abordagem antropológica e psicológica.* Coimbra. Livraria Almedina; 1998.

Serrão D. Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In: Serrão D, Nunes R, coordenadores. *Ética e cuidados de saúde.* Porto. Porto Editora; 1998. pp.83-92.

Bromberg MHPF. *A psicoterapia em situações de perdas e luto.* São Paulo. Editora Livro Pleno; 2000.

Worden J. *Terapia do luto: Um manual para o profissional de saúde mental.*

Porto Alegre. Artes Médicas; 1998.

Sebastião V. Guia prático de apoio ao luto. Ajudar a enfrentar a morte de um ente querido. Servilusa; 2015.

CAPÍTULO 33

KNIGHT, B. G.— Psychotherapy with older adults. (2004) (3rd ed.). New York: Sage.

LIMA, M. P.— Intervenção em grupo com pessoas idosas. In P. M. Matos, C. Duarte e M.E. Costa (Coords.), Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção (pp. 229-242). (2011) Porto: LivPsic.

CAPÍTULO 34

Hall, M. MacLennan, N. & Lye, M. (1997). Cuidados médicos ao doente idoso. Lisboa: Climepsi.

Menant, J., Steele J, Menz, H., Munro, B., Lord, S. (2008). Optimizing footwear for older people at risk of falls. *Rehabil Res Dev.* 45(8), 1167-81.

Resnick, B., Boltz, M., Galik, E., Pretzer-Aboff, I. (2012). Restorative Care Nursing for Older Adults. (A. Graubard & L. Claire, Eds.) (2^a ed.). New York: Springer Publishing Company.

Siglas



RECURSOS

SIGLA	NOME	OBSERVAÇÕES
1-RM	Uma repetição máxima	Cap.5. Atividade física e envelhecimento
ADME	Absorção, Distribuição, Metabolização e Eliminação (de um fármaco)	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
APFADA	Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de doentes com Alzheimer	Cap. 18. Défice Cognitivo e Demência
APPSF	Associação Portuguesa dos Profissionais do Setor Funerário	Cap. 32. Lidar com a perda/morte da pessoa cuidada
AUC	Área sob a curva	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
AVC	Acidente Vascular Cerebral	Cap.10. Quedas – orientações para cuidadores Cap.27. Identificação e Atuação em Situações de Emergência no Idoso
AVD	atividades básicas de vida diária	Cap.18. Défice Cognitivo e Demência
CCF	Cuidado Centrado na Funcionalidade	Cap. 34. Cuidado Centrado na Funcionalidade: uma “nova” abordagem no cuidado
DNA	Ácido Desoxirribonucleico	Cap. 2 Envelhecimento – da Epidemiologia à Fisiopatologia

DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Cap. 3. A patologia crônica mais característica do idoso Cap. 12. Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota Cap. 20. Patologia Respiratória Crônica no Idoso
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados	Cap. 12. Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota
FG	Filtração Glomerular	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
GFR	Índice de Filtração Glomerular	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
IC	Insuficiência Cardíaca	Cap. 19. Patologia Cardíaca Crônica no Idoso
ICS	Sociedade Internacional de Continência	Cap.29. Incontinência Urinária
INE	Instituto Nacional de Estatística	Cap. 19. Patologia Cardíaca Crônica no Idoso
IPF	Fibrose Pulmonar Ideopática	Cap. 20. Patologia Respiratória Crônica no Idoso
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social	Cap.13. O Idoso e a Sociedade
IU	Incontinência Urinária	Cap.29. Incontinência Urinária

RECURSOS

IUE	Incontinência Urinária de Esforço	Cap.29. Incontinência Urinária
IUM	Incontinência Urinária Mista	Cap.29. Incontinência Urinária
IUU	Incontinência Urinária de Urgência	Cap.29. Incontinência Urinária
MNA	Avaliação Nutricional Mínima (ou Mini-Nutritional Assessment), o	Cap. 22. Desnutrição e Desidratação
MR	Monitorização Remota	Cap. 12. Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota
NRS-2002	Rastreamento do Risco Nutricional (ou Nutritional Risk Screening),	Cap. 22. Desnutrição e Desidratação
O2	Oxigênio	Cap.5. Atividade física e envelhecimento
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico	Cap. 31 - O cuidador também precisa de ser cuidado? Cuidar das condições físicas e psicológicas do cuidador.
OIT	Organização Internacional do Trabalho	Cap. 31 - O cuidador também precisa de ser cuidado? Cuidar das condições físicas e psicológicas do cuidador.

OMS	Organização Mundial de Saúde	Cap. 6. Os benefícios da nutrição no idoso Cap.14. O Cuidado complementar
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Cap. 12. Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
SIRT1	Sirtuína 1	Cap. 2 Envelhecimento – da Epidemiologia à Fisiopatologia
SNC	Sistema Nervoso Central	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
SNS	Sistema Nacional de Saúde	Cap. 12. Soluções Integradas de Saúde e Monitorização Remota
START	Screening Tool to Alert to Right Treatment	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
STOPP	Screening Tool of Older Person's Prescriptions	Cap. 9. Polimedicação e adesão à terapêutica
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação	Cap.13. O Idoso e a Sociedade
VO2max	Consumo máximo de O2	Cap.5. Atividade física e envelhecimento

