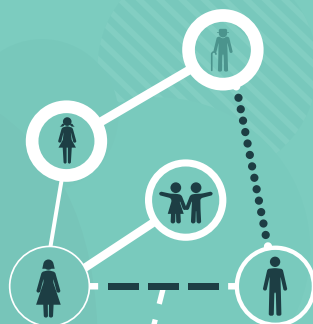




Cuidados e Demência na Terceira Idade

Manual Prático





ficha técnica

Título

Cuidados e Demência na Terceira Idade
– Manual Prático

Conceção e Coordenação de Projeto

Paula Peixoto Dourado
Lucinda Lopes

Autoria

António M. Fonseca

Revisão dos Textos

Paula Peixoto Dourado

Conceção e design gráfico

César Antunes, Graficamares, Lda.

Edição

ADRAVE – Agência de Desenvolvimento
Regional do Vale do Ave, sa.

Impressão

Graficamares, Lda.

ISBN

978-989-95335-8-5

Depósito Legal

384971/14

Tiragem

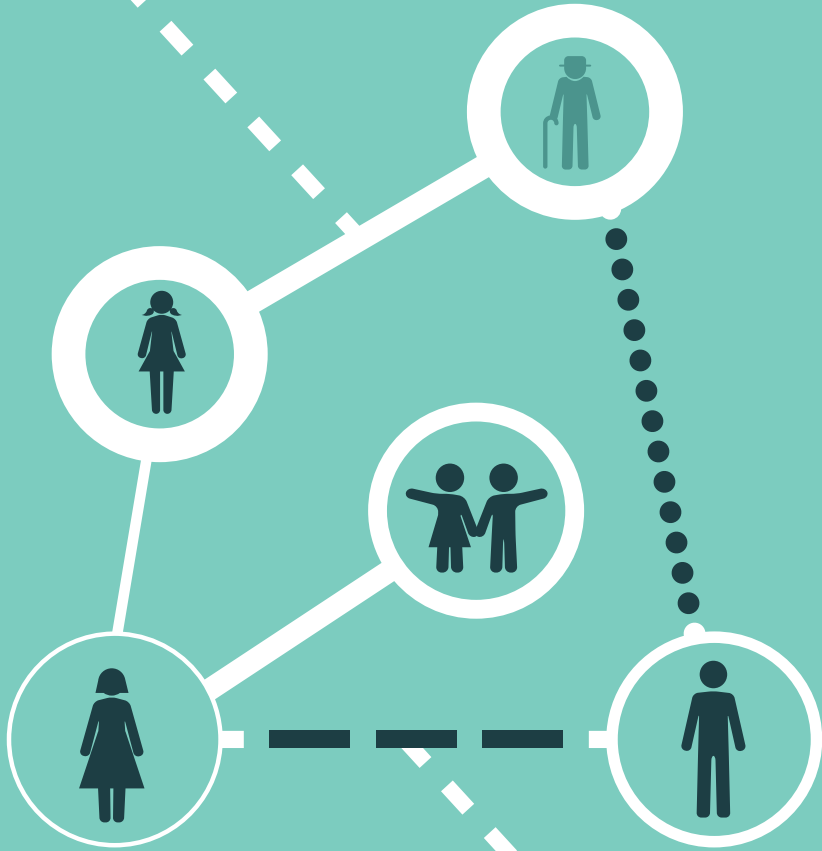
500 exemplares

Data de Publicação

dezembro de 2014

Índice

Apresentação	5
Introdução	7
1. A pessoa idosa, a saúde e a doença	9
2. As relações sociais e a solidão	13
3. Compreender e tratar a depressão	19
4. Cognição e atividade	25
5. A demência	31
6. A “3ª idade” e a “4ª idade”	35
7. Saúde e bem-estar psicológico	39
8. Personalizar a prestação de cuidados	43



Apresentação

A presente Brochura **Cuidados e Demência na Terceira Idade – Manual Prático** surge com o objetivo de *apresentar, de uma forma rigorosa e acessível, um conjunto de conhecimentos úteis para ajudar aqueles que vivem com pessoas idosas e delas cuidam a adquirirem um novo olhar técnico sobre o envelhecimento, em que o cuidado que prestam não se resume à execução de tarefas, mas seja entendido como uma forma de relação com quem necessita de ajuda e que permanece igual a qualquer outra pessoa, merecedora de compreensão e respeito.*

Neste contexto, esta ferramenta é dirigida a profissionais (operacionais) mas também a cuidadores informais, e pretende-se que funcione como um Guia de Apoio à Prestação de Cuidados a Pessoas com Demência. Esta publicação tem, assim, um caráter de divulgação de conhecimentos e de capacitação de competências para prestadores de cuidados, formais e informais.

A ADRAVE – Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave, sa., o Município de Vila Nova de Famalicão e a Associação Engenho,

em parceria, desenvolveram um ciclo de Workshops sobre a temática “Demência na Terceira Idade: competências a mobilizar e estratégias de intervenção”, que iniciou em maio de 2014 e terminou no final do mês de setembro de 2014, tendo contado com a participação de mais de 100 Instituições, de natureza social e de natureza privada, prestadoras de cuidados aos idosos e respetivas famílias. Na sequência dessa atividade, com grande impacto junto dos Técnicos Sociais, surgiu a convicção da necessidade da edição que agora se apresenta.

Esta Brochura é editada no quadro do Projeto europeu **e-RESALTER**, um projeto de cooperação territorial no espaço do Sudoeste Europeu, no domínio da inovação dos serviços em e-saúde e inclusão social. Este projeto, dinamizado em Portugal pela ADRAVE – Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave, conta no Espaço do SUDOE europeu com os seguintes parceiros:

- Syndicat Mixte du Pays Couserans - Midi-Pyrénées - França

- Fondation INTRAS - Centro de investigacion - Castilla y León - Espanha
- Federación Asturiana de Concejos - Principado de Astúrias - Espanha
- Servicio Aragonês de la Salud - Aragón - Espanha
- Fundación para el Desarrollo Social - Aragón - Espanha
- Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale du Gers - Midi-Pyrénées - França

De referir ainda que o objetivo do Projeto e-RESATER é o de contribuir para melhorar a competitividade do espaço SUDOE e das suas organizações, facilitando o desenvolvimento conjunto de uma oferta de produtos e serviços inovadores em matéria de eSaúde e eInclusão em adequação com a procura existente nos territórios rurais ou mais isolados SUDOE, pelo desenvolvimento de serviços de acompanhamento às organizações e aos atores médicos, sociais e territoriais ao nível local e regional. O foco da atuação é nas pessoas, pretendendo-se promover a melhoria da qualidade de vida, pelo acesso mais fácil e eficaz aos

serviços de saúde e inclusão social.

Creemos estar a contribuir, desta forma, para a introdução de mais um fator de inovação social num território que já de há muitos anos a esta parte tem colocado as pessoas na centralidade da sua atuação, mas que cada vez mais, com um conhecimento técnico e científico aprofundado e com uma intervenção prática alargada, tem logrado atingir elevados patamares de desenvolvimento social.

Introdução

Compreensão, respeito e conhecimento acerca das principais características do envelhecimento é tudo aquilo que precisamos para cuidar bem das pessoas idosas: aquelas com quem vivemos no dia-a-dia ou aquelas que estão a nosso cargo em lares e outras instituições de acolhimento.

Infelizmente, ainda são muitos os que olham para os mais velhos como um “peso” para a sociedade, porque custam muito dinheiro em pensões e cuidados diversos, porque dão trabalho e são um encargo para as famílias, ou simplesmente porque atrapalham a vida social pelo incómodo que representam quando se demoram nas filas ou enchem as salas de espera de hospitais e centros de saúde. Onde quer que se manifestem, estas atitudes negativas dirigidas aos mais idosos necessitam de ser progressivamente eliminadas, tanto por serem discriminatórias como pelo facto de refletirem uma visão do envelhecimento ultrapassada, baseada predominantemente em noções como défice ou incapacidade.

A urgência de ajustarmos, todos nós – cidadãos, decisores políticos, técnicos e agentes locais, cuidado-

res – o discurso sobre o envelhecimento a uma nova conceção do que significa envelhecer é fundamental por dois motivos. Por um lado, em Portugal, nunca se viveu até tão tarde e o grupo dos que têm mais de 65 anos é o que cresce mais rapidamente: hoje são já mais de dois milhões e atingindo idades cada vez mais avançadas. Por outro lado, o conhecimento disponível sobre o fenómeno do envelhecimento não cessa de aumentar, o que permite desenhar modalidades diferenciadas de prestação de cuidados às pessoas idosas consoante as respetivas necessidades.

Como em qualquer outro grupo etário, a população idosa apresenta variações consideráveis em termos demográficos, sociais e de condição de saúde. A velhice não é toda igual: há mais mulheres do que homens, têm níveis de escolaridade mais baixos do que a população adulta, vivem mais sós e correm maior risco de pobreza. Apesar de ser evidente a diminuição do estado geral de saúde à medida que se envelhece, a grande maioria das pessoas idosas não sofre de incapacidades severas e são completamente autónomas no seu dia-a-dia,

algumas apresentando mesmo um grau de competência física e mental assinalável. Mesmo quando precisam de algum tipo de cuidados, a maioria esforça-se por conseguir cuidar de si mesma sozinha ou com ajudas limitadas.

Com efeito, a velhice tem mais a ver com a redução da funcionalidade do que propriamente com a idade. É comum as pessoas começarem a sentir-se “velhas” como resultado da perda de capacidades, sobretudo quando essa diminuição funcional tende a limitar o desempenho de atividades quotidianas indispensáveis à autonomia (como tratar de si, cozinhar ou fazer compras) e de atividades que as pessoas valorizam (como ler, sair de casa ou conviver).

Mais do que assumir que se trata de uma evolução inevitável, porque as pessoas estão a envelhecer, estas situações pedem-nos, pelo contrário, que sejamos capazes de imaginar e implementar soluções que permitam recuperar até onde for possível a autonomia ameaçada, ou desenvolver as capacidades que ainda permanecem preservadas. Por exemplo, mesmo em pessoas muito idosas e com sinais eviden-

tes de fragilidade, a prática regular de exercícios de estimulação psicomotora apresenta benefícios tanto a nível físico como mental.

Na perspetiva de quem cuida, tudo deve resumir-se, finalmente, a uma preocupação central: fazer todos os possíveis para que a pessoa idosa mantenha a sua identidade e a sua dignidade, expressa em objetivos aparentemente tão simples mas que para ela se revestem da maior importância, como sejam a possibilidade de se relacionar com outros, deslocar-se livremente dentro ou para fora de casa, ou ser cuidada de modo personalizado quando a necessidade desses cuidados se torna imprescindível. Quando a dependência se instala, estes objetivos ficam ameaçados, a confiança e a auto-estima da pessoa idosa sofrem com isso e é sobretudo nestas circunstâncias que os cuidadores – informais e formais – assumem um papel insubstituível: no apoio emocional que prestam às pessoas idosas mais vulneráveis e na implementação das melhores soluções para que elas recuperem, até onde for possível, o controlo das suas vidas.



A rápida transformação dos modos de envelhecer requer o abandono da visão tradicional da pessoa idosa como tendencialmente incapaz e a adoção de estratégias de envelhecimento ativo, que incluem tanto a prevenção de comportamentos indesejáveis para a saúde como a implementação rápida de medidas remediativas quando a identidade e a dignidade ficam ameaçadas. Mas a longevidade do tempo atual significa, também, um aumento substancial do número de pessoas com idade muito avançada, algumas das quais, inevitavelmente, vão necessitar de cuidados especializados e de cuidadores não menos especializados, sob o ponto de vista técnico e relacional.

É com esse objetivo que este Manual foi escrito: apresentar, de uma forma rigorosa e acessível, um conjunto de conhecimentos úteis para ajudar aqueles que vivem com pessoas idosas e delas cuidam a adquirirem um novo olhar técnico sobre o envelhecimento, em que o cuidado que prestam não se resume à execução de tarefas, mas seja entendido como uma forma de relação com quem necessita de ajuda e que permanece igual a qualquer outra pessoa, merecedora de compreensão e respeito.

1. A pessoa idosa, a saúde e a doença

À medida que envelhecem, as pessoas vão sendo cada vez mais diferentes umas das outras no que respeita à saúde e à doença, pelo que não podem ser tratadas todas da mesma forma. Muitas doenças associadas ao envelhecimento podem ser prevenidas (sobretudo quando a prevenção começa na meia-idade) e tratadas eficazmente (sobretudo quando há coordenação entre serviços e especialidades).

Em Portugal, quando se chega aos 65 anos, ainda se pode esperar viver em média mais 19 anos.

Mas desses anos, apenas 7 serão vividos sem problemas de saúde que limitem o dia-a-dia.

Os que atingem os 85 anos poderão ainda viver, em média, mais 5 anos, sendo importante prestar atenção não apenas à sua saúde mas também às suas necessidades e aos seus desejos. Na velhice, os critérios de saúde e os fatores de risco de doença são diferentes de pessoa para pessoa.

A idade cronológica (isto é, o número de anos que vivemos desde o nascimento) é um critério insuficiente para caracterizar a condição de saúde de qualquer pessoa, muito menos das pessoas mais velhas. Quando atingimos os 70/80 anos e por aí adiante vivemos já tempo suficiente para ter adquirido algumas condições específicas (por exemplo, diabetes, reumatismo) e propensões (como a depressão ou a obsessividade), sendo também evidente o aparecimento de algumas limitações sob o ponto vista físico (na força ou na resistência) e mental (na memória ou na velocidade de raciocínio). Algumas destas condições decorrem da evolução normal do funcionamento do organismo, outras de causas orgânicas ou genéticas, outras ainda foram provocadas pela exposição a acidentes ou a acontecimentos de vida traumáticos.

À medida que a idade avança, a diversidade entre as pessoas no que respeita ao estado de saúde aumenta. Para além dos fatores genéticos, dos comportamentos e hábitos de vida, e da acumulação dos efeitos dos acontecimentos que nos vão sucedendo ao longo da vida, hoje sabemos que as pessoas de mais baixa condição socioeconómica enfrentam problemas de saúde mais precocemente e que as

mulheres vivem mais tempo, mas gozando de pior condição de saúde do que os homens. Variáveis como a participação social ou a existência de uma rede alargada de suporte (família e amigos) favorecem o bem-estar e aspetos muito práticos como uma boa vizinhança, gostar do local onde se vive ou a facilidade de acesso a bens e serviços, influenciam positivamente um envelhecimento saudável.

Em termos gerais, podemos afirmar que a maior necessidade de cuidados de saúde está mais relacionada com a proximidade da morte do que propriamente com a idade cronológica. Ter uma idade avançada não é sinónimo de doença. Uma pessoa de 75 anos, com doença de Parkinson estabelecida, está doente, mas outra pessoa, também com 75 anos, que continua a trabalhar e apenas tem dificuldade em subir escadas, não está doente, apenas a envelhecer. É a presença ou ausência de sinais ou sintomas do foro clínico que nos ajudam a distinguir entre doença e envelhecimento.

O envelhecimento corresponde ao declínio funcional, progressivo e irreversível, ou seja, à medida que vamos perdendo funcionalidade nas diversas áreas (biológica, cognitiva, motora, etc.) não voltaremos jamais à condição inicial. Este declínio funcional tem como principal conse-

quência a fragilidade, uma condição de risco para o organismo ao aproximar os respectivos sistemas de um ponto que origina manifestações clínicas. Ou seja, uma pessoa mais envelhecida (mais frágil) não sofre de qualquer doença explícita mas o risco dela surgir está aumentado quando a comparamos com uma pessoa mais jovem. Henrique de Almeida ilustra bem o conceito de fragilidade com um exemplo comum: “Por exemplo, sabemos que uma hemorragia é compensada com vasoconstricção e aumento da frequência cardíaca; trata-se de um reequilíbrio homeostático facilmente realizável por um organismo não frágil (o de um indivíduo saudável com 20 anos), mas mais dificilmente atingido por um organismo frágil, porque o aumento de frequência cardíaca pode não ser compensado com aporte de sangue suficiente através das artérias coronárias e motivar um enfarte de miocárdio fatal. Este exemplo demonstra a dificuldade do coração frágil em adaptar-se a um stresse endógeno, mas o resultado poderia ser igual se a ação fosse exógena, como o frio intenso e súbito”¹.

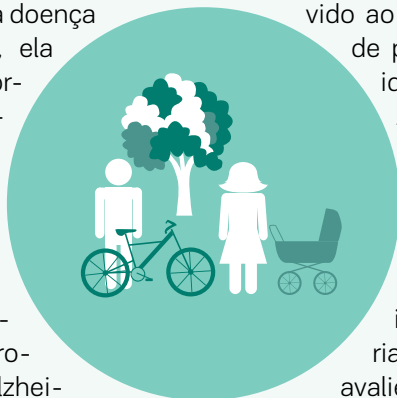


Quando a fragilidade se converte em doença, a pessoa idosa tem os mesmos direitos de uma pessoa de qualquer outra idade a ser tratada, atendendo à sua especificidade: biológica, psicológica e social. Mas, abordagens clínicas de valor comprovado em pessoas mais novas podem revelar-se inadequadas em pessoas mais velhas, por exemplo, pela inexistência de suporte familiar num acompanhamento pós-operatório. Num idoso doente, e sobretudo num idoso dependente, o desenho de respostas à dificuldade em lidar com as tarefas do quotidiano exige simultaneamente uma avaliação clínica e a consideração de medidas de enquadramento social (através da família e/ou de instituições de acolhimento), sempre com o objetivo último de eliminar ou reduzir a fragilidade que deu origem à doença. O desenho destas respostas deve ser feito de modo cuidadoso e respeitando a especificidade de cada um; não há receitas anti-envelhecimento universais e mesmo o tratamento de problemas comuns como a hipertensão deve ser ajustado individualmente. O mesmo poderíamos

dizer da nutrição ou da atividade física: o que funciona com uma pessoa idosa pode não funcionar com outra, mesmo se aparentemente a sua condição inicial parece semelhante.

O envelhecimento não é sinônimo de doença, mas uma condição que nos torna mais suscetíveis à doença. Quando falamos de envelhecimento estamos a falar de um processo biológico peculiar, que impõe um limite à longevidade e aumenta o risco da doença

surgir, tornando-se, ela sim, a causa da morte. É no entanto verdade que há doenças associadas e que dependem do envelhecimento, como é o caso das doenças cardiovasculares, a osteoporose, as doenças de Alzheimer e Parkinson, e a diabetes tipo II. Mas mesmo nestes casos levantam-se, por vezes, algumas dificuldades de definição; excetuando as situações claras de doença, a dúvida pode subsistir entre o que é devido à patologia e o que é devido ao processo de envelhecimento (involução funcional). Apesar de hoje os meios técnicos de uso corrente permitirem relativizar a separação entre a doença e o envelhecimento,



a confusão entre as duas situações continua a subsistir. Isto faz, por exemplo, com que muitas pessoas idosas sejam excessivamente medicadas, não necessariamente porque estejam doentes, mas porque estão envelhecidas e esta condição faz delas, supostamente, necessitadas de medicamentos.

Ao longo dos últimos anos, a nossa visão sobre o envelhecimento tem sofrido transformações acentuadas, em grande parte devido ao aumento do número de pessoas que atingem idades avançadas gozando de uma boa condição física e mental. Na ausência de doença grave e incapacitante, não surpreende, por isso, que a maioria das pessoas idosas avalie positivamente a sua qualidade de vida, associada a uma apreciação realista dos resultados favoráveis que esta fase da vida (ainda) pode trazer. Mesmo limitações físicas ligeiras e perdas mais ou menos previsíveis (como a viuvez) parecem não colocar especialmente em causa a avaliação que a pessoa faz da sua qualidade de vida.

Todavia, aspetos de natureza psicológica como a depressão ou

a redução da capacidade cognitiva, ganham importância e tornam-se variáveis determinantes na forma como nos sentimos. O que é interessante aqui é que estamos a falar de dimensões relacionadas com a personalidade, com o humor (vulgarmente chamado de “estado de espírito”), ou com a capacidade intelectual, que não variam simplesmente porque temos mais de 70 ou 80 anos. Tal como se nos alimentarmos bem e nos exercitarmos ao longo da vida seremos mais saudáveis fisicamente numa idade avançada, o que fizermos com a nossa saúde mental no decorrer da vida adulta vai afetar-nos anos mais tarde. Dois exemplos: a exposição contínua ao stress (mesmo em níveis moderados) aumenta o risco de demência; pessoas com mais amigos vivem mais tempo do que as que têm menos amigos.

Já o sabíamos relativamente ao funcionamento físico, sabemos-lo também agora relativamente ao funcionamento mental: se queremos ter um boa velhice temos de começar cedo a prepará-la!

2. As relações sociais e a solidão

Uma rede social forte ajuda a combater o stress, a ansiedade e a depressão. É importante promover – em todas as idades – a construção de relações sociais, de modo a assegurar que, ao atingir a velhice, a pessoa dispõe de recursos satisfatórios e diversificados (família, amigos, vizinhos). Encorajar a participação regular em atividades sociais e cívicas facilita a inserção em redes sociais já existentes e a criação de novas redes. Isto é particularmente importante quando surgem problemas de mobilidade e aumenta o risco de isolamento. A solidão não é inevitável mas o sentimento de que se está só aumenta à medida que se envelhece. A solidão acelera o declínio cognitivo, enfraquece a memória e aumenta o risco de depressão. Todos temos a obrigação de combater o isolamento das pessoas idosas. Às vezes bastam alguns minutos de companhia para que a pessoa se sinta valorizada e recupere o gosto pela vida!



A importância das relações sociais é frequentemente subestimada, porque damos por garantido que todos têm familiares, amigos ou pelo menos vizinhos com quem possam estar regularmente. Ora, isto não é verdade e quanto maior for a rede de relações melhor poderá ser compensada, à medida que envelhecemos, a diminuição de contactos que se verifica devido a mortes, dificuldades de mobilidade ou mudanças de residência. Num dos seus estudos sobre qualidade de vida na velhice², a investigadora inglesa Ann Bowling verificou que as influências mais determinantes sobre essa mesma qualidade de vida prendiam-se com a existência de relações sociais e com a possibilidade de desempenhar papéis e atividades sociais. Só a seguir apareciam aspetos como a saúde, a mobilidade física, sentir-se seguro, ou ser independente e controlar a sua própria vida.

Na verdade, fazer e manter laços com os outros, ou seja, ser capaz de criar uma autêntica rede social, revela-se um dos principais desafios à medida que a pessoa envelhece. A rede social está associada a um sentido de pertença a um grupo e

contribui para um bom envelhecimento, enquanto o isolamento social está associado a um elevado número de efeitos negativos, com reflexos na saúde, longevidade e bem-estar. Por exemplo, entre as causas mais frequentes de suicídio nos idosos em Portugal destacam-se as doenças psiquiátricas (depressão e alcoolismo), a institucionalização, a viuvez, e o baixo suporte social.

Mesmo em idades muito avançadas e às vezes vivendo já situações de acentuada fragilidade, as pessoas valorizam ter alguém que as visite, que lhes faça “companhia”, que as leve “a sair”, em suma, que torne a vida mais agradável ou, no mínimo, suportável. Quando a autonomia ainda está preservada e as capacidades o permitem, as pessoas tendem a agrupar-se não apenas por laços familiares mas também em função de interesses e gostos comuns, e já não apenas para conviver ou participar em atividades de lazer. Com efeito, muitos idosos encontram e cultivam a sua rede social através da realização conjunta de atividades culturais, cívicas, de voluntariado, ou de outras por meio das quais se mantêm



“ocupados” e onde a sua utilidade ainda é reconhecida. A participação e o reconhecimento social, contribuindo para manter ou até reforçar a auto-estima, diminuem a probabilidade de se preocuparem ou de se sentirem sós.

A solidão não é algo inevitavelmente associado ao envelhecimento. Porém, o sentimento de que se está só aumenta à medida que se envelhece, seja devido à redução de contactos sociais (devido a problemas de mobilidade), ao desaparecimento de pessoas significativas (cônjuge, amigos próximos) ou à mudança de residência (por exemplo, na sequência da ida para um Lar de Idosos). A solidão é um sentimento, é uma experiência pessoal que decorre da insatisfação com a quantidade ou qualidade das relações sociais mantidas com outros. Ou seja, mesmo que estejamos rodeados de pessoas podemos sentir-nos sós, quando as relações que estabelecemos com essas pessoas não correspondem ao que desejávamos. Isto pode acontecer em todas as idades e não apenas na velhice.

A solidão não deve ser confundida com estar só ou viver sozinho.

Algumas pessoas podem gostar de passar algum ou até muito tempo sós e não sentirem qualquer espécie de solidão. Mas, atenção: o isolamento é propício ao aparecimento de sentimentos de solidão, particularmente quando a pessoa não tem condições ou recursos para procurar a companhia de outros, o que é frequente na velhice devido a limitações de ordem física ou material.

É indispensável para a saúde mental de todos nós a manutenção de relações sociais ao longo da vida: com a família, com os amigos, no local de trabalho, nas ocasiões de lazer, nos grupos e comunidades a que pertencemos. Se isto é fundamental em qualquer idade, mais importante se torna à medida que envelhecemos. Mas os obstáculos são muitos: por exemplo, passando a viver num Lar de Idosos corta-se a ligação não apenas com a casa e com o local onde se viveu (às vezes de forma ininterrupta durante décadas), mas também com aquelas pessoas que faziam parte do quotidiano e em quem se confiava. Há estudos, aliás, que mostram que um dos principais desejos dos residentes em lares de idosos seria poderem continuar a manter

contacto com anteriores vizinhos e conhecidos. A promoção desses contactos poderá, certamente, ser uma forma não apenas de “matar saudades” mas de re-ligar a pessoa às suas origens e com isso promover um sentido de continuidade com o passado.

A família é a primeira referência para a construção de uma rede social ajustada às necessidades de cada pessoa. Porém, quando o sistema familiar falha ou não funciona de forma adequada no seu papel de apoio, ganham importância outras redes sociais normalmente colocadas em plano secundário, como os amigos, os vizinhos e até as várias respostas sociais resultantes de políticas integradoras e protectoras da população idosa: centros de dia, lares de idosos, serviços de apoio domiciliário.

As instituições de solidariedade social podem desempenhar um importante papel de apoio efetivo aos idosos, substituindo tantas vezes a função da família. Os idosos que vivem permanentemente num Lar de Idosos, ou passam uma boa parte do seu dia num Centro de Dia, têm aí ocasião de estabelecer relações de proximidade uns com os outros pela identidade que partilham em termos de experiências de vida, de memórias e de interesses. Outro tipo de instituições, como as uni-

versidades séniores, associações culturais e recreativas, ou grupos de cariz religioso, servem um idêntico propósito de funcionar como espaço de aproximação entre pessoas que atravessam a mesma realidade existencial.

Assim, para além das relações sociais familiares, as relações não familiares são igualmente fundamentais no decurso do envelhecimento. É através delas que as pessoas idosas experimentam sentimentos de pertença a um grupo social e de reconhecimento de um dado estatuto dentro desse grupo, valorizando mais a vida quotidiana. Os amigos, de forma especial, tornam-se num elemento fundamental na partilha de interesses, no estabelecimento de relações de confiança e até, por vezes, na prestação de cuidados. Constança Paúl refere que “as amizades são uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu, auto-perceção, intimidade, aceitação e proteção contra o mundo”³. Por outro lado, o reforço das relações entre diferentes gerações tende a promover a desmistificação dos estereótipos negativos contruídos quer pelos jovens relativamente ao mais velhos, quer também pelos mais velhos relativamente aos mais novos.

É natural que algumas pessoas idosas sofram de problemas de mo-

bilidade, o que poderá dificultar as relações sociais. Vivam em casa ou numa residência para idosos, quando a distância ou problemas físicos tornam mais difícil o convívio com outros, ferramentas como o telefone, o *e-mail*, o *skype* ou *facebook*, ou ainda as tradicionais cartas escritas (consoante os meios disponíveis e as capacidades de cada um), podem ajudar a manter as relações vivas.

Sabemos hoje que o isolamento pode aumentar o declínio cognitivo e os problemas de memória. Quando a demência se instala, é importante para as pessoas idosas manter contacto presencial com as pessoas conhecidas, falar com elas e referenciá-las (quem são, de onde se conhecem). Nestes casos, os profissionais devem ser uma fonte de aconselhamento acerca da melhor forma de manter a comunicação preservada pelo maior tempo possível.

À medida que familiares e amigos da mesma idade ou idades próximas vão morrendo, aumenta também o risco de solidão. Apesar da atividade social ser uma forma de contornar o stresse psicológico e o sentimento de perda associados nomeadamente, à viuvez, há circunstâncias (problemas de saúde, viver num local isolado, inibição) que dificultam a participação na vida

social e comunitária envolvente. É verdade que uma relação íntima de décadas não será facilmente substituível, mas o estabelecimento de novas relações ou o reforço de ligações anteriores – frequentemente com pessoas a viver uma mesma condição – podem transmitir uma sensação de conforto emocional.

As instituições de acolhimento e apoio a pessoas idosas, particularmente as que acolhem pessoas em situação de maior fragilidade, têm um importante papel a desempenhar neste domínio, através da criação de atividades e de ambientes facilitadores do desenvolvimento de relações sociais, quer especificamente dirigidas aos mais velhos, quer de cariz intergeracional, não apenas pontualmente mas durante todo o ano.



3. Compreender e tratar a depressão

Muitos idosos sofrem de depressão sem o saberem, o que afeta severamente a sua qualidade de vida. Fatores de vária ordem concorrem para o aparecimento da depressão em pessoas idosas. Alguns sinais a ter em conta: perturbações de sono, perda de apetite, incapacidade para sentir prazer com experiências agradáveis, tristeza permanente, fadiga sem razão aparente, agitação/ansiedade, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa ou de inutilidade, ideias suicidas.

Sofrer de doenças crónicas propicia o desenvolvimento da depressão em idosos. A depressão é também o problema de saúde mental mais frequentemente ligado ao suicídio em idade avançada.

Pessoas idosas residentes em lares estão mais sujeitas a sofrer de depressão do que as que vivem nas suas casas.

A depressão em pessoas idosas necessita de ser convenientemente avaliada por profissionais especializados (psiquiatras, psicólogos). A depressão em pessoas idosas pode ser tratada, recorrendo a diversas estratégias: farmacológicas, intervenção psicológica, alterações no estilo de vida.

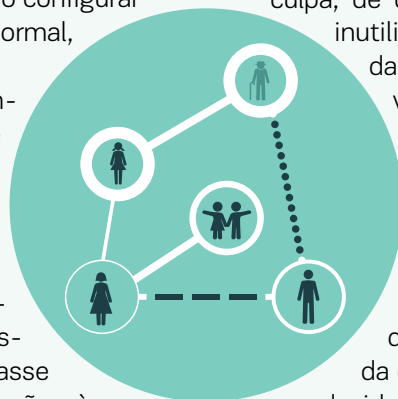


Sentir-se deprimido é algo que acontece a todos de vez em quando. Trata-se de uma reação normal perante dificuldades que, em determinado momento, sentimos que ultrapassam as nossas forças. Porém, quando este “estado depressivo” persiste ao longo de várias semanas e começa a afetar o funcionamento habitual do dia-a-dia, podemos estar na presença de uma depressão e isso configurar já não um estado normal, mas uma doença.

A elevada presença de depressão e de sintomas depressivos em pessoas com idade superior a 65 anos seria razão suficiente, só por si, para justificar que se dedicasse uma especial atenção à depressão no quadro das perturbações mentais mais comuns em idosos. Com efeito, estudos realizados em vários países apontam para uma prevalência da depressão entre 1% e 9% em idosos a viver nas suas casas, e entre 14% e 42% nos que vivem em instituições. É certo que a prevalência da depressão é menor do que a prevalência de sintomas depressivos, ou seja, apesar de um número muito significativo de pessoas idosas manifestar frequente-

mente sinais característicos de um estado depressivo (perturbações de sono, perda de apetite, profunda falta de interesse nas atividades que habitualmente dão prazer e incapacidade para sentir prazer com experiências agradáveis, intensa tristeza durante pelo menos duas semanas, fadiga sem razão aparente, agitação/ansiedade, dificuldade de concentração, sentimentos de culpa, de desvalorização ou de inutilidade, ideias suicidas), nem todas desenvolvem depressão.

O impacto da perturbação depressiva na vida da pessoa idosa vai sendo progressivamente mais profundo e negativo à medida que a idade aumenta, devido a três principais razões: ingestão de medicamentos para outros problemas de saúde, que podem interagir com a medicação antidepressiva limitando o seu efeito; a presença de estereótipos sobre a inevitabilidade da depressão em idosos (a depressão “faz parte” da velhice...), que interfere não só com o reconhecimento da doença mas também com o seu tratamento; a dificuldade em aceder a cuidados de saúde, devido quer a obstáculos económicos e



geográficos, quer à desvalorização do problema.

Sofrer de doenças crônicas propicia o desenvolvimento da depressão em idosos e uma evolução negativa dessas doenças significa o agravamento da condição depressiva e da qualidade de vida global desses idosos. A depressão é também o problema de saúde mental mais frequentemente ligado ao suicídio em idade avançada. E se é verdade que nem todos os idosos que se suicidam estão deprimidos e nem todos os idosos que sofrem de depressão se suicidam, diagnosticar e tratar precocemente a depressão ajudará certamente a reduzir o risco de suicídio na velhice.

À semelhança de outras perturbações mentais, os fatores de risco para a ocorrência de depressões podem ser de três tipos: biológicos, psicológicos e sociais.

Dos fatores biológicos destacamos os seguintes: a presença de doenças crônicas e as limitações funcionais daí decorrentes; o declínio cognitivo, que pode resultar quer de uma estimulação inadequada quer da deterioração neurológica; atividade física reduzida e diversos hábitos de vida, entre os quais o consumo excessivo de álcool. A realização de testes pode revelar-se útil para excluir problemas comuns suscetíveis de provocarem o apare-

cimento de sintomas depressivos, como a anemia, o hipotireoidismo, a diabetes ou um déficit de vitamina B12.

Os fatores de risco psicológicos suscetíveis de influenciarem o aparecimento de depressões em idade avançada não são específicos da população idosa. A exposição a acontecimentos de vida particularmente stressantes (viuvez, morte de um filho, doença grave do próprio ou de um ente querido, reforma...) pode, no entanto, aumentar a probabilidade de emergência de formas antigas ou novas de depressão. O impacto destes acontecimentos de vida negativos será tanto mais sentido quanto mais cumulativo for, ou seja, aumentando a ocorrência simultânea de acontecimentos negativos (doença grave e hospitalização, por exemplo), aumenta a probabilidade de depressão. Todavia, a história prévia de manifestação de sinto-



mas ou mesmo de perturbação depressiva parece ser o fator de risco psicológico mais evidente: a probabilidade de sofrer de depressão na velhice é duas a quatro vezes mais elevada em pessoas que já experimentaram um episódio depressivo no passado.

Os fatores de risco sociais são provavelmente os mais estudados e, apesar de não serem exclusivos da velhice, podem ser mais comuns na idade avançada. Diz-nos Daniela Gonçalves que “aspetos quantitativos da rede social, como por exemplo a frequência de contactos sociais e o número de pessoas disponíveis para providenciar suporte quando necessário, estão associados ao desenvolvimento de depressões em idosos. Inversamente, a participação em práticas religiosas, dado aumentar as oportunidades de interação social, pode funcionar como um fator protetor”⁴.

Finalmente, quando pensamos em fatores de risco para o desenvolvimento de depressões temos de pensar que a relação entre o risco e o impacto é bidirecional, ou seja, certos fatores de risco podem aumentar a probabilidade de desenvolvimento de uma depressão e esta condição pode acabar por reforçar esses mesmos fatores. Dois exemplos: (i) a solidão está associada ao desenvolvimento de depres-

sões e estas, por sua vez, podem conduzir a um maior isolamento social que predispõe à solidão; (ii) se por um lado a presença de sintomas depressivos pode ser explicada como uma reação às mudanças desencadeadas pela diminuição de competências cognitivas, por outro lado essa mesma diminuição pode ser uma consequência da exposição a sucessivos episódios depressivos.

Claro que o fator *traços de personalidade* deve igualmente ser realçado, o que ajuda a explicar porque é que face a um mesmo conjunto de fatores, alguns idosos desenvolvem depressão e outros não... Apesar do declínio cognitivo ou alguns acontecimentos de vida serem esperados à medida que se envelhece, a probabilidade de aparecimento de sintomas depressivos aumenta em pessoas que apresentam certos traços de personalidade, especialmente a importância dada ao controlo da sua própria vida. Por exemplo, a perda de mobilidade pode fazer com que a pessoa sinta que, não podendo movimentar-se livremente, a vida deixa de fazer sentido e se isole dos outros, reduzindo progressivamente a interação social e fomentando o aparecimento de sintomas depressivos.

No entanto, hoje sabe-se que os diagnósticos de *depressão major*, a mais preocupante das várias formas

de depressão, representam apenas uma pequena fração dos diagnósticos em pessoas idosas, pois requerem um grau de gravidade que não é frequente encontrar em idades mais avançadas. Trata-se de um dado importante, pois contraria a ideia feita de que a “mais idade” corresponderia “mais depressão”. Apesar das pessoas idosas sofrerem perdas de papéis significativas (reforma, viuvez), de apoio emocional (morte de amigos e familiares, isolamento e solidão) e de poder económico, os estudos não relacionam diretamente estas perdas com o aumento da depressão.

Aparentemente, mesmo sob condições desfavoráveis, as pessoas idosas, em particular, esforçam-se por manter a satisfação com a vida.

Como tratar a depressão em idosos? As intervenções para a sintomatologia depressiva podem agrupar-se em três categorias: psicológicas, farmacológicas, e alteração de hábitos de vida. Mas os objetivos de qualquer tratamento da depressão devem contemplar todos os aspetos da vida da pessoa idosa e não incidir apenas nos sintomas depressivos; a promoção da qualidade de vida e da autonomia funcional são, a este nível, medidas essenciais.

O tratamento de uma depressão

numa pessoa idosa deve rodear-se de alguns cuidados especiais, sobretudo quando o idoso apresenta um comportamento agitado ou corre o risco de levar a cabo uma tentativa de suicídio, situações em que o internamento pode ser necessário. De resto, o plano de tratamento deve ser acordado com a pessoa, e as diferentes modalidades de intervenção articuladas entre si, procurando evitar-se o reaparecimento da doença. Infelizmente, muitos tratamentos limitam-se à prescrição de medicamentos antidepressivos, que, sendo úteis em alguns casos, não podem resumir o tratamento da depressão. A intervenção psicológica, através de modalidades terapêuticas diferenciadas e ajustadas a cada pessoa, e a promoção de um estilo de vida mais ativo e socialmente comprometido, são estratégias de tratamento da depressão tão válidas quanto a farmacológica e que necessitam de ser devidamente valorizadas.



4. Cognição e atividade

A nossa capacidade para pensar e recordar está na base daquilo que somos como pessoas.

As pessoas que atualmente têm 70/75 anos de idade são comparáveis, sob o ponto de vista cognitivo, às pessoas que tinham 65 anos há quarenta anos atrás: os idosos de hoje têm mais reservas cognitivas e usam-nas melhor.

Quer vivam em lares de idosos quer nas suas casas, é essencial que as pessoas idosas tenham acesso a estratégias adequadas de estimulação mental.

Quanto mais estimulado for o cérebro, mais preservadas e por mais tempo as suas capacidades vão manter-se.

Por norma, o envelhecimento provoca um abrandamento das capacidades cognitivas: as pessoas idosas continuam capazes de resolver a generalidade das tarefas ligadas à aprendizagem, ao raciocínio e à memória, demoram é mais tempo a fazê-lo.

Para fazer face à evolução desfavorável do funcionamento cognitivo à medida que se envelhece, três medidas principais devem ser consideradas: preservação do funcionamento sensorial (visão e audição), treino das capacidades cognitivas, promoção da atividade física.





“Penso, logo existo”, escreveu o filósofo francês Descartes há já mais de 300 anos, afirmação que hoje continua válida e com especial pertinência quando pensamos no funcionamento cerebral das pessoas mais velhas. À medida que envelhecemos desejamos continuar autônomos e saudáveis, deslocarmos de um lado para o outro sem dificuldades, sentimo-nos felizes e manter boas e frequentes relações com familiares e amigos. E, acima de tudo, desejamos manter em bom estado o pensamento, o raciocínio e a memória.

A par da saúde, com efeito, aquilo que as pessoas mais receiam perder com a velhice são as suas capacidades cognitivas. Sermos capazes de pensar e de recordar está no centro daquilo que somos enquanto pessoas; perder essa capacidade significa um corte com os outros e com o mundo, uma irremediável perda de identidade. É por isso que é tão importante prevenir o declínio cognitivo associado ao envelhecimento e promover uma estimulação adequada do funcionamento mental antes e durante a velhice. Vejamos como.

O cérebro é como uma fábrica: produz conhecimento. E há duas maneiras de testar o funcionamento dessa fábrica: uma é verificar a qualidade das máquinas que nela operam (com que velocidade e com que fiabilidade é que trabalham) e a outra é verificar os produtos depositados no respetivo armazém (inspecionando a quantidade e a qualidade desses mesmos produtos). O mesmo se passa com o cérebro: se pretendemos avaliar como é que ele está a funcionar podemos solicitar à pessoa que produza novos conhecimentos e reflexões, ou então podemos pedir-lhe que nos fale daquilo que já sabe.

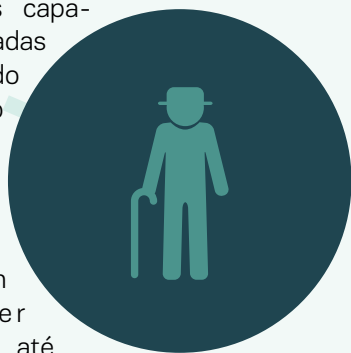
Ora, hoje sabemos que o armazém do conhecimento acumulado envelhece de forma bastante favorável: a grande maioria das informações verdadeiramente importantes que estão retidas na nossa memória, incluindo competências verbais e numéricas, permanece em boas condições até idades muito avançadas. O mesmo já não sucede, porém, quando se trata de produzir informação nova; à medida que envelhecemos o funcionamento da máquina cerebral é mais lento e menos apurado. Na maioria das pessoas, a atividade cognitiva – aquilo que nos permite raciocinar, organizar o pensamento e memorizar – já nunca mais terá uma qualidade durante a

velhice idêntica à que tinha durante a juventude e grande parte da idade adulta. Associada ao envelhecimento parece haver, de facto, uma diminuição da capacidade de resposta, mas mais em termos de velocidade do que propriamente em termos de conteúdos: os idosos continuam capazes, demoram é mais tempo a resolver as tarefas, ou seja, há uma espécie de abrandamento cognitivo. Por exemplo, no que diz respeito à memória, na ausência de doenças de tipo cérebro-vascular a norma é que os idosos estejam perfeitamente capazes de evocar e utilizar informação corrente tão bem quanto os adultos mais novos, demorando contudo mais tempo a evocar a informação memorizada.

Este aspeto tem menos importância do que à partida parece, pois se é verdade que o funcionamento cerebral na velhice não é tão rápido nem tão eficaz do que em idades mais jovens, também é verdade que numa fase mais avançada da vida não se exige a esse mesmo cérebro a realização de tarefas tão complexas nem de desempenho tão rápido quanto anteriormente. Mantendo um nível de saúde, no mínimo, satisfatório, a capacidade cognitiva que a maioria das pessoas idosas dispõe será perfeitamente suficiente para responder de forma adequada ao que lhe é pedido e algu-

mas serão inclusivamente capazes de apresentar um funcionamento mental acima do expectável (tal como, noutro domínio, a maioria das pessoas será perfeitamente capaz de fazer uma caminhada enquanto outras ainda conseguirão correr a maratona).

É hoje consensual, então, a existência de diferenças nas capacidades cognitivas entre pessoas mais novas e pessoas mais velhas, favorecendo as primeiras. No entanto, não é fácil afirmar com segurança quando é que o declínio das capacidades começa e qual o seu impacto, pois quer a idade quer a magnitude desse declínio são diferentes de pessoa para pessoa e consoante as capacidades consideradas. Por exemplo, as capacidades ligadas ao uso do vocabulário e conhecimentos anteriormente apreendidos podem permanecer estáveis ou até melhorar ao longo da maior parte da vida, declinando em idades já muito avançadas (após os 80/85 anos), enquanto outras capacidades, ligadas ao raciocínio e à resolução de problemas, iniciam



o seu declínio muito mais cedo. No que respeita à aprendizagem, o tempo necessário para a aprendizagem de informação nova aumenta e crescem, sobretudo, as dificuldades de aprendizagem de conteúdos sem relação direta com conhecimentos previamente adquiridos. Quanto à memória, o declínio da memória a longo prazo não parece ser um fenómeno característico do envelhecimento; bem pelo contrário, a haver declínio parece ser a memória a curto prazo aquela que sofre mais com o avanço da idade (a pessoa pode não se lembrar do que jantou ontem mas recorda-se perfeitamente do que comeu no dia do casamento há 50 anos atrás).

Claro que não pode ser esquecida na evolução destas diferentes capacidades a grande variabilidade que poderá existir de pessoa para pessoa, atendendo à escolaridade, ao uso dado às capacidades ao longo da vida e, claro, ao estado de saúde à medida que se envelhece. Por outro lado, há limites para a eficácia do desempenho cognitivo: é praticamente inevitável que à “4ª idade” corresponda uma diminuição global das capacidades cognitivas, tendência que não se restringe apenas ao domínio cognitivo mas que se estende à generalidade do funcionamento psicológico. Por exemplo, com o eventual apareci-

mento de uma demência a capacidade cognitiva fica irremediavelmente comprometida, sobretudo a capacidade para construir novas memórias. Ainda assim, nas fases iniciais da demência, é possível que a pessoa consiga evocar algum do conhecimento adquirido e guardado no armazém da memória, o que em muito a ajudará a sentir-se uma igual e não uma estranha.

Estudos importantes neste domínio levados a cabo por investigadores como Schaie, Salthouse ou Baltes, permitem-nos afirmar que, sob o ponto de vista das capacidades cognitivas, as pessoas que atualmente têm 70/75 anos de idade são comparáveis às pessoas que tinham 65 anos há quarenta anos atrás, ou seja, os idosos de hoje têm mais reservas cognitivas (pensamento, memória, raciocínio, aprendizagem...). Não é que o cérebro tenha aumentado de tamanho, a diferença está no conjunto de van-



tagens que as pessoas adultas e idosas têm atualmente ao seu dispor (melhor saúde, acesso mais fácil à cultura, mais literacia, escolaridade mais elevada...) para desenvolverem as suas capacidades cognitivas de forma quase ilimitada, assim a sua condição de saúde o permita. Isto não significa, contudo, que o declínio conginitivo não aconteça; do ponto de vista neurológico ele acontece, mas o seu impacto parece ser mediado precisamente pelos fatores sociais, psicológicos, comportamentais e de saúde a que antes fizemos referência.

Ou seja, se a diminuição de capacidades de tipo conginitivo não se encontra ligada simplesmente à idade cronológica, é de admitir que esteja ligada a fatores como a saúde, o estilo de vida, a educação e a posição social que as pessoas ocupam.

A adoção de medidas compensatórias para fazer face a uma evolução desfavorável do funcio-

namento conginitivo à medida que se envelhece é imprescindível para combater a conceção fatalista de que à velhice corresponde a perda global de capacidades conginitivas. De entre essas medidas, destacamos aqui as seguintes: atenção ao funcionamento sensorial (visão e audição), treino das capacidades conginitivas e promoção da atividade física.

Há uma relação muito significativa entre o funcionamento conginitivo e o funcionamento sensorial, estando o empobrecimento deste último diretamente ligado à diminuição da cognição em idades mais avançadas. Aliás, há dados de investigação que sugerem que a visão e a audição exercem maior influência sobre o funcionamento conginitivo do que aspetos como a educação ou a classe social. Na verdade, para aprender, pensar ou recordar, precisamos de ver e de ouvir, e quanto mais apurados estiverem os nossos órgãos dos sentidos melhor e mais facilmente o cérebro será capaz de desempenhar as tarefas que constantemente lhe pedimos para executar.

Apesar de não haver certezas absolutas acerca do papel positivo do treino das capacidades ao nível do desempenho conginitivo, as capacidades conginitivas que são devidamente estimuladas e exercitadas



tendem a sofrer um declínio mais tardio e menos acentuado do que as capacidades não treinadas. O exercício da inteligência, do raciocínio e da memória, parece assim ser imprescindível para a sua manutenção no decurso do envelhecimento. Pessoas idosas que se envolvem em atividades estimulantes sob o ponto de vista cognitivo têm uma vida mais rica e, na realidade, pouco importa se é Bingo ou Literatura: o que importa é manter o cérebro ocupado e sentir prazer com as atividades realizadas. Muita da satisfação que se tem com a vida durante a velhice decorre do envolvimento em atividades significativas para a pessoa e que ocupam simultaneamente o corpo e a mente.

A existência de uma relação positiva entre a atividade física e as capacidades cognitivas dos idosos é atualmente uma das hipóteses mais exploradas neste domínio. De facto, os idosos que praticam atividade física regularmente apresentam em regra melhores resultados em medidas de raciocínio, memória e tempo de reação (velocidade de resposta). Para além disso, a realização de exercícios adequados à condição das pessoas idosas permite alcançar melhorias significativas a outros níveis, tanto de natureza física (saúde cardiovascular, força, mobilidade, equilíbrio) como

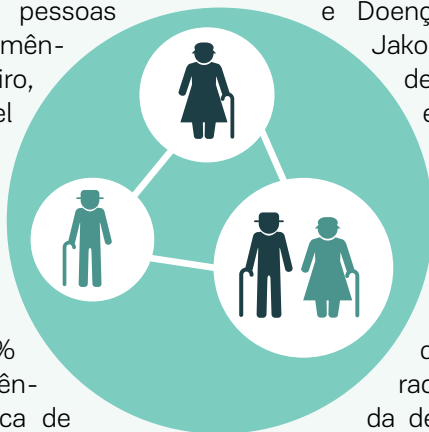
psicológica (humor, redução do stresse), contribuindo globalmente para uma melhoria da qualidade de vida. Infelizmente, a perda de vigor associada ao envelhecimento é função do estilo de vida sedentário adotado por muitos idosos, refletindo-se numa diminuição acentuada da circulação sanguínea cerebral e num desempenho cognitivo mais pobre.

Estima-se que as pessoas mais velhas passem cerca de 75% do seu dia acordadas na posição de sentadas, mais do que qualquer outro grupo. Quanto mais velhos vamos ficando, mais sentados permanecemos. Longos períodos nesta posição estão associados a uma saúde mais pobre, independentemente do que fizermos no resto do dia. Estudos recentes sublinham que permanecer sentado mais do que três horas por dia pode reduzir a esperança de vida até dois anos, o que não é difícil de acontecer se pensarmos no número de horas que as pessoas idosas passam diariamente em frente à televisão, seja em casa, no centro de dia ou no lar de idosos. Combater o sedentarismo da população idosa é, por isso, um imperativo!

5. A demência

Dado o crescimento do número de pessoas com mais de 80 anos, as demências constituem um dos problemas de saúde mais desafiantes da atualidade. Infelizmente, nem todas as pessoas que sofrem de demência são bem diagnosticadas. Um diagnóstico atempado e correto permite a adoção de medidas dirigidas ao doente e aos cuidadores, que poderão ajudá-los a lidar com a evolução da doença de uma forma mais planejada, segura e com benefícios para ambos. A demência evolui de uma forma relativamente previsível (perda de memória, perturbações da linguagem, distorção perceptiva, alterações emocionais, desinibição, visão narcísica do mundo), mas há diferenças no modo como cada pessoa perde algumas capacidades e mantém outras: é fundamental respeitar estas diferenças na evolução na doença! As alterações da memória são muito sensíveis, começando na memória de curto prazo e atingindo as memórias mais antigas, levando finalmente a pessoa a não se reconhecer sequer a si própria. Não há cura para as demências, pelo que qualquer medida – de prevenção ou de tratamento – que atrase o início ou a evolução da demência, adquire uma enorme relevância.

Com o envelhecimento geral das populações a constituir a norma e não a exceção, é inevitável o aumento do número de doenças crónicas diagnosticadas, particularmente de demências. Atualmente, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, uma demência é diagnosticada a cada quatro segundos e calcula-se que existam 35,6 milhões de pessoas que sofrem de demência no mundo inteiro, sendo expectável que este número praticamente duplique nos próximos vinte anos. A demência de Alzheimer representa mais de 60% de todas as demências, afetando cerca de 3% da população dos 65 aos 69 anos e subindo até aos 30% na população acima dos 85 anos. Em Portugal, estima-se que o número de pacientes com demências ronda os 153.000, dos quais 90.000 com doença de Alzheimer. Também aqui prevê-se uma duplicação destes números até 2020. Trata-se de uma situação, no mínimo, preocupante, tendo em conta que a demência de Alzheimer representa, na atualidade, a principal causa de dependência nos idosos com o



consequente cortejo de sobrecarga para as famílias, cuidadores e sistemas de saúde e segurança social⁵.

A “demência” é um termo genérico para um grupo de perturbações cerebrais que inclui várias manifestações clínicas: Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência Mista, Demência por Corpos de Lewy, Demência Frontotemporal, e Doença de Creutzfeldt-Jakob. Os sintomas da demência podem ser estáticos ou progressivos, dependendo do tipo de doença e do modo como é tratada. Quer ocorra repentina ou gradualmente, a característica principal da demência é o declínio das funções intelectuais, interferindo significativamente na vida social e nas atividades diárias. Sendo verdade que a idade constitui um fator de risco para a demência, é importante sublinhar que a demência não faz parte do envelhecimento normal, ou seja, não é pelo facto de se ter uma idade avançada que se vai sofrer, inevitavelmente, de demência. A demência progride de um modo habitualmente reconhecível: perda de memória, perturbações da linguagem, dis-

torção perceptiva, alterações emocionais, desinibição, visão narcísica do mundo. Existem, no entanto, diferenças significativas no modo como cada um perde algumas capacidades e mantém outras. É por isso fundamental avaliar e respeitar cada forma – pessoal – de evolução na doença.

Como dissemos, a demência de Alzheimer é a forma mais comum de demência. Inicia-se de modo lento e progressivo, com diminuição da memória (amnésia e incapacidade para aprender informação nova), perturbação de outras áreas da cognição (linguagem, reconhecimento e identificação de objetos, planeamento, organização e abstração) e outras manifestações neuropsiquiátricas suscetíveis de provocar alterações na funcionalidade, que comprometem a vida ocupacional, relacional e social. À medida que a demência de Alzheimer progride para estádios mais avançados, as repercussões tornam-se mais severas para a vida das pessoas doentes e seus cuidadores, muitas vezes cônjuges igualmente idosos (calcula-se que 75% destes cuidadores sofram de depressão ocasional).

De uma forma resumida, as manifestações clínicas da demência de Alzheimer podem ser assim sistematizadas: neuropsicológicas

(alterações na memória e na linguagem, dificuldade em encontrar palavras ou manter uma linha de pensamento, dificuldades no reconhecimento e identificação de objetos, e na capacidade de execução); neuropsiquiátricas (apatia, depressão, ansiedade e agitação, euforia e desinibição, e perturbações de sono); atividades de vida diária (dificuldades no desempenho de atividades quotidianas, primeiro das mais complexas como planear refeições ou tratar das finanças pessoais, e numa fase mais avançada também dificuldades no desempenho de atividades básicas, como lavar-se ou vestir-se). De particular impacto são as alterações da memória: inicialmente ao nível da memória de curto prazo e, à medida que a doença progride, atingindo as memórias mais antigas, acabando a pessoa por desconhecer os familiares ou objetos simples, e finalmente não se reconhecendo sequer a si próprio.

O desenvolvimento da demência de Alzheimer, embora de evolução lenta e progressiva, pode ser descrito de modo faseado: primeiro pela alteração da memória; numa fase intermédia por alterações comportamentais; numa fase terminal por alterações motoras, a que corresponderá um estado de dependência. Normalmente, quando o diag-

nóstico de demência de Alzheimer é feito, já se verificam alterações clínicas com alguns anos de duração, sendo o seu reconhecimento precipitado por um acontecimento de vida significativo (viuvez) ou por uma mudança no quotidiano (mudança de residência). É aqui particularmente relevante a morte do cônjuge saudável, pois com ela quebra-se um equilíbrio de interação entre o casal que ocultava défices que por vezes só se tornam especialmente evidentes aos olhares externos, quando o membro doente fica entregue a si mesmo.

O diagnóstico precoce da demência de Alzheimer é de extrema importância, facilitando o controlo mais eficaz possível dos sintomas cognitivos e comportamentais da doença, com implicações para a vida dos doentes e respetivos cuidadores. Ao permitir a manutenção destes doentes durante mais tempo em fases precoces da demência, adia-se a necessidade de intervenção especializada e atrasa-se uma eventual institucionalização, com benefícios evidentes para todos.

Num primeiro momento este diagnóstico não é fácil – o doente tende a disfarçar os seus défices e as famílias receiam a identificação da doença, desvalorizando sintomas relevantes. Porém, hoje é possível diagnosticar uma demência

de Alzheimer numa fase inicial da doença com um grau de precisão assinalável. Para tal utilizam-se testes e escalas normalizados, sendo imprescindível a elaboração inicial de uma história clínica completa, onde se registem o início e a progressão da doença e das modificações de funcionalidade entretanto observadas. É igualmente indispensável a realização de um exame físico e neurológico rigoroso, tendo em consideração que várias causas de demência podem coexistir em simultâneo. Meios auxiliares mais complexos, como é o caso da imagiologia, podem igualmente revelar-se úteis, em determinadas circunstâncias em que o diagnóstico de demência de Alzheimer não surge logo como evidente. Finalmente, como alguns dos sintomas referidos estão também presentes noutras doenças, é fundamental diferenciar se estamos efetivamente na presença de uma demência ou de outros quadros clínicos, nomeadamente, depressão, delirium, efeitos de medicamentos, ou défice de estimulação (neste caso devido a institucionalização prolongada ou a privação de audição e/ou visão).

Uma vez que ainda não existe cura para as demências, qualquer medida que atrase o início ou a evolução da demência de Alzheimer adquire uma enorme relevância

e daí ser tão importante a necessidade de prevenção ou, pelo menos, de adiamento da progressão da doença. Atualmente, a prevenção centra-se quer em factores de risco fisiológico (sobretudo ao nível vascular), quer em fatores psicossociais e de estilo de vida. Todavia, a forma como estes fatores intervmem no aparecimento e desenvolvimento das demências é ainda mal conhecida, pelo que a avaliação e intervenção multidimensional – sob o ponto de vista psicossocial mas também sob o ponto de vista farmacológico, recorrendo aos anti-demenciais e psicofármacos – permanece a abordagem mais adequada e recomendável.

6. A “3ª idade” e a “4ª idade”

Geralmente, após os 80 anos de idade, verifica-se uma trajetória negativa nas várias dimensões do funcionamento físico e mental.

Apesar de haver uma heterogeneidade muito grande, a “4ª idade” está associada a um maior risco de incapacidade e dependência por comparação com a “3ª idade”.

Na “4ª idade”, o perfil de funcionalidade vai sendo cada vez mais negativo e poucas funções permanecem robustas.

A probabilidade das pessoas apresentarem múltiplos problemas crónicos é quase cinco vezes mais elevada do que na “3ª idade”.

Face a situações de dependência, é necessário otimizar o meio físico e social em que se vive, tendo em vista promover a qualidade de vida da pessoa que envelhece.

Um desafio para o nosso futuro coletivo: juntar forças de diferentes naturezas (políticas, científicas, sociais) para desenvolver uma cultura de cuidado relativamente às pessoas muito idosas, mais frágeis e dependentes.

Embora seja verdade que as presentes e futuras gerações podem esperar viver mais anos do que as gerações anteriores, que **qualidade de vida** poderemos experimentar nesses últimos anos das nossas vidas? Por um lado, a maioria das pessoas acredita que uma maior longevidade será caracterizada por uma boa qualidade de vida, resultante da capacidade humana para prevenir, retardar ou mesmo controlar os processos de envelhecimento. Mas há também quem encare o aumento de longevidade com o receio de que esses “anos a mais” de vida venham acompanhados por fragilidades e insuficiências de variada ordem, múltiplas doenças, perda de autonomia e risco de perda de identidade pessoal.

Ambos os pontos de vista podem, no entanto, estar corretos. A velhice não é uma condição de vida homogênea e pode envolver várias fases, apresentando cada fase qualidades diferentes. Por exemplo, quanto ao modo como a pessoa envelhece podemos distinguir entre envelhecimento primário, ou normal, e envelhecimento secundário, ou patológico. Também Baltes e Smith⁶ consideraram ser útil proceder a uma distinção entre diferentes “idades da velhice”, tendo proposto a existência de uma “3ª idade” claramente diferenciada de uma

“4ª idade”. Tendo em consideração que o ciclo de vida máximo de uma pessoa pode variar entre os 80 e os 120 anos de vida, as transições individuais para a “4ª idade” podem ocorrer em idades muito diferentes (60 anos para algumas pessoas, 90 anos para outras).

Se à 3ª idade estão atualmente associadas “boas notícias”, à “4ª idade” vêm associadas “notícias não tão boas assim ou mesmo más” – “perdas consideráveis no potencial cognitivo e na capacidade de aprendizagem; aumento de sintomas de stress crónico: considerável prevalência de demências (cerca de 50% aos 90 anos de idade); níveis elevados de fragilidade, disfuncionalidade e multimorbilidade”⁷.

Em termos gerais, as pessoas idosas na “3ª idade” apresentam uma elevada plasticidade e, nessa medida, mostram uma capacidade admirável para lidar com a maioria das perdas que vão ocorrendo (mesmo no plano biológico e da saúde). No entanto, geralmente após os 80/85 anos de idade, é de esperar que se verifique uma trajetória negativa em várias dimensões do funcionamento físico e mental. Apesar da existência de uma heterogeneidade muito grande em termos de funcionalidade, há um declínio generalizado das capacidades na “4ª idade” que compromete

e coloca em risco o funcionamento individual por comparação com a “3ª idade”. Assim, na “4ª idade”, todos os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direção a um perfil cada vez mais negativo; poucas funções permanecem robustas e esta tendência acentua-se quando à idade é ainda associada a ocorrência de doenças. A probabilidade de classificação da “4ª idade” como um grupo de pessoas caracterizado por múltiplos problemas crônicos é quase cinco vezes mais elevada para os muito idosos do que para os idosos mais novos.

Estes dados refletem a necessidade de se olhar para a velhice como um período da existência humana que comporta desafios e dilemas. De **desafios** na medida em que é imprescindível juntar forças de diferentes naturezas (políticas, científicas, sociais) para desenvolver uma cultura positiva e alargada de cuidados relativamente à velhice e às pessoas idosas, diferenciando a prestação desses mesmos cuidados em função das necessidades individuais. Por exemplo, face a situações de incapacidade e dependência, é imprescindível otimizar o meio físico e social em que se vive, tendo em vista promover a qualidade de vida da pessoa que envelhece. Os lares de idosos e outras

medidas de cuidado formal, como o apoio domiciliário, devem responder à necessidade de ser estabelecido um equilíbrio entre ganhos e perdas que seja o mais possível favorável para a pessoa idosa.

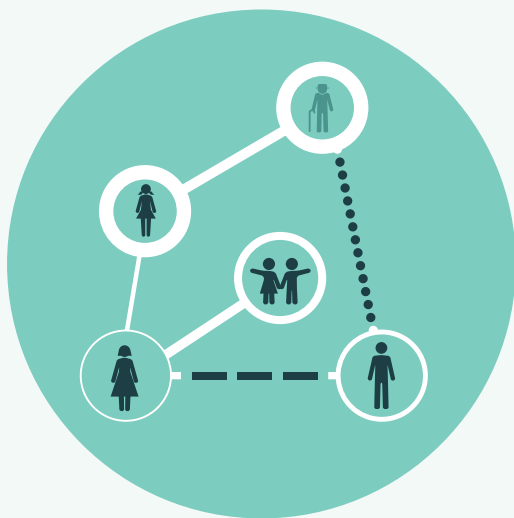
De **dilemas** na medida em que as evidências relativas à “4ª idade” chamam a atenção para novas realidades e sugerem novas perspetivas acerca de um conjunto de questões de natureza médica, psicossocial e ética relativas ao envelhecimento. Na verdade, não podemos unicamente olhar para as “boas notícias” da “3ª idade”, é preciso também atender às “notícias não tão boas assim” ou mesmo “más” relativas à “4ª idade” acerca das dificuldades crescentes que as pessoas sentem para fazer face às perdas e incapacidades que, inevitavelmente, se observam na fase final do ciclo de vida.

Tendo em conta que, nos países desenvolvidos do ocidente, o grupo dos muito idosos (acima dos 80 anos) é aquele que atualmente apresenta, em termos percentuais, o crescimento mais acentuado, um dilema essencial coloca-se à sociedade em termos da forma como encara a vida humana na sua fase terminal e a própria “cultura da velhice”. A tentação de estender os limites do envelhecimento de forma artificial pode revelar-se mais

prejudicial do que benéfico para a dignidade pessoal. Para além dos traços de disfuncionalidade física, verifica-se com frequência um aumento acelerado de mortalidade psicológica no decorrer da “4ª idade”, colocando em risco a expressão de características preciosas do funcionamento humano, como a intencionalidade, a identidade pessoal, o controlo sobre a própria vida e sobre o futuro, bem como a possibilidade de viver e morrer com dignidade.

Isto significa, no fundo, que de-

vemos ter a consciência de que o ciclo de vida comporta um carácter finito, não propriamente em termos de um “fim previsível” (o aumento da longevidade do ser humano mostra que o desenvolvimento não cessa nesta ou naquela idade pré-determinada), mas em termos de uma acentuada diminuição do potencial de desenvolvimento (muito variável de pessoa para pessoa e mesmo, em cada pessoa, de sistema para sistema), devido a fatores simultaneamente biológicos e evolutivos.

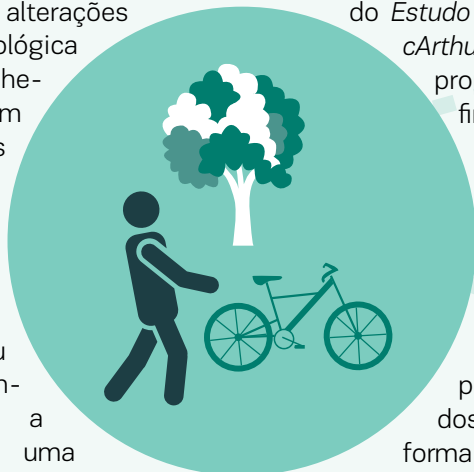


7. Saúde e bem-estar psicológico

Há elos que ligam a mente e o corpo durante a velhice: alterações da função imunológica durante o envelhecimento podem estar associadas a um aumento do risco para se desenvolver doenças e as repercussões de uma doença, mesmo não sendo grave, afetam a pessoa idosa também sob o ponto de vista psicológico. O envelhecimento bem-sucedido – que todos desejamos alcançar! – traduz a habilidade para combinar e manter três comportamentos ou características essenciais: (i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (ii) funcionamento físico e mental elevado; (iii) envolvimento ativo com a vida. O envelhecimento bem-sucedido começa a preparar-se muito antes da velhice, através da adoção de estilos de vida adequados. Para além de cuidar de si mesmo, física e mentalmente, o que ajuda a envelhecer bem? A participação em atividades variadas, profissionais e/ou extra-profissionais; a abertura aos outros e a novas experiências; dar atenção à vida interior; reforçar as ligações familiares e com a comunidade envolvente.

A saúde não é, por si só, condição de felicidade, mas a sua ausência provoca sofrimento e quebra no bem-estar. Como se pode constatar em inúmeras investigações feitas a propósito de diferentes doenças, sabe-se que as alterações da função imunológica durante o envelhecimento podem estar associadas a um aumento do risco para se desenvolver doenças infecciosas, auto-imunes ou malignas, apontando-se para a existência de uma possível e provável relação entre as doenças ligadas ao envelhecimento e as funções do sistema imunológico.

Para além da probabilidade de morrer aumentar com o passar dos anos, as repercussões de uma doença, mesmo não sendo mortal nem particularmente debilitante, são com frequência maiores para o idoso do que para o adulto jovem. Por exemplo, uma fratura do fêmur na sequência de uma queda acarreta para a pessoa idosa consequências nefastas em vários sistemas fisiológicos devidas à imobilização temporária e pode mesmo deter-



minar uma incapacidade definitiva de locomoção, o que não é provável que aconteça com um jovem que sofra idêntica fratura.

Em 1987, na sequência dos primeiros resultados apurados através do *Estudo da Fundação MacArthur*, Kahn & Rowe propuseram uma definição de “envelhecimento normal” como um estado não patológico, distinguindo contudo duas formas de envelhecer com base na competência funcional dos indivíduos: (i) uma forma “habitual/usual”, não patológica mas de alto risco; (ii) uma forma “bem-sucedida”, de baixo risco e com elevado potencial de funcionamento. Uma década depois, os mesmos investigadores aprofundaram a ideia de “envelhecimento bem-sucedido”, defendendo que o envelhecimento bem-sucedido traduz a habilidade para combinar e manter três comportamentos ou características essenciais: (i) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (ii) funcionamento físico e mental elevado; (iii) envolvimento ativo com a vida. Somente a combinação destas três caracte-

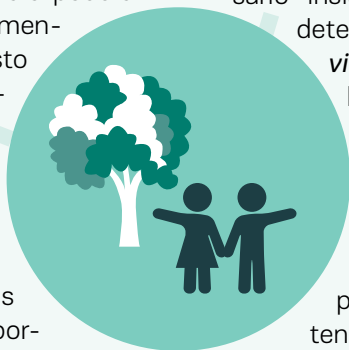
rísticas será capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido, registando-se uma hierarquia entre as referidas três componentes: a ausência de doença torna mais fácil a manutenção do funcionamento físico e mental, e este, por sua vez, facilita (mas não garante) um envolvimento ativo com a vida.

Note-se que o evitamento da doença e incapacidade refere-se não apenas à presença ou ausência de doença, mas igualmente à presença ou ausência de fatores de risco geradores de doença e incapacidade. É por isso que é fundamental promover a saúde e não apenas prevenir a doença, sendo este um dos “segredos” que mais poderá favorecer o envelhecimento bem-sucedido. Isto significa que a promoção da saúde poderá e deverá começar antes de se atingir a velhice, não obstante lidarmos aqui com um problema acrescido: as iniciativas e os comportamentos adotados durante a vida adulta que promovem efeitos positivos em termos de promoção da saúde (não fumar, ter uma alimentação cuidada, praticar exercício físico, etc.) não podem andar unicamente ligados à promessa de que tal vai corresponder a uma ve-



lhice melhor. Se assim for, a pessoa poderá facilmente desinteressar-se da adoção de comportamentos preventivos, pois poderá suceder que a morte ocorra antes da pessoa experimentar os efeitos desses mesmos comportamentos. Daí que tão importante como falar em promoção da saúde seja necessário insistir na influência que determinados **estilos de vida** provocam sobre o bem-estar psicológico, antes e durante o envelhecimento.

As implicações diretas da alteração do bem-estar psicológico podem ser constatadas tendo em consideração o modo como a pessoa idosa lida com as exigências inerentes às atividades de vida diária (cuidados consigo próprio, em termos de alimentação ou higiene), às atividades instrumentais de vida diária (ir às compras, ao médico), e às atividades por si valorizadas e que



possam ficar comprometidas pela doença (como passear ou ler). Na verdade, as pessoas idosas avaliam a sua situação de saúde em função das limitações que se produzem ao nível das atividades que valorizam, ou seja, quem valoriza a leitura avalia de forma mais negativa as limitações visuais, quem valoriza sair de casa e passear sente-se mais penalizado com as limitações motoras.

Mas sendo o envelhecimento tão diferenciado de pessoa para pessoa, haverá fatores comuns que permitam explicar porque é que algumas pessoas adoecem e outras não? Se, por um lado, parece fácil responder a esta questão – no fundo, ser feliz, saudável, autónomo e amado, não é aquilo que todos os seres humanos desejam para a sua velhice? –, por outro lado uma série de acontecimentos inevitáveis fazem com que por vezes seja muito difícil atingir aqueles objetivos. É sabido que perdas de variada ordem estão presentes no decurso do envelhecimento. Seja uma doença, deficiências funcionais, deterioração mental mais ou menos grave, problemas sociais ou familiares, redução da rede social, diminuição da autonomia, falta de apoio afetivo ou mesmo solidão, a morte de cônjuge, familiares ou pares, uma reforma mal administrada ou a sensação

de perda de utilidade social, todos estes acontecimentos acumulados podem contribuir para perturbar muitas pessoas idosas, aumentando a respetiva vulnerabilidade. Isto não significa, porém, que tais acontecimentos influenciam da mesma forma todas as pessoas ou devam ser vistos como algo que vai inevitavelmente provocar diminuição do bem-estar psicológico.

Assim, como permanecer saudável e “envelhecer bem” em tais condições? Um conjunto consensual de fatores parece efetivamente contribuir para promover, ou pelo menos conservar, o bem-estar psicológico no decurso do envelhecimento: a participação em atividades lúdicas, artísticas e culturais, a abertura a novas experiências, diversificar as atividades extra-profissionais (desde logo, antes da reforma), cultivar amizades, ser aberto aos outros, mas também dar atenção à vida interior e desenvolver a vida espiritual, sabendo parar para refletir e fazer uma avaliação da vida anterior e presente. Também podem ser importantes a eventual continuação, de outro modo e com outro ritmo, da atividade profissional anterior, a adesão a uma atividade nova (manual ou intelectual), a realização de viagens, o reforço das ligações familiares e a intensificação da vida relacional e associativa.

8. Personalizar a prestação de cuidados

A maioria das pessoas idosas sofre de vários problemas de saúde em simultâneo. Tratar cada doença isoladamente, para além de ser ineficaz, conduz à fragmentação da prestação de cuidados, com prejuízo para o bem-estar da pessoa.

É indispensável personalizar os cuidados prestados às pessoas idosas, evitando a normalização e prestando a cada pessoa o cuidado mais adequado face aos problemas específicos que apresenta e às suas características pessoais.

Numa instituição ou no seio da família, é desejável que a tomada de decisões relativa aos cuidados a prestar envolva sempre que possível o próprio idoso, atendendo também à sua vontade e aos seus desejos.

O direito a ser bem cuidado – isto é, cuidado de modo diferenciado – é seguramente um dos principais direitos da pessoa idosa!

Dado o aumento do número de idosos expectável para as próximas décadas, nunca como agora foi tão importante trabalhar ativamente no aperfeiçoamento dos serviços e cuidados prestados pelas estruturas residenciais para idosos.

Esse aperfeiçoamento tem um objetivo: personalizar a prestação de cuidados!

Sofrer em simultâneo de vários problemas de saúde é uma situação comum na velhice. Apesar do impacto da saúde no bem-estar individual ser bastante variável de pessoa para pessoa, é certo que ter de lidar com várias doenças ao mesmo tempo (multimorbilidade) provoca um stresse acrescido e reduz inevitavelmente a qualidade de vida. Para além disso, a multimorbilidade traz consigo um outro problema: a polimedicação. Com frequência, a cada problema de saúde corresponde a prescrição de um (ou mais) medicamentos, conduzindo a uma sobrecarga farmacêutica que, para além de potencialmente perigosa, pode ser de difícil gestão para a pessoa idosa, sobretudo quando ela apresenta já algum tipo de limitação cognitiva.

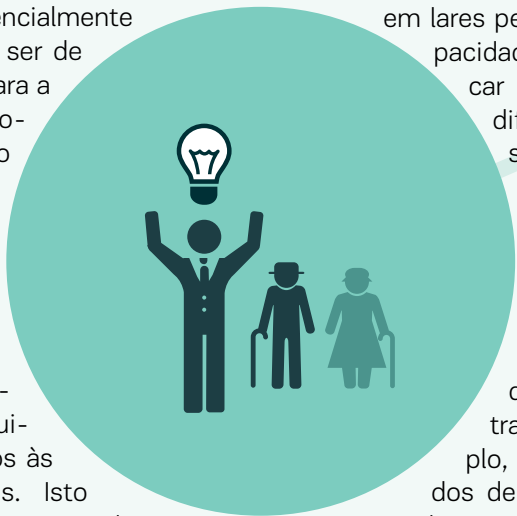
Por tudo isto é indispensável personalizar os cuidados prestados às pessoas idosas. Isto faz-se evitando a normalização, prestando a cada uma o cuidado mais adequado face aos problemas específicos que apresenta, respeitando as suas características

personais, e sobretudo não impondo a todas elas uma abordagem semelhante só porque têm necessidades aparentemente idênticas ou porque vivem juntas debaixo de um mesmo teto. E este direito fundamental aplica-se quer a pessoa viva e seja cuidada numa instituição, ou em casa pela sua família.

Atualmente, são sobretudo pessoas idosas sofrendo de vários problemas de saúde as que encontramos com maior frequência em lares de idosos e residências destinadas à 3ª idade. Largamente esquecidos pela sociedade e até pelas respetivas famílias, muitos residentes

em lares perderam já a capacidade de reivindicar cuidados mais diferenciados ou simplesmente de tomar decisões, dada a condição de fragilidade ou mesmo de incapacidade em que se encontram (por exemplo, devido a estados demenciais). Apesar da reputação nem sempre

muito positiva de que gozam as instituições de acolhimento a pessoas idosas, muitas esforçam-se genuinamente na tentativa de



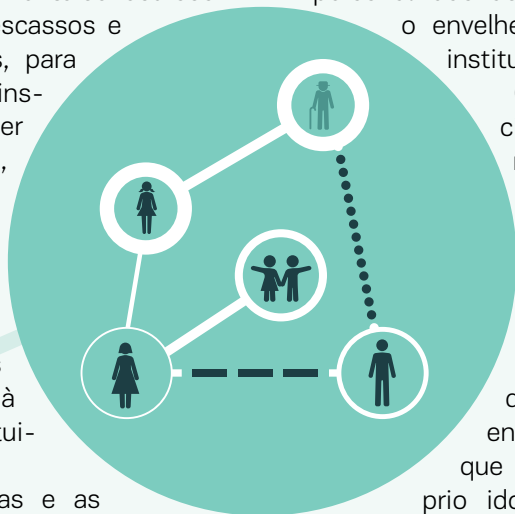
proporcionar o melhor cuidado possível a cada residente. Mas é verdade – e não apenas uma desculpa – que frequentemente os recursos humanos são escassos e mal preparados, para além de uma instituição, qualquer que ela seja, ser um espaço de interesses conflitantes, onde contrangimentos organizacionais se sobrepõem à missão da instituição.

Os problemas e as tensões não são menores no seio de muitas famílias, onde a pessoa idosa é tantas vezes encarada como um “peso” ou “sobrecarga”, acabando a prestação de cuidados por ser vista como uma “obrigação” motivada por razões sociais ou até económicas. A ocorrência de situações de negligência e de maus tratos a idosos no quadro familiar constitui um sério motivo de reflexão sobre a (falta de) capacidade de algumas famílias para cuidar dos seus idosos, questionando a bondade do discurso que privilegia sempre a família como o espaço ideal para se envelhecer. Apesar destes problemas, é inegá-

vel que o envelhecimento em casa apresenta maiores possibilidades de prestação de um cuidado mais personalizado ao idoso do que o envelhecimento numa instituição.

Quer o envelhecimento ocorra numa instituição ou no seio da família, é desejável que a tomada de decisões relativa aos cuidados a prestar envolva sempre que possível o próprio idoso, atendendo

também à sua vontade e aos seus desejos, e não unicamente ao que surge aos olhos dos cuidadores como a melhor coisa a fazer. É isto que significa personalização de cuidados. E se facilmente argumentamos com o facto de se tratar de uma perspectiva idealista, a verdade é que a nossa compreensão do que é uma pessoa – particularmente uma “pessoa idosa” – constitui a base para muita da nossa intervenção atual no campo da saúde e da assistência social. O abandono da visão clássica do idoso como alguém incapaz e desprovido de iniciativa e a sua substituição por uma visão em que o idoso é um cidadão



de pleno direito confere-lhe precisamente direitos comuns a qualquer outro cidadão, independentemente da sua idade e do seu estatuto social. E o direito a ser bem cuidado – isto é, cuidado de modo diferenciado – é seguramente um dos principais.

É verdade que, no limite, a demência pode comprometer a nossa individualidade, mas mesmo nessas situações nunca deixamos de ser uma pessoa. Em primeiro lugar, desde que nascemos até que morremos estamos sempre rodeados por uma história pessoal, que inclui a nossa família e o ambiente cultural e social em que vivemos. Uma boa parte do que nos torna únicos provém das interações sociais que estabelecemos no decurso da nossa existência e mesmo que já não nos consigamos reconhecer a nós próprios (como sucede nos estádios finais das demências), outros sabem quem nós somos e conferem-nos um sentido existencial que a nossa consciência eventualmente já não consegue evocar. Cuidar de uma pessoa idosa implica, necessariamente, prestar atenção não apenas ao idoso mas igualmente ao ambiente e às estruturas que o cercam, às pessoas que o rodeiam e que dele cuidam, que com ele se relacionam e que lhe dão valor, in-

dependentemente do estado em que ele se encontra.

É por isso que é tão importante dirigir um olhar de preocupação muito particular para as instituições de acolhimento a idosos. Para muitos, as residências e os lares de 3ª idade serão a única alternativa capaz de proporcionar cuidados 24 sobre 24 horas quando a velhice se instalar definitivamente e trazer consigo a incapacidade, em alguns casos a demência. Dado o aumento do número de idosos expectável para as próximas décadas, nunca como agora foi tão importante trabalhar ativamente no aperfeiçoamento dos serviços e cuidados prestados pelas estruturas residenciais para idosos.

Esse aperfeiçoamento tem um objetivo: personalizar a prestação de cuidados! Isto passa essencialmente por organizar os cuidados em torno das necessidades dos residentes e não com base nas conveniências e rotinas da organização. Mesmo em ambiente institucional, as pessoas idosas desejam ser reconhecidas pelo que são e ainda conseguem fazer, desejam ser implicadas nas tomadas de decisão acerca dos cuidados que lhes são prestados, desejam manter com os cuidadores uma relação de confiança e mutuamente afetiva.

Notas

- 1 Almeida, H. (2014). A difícil relação entre envelhecimento e doença. In A.M. Fonseca (Coord), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p. 63-91). Lisboa: Coisas de Ler.
- 2 *Good Neighbours: Measuring quality of life in older age*, disponível em www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/good_neighbours_measuring_quality_of_life_in_old_age
- 3 Paúl, C. (1990). *Lá para o fim da vida: idoso, família e meio ambiente* (p. 109). Coimbra: Almedina.
- 4 Gonçalves, D. (2014). Cuidados psicológicos: a depressão em idosos. In A.M. Fonseca (Coord), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p. 263-290). Lisboa: Coisas de Ler.
- 5 Fernandes, L. (2014). Envelhecimento e demências. In A.M. Fonseca (Coord), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (p. 93-121). Lisboa: Coisas de Ler.
- 6 Baltes, P., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- 7 Idem, pág. 126.

e



ENGENHO
Associação de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave



Financiamento:



UNIÓN EUROPEA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional