



Manual dos cuidadores de pessoas idosas

FUTURIDADE

**PLANO ESTADUAL
PARA A PESSOA IDOSA**



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

José Serra
Governador

Rita Passos
Secretária Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social

Nivaldo Campos Camargo
Secretário Adjunto

Carlos Fernando Zuppo Franco
Chefe de Gabinete

Créditos SEADS e FPA



*[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhe-
mos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro.
Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades
e talentos e capacidades individuais e não um grupo homogêneo
por causa da idade.*

KOFI ANNAN, EX-SECRETÁRIO GERAL DA ONU, DURAN-
TE A ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE ENVELHECIMENTO
HUMANO, MADRI, 2002.

Prezado(a) leitor(a)

Temos a grata satisfação de fazer a apresentação deste material elaborado pela Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (Seads) e pela Fundação Padre Anchieta - TV Cultura.

Um dos objetivos do Plano Estadual para a Pessoa idosa do governo do Estado de São Paulo - Futuridade, coordenado pela Seads, é propiciar formação permanente de profissionais para atuar com a população idosa, notadamente, nas Diretorias Regionais de Assistência Social (Drads).

No total, esta série contém dez livros e um vídeo, contemplando os seguintes conteúdos: o envelhecimento humano em suas múltiplas dimensões: biológica, psicológica, cultural e social; legislações destinadas ao público idoso; informações sobre o cuidado com uma pessoa idosa; o envelhecimento na perspectiva da cidadania e como projeto educativo na escola e reflexões sobre maus-tratos e violência contra idosos.

Com esta publicação, destinada aos profissionais que desenvolvem ações com idosos no Estado de São Paulo, o Futuridade dá um passo importante ao disponibilizar recursos para uma atuação cada vez mais qualificada e uma prática baseada em fundamentos éticos e humanos.

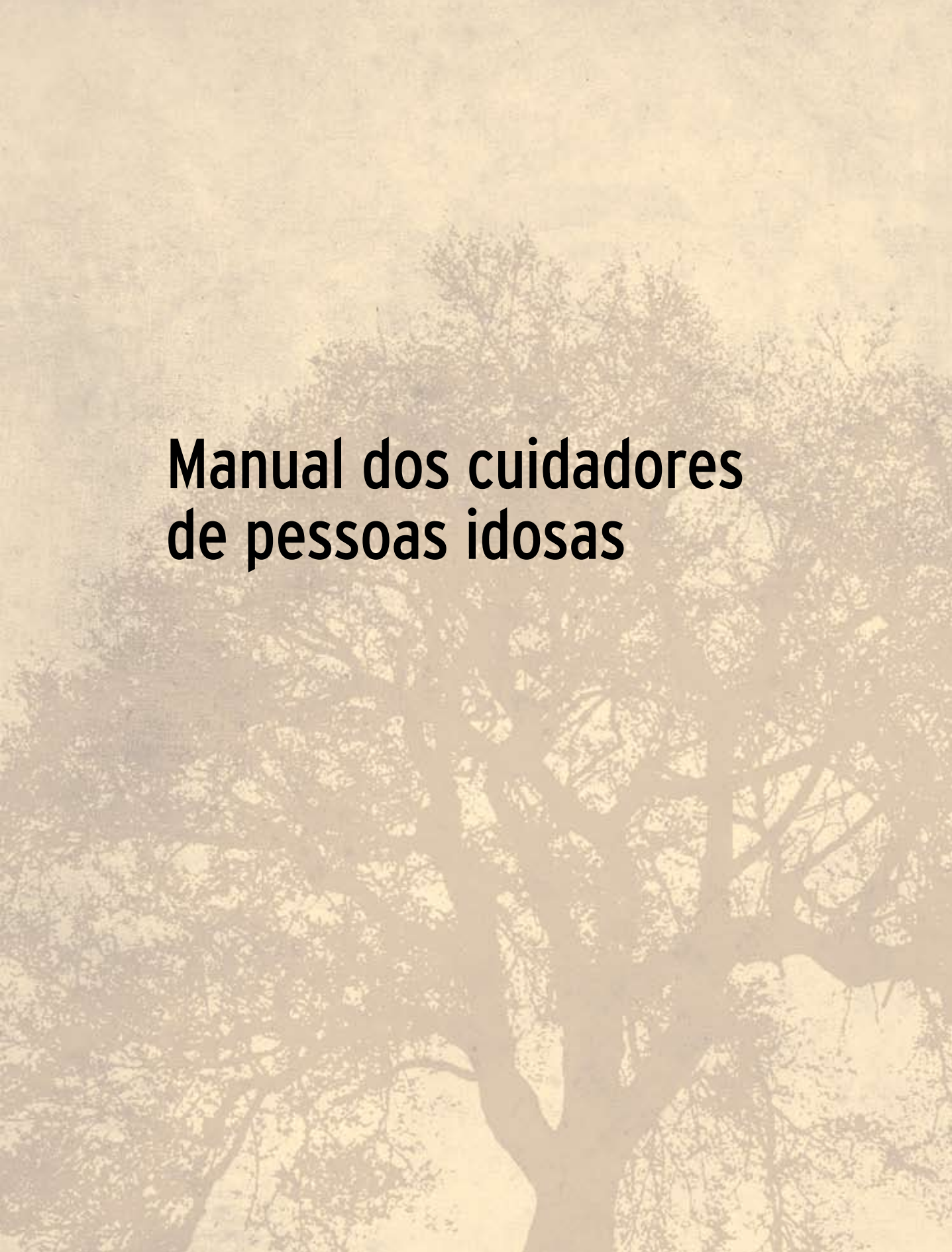
Muito nos honra estabelecer esta parceria entre a Seeds e a Fundação Padre Anchieta - TV Cultura, instituição que acumula inúmeros prêmios em sua trajetória, em razão de serviços prestados sempre com qualidade.

Desejo a todos uma boa leitura.

Um abraço,

Rita Passos
Secretária de Estado de Assistência e Desenvolvimento Social

Manual dos cuidadores de pessoas idosas



Sumário

Apresentação.....	15
Capítulo 1	
Para compreender o cuidado com a pessoa idosa.....	17
Por que existem mais velhos em nossa população atualmente?	17
Como são os idosos de hoje?	19
Então, é de supor que as mulheres vivam e envelheçam em melhores condições que os homens?	20
Como lidar com o lado psicológico e emocional do envelhecimento?	20
Como conviver com a família do idoso?	26
Como se envelhece fisicamente?	29
Pele, cabelos e unhas	32
Órgãos sensoriais e sistema nervoso.....	34
Coração	37
Respiração.....	38
Músculos e ossos	40
Sistema digestório	42
Sistema urinário	44
Sistema imunológico.....	46
Por que é preciso conhecer as mudanças que ocorrem com o avançar da idade?	47
Capacidade de desempenho da pessoa idosa em suas atividades do dia a dia	48
Como devem ser preparados os cuidadores?	51
Definição de cuidador e formação mínima	52
O que os cuidadores devem aprender nos cursos de formação?	57
Capítulo 2	
O que é cuidar da pessoa idosa	63
Como construir uma relação de ajuda	64
Características necessárias para construir uma relação de ajuda	67
Capacidade de escuta	67
Capacidade de clarificar.....	69
Capacidade de respeitar-se e de respeitar o idoso.....	69

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte é professora livre-docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), gerontóloga e criadora do primeiro curso de graduação em Gerontologia do Brasil, na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP (EACH/USP).

Capacidade de ser congruente.....	72
Capacidade de ser empático.....	72
Capacidade de confrontação.....	74
Quando a relação não é de ajuda.....	74
Capítulo 3	
Alimentação e envelhecimento.....	77
Hábitos alimentares.....	79
Funções dos alimentos.....	80
Cuidados com a refeição da pessoa idosa.....	85
Capítulo 4	
Higiene, vestimenta e conforto.....	87
Higiene corporal.....	87
As pessoas idosas realmente necessitam de banho diário?.....	89
Tipos de banho.....	91
Cuidados gerais com o banho de pessoas idosas.....	92
Cuidados com as unhas das mãos e dos pés.....	94
Higiene oral.....	95
Cuidados com as roupas do idoso.....	96
Capítulo 5	
Administração de medicamentos.....	98
Aspectos gerais da administração de medicamentos.....	102
Capítulo 6	
Mecanismos corporais, mobilização e transferência.....	106
Movimento humano.....	107
Mecânica corporal.....	109
Aplicação da mecânica corporal.....	110
Mobilização e transporte de pessoas idosas mais dependentes.....	111
Auxílio na movimentação na cama de idosos mais dependentes.....	112
Auxílio no transporte de idosos mais dependentes.....	115
Capítulo 7	
Sono e repouso.....	118
Padrão de sono e suas modificações com o envelhecimento.....	119
Recomendações quanto ao uso de medicamentos para dormir.....	123

Sugestões para um sono de melhor qualidade.....	123
---	-----

Capítulo 8

Incontinência urinária.....	126
Sistema urinário e tipos de incontinência.....	127
Tipos de incontinência.....	130
O que a incontinência causa na vida das pessoas?.....	131
Quais as opções de controle ou tratamento da incontinência?.....	132
Como conviver com o problema?.....	133

Capítulo 9

Como auxiliar a pessoa idosa com limitações cognitivas.....	134
O que é demência?.....	137
Qual a causa da DA?.....	139
Toda queixa de perda de memória está associada à presença da doença de Alzheimer?.....	141
Como evolui a doença de Alzheimer?.....	142
Como receber o diagnóstico?.....	145
Impacto da doença na família.....	148
Ideias equivocadas em relação à DA.....	149
Aspectos legais da doença de Alzheimer.....	151
Quem vai cuidar da pessoa idosa com DA?.....	152
Entendendo as reações emocionais de um cuidador familiar e procurando ajudar.....	153
Qual o melhor lugar para a pessoa idosa com DA?.....	155
Para transformar a casa em um ambiente seguro.....	157
Condições gerais de segurança.....	157
A pessoa idosa com DA pode ficar sozinha em casa?.....	158
Condições específicas de segurança da casa.....	158
Entrada da casa.....	160
Cozinha.....	160
Quartos.....	161
Banheiro.....	161
Sala.....	162
Garagem.....	162
Para compreender e lidar com distúrbios de comportamento.....	162
Perambulação.....	163

Perguntas repetitivas	164
O doente segue você por toda parte	165
Apatia ou tristeza	166
Inquietação, nervosismo	167
Alucinações e ideias delirantes	167
Esconder objetos	169
Ficar repetindo que quer ir para casa, mas está nela	170
Não reconhecer mais a si mesmo no espelho ou aos membros da família	170
Trocar o dia pela noite	171
Reações catastróficas	172
Sair na rua e não saber voltar para casa	173
Síndrome do “sundown” (pôr do sol)	175
A pessoa idosa com DA tem comportamentos sexuais inadequados	176
Medidas de segurança para uma pessoa com doença de Alzheimer considerando a presença de distúrbios de comportamento	177
Como auxiliar a pessoa idosa com DA a administrar as atividades básicas do dia a dia	179
Higiene corporal	181
Banhos de urgência	186
Cuidado com as unhas e os cabelos	186
Barba e maquiagem	187
Higiene oral	188
Cuidados com os pés	189
Uso do banheiro	190
O que fazer quando sair de casa com a pessoa com DA?	192
Uso de fraldas	193
Vestuário	194
Alimentação	197
Sono e repouso	200
Comunicação	201
Como reconhecer sinais de desconforto	203
Como ocupar o tempo livre	204
Qual o critério de escolha das atividades?	205
Algumas dicas para o bom cuidado de um idoso com demência de Alzheimer	206
Onde procurar informações e ajuda	208

Apresentação

É cada vez maior o número de idosos. Muitos deles apresentam problemas como hipertensão (pressão alta) e diabetes (grande quantidade de açúcar no sangue), mas, como fazem acompanhamento de saúde regular e tomam seus remédios de maneira correta, sentem-se muito bem e são ativos e independentes.

Entretanto, existem pessoas idosas que não se encontram em boas condições de saúde. Elas podem até ter as mesmas doenças que as outras, porém não fizeram acompanhamento regular e chegaram à idade mais avançada com sequelas incapacitantes, ou seja, por problemas decorrentes de doenças preexistentes, necessitam hoje de ajuda para desempenhar suas atividades do dia a dia. A pergunta que se faz é: quem vai ajudá-las?

No passado, os idosos eram ajudados por alguém da família, em geral mulheres. Como não trabalhavam, elas se responsabilizavam pelo cuidado com a casa, a família, os doentes e as pessoas idosas que

assim necessitassem. As esposas e as filhas tradicionalmente assumiam esse papel.

Hoje, as mulheres têm menos filhos e estão cada vez mais trabalhando fora. Por essa razão, várias pessoas idosas mais dependentes permanecem em casa, muitas vezes sem ninguém para ajudá-las, ou, em situações mais graves, acabam por ir morar em uma casa para idosos (instituições ou asilos).

Só existe uma forma concreta de não envelhecermos: é morrermos antes de ficarmos velhos. No entanto, ninguém quer morrer e, assim, todos nós ficaremos velhos. Podemos chegar à idade mais avançada precisando também de ajuda e não ter ninguém disponível para nos ajudar. Como será que nos sentiríamos nessa situação? Provavelmente, tristes e amargurados, achando que viver não vale a pena, porque ninguém nos valoriza ou respeita, pois, se assim não fosse, existiria alguém para nos ajudar.

Essa pode ser a realidade de muitos idosos hoje em dia. Independentemente da maneira como levamos a vida, não é justo que, ao chegarmos aos 80, 90 ou 100 anos e precisarmos de alguém para nos ajudar no dia a dia, essa pessoa não exista.

Para mudar esse panorama, a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADS) propôs um programa de orientações destinado a desenvolver “mão de obra” qualificada para cuidar de idosos mais dependentes. Este material é complementar a tal programa.

Capítulo 1

Para compreender o cuidado com a pessoa idosa

Por que existem mais velhos em nossa população atualmente?

Estima-se que, em todo o mundo, cerca de 1 milhão de pessoas cruzem a barreira dos 60 anos de idade por mês. Em 2050, deverão existir 2 bilhões de idosos, mais da metade deles vivendo em países como o Brasil. A cidade de São Paulo tem hoje aproximadamente 1,2 milhão de pessoas com 60 anos ou mais; no Estado de São Paulo, o número sobe para cerca de 4 milhões. É muita gente! (Fundação SEADE)



Existem mais idosas que idosos porque, ainda hoje, os homens morrem mais cedo que as mulheres, especialmente por diferenças nas condições de vida e trabalho durante a vida.

Como sabemos, ninguém nasce velho; as pessoas ficam velhas. No curso de vida normal, elas nascem, crescem, amadurecem, envelhecem e morrem. Assim, envelhecer é um processo que ocorre no transcorrer da vida.

E por que hoje há mais velhos do que antes?

Antigamente, as pessoas morriam mais cedo. Algumas, mais fortes, chegavam a idades mais avançadas e, por serem poucas, eram vistas de forma extravagante, esquisita. Os casais costumavam ter muitos filhos, mas parte deles morria ainda criança. Não é incomum que, ao conversarmos hoje com uma pessoa de 85 ou 90 anos vinda, por exemplo, do Recife, ela nos diga que teve 15 filhos e que oito morreram em diferentes idades.

Muito foi feito para mudar essa situação: melhoraram as condições de saneamento básico (água, esgoto), apareceram as vacinas, criaram-se os programas de acompanhamento de gestantes e crianças, entre outros avanços. Com isso, o número de morte de crianças começou a diminuir.

Na década de 1960, surgiu a pílula anticoncepcional e muitas mulheres passaram a ter menos filhos. A ciência progrediu muito e, por essa razão, as pessoas, mesmo doentes, passaram a viver mais.

Assim, se eu nasço e não morro quando criança, vou crescer e envelhecer. Se, apesar de ficar doente ou sofrer algum acidente, eu conseguir ser atendido de forma adequada por um serviço de saúde, provavelmente vou melhorar e, ainda que tenha algumas limitações, envelhecer. Se os casais têm menos filhos, com o decorrer do tempo vão existir menos crianças e mais jovens, adultos e velhos.

É essa soma de fatores que faz com que a população envelheça, ou seja, que hoje haja mais pessoas idosas em nossa sociedade. Sabemos disso porque as vemos diariamente andando pelas ruas, no transpor-



te público, nos bailes de terceira idade, nos supermercados, nos bancos, enfim, em todos os lugares.

Como são os idosos de hoje?

Com frequência, os grupos de terceira idade têm muito mais mulheres que homens. Por que será? Será que eles ficam em casa e, por isso, não os vemos nas ruas?

Em parte é verdade, mas o fato é que existem mais idosas que idosos. Isso ocorre porque, ainda hoje, os homens morrem mais cedo que as mulheres, por diversas razões, especialmente por diferenças nas condições de vida e trabalho que assumiram durante a vida. Esse panorama está mudando e é provável que, no futuro, esse quadro se modifique.

Então, é de supor que as mulheres vivam e envelheçam em melhores condições que os homens?

Muitas idosas tornam-se viúvas e vivem sozinhas por bastante tempo, algumas ajudam a cuidar dos netos. A maioria nunca trabalhou fora de casa, pois, na época em que se casaram, o marido era o responsável pela manutenção da casa e da família. Antigamente, também não era comum que as mulheres estudassem e pouquíssimas chegavam à faculdade, por exemplo. Assim, várias idosas de hoje são analfabetas ou estudaram muito pouco, tendo grandes dificuldades para ler e escrever e, quando da aposentadoria, têm condições financeiras precárias.

Tanto quanto os homens, elas apresentam uma ou mais doenças crônicas simultâneas e sequelas incapacitantes. Como sua sobrevivência é maior, vivem um longo período de sua velhice com limitações no desempenho de suas atividades cotidianas e podem, assim, necessitar de ajuda.

A ideia de pessoas idosas associadas a doenças e dependência tem de ser substituída por mudanças que as façam permanecer mais tempo ativas e independentes. No entanto, quando isso não for possível, elas deverão ser adequadamente cuidadas.

Como lidar com o lado psicológico e emocional do envelhecimento?

O estado emocional que apresentamos em determinado momento da vida é resultado de toda uma trajetória construída anteriormente. Para podermos entender por que o idoso reage desse ou daquele jeito em certas situações, é necessário que nós o conheçamos melhor, o que só será possível se conversarmos com ele, se ouvirmos sua história de vida e também o que a família e os amigos falam a seu

respeito. Isso funciona como um grande “quebra-cabeça” no qual vamos unindo as peças, uma a uma, e, no final, temos o retrato real daquele de quem cuidamos.

As reações emocionais diante da presença de doenças, de mudanças de papel e *status* social, de modificações em sua rede de suporte social (família, parentes, amigos, vizinhos etc.) podem diferir muito de uma pessoa para outra. Essas alterações são consequência do processo de envelhecimento e exigem que o idoso seja capaz de compreendê-las e se adaptar a elas, o que não quer dizer que esse seja um processo fácil e rápido.

Cada pessoa tem um jeito de ser que lhe é próprio, e esse jeito de ser a acompanha desde a infância. Ela não será melhor ou pior quando ficar velha; somente acen-

As reações emocionais diante da presença de doenças, de mudanças de papel e status social, de modificações em sua rede de suporte social (família, parentes, amigos, vizinhos etc.) podem diferir muito de uma pessoa para outra.



tuará suas características. Isso vale para todos nós. Assim, não existe o velho “chato”, e sim pessoas chatas que possivelmente foram “chatas” a vida inteira, mesmo quando eram, por exemplo, adolescentes. Só que, quando os adolescentes são “chatos”, dizemos que é por causa da idade, que é normal, já com os mais velhos... O mesmo vale para o idoso ranzinza, implicante etc., como se não existissem jovens que apresentassem essas características.

À medida que envelhecemos, vamos deixando de fazer algumas coisas e começamos ou não a fazer outras. Por exemplo, uma pessoa trabalhou na agência de um banco por 35 anos todos os dias das 7h30 às 17h e se aposenta. No primeiro dia de aposentada, ao levantar – no mesmo horário, é lógico –, percebe que não terá mais de se preparar para trabalhar e talvez ainda não tenha pensado em como vai preencher o espaço de tempo antes ocupado pelo trabalho, podendo sentir-



-se meio perdida. O “papel de trabalhador” tem de ser substituído pelo “de aposentado”, mas muitos não se preparam para esse momento, embora sempre tenham “sonhado” com ele.

O fato é que assumimos diferentes papéis, que serão mais ou menos importantes em determinados momentos. Esses papéis vão mudando com o decorrer do tempo. É preciso que as pessoas compreendam isso e consigam se adaptar a tais mudanças para evitar maior sofrimento.

Toda perda envolve um “luto”, ou seja, um processo de adaptação e transformação que resulta em benefícios após o enfrentamento da situação dolorosa, permitindo uma abertura para novos interesses, aprendizados, atividades e relacionamentos. Ficar mais tristonho, mostrar algum nível de ansiedade e mudanças de humor são esperados e não devem ser confundidos, necessariamente, com doenças.

Ao cuidador cabe entender que isso ocorre também com a pessoa de quem ele cuida e que a vivência desse(s) luto(s) talvez lhe seja difícil, gerando muito sofrimento. Mostrar-se presente, disposto a ouvir e a acolher suas angústias pode contribuir para a formação de um vínculo importante entre os dois.

O envelhecimento é uma experiência individual, a construção de um caminho que escolhemos traçar no transcorrer da vida. Em muitos momentos, vamos deparar com algumas “encruzilhadas” que nos obrigarão a optar por essa ou aquela direção. A opção que fizermos terá por base algumas certezas e experiências que carregamos até aquele momento. Pode ser que, depois, cheguemos à conclusão de que a escolha não foi a melhor, mas, com certeza, quando foi necessário optar, ela parecia ser a melhor. Quando estivermos mais velhos, poderemos olhar para trás e ver como foi desenhado esse traçado. Será esse o desenho de nossa história de vida. Isso também aconteceu com as pessoas idosas de quem cuidamos hoje. Assim, não há um

O fato é que assumimos diferentes papéis, que serão mais ou menos importantes em determinados momentos.

As ações positivas do cuidador são fundamentais para trazer novo colorido a uma vida cuja perspectiva pode estar muito sombria.

“certo” ou “errado”, uma vida “boa” ou “ruim”; existem escolhas. A sabedoria do envelhecimento está em compreender essas escolhas e viver bem com elas. Ao cuidador não cabe julgamento, em instante algum, pois cada escolha é sempre feita dentro de um contexto de vida, e a vida das pessoas é única para cada um. É preciso que ele conheça a trajetória para compreender por que, naquela hora, a pessoa idosa de quem ele cuida age dessa ou daquela maneira e está mais ou menos satisfeita com o resultado de seu traçado de vida.

É esperado que, com o avançar da idade, a pessoa idosa passe a pensar na própria vida, a se autoquestionar e a refletir sobre seu presente. Esses momentos podem ser mais introspectivos (o idoso com ele mesmo) ou compartilhados (quando ele quer dividir sua experiência com o cuidador). De uma forma ou de outra, são momentos muito preciosos, aos quais o cuidador deve estar sempre atento e valorizar.

Em outras ocasiões, a pessoa idosa talvez se mostre intransigente, irritada sem razão específica, queixando-se de quase tudo o que a cerca, o que pode incluir o cuidador e seu trabalho. Isso muitas vezes ocorre pela dificuldade de enfrentar uma situação específica (doença, limitação ou dependência). Essa é uma grande ilusão! Somos, de algum modo, interdependentes a vida toda, mas não admitimos isso. Quando ficamos velhos e, por problemas de doença, nossa dependência se acentua, percebemos nossa limitação como seres humanos e podemos não reagir bem a tal constatação. A maneira como esse fato será manifestado depende de cada um. Perceber isso fará a diferença na prestação de um cuidado personalizado, efetivo e adequado, que deve ser construído com o objetivo de acolher o idoso em suas angústias e estimulá-lo a enfrentar a realidade, valorizando os aspectos positivos de sua história de vida, que sempre existem.



O cuidador é apenas a pessoa que está mais próxima e, como tal, será a primeira a escutar, sempre!

Se a pessoa idosa ficar doente e dependente, ela poderá demonstrar preocupações, angústias e medos, sentindo-se, em alguns (ou muitos) momentos, impotente, incompetente, revoltada e intolerante, tudo pela dificuldade em lidar com a situação que ora se apresenta e também pela falta de perspectiva que pode acompanhar essa situação. O papel do cuidador é auxiliá-la a valorizar não as perdas, mas sua capacidade remanescente – que sempre existe – de enfrentar a situação utilizando toda a sua experiência de vida e conseguir “viver” apesar da(s) limitação(ões), e não simplesmente sobreviver.

O cuidador é uma pessoa fundamental na manutenção do bem-estar psicológico do idoso que enfrenta sofrimentos emocionais. Suas ações positivas, nesse momento, serão fundamentais para trazer novo colorido a uma vida cuja perspectiva pode estar muito sombria. Para que, de fato, seja capaz de ajudar, é necessário que ele tenha equilíbrio

emocional, de modo a conseguir lidar com as manifestações de angústia do idoso, sem ser “contagiado” por elas. Só assim ele poderá evitar a adoção de atitudes inadequadas, como paternalismo, superproteção, condescendência, infantilização, impaciência e displicência, que comprometerão a qualidade do cuidado a ser prestado.

Como conviver com a família do idoso?

Desde muito pequenos desenvolvemos contato com as pessoas, primeiro com nossos pais e irmãos, depois com outros parentes próximos; então, começamos a fazer amigos e a conviver com outras pessoas (vizinhos, colegas de escola, de trabalho, membros da comunidade etc.). Essas pessoas mantêm contato conosco e, às vezes, entre si e, mesmo que isso não ocorra, também conhecem muitas outras.



Durante a vida, cada um de nós constrói a própria rede de relações, que, dependendo do momento, será maior ou menor. Entretanto, não é seu tamanho que importa, mas sim sua qualidade, com laços ou vínculos mais ou menos fortes. São esses laços ou vínculos que, na velhice, configurarão o apoio que a pessoa realmente possui e com o qual pode ou não contar, caso seja necessário.

As principais redes sociais dos idosos são representadas pela família, pelos amigos e por pessoas da comunidade (jornaleiro, balconista da farmácia, padre etc.).

Os amigos da pessoa de quem cuidamos também são, geralmente, idosos e, às vezes, apresentam problemas ou limitações semelhantes às dela. Isso pode fazer com que o contato pessoal entre eles seja muito difícil, pelas limitações de locomoção, distância entre as residências etc. O cuidador deve entender, no entanto, que os amigos são muito importantes para a manutenção de um clima de bem-estar e de participação no mundo, diminuindo a solidão e o isolamento. Eles fazem companhia, compartilham confidências e histórias de vida. Além disso, ser muito positivo na manutenção da memória do idoso permite que ele reviva sentimentos e sua importância pessoal, o que, sozinho, torna-se difícil.

Facilitar reuniões entre os amigos ou levar a pessoa idosa a participar delas quando convidada é, também, uma das funções do cuidador. Sua participação nesses momentos permitirá que ele conheça uma parte da vida da pessoa de quem cuida que talvez esteja esquecida em seu cotidiano, e essa pode ser uma ferramenta importante para auxiliá-lo no planejamento de seu cuidado, pois passará a perceber, por exemplo, motivações e emoções até então desconhecidas.

Quando a pessoa idosa está mais fragilizada, é comum que sua rede de relações fique restrita à família, porque é sobre ela que recai a maior carga de responsabilidade por seus cuidados. Atualmente, o núcleo

Facilitar reuniões entre os amigos ou levar a pessoa idosa a participar delas quando convidada é uma das funções do cuidador.



familiar é cada vez menor e as mulheres trabalham fora; com isso, o idoso mais dependente, muitas vezes, permanece longos períodos sozinho, mesmo morando com outras pessoas. Quando ele fica doente e precisa de ajuda, nem sempre há um familiar disponível para ajudar e, para que seja cuidado adequadamente, a família necessita da ajuda de um cuidador de fora.

O envelhecimento não chega de uma só vez nem o faz de repente; acompanha-nos a cada dia, lentamente, durante toda a nossa existência.

Esse cuidador começa, então, a ter um contato muito próximo com o idoso e com sua família, reagindo de diferentes maneiras ao tipo de relações com que passa a conviver. No interior da família, cada um se mostra como realmente é e isso pode gerar situações agradáveis e descontraídas ou momentos tensos e constrangedores. Não há como evitar um envolvimento com essas relações, porém é necessário que o cuidador entenda que essa é a família do idoso e não a sua; ele participou e contribuiu de alguma forma para a construção dessas relações. A pessoa idosa, no interior de

sua família, pode ser valorizada, respeitada, amada e auxiliada de forma adequada em suas necessidades ou, então, rejeitada, tratada com indiferença ou hostilidade e tida como um “peso”. Essas atitudes são em geral respostas à forma como as relações foram construídas ao longo da história da família.

Não cabe ao cuidador “julgar” as atitudes do idoso ou de seus familiares, pois eles podem ter valores muito diferentes dos seus. Ele deve se esforçar para olhar para a situação da maneira mais neutra possível, tentando entender o que está acontecendo e por quê.

Em suma, o ambiente domiciliar pode ser tanto harmonioso e tranquilo como conflituoso e desarmonioso. Em certas situações, o cuidador pode até fazer algumas sugestões ou solicitar colaboração, buscando melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, mas em nenhum momento deve criar expectativas em relação ao que acredita ser adequado para a vida do idoso, esquecendo-se das reais possibilidades afetivas dele e das pessoas com quem convive.

Como se envelhece fisicamente?

Nosso corpo vai envelhecendo dia a dia. O envelhecimento não chega de uma só vez nem o faz de repente; acompanha-nos a cada dia, lentamente, durante toda a nossa existência. Por essa razão, costuma-se dizer que ele é um processo natural da vida.

Cada um de nós, no entanto, faz uma trajetória durante a vida e, assim, envelheceremos de maneira única, individual, pois as experiências que vivenciamos dizem respeito a cada um de modo particular.

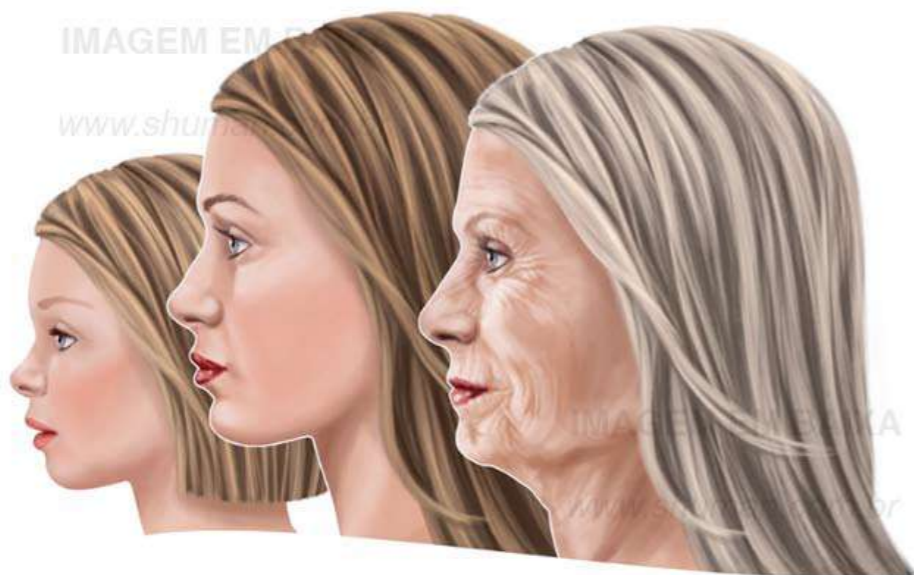
O envelhecimento pode ser definido como um processo de desgaste gradativo de todas as partes de nosso corpo, diminuindo, com o passar do tempo, nossa capacidade de adaptação aos diferentes desafios ou situações. Tal diminuição está ligada a riscos progressivamente

te maiores de doença ou à incapacidade de viver de forma independente. Por isso, a morte é a consequência final do envelhecimento.

Essas perdas, lentas e progressivas, são compatíveis com a vida saudável mesmo em idades muito avançadas (ex.: centenários), uma vez que, nas situações de rotina, não costumam provocar quaisquer problemas. A presença de doenças, especialmente as crônicas, e a existência de hábitos de vida considerados inadequados, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, entre outros, constituem as grandes vilãs para a saúde das pessoas idosas, pois contribuem para que essa perda se acelere.

As alterações vão, ou não, sendo percebidas, mas a maioria delas, quando livre de doenças, pode ser considerada uma consequência normal do processo de envelhecimento. É preciso, no entanto, que dois grandes erros não sejam cometidos:

1. Considerar que todas as alterações que ocorrem com um idoso são consequência normal de seu envelhecimento natural, pois, assim, ignoram-se queixas relacionadas a doenças que podem estar se manifestando.



2. Tratar o envelhecimento natural como doença e, diante de qualquer alteração que o idoso apresente, levá-lo ao médico para realizar exames e tratamentos desnecessários.

Em biologia, “senescência” é o processo natural de envelhecimento ou o conjunto de alterações a ele relacionado. Outro conceito é o de “senilidade” ou envelhecimento patológico, que pode ser entendido como os danos à saúde associados com o tempo, porém causados por doenças ou hábitos não saudáveis.

O envelhecimento biológico começa relativamente cedo, ao redor dos 20 anos, quando nunca é percebido. Por volta dos 30, surgem as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento e, a partir dos 40, perde-se 1% de função por ano. Isso, claro, difere de pessoa para pessoa, dependendo das condições

A presença de doenças e a existência de hábitos de vida considerados inadequados constituem as grandes vilãs para a saúde das pessoas idosas.

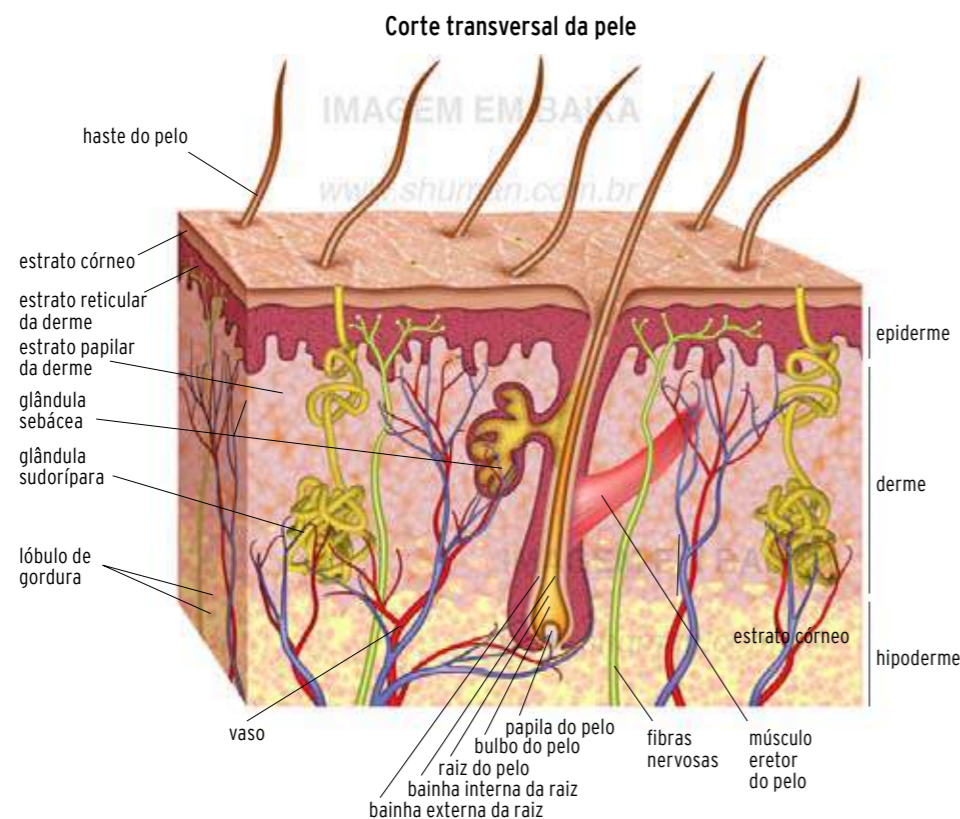
físicas, ambientais e emocionais em que viveram. É por isso que vemos pessoas da mesma idade fisicamente muito diferentes.

A seguir, são apresentadas algumas das principais mudanças que ocorrem em nosso corpo à medida que envelhecemos. Conhecê-las nos ajudará a planejar o cuidado a ser prestado de forma mais adequada.

Pele, cabelos e unhas

Nossa pele e cabelos são os primeiros a mostrar nosso envelhecimento, a primeira por ficar mais fina, seca e enrugada e o segundo por embranquecer.

A pele recobre todo o nosso corpo e tem por função protegê-lo e aquecê-lo. Ela é composta por três camadas sobrepostas. A que normalmente vemos é a mais externa e se chama epiderme. Abaixo dela



está a derme, muito sensível, que aparece e arde quando nos queimamos ao sol e “descascamos”. Essas duas camadas sobrepostas se juntam por pequenas ondulações como se fossem os dentes de uma serra que permitem que elas fiquem “grudadas”. Abaixo da derme há uma terceira camada, de gordura, denominada hipoderme. Por entre essas camadas passam vasos de sangue, nervos e glândulas, pequenas bolsas que liberam certas substâncias em nossa pele. Há dois tipos de glândulas: as glândulas sebáceas, que liberam pequenas quantidades de gordura em nossa pele, deixando-a “oleosa”, o que evita que fique ressecada e “rache”, e as glândulas sudoríparas, que liberam o suor, ajudando a manter a temperatura do corpo. Essas glândulas vão diminuindo em número com o passar do tempo e, em consequência, nossa pele vai ficando mais ressecada, podendo descascar e coçar.

As duas camadas mais externas, epiderme e derme, tornam-se mais finas, e os “dentes” que as unem ficam menos pontiagudos, fazendo com que, muitas vezes, uma camada deslize sobre a outra quando bruscamente atingidas (ex.: quando seguramos o braço do idoso com muita força). Esse deslizamento rompe alguns vasinhos de sangue que passam no local, o que o deixa arroxado, dando a impressão, frequentemente, de que a pessoa está machucada.

A gordura que dá forma à estrutura do rosto diminui, a pele passa a se esticar menos (torna-se menos elástica) e os músculos ficam menores (mais atrofiados), causando o surgimento de rugas e vincos, que facilmente vão sendo percebidos em nosso rosto e em nossas expressões.



Há dois tipos de glândulas na pele: as sebáceas, e as sudoríparas. Elas vão diminuindo em número com o passar do tempo e, em consequência, a pele vai ficando mais ressecada, podendo descascar e coçar.

Cabelos e pelos do corpo tornam-se mais finos, mais escassos e embranquecem. As unhas ficam mais grossas, secas e quebradiças; as dos pés são as mais atingidas, permitindo maior acúmulo de sujeira, o que facilita a instalação de problemas como micoses.

Órgãos sensoriais e sistema nervoso

Nosso corpo é capaz de funcionar internamente (coração batendo, pulmões respirando etc.) e de manter contato com o mundo exterior (cheiro, paladar, visão audição, tato, movimentação etc.) pela ação conjunta de múltiplos nervos ou neurônios controlados por nosso cérebro.

Com o envelhecimento, perdemos progressivamente os neurônios, mas, como temos muitos, não percebemos. Nosso corpo, no entanto, à medida que envelhece, vai sentindo o impacto dessas perdas.

A partir de determinada idade, temos mais dificuldade para enxergar (de perto), para perceber desníveis (degraus, buracos na calçada), para nos acostumarmos à mudança de luminosidade (claro/escuro e vice-versa). Também é comum apresentarmos alguma dificuldade para diferenciar as palavras que nos são ditas (apesar de sabermos que a pessoa está falando, não conseguimos distinguir com clareza suas palavras), sobretudo quando há muito ruído no ambiente (nas ruas, quando a televisão ou rádio estão ligados). A diminuição da acuidade auditiva costuma gerar maior retraimento, isolamento social e solidão, ocasionando impacto negativo na saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. Ela às vezes acontece por acúmulo de cerume (cera), que é evitado com a higienização adequada da orelha. Para isso, não devem ser utilizados cotonetes, porque podem empurrar o tampão de cera ainda mais para dentro da orelha, nem palitos ou grampos, pelo risco de perfuração do tímpano.

A pessoa idosa pode demorar mais para perceber mudanças bruscas de temperatura no ambiente, ficando, assim, exposta a suas conse-

quências. Por essa razão, não se recomenda a utilização de bolsas de água quente, para evitar queimaduras.

O sabor de certos alimentos, especialmente doces e salgados, também passa a ser menos perceptível. Podemos notar isso quando, por exemplo, a pessoa idosa costuma cozinhar e não percebe o excesso de sal colocado na confecção de pratos que sempre fez adequadamente. Em consequência, ela passa a comer menos e, portanto, a perder peso, facilitando a instalação de doenças.

Um ambiente agradável na hora das refeições, limpo, iluminado, arejado e livre de odores desagradáveis, o uso de outros temperos (ervas, condimentos e limão), desde que o idoso possa consumi-los e goste deles, melhor higiene oral e avaliação odontológica regular auxiliam em sua adaptação às perdas gustativas. Quando o sentido

Nosso corpo é capaz de funcionar internamente e de manter contato com o mundo exterior pela ação de múltiplos nervos ou neurônios.



do olfato for muito prejudicado, recomenda-se o uso doméstico de detectores de fumaça, para evitar o risco de incêndios.

Outra modificação importante é que vamos ficando um pouco mais lentos em nossas reações à medida que envelhecemos. A junção dessas alterações torna a pessoa idosa mais vulnerável à ocorrência de acidentes, e, por isso, o cuidador deve redobrar sua atenção.

O que mais preocupa os idosos, no entanto, não são essas alterações, mas sim as que podem ocorrer com sua memória e com sua capacidade de raciocinar e de fazer julgamentos acertados. Com o avançar da idade, não ficamos menos inteligentes e mantemos nossa capacidade de aprender e reter novas informações. A aprendizagem pode, no entanto, ser prejudicada em decorrência de alterações sensoriais, principalmente da visão e da audição.

Em relação à memória, o que costuma ocorrer é certa dificuldade para “gravar” informações novas de forma adequada. Memórias adquiridas no passado ficam mais preservadas. É comum que os idosos contem, com muitos detalhes, fatos que aconteceram em sua infância e juventude e esqueçam o que comeram no café da manhã.

Mudanças na atenção, na memória recente e na capacidade de planejar ações antecipadamente são as principais queixas das pessoas idosas.

Mudanças na atenção, na memória recente e na capacidade de planejar ações antecipadamente, sobretudo quando estas envolvem vários passos, são as principais queixas das pessoas idosas. Não é incomum que elas reclamem que demoram o dobro do tempo para preparar um prato que estavam acostumadas a fazer desde jovens, pois “abrem o armário para pegar a panela e esquecem de pegar o óleo”, necessitando parar a ação e retornar para buscar o ingrediente esquecido. Isso ocorre pela dificuldade em manter na mente várias coisas ao mesmo tempo.

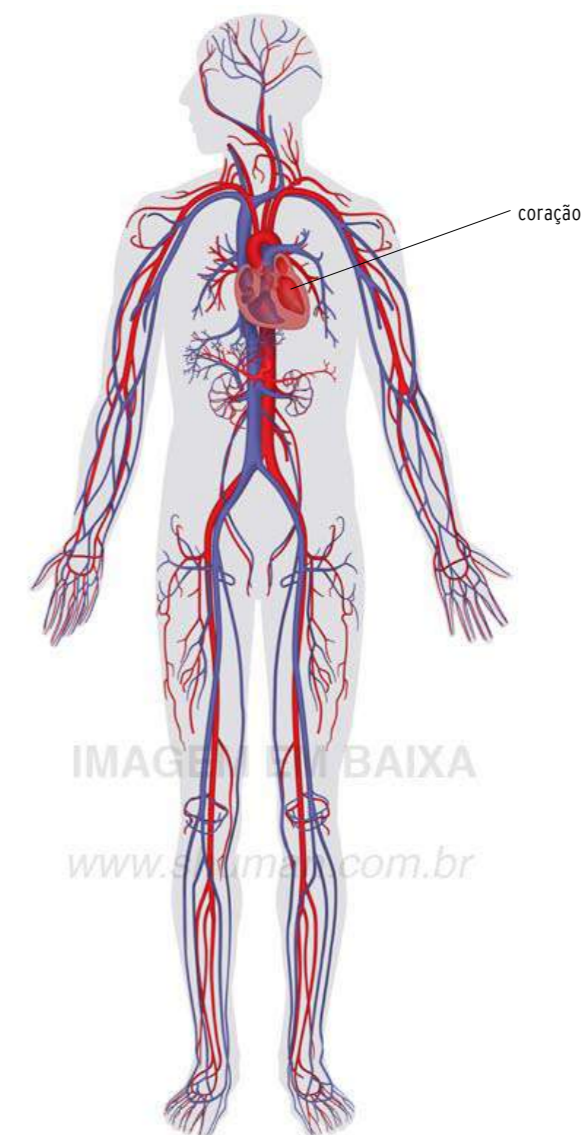
Exercícios físicos auxiliam na melhoria do desempenho mental das pessoas idosas, o que sugere que algumas des-

sas queixas possam estar relacionadas à baixa atividade geral que os idosos gradativamente assumem.

Coração

As doenças do coração são a principal causa de morte entre as pessoas idosas e, por isso, alvo de grande atenção.

Sistema circulatório



Com o envelhecimento, ocorrem algumas alterações na estrutura e função do coração e do sistema circulatório.

O coração é a parte central de um sistema fechado de vasos (como um encanamento) por onde o sangue circula “alimentando” as células com oxigênio, nutrientes e outras substâncias e removendo os resíduos produzidos. Com aproximadamente o tamanho do punho fechado de um adulto, ele é o responsável pelo bombeamento do sangue por todo o corpo. O coração tem suas batidas ativadas e reguladas por um sistema que transmite impulsos elétricos e permite que ele funcione por toda a vida, de forma regular. Diferentes problemas de saúde podem influenciar esse funcionamento.

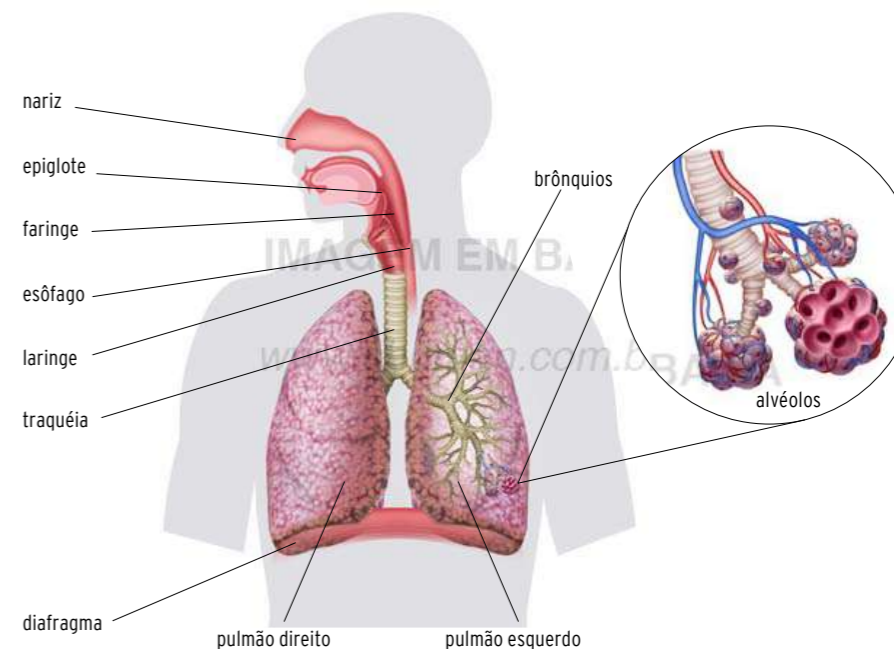
Com o envelhecimento, ocorrem algumas alterações na estrutura e função do coração e do sistema circulatório. A eficiência e a força de contração do coração diminuem, o que resulta na redução do volume de sangue bombeado por minuto. Para compensar essa diminuição, a frequência cardíaca durante o exercício aumenta, demorando mais tempo para se normalizar do que em pessoas mais jovens.

Essas mudanças, por si, não são prejudiciais, pois com o avançar da idade também vamos exigindo menos de nosso coração. No entanto, quando exigências incomuns são impostas ao coração (físicas ou psicológicas, como correr para pegar um ônibus ou receber uma notícia muito ruim), essas alterações passam a ser percebidas e o coração pode não funcionar de forma adequada, o que causa o surgimento de doenças e outros problemas.

Respiração

Nós respiramos para levar oxigênio (O_2) para todas as células do corpo e remover delas os resíduos existentes sob a forma de gás carbônico. O ar, que contém o O_2 , entra no organismo pelo nariz, onde é aquecido, filtrado e umedecido, e caminha por diferentes estruturas internas de nosso corpo até chegar aos pulmões.

Sistema respiratório



Os pulmões, em número de dois, localizam-se no interior do tórax, composto pelas costelas, coluna vertebral e esterno, um de cada lado do coração. O ato de respirar envolve dois movimentos, um ativo, a inspiração – entrada do ar do meio externo nos pulmões –, e outro passivo, a expiração – expulsão do ar dos pulmões. A respiração é controlada pelo sistema nervoso.

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças importantes nos principais órgãos respiratórios. A estrutura óssea que envolve os pulmões fica mais rígida, diminuindo sua capacidade de movimentação, e, para que a respiração aconteça, é necessária maior ação muscular (músculos do maxilar, do pescoço e intercostais), o que se traduz em maior esforço respiratório.

Os pulmões tendem a acumular secreções que não são expectoradas com facilidade. A tosse, que é um mecanismo de eliminação de partículas e secreções das vias aéreas, torna-se menos eficiente, aumen-

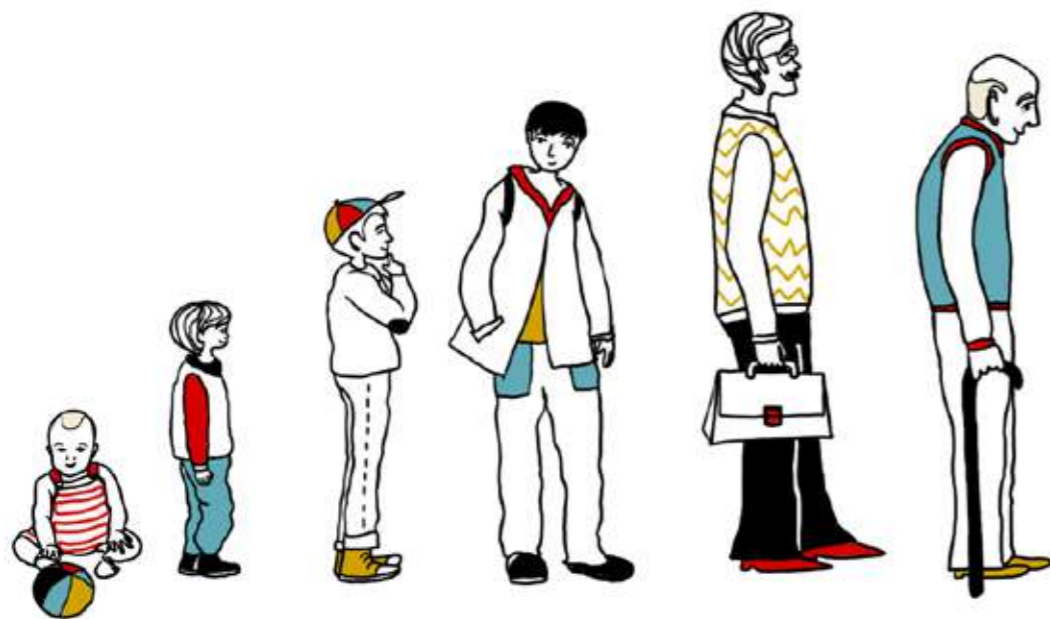
tando, assim, a chance de acúmulo de secreções. Quanto mais parada ficar a pessoa idosa (em especial deitada), mais essas alterações tendem a se manifestar, podendo levá-la, rapidamente, a desenvolver problemas respiratórios (sobretudo pneumonia).

Programas de exercícios regulares, como caminhar, andar de bicicleta ou nadar, podem melhorar a capacidade respiratória do idoso.

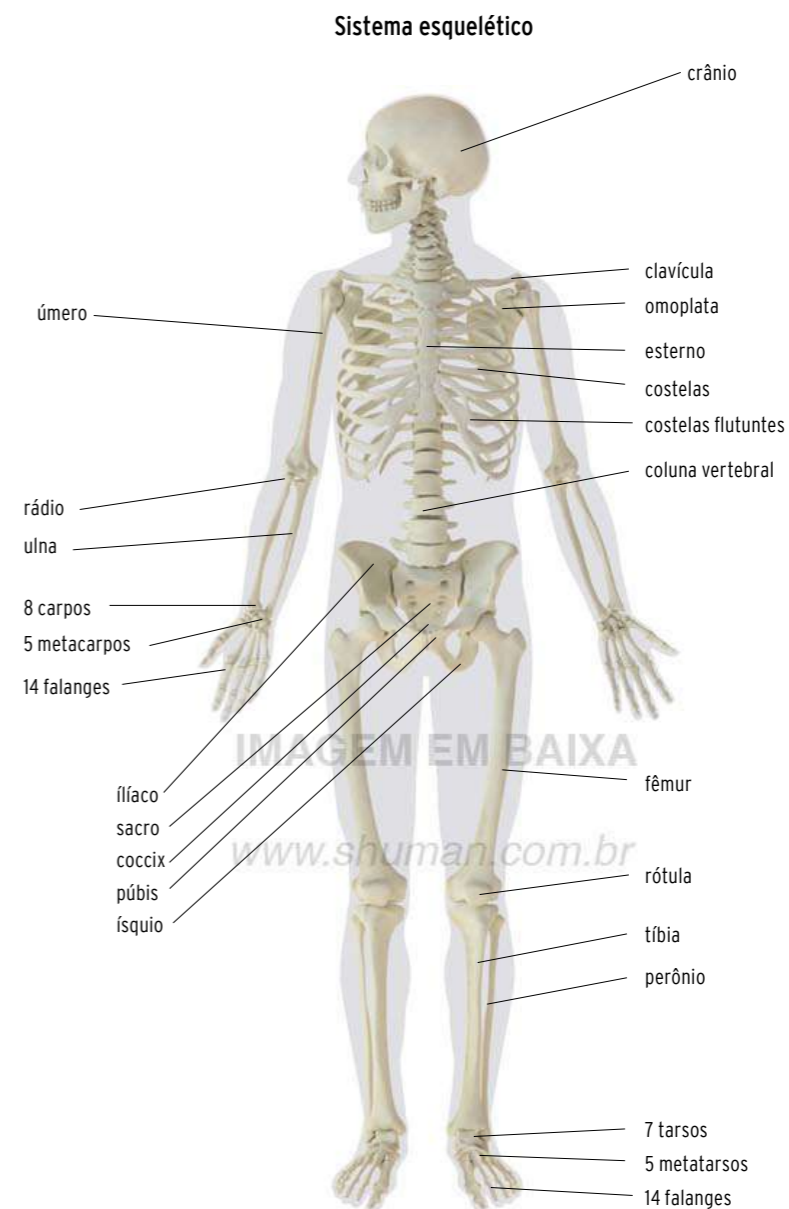
Músculos e ossos

Ossos, músculos e articulações compõem o chamado sistema musculoesquelético.

O esqueleto humano forma a estrutura do corpo, dando-lhe sustentação, armazenando cálcio e produzindo células sanguíneas. As cartilagens estão presentes nas diferentes articulações do esqueleto, permitindo a execução dos movimentos, amortecendo o impacto ósseo e diminuindo o atrito. Também constituem o tecido existente nos discos vertebrais, que se localizam entre as vértebras da coluna.



Com o avançar da idade, alterações na estrutura dos discos vertebrais reduzem sua espessura, acentuando as curvas da coluna (especialmente cervical e lombar), o que faz com que diminua a altura total da pessoa. Os ossos se tornam mais quebradiços e, assim, as fraturas passam a ser um importante risco para os idosos.



A realização regular de exercícios auxilia na manutenção da força e do tônus muscular, reduzindo as consequências funcionais negativas que o avançar da idade costuma ocasionar.

Os músculos desempenham inúmeras funções, atuando nas contrações e nos movimentos, dos mais simples (piscar os olhos) aos mais complexos (pular um obstáculo). Assim, durante o envelhecimento, alterações musculares podem acarretar mudanças funcionais. Ocorre diminuição da massa muscular geral, que é substituída, em parte, por gordura; inatividade física e má alimentação aceleram essa perda. Com isso, a força também diminui, o que acaba por comprometer os movimentos. Músculos dos braços e das pernas tornam-se particularmente flácidos e enfraquecidos.

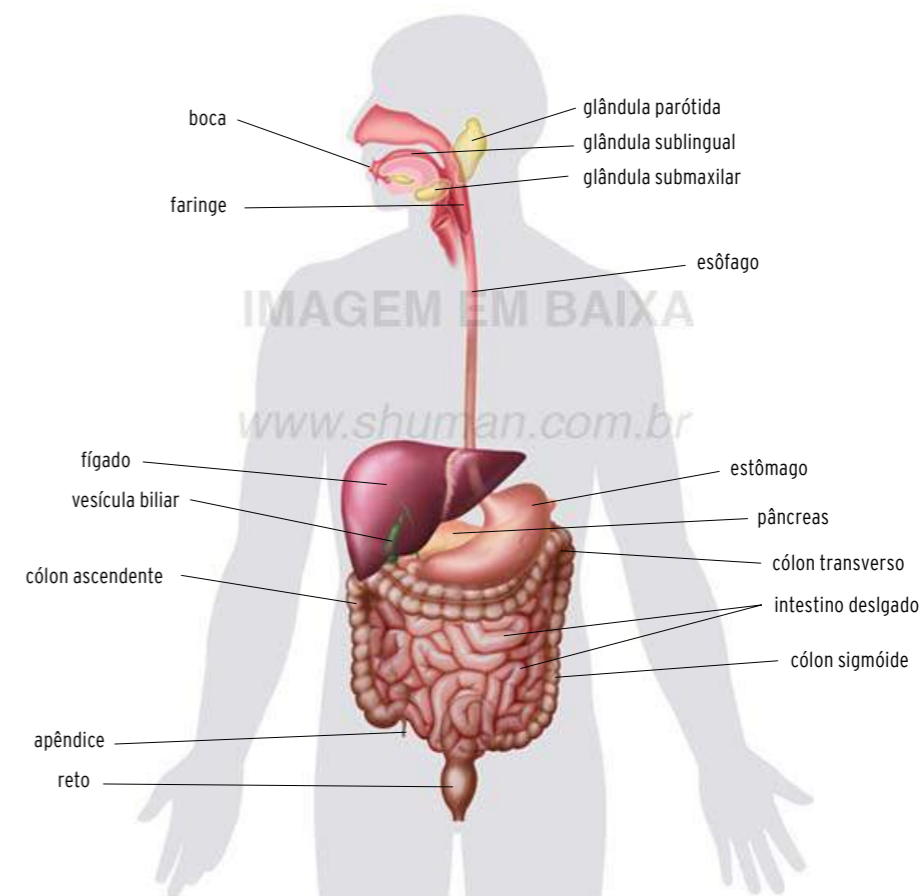
A realização regular de exercícios auxilia na manutenção da força e do tônus muscular, reduzindo as consequências funcionais negativas que o avançar da idade costuma ocasionar, as quais podem comprometer a independência.

Sistema digestório

Fazem parte do sistema digestório: boca, glândulas salivares, faringe, esôfago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, fígado, vesícula biliar e pâncreas. Trata-se de um longo tubo que vai da boca ao ânus com órgãos e glândulas no meio do caminho. Com o envelhecimento, há diminuição das secreções dessas glândulas e do movimento de todo o trato.

O alimento é introduzido na boca, mastigado para ficar em pedaços menores e umidificado pela saliva, que também inicia o processo de digestão. Em seguida, passa da boca ao estômago pela faringe e pelo esôfago. No estômago, é transformado em quimo (bolo alimentar) e encaminhado ao intestino delgado (formado por duodeno, jejuno e íleo), que continua o processo digestivo e inicia a absorção (aproveitamento) dos nutrientes. O que não for aproveitado vai para o intestino grosso (composto por ceco, colo, reto e ânus), responsável pela absorção de água e sais. Com a absorção da água, as fezes ficam

Sistema digestório



mais ressecadas. Quando a pessoa idosa não se hidrata de forma adequada, isso pode se tornar um problema, pois facilita a formação de um bolo de fezes muito ressecado denominado fecaloma, que impede o trânsito intestinal e necessita de remoção mecânica. O intestino grosso conta com a presença de certas bactérias que auxiliam na produção de vitaminas. O uso indiscriminado de medicamentos, especialmente antibióticos, por idosos podem matá-las, causando diarreia e distúrbios nutricionais.

As principais alterações observadas no envelhecimento começam na boca – perda dos dentes, perda óssea da mandíbula e do maxilar,

dificultando o uso de dentaduras, e diminuição da saliva –, interferindo na qualidade da alimentação da pessoa idosa, que passa a procurar alimentos menos fibrosos, o que pode provocar constipação intestinal.

Alguns idosos podem apresentar certa dificuldade para engolir (disfagia), que, no entanto, não deve ser considerada normal. Quando presente, aumenta o risco de aspiração de alimentos para os pulmões, podendo ser necessário atendimento de urgência.

No estômago, o processo digestivo fica mais lento e o idoso refere a sensação de “empachamento”. No intestino, há um enfraquecimento da musculatura, o que diminui seus movimentos, contribuindo para a ocorrência de constipação intestinal. A parede do intestino grosso torna-se mais fina, facilitando a formação de pequenas bolsas (divertículos) que podem, em determinadas situações, inflamar ou se romper, gerando necessidade de assistência.

O fígado é um órgão único que recebe todo o sangue proveniente do estômago, intestino, pâncreas e baço. Destrói as substâncias tóxicas e altera as restantes, guardando algumas delas para utilizar depois e liberando outras no sangue. Também produz a bile, que é armazenada na vesícula e tem por função facilitar a digestão de gorduras. Com o avançar da idade, o fígado torna-se menos eficiente no aproveitamento e na excreção de medicamentos. Por isso, familiares e cuidadores devem evitar, ao máximo, oferecer ao idoso remédios não prescritos pelo médico.

Sistema urinário

O sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Os rins filtram o sangue, reabsorvendo substâncias necessárias ao organismo e secretando as desnecessárias junto com a água não reabsorvida, formando a urina, que é armazenada na bexiga e posteriormente eliminada. A estrutura dos rins se altera com o envelhecimento e esse

mecanismo de filtração fica mais lento. Como grande parte dos remédios é eliminada por essa via, eles ficam circulando por muito tempo no sangue, o que pode não ser muito bom.

Essas alterações também costumam afetar a capacidade dos rins de manter o equilíbrio hídrico do organismo, e situações adversas como jejum, diarreia, vômito ou febre podem levar à desidratação. O risco de desidratação é ainda maior porque a pessoa idosa não sente sede e ingere menor quantidade de líquidos.

A bexiga é um músculo na forma de “saco” que armazena a urina. Com o avançar da idade, esse músculo fica mais flácido e mais fraco e sua capacidade de armazenar grandes quantidades de urina diminui, assim como a de esvaziar-se completamente. A percepção do enchimento da bexiga é afetada e o idoso só sente que ela está cheia praticamente no limite, provocando necessidade urgente de ir ao banheiro. Como a musculatura em geral e a musculatura específica do períneo sofrem alterações, espirrar, tossir, gargalhar, carregar peso pode ocasionar perdas urinárias, por causa do aumento da pressão na barriga e na bexiga. A incontinência urinária, no entanto, não é nem deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.

Os homens podem apresentar alterações na eliminação da urina em decorrência do aumento da próstata. Esse órgão, com o avançar da idade, cresce (hiperplasia), dificultando ou obstruindo a passagem da urina. Sintomas como sensação de não esvaziamento completo da bexiga logo depois de urinar, idas frequentes ao banheiro para urinar (com intervalos menores de duas horas), jato de urina interrompido (como se o idoso urinasse “em prestações”) e fraco (necessitando fazer muita força para conseguir urinar), urgência para urinar, levantar várias vezes à noite para urinar (noctúria) são chamados de prostatitis-

As principais alterações observadas no envelhecimento começam na boca interferindo na qualidade da alimentação da pessoa idosa.

mo e requerem tratamento. Homens idosos nessas condições têm grande risco de desenvolver infecções urinárias de repetição.

Sistema imunológico

O sistema imunológico é responsável pela defesa interna de nosso organismo contra aquilo que lhe é estranho, ou seja, deve diferenciar o que é próprio dele do que não é.

O conjunto das alterações que esse sistema sofre com o processo de envelhecimento é chamado de imunossenescência. As consequências são maior presença e gravidade de infecções entre os idosos e maior risco para o desenvolvimento de certos tipos de câncer.

As doenças infecciosas constituem uma das principais causas de hospitalização e morte de pessoas idosas, com especial destaque para pneumonia, gripe, infecção do trato urinário e diverticulite.

O idoso, no entanto, pode estar com uma infecção e não apresentar sinais e sintomas clássicos. A febre, que é um dos primeiros sinais de infecção e mesmo de doenças graves, algumas vezes não se manifesta ou é pouco significativa. As infecções nas pessoas idosas podem ocor-



rer com uma variedade de manifestações não comuns, como alterações inexplicáveis do estado funcional ou mental (ex.: confusão mental), perda de peso e quedas, às quais o cuidador deve estar muito atento.

A pneumonia, por exemplo, causa de três a cinco vezes mais óbitos entre os idosos que entre os jovens. A pessoa idosa com pneumonia pode apresentar mal-estar e confusão mental como sintomas iniciais e não febre, calafrios, dor torácica e tosse produtiva, sinais clássicos da doença em populações de outra idade. Já a infecção urinária é a infecção mais comum nesse grupo. O idoso às vezes não tem sintoma algum ou apresenta sutis alterações no estado mental ou incontinência urinária, antes inexistente, sem manifestar os sinais clássicos de infecção urinária, como dor ao urinar, aumento da frequência de idas ao banheiro para urinar e febre. Idosos que usam sondas na bexiga, os que apresentam incontinência e os que têm problemas na próstata são os mais sujeitos a essas ocorrências e requerem atenção redobrada.

Por que é preciso conhecer as mudanças que ocorrem com o avançar da idade?

O envelhecimento é um processo normal do desenvolvimento humano no qual ocorrem várias alterações, que podem ser mais ou menos diferentes de uma pessoa para outra. Para continuar a viver, o ser humano precisa se adaptar a essas mudanças e o fará até a morte.

Conhecer tais mudanças é muito importante para quem cuida do idoso, pois poderá distinguir o normal do doente e ajudá-lo a melhorar sua qualidade de vida. Alguns pontos fundamentais não devem ser esquecidos:

- a) As alterações são progressivas e variam de um indivíduo para outro.
- b) Em uma mesma pessoa alguns sistemas podem envelhecer mais rapidamente que outros.

As doenças infecciosas constituem uma das principais causas de hospitalização e morte de pessoas idosas.

- c) As mudanças vão se somando conforme a idade avança e tornam o idoso mais vulnerável.
- d) Situações muito estressantes, como doenças ou perdas importantes (ex.: morte de um filho), colocam a pessoa idosa, mais vulnerável, em situações de risco que podem requerer longo tempo de reajustamento.
- e) A doença no idoso não se apresenta como em uma pessoa mais jovem. Inquietação, mudança de comportamento e/ou confusão mental costumam ser sinais precoces e importantes de alteração no estado de saúde.

Capacidade de desempenho da pessoa idosa em suas atividades do dia a dia

Muitos idosos são portadores de doenças como hipertensão, diabetes, artrose, entre outras, e, por fazerem acompanhamento médico regularmente, tomarem suas medicações de forma apropriada e seguirem todas as orientações do tratamento, encontram-se muito bem e fazem tudo o que necessitam sem precisar de qualquer ajuda.

Outros têm os mesmos problemas, mas não conseguiram fazer o mesmo tipo de acompanhamento e, por essa razão, apresentaram complicações das doenças, como derrame, amputações etc. Essas pessoas podem encontrar-se bem mais limitadas em suas atividades e, para desempenhá-las, necessitam da presença de um cuidador. Apesar de apresentarem limitações que comprometem sua **independência**, elas mantêm suas capacidades mentais e são capazes de decidir como desejam que as coisas sejam feitas, isto é, preservam sua **autonomia**.

Autonomia é o exercício do autogoverno, incluindo liberdade individual, privacidade, livre escolha e harmonia com os próprios sentimentos e necessidades. Preservá-la é sinônimo de respeito à dignidade

humana. Qualquer cuidador tem por obrigação procurar preservar ou resgatar a autonomia da pessoa idosa de quem cuida. Por exemplo, o idoso que usa cadeira de rodas poderá exercer sua autonomia escolhendo as coisas que quer fazer e a maneira como gostaria que acontecessem, apesar de não ser totalmente independente.

Independência é a capacidade de realizar algo com os próprios meios; significa poder sobreviver e desempenhar, sem ajuda, as chamadas atividades de vida diária (AVDs).

Dependência é a incapacidade de sobreviver satisfatoriamente sem ajuda (por limitações físicas, funcionais e/ou mentais) de algo (bengala, andador) ou alguém (cuidador).

A função básica do cuidador é auxiliar no desempenho das atividades de vida diária, tendo por princípio ajudar a pessoa idosa na medida de sua necessidade, nem mais nem menos.

A função básica do cuidador é auxiliar o idoso no desempenho das atividades de vida diária na medida de sua necessidade, nem mais nem menos.



Didaticamente, as atividades de vida diária são subdivididas em:

1. **Atividades básicas de vida diária (ABVDs)** – Envolve as atividades de autocuidado, como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, movimentar-se, manter o controle de suas eliminações, caminhar. Seu comprometimento exige, necessariamente, o auxílio de outra pessoa para que sejam desempenhadas.
2. **Atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)** – Indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade. Abrangem atividades como fazer compras, administrar os próprios medicamentos e finanças, utilizar transporte, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, preparar refeições e telefonar. Quando comprometidas, a família precisa se reorganizar para auxiliar a pessoa idosa, mas nem sempre é necessária a presença de um cuidador.
3. **Atividades avançadas de vida diária (AAVDs)** – Envolve a participação em atividades sociais, produtivas e de lazer, como viajar, visitar familiares e amigos, praticar esportes etc. Seu comprometimento pode requerer o auxílio de outra pessoa para desempenhá-las, mas geralmente sua ausência não compromete a sobrevivência do indivíduo, e sim sua qualidade de vida.

Até pouco tempo, a função de “cuidador” era exercida por familiares de forma voluntária ou por exclusiva falta de opções. A mudança do idoso para uma instituição só acontecia quando ele não possuía família ou ninguém nela podia assumir essa função. A maioria das famílias costuma



auxiliar seus membros mais necessitados pelo maior período de tempo e tão bem quanto possível, mas, com a mudança no perfil do núcleo familiar, isso está se tornando cada vez mais difícil.

Assim, a figura do **cuidador profissional** passa a ser uma força complementar urgente, necessária e indispensável na assistência às pessoas idosas.

O cuidador profissional é uma força complementar urgente, necessária e indispensável na assistência às pessoas idosas.

Como devem ser preparados os cuidadores?

Existem muitos tipos de cursos para cuidadores. Antes, todos eram feitos mais ou menos de maneira informal e a maioria destinava-se à orientação de cuidadores familiares. Apenas mais recentemente vem acontecendo uma discussão mais intensa sobre a formação do cuidador profissional.

O primeiro indicativo formal nesse sentido foi a publicação, em 2002, da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), incluindo o cuidador de idosos como ocupação (código 5162-10) e atribuindo-lhe o auxílio no desempenho de ações complementares à execução eficaz das diferentes atividades de vida diária.

A execução desse tipo de cuidado não é inata e, portanto, requer treinamento. Além disso, o Brasil é um país muito grande, com múltiplas diferenças regionais e, conseqüentemente, distintos padrões de envelhecimento. É necessária, assim, uma orientação geral para a formação dos cuidadores que se adapte às necessidades de cada região. Somente desse modo será possível formar um grupo mais ou menos homogêneo e, em futuro não muito distante, permitir que o cuidador passe de ocupação à profissão, reconhecida e regulamentada.

Com essa preocupação, em abril de 2007, a Área Técnica de Saúde do Idoso e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde do

Ministério da Saúde desenvolveram um trabalho conjunto com especialistas da área de gerontologia para propor um programa de formação para cuidadores de idosos. Os conteúdos definidos foram, de alguma forma, contemplados neste material.

Definição de cuidador e formação mínima

Cuidador de idosos pode ser definido como aquele que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria de sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. Suas ações fazem interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade, compaixão, paciência e equilíbrio emocional.

Segundo a descrição da CBO, o cuidador de idosos tem as seguintes funções:

a) *Cuidar da pessoa idosa:*

- *Cuidar da aparência e higiene pessoal.*
- *Observar os horários das atividades diárias.*
- *Ajudar no banho, na alimentação, no andar e nas necessidades fisiológicas.*
- *Estar atento às ações da pessoa idosa.*
- *Verificar as informações dadas pela pessoa idosa.*
- *Informar-se do dia a dia da pessoa idosa no retorno de sua folga.*
- *Relatar o dia a dia da pessoa idosa aos responsáveis.*
- *Manter o lazer e a recreação no dia a dia.*
- *Desestimular a agressividade da pessoa idosa*

b) *Promover o bem-estar:*

- *Ouvir a pessoa idosa, respeitando sua necessidade individual de falar.*
- *Dar apoio psicológico e emocional.*



- *Ajudar na recuperação da autoestima, dos valores e da afetividade.*
- *Promover momentos de afetividade.*
- *Estimular a independência.*
- *Auxiliar e respeitar a pessoa idosa em sua necessidade espiritual e religiosa.*

c) *Cuidar da alimentação da pessoa idosa:*

- *Participar na elaboração do cardápio.*
- *Verificar a despensa.*
- *Observar a qualidade e a validade dos alimentos.*
- *Fazer as compras conforme lista e cardápio.*
- *Preparar a alimentação.*
- *Servir a refeição em ambientes e em porções adequadas.*
- *Estimular e controlar a ingestão de líquidos e de alimentos variados.*
- *Reeducar os hábitos alimentares.*

d) *Cuidar da saúde:*

- *Observar temperatura, urina, fezes e vômitos.*
- *Controlar e observar a qualidade do sono.*
- *Ajudar nas terapias ocupacionais e físicas.*
- *Ter cuidados especiais com deficiências e dependências físicas.*
- *Manusear adequadamente.*
- *Observar alterações físicas.*
- *Observar alterações de comportamento.*
- *Lidar com comportamentos compulsivos e evitar ferimentos.*
- *Controlar armazenamento, horário e ingestão de medicamentos, em domicílios.*
- *Acompanhar a pessoa idosa em consultas e atendimentos médico-hospitalares.*
- *Relatar a orientação médica aos responsáveis.*
- *Seguir a orientação médica.*

e) *Cuidar do ambiente domiciliar e/ou institucional:*

- *Cuidar dos afazeres domésticos.*
- *Manter o ambiente organizado e limpo.*
- *Promover adequação ambiental.*
- *Prevenir acidentes.*
- *Fazer compras para a casa e para a pessoa idosa.*
- *Administrar finanças.*
- *Cuidar da roupa e objetos pessoais da pessoa idosa.*
- *Preparar o leito de acordo com as necessidades da pessoa idosa.*

f) *Incentivar a cultura e a educação:*

- *Estimular o gosto pela música, dança e esporte.*
- *Selecionar jornais, livros e revistas.*
- *Ler histórias, textos e jornais para a pessoa idosa.*
- *Organizar biblioteca doméstica.*

g) *Acompanhar em passeios, viagens e férias:*

- *Planejar e fazer passeios.*
- *Listar objetos de viagem.*
- *Arrumar a bagagem.*
- *Preparar a mala de remédios.*
- *Preparar documentos e lista de telefones úteis.*
- *Preparar alimentação da viagem com antecedência.*
- *Acompanhar a pessoa idosa em atividades sociais e culturais.*

Entre as funções do cuidador estão promover o bem-estar do idoso e cuidar de sua alimentação.

As competências pessoais do cuidador listadas pela CBO são:

1. *Manter capacidade e preparo físico, emocional e espiritual.*
2. *Cuidar de sua aparência e higiene pessoal.*
3. *Demonstrar educação e boas maneiras.*
4. *Adaptar-se a diferentes estruturas e padrões familiares e comunitários.*
5. *Respeitar a privacidade da pessoa idosa.*
6. *Demonstrar sensibilidade e paciência.*
7. *Saber ouvir.*
8. *Perceber e suprir carências afetivas.*
9. *Manter a calma em situações críticas.*
10. *Demonstrar discrição.*
11. *Observar e tomar resoluções.*
12. *Em situações especiais, superar seus limites físicos e emocionais.*
13. *Manter otimismo em situações adversas.*
14. *Reconhecer suas limitações e quando e onde procurar ajuda.*
15. *Demonstrar criatividade.*
16. *Lidar com a agressividade.*





17. Lidar com seus sentimentos negativos e frustrações.
18. Lidar com perdas e mortes.
19. Buscar informações e orientações técnicas.
20. Obedecer a normas e estatutos.
21. Reciclar-se e atualizar-se por meio de encontros, palestras, cursos e seminários.
22. Respeitar a disposição dos objetos da pessoa idosa.
23. Dominar noções primárias de saúde.
24. Dominar técnicas de movimentação para a pessoa idosa não se machucar.
25. Dominar noções de economia e atividade doméstica.
26. Conciliar tempo de trabalho com tempo de folga.
27. Doar-se.
28. Demonstrar honestidade.
29. Conduta moral.

O que os cuidadores devem aprender nos cursos de formação?

Para o desenvolvimento dos cursos, foram definidos alguns eixos integradores e as competências e habilidades mínimas a eles relacionadas.

Eixo 1 - Interação e comunicação

Competências a serem desenvolvidas

No final do curso, o cuidador deverá ser capaz de:

- Desenvolver ações que estimulem o processo de interação e comunicação entre o idoso, seus familiares e a comunidade.
- Compreender/interpretar as mensagens verbais e não verbais do idoso e se fazer entender.
- Promover/fazer a inter-relação entre família-serviços-comunidade (rede).
- Compreender e reconhecer o processo de comunicação do idoso (verbal e não verbal).

Para atender a esse eixo, no final do curso, o cuidador deverá ter habilidade para:

- Estimular a pessoa idosa na manutenção do convívio familiar e social.
- Promover atividades que estimulem o uso da linguagem oral e de outras formas de comunicação pela pessoa idosa.
- Promover, na família, ambiente favorável à conversação com a pessoa idosa.
- Incentivar a socialização da pessoa idosa por meio da participação em grupos, tais como: grupos de acompanhamento terapêutico, de atividades socioculturais, de práticas corporais/físicas e outros.
- Identificar redes de apoio na comunidade e estimular a participação da pessoa idosa, conforme orientações do plano de cuidado.

- *Apoiar a pessoa idosa na execução das atividades instrumentais de vida diária.*
- *Utilizar recursos de informação e comunicação adequados à pessoa idosa.*
- *Verificar a necessidade e/ou condições de órteses (bengalas, andadores etc.) e próteses dentárias, auditivas e oculares.*
- *Favorecer a leitura labial pela pessoa idosa, durante as conversações.*
- *Utilizar linguagem clara e precisa com a pessoa idosa e seus familiares.*

Eixo 2 - Cuidados em relação às atividades do "andar da vida"

Competências a serem desenvolvidas

No final do curso, o cuidador deverá ser capaz de:

- Identificar as necessidades de cuidado.
- Identificar a possibilidade de independência e reconhecer a autonomia do idoso para a realização das atividades de vida diária (AVDs) e, a partir daí, organizar as atividades de suporte.
- Atuar de forma a estimular o resgate e/ou manutenção da independência e autonomia do idoso.
- Conhecer/reconhecer/identificar o nível/tipo de dependência do idoso, a fim de auxiliar o desempenho de suas AVDs na medida de suas necessidades.

Para atender a esse eixo, no final do curso, o cuidador deverá ter habilidade para:

- *Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida.*
- *Coletar informações sobre a história de vida e de saúde da pessoa idosa.*
- *Identificar o contexto familiar e social de vida da pessoa idosa.*
- *Identificar valores culturais, éticos, espirituais e religiosos da pessoa idosa e de sua família.*

- *Participar da elaboração do plano de cuidado para a pessoa idosa, sua implementação, avaliação e reprogramação com a equipe de saúde.*
- *Realizar ações de acompanhamento e cuidado da pessoa idosa com dependência, conforme as demandas e necessidades identificadas.*
- *Identificar situações e hábitos presentes no contexto de vida do idoso que são potencialmente promotores ou prejudiciais a sua saúde.*
- *Estimular a autonomia e independência da pessoa idosa em face de suas necessidades.*
- *Apoiar a pessoa idosa na execução das atividades de vida diária, conforme o plano de cuidado.*
- *Apoiar a pessoa idosa na execução das atividades instrumentais de vida diária.*
- *Sensibilizar a pessoa idosa e sua família quanto à necessidade de mudanças graduais e contínuas de hábitos e atitudes, a fim de facilitar a vida do idoso.*
- *Atentar para possíveis reações indesejadas em relação ao uso de medicamentos.*
- *Providenciar suporte adequado às necessidades específicas da pessoa idosa.*
- *Atentar para a necessidade e/ou para as condições das próteses e órteses em uso pela pessoa idosa.*
- *Estimular a prática de atividades que diminuem o risco de doenças crônicas, conforme orientações do plano de cuidado.*

O cuidador deve ter habilidade para identificar situações e hábitos potencialmente promotores ou prejudiciais à saúde do idoso.



- *Identificar sinais de fragilização da pessoa idosa.*
- *Identificar sinais de depressão e demência na pessoa idosa e encaminhá-la para os cuidados específicos.*
- *Encaminhar o idoso para atendimento à saúde, quando necessário.*
- *Acompanhar o idoso no uso da medicação.*
- *Acompanhar a situação vacinal da pessoa idosa.*
- *Orientar a família e atuar no caso de óbito da pessoa idosa.*

Eixo 3 - Prontidão para agir em situações imprevistas

Competências a serem desenvolvidas

No final do curso, o cuidador deverá ser capaz de:

- Reconhecer situações de urgência e emergência e realizar os primeiros socorros e demais ações sob orientação do profissional responsável.
- Agir com prontidão e presteza em situações imprevistas dentro do limite de suas atribuições.



Para atender a esse eixo, no final do curso, o cuidador deverá ter habilidade para:

- *Reconhecer situações de urgência e emergência.*
- *Realizar primeiros socorros.*
- *Providenciar atendimento de suporte*

Eixo 4 - Prevenção de riscos, acidentes e violência

Competências a serem desenvolvidas

No final do curso, o cuidador deverá ser capaz de:

- Identificar e reconhecer situações de risco à integridade física e psicológica da pessoa idosa a fim de evitar situações de agravo.
- Promover ambiente seguro.

Para atender a esse eixo, no final do curso, o cuidador deverá ter habilidade para:

- *Identificar situações de risco de violência.*
- *Prevenir, atuar e mobilizar recursos que reduzam riscos.*
- *Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da pessoa idosa com dependência.*
- *Avaliar condições de risco de acidentes domésticos e propor alternativas para resolução ou minimização.*
- *Identificar situações de autonegligência e promover os encaminhamentos necessários.*
- *Identificar sinais de maus-tratos e promover os encaminhamentos necessários.*
- *Identificar situações de violência intra e extrafamiliar.*
- *Estimular a pessoa idosa e seus familiares a participar de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e extrafamiliar, dentre outros.*
- *Notificar caso suspeito ou confirmado de violência contra a pessoa idosa.*

Eixo 5 - Direitos da pessoa idosa

Competências a serem desenvolvidas

No final do curso, o cuidador deverá ser capaz de:

- Conhecer a legislação e os recursos para promover a garantia dos direitos.
- Identificar espaços de reivindicação dos direitos da pessoa idosa.

Para atender a esse eixo, no final do curso, o cuidador deverá ter habilidade para:

- *Identificar situações que apontem negligência aos direitos da pessoa idosa e promover os encaminhamentos necessários.*
- *Reconhecer e saber utilizar os mecanismos que asseguram os direitos dos idosos como cidadãos.*
- *Garantir o acesso da pessoa idosa a seus direitos legais utilizando os meios e recursos disponíveis.*
- *Divulgar para a pessoa idosa, seus familiares e para a comunidade a legislação nacional de garantia dos direitos dos idosos.*

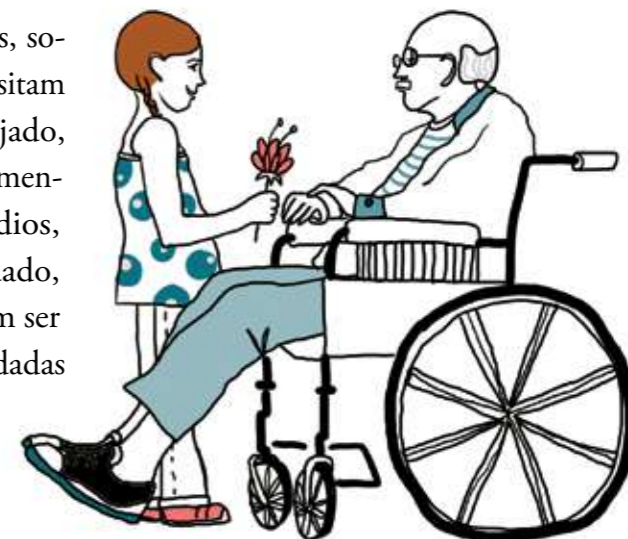
A carga horária prevista para os cursos é de 160 horas, integrando conteúdos presenciais, não presenciais e atividades práticas.

Capítulo 2

O que é cuidar da pessoa idosa

Cuidar da pessoa idosa de forma adequada baseia-se na manutenção, no melhor nível possível, de suas condições funcionais. Deve sempre levar em conta que o idoso é capaz de manter o melhor e maior grau possível de independência e autonomia no desempenho de suas atividades cotidianas, não importando as limitações ou doenças que apresente.

Os idosos com problemas crônicos, sobretudo os mais dependentes, necessitam de maior apoio, de cuidado planejado, o que vai além da atenção exclusivamente biomédica (ex.: exames, remédios, curativos). Com o cuidado adequado, quase todas as complicações podem ser calculadas e, em vários casos, retardadas ou mesmo evitadas.



O cuidador de idosos precisa, além da formação mínima, manter-se informado e organizar o cuidado a ser prestado de acordo com os seguintes princípios:

- a) A adoção de um estilo de vida mais saudável.
- b) A maximização da independência, minimizando e compensando as perdas e limitações relacionadas ao envelhecimento.
- c) A promoção de conforto durante os momentos de maior angústia e fragilidade, incluindo o processo de morrer.

Esse cuidado não é construído de maneira isolada; familiares e o próprio idoso têm de participar ativamente do processo. Todos os envolvidos devem compartilhar informações e instruções, de modo a permitir uma sobrevivência mais assistida e, portanto, mais digna.

O cuidar assim entendido nunca será “fazer por”, mas sempre “fazer com”, e implica, além do desenvolvimento de técnicas, um envolvimento pessoal naquilo que se conhece como relação de ajuda.

Como construir uma relação de ajuda

Relação de ajuda é uma ligação profunda e significativa entre a pessoa que ajuda e a que é ajudada. Essa ligação ultrapassa a realização de procedimentos como banho, troca de roupa etc. Tem por princípio o respeito e a liberdade, ou seja, sua finalidade é auxiliar o idoso a restabelecer e manter a autonomia.

“Cuidar”, aqui, é entendido como “ajudar a viver”. Aquele que se propõe ajudar precisa ter experiência pessoal construída pela convivência com pessoas de diferentes idades e em diversos tipos de relações sociais.

Para desenvolver uma relação de ajuda de fato, o cuidador deve possuir habilidades específicas e não apenas interesse e boa vontade,

embora estes sejam fundamentais. Não basta também somente “saber” ou “saber fazer” para o desenvolvimento de um “bom” cuidado; é necessário que ele se conheça e saiba exatamente o que deseja obter com esse tipo de atividade.

Conhecer-se é fundamental. Somente com o conhecimento pessoal nos moveremos para compreender o outro e, a partir daí, estabelecer uma verdadeira relação de ajuda.

Embora toda relação de ajuda envolva comunicação, nem toda comunicação é, necessariamente, uma relação de ajuda. Perguntas objetivas (“O que o(a) senhor(a) comeu hoje?”) recebem respostas diretas (“Sopa”, “Bife”). Nesse caso, as pessoas apenas circulam informações.

Ajudar é “dar de si”, implica doação (de tempo, competência, saber, interesse), capacidade de escuta e compreensão. O cuidador auxiliará a pessoa idosa a enfrentar e superar situações e problemas com os

Cuidar nunca será “fazer por”, mas sempre “fazer com”, e implica, além do desenvolvimento de técnicas, um envolvimento pessoal na relação de ajuda.





recursos de que dispõe, os quais foram adquiridos por meio de suas experiências pessoais. O idoso é o principal detentor dos recursos para resolver os problemas apresentados. A relação de ajuda possibilitará a ele identificar, sentir, saber escolher e decidir sobre suas ações (autonomia). O cuidador deverá ajudá-lo a descobrir como fazer isso redirecionando suas energias para um novo olhar sobre si mesmo, que, dependendo das circunstâncias, pode não existir ou estar muito deteriorado. Esta relação objetiva, sobretudo, a melhoria da autoestima, o alcance da autorrealização, a promoção de conforto psicológico e o fornecimento de apoio necessário.

A relação de ajuda visa, portanto, a auxiliar a pessoa idosa a:

- Resolver uma situação atual ou potencial.
- Aumentar sua autoestima e seu sentimento de segurança, diminuindo sua ansiedade.
- Desenvolver atitudes positivas diante de suas (in)capacidades.
- Melhorar sua capacidade de comunicação e suas relações com os outros.
- Manter um ambiente estimulante.

As principais características de um cuidador que pretende desenvolver uma relação de ajuda são:

- Capacidade de reconhecer seus valores pessoais.
- Capacidade de analisar as próprias emoções.
- Ser altruísta.
- Alto senso de responsabilidade em relação a si mesmo e aos outros.
- Ser ético.

Para o estabelecimento de uma relação de ajuda, é necessária uma definição clara dos objetivos das duas partes envolvidas – cuidador e pessoa idosa/família.

Cabe ao cuidador:

- Identificar claramente os problemas vivenciados pelo idoso.
- Estabelecer com a pessoa idosa/família objetivos concretos e pertinentes.
- Avaliar com o idoso suas capacidades e suas limitações.
- Escolher os meios para ajudá-lo a atingir seus objetivos, levando em consideração seu sistema de valores.

Cabe à pessoa idosa/família:

- Participar ativamente na definição dos objetivos.
- Trabalhar um elemento de cada vez.
- Iniciar pelo problema atual.

Características necessárias para construir uma relação de ajuda

Capacidade de escuta

“Escutar” não é sinônimo de “ouvir”. Na relação de ajuda, escutar é um instrumento para compreender as necessidades apresentadas pelo idoso. Ao escutá-lo, o cuidador mostra-lhe sua importância, permite

Essa relação objetiva, sobretudo, a melhoria da autoestima, o alcance da autorrealização, a promoção de conforto psicológico e o fornecimento de apoio necessário.

que ele identifique suas emoções e o auxilia na identificação de suas necessidades e na elaboração de um planejamento objetivo e eficaz para atender a elas. Para escutar eficazmente, o cuidador deve:

- Desejar estabelecer uma relação mais estreita com a pessoa idosa.
- Escolher um local calmo e silencioso que permita a escuta.
- Manter-se a uma distância confortável para o idoso, mas que permita vê-lo e ser visto por ele.
- Procurar compreender o que a pessoa idosa fala e o que não fala (por meio de gestos, expressões etc.).
- Evitar julgamentos baseados em valores pessoais.
- Repetir para o idoso, porém com as próprias palavras, o que foi dito para verificar se sua compreensão foi correta.
- Respeitar, compreender e interpretar o silêncio da pessoa idosa. O silêncio pode significar algum medo ou sofrimento que impede o encontro das palavras ou, então, uma alegria tão intensa que não pode ser expressa verbalmente. Silêncio não é sinônimo de vazio nem ausência de relação; costuma ser rico em significado. Para ser traduzido e transformado em instrumento de ajuda, deve ser compreendido, respeitado, acolhido e nunca prematuramente interrompido.



Escutar não é memorizar as palavras emitidas pelo idoso; é compreendê-lo, ver e apreender o contexto e os sentimentos relacionados ao conteúdo das mensagens emitidas. O cuidador que realmente escuta o idoso reflete atentamente sobre o significado de suas mensagens (verbais e não verbais), buscando a construção de um cuidado mais próximo às necessidades que conseguiu identificar.

Para ser traduzido e transformado em instrumento de ajuda, o silêncio deve ser compreendido, respeitado e acolhido.

Capacidade de clarificar

“Clarificar” quer dizer tornar claro, limpo ou puro. Na relação de ajuda, significa delimitar mais precisamente o problema em si e os envolvidos de maneira concreta e realista. Para tanto, o cuidador deve ser capaz de auxiliar o idoso a refletir sobre seus problemas e a descrevê-los em toda a sua extensão, intensidade e complexidade. As perguntas “Quem?”, “O quê?”, “Onde?”, “Como?” e “Por quê?” auxiliam na clarificação, mas o uso do “por quê” indiscriminado pode despertar na pessoa idosa a necessidade de se justificar, geralmente defendendo-se. Cada pergunta deve ter por objetivo auxiliar o idoso a perceber com maior clareza o problema e/ou suas soluções.

Capacidade de respeitar-se e de respeitar o idoso

O respeito é uma necessidade humana, uma qualidade, um valor. Respeitar-se significa ser verdadeiro consigo mesmo e com os outros, e respeitar alguém, acreditar em sua unicidade, em sua capacidade de viver de maneira satisfatória. Respeitar o idoso é, para o cuidador, comunicar-lhe que tenta compreendê-lo como pessoa, sua experiência, seus valores e a situação que está vivenciando segundo seu ponto de vista. Significa, ainda, identificar suas capacidades e auxiliá-lo a reconhecê-las e utilizá-las para lidar com as situações da forma mais autônoma possível. É o idoso, no entanto, que decide usá-las ou não,



ou seja, a decisão final cabe a ele, e respeitá-lo é compreender e aceitar essa decisão mesmo que ela não corresponda à expectativa do cuidador.

O respeito se manifesta por meio de atitudes e comportamentos ativos ou passivos. São exemplos de comportamentos respeitosos: ser capaz de estabelecer uma relação que envolva escuta e presença física atenta; aceitar o idoso incondicionalmente, evitando juízos críticos; expressar empatia; demonstrar afeto e cordialidade; auxiliá-lo a desenvolver seus recursos pessoais, encorajando-o, motivando-o e apoiando-o e não agindo por ele; manifestar compreensão e dedicação.

O respeito do cuidador pelo idoso envolve:

- Mostrar que o aprecia como pessoa, respeitando sua idade e sua personalidade.
- Não utilizar linguagem infantilizante (“lindinha”, “bonitinho”) ou demasiadamente familiar (“querido”).

- Chamá-lo pelo nome (apelido, apenas com autorização) e tratá-lo por senhor ou senhora.
- Cumprimentá-lo ao chegar e sempre que ele adentrar o recinto em que o cuidador está.
- Dedicar-se inteiramente a ele durante a execução de algum cuidado, procurando não se distrair com outros estímulos (televisão, rádio etc.) e evitando interrupções por telefone (desligar o celular é fundamental).
- Evitar expressar compaixão. A piedade não é sinal de respeito e não ajuda, sobretudo os idosos.
- Mostrar que acredita realmente em suas capacidades, valorizando-as de forma construtiva e realista.
- Demonstrar apoio afetivo.
- Respeitar sua intimidade e a confidencialidade de suas conversas e compartilhar informações somente com sua prévia autorização.
- Aguardar suas respostas e suas decisões (que podem ser mais demoradas) sem apressá-lo.
- Planejar conjuntamente com ele as atividades de cuidado, perguntando sua opinião e buscando segui-la.

O respeito na relação de ajuda permite a elevação da autoestima e do autoconceito, que, em muitos idosos mais dependentes, podem estar rebaixados.

Portanto, constituem obstáculos ao respeito:

- Comportamentos punitivos e reprovadores.
- Juízos de valor.
- Utilização de frases feitas (despersonalização da relação).
- Escuta falsa, não centrada no idoso.
- Linguagem infantilizante (muito frequente no tratamento com idosos).
- Negação da experiência e das emoções do idoso.
- Não valorização de suas capacidades.

O respeito na relação de ajuda permite a elevação da autoestima e do autoconceito, que, em muitos idosos mais dependentes, podem estar rebaixados.

Capacidade de ser congruente

“Congruência” significa coerência de algo com o fim a que se destina; é, em outras palavras, a capacidade de ser autêntico. A pessoa que não possui essa capacidade separa-se de seu verdadeiro “eu”, reduzindo sua identidade aos papéis que desempenha. A autenticidade do cuidador pode se manifestar por sua espontaneidade, valorização de seu papel, coerência e capacidade de compartilhar experiências.

Atitude defensiva, não manifestação dos próprios sentimentos, inconveniência (a relação profissional exige tato e juízo crítico) e pessimismo são obstáculos à autenticidade.

Para desenvolver a autenticidade, o cuidador deve se autoconhecer e se respeitar, acreditar em si mesmo, evitar esconder-se atrás de um papel social e, acima de tudo, observar atentamente seu comportamento não verbal, buscando a coerência entre o que diz e o que demonstra.

Capacidade de ser empático

“Empatia” é a capacidade de se colocar no lugar do outro e sentir o que ele sente como se estivesse na situação e circunstâncias experimentadas por ele sem, no entanto, perder o próprio sistema de referência. É, portanto, a base de toda relação de ajuda. Para que o cuidador seja empático, ele deve ser capaz de:

- Aproximar-se da situação que o idoso está vivenciando.
- Desenvolver a capacidade de colocar-se no lugar dele buscando ver o mundo como ele vê.
- Ter consciência de que o problema é do idoso.

Só assim o cuidador será capaz de identificar e compreender verdadeiramente o conteúdo das mensagens da pessoa idosa, pois estará em posição de ver o mundo do mesmo prisma que ela.



A empatia pode ser desenvolvida pelo interesse pelo idoso; pelo conhecimento do comportamento humano; por uma personalidade afetuosa e flexível; pela capacidade de generalizações relativas às experiências de vida; pela capacidade de tolerar e utilizar o silêncio na relação; por semelhanças de experiências e vivências; pela disponibilidade e escuta atenta; pela tolerância ao estresse; por experiências de vida variadas, propiciando maior flexibilidade e espontaneidade; pela autoafirmação; pelo uso de linguagem apropriada; e pela capacidade de compreender a linguagem simbólica utilizada pela pessoa idosa.

A empatia por si só não soluciona os problemas do idoso como se fosse um passe de mágica; é apenas uma forma de fazê-lo não se sentir solitário diante deles. Ao perceber que o cuidador consegue entender a dimensão que os problemas tomam em sua vida, a pessoa idosa vai se sentir mais confortável e, assim, pode canalizar suas energias para resolvê-los com o apoio daquele com quem mantém uma relação de ajuda.

Quem não possui a capacidade de ser autêntico separa-se de seu verdadeiro “eu”, reduzindo sua identidade aos papéis que desempenha.

Capacidade de confrontação

“Confrontar” significa colocar-se frente a frente; não envolve disputa como “afrontar”. A confrontação origina-se da empatia e do respeito ao idoso e é uma manifestação suplementar à autenticidade do cuidador.

A confrontação permite ao idoso o contato com aquilo que ele realmente é, com suas forças e recursos, assim como com suas fraquezas e comportamentos prejudiciais. Na relação de ajuda, a confrontação só deve ser utilizada quando há um verdadeiro clima de confiança, exigindo do cuidador habilidade e tato. Ele vai confrontar não o idoso, mas o comportamento, descrevendo-o sem emissão de julgamentos, pois isso poderia representar uma demonstração de desrespeito, levando a pessoa idosa a assumir uma postura defensiva. No entanto, nem sempre a confrontação é reconhecida como instrumento de ajuda pelo idoso. Caso ele resista a essa forma de intervenção, convém não insistir, aguardando uma ocasião mais oportuna para fazê-lo.

Quando a relação não é de ajuda

Muitas vezes o cuidador quer estabelecer uma relação de ajuda adequada, porém fica frustrado com seus resultados. Existem algumas intervenções que costumam ser bastante utilizadas, mas que, normalmente, não ajudam:

- Dar ordens sem avaliar o contexto que envolve as situações, o que pode levar o idoso a ter de negar as emoções traduzidas por seu comportamento.
- Fazer ameaças (“Se não cumprir as orientações, não viremos mais visitá-lo...”). Geralmente esse comportamento acrescenta mais um elemento à problemática apresentada pelo idoso: o medo.
- Censurá-lo, adverti-lo de forma contundente. Isso representa uma afirmação da incapacidade do idoso de discernir entre o certo e o

errado, entre o bem e o mal, colocando-o como incapaz de resolver seus problemas.

- Dar soluções, não permitindo ao idoso refletir sobre seu problema e sua potencialidade de ação.
- Argumentar logicamente (“O problema voltou obviamente porque o(a) senhor(a) não seguiu as orientações que dei...”), o que coloca o idoso em uma situação desconfortável, fazendo-o sentir-se tolo, incapaz de seguir recomendações.
- Julgar e criticar utilizando o próprio sistema de valores, levando o idoso a não mais confiar no cuidador, pois não se sente compreendido por ele.
- Aprovar, lisonjear (“Desta vez tomou a decisão correta...”). Isso pode desenvolver no idoso o receio de não ser aprovado em outras situações pelo julgamento do cuidador e, caso se arrependa da decisão tomada, não se sentirá confortável em compartilhar tal sentimento com ele.
- Analisar e interpretar (“Cada vez que o(a) senhor(a) quer a atenção de seus filhos, comporta-se como se estivesse muito doente...”). Se a interpretação for verdadeira, é provável que o idoso se sinta “apanhado”, o que pode ser insustentável; se não for correta, talvez se sinta acusado ou incompreendido.
- Consolá-lo (“Não se preocupe, isso vai passar...”). O idoso pode sentir que o cuidador minimiza a importância de seu problema e, portanto, não haverá solução para ele.
- Fazer muitas perguntas fechadas (“Onde?”, “Quando?”, “Como?”, “Por quê?”). O idoso pode sentir-se interrogado.
- Gracejar. O gracejo muitas vezes é colocado para minimizar uma situação muito tensa, criando um clima mais agradável. Entretanto, sua utilização deve ser muito bem estudada, pois sua inadequação pode levar o idoso a pensar que o cuidador não leva a sério seu problema ou suas necessidades ou, ainda, que não o respeita.

- Ridicularizar (“Assim o(a) senhor(a) está agindo como uma criança...”), levando o idoso a se sentir desvalorizado ou desrespeitado e gerando respostas agressivas.

Quando adequadamente estabelecida, a relação de ajuda permitirá ao idoso e a seus familiares a identificação de recursos próprios disponíveis para superar os problemas que estão vivenciando, fortalecendo-os para situações futuras. Esse tipo de intervenção está diretamente associado à qualidade do cuidado que se quer prestar, uma vez que procura auxiliar o idoso em todas as suas dimensões de ser humano.

Declaração dos direitos do cuidador familiar

Tenho o direito de me cuidar;

Tenho o direito de receber ajuda e participação de meus familiares no cuidado do idoso dependente;

Tenho o direito de procurar ajuda;

Tenho o direito de ficar aborrecido, deprimido e triste;

Tenho o direito de não deixar que meus familiares tentem me manipular com sentimentos de culpa;

Tenho o direito de receber consideração, afeição, perdão e aceitação de meus familiares e da comunidade;

Tenho o direito de orgulhar-me do que faço;

Tenho o direito de proteger minha individualidade, meus interesses pessoais e minhas próprias necessidades;

Tenho o direito de receber treinamento para cuidar melhor do idoso dependente;

Tenho o direito de ser feliz.

Capítulo 3

Alimentação e envelhecimento

Verificamos, hoje, uma preocupação crescente com questões relacionadas à alimentação. Todos os dias podemos ver algum tópico a esse respeito na mídia (TV, jornais, revistas etc.).

Uma alimentação adequada mantém sempre os mesmos fundamentos básicos, mas, em cada fase da vida, temos de tomar alguns cuidados específicos. Assim, quando falamos de alimentação para pessoas idosas, devemos considerar as alterações que ocorrem no organismo nessa fase da vida, bem como as mudanças em seu estilo de vida.

Com o envelhecimento, algumas alterações no organismo costumam modificar as necessidades nutricionais, o que pode ser ainda mais acentuado



pela presença de doenças, pelo uso de medicamentos ou por problemas sociais e psicológicos.

Nosso metabolismo, ou seja, a capacidade de nosso organismo de produzir e utilizar as substâncias orgânicas, diminui com o passar dos anos. Assim, ele acaba precisando de menor quantidade de energia conforme envelhece.

Com o envelhecimento, algumas alterações no organismo costumam modificar as necessidades nutricionais.

Com o avançar da idade, nosso corpo muda. Há diminuição da massa magra (músculos e ossos) e aumento da massa gordurosa (braços e pernas se tornam mais finos e a cintura engrossa ou a barriga fica mais proeminente).

Já as alterações na visão, no paladar, no olfato, na audição e no tato podem levar à perda de apetite, fazendo com que a pessoa idosa coma menos.

A ausência parcial ou total de dentes, o uso de dentaduras ou pontes inadequadas, a presença de cáries e a diminuição da saliva são fatores que, em geral, dificultam a mastigação e a deglutição (engolir os alimentos), podendo fazer com que o idoso mude seus hábitos alimentares (menor consumo de carnes, frutas, verduras e legumes crus para facilitar a mastigação). Isso pode ser ainda mais importante quando a pessoa apresenta limitações físicas que a impedem de sair para comprar os próprios alimentos.

Outras alterações relacionadas à digestão e aproveitamento dos alimentos pelo organismo podem dificultar a digestão e favorecer a obstipação intestinal (prisão de ventre).

É comum que idosos com uma ou mais doenças, como diabetes melito e hipertensão arterial, tenham suas necessidades nutricionais afetadas. Os remédios utilizados para controle dessas doenças podem interagir entre si e com os nutrientes dos alimentos, prejudicando seu aproveitamento e, conseqüentemente, o estado nutricional da pessoa.



Hábitos alimentares

Adquirimos nossos hábitos alimentares na infância e tendemos a mantê-los ao longo da vida; por isso, temos dificuldade de modificá-los. Ao lado dos hábitos, existem as crenças e os tabus, muitas vezes baseados em informações incorretas que podem levar a prejuízos nutricionais. Assim, determinados alimentos ou preparações são considerados “leves”, “pesados”, “quentes”, “frios”; alguns não podem ser misturados (ex.: leite com manga); outros não devem ser consumidos em determinados horários (à noite); e há aqueles que são “milagrosos”, pois podem curar doenças (ex.: suco de laranja com berinjela crua pela manhã, em jejum, para baixar o colesterol do sangue).

Com a aposentadoria, o dinheiro disponível diminui e grande parte é utilizada para comprar remédios, considerados mais importantes na manutenção da saúde. Com isso, os idosos passam a adquirir alimentos mais baratos (pão, bolacha) e de preparo mais fácil, no lugar de outros mais caros (carnes, leite e queijos).

Funções dos alimentos

Os alimentos fornecem ao corpo todas as substâncias necessárias a seu bom funcionamento. Essas substâncias, chamadas **nutrientes**, são indispensáveis à vida humana. Os nutrientes são: água, carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e fibras.

Cada alimento possui vários nutrientes em diferentes quantidades e cada nutriente exerce uma função específica no organismo. Com exceção do consumo do leite materno pelos recém-nascidos, nenhum outro alimento supre todas as necessidades de nosso organismo do ponto de vista nutricional.

Os alimentos são classificados em três grandes grupos, de acordo com a quantidade de nutrientes que possuem e a função que exercem: **energéticos, construtores e reguladores**.

Os **alimentos energéticos** têm a função de fornecer energia (combustível) para que possamos andar, falar, respirar etc. Eles possuem grandes quantidades de carboidratos e gorduras e, quando a energia que fornecem não é consumida, ela se acumula na forma de gordura corporal. Assim, esses alimentos não devem ser consumidos em excesso, pois podem levar à obesidade ou a outros problemas de saúde, como aterosclerose.

Os alimentos ricos em carboidratos são:

- a) Cereais e derivados: arroz, milho, farinhas (aveia, trigo, centeio, fubá), massas de macarrão, pizza, pães, biscoitos, bolachas, torradas.
- b) Feculentos e derivados: batata-inglesa, batata-doce, cará, inhame, mandioca, polvilho, fécula de batata, farinha de mandioca.
- c) Açúcares e doces: açúcar refinado, açúcar mascavo, doces em pasta, balas, sorvetes, chocolates, refrigerantes, mel.

Os alimentos ricos em gorduras são:

- a) De origem vegetal: óleos vegetais, azeites, margarinas, amendoim, castanha de caju, nozes, amêndoas, polpa do coco, abacate, açaí.

b) De origem animal: manteiga, banha, *bacon*, creme de leite, carnes gordas.

c) Algumas preparações: maionese, chantili, molho *rosé*, molho tártaro.

O colesterol está presente em alimentos de origem animal, pois é produzido apenas pelos animais. Todos nós temos um nível de colesterol circulante em nosso sangue que é considerado normal, importante na formação de alguns hormônios de nosso organismo. Seu excesso é que pode causar problemas.

Os **alimentos construtores** têm a função de fornecer substâncias para a construção e manutenção das diversas partes do organismo e repor as que são diariamente perdidas pelo suor, pela descamação da pele e quando é necessário cicatrizar algum ferimento. Eles possuem grandes quantidades de proteínas, cálcio e ferro.

Os alimentos ricos em proteínas podem ter origem animal (carnes de todos os tipos, vísceras, ovos, leites, queijos, iogurtes, coalhadas) ou vegetal (feijões de todos os tipos, soja, lentilha, grão-de-bico, ervilha seca).

Os alimentos ricos em cálcio são representados por leite, queijos, iogurtes e coalhada.

Os alimentos ricos em ferro são as carnes, vísceras (fígado, rins) e leguminosas secas. Para que o ferro presente nas leguminosas secas seja aproveitado, é necessário consumir alimentos com vitamina C (laranja, mexerica, acerola, goiaba, caju, mamão, abacaxi e outros, ao natural ou como suco).

Ovos são ricos em proteínas, mas não constituem boa fonte de ferro. Assim, não é recomendável fornecer gema de ovo como fonte de ferro.

Cada alimento possui vários nutrientes em diferentes quantidades e cada nutriente exerce uma função específica no organismo.



Os **alimentos reguladores** têm várias funções no organismo, como:

- Aumentar a resistência às infecções.
- Proteger a pele, a visão e os dentes.
- Contribuir para o bom funcionamento intestinal.
- Facilitar a digestão e o aproveitamento dos alimentos.

Esses alimentos são ricos em vitaminas, minerais e fibras e são representados por:

a) Frutas: laranja (com bagaço), abacaxi, melancia, melão, limão, mexerica, morango, goiaba, manga, frutas secas (uva-passa, ameixa seca), sempre que possível com casca. As frutas devem ser bem lavadas em água corrente antes do consumo e podem ser ingeridas ao natural, em salada de frutas, como sucos ou vitaminas (leite batido com frutas).

b) Hortaliças:

- Verduras: agrião, alface, repolho, couve, escarola, espinafre, brócolis, almeirão, rúcula, vagem (todos crus, quando possível).
- Legumes: pepino, pimentão, berinjela, jiló, abobrinha, chuchu, cenoura (sempre que possível crus e com casca).

Algumas vitaminas podem ser destruídas com a cocção (cozimento) das verduras e dos legumes, portanto esses alimentos devem ser consumidos de preferência crus. Quando for necessário refogá-los, fazê-lo em fogo baixo, panela tampada, sem adição de água e em tempo adequado.

c) Cereais integrais e derivados (fornecem vitaminas, minerais e fibras em maior quantidade do que seus correspondentes refinados): arroz integral, aveia, pão de trigo integral, biscoitos integrais, gérmen de trigo.

Os idosos, em geral, costumam apresentar prisão de ventre. Para diminuir esse proble-



ma, é fundamental que se forneça diariamente uma quantidade adequada de frutas, hortaliças e/ou cereais integrais. É preferível comprar as frutas e as hortaliças no período de safra, porque, além de mais baratas, são mais nutritivas.

A **água** é o principal componente do organismo; está em todos os líquidos e células do corpo humano, transporta os nutrientes e lubrifica as articulações. É encontrada na forma pura, em preparações líquidas (sucos e chás) e na maioria dos alimentos. Apesar de ser um nutriente importantíssimo na alimentação dos idosos, eles costumam ingeri-la em pouca quantidade, alegando: “Não sinto sede” ou “Não me lembro de beber água”. Recomenda-se o consumo de seis a oito copos de água ou líquidos (chás, sucos) por dia.

Há a falsa ideia de que não se deve beber líquido durante as refeições. Na verdade, não se pode exagerar, evitando refrigerantes e bebidas alcoólicas. Esse hábito facilita a mastigação, a deglutição dos alimentos (engoli-los) e seu trânsito dentro do organismo, o bom funcionamento do intestino e a hidratação do corpo.

A alimentação saudável é equilibrada do ponto de vista nutricional e é importante para o bem-estar, para a prevenção de agravos à saúde e para o controle de determinadas doenças. Deve fornecer energia (calorias) e nutrientes em quantidade suficiente para o bom funcionamento do organismo, o que varia de pessoa para pessoa, de acordo com o sexo, a idade, o peso, a altura, a atividade física ou a presença de doenças.

Com o objetivo de auxiliar a orientação nutricional voltada a indivíduos idosos, o Grupo de Estudos de Nutrição na Terceira Idade (GENUTI), formado por nutricionistas, elaborou um guia alimentar. A pirâmide foi escolhida como forma de orientação para uma alimentação saudável, porque sua estrutura dá a conotação exata de equilíbrio

Os alimentos são classificados em três grupos, de acordo com a quantidade de nutrientes que possuem e a função que exercem: energéticos, construtores e reguladores.

e proporcionalidade. É dividida em sete grupos de alimentos, conforme as funções que exercem no organismo. É preciso consumir alimentos de todos os grupos, pois nenhum deles é mais importante do que os outros; no entanto, devem ser observadas as porções recomendadas.

- **Grupo 1** – Alimentos energéticos: feculentos (batata, mandioca, inhame, batata-doce, cará), cereais (arroz e trigo) e derivados (farinha de trigo, pão e macarrão). É o grupo que representa a maior parcela de contribuição da alimentação.
- **Grupo 2** – Alimentos reguladores: hortaliças (verduras e legumes), de três a cinco porções.
- **Grupo 3** – Alimentos reguladores com vitaminas específicas: frutas (pelo menos uma delas rica em vitamina C).
- **Grupo 4** – Alimentos construtores ricos em cálcio: leite, queijo, coalhada e iogurtes.
- **Grupo 5** – Alimentos construtores ricos em ferro: carnes (boi, porco, peixe e aves), ovos e leguminosas secas.
- **Grupo 6** – Alimentos energéticos: açúcares e doces em geral.
- **Grupo 7** – Alimentos energéticos: gorduras.

Em cada refeição principal – café da manhã, almoço e jantar –, deve estar presente pelo menos um alimento do grupo dos energéticos (grupo 1), um dos reguladores e um dos construtores. Essas refeições podem ser complementadas por lanches nos intervalos. Dentro do mesmo grupo, os alimentos se equivalem em termos nutricionais, podendo ser substituídos uns pelos outros sem prejuízo da qualidade nutricional da alimentação. Por exemplo:

- Café da manhã: pão, fruta e leite.
- Almoço e jantar: arroz/verduras e legumes/carne.

Os alimentos dos grupos 6 e 7 devem ser consumidos em quantidades pequenas.

Cuidados com a refeição da pessoa idosa

- Ofereça ao idoso alimentos que sejam de fácil digestão e provoquem saciedade.
- Deixe o prato com aparência agradável (bonito, aromático e apetitoso).
- Varie o cardápio todo dia, para não causar monotonia.
- Não substitua alimentos na forma sólida por sopas e purês se o idoso não tiver problemas para mastigar.
- Se ele apresentar problemas nos dentes ou não os tiver, não deixe de incluir carnes, legumes, verduras e frutas

Em cada refeição principal deve estar presente pelo menos um alimento do grupo dos energéticos, um dos reguladores e um dos construtores.



Grupo de Estudos de Nutrição na Terceira Idade (GENUTI), 2002.

na alimentação. Para facilitar, pique, desfie, moa, rale, amasse ou bata no liquidificador.

- Sirva pouca quantidade de alimentos em cada refeição, para facilitar a digestão.
- Evite o uso exagerado de sal.
- Dê preferência aos óleos vegetais no preparo e cozimento dos alimentos.
- Lembre que produtos *diet* não contêm açúcar, mas podem apresentar grande quantidade de gordura.
- Procure comprar os alimentos da estação, principalmente frutas e verduras, pois têm melhor qualidade e menor custo.
- Tente manter a regularidade no horário das refeições.
- Preferencialmente, não substitua o jantar por lanche, prática muito comum entre os idosos.

Capítulo 4

Higiene, vestimenta e conforto

Entende-se por higiene pessoal a higiene corporal e íntima, a oral e a do couro cabeludo (lavagem da cabeça). Trata-se de um cuidado básico para a manutenção da saúde e do bem-estar do ser humano.

Higiene corporal

O banho tem muitos objetivos, entre eles: limpar a pele; remover as bactérias; eliminar e prevenir odores corporais; estimular a circulação e a movimentação articular; prevenir úlceras de pressão; promover conforto e sensação de bem-estar.

O banho diário é uma prática recente, comum em países de clima tropical como o Brasil. Muito antigamente, a sujeira não era malvista. Não tomar banho com frequência mostrava que a pessoa não sentia frio tão facilmente e, portanto, era uma demonstração de força. Acreditava-se que a sujeira lhe fornecia proteção adicional.



Provérbios holandeses, 1559, de Pieter Bruegel
(Staatliche Museen zu Berlin, Gemaldegalerie, Berlim).



Usina de ferro, 1872-1875, de Adolph von Menzel
(Alte Nationalgalerie, Berlim)

Com o passar do tempo, essa ideia foi sendo substituída pelo asseio. As pessoas sujas passaram a ser vistas como rebeldes e difíceis, e as limpas e saudáveis, como socialmente aceitáveis. Sujeira ficou associada a pobreza, e limpeza, a melhor condição social. O asseio tornou-se moda. Um mundo sem maus cheiros era elegante e aristocrático.

A explicação para isso era a seguinte: a pele é um órgão que secreta gordura e água na forma de suor juntamente com substâncias orgânicas; se essas substâncias não forem removidas da pele no banho, elas provocarão odor desagradável e lesões na pele.

Hoje, o banho é considerado, em nossa sociedade, algo muito positivo, trazendo, além de higiene e conforto, benefícios terapêuticos. No entanto, em sociedades mais tradicionais, ainda se acredita que o banho pode deixar uma pessoa doente ou agravar a doença de quem estiver acamado, por causa da exposição ao frio.

Saber isso é importante, pois muitos cuidadores poderão encontrar resistência do idoso para o banho. Se isso ocorrer, recomenda-se ten-

tar descobrir o porquê. Ele pode ter medo de cair no banheiro, estar com dor ou muito cansado ou, ainda, não achar necessário o banho diário, pois não fez isso a vida toda.

As pessoas idosas realmente necessitam de banho diário?

Como visto, tomar banho todos os dias representa mais um hábito cultural que uma necessidade. Esse é um hábito tão comum entre nós que qualquer sugestão em contrário é vista com certo rechaço.

Embora o banho seja muito importante, a rotina de seu uso diário não pode ser legitimamente defendida. Se um banho por dia já é difícil de defender, que dirá dois. No entanto, essa é a rotina de alguns hospitais, instituições, cuidadores domiciliares etc.

Em relação aos idosos, a frequência do banho vai depender de suas necessidades. Em algumas circunstâncias, ele pode ser dado apenas, por exemplo, duas vezes por semana. É o caso das pessoas idosas com importante ressecamento de pele, das muito enfraquecidas ou das que, por problemas de saúde, cansam-se muito facilmente. Isso não significa que seja desnecessário manter os outros cuidados com a higiene pessoal; na verdade, alguns deles devem ser reforçados.

A ajuda no banho costuma ser uma das principais atividades desenvolvidas pelos cuidadores. Ela é necessária quando o idoso não consegue banhar-se sozinho, por apresentar alguma dificuldade temporária, permanente ou progressiva em consequência de:

- Sequelas incapacitantes de doenças existentes.
- Diminuição de força e energia.
- Presença de dor ou desconforto.
- Incapacidade de acessar determinadas partes do corpo (ex.: pés, pernas, costas).
- Medo de cair.
- Confusão mental, dificuldade de compreensão, esquecimento do que deve ser realizado e como.

A ajuda no banho costuma ser uma das principais atividades desenvolvidas pelo cuidador.

Durante o banho, o cuidador deve estimular a pessoa idosa a realizar o que conseguir fazer, pois os princípios de autonomia e independência têm de ser sempre preservados.

A pele é o maior órgão de nosso corpo, protegendo-nos contra microorganismos e substâncias estranhas. Conforme envelhecemos, ela vai ficando mais fina, menos elástica e mais ressecada. Por essa razão, o primeiro objetivo ao cuidar da pele da pessoa idosa é mantê-la hidratada, pois isso aumenta sua resistência a lesões e, quando elas acontecem, permite uma recuperação mais rápida.

Ele deve estimular a pessoa idosa a realizar o que conseguir fazer, pois os princípios de autonomia e independência têm de ser preservados.

Na superfície de nossa pele existe um tipo de estrutura que é capaz de absorver grande quantidade de água. É por essa razão que, quando ficamos muito tempo em contato com a água, parecemos uma “ameixa seca”. Portanto, o momento ideal para hidratar a pele é logo após o banho. A aplicação de cremes, emolientes e loções ajudam a “segurar” a água na pele, aumentando a umidade da camada mais superficial e, conseqüentemente, sua proteção. Pensando no mesmo princípio, os óleos de banho não devem ser adicionados à água antes de 15-20 minutos de imersão.

Qualquer produto que diminua a umidade da pele (os que contêm álcool) tem de ser evitado. Talco e maisena não são recomendados, o primeiro porque absorve o óleo e pode ser inalado e o segundo porque forma um “meio de cultura”, facilitando a ocorrência de infecções.

O cuidador deve aproveitar a hora do banho para examinar a pele da pessoa idosa, identificando lesões, rachaduras, descamação, mudanças na cor (descorada, avermelhada, azulada), presença de regiões quentes ao toque, edemas, hematomas e/ou tumorações. Qualquer anormalidade precisa ser comunicada à família, para tomada de providências.

Tipos de banho

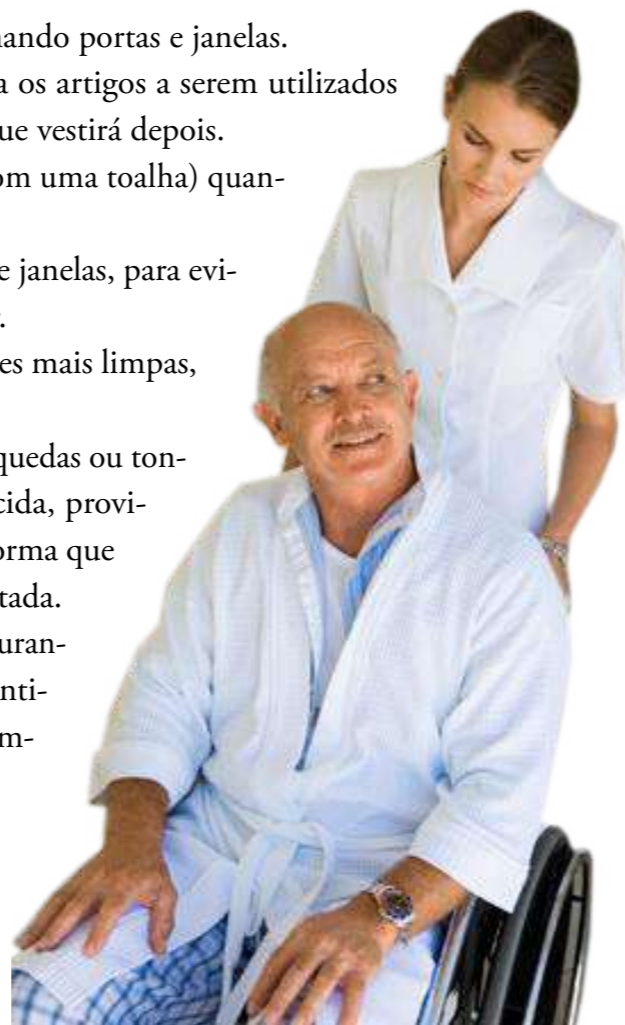
- **Banho de aspersão (chuveiro)** – As pessoas idosas podem tomar banho de chuveiro em pé ou sentadas, dependendo de sua condição física. Algumas medidas de segurança são necessárias:
 - Coloque tapete antiderrapante no interior do boxe.
 - Tenha certeza de que o piso do banheiro está seco, para prevenir escorregões e quedas.
 - Não aplique óleo de banho na pele da pessoa durante o banho, para evitar que o piso fique escorregadio.
 - Confira previamente a temperatura da água com o dorso da mão ou braço e proceda aos ajustes necessários antes de iniciar o banho.
 - Se a pessoa idosa for capaz de se banhar sozinha, fique próximo ao banheiro enquanto ela o faz.
 - Evite correntes de ar, fechando portas e janelas.
 - Solicite a instalação de barras de apoio no interior do boxe, para maior segurança.
 - Oriente o idoso a nunca se apoiar no toalheiro ou na saboneteira, pois estes não estão preparados para suportar seu peso e podem se quebrar, ocasionando acidentes (quedas, traumas, lesões).
- **Banho de leito** – É o tipo de banho dado em pessoas que não conseguem se levantar ou não podem ou têm muita dificuldade em se dirigir ao banheiro, como as que estão inconscientes, incapacitadas (física ou mentalmente) ou muito enfraquecidas. O banho de leito pode ser muito constrangedor para o idoso, pois aumenta seu sentimento de dependência, diminui sua autonomia e rompe com sua privacidade. Para diminuir esses sentimentos, é importante conversar com ele durante o procedimento, que deve ser executado de forma rápida e eficiente e em total privacidade.



- **Banho parcial** – Nesse tipo de banho, dado na cama ou no banheiro, face, mãos, axilas, pescoço, nádegas e genitália são, normalmente, as áreas higienizadas. A higiene oral pode ser feita nesse momento.

Cuidados gerais com o banho de pessoas idosas

- Organize antecipadamente todo o material a ser utilizado durante o banho.
- Dirija-se ao idoso chamando-o pelo nome, demonstrando respeito e reforçando sua identidade pessoal.
- Nunca utilize apelidos sem autorização ou termos demasiadamente afetuosos (“minha querida”, “meu coração”, “minha linda”, “meu fofo”) nem diminutivos que infantilizam (“lindinha”, “queridinha”, “mãozinha”, “boquinha”);
- Converse com ele antes do banho e explique o que será feito e como.
- Aqueça o ambiente do banho, fechando portas e janelas.
- Permita que a pessoa idosa escolha os artigos a serem utilizados no banho, assim como as roupas que vestirá depois.
- Mantenha-a agasalhada (coberta com uma toalha) quando fora da água.
- Durante o banho, não abra portas e janelas, para evitar sua exposição às correntes de ar.
- Sempre comece o banho pelas partes mais limpas, seguindo para as mais sujas.
- Se a pessoa idosa tiver histórico de quedas ou tonturas ou sentir-se muito enfraquecida, providencie uma cadeira de banho, de forma que ela possa fazer o procedimento sentada.
- Utilize outros procedimentos de segurança, como barras de apoio, tapetes antiderrapantes, checagem prévia da temperatura da água etc.



- Encoraje o idoso a ajudar no banho o máximo que sua condição física/mental permitir.
- Auxilie na higienização da pele com delicadeza, principalmente se ela estiver lesionada ou ressecada.
- Use sabonetes que contenham hidratante ou lubrificante.
- Evite a utilização de óleos de banho, pois podem deixar o piso escorregadio e provocar acidentes.
- Estimule a pessoa idosa a se autoaplicar o creme hidratante após o banho e a auxilie apenas nos locais de difícil acesso.
- Utilize o creme hidratante em pequenas quantidades, removendo o excesso com uma toalha, para que a pele não fique desagradavelmente escorregadia e pegajosa.
- Evite o uso de talcos. Se isso não for possível, aplique apenas uma fina camada na superfície da pele. Não o associe a cremes, porque a mistura formará uma crosta dura sobre a pele, causando irritação e aumentando o risco de infecção. Não o espalhe no ar, pois sua inalação pode irritar o trato respiratório, provocando espirros.
- Prefira desodorantes sem perfume, para evitar sensação de desconforto na pessoa idosa. Pergunte a ela qual é seu desodorante preferido e o utilize.
- Evite interrupções (nem as mais breves) durante a execução do banho (atender telefones ou outras pessoas, sair do local do banho deixando a pessoa idosa sozinha).



Se a pessoa idosa tiver histórico de quedas ou tonturas ou sentir-se muito enfraquecida, é preciso utilizar uma cadeira de banho.



Cuidados com as unhas das mãos e dos pés

O cuidado com as unhas deve ser realizado, preferencialmente, após o banho, pois estarão mais hidratadas e amolecidas.

- Se as unhas forem muito grossas, duras e quebradiças, coloque-as, por cerca de 10 minutos, imersas em uma solução de água bicarbonatada ou água morna com sabão neutro. Isso facilitará o corte.
- Corte-as sempre em linha reta (para que não encravem) e não muito rente à pele (para não provocar lesões, que podem originar processos inflamatórios ou infecciosos). Não retire as cutículas, para evitar ferimentos e infecções.
- Após o corte, lixe as unhas e enxágue-as.
- Finalize secando cuidadosamente a região entre os dedos.

Os pés merecem atenção especial, pois são os responsáveis pela sustentação do corpo, postura e marcha, fundamentais para a maior independência da pessoa idosa.

- Inspeccione-os cuidadosamente (temperatura, estado da pele, sensibilidade, circulação, presença de deformidades – joanetes, calosidades etc. –, presença de micoses).

- Seque-os delicadamente, sem esfregar, sobretudo a região entre os dedos, para evitar a contaminação por fungos.
- Exercite-os, para prevenir atrofias musculares e estimular a circulação.
- Auxilie o idoso a vestir as meias, que devem ser limpas e folgadas (sem furos ou remendadas com costuras duras). Elas mantêm os pés aquecidos, proporcionando sensação de conforto.
- Ajude-o a colocar os calçados, verificando sua adaptação aos pés, para evitar lesões.

Pessoas idosas com diabetes requerem cuidado especial com os pés. Nesses casos, o encaminhamento para um podólogo pode ser necessário.

A falta ou deficiência da higiene oral podem ocasionar problemas como cáries, mau hálito, sangramentos da gengiva, hipersensibilidade dos dentes e infecções.

Higiene oral

A higiene oral tem por finalidades:

- Eliminar restos alimentares e micro-organismos.
- Estimular a circulação sanguínea local.
- Evitar mau hálito, proporcionando sensação agradável de limpeza e conforto.

Sua falta ou deficiência podem ocasionar problemas como cáries, mau hálito, sangramentos da gengiva, hipersensibilidade dos dentes e infecções.

Deve ser realizada ao acordar, após as refeições e antes de dormir. Isso vale tanto para dentes naturais como para dentaduras e pontes.

- Se o idoso não puder escovar seus dentes e higienizar sua boca sozinho, deixe-o sentado (ângulo de 45°) ou deitado com a cabeça de lado.



- Escove os dentes naturais das arcadas superior e inferior com movimentos firmes, limpando os dentes e massageando a gengiva.
- Língua e mucosa oral também devem ser higienizadas. Existem no mercado instrumentos próprios para limpar a língua; em seu lugar, pode ser utilizada a própria escova de dentes ou uma espátula envolvida em gaze. Faça movimentos suaves em um único sentido (de dentro para fora), para evitar náuseas (vontade de vomitar).
- Após a escovação, a boca deve ser enxaguada com água limpa, desprezada em recipiente próprio. Repita esse procedimento quantas vezes forem necessárias, até que os dentes, a língua e a mucosa oral estejam limpos.
- Complemente a limpeza dos dentes com fio dental.
- No final do procedimento, lubrifique os lábios do idoso, para evitar seu ressecamento e a ocorrência de rachaduras.

Com o envelhecimento, costuma ocorrer maior dificuldade na adaptação das **próteses dentárias**, o que pode provocar lesões nem sempre percebidas pela pessoa idosa. Aproveite o momento da higiene para verificar a existência de lesões e, caso as encontre, avise a família.

Cuidados com as roupas do idoso

- Se possível não altere o estilo preferencial de roupas da pessoa, para manter sua identidade.
- Deixe as roupas em local de fácil acesso ao idoso, permitindo-lhe levar o tempo que for preciso para escolhê-las.
- Quando forem necessárias mudanças, solicite a participação dele. Recomenda-se o uso de tecidos macios, antialérgicos e que não amassem.
- Se a pessoa idosa for fisicamente dependente ou apresentar limitações articulares nas mãos, os zíperes podem ser substituídos por

elásticos e os botões por velcro. Fechamentos frontais de roupas e peças íntimas proporcionam maior independência do idoso na realização dessa atividade.

- Os calçados têm de ser de material macio, de fácil colocação e de adequada adaptação aos pés, com solado antiderrapante. Chinelos devem ser evitados (principalmente os de dedo), pois facilitam a ocorrência de quedas. Sapatos fechados e sem cadarço são os mais recomendados. Existem no mercado calçadeiras longas que ajudam a pessoa idosa a desempenhar essa atividade sem ajuda. Estimule-a a isso.
- Fique sempre atento à higiene do vestuário e sua organização, visando ao conforto, à segurança e ao bem-estar do idoso.
- Manter a autonomia da pessoa idosa constitui o princípio básico na execução desse cuidado. Auxilie-a e não decida por ela o que vai ou não vestir.



Administração de medicamentos

Estudos mostram que os idosos compõem o grupo de pessoas que mais utilizam medicamentos, muitas vezes sem receita médica, e aqueles que padecem de doenças crônicas, como diabetes, artrite, hipertensão, doenças cardíacas e articulares, entre outras, precisam usá-los por longo prazo.

Popularmente chamado de remédio, medicamento é uma substância química que representa um poderoso recurso de tratamento. A utilização correta e as recomendações médicas são essenciais para obter o efeito desejado, pois, do contrário, podem ocorrer reações indesejadas, sobretudo em idosos que tomam muitos medicamentos.

Os medicamentos apresentam nomes distintos, os quais devem ser conhecidos para evitar problemas, especialmente quando há necessidade de comprar produtos com preços mais baixos. O nome genérico



é aquele que foi registrado em órgão oficial e o nome comercial, o dado pela indústria que fabricou o medicamento. Por exemplo, paracetamol é o nome genérico dos produtos que são vendidos por empresas diferentes com os seguintes nomes comerciais: Acetofen®, Dórico®, Parador®, Tylenol®.

Tomar vários medicamentos não é tarefa fácil para a pessoa idosa. A diminuição da visão dificulta a leitura dos rótulos; o comprometimento da audição torna difícil o entendimento das orientações e recomendações feitas pelo médico nas consultas; os problemas articulares, principalmente nas mãos, impedem, muitas vezes, a abertura dos frascos, bem como a colocação correta do número de gotas do medicamento no copo ou na colher. Além disso, há situações em que o idoso completamente dependente tem de tomar ao mesmo tempo vários comprimidos e acaba por engasgar ou vomitar.

Um mesmo medicamento tem nomes distintos. O nome genérico é aquele que foi registrado em órgão oficial e o nome comercial, o dado pela indústria que fabricou.

A administração incorreta de medicamentos pode fazê-los “perder” parte de suas propriedades terapêuticas

É importante lembrar que tanto os medicamentos receitados pelo médico como aqueles comprados sem receita ou indicados por outras pessoas, como vitaminas, fitoterápicos (*Ginkgo biloba*, erva-de-são-joão, confrei, entre outros) e laxantes, podem causar problemas graves, especialmente quando usados com outros. Por exemplo, a *Ginkgo biloba* não pode ser usada por quem faz tratamento com aspirina, paracetamol (Tylenol®, Dórico®) ou anticoagulantes, para não aumentar o risco de sangramento.

Na maioria das vezes, os idosos usam em casa medicamentos que são vendidos nas seguintes formas:

- **Líquida:** medicamentos usados em gotas (ex.: dipirona), suspensões, soluções, xaropes e aerossóis.
- **Sólida:** comprimidos, cápsulas, drágeas e pastilhas.

As principais formas líquidas utilizadas nos medicamentos são:

- **Solução** – Tem aparência homogênea e límpida; pode ser administrada em sua forma original sem cuidado prévio específico.
- **Suspensão** – É composta por partículas sólidas dispersas em líquido e, antes de administrada, deve ser agitada para sua homogeneização.
- **Xarope** – Trata-se de uma solução com alta concentração de açúcar associada a aromáticos. O xarope, por conter açúcar, deve ser usado por pacientes diabéticos apenas com prescrição médica.
- **Aerossol** – É o medicamento acondicionado em recipiente pressurizado.

É preciso tomar alguns cuidados ao oferecer



medicamentos ao idoso, pois a administração incorreta pode fazê-los “perder” parte de suas propriedades terapêuticas (de tratar). O quadro 1 ilustra características das formas sólidas e algumas precauções relacionadas a seu uso.

Quadro 1 - Características das formas sólidas farmacêuticas dos medicamentos

Forma	Características
Comprimido	O medicamento em pó é misturado, comprimido e moldado por máquinas. Normalmente, apresenta um sulco no meio, o que facilita a divisão do comprimido quando a dose prescrita é menor que a apresentada pelo medicamento. Pode ser macerado (“esmagado”).
Cápsula	O medicamento, na forma de pó, óleo ou líquido, encontra-se no interior de uma cápsula, ou seja, de um revestimento digerível. O ideal é evitar a abertura da cápsula, uma vez que seu conteúdo pode ser destruído pelo suco gástrico antes de chegar ao local onde, de fato, deveria ser liberado (ex.: intestino).
Drágea	O medicamento apresenta uma capa de revestimento colorida (parecida com um esmalte), o que dificulta que seja dividido na metade. Um dos objetivos dessa capa é proteger o medicamento da ação do suco gástrico presente no estômago. As drágeas não devem ser maceradas ou repartidas.
Pastilha	O medicamento é misturado com açúcar em partes iguais. Seu uso por pessoas diabéticas deve ser cauteloso. Não é possível macerar uma pastilha, pois suas partes (parecidas com pequenos cristais) podem machucar a cavidade oral do paciente.

Todas as formas sólidas devem ser administradas com cuidado, pois o idoso pode engasgar, principalmente quando são grandes, como ocorre com antibióticos e complexos vitamínicos. É imprescindível que, durante a administração do medicamento, ele fique sentado ou, caso esteja acamado, seja colocado em decúbito elevado. Além disso, a quantidade de líquido para auxiliar a ingestão do medicamento deve ser de pelo menos 100 mL (meio copo). Caso a pessoa tenha restrição de líquidos (ex.: pacientes com problemas renais), deve-se perguntar ao médico que volume pode ser dado.

Para os medicamentos na forma líquida, o cálculo da dose é baseado na quantidade de medicamento (concentração) presente por mililitro ou nas gotas. Desse modo, a contagem exata do número de gotas e a

visualização correta dos mililitros (mL) nos medidores (conta-gotas, colheres, copinhos) são fundamentais.

Entre os idosos, é frequente que o número de gotas de medicamentos como neozine, neuleptil e haldol seja pequena (ex.: cinco gotas). Esse número, apesar de parecer muito pequeno, é a dose que, de fato, é considerada segura para causar o efeito desejado. Assim, **nunca** aumente a dose.

Aspectos gerais da administração de medicamentos

A administração correta dos medicamentos, que vai além dos cinco certos clássicos (medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, paciente certo), e o seguimento das recomendações médicas são essenciais para a obtenção do efeito terapêutico desejado.

Para facilitar a administração de medicamentos à pessoa idosa e evitar problemas, algumas condutas são fundamentais. Inicialmente, é importante manter um registro diário dos medicamentos usados pelo idoso, incluindo os receitados pelo médico e aqueles usados sem receita.

Anote:

- O nome de cada medicamento.
- O nome do médico que o receitou.
- A dose prescrita.
- O horário em que deve ser administrado.
- Como deve ser tomado (ex.: com um copo de água, suco, chá).

Deixe essas anotações em um local em que você e os responsáveis pelo cuidado com o idoso (familiares) tenham facilidade para visualizar.

Quando for necessário administrar vários medicamentos de diferentes formas farmacêuticas, utilize a seguinte sequência:

- Primeiro, os comprimidos ou cápsulas.

- Em seguida, os líquidos.
- Por último, o comprimido sublingual.

Outros aspectos que merecem destaque são:

- Leia atentamente a bula do medicamento, prestando atenção aos itens relativos à dose, contraindicações, reações adversas, precauções, interações com outros medicamentos e conservação.
- Mantenha o medicamento na embalagem original, mesmo após sua abertura (para verificar prazo de validade, lote e não misturar com outros comprimidos); no caso dos medicamentos em cartela (geralmente os distribuídos pelas farmácias do governo), não a jogue fora, mesmo depois de retirada a maioria dos comprimidos, pois o nome, a dose e o lote podem estar contidos na parte da cartela que seria descartada.
- Jogue fora os medicamentos com prazo de validade vencido.
- Conserve o medicamento fora do alcance de crianças e pessoas com comprometimento de memória ou problemas de alteração de comportamento.
- Não permita que o medicamento receitado pelo médico (nome, substância) seja substituído por outro sem o conhecimento dele.
- Não aceite indicação de similares do balconista da farmácia.
- Oriente o idoso e sua família sobre os efeitos colaterais dos medicamentos, pois muitas pessoas abandonam o tratamento por falta de esclarecimento a esse respeito.
- Ofereça água na administração dos medicamentos. No entanto, gelatina, purê ou cremes podem ser utilizados caso o idoso apresente dificuldade para ingerir o comprimido.
- Ajuste o horário de administração do medicamento de acordo com a finalidade terapêutica e a necessidade do idoso, por exemplo: antiemético (medicamento para evitar náusea e vômito) 45-60 minutos antes das refeições principais; diurético durante o dia, no má-

Para facilitar a administração de medicamentos à pessoa idosa e evitar problemas, algumas condutas são fundamentais.

ximo às 16 horas, para evitar que o idoso tenha de levantar durante a noite.

- Evite administrar muitos medicamentos no mesmo horário; essa prática pode alterar seus efeitos.
- Procure não administrar vários medicamentos macerados pela sonda enteral, caso o idoso a utilize.
- Administre antiácidos de modo isolado; obedeça a intervalos de aproximadamente duas horas entre o antiácido e qualquer outro medicamento.
- Se, ao administrar o medicamento, o paciente apresentar algum sintoma estranho (coceira, náusea, vômito, palpitação, inchaço etc.), fale imediatamente com o médico.
- **Cuidado:** a dose de um medicamento considerada normal para um adulto pode causar intoxicação e sérios danos à saúde de uma criança, idoso ou paciente com doença cardíaca, hepática ou renal.
- Evite a prática de automedicação pelo idoso.
- Nunca recomende um medicamento a outra pessoa nem aceite recomendações desse tipo. As características de cada pessoa, bem como as indicações dos medicamentos, devem levar em consideração vários fatores para os quais somente os médicos estão habilitados.
- Não interrompa o tratamento do idoso por conta própria; sempre consulte o médico antes de fazê-lo e não o faça sem sua autorização.
- Evite misturar álcool e medicamentos. Alguns medicamentos, como diazepam, morfina e haldol, quando misturados com álcool, podem causar reações graves e até morte, dependendo da dose e da idade da pessoa.

Ao acompanhar o idoso em uma consulta médica em que for dada uma receita de medicamentos, certifique-se de que ele fez as seguintes perguntas:

- Qual o nome do medicamento e por que será usado?
- Qual o nome da doença que esse medicamento trata?

- Quantas vezes por dia o medicamento deve ser tomado?
- Quando e como tomar (horário, antes ou após as refeições, usar com água ou leite)?
- Por quanto tempo o medicamento deve ser utilizado (até a próxima consulta, por 15 dias)?
- Quanto tempo o medicamento demora para fazer efeito?
- Se houver esquecimento da tomada do medicamento, o que deve ser feito?
- Quais os efeitos indesejados que podem aparecer? Caso apareçam, o que deve ser feito?
- Durante o tratamento, pode-se ingerir álcool? E usar outros tipos de medicamentos?
- O medicamento pode interferir nas atividades do dia a dia, como tomar banho sozinho, dirigir, assistir à televisão, cozinhar, sair de casa sozinho?

Fique atento, também, à ocorrência de reações adversas associadas ao uso dos medicamentos. Para isso, consulte o quadro 2, que apresenta as reações mais comuns aos medicamentos frequentemente utilizados por pessoas idosas.

Quadro 2 - Medicamentos que mais frequentemente causam reações adversas em idosos

Medicamentos	Reações adversas
Anti-inflamatórios não esteroidais (diclofenaco, piroxicam, aspirina, cetoprofeno, tenoxicam, entre outros)	Dor no estômago e úlcera gástrica.
Benzodiazepínicos (diazepam, midazolam, lorazepam)	Hipotensão, fadiga, náusea, visão borrada, <i>rash</i> cutâneo (vermelhidão na pele).
Betabloqueadores (propranolol, atenolol, nadolol, sotalol)	Redução da frequência cardíaca, sedação leve, hipotensão ortostática (queda de pressão ao mudar da posição sentado ou deitado para em pé).
Neurolépticos (neozine, neuleptil, haldol)	Sedação, boca seca, prisão de ventre, retenção urinária.

Capítulo 6

Mecanismos corporais, mobilização e transferência

O movimento é um aspecto essencial da vida. Dependemos dele para caminhar, correr, brincar, procurar e comer alimentos, conversar, enfim sobreviver. De modo geral, as pessoas não costumam cuidar corretamente, durante a vida, dos sistemas que promovem e coordenam o movimento “saudável” até que o desuso, o trauma ou a doença interfiram nesse desempenho.

Níveis adequados de flexibilidade e equilíbrio de força muscular são importantes para a execução dos movimentos envolvidos na realização das atividades de vida diária (AVDs). O movimento depende do sistema nervoso central, que vai organizar os músculos e as articulações para realizar movimentos funcionais e coordenados.



Com o envelhecimento, pode ocorrer perda da força muscular, com conseqüente comprometimento da mobilidade e da capacidade funcional do idoso.

Movimento humano

O movimento humano pode ser descrito como uma combinação complexa de ações coordenadas e integradas dos sistemas musculoesquelético e nervoso.

Os ossos são estruturas muito rígidas que não podem se curvar (como é necessário para a movimentação) sem dano. Para que o movimento ocorra, eles são interligados por articulações. Os ligamentos (unem ossos e cartilagem), os tendões (unem músculos e ossos) e a cartilagem (tecido conjuntivo não vascular encontrado nas articulações) dão força e flexibilidade ao sistema esquelético.

O movimento é resultado da contração do músculo e da força aplicada sobre o tendão, que, por sua vez, puxa o osso. A excitabilidade, a contratilidade, a extensibilidade e a elasticidade dos músculos permitem a realização do movimento, a manutenção da postura e a produção de calor. **Tônus muscular** refere-se ao estado de ligeira contração em que se encontra o músculo esquelético. Ele pode ser muito prejudicado quando em repouso ou imobilidade prolongada, incorrendo no risco do desenvolvimento de contraturas (contração permanente do músculo).

Os sistemas esquelético e muscular não podem produzir o movimento intencional sem a ação do **sistema nervoso**, uma vez que é ele o responsável pelo estímulo de contração dos músculos.

Com o envelhecimento, há perda de 10-20% da força muscular e outras alterações nas estruturas musculares que, em conjunto, impac-

Alterações nas estruturas musculares podem tornar a pessoa idosa cada vez mais limitada em sua capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia.



tam o desempenho de habilidades motoras de forma eficiente e podem tornar a pessoa idosa cada vez mais limitada em sua capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, como se levantar de uma cadeira, varrer o chão, jogar o lixo fora, tomar banho etc., em razão de equilíbrio precário, resistência diminuída, fraqueza generalizada ou quedas repetidas.

Diversas alterações atribuídas ao envelhecimento são semelhantes às causadas pela inatividade e, assim, acredita-se que possam ser atenuadas ou até mesmo revertidas com a realização de exercícios.

Muitas das atividades assistenciais dos cuidadores envolvem a mobilização (mudança de posição) e a transferência da pessoa idosa de um local para outro. Quando desenvolvidas sem a utilização de princípios de ergonomia, há grande possibilidade de ocorrerem agressões e danos à coluna vertebral, dentre as quais a lombalgia (dor nas costas) é a queixa mais frequente. Compreender os mecanismos corporais é fundamental para evitar essas ocorrências.

Mecânica corporal

A mecânica corporal representa o uso eficiente do corpo como máquina e como meio de locomoção. Sua utilização de forma correta (em atividade ou repouso) permite a prevenção de lesões e dores musculares e/ou articulares.

Os cuidadores precisam utilizar adequadamente a mecânica corporal para o melhor desempenho de suas atividades e para a manutenção de sua saúde e bem-estar. Importante parcela de suas atividades (desde mudar uma cadeira de lugar até auxiliar o idoso a levantar da cama) exige a compreensão e o uso desses princípios.

A mecânica corporal envolve:

- **Alinhamento do corpo ou postura** – É o alinhamento entre as partes do corpo, possibilitando o equilíbrio musculoesquelético e seu funcionamento fisiológico saudável, pois não permite o esforço indevido de articulações, músculos, tendões e ligamentos.
- **Equilíbrio** – Um corpo alinhado está em equilíbrio, porque seu centro de gravidade (ponto central da massa corporal) está próximo de sua base de apoio (fundação que dá estabilidade ao corpo) e a linha de gravidade passa por ela (linha reta imaginária que passa pelo centro de gravidade). Quanto mais ampla a base de apoio e mais baixo o centro de gravidade, maior a estabilidade. Assim, o equilíbrio aumenta quando o indivíduo afasta os pés (ampliando a base de apoio) e flexiona o quadril e os joelhos (reduzindo o centro de gravidade). Essas duas manobras são importantes princípios que podem reduzir o esforço musculoesquelético que frequentemente ocorre com o excessivo alongamento ou a superextensão de um músculo ou músculo-tendão.
- **Movimento coordenado** – Refere-se ao uso coordenado dos principais grupos musculares, das alavancas e apoios naturais do corpo na realização de atividades

O cuidador precisa utilizar adequadamente a mecânica corporal para o melhor desempenho de suas atividades e para a manutenção de sua saúde e bem-estar.

assistenciais para evitar demasiado esforço musculoesquelético e lesões. Os cuidadores devem utilizá-los quando, por exemplo, posicionam, viram ou levantam a pessoa idosa mais dependente.

Aplicação da mecânica corporal

É fundamental que os cuidadores utilizem técnicas para prevenir o estresse da musculatura das costas no bom desempenho de suas atividades. Isso envolve:

- Desenvolver o hábito de manter postura ereta e, quando necessário, antes de iniciar uma atividade, ampliar a base de apoio (afastar os pés) e baixar o centro de gravidade (flexionar quadril e joelhos) (figura 1).
- Utilizar os músculos mais longos dos braços e pernas nas atividades que exijam maior força (os músculos das costas são mais fracos e mais facilmente lesionáveis quando usados de forma inapropriada).
- Contrair simultaneamente os glúteos para baixo, os músculos abdominais para cima e o diafragma quando inclinar, levantar, puxar ou tentar alcançar um objeto ou pessoa (figura 2).

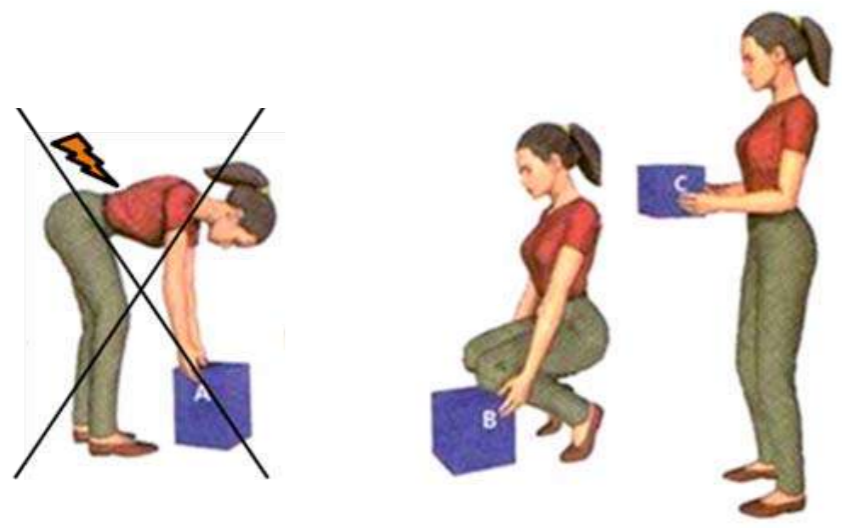


Figura 1 - Alinhamento postural correto para erguer um objeto.

- Ficar o mais próximo possível do objeto ou pessoa a ser levantado ou posicionado.
- Balançar os pés ou inclinar-se para frente e para trás, de modo a utilizar o peso do próprio corpo como força para puxar ou empurrar algo, o que reduz o esforço dos braços e das costas.
- Em vez de levantar um objeto pesado ou uma pessoa, usar outros mecanismos, como escorregá-lo, rolá-lo, empurrá-lo ou puxá-lo, reduzindo a energia necessária para deslocá-lo contra a força da gravidade (que o puxa para baixo).



Figura 2 - Alinhamento postural com estabilização da pelve.

Mobilização e transporte de pessoas idosas mais dependentes

Antes do início, esses procedimentos devem ser cuidadosamente planejados. Esse planejamento envolve:

- **Avaliação e preparo da pessoa idosa** – Capacidade de compreensão e colaboração; presença de artefatos (ex.: sondas), explicação prévia do procedimento; medidas de segurança (colocação de sapatos com solado antiderrapante, em vez de chinelos ou apenas meias).
- **Preparo do ambiente e dos equipamentos** – Verificação da adequação do tamanho do espaço físico para não restringir os movimentos; verificação da disposição do mobiliário e remoção de obstáculos; verificação das condições de segurança do piso (encerado, molhado, irregular). A colocação e/ou uso de equipamentos auxiliares (barras



de apoio em banheiros, cadeira de rodas própria para banho e higiene – cadeira de banho) e a adaptação de certas condições ambientais (elevação da altura do vaso sanitário, substituição de degraus por rampas) podem ser necessárias.

- **Preparo do cuidador** – Conhecer e aplicar a mecânica corporal (exposta anteriormente) na execução de suas atividades; usar sempre movimentos sincrônicos; trabalhar com segurança e calma; utilizar roupa que permita liberdade de movimentos e sapatos apropriados (sem salto, com solado antiderrapante); saber que, em muitas ocasiões, não será possível executar os procedimentos, com segurança, sozinho e, nessas situações, solicitar auxílio.

Auxílio na movimentação na cama de idosos mais dependentes

- a) **Em duas pessoas** – Ambas ficam do mesmo lado, de frente para a pessoa idosa, com uma das pernas à frente e os joelhos e quadril fletidos, deixando os braços ao nível da cama: a primeira pessoa coloca um dos braços sob a cabeça do idoso e o outro sob a região lombar; a segunda põe um braço também sob a região lombar e o outro na região posterior da coxa. As duas pessoas devem sincronizar seu movimento de modo a trazer o idoso para o lado da cama em que estão de forma coordenada (figura 3).

- b) **Em uma única pessoa** – A pessoa deve realizar a atividade em etapas, utilizando o peso corporal como contrapeso e lençol dobrado no sentido vertical e posicionado no meio da cama, abaixo do idoso (lençol



Figura 3 – Movimentando o idoso mais dependente na cama, em duas pessoas.

móvel): colocar os braços do idoso sobre o corpo dele, prevenindo traumas na movimentação; trazer os membros inferiores para o lado em que está posicionada e segurar o lençol móvel firmemente; aproximá-lo de seu corpo; reorganizar o idoso na nova posição.

- c) **Colocação em decúbito lateral 1** – Colocar-se do lado para o qual o idoso vai virar; cruzar o braço e a perna dele no sentido em que será virado (atenção para o posicionamento do outro braço); posicionar a cabeça da pessoa na direção em que vai virar; rolar o idoso para o lado desejado de forma gentil, utilizando ombro e joelho como alavancas (figura 4).

- d) **Colocação em decúbito lateral 2** – Esse procedimento também pode ser feito com o auxílio do lençol móvel. Ficar do lado oposto ao que o idoso vai virar; puxar o lençol móvel de modo a trazer a pessoa em sua direção (para a beira da cama), mantendo as costas eretas e utilizando o peso do próprio corpo; elevar o lençol cuidadosamente, fazendo com que o idoso vire para o lado oposto. É recomendável que no lado oposto exista uma grade ou que a cama seja aproximada da parede, para evitar que o idoso caia no chão (figura 5).

- e) **Subir o idoso na cama** – Preferencialmente, executar essa manobra em duas pessoas, uma de cada lado da cama. Tirar o travesseiro da cabeça do idoso e colocá-lo na cabeceira da cama (para proteger de traumas); utilizar o lençol móvel para realizar o movimento; segurar firmemente o lençol com as duas mãos e, em movimento ritmado, movimentar o idoso no sentido da cabeceira (figura 6).



Figura 4 – Posicionando a pessoa idosa lateralmente.



Figura 5 – Posicionando a pessoa idosa lateralmente com auxílio do lençol móvel.



Figura 6 – Subindo a pessoa idosa na cama com auxílio do lençol móvel.

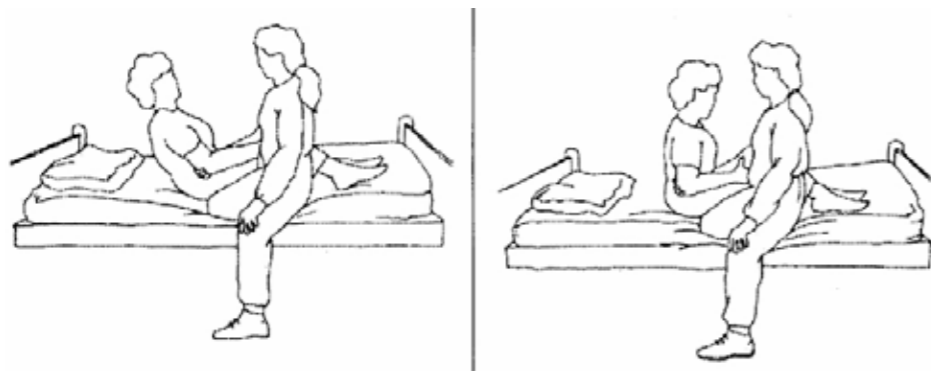


Figura 7 - Auxiliando a pessoa idosa a sentar na cama 1.

f) **Sentar na cama 1** – Se o idoso puder ajudar parcialmente, posicionar-se de frente para ele colocando um de seus joelhos no nível do quadril do idoso e sentando-se sobre o próprio tornozelo; segurar no cotovelo do idoso, que também se apoia no cotovelo do cuidador; de modo sincronizado, idoso e cuidador fazem força para aproximar-se, permitindo que o idoso sente; colocar em suas costas travesseiros de apoio (figura 7).



Figura 8 - Auxiliando a pessoa idosa a sentar na cama 2.

g) **Sentar na cama 2** – Quando o idoso for incapaz de colaborar, o ideal é executar essa manobra em duas pessoas, uma de cada lado da cama, olhando em direção à cabeceira. Elas devem colocar um de seus joelhos no nível do quadril do idoso e sentar-se sobre o próprio tornozelo; utilizar o lençol móvel ou uma toalha resistente sob as costas do idoso e puxá-lo de forma sincronizada, elevando-o (figura 8).



Figura 9 - Auxiliando a pessoa idosa a sentar na cama 3.

h) **Sentar na cama 3** – Quando o idoso, apesar de limitado, é capaz de executar a manobra sozinho, podem-se utilizar materiais simples, fixados nos pés da cama, para auxiliá-lo, como uma corda mais grossa com nós ou uma escada de cordas. Esse tipo de material auxi-

lia o idoso a erguer-se gradativamente, minimizando o esforço exigido pela manobra e proporcionando-lhe maior independência (figura 9).

Auxílio no transporte de idosos mais dependentes

Para o transporte de idosos, devem ser utilizados dispositivos auxiliares, como cinto de transporte, pranchas de transferência, discos giratórios e auxílios mecânicos (bengalas e andadores).

a) **Levantar de cadeira ou poltrona** – Deve-se utilizar um cinto de transferência e, conforme o caso, solicitar auxílio de outra pessoa. Posicionar o idoso para a frente da cadeira ou poltrona puxando-o alternadamente pelo quadril; permanecer ao lado da cadeira/poltrona olhando na mesma direção que ele; o idoso deve apoiar uma das mãos no braço da poltrona ou assento da cadeira e a outra na mão do cuidador; com o outro braço, o cuidador circunda a cintura do idoso, segurando-o pelo cinto, e o levanta de forma coordenada com movimentos de balanço (figura 10).



Figura 10 - Auxiliando a pessoa idosa a levantar.

b) **Locomoção** – Deve-se utilizar um cinto de transferência. Se o idoso puder e conseguir andar, o cuidador posiciona-se bem próximo a ele, do lado em que ele apresenta alguma limitação/deficiência, colocando um braço em volta de sua cintura e o outro apoiando sua mão (figura 11).



Figura 11 - Auxiliando a pessoa idosa a se locomover.

c) **Transferência da cama para a cadeira de rodas/poltrona 1** – Posicionar a cadeira de rodas ao lado da cama com a frente voltada para o cuidador; travar as rodas e erguer os apoios de pés e pernas; sentar o



idoso na cama; virá-lo para o lado em que vai sair da cama; colocar os membros inferiores para fora da cama próximos à beira do leito; elevar a cabeça ou o tronco do idoso e girá-lo até que se sente (figura 12); com o idoso sentado na cama, calçá-lo com sapatos ou chinelos antiderrapantes; segurá-lo pelo cinto de transferência, auxiliando-o a levantar-se, virar-se e sentar-se na cadeira de rodas (figura 13).

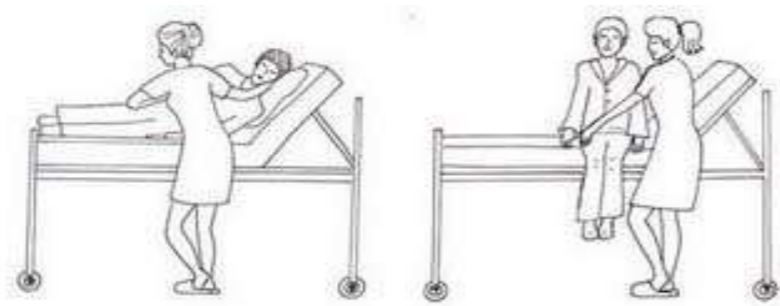


Figura 12 - Auxiliando a pessoa idosa a se sentar na cama.



Figura 13 - Auxiliando a pessoa idosa a se transferir da cama para a cadeira de rodas.

d) **Transferência da cama para a cadeira de rodas/poltrona 2** – Se o idoso tiver condições de executar essa manobra sozinho, ele pode ser orientado a utilizar uma prancha/tábua de transferência. O cuidador coloca a cadeira ao lado da cama (cadeira e cama devem ter a mesma altura), trava a cadeira e a cama (se necessário), remove o braço da cadeira e eleva o apoio dos pés e posiciona a prancha/tábua apoiada seguramente entre a cama e a cadeira. O idoso, então, desliza pela prancha/tábua até a cama (figura 14).

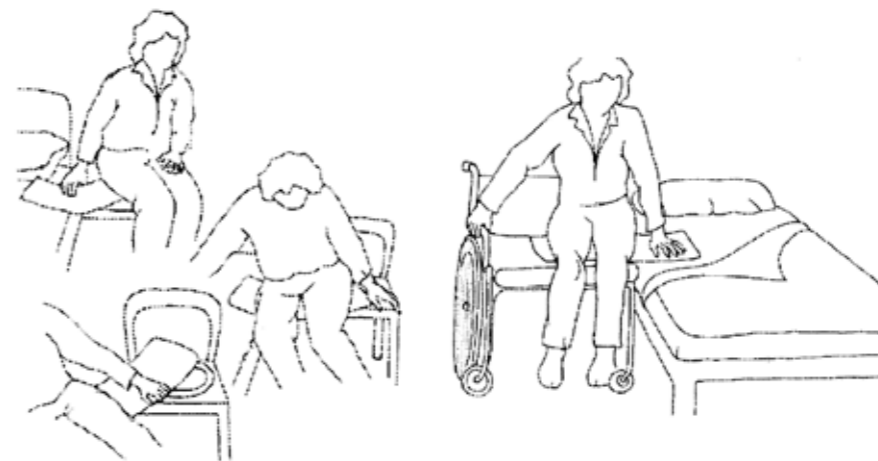


Figura 14 - Transferência da pessoa idosa da cama para a cadeira com prancha/tábua de transferência.

A utilização dessas manobras, além de preservar a saúde do cuidador, auxilia na construção de um vínculo positivo com o idoso ao fornecer-lhe segurança.

Capítulo 7

Sono e repouso

O mundo se organiza em torno de um relógio de 24 horas. Nossos ritmos biológicos funcionam de forma semelhante e são chamados de **ritmos circadianos**. O ciclo vigília-sono é um ritmo circadiano.

Os seres vivos organizam seus ritmos biológicos de acordo com pistas temporais, como a alternância entre o claro (dia) e o escuro (noite) e as estações do ano, e os horários de diversos compromissos sociais, como trabalho e escola. Essas “pistas” auxiliam na expressão de determinado padrão de sono.

O ciclo **vigília-sono** (períodos de sono e de vigília ao longo das 24 horas) sofre importantes modificações durante o de-



envolvimento do indivíduo. Nos bebês, o sono é fragmentado ao longo do dia e da noite; os adultos, em geral, dormem apenas durante a noite; e as pessoas idosas costumam apresentar um padrão de sono mais fragmentado, com episódios ocorrendo durante o dia e a noite, em diferentes proporções.

O sono é uma necessidade humana básica e, portanto, tem influência em nossa qualidade de vida. Dormir mal ou pouco reflete no desempenho de nossas atividades cotidianas, em nosso comportamento e em nossa sensação de bem-estar.

O sono é composto por diferentes estágios. A organização e a proporção que ocupam esses estágios são conhecidas como **arquitetura intrínseca do sono**, que se modifica com o envelhecimento.

Padrão de sono e suas modificações com o envelhecimento

Um adulto jovem sem problemas de saúde tem seu sono dividido em ciclos que se repetem quatro ou cinco vezes, com duração média de 70 a 100 minutos cada um (ex.: estágios 1, 2, 3, 4, 3, 2, eventualmente estágio 1 novamente e sono paradoxal).

- **Estágio 1** (5% do sono) – É uma **transição entre a vigília e a sonolência**, em que predominam ondas cerebrais de baixa amplitude e alta frequência.
- **Estágio 2** (45% do sono) – Também chamado de **sono superficial**, apresenta ondas de frequência rápida e poucas ondas mais lentas.
- **Estágio 3** (7% do sono) – Contém cerca de 20% a 50% de ondas delta, ou ondas lentas, que são ondas cerebrais de baixa frequência e grande amplitude.
- **Estágio 4** (13% do sono) – São encontradas ondas delta em proporção superior a 50%.

As pessoas idosas costumam apresentar um padrão de sono mais fragmentado, com episódios ocorrendo durante o dia e a noite, em diferentes proporções.

Assim, os estágios 3 e 4 constituem o denominado **sono profundo**, em que, para ser despertado, o indivíduo necessita de um estímulo externo muito intenso. À medida que o sono progride, diminui a ocorrência desses estágios, que predominam na primeira metade de uma noite típica de sono.

O **sono paradoxal** (sono REM), associado aos sonhos, acontece a intervalos regulares (cada 90 minutos), ocupando cerca de 20% a 30% do período total de sono.

Com o envelhecimento, ocorrem:

- Diminuição da duração relativa e absoluta do sono profundo.
- Aumento relativo e absoluto do sono superficial.
- Alterações na organização temporal do sono paradoxal e diminuição de sua duração.
- Maior número de transições de um estágio para o outro, inclusive para a vigília, e maior número de interrupções no sono.

A qualidade do sono é “medida” por sua eficiência, ou seja, quanto tempo a pessoa ficou na cama e quanto tempo de fato ela dormiu. As pessoas idosas apresentam redução da eficiência do sono para cerca de 70% a 80%. Tipicamente, observa-se que o idoso acorda muito fácil durante a noite, mesmo com estímulos leves e sons de pequena intensidade.

É importante que o cuidador observe o sono do idoso e diferencie as mudanças relacionadas ao processo de envelhecimento das decorrentes de outros problemas associados à idade (doenças crônicas, dores, quadros demenciais etc.).

No processo de envelhecimento, o sono sofre mudanças quantitativas e qualitativas, que são manifestadas pelo idoso na forma de queixas:

- Dificuldade em manter o sono noturno (idosos demoram para adormecer e acordam várias vezes durante a noite).
- Sono leve e menos satisfatório (menor eficiência do sono).

- Despertar muito cedo. Alguns estudos sugerem que, com o envelhecimento, torna-se necessário um avanço no ciclo circadiano (como se um “relógio interno” fosse adiantado), fazendo com que o idoso adormeça e acorde mais cedo.
- Cochilos, intencionais ou não. Parte dos idosos já não está sob a influência de pistas temporais importantes, como horários de trabalho, e, assim, podem não ter interesse, motivação ou necessidade de manter horários regulares para levantar-se, deitar-se, alimentar-se ou executar quaisquer outras atividades, o que contribui para acentuar ainda mais a fragmentação do sono.

As frequentes interrupções do sono noturno e a presença de episódios de sono durante o dia (cochilos) parecem indicar, além de diminuição da quantidade de sono, sua redistribuição, caracterizando-o com um padrão fragmentado.

Não cabe ao cuidador afirmar que a pessoa idosa “dormiu muito bem” e está se “queixando à toa” apenas por ter observado que ela dormiu uma noite inteira.



A qualidade percebida do sono é uma experiência subjetiva; portanto, não cabe ao cuidador afirmar que a pessoa idosa “dormiu muito bem” e está se “queixando à toa” apenas por ter observado que ela dormiu uma noite inteira, de forma aparentemente profunda e tranquila. A observação contínua ao longo da noite não é habitual; o que se costuma fazer são observações intermitentes, entre as quais podem ocorrer episódios de interrupção do sono que passam despercebidos pelo observador.

Quando a pessoa idosa se queixa de seu sono, antes de relatar ao médico esse quadro como insônia, é interessante que o cuidador observe o padrão habitual de sono do idoso e anote:

- Os horários de dormir e despertar.
- Quanto tempo o idoso demora para pegar no sono.
- Número, duração e motivo das interrupções do sono.
- Número e duração de sestas ou cochilos.
- Queixas relatadas pelo companheiro de leito ou por pessoas próximas.
- Satisfação do idoso com a qualidade do sono ou não.
- Sensação ao despertar.
- Sonolência ou fadiga durante o dia.
- Presença de rotina que precede o ato de deitar-se para dormir (ex.: tomar banho ou fazer outro tipo de higiene, rezar o terço, fazer uma refeição), sua regularidade e sua possível influência na qualidade do sono.
- Características do ambiente físico em que o idoso dorme (temperatura, iluminação, sons, presença de outra pessoa, características da cama e segurança do local).
- Qualidade da vigília (realização de atividades de lazer, prática de exercícios físicos, presença de interação social, qualidade da alimentação etc.).



O cuidador deve estar orientado sobre as modificações que ocorrem com o padrão de sono do idoso e suas queixas, avaliar a necessidade de encaminhá-lo a um exame criterioso para afastar distúrbios do sono ligados a outros problemas de saúde e conhecer algumas intervenções não farmacológicas que podem auxiliar na melhoria desse quadro.

Recomendações quanto ao uso de medicamentos para dormir

Infelizmente, as pessoas idosas costumam ser responsáveis por grande parte do consumo de medicamentos para dormir (de diversos tipos), levadas pela sensação de não dormirem bem ou o suficiente durante a noite.

A qualidade do sono do idoso, no entanto, não melhorará com a utilização de medicamentos. Seu uso prolongado pode ocasionar uma indesejável sonolência durante o dia, aumentando o risco de quedas e suas consequentes complicações.

A prescrição de medicação para dormir é de responsabilidade **exclusiva** do médico. O cuidador deve ficar atento aos efeitos colaterais indesejáveis que o medicamento possa ocasionar e **nunca**, em hipótese alguma, aumentar a dose prescrita sem consulta médica prévia.

Sugestões para um sono de melhor qualidade

Não existem “receitas” de como dormir melhor, e sim alternativas não medicamentosas para um sono de melhor qualidade.

Cabe ao cuidador atuar na promoção de hábitos e comportamentos que auxiliem a melhorar a qualidade do sono. A manutenção de **hábitos regulares** contribui para um sono menos fragmentado e

Não existem “receitas” de como dormir melhor, e sim alternativas não medicamentosas para um sono de melhor qualidade, como manter hábitos regulares.

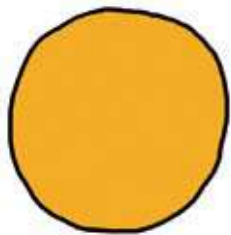
A pessoa idosa deve procurar deitar-se apenas para dormir, evitando uma permanência longa e desnecessária na cama, principalmente durante o dia.

de melhor qualidade. Idosos com sono muito interrompido e sonolência diurna excessiva devem estabelecer horários e rotinas regulares para deitar-se e despertar, além de horários de refeições, lazer, realização de atividade física e outros. Hábitos que “sinalizem” a aproximação do horário de dormir (preparo do leito, roupa apropriada, banho morno) são especialmente importantes. Os cochilos ou a sesta (que resultam em maior sensação de bem-estar) podem ser inseridos em horário regular como parte da rotina diária, o que não vai interferir na fragmentação do sono noturno.

A **ingestão de alimentos** leves antes de dormir não costuma ser prejudicial para o idoso, especialmente se é um hábito antigo e se ele não possui problemas de saúde que a impeçam.

A **ingestão de líquidos** deve ser restrita a algumas horas antes de deitar-se, sobretudo quando ele levanta à noite para urinar ou apresenta incontinência urinária. Recomenda-se que os diuréticos sejam tomados pela manhã. Não há comprovação de que o leite auxilie a conciliar o sono. Bebidas com cafeína (café, chá-preto e mate, achocolatados e refrigerantes à base de cola), por suas propriedades estimulantes, precisam ser evitadas em horários próximos ao de dormir. O mesmo se aplica a cigarros (efeito estimulante) e álcool (provoca sonolência inicial, mas prejudica a qualidade do sono).

A **atividade física** resulta em aumento da profundidade e duração do sono. Deve ser adequada às con-



dições de saúde do idoso e ser desenvolvida com regularidade e critério. Sugere-se a realização de exercícios de leve ou moderada intensidade no final da manhã ou da tarde. A exposição à luz do sol contribui para a consolidação do padrão de sono do idoso.

O **ambiente físico** deve proporcionar conforto, segurança e permitir o contraste entre o dia e a noite. **Conforto** envolve mobiliário (bom estado de conservação), colchões, travesseiros e roupas de cama (macias e bem esticadas), iluminação (indireta, de baixa intensidade), temperatura do ambiente (temperaturas muito baixas ou muito elevadas são fatores de perturbação do sono) e presença de ruídos. **Segurança** está relacionada à tranquilidade da pessoa idosa quanto à ocorrência de situações de violência (ex.: assaltos). Uso de grades nas janelas (casas térreas) e revisão de portas e fechaduras podem contribuir para amenizar o problema. O estabelecimento de **contrastes entre o dia e a noite** auxilia o idoso a distingui-los. Historicamente, o organismo humano está acostumado a dormir em um ambiente escuro e quieto, à noite.

A pessoa idosa deve procurar deitar-se apenas para dormir e, de preferência, quando sentir sono, evitando uma permanência longa e desnecessária na cama, principalmente durante o dia.

A experiência subjetiva do sono é particular e complexa, e elevar a qualidade do sono significa melhorar a qualidade da vigília e, conseqüentemente, a qualidade de vida da pessoa idosa.

Capítulo 8

Incontinência urinária

Incontinência urinária é a perda do controle da bexiga. Ela ocorre quando a pessoa não consegue esvaziar a bexiga no momento e no lugar em que quer, quando sente necessidade urgente de ir ao banheiro para urinar, porém não chega a tempo.

A incontinência acontece com homens e mulheres de qualquer idade. Algumas pessoas idosas podem apresentá-la, mas ela **não** é sinônimo de envelhecimento normal nem significa perda de autocontrole ou doença emocional; é um sintoma que deve ser investigado e tratado. As pessoas normalmente não se sentem à vontade para falar que apresentam perdas urinárias, o que as impede de procurar e obter a ajuda necessária.

A incontinência urinária pode ser definida, portanto, como perda incontrolável de urina em qualquer momento social ou fisicamente inaceitável. Embora o envelhecimento não seja a causa da incontinência, as mudanças no trato urinário facilitam a instalação desse

sintoma. Quando isso ocorre, são comuns alterações de humor, como ansiedade e depressão, em geral porque a pessoa procura se isolar, por se sentir envergonhada, para evitar que os outros percebam o que está acontecendo.

É importante saber que a incontinência pode ser o sintoma de outra doença, que precisa ser investigada antes que se agrave. Existem muitos tratamentos disponíveis para minimizar ou eliminar o problema.

Sistema urinário e tipos de incontinência

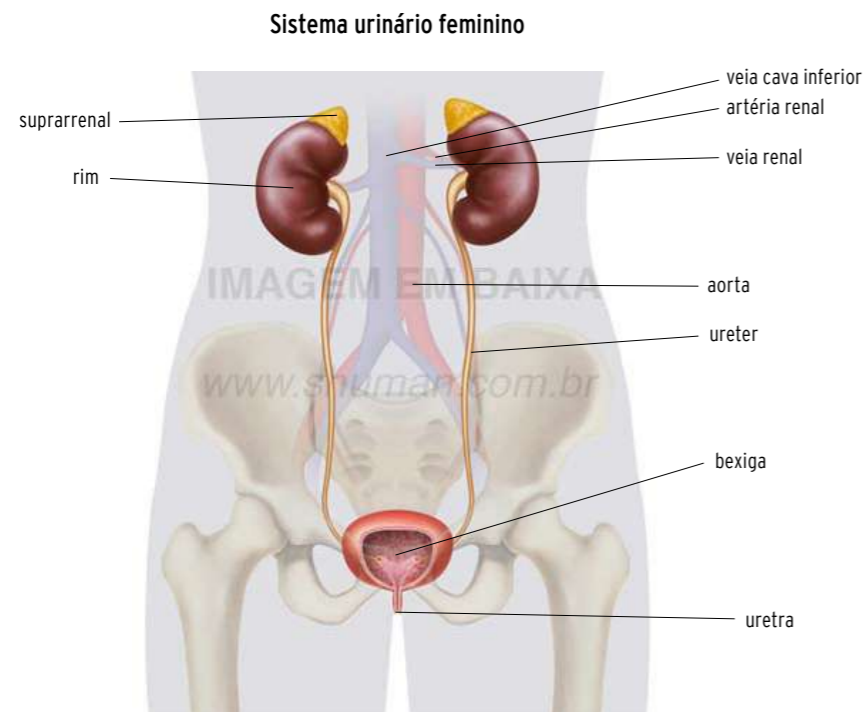
Como vimos no capítulo 1, o sistema urinário é composto pelos rins, ureteres, bexiga e uretra. Os rins filtram o sangue, jogando fora aquilo de que o organismo não precisa, na forma de urina. A urina é limpa, de cor amarela, com odor próprio e não contém bactérias normalmente. Urina escura e com odor forte pode ser sinal de baixa ingestão de líquidos ou de infecção urinária, embora alguns alimentos ou remédios também causem essas alterações.

A maioria das pessoas produz de 1 a 1,5 litro de urina todos os dias, dependendo da quantidade de água e líquidos ingerida.

A urina é armazenada na bexiga, que é um músculo na forma de “saco”. Quando a bexiga se contrai, a urina é eliminada por um canal chamado uretra, que nas mulheres tem cerca de 4 cm e nos homens, aproximadamente 16 cm. A uretra possui dois músculos, denominados esfíncteres, que se abrem ou se fecham, permitindo ou não a liberação da urina.

Embora o envelhecimento não seja a causa da incontinência, as mudanças no trato urinário facilitam a instalação desse sintoma. Quando isso ocorre, são comuns alterações de humor.

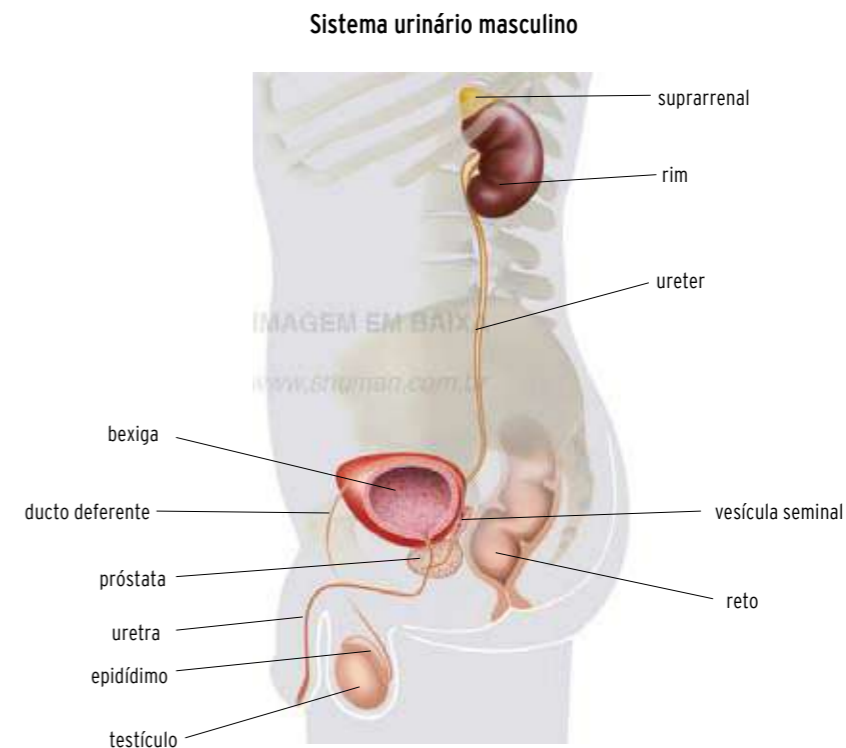




Para urinar com sucesso, é preciso ter uma bexiga capaz de se encher e esvaziar, um sistema nervoso sem problemas e esfíncteres competentes.

A bexiga se enche gradativamente. Ao alcançar a quantidade aproximada de 500 mL (meio litro), ela manda uma mensagem para o cérebro dizendo ser hora de esvaziá-la e a pessoa, percebendo isso, dirige-se ao banheiro. Quando isso não é possível de imediato, essas mensagens entre bexiga e cérebro ficam indo e vindo com mais frequência, fazendo surgir a sensação de “bexiga muito cheia”, algo que é bem desconfortável.

Nas mulheres, existe um grupo de músculos no períneo chamado soalho pélvico. Esses músculos são muito importantes na sustentação da bexiga, do útero e dos intestinos e, quando ficam flácidos, podem não ser capazes de sustentá-los, dificultando, por exemplo, o contro-



le da bexiga. Gravidez e parto têm grande influência na flacidez dessa musculatura. Com a menopausa, as estruturas do soalho pélvico enfraquecem e a uretra pode se tornar mais fina, fraca e frouxa, aumentando o risco de infecções e perdas urinárias.

Os homens, além de ter a uretra maior que a das mulheres, possuem a próstata, que envolve a uretra. Com o avançar da idade, a próstata pode aumentar de tamanho e comprimir a uretra, dificultando a passagem da urina. Se a próstata ocasionar bloqueio ou obstrução importante da passagem da urina, pode ser necessária uma cirurgia.

Com o aumento da próstata, a bexiga costuma ficar sempre cheia de urina (por incapacidade de esvaziamento), o que facilita a ocorrência de infecções. Sondagens de alívio podem ser indicadas, mas esse procedimento exige orientação e acompanhamento específicos.



Tipos de incontinência

Não existe apenas um tipo de incontinência. Ela pode acontecer por problemas de armazenamento de urina, de esvaziamento ou ambos.

- **Incontinência de esforço** – É a perda involuntária de urina que ocorre quando a pessoa tosse, espirra, gargalha, carrega peso ou faz atividades físicas que aumentam a pressão na barriga. A quantidade de urina perdida varia de algumas gotas a pequenos jatos, dependendo do volume presente na bexiga. Esse tipo de incontinência pode ser causado por fraqueza dos músculos do soalho pélvico (por falta de exercício, obesidade, pressão contínua na barriga, lesão no soalho pélvico, defeitos de nascença ou problemas neurológicos) ou por incompetência dos esfíncteres. O tratamento depende da causa, da gravidade e da evolução. Exercícios do soalho pélvico são muito úteis e alguns medicamentos também podem auxiliar.

- **Incontinência de urgência** – Consegue-se reter a urina o tempo suficiente de chegar ao banheiro. Há um grande e repentino impulso para urinar, seguido por perda involuntária de urina. Na presença dessa incontinência, a habilidade em retardar o esvaziamento da bexiga (normalmente existente) fica reduzida ou perdida. Em geral está associada com doenças como diabetes, mal de Parkinson, esclerose múltipla etc. O tratamento inclui treinamento da bexiga por estimulação elétrica e uso de certos medicamentos.

Os sentimentos relacionados à incontinência alteram o estilo de vida habitual da pessoa e têm grande impacto em sua qualidade de vida.

- **Incontinência paradoxal** – São pequenas perdas de urina por uma bexiga que está sempre cheia. Pode estar relacionada a infecções recorrentes, tumores ou medicamentos que tenham causado o estreitamento da uretra. Seus sintomas são parecidos com os da incontinência de esforço, porém, diferentemente desta, a perda pode ocorrer com o corpo em qualquer posição. O tratamento depende da causa, mas sempre deve ocorrer, para evitar sérias complicações.

O que a incontinência causa na vida das pessoas?

Vários são os sentimentos relatados. A maioria altera o estilo de vida habitual da pessoa e tem importante impacto em sua qualidade de vida. Entre eles destacam-se:

- Perda de autocontrole.
- Falta de concentração em outras coisas.
- Necessidade de estar sempre próximo a um banheiro.
- Limitação da vida social.
- Diminuição da autoestima.
- Isolamento.
- Receio de que outras pessoas percebam.
- Alteração na libido e na vida sexual.

Quais as opções de controle ou tratamento da incontinência?

Existem técnicas que ajudam a identificar a bexiga cheia e a retardar seu esvaziamento até que se chegue a um banheiro. São elas:

- **Exercícios dos músculos pélvicos ou exercícios de Kegel** – Fortalecem os músculos voluntários que envolvem a uretra e o reto, auxiliam na contração dos esfíncteres e aumentam a sustentação dos órgãos da região pélvica. São muito úteis na incontinência de esforço.
- **Treinamento de hábitos** – Auxilia no autoconhecimento. Antes de iniciá-lo, a pessoa deve fazer um diário miccional por alguns dias, no qual marcará toda vez que urinou e se teve algum tipo de perda involuntária, assim como as atividades associadas à ocorrência. Isso facilitará o planejamento para controle da bexiga, pois ela passará a conhecer o padrão de seu funcionamento.
- **Biofeedback** – Envolve aprender a reconhecer quando a bexiga está cheia, relaxar a bexiga contraída e urinar em momento apropriado. Exige a ajuda de profissional especializado.
- **Estimulação elétrica** – Estimula os nervos a induzir contrações da bexiga ou a inibi-la se ela for hiperativa. Também exige indicação e acompanhamento de profissional especializado.
- **Medicamentos** – Existem vários, mas necessitam de indicação médica, pois há um medicamento específico para cada tipo de incontinência.
- **Cirurgia** – É muito praticada e geralmente associa diferentes técnicas. Exige diagnóstico apurado.



Como conviver com o problema?

Primeiro, é necessário entender que a incontinência é um problema que deve ser diagnosticado e tratado. Durante o tratamento, a pessoa pode adotar algumas medidas para evitar situações constrangedoras:

- Usar absorventes ou fraldas (para grandes perdas, durante à noite ou para pessoas com maior dificuldade em se movimentar). Existem no mercado absorventes próprios para uso masculino, menos desconfortáveis que os femininos.
- No caso dos homens, utilizar dispositivos externos. Parecidos com camisinha, eles podem ser adaptados a um coletor e fixados à perna do idoso de forma a permitir a liberação da urina sem que ele fique molhado. Esse sistema é de fácil esvaziamento e permite que a pessoa leve uma vida absolutamente normal.
- Monitorar a ingestão de líquidos e planejar as idas ao banheiro.
- Utilizar roupas confortáveis e fáceis de vestir e despir.
- Barras de apoio ao lado do vaso sanitário ou a elevação deste auxiliam mulheres mais idosas a utilizá-lo com maior segurança.
- Aumentar a ingestão de líquidos, para diminuir o odor da urina.
- Quando está mais concentrada, a urina cheira forte. Superfícies impermeáveis em alguns móveis ou na cama podem auxiliar a higiene em caso de perdas urinárias, evitando o odor ambiente.

Algumas técnicas ajudam a identificar a bexiga cheia e a retardar seu esvaziamento até que se chegue a um banheiro

Capítulo 9

Como auxiliar a pessoa idosa com limitações cognitivas

Existem doenças incuráveis, porém não existem doentes intratáveis.

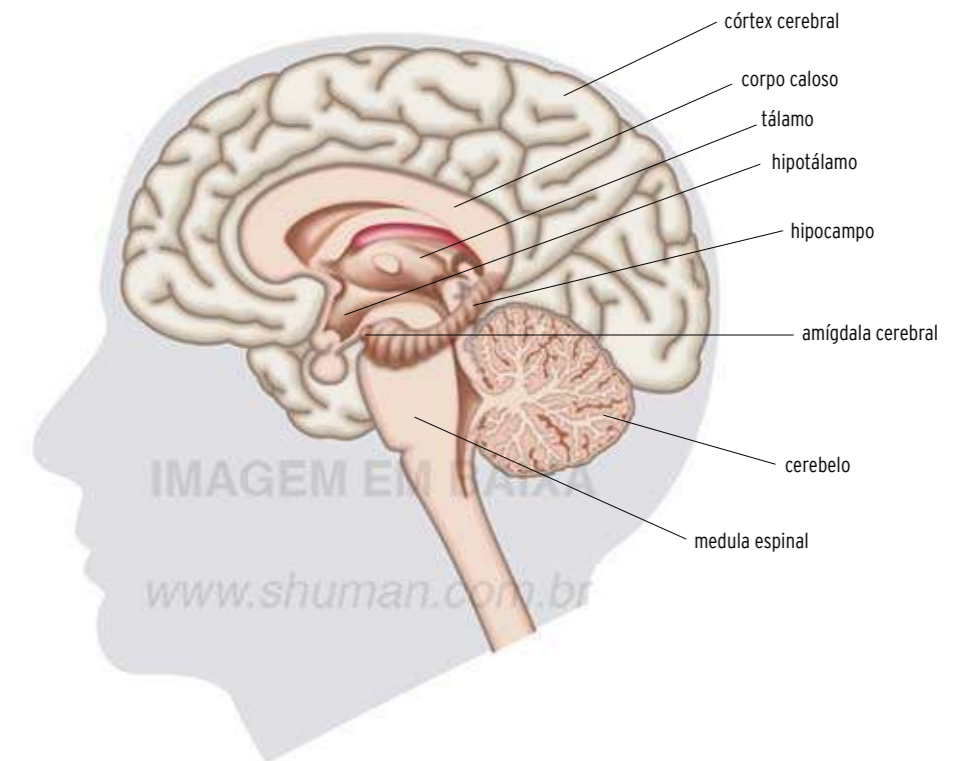
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER
(ABRAZ)

As pessoas vivem em constante contato com o mundo. Para que esse contato seja interativo, precisamos ser capazes de receber as informações enviadas pelo meio, entendê-las e responder a elas com ações, reações ou sentimentos. O responsável pelo processamento e decodificação dessas informações é o cérebro, um órgão complexo e sofisticado.

Nosso cérebro é formado por bilhões de células chamadas **neurônios**. O número de neurônios é determinado quando nascemos, pois eles não são capazes de se dividir ou de se reproduzir. Quando morrem, fazem-no de modo definitivo (até que as células-tronco provem o contrário).

Os neurônios estão interligados entre si formando várias redes, e entre eles existe uma fenda denominada **sinapse**. As informações que recebemos do mundo pelos receptores sensoriais são encaminhadas para o cérebro por um tipo de corrente elétrica chamada **impulso**

Vista lateral do cérebro

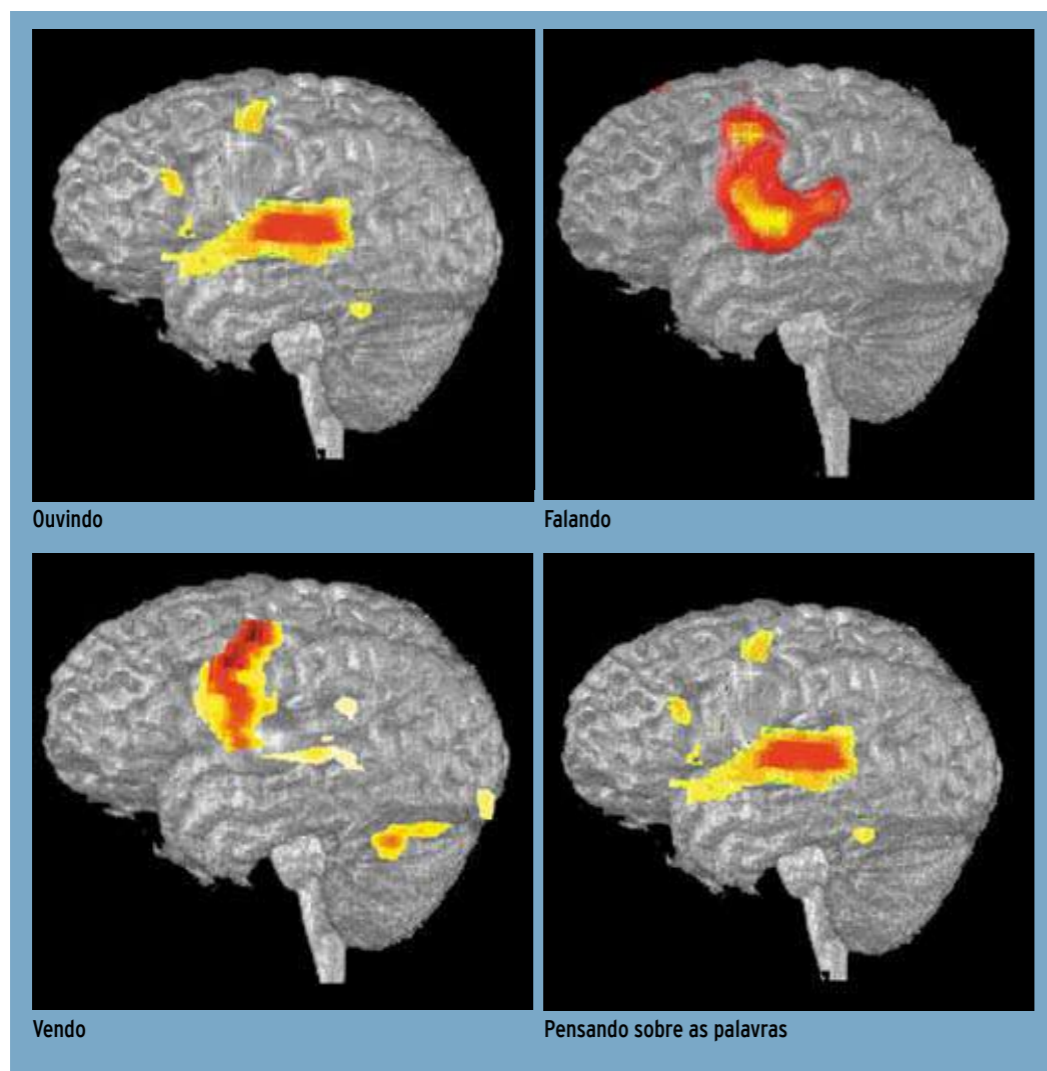


nervoso. Um impulso nervoso passa de um neurônio a outro, atravessando as sinapses, com a ajuda de determinadas substâncias químicas denominadas **neurotransmissores**.

Os vários impulsos nervosos se integram e permitem que tenhamos uma visão completa da situação que se apresenta a nós. Recuperando outros elementos armazenados no cérebro (na memória), esses impulsos nos permitem elaborar as respostas adequadas a nossos desejos ou necessidades.

É por meio desse processo que somos capazes de aprender. Na vida, quase tudo que fazemos foi aprendido, como andar, falar, escrever, compreender as palavras e as ações, comportar-se socialmente, ter noção de tempo e espaço etc. Quando temos contato com uma informação nova e conseguimos compreendê-la, tendemos a armazená-la para uso futuro. Para isso recorreremos à memória.

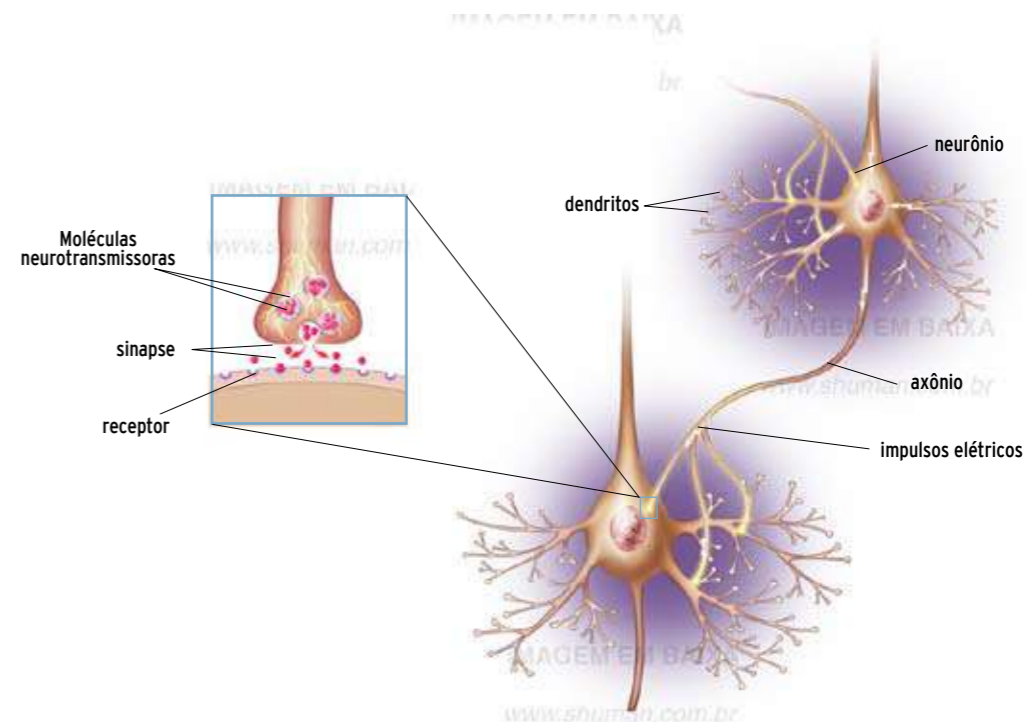
A ação cerebral



Diferentes atividades mentais ocupam lugar em diferentes partes do cérebro. Tomografia (PET scan) pode medir essas atividades. Marcadores químicos “mostram” as regiões ativadas em vermelho e amarelo.

Por diferentes razões, nosso cérebro, ou melhor, nossos neurônios podem ser danificados. Dependendo da extensão do dano, nossa dinâmica de vida vai ser mais ou menos comprometida. Pessoas com transtornos cognitivos em geral apresentam algum comprometimento nessas estruturas nervosas, como é o caso daquelas que desenvolvem demências.

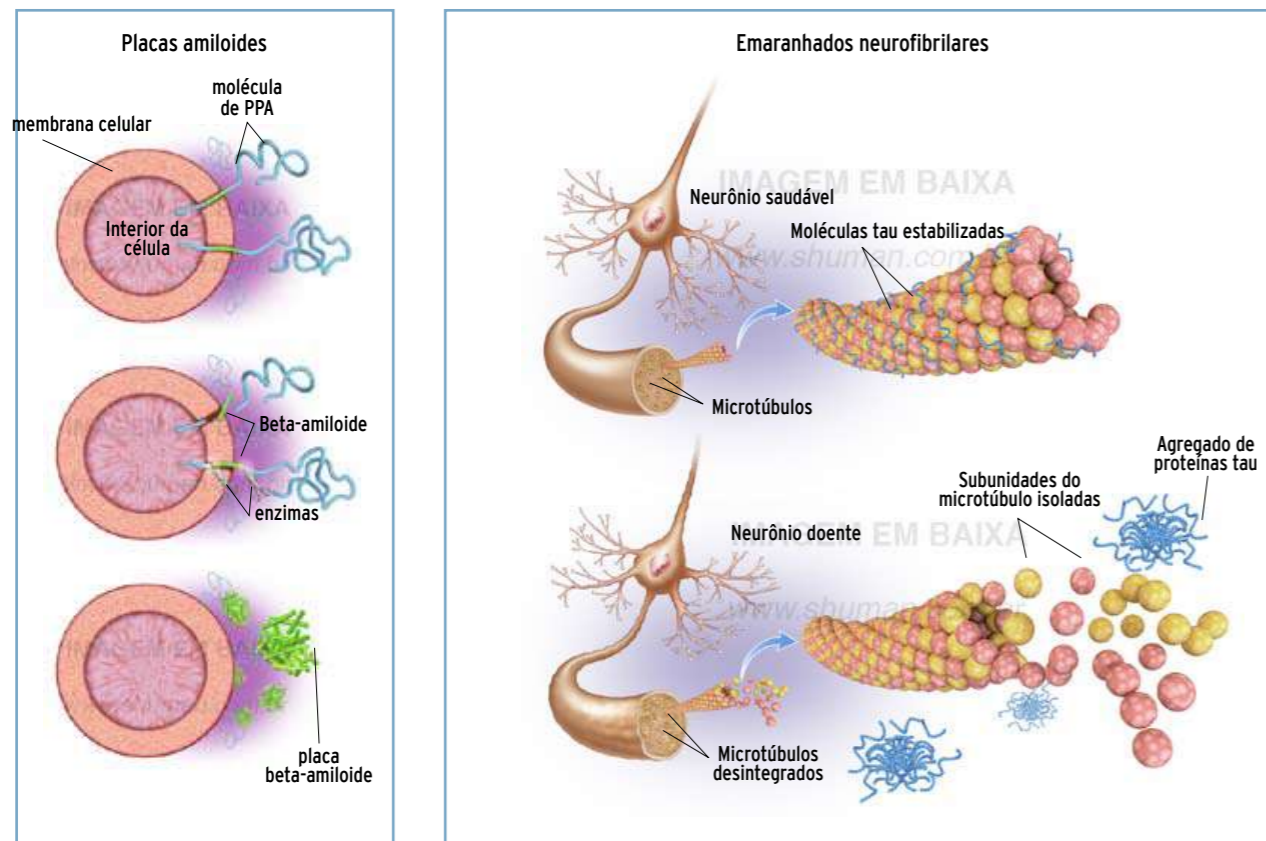
Neurônios



O que é demência?

Nos dias atuais, chamamos de demência ao conjunto de alterações que ocorrem no cérebro de uma pessoa modificando sua capacidade intelectual. O termo “demência” significa que a pessoa apresenta *deficit* de memória associado com dificuldades em pelo menos outro setor, de intensidade suficiente para restringir as atividades diárias. Antigamente, quando uma pessoa idosa apresentava esse tipo de problema, costumava-se dizer que estava “esclerosada” ou, pior, “caducando” e se considerava isso normal, porque ela simplesmente era “velha”.

Existem vários tipos de demência. A mais frequentemente observada nas pessoas idosas é a doença de Alzheimer (DA). O nome da doença deve-se ao médico psiquiatra alemão Alois Alzheimer, que, em 1907, identificou mudanças no tecido cerebral de uma mulher (sra. August D.) que havia morrido de uma rara doença mental. Alzheimer



encontrou depósitos anormais de determinada substância, hoje conhecidos como **placas amiloides**, e o acúmulo de estruturas fibrilares entrelaçadas conhecidas atualmente como **novelos neurofibrilares**. A presença dessas estruturas no cérebro humano é considerada característica da doença e está associada a outras alterações, como a morte das células nervosas em certas regiões do cérebro.

A doença de Alzheimer é crônica, degenerativa, progressiva e, ainda hoje, incurável. As pessoas acometidas por ela vão gradativamente apresentando problemas de memória, perturbações no raciocínio (não conseguem resolver problemas do dia a dia), desorientação temporal (não identificam dia, mês e ano em que estamos), dificuldade com operações matemáticas (fazer contas) e de linguagem e alterações de comportamento (agitação, alucinações, delírios etc.).

Esses problemas são entendidos como um grupo de sintomas que com frequência acompanham a doença ou condição. Eles interferem no desempenho das atividades cotidianas do paciente e das pessoas que o cercam.

Qual é a causa da DA?

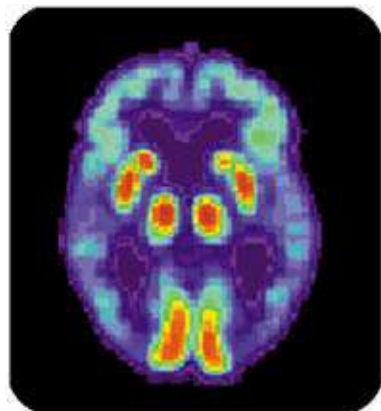
Ainda não está completamente esclarecida a causa da doença de Alzheimer. É possível que não exista uma única causa, mas a associação de vários fatores que afetam as pessoas de forma diferente. A idade avançada é considerada um fator de risco, assim como antecedentes familiares relacionados à presença da doença. Acredita-se que exista uma relação genética, mas isso ainda não se sabe ao certo.

Embora seja mais observada em pessoas idosas, a DA não é própria do envelhecimento, pois pode acometer pessoas em qualquer período da idade adulta. Assim, é uma doença que se associa à idade, mas não é devida à idade. Nessa doença, ocorre a morte de células do sistema nervoso (neurônios) iniciando-se em uma região do cérebro ligada à memória. Com o avanço da doença, a morte celular vai se expandindo para outras áreas do cérebro e comprometendo outras habilidades intelectuais e de comportamento. Essa evolução pode variar de três anos (em pessoas com diagnóstico por volta dos 80 anos) até dez ou mais anos, se o diagnóstico ocorrer mais cedo.

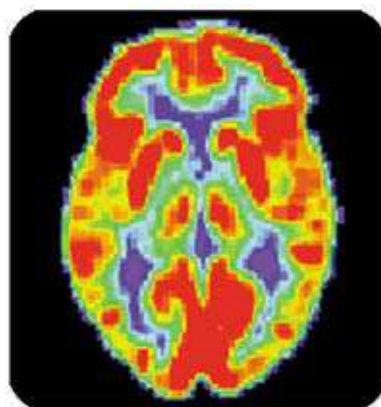
Atualmente, a DA está se transformando em uma importante questão de saúde, pois a cada cinco anos dobra o percentual de pessoas idosas portadoras. Não existe



A doença de Alzheimer é crônica, degenerativa e progressiva. As pessoas acometidas por ela vão gradativamente apresentando problemas que interferem no desempenho das atividades cotidianas.



Pet Scan do cérebro de uma pessoa com DA.



Pet Scan do cérebro de uma pessoa normal.

apenas o custo financeiro relacionado à doença, mas também o desgaste físico e emocional para a família, para os amigos e para os cuidadores que acompanham a progressão da doença.

O diagnóstico da doença é realizado por meio de exames de imagens, laboratoriais e do quadro clínico apresentado (principalmente queixas referidas pelo próprio idoso e por seus familiares). Procura-se excluir qualquer outra doença que porventura esteja alterando a cognição. Assim, trata-se ainda de um diagnóstico de probabilidade.

As primeiras queixas são sempre relacionadas à memória. A pessoa, por exemplo, esquece compromissos, onde colocou as chaves, os óculos, alimentos no fogo (mesmo com o cheiro de queimado não se lembra de que os deixou lá), recados, pagamento de contas, aniversários. Como muitas pessoas, sem a doença, também podem apresentar parte ou muitos desses “esquecimentos”, essa queixa não é valorizada pelo próprio idoso ou por seus familiares. À medida que os esquecimentos vão se acentuando, podem gerar quadros de ansiedade ou depressão.

Esses sintomas vão se somando a outros, como dificuldade em aprender novas tarefas e lidar com outras que exijam raciocínio ou operações matemáticas. Tarefas que habitualmente eram executadas com facilidade começam a se tornar penosas. A pessoa pode apresentar dificuldades em dizer o nome das coisas, como ver uma colher, saber para que serve, ser capaz de descrevê-la, mas não conseguir nominá-la (dizer, por exemplo: “Aquilo que usamos para tomar sopa”).

De modo geral, as primeiras atividades cujo desempenho é comprometido pela doença são as mais complexas, como a administração de finanças, o uso de transporte público, dirigir um carro, fazer compras, preparar uma refeição. Em seguida, vêm as atividades que se costumava fazer (pequenos consertos domésticos, costura, bordado) e, posteriormente, as atividades mais simples, como vestir-se e banhar-se.

As queixas apresentadas serão confirmadas por exames neuropsicológicos específicos para avaliar a memória, a linguagem, a capacidade de cálculo, o raciocínio, o julgamento, entre outras habilidades. O diagnóstico definitivo, no entanto, só pode ser feito por biópsia cerebral ou autópsia. Isso normalmente não é feito; a biópsia, pelos riscos e por não trazer nenhum benefício ou modificação ao tratamento da pessoa, e a autópsia é feita apenas após o óbito (ajuda na pesquisa, mas não no tratamento).

Toda queixa de perda de memória está associada à presença da doença de Alzheimer?

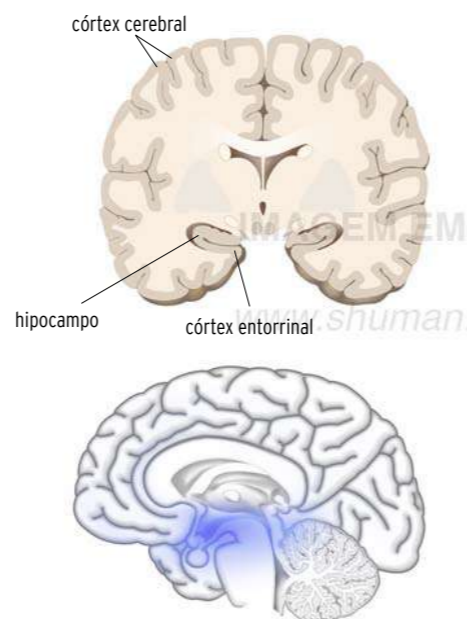
Não, embora quase todas as pessoas se preocupem com isso conforme avança a idade. Com o envelhecimento, podemos apresentar algumas falhas em nosso mecanismo de recordação, mas isso atinge informações recentes ou remotas. Algum tempo depois, recordamos de forma espontânea aquilo que havíamos esquecido. Com muita frequência esses “esquecimentos” estão associados a distúrbios de atenção. O incômodo provocado por eles é subjetivo, pois não chegam a interferir de modo significativo nas atividades e, em geral, só são percebidos quando a pessoa se queixa.

De modo geral, as primeiras atividades cujo desempenho é comprometido pela doença são as mais complexas, seguidas das atividades que se costumava fazer e, posteriormente, as atividades mais simples.

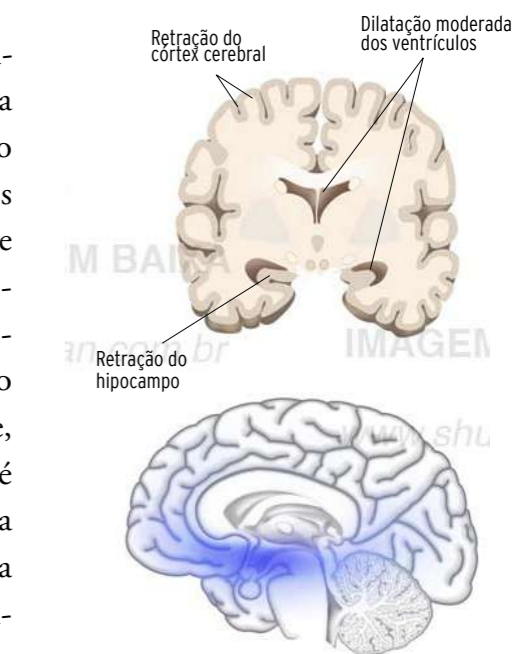
Como evolui a doença de Alzheimer?

Embora o curso da DA não seja igual para todas as pessoas, os sintomas desenvolvidos, na maioria das vezes, seguem os mesmos estágios gerais.

1. **Estágio pré-clínico** – Regiões do cérebro ligadas à memória de curto e longo prazos começam a ser afetadas. Essas mudanças possivelmente se iniciam dez a vinte anos antes dos primeiros sinais e sintomas perceptíveis. Surgem os primeiros sintomas de perda de memória, ainda pouco significativos.
2. **Estágio inicial** – A doença começa a afetar o córtex cerebral, a perda de memória continua a evoluir e outras habilidades cognitivas passam também a ficar comprometidas. Normalmente é nessa fase que é feito o diagnóstico clínico. Os principais sinais incluem: perda de memória; dificuldade da pessoa em se localizar no espaço (ao sair de casa pode não conseguir voltar); mais tempo para desempenhar atividades do dia a dia que a pessoa sempre fez; problemas para administrar as finanças e pagar as contas; dificuldades de julgamento diante de problemas, levando a decisões ruins; perda da espontaneidade e do senso de iniciativa; mudanças de humor e de personalidade que podem aumentar a ansiedade. Nessa fase, a pessoa pode ainda parecer saudável, mas começa a apresentar dificuldades no desempenho de atividades mais complexas no dia a dia.
3. **Estágio moderado** – A doença avança para outras áreas do córtex cerebral que controlam a linguagem, raciocínio, processamento sensorial e consciência. As regiões afetadas continuam a se atrofiar



DA pré-clínica.

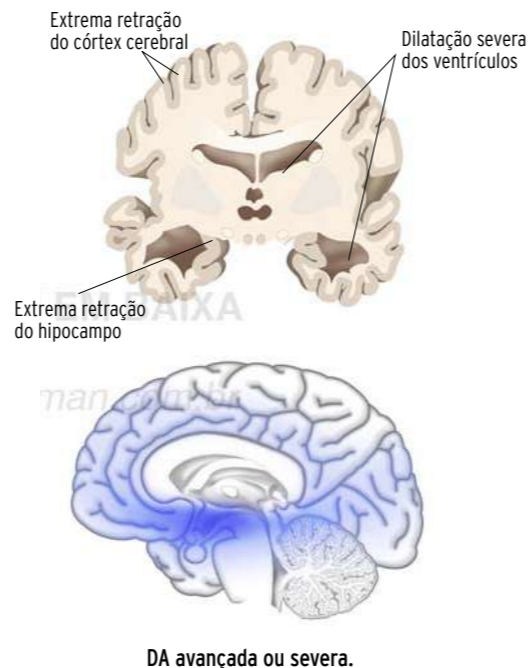


DA inicial e moderada.

e os sinais e sintomas da doença tornam-se mais pronunciados. É a fase em que os problemas comportamentais, como agitação e perambulação, podem ocorrer exigindo maior supervisão e cuidado. Os familiares em geral têm muita dificuldade em lidar com essa fase. Os principais sinais e sintomas observados são: perda de memória mais acentuada; confusão mental; dificuldade em manter a atenção; problemas no reconhecimento de amigos e familiares; dificuldade com linguagem; problemas com leitura e com números; dificuldade em se organizar e pensar com lógica; incapacidade de aprender novas coisas ou de lidar com situações inesperadas; agitação, perambulação, dificuldade em repousar; medo e ansiedade, especialmente ao entardecer; alucinações, ilusões, irritabilidade, desconfiança ou paranoia; perda de controle dos impulsos (uso de linguagem vulgar, despir-se em locais e momentos inadequados, utilizar modos não aceitos socialmente); problemas de percepção espacial (dificuldade em se levantar da cadeira ou se posicionar na mesa).

O comportamento do ser humano é resultado de complexos processos cerebrais. Na DA, esse processo é afetado, ocasionando situações estressantes ou comportamentos inapropriados. Por exemplo, a pessoa pode reagir de forma furiosa recusando-se a tomar banho ou a trocar de roupa simplesmente porque não compreende o que o cuidador está pedindo ou, se compreende, não se lembra de como fazê-lo. A fúria é uma forma de mascarar a ansiedade ou a confusão. Para a pessoa, faz sentido tirar a roupa quando sente calor, mas ela não entende (ou não lembra) que não é um comportamento aceitável em locais públicos.

4. **Estágio avançado** – É o último estágio da DA. Há várias áreas do cérebro atrofiadas. A pessoa não mais consegue reconhecer familiares e pessoas queridas ou se comunicar com as outras; é completamente dependente da ajuda de outras pessoas. Outros sintomas incluem: perda de peso; dificuldade em deglutir (engolir); infecções de pele; gemidos constantes; maior sonolência; incontinência urinária e fecal. Geralmente as pessoas nesse estágio ficam acamadas parte do tempo, ou todo o tempo, o que propicia a instalação de quadros infecciosos, como pneumonia, que poderão levá-la a óbito.



No conjunto, a doença progride lentamente, mas pode haver períodos nos quais o quadro se apresenta estável (**platôs**). Esses períodos duram meses e, às vezes, anos, após os quais pode ocorrer uma piora brusca. Quadros de piora brusca também podem estar associados à ocorrência de outros problemas de saúde que o doente não saberá explicitar. Assim, nessas situações, sempre é necessário investigar.

Hoje existem algumas medicações para tratamento da DA. Elas não vão curar o doente, vão apenas tornar a progressão da doença mais lenta. Ministradas com outras medicações, vão permitir o controle dos sintomas associados como alterações de comportamento, agressividade, agitação, depressão e apatia.

A medicação utilizada isoladamente tem determinado efeito, mas, quando associada a algumas medidas de cuidado específicas, pode estabilizar ou reduzir a velocidade de progressão da doença, o que permitirá a manutenção da qualidade de vida da pessoa e a estabilidade da família por mais tempo.

A pessoa com DA pode também ser portadora de uma ou mais doenças crônicas simultâneas (hipertensão, diabetes etc.), que continuam a requerer o mesmo acompanhamento de antes do diagnóstico da demência. Se isso não for feito, tais doenças poderão descompensar, agravando os sintomas apresentados.

Como receber o diagnóstico?

Graças ao avanço da ciência, hoje a DA é diagnosticada cada vez mais precocemente e, por essa razão, um idoso com Alzheimer necessitará de tratamento e cuidados por mais tempo. Como nas fases mais precoces ele apresenta vários momentos de lucidez, poderá planejar seu futuro com a família.

Não é fácil – ao contrário é muito difícil – para o idoso e seus familiares receber e aceitar o diagnóstico de provável DA, principalmente por ser uma doença de evolução progressiva e ainda incurável. A notícia, com certeza, o abalará tanto quanto a sua família, pois todos saberão que ele demandará cada vez mais ajuda.

Mas isso é motivo de desespero? Certamente, não. Já vimos que muitas doenças do passado, consideradas incuráveis, tiveram o prognóstico modificado com o avançar da ciência, que nos surpreende a cada dia. Enquanto causas, tratamentos e cura continuam a ser incessantemente buscados, podemos ampliar nosso leque de informações de forma a superar o desgaste físico, mental e emocional que uma notícia como essa pode provocar. Uma pessoa atualizada e bem informada pode encarar a situação de maneira positiva e garantir ao doente e a si mesma melhor qualidade de vida.

Receber diagnóstico de DA necessariamente provocará mudanças na vida do idoso. Cada pessoa é única e reage a uma notícia como essa

O comportamento do ser humano é resultado de processos cerebrais. Na doença de Alzheimer, esse processo é afetado, ocasionando situações estressantes ou comportamentos inapropriados.

Profissionais de saúde e associações de famílias recomendam que o idoso seja informado do diagnóstico de DA quando ainda tem condição intelectual de entender.

a seu modo. Há algumas maneiras de enfrentar a situação, ficar mais relaxado ou diminuir o estresse causado pela notícia. Deve-se entender que o diagnóstico é parte da vida do idoso e não toda a sua vida; mudanças sempre acontecem, algumas são mais difíceis de lidar que outras. Os familiares e as pessoas próximas devem procurar auxiliá-lo a utilizar seu tempo desenvolvendo atividades menos estressantes, como jardinagem, cuidado de animais, música, exercícios ao ar livre, e a passar mais tempo com a família e os amigos.

Participar de grupos de apoio, como a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), auxilia tanto a pessoa que está com a doença quanto seus familiares a compreender o que está ocorrendo. Eles poderão entrar em contato com outras pessoas que estão na mesma situação e, assim, não se sentirão isolados como se o problema deles fosse único.

Ao saberem do diagnóstico, as pessoas talvez sintam medo ou raiva, fiquem assustadas ou tristes, ou, então, aproveitem para rever, na medida do possível, suas pendências com a vida, organizem suas coisas e fortaleçam os laços familiares fragilizados ou até rompidos.

Boa parte dos profissionais de saúde e das associações de famílias recomenda que o idoso seja informado do diagnóstico quando ainda tem condição intelectual de entender seu significado. Essa posição tem por base os seguintes pressupostos:

- a) A pessoa está percebendo falhas em sua memória e não consegue compreender por que ou mudar a situação, fato que gera ansiedade e depressão. Ela tem o direito de saber com o que está lutando.
- b) Esconder a verdade não vai poupar o idoso, só vai quebrar sua confiança. Dizer a verdade é uma demonstração de respeito e de valorização, pois assim ele vai poder participar da decisão sobre o tratamento e planejar o futuro.

Esse planejamento pode se referir a questões legais (o idoso poderá dizer quem quer como seu tutor), escolher os tratamentos que prefere e rejeitar outros para as fases avançadas da doença (reanimação, sondagem etc.), definir como administrar seus bens etc. Essas decisões, quando compartilhadas, diminuem, e muito, o estresse do cuidador familiar no futuro, pois ele agirá conforme a vontade de seu parente idoso sem ter muitas dúvidas a esse respeito.

Mesmo que ainda acredite que pode fazer “as coisas sozinha”, é conveniente que a pessoa com DA recém-diagnosticada vá à consulta médica com alguém, um familiar ou amigo próximo. Essa pessoa poderá fazê-la sentir-se mais confiante, ajudá-la a recordar coisas que tinha planejado perguntar e, depois, a lembrar-se do que foi dito pelo médico. Seu parente ou amigo também pode querer discutir algumas coisas com o médico, como: o que esperar do futuro; tipos de serviços que serão necessários e onde encontrá-los; como manter o próprio bem-estar e o da família como um todo.





Impacto da doença na família

Quando a DA é diagnosticada em uma pessoa, a dinâmica da família é, necessariamente, alterada, pois todos os seus membros são afetados em maior ou menor grau. Vários sentimentos podem ocorrer simultânea ou sucessivamente: raiva, desespero, frustração, negação, ansiedade, tristeza. Por outro lado, alguns talvez queiram se afastar da situação por se sentirem envergonhados com a presença da doença na família, em decorrência do estigma que ela ainda tem em nossa sociedade, e a possível reação negativa das pessoas.

Dependendo da composição familiar, é muito comum a esposa ou o companheiro assumir a função de cuidador principal da pessoa doente. É praticamente impossível imaginar o que sente esse familiar com a notícia da DA, uma vez que ele sabe que a pessoa com quem compartilhou a maior parte da vida sofrerá, com o avançar da doença, mudanças dramáticas no jeito de ser, sentir e participar do mundo.

Não é apenas o sentimento de perda gradativa que afeta o familiar, mas a sensação de conviver com uma pessoa estranha, que não é mais aquela com quem se casou e compartilhou sua vida. Mesmo

assim, a maioria das esposas ou companheiros escolhe permanecer ao lado do doente pelo tempo que for necessário, dando-lhe o melhor cuidado possível.

Muitos familiares, em algum estágio da doença, terão de deixar o emprego para cuidar do parente doente e, além disso, deverão dispor de menos tempo para suas atividades de lazer ou para a vida social.

Irmãos e amigos que não tenham convívio diário com o doente e sua família, quando se encontrarem com eles, poderão ter dificuldade em lidar com as perdas apresentadas pelo doente. A comunicação, particularmente, poderá ser muito difícil, contribuindo para que as visitas diminuam e, assim, aumente o isolamento não só do doente, mas de seu cuidador primário.

Como a DA ocorre com mais frequência em pessoas idosas, seus filhos provavelmente serão jovens. Para eles, ver o pai ou a mãe em suas crises de comportamento pode ser emocionalmente desgastante, quando não assustador. Por essa razão, eles necessitam de apoio, de informações adequadas, conselhos e orientações que os auxiliem a compreender o que está acontecendo e a adequar seu relacionamento com os pais.

Ideias equivocadas em relação à DA

A falta de informação e a ignorância podem ser responsáveis pela “alimentação” e propagação de falsas ideias relacionadas à DA, que em nada ajudam, ao contrário, prejudicam o cuidado do doente e aumentam a ansiedade da família. Algumas delas são:

1. *“É a idade! Ele(a) está assim porque está velho(a)...”*

Essa é, talvez, a mais difundida das ideias equivocadas. Chegamos a ouvir isso até de profissionais de saúde. A DA não é consequência do envelhecimento; é uma doença como outra qualquer, que requer diagnóstico, tratamento e cuidados.

2. “Não se pode fazer nada...”

A DA ainda não tem cura, mas já existem tratamentos que auxiliam a retardar sua evolução. Mesmo incurável, a doença não é “intra-tável”; sempre se pode cuidar do doente, e esse cuidado vem se aprimorando.

3. “É contagiosa...”

Completamente errado; você não pegará a doença por conviver ou cuidar de alguém que tem DA.

4. “É hereditária...”

Isso ainda não está comprovado. Muitos estudos na área de genética têm sido desenvolvidos buscando causas e melhores tratamentos para a DA. O que se sabe é que, se você tem um parente com a doença, tem um risco maior de desenvolvê-la quando comparado a outras pessoas que não têm parentes nessas condições. Isso pode elevar para cerca de 7% a probabilidade de você contrair a doença quando for idoso. Assim, esse fator não deve ser motivo de preocupação, pois, até lá, principalmente se você é jovem, é possível que muita coisa se modifique.

5. “Demência é loucura.”

Não, demência significa um conjunto de indícios que estão associados à perda da memória e ao declínio em pelo menos outra área cerebral, com intensidade suficiente para comprometer o desempenho de atividades cotidianas.

6. “Ele(a) não entende mais nada... é como se fosse um vegetal...”

Errado e cruel! Essa frase é muitas vezes ouvida para definir o estado do doente nas fases avançadas da doença, mas esse procedimento está errado. Apesar de doente, ele não deixou de ser uma pessoa e, como tal, necessita ser valorizado e respeitado. Familiares de doentes de Alzheimer referem que, mesmo nas fases mais avançadas, há momentos, embora poucos, em que eles parecem interagir.

Aspectos legais da doença de Alzheimer

A pessoa idosa com demência continua sendo um cidadão com direitos salvaguardados por nossa Constituição e pelos códigos Civil e Penal.

Quando do diagnóstico de DA ou de outra demência irreversível, a pessoa idosa pode ser enquadrada em dois pontos fundamentais dos códigos Civil e Penal:

1. Incapacidade civil de gerir bens e pessoas (Código Civil, art. 5º).
Traduz-se em examinar a pessoa idosa e informar à sociedade que ela, em razão de sua doença incapacitante, não tem condições de tomar conta de seu patrimônio, de gerir seus negócios e proventos (pensão ou aposentadoria) ou de ficar responsável por outra pessoa. O mesmo artigo também a protege contra atos nocivos praticados por outras pessoas, que levariam vantagens em negócios, vendas de patrimônio ou responsabilidades pessoais.
2. Incapacidade penal, com nulidade de penas por quaisquer delitos que venha a cometer (Código Penal, art. 26º).
É constatada a não responsabilidade por seus atos, em decorrência da doença, conferindo-lhe o termo de inimputável, ou seja, não lhe é aplicada qualquer pena por delito cometido.

O que se observa na prática é que familiares ou outras pessoas próximas da pessoa idosa com DA utilizam uma procuração para decidir sobre assuntos legais, em especial os de ordem financeira (receber pagamentos, rendas, aluguéis, pensão e aposentadoria).

Toda procuração pressupõe que a pessoa idosa, nesse caso com DA, apresenta condições de gerir seus bens pessoais, mas delega poderes a outra pessoa para fazê-lo. Por princípio, obter procuração nessas condições não está correto. Perante a lei, qualquer parente, ascenden-

[A Constituição e os códigos Civil e Penal asseguram os direitos das pessoas com doença de Alzheimer ou outras demências irreversíveis.](#)

te ou descendente direto, tem o poder de anular o valor legal desse instrumento. O único caminho, no entanto, para fazer isso é a “interdição”, feita por meio de processo na comarca da cidade da pessoa idosa, onde o juiz, após constatar a incapacidade dela, nomeia um “curador”. Estabelece-se assim a “curatela” (provisória ou definitiva), com o objetivo de cuidar dos interesses da pessoa idosa e proteger sua família, não permitindo que haja má-fé ou malversação na gestão patrimonial dos bens.

Quem vai cuidar da pessoa idosa com DA?

Ainda hoje, na maioria das situações, o responsável pelo cuidado do idoso com DA é um familiar, em geral mulher, e sua “escolha” costuma seguir esta ordem: esposo ou esposa (se existirem), filha, irmã, enteada, sobrinha...

O cuidado com pessoas idosas mais dependentes, em geral, é afetado pela mudança na estrutura familiar, e o mesmo ocorre com os idosos com DA. O que geralmente se observa é que, na maioria das famílias, o cuidado com o idoso com DA recai apenas sobre uma pessoa, e os outros parentes, utilizando múltiplas desculpas, esquivam-se dessa tarefa. Esse cuidador passa a assumir a tarefa como uma imposição, e ela se transforma em uma missão intransferível.

Dadas as características da doença e de sua evolução, a tarefa do cuidador ocupará muito de seu tempo. Assim, ele deixará de viver a própria vida, de ter suas vontades, seu descanso e lazer; como consequência, ficará cada vez mais cansado e estressado. Poderá adoecer ou, em situações-limite, negligenciar o cuidado adequado de seu parente doente.

Soma-se a esse trabalho físico toda a carga emocional que acompanha a doença, provocando grande sofrimento no cuidador. Por essas razões, acreditamos que precisam existir em maior número cuidadores pro-

fissionais aptos a assumir o cuidado dessas pessoas ou a colaborar nessa tarefa.

É indispensável que um cuidador familiar cuide de si mesmo. Por mais abnegada que seja a pessoa, nenhum ser humano resiste, em condições saudáveis, a várias noites sem dormir, à exclusão social progressiva e permanente e ao confronto com problemas crescentes que se repetem todos os dias. Para ser capaz de bem cuidar de uma pessoa com DA, o cuidador precisa aprender a cuidar de si.

Entendendo as reações emocionais de um cuidador familiar e procurando ajudar

Uma pessoa que recebe a notícia de que um parente próximo está com DA reagirá de diferentes formas. Em geral, as pessoas tendem, em um primeiro momento, a negar a situação, diminuindo sua importância (“Ele[a] sempre foi assim”, “Está fazendo de propósito”, “Quando quer, ele[a] entende”). Quando percebe que, de fato, a



pessoa está doente, pode reagir de forma mais agressiva, contra a família e, às vezes, contra o próprio doente (“Por que comigo? Isso não é justo!”).

Algumas vezes a pessoa se sente culpada (“Eu devia tê-lo[a] levado ao médico quando se queixou... quem sabe não estaria assim agora”).

O importante é entender que se está lidando com uma doença e que alguns sentimentos não só não ajudam, como podem ser muito prejudiciais ao cuidador e ao doente. Quando o cuidador refere culpa, podemos ajudá-lo ouvindo-o e procurando compreender seu sentimento e tentar, com ele, entender o que o está levando a esse estado.

A doença pode expor o doente e seu familiar a situações constrangedoras justamente porque o doente não mais consegue seguir ou acessar “normas sociais” aprendidas durante a vida. Ele as esqueceu. E não vai adiantar ficar falando: “Não faça isso! Está errado!”. Esse



procedimento só vai estressá-lo e piorar a situação. O cuidador familiar precisa ser alertado de que não deve se sentir envergonhado. Seu parente está doente e por essa razão está agindo desse jeito. Ele não tem controle sobre isso.

Em muitas ocasiões, o cuidador familiar pode sentir-se triste e inseguro quanto ao futuro, pois vê que, apesar de seus esforços e cuidados, a doença continua a evoluir e a pessoa, a piorar. É esperado que ele se sinta impotente. Nessa fase, é necessário estar próximo e auxiliá-lo explicando que sua tristeza, embora perfeitamente compreensível, não mudará a situação; ao contrário, o doente tende a perceber isso e poderá também sentir-se triste. Tente ajudá-lo a viver um dia de cada vez, plenamente. Alguns momentos podem ser únicos e não devem ser desprezados.

As mudanças comportamentais do doente podem gerar situações estressantes e deixar o cuidador familiar permanentemente apreensivo, o que seria muito prejudicial para sua saúde. A informação ajuda muito. Converse com ele, procure antecipar algumas situações para preveni-las.

Qual o melhor lugar para a pessoa idosa com DA?

O melhor lugar para uma pessoa com DA será aquele onde houver garantia de um cuidado efetivo e de qualidade. Caso seja possível e ela tenha condições financeiras para tanto, poderá permanecer em casa, desde que existam cuidadores (familiares ou profissionais) para supervisioná-la 24 horas por dia.

A vantagem da permanência em casa é o fato de que ela possui as referências de toda uma vida (seu quarto, sua cama, seus quadros, seus pertences, sua história), o que pode lhe transmitir segurança e maior tranquilidade. Em

Se o cuidador familiar sentir-se triste e inseguro quanto ao futuro tente ajudá-lo a viver um dia de cada vez. Alguns momentos podem ser únicos.

algumas circunstâncias, isso, no entanto, não será possível. Nesse caso, pode ser necessário que o idoso se mude para a casa de algum filho ou outro parente e tenha de se desfazer da própria casa para custear seu tratamento. Isso pode ocasionar alguns problemas de ajustamento pela falta de referência (deixando-o desorientado), o que pode piorar seu estado mental.

Se essa for a única solução possível, pode-se amenizar o impacto da mudança procurando transformar o “novo” ambiente em algo mais familiar (deixar o quarto o mais parecido possível com o de sua casa anterior, levar seus móveis, suas fotos, seus quadros). A família que vai recebê-lo deve ser preparada para isso e entender que a fase de adaptação não será fácil. Crianças e adolescentes têm de ser especialmente orientados, mostrando-lhes a importância do afeto e da compreensão deles no cuidado adequado a ser dispensado ao idoso com DA.

Na ausência da opção de outra casa ou na indisponibilidade de cuidadores em período integral, a institucionalização deve ser vista como uma opção adequada.

A colocação de um parente (pai, mãe, avô ou avó) em uma instituição para idosos é ainda vista de forma pouco positiva em nossa sociedade. Essa postura é decorrente do histórico da maioria das instituições, em especial as relacionadas ao cuidado de doentes mentais. O panorama mudou muito e tende a melhorar com rapidez nos próximos anos.

Instituições bem equipadas e com uma equipe adequadamente preparada e treinada podem ser um instrumento de cuidado muito útil tanto para a pessoa idosa quanto para a preservação da unidade familiar.

Um filho preocupado em assistir seu parente doente da melhor forma possível, que não quer deixá-lo desprotegido a maior parte do dia,

mas não pode (por compromissos profissionais ou pessoais) estar a seu lado; que procurou informações sobre as instituições disponíveis e adequadas para receber pessoas com esse tipo de doença; que visitou previamente as instalações da instituição escolhida; que visita seu parente regularmente e liga com frequência para a instituição para saber notícias não pode ser considerado negligente, ingrato ou “mau filho” porque internou seu parente idoso com DA em uma instituição. Esse é um conceito que precisa ser modificado.

Enquanto isso, a decisão será sempre difícil, mas precisa ser encarada como realidade.

Na impossibilidade de o idoso com DA permanecer na própria casa ou na de um parente com cuidadores em período integral, a institucionalização deve ser vista como uma opção adequada.

Para transformar a casa em um ambiente seguro

Se a opção da família é manter a pessoa idosa com DA em sua casa ou na casa de algum parente, é necessário que algumas medidas de segurança sejam providenciadas para evitar acidentes.

Condições gerais de segurança

Com o avançar da doença, a pessoa idosa torna-se cada vez menos capaz de cuidar de si sozinha e em segurança. Alguns princípios de segurança gerais podem ser úteis.

1. **Prevenção de riscos** – É muito difícil antecipar o que uma pessoa com DA pode fazer. O fato de ainda não ter acontecido nada de grave não significa que não há motivo de preocupação, pois acidentes sempre podem ocorrer. É recomendável fazer uma revisão da casa buscando controlar ou minimizar situações de possível perigo.
2. **Adaptação do ambiente** – Será mais fácil modificar o ambiente do que mudar a maioria dos comportamentos da pessoa doente.

3. **Redução do perigo** – Reduzindo o perigo, pode-se aumentar a independência. Um ambiente seguro é menos restritivo, e a pessoa idosa poderá circular com mais segurança e liberdade.

A pessoa idosa com DA pode ficar sozinha em casa?

Essa não é uma pergunta tão simples. Ela requer avaliação prévia bem cuidadosa. Alguns questionamentos podem auxiliar nessa decisão:

- Está confusa ou tem comportamentos imprevisíveis?
- É capaz de reconhecer uma situação de perigo (por exemplo, um incêndio)?
- Sabe utilizar um telefone em caso de emergência?
- Sabe pedir ajuda?
- Costuma permanecer em casa?
- Anda sem rumo e fica desorientada com facilidade?
- Mostra sinais de agitação, depressão ou afastamento quando fica sozinha durante curtos períodos de tempo?
- Tenta realizar atividades que podem provocar ferimentos, como cozinhar, fazer pequenos consertos etc.?

Caso as respostas sejam positivas, possivelmente essa pessoa encontra-se em risco se ficar sozinha em casa sem supervisão.

Condições específicas de segurança da casa

- Coloque os telefones de emergência e o endereço de sua casa ao lado de todos os telefones existentes na casa.
- Coloque uma secretária eletrônica para atender o telefone quando não puder fazê-lo e programe-a para fazê-lo ao menor número de chamadas possível. A pessoa idosa com DA talvez não esteja capacitada a receber recados e pode ser vítima de trotes maldosos que ocasionam uma reação catastrófica (ver mais adiante). Guarde aparelhos celulares em locais seguros para que não se percam.

- Instale alarme de incêndio em todos os cômodos da casa.
- Evite a existência e o uso no interior da casa de produtos inflamáveis ou voláteis.
- Instale fechaduras de segurança em todas as portas e janelas que dão para o exterior.
- Guarde do lado de fora da casa, em local seguro, uma chave reserva, pois a pessoa idosa com DA pode trancar a porta e deixá-la para fora.
- Procure não deixar fios elétricos pelo caminho; coloque nas tomadas protetoras específicas (oclusores).
- Certifique-se de que todos os cômodos contam com iluminação adequada.
- Instale interruptores de luz no início e no final das escadas.
- As escadas devem ter, no mínimo, um corrimão que vá do primeiro ao último degrau.
- Guarde todos os medicamentos trancados em local seguro.
- Mantenha bebidas alcoólicas trancadas fora do alcance da pessoa idosa.
- Mantenha o ambiente organizado, pois a desordem pode levar à confusão.
- Retire móveis ou enfeites dos locais de circulação da pessoa idosa.



Se a opção da família é manter a pessoa idosa com DA em sua casa ou na casa de algum parente, é necessário que algumas medidas de segurança sejam providenciadas para evitar acidentes.

- Guarde sacolas plásticas em locais seguros e trancados (a pessoa pode asfixiar-se acidentalmente).
- Retire da casa armas de fogo.
- Elimine plantas venenosas do interior da casa.
- Se tiver aquários, mantenha-os fora do alcance do idoso.

Entrada da casa

- Mantenha escadas externas conservadas e cobertas em época de chuva (para evitar quedas).
- Identifique os degraus com tinta contrastante.
- Considere a possibilidade de substituir a escada de entrada por rampa com corrimão.
- Elimine superfícies ou corredores desnivelados.
- Retire mangueiras ou outros objetos nos quais a pessoa idosa pode tropeçar.
- Se a casa tiver piscina, cerque-a, feche a entrada com chave e mantenha-a coberta.
- Verifique a iluminação externa. O uso de sensores automáticos é recomendado.
- Coloque plantas e folhagens longe das portas e corredores.
- Considere a colocação de uma placa de aviso na porta de entrada com os dizeres: “Não atendemos vendedores de qualquer tipo”.
- Retire tapetes da entrada.

Cozinha

- Instale fechaduras de segurança nas portas dos armários e nas gavetas onde existirem materiais cortantes, perfurantes ou quebráveis.
- Guarde em local seguro fósforos, produtos de limpeza, facas, talheres, louça valiosa.
- Não utilize nem armazene líquidos inflamáveis na cozinha.
- Mantenha uma luz noturna acesa na cozinha.

- Guarde pequenos objetos em uma gaveta trancada (a pessoa idosa com DA pode confundi-los com alimentos).
- Retire frutas e verduras artificiais da cozinha, bem como enfeites de geladeira com aparência de produtos comestíveis.

Quartos

- Mantenha uma luz noturna acesa no quarto da pessoa idosa com DA.
- Mantenha um intercomunicador ligado (daqueles utilizados nos quartos de bebês) para alertar você de qualquer ruído que indique queda ou necessidade de ajuda.
- Retire ventiladores ou aquecedores portáteis.
- Encoste a cama na parede ou, em último caso, coloque o colchão no chão (para evitar quedas).

Banheiro

- Nunca deixe o idoso com DA sozinho no banho.
- Retire a fechadura interna do banheiro para evitar que o idoso se tranque em seu interior.
- Coloque tapetes antiderrapantes no interior do boxe e na frente do lavabo.
- Eleve o assento do vaso sanitário ou coloque barras de apoio a seu lado.
- Instale barras de apoio no chuveiro preferencialmente de cor(es) contrastante(s) com a(s) da parede.
- Coloque uma cadeira ou banco de plástico no interior do boxe para facilitar o banho e instale chuveirinho manual.
- Prefira chuveiros elétricos que utilizam uma só chave para mistura da água. Aquecedores com entradas separadas para água fria e quente podem ser motivo de acidentes.
- Coloque ralo com filtro na pia para evitar a perda de pequenos objetos.

Reduzindo o perigo, pode-se aumentar a independência. Um ambiente seguro é menos restritivo, e a pessoa idosa poderá circular com mais segurança e liberdade.

- Mantenha uma luz noturna acesa no banheiro durante a noite.
- Retire do banheiro todos os aparelhos elétricos pequenos.
- Coloque nas tomadas protetores específicos (oclusores).

Sala

- Retire fios soltos de todas as áreas de circulação.
- Retire tapetes soltos.
- Repare o assoalho se apresentar alguma parte solta.
- Identifique todas as estruturas de vidro com um decalque contrastante.
- Guarde em local seguro controles remotos, aparelhos de som, DVDs etc.

Garagem

- Mantenha a porta da garagem trancada.
- Mantenha produtos perigosos guardados na garagem em armários fechados com chave; tranque todos os carros e mantenha as chaves em local seguro.

Para compreender e lidar com distúrbios de comportamento

Embora se saiba que as pessoas com DA podem apresentar distúrbios de comportamento, nem todas o farão da mesma forma. A presença de tais problemas pode afetar a segurança da pessoa idosa.

Esses problemas podem acontecer desde o início, mas tendem a se acentuar com a progressão da doença. Como não consegue expressar seus sentimentos e emoções como os outros fazem, a pessoa com DA pode recorrer a comportamentos não usuais ou estranhos e, às vezes, perigosos.

Embora muito difícil e complexo, é importante tentar compreender o significado desses comportamentos e orientar a família sobre suas ocorrências. A maneira como o cuidador reage a esses comportamentos reflete na pessoa com DA. Se o cuidador está irritado, cansado e zangado (muitas vezes com razão), o doente, provavelmente, se sentirá da mesma forma. É importante que se compreenda que essas reações não são intencionais ou pessoais. O idoso não as tem “de propósito”.

Discorreremos sobre alguns comportamentos mais frequentes, o que não significa que todas as pessoas com DA os apresentarão.

Perambulação

“Ele(a) caminha sem parar, de um lado para outro do quarto.”

“Ele(a) fica, à noite, andando ao redor da mesa, por horas seguidas.”

Esse costuma ser um comportamento frequente; pode expressar inquietação, insegurança ou falta de atividade física.

O que fazer?

Embora possa ser muito irritante para o cuidador, esse comportamento, em si, não causa nenhum mal nem coloca a pessoa em perigo. Deixe-a andar. Se isso acontecer à noite e o idoso residir em um apartamento, providencie um calçado confortável com solado de borracha para não fazer barulho e incomodar os vizinhos do andar de baixo.

Reorganize o ambiente de modo a permitir que ele tenha espaço para andar sem ficar se chocando com móveis ou outros obstáculos.

Se o comportamento for constante, procure organizar caminhadas externas, de preferência à tarde, em lugares pouco agitados.

Como não consegue expressar suas emoções como os outros, a pessoa com DA pode recorrer a comportamentos estranhos. O cuidador deve compreender que essas reações não são intencionais.

Perguntas repetitivas

Esse é outro comportamento frequente e igualmente perturbador. Ele faz sempre as mesmas perguntas até quando o cuidador acabou de responder a elas. Ele também pode repetir as mesmas frases e gestos constantemente.

É preciso entender que o problema de base dessa pessoa é a memória. Ela repete as perguntas porque não memorizou as respostas. Cada vez que pergunta, para ela, é como se fosse a primeira.

Esse comportamento também pode expressar insegurança e ser a tradução de um pedido de ajuda. É um modo de chamar a atenção e de reafirmar sua presença no mundo.

Ações ou frases repetitivas podem expressar aquilo que ela ainda consegue fazer e que, de alguma forma, a interessa ou a preocupa.



Assim, uma mãe com DA pode falar ao telefone com o filho todos os dias, em diferentes momentos e sempre perguntar se ele se alimentou (não importa a hora), se dormiu, se está bem.

O que fazer?

Não adianta se irritar ou tentar argumentar; apenas responda e entenda que é o máximo de elaboração a que a pessoa está conseguindo chegar. Dizer, por exemplo, “Já respondi mais de vinte vezes” só vai aumentar a insegurança do doente.

É um comportamento de fato cansativo, monótono e enervante, mas não gera perigo algum. Deixe-o perguntar.

Procure responder à pergunta de maneira clara e precisa, lenta e articulada, e peça a ele que repita o que você disse.

Se a pergunta repetitiva estiver relacionada à hora (“Que horas são?”), procure relacionar a resposta com alguma atividade (“É hora do almoço”, “do jantar”, “de tomar banho” etc.). A atividade ainda pode servir como uma referência de tempo, enquanto o valor da hora provavelmente tenha perdido seu significado concreto.

O doente segue você por toda parte

Você pode representar a única referência de segurança que ele ainda tem; o resto do mundo pode parecer hostil e ameaçador.

Pode também ser um comportamento mimético, ou seja, o doente reproduz os gestos, atitudes, idas e vindas do cuidador. Isso ocorre pela evolução da doença, quando o doente perde a autonomia em relação ao ambiente e passa a imitar o comportamento das pessoas ao redor. Indica dependência social.

Esse comportamento pode ainda representar a angústia que a pessoa sente em ficar sozinha.

O que fazer?

Procure entreter o doente com algum tipo de atividade que ele gosta de fazer e que o distrai. Momentaneamente ele vai esquecê-lo, mas permanecerá tranquilo porque sabe que você está por perto.

Tente descobrir outras pessoas com quem ele se sente tranquilo e estude a possibilidade de elas virem, rotineiramente, visitá-lo. Isso o auxiliará a manter outros vínculos e não se sentir inseguro na ausência de seu cuidador. Acostume-o também a ficar sozinho em alguns momentos.

Apatia ou tristeza

O doente poderá mostrar-se apático ou triste em diferentes momentos, em especial quando se tornar cada vez mais dependente. Esse comportamento pode representar um mecanismo de defesa contra o fracasso. Talvez a pessoa doente comece a demonstrar menor reação às circunstâncias emocionais, não queira fazer nada, não deseje mais sair, nada lhe agrada. Passa a reagir menos aos eventos felizes ou infelizes (arrefecimento afetivo). Esse tipo de arrefecimento tende a aumentar com o avançar da doença, comprometendo as atividades do dia a dia; chega a afetar também as relações sociais e familiares do doente, aumentando seu isolamento.

O que fazer?

Avalie a capacidade remanescente do doente e proponha atividades programadas que ele consiga desempenhar. Essas atividades podem fazê-lo sentir-se útil e integrado. Busque as atividades que lhe dão prazer e faça-as com ele. Mas avalie bem, pois, se ele não conseguir desempenhar a atividade, esse fato poderá induzi-lo a perceber seu fracasso, aumentando ainda mais a angústia. Evite que ele faça o que não se sente capaz de fazer. Não o coloque em situ-

As dificuldades apresentadas pelo doente no dia a dia modificam sua autopercepção e causam angústia.

ações de hiperestimulação; dê-lhe tempo para entender o que lhe foi solicitado e para que tente responder. Valorize seus sucessos, mesmo que mínimos.

Inquietação, nervosismo

As dificuldades apresentadas pelo doente no dia a dia modificam sua autopercepção e causam angústia. A desorientação (no tempo e no espaço) gera insegurança e ansiedade.

No início da doença, ele tem dificuldade de entender o que está acontecendo e entra em pânico por seus lapsos de memória e por perder a confiança em si mesmo. Com o avançar da doença, ele poderá se sentir em geral diante de um fracasso, pois já não sabe avaliar o que é ou não capaz de fazer e tem medo de que as pessoas o julguem incapaz.

O que fazer?

Não tente argumentar ou explicar. Procure transmitir ao doente calma e tranquilidade (atenção ao tom de voz e postura corporal). Se ele perceber que você está irritado com a situação, ficará ainda mais nervoso. As palavras são importantes, mas podem não ser suficientes; toque-o gentilmente, mostrando seu afeto. Fique a seu lado e procure fazer com ele as tarefas que o angustiam.

Procure melhorar a autoestima do doente. Elogie quando estiver arrumado e limpo e resalte seus feitos manuais ou artesanais e as tarefas concluídas. Essa postura mostra reconhecimento e atenção e transmite confiança.

Alucinações e ideias delirantes

A pessoa idosa com DA pode referir que vê, ouve ou sente coisas, pessoas ou animais que não existem (alucinações) na realidade, ou

ainda expressar temor ou pensamentos que não condizem com a realidade (ideias delirantes).

Em geral as alucinações são visuais, simples ou muito elaboradas. Podem também ser auditivas (ouvir a mãe chamando, alguém falando etc.). Na maioria das vezes são fenômenos transitórios. Em alguns casos são favorecidas por comprometimentos sensoriais (redução da visão ou da audição).

As consequências das alucinações dependem de sua natureza e de como são vivenciadas tanto pelo doente quanto por quem o cerca.

Alucinações acompanhadas de agitação podem estar associadas a um evento clínico, e o médico deve ser comunicado.

As ideias delirantes representam uma interpretação equivocada de uma situação vivida. As mais comuns referem-se a roubo, ciúme ou ao fato de a pessoa estar convencida de que querem se livrar dela. Caracterizam-se por uma convicção absoluta e inabalável de algo que o doente pensa ser verdadeiro. Resistem a qualquer prova em contrário ou às evidências da realidade. São geralmente transitórias e limitadas a determinado campo e normalmente não evoluem para um delírio que tome conta da vida do doente. Não se conhece sua causa,

Diante de alucinações e ideias delirantes, não entre em pânico nem tente argumentar que aquilo não é real. Prenda a atenção dele com uma atividade prazerosa.

mas sabe-se que estão associadas às lesões cerebrais ocasionadas pela doença e, também, à dificuldade do doente de interpretar a realidade em decorrência de sua desorganização mental.

Ideias de roubo ou ciúme podem afetar as relações afetivas, diminuir sua motivação e a de outras pessoas, o que afetará a qualidade dos cuidados prestados.

O que fazer?

Não entre em pânico e não tente argumentar dizendo que aquilo que ele afirma ver, sentir ou ouvir não é real. Para

ele é muito real, e ele tem plena convicção disso, resistindo a qualquer tentativa de lhe mostrarem o contrário. Se for possível, remova-o do ambiente ou comece outro assunto muito diferente por exemplo, o que fizeram durante o dia. Procure prender sua atenção com uma atividade prazerosa.

No caso de ideias delirantes, se você for o alvo de acusações, não as leve como ofensa pessoal. Não se zangue, pois, por mais que pareça, não se trata de nada pessoal. Se o alvo for outra pessoa, procure certificar-se da veracidade da situação (talvez não seja verdade, mas também pode ser). Deixe-o falar, procure não tomar partido, evite argumentar, alimentar ou contradizer suas colocações; tranquilize-o e desvie sua atenção para uma atividade de substituição.

Esconder objetos

O doente pega uma coisa de que pensa precisar, coloca-a em um lugar que lhe pareceu adequado naquele momento e, em seguida, esquece que a pegou e onde a colocou. Por essa razão, ele não vai entender sua irritação.

É comum que o doente coloque objetos em locais inusitados e não se lembre do local onde estão ou negue tê-los pego. Isso ocorre em geral porque ele esqueceu o que devia fazer com esses objetos ou se distraiu quando os pegou. Ou, ainda, ele nega ter visto ou pego os objetos para não ter de reconhecer seus *deficits*.

Há situações em que ele vai referir que foi roubado e pode acusar você ou outra pessoa que trabalha na casa, gerando situações tensas.

O que fazer?

Não o repreenda, ele não fez por mal. Possivelmente quis realmente guardar o objeto, mas não vai lembrar nem que o pegou nem onde o colocou. A noção de significado das coisas pode estar perdida ou

alterada. Assim, procure os objetos perdidos em todos os possíveis esconderijos (qualquer lugar onde ele possa caber). Considere olhar dentro dos bolsos das roupas no armário; dentro de sapatos e bolsas guardados; embaixo do tapete, do colchão ou de outros objetos maiores; dentro do lixo, da geladeira, atrás de almofadas etc.

Para evitar essas situações, procure ser organizado e não deixe objetos de valor (chaves, talão de cheques, contas) ao alcance do idoso. Procure diminuir o número de “esconderijos” possíveis. Retire as chaves das gavetas, deixando-as trancadas. Nunca despreze o lixo sem olhar seu interior.

Tenha sempre cópias das chaves mais importantes e coloque-as em lugares distintos.

Ficar repetindo que quer ir para casa, mas está nela

Em consequência da doença, ele está desorientado e pode ter dificuldade em reconhecer o ambiente como familiar, principalmente se foi modificado.



O que fazer?

Não tente argumentar e explicar que ele está na casa dele. Tire-o do ambiente, dê uma volta e retorne. Isso pode bastar para que ele se acalme. Se estiver muito agitado, coloque-o no carro e dê uma volta mais longa.

Não reconhecer mais a si mesmo no espelho ou aos membros da família

É triste, mas é próprio da doença, e seus mecanismos ainda não estão totalmente esclarecidos. Não significa que houve uma falha no cuidado, apenas evolução

da doença. Às vezes ocorre de ele reconhecer a foto da esposa no álbum de casamento, mas não a mulher a seu lado como sendo ela.

Ele pode olhar no espelho e conversar com sua imagem como se fosse um estranho, e até achar que as pessoas que vê na televisão são personagens reais e iniciar uma conversa com elas.

O que fazer?

É necessário explicar aos familiares, que sofrem muito com essas situações, por mais que entendam que são causadas pela doença. Oriente-os a não tentarem argumentar, não guardarem rancor, não se torturarem e, acima de tudo, não o repreenderem.

Lembre-os da inutilidade em ficarem repetindo para ele o nome e o papel das pessoas, pois ele não será capaz de fixar.

Às vezes essas situações são transitórias. Oriente-os a sair brevemente do ambiente e retornar depois, pois isso pode bastar para minimizar a situação.

Trocar o dia pela noite

Isso pode acontecer por várias razões. Com o envelhecimento, a pessoa tende a dormir menos horas. Se apresentar períodos de sonolência durante o dia e o cuidador permitir que ela durma por longos períodos, isso vai interferir no sono noturno (pequenos cochilos não são ruins). Talvez ela não tenha tido nenhum gasto energético durante o dia (falta de atividade física). Pode acordar à noite e se sentir desorientada e perdida, ficando com medo, inquieta e ansiosa.

O que fazer?

Mantenha uma programação rotineira de atividades durante o dia, pois, assim, à noite o doente estará fisicamente mais cansado. Assegure-se de que o quarto seja um ambiente calmo e acolhedor onde o idoso se

sinta confortável e em segurança. Tranque portas e janelas que dão acesso à rua ou ao exterior da casa ou apartamento. Instale uma lâmpada noturna para que, ao acordar, ele consiga perceber o ambiente onde está. Programe passeios mais longos, mas bem planejados e de preferência à tarde. Certifique-se de que ele esvaziou a bexiga antes de deitar.

Caso ele se levante e você não veja, ao perceber procure se aproximar dele com calma, de frente, olhando em seus olhos, falando delicadamente e lembrando a ele quem você é. Mostre-lhe que está escuro; não adianta dizer que “é noite”, pois isso talvez não tenha nenhum significado. Converse calmamente com ele e tente levá-lo de volta ao quarto. Caso ele insista em ficar acordado, proponha alguma atividade para entretê-lo.

Reações catastróficas

A pessoa com DA gradativamente vai perdendo a noção de tempo e de espaço. Assim, ela pode não saber onde está, se é dia ou noite, que horas são etc. Isso a deixa muito insegura e desorientada. Ela pode reagir desproporcionalmente às situações apresentadas gritando, chorando, batendo o pé ou até se tornando agressiva. A agressividade verbal é mais frequente que a física. A pessoa com DA age assim porque não consegue adequar sua reação à situação que vivencia. Vê ameaça e perigo onde não existem e apenas reage a essas sensações, que, para ela, são reais.

O que fazer?

Para o cuidador, são situações sempre difíceis de lidar, pois cansam, estressam e magoam. O cuidador sempre fica se perguntando o que fez para desencadear essa situação. Muitas vezes não fez nada ou fez algo interpretado de modo inadequado.

Quando ocorrer esse tipo de situação, procure manter a calma e tente controlar o doente. Não grite com ele nem o segure com força, pois

ele pode se sentir ameaçado e agredido, o que só vai piorar o quadro. Não se afaste, fale com ele em tom normal, devagar e com delicadeza; se estiver chorando, console-o. Não tente argumentar ou racionalizar, nem procure se justificar, pois isso só piorará a situação.

Se ele ficar agressivo, não tente segurá-lo, saia do seu alcance, mas deixe que ele continue visualizando você. Aguarde a ira passar e, depois, esqueça o ocorrido. Não tente conversar a respeito, isso não vai ajudar.

Por mais difícil e ilógico que pareça, em geral há uma razão para o desencadeamento dessas situações. Procure descobrir qual é para poder evitá-la.

Se isso acontecer em um ambiente público, não se estresse e não sinta vergonha. Procure afastar as pessoas e explique que o idoso é portador de DA. Hoje em dia essa doença já é bastante conhecida e alguém poderá ajudá-lo a conter a situação conversando com as pessoas que porventura se aglomerem ao seu redor.

Sair na rua e não saber voltar para casa

O doente pode fugir de casa, caracterizando uma fuga, ou se perder em um trajeto corriqueiro, caracterizando uma andança a esmo.

As fugas geralmente ocorrem após alguma contrariedade ou por algum distúrbio de reconhecimento (o doente não reconhece a casa, a esposa e foge para encontrá-las). O vagar a esmo está ligado à desorientação e à memória espacial. Ele sai, perde-se, não encontra o caminho de volta, perde as referências e começa a vagar. Isso pode ocorrer porque ele tenta chegar a um antigo endereço.

Essas fugas ou andanças podem ser potencialmente perigosas, pois a pessoa pode andar longas distâncias e não conseguir pedir ajuda. Pode

Por mais difícil e ilógico que pareça, em geral há uma razão para o desencadeamento de reações catastróficas. Procure descobrir qual é para poder evitá-la.

cair, ficar exposta a frio ou calor intenso, à chuva, ser agredida. Sua expressão (ar incerto ou perdido) ou atitude talvez levem as pessoas a pensarem, erroneamente, que se trata de um alcoolista ou drogado e se afastarem dela, recusando ajuda.

Em cidades pequenas essas situações são menos problemáticas, pois em geral as pessoas se conhecem e podem ajudar. Numa cidade como São Paulo a pessoa pode, simplesmente, desaparecer.

O que fazer?

Não entre em pânico, analise calmamente a situação. Dê uma volta rápida no quarteirão. Se a busca começar rapidamente, o doente poderá ser encontrado em um raio de 1,5 km de sua residência. Vá aos lugares a que costuma ir quando sai com ele e pergunte às pessoas se o viram. Telefone para a polícia e saiba como descrevê-lo, lembrando-se de como estava vestido quando desapareceu. Avise os familiares.

Como essa situação pode ser bastante comum, o ideal é preveni-la. Avise vizinhos e comerciantes próximos sobre a doença do idoso e



que ele poderá se perder. Forneça seu telefone para que eles possam avisá-lo numa circunstância dessas.

Não deixe que o idoso use objetos de valor (joias) ou carregue os documentos originais. Providencie um identificador, que pode ser uma pulseira ou algo costurado na parte interna da roupa contendo nome, sobrenome, endereço e telefone de contato. Procure ter sempre uma foto dele atualizada para auxiliá-lo (ou à polícia) na busca.

Mantenha as portas de acesso à rua trancadas e as chaves em locais de difícil acesso. Colocar uma cortina ou uma tapeçaria cobrindo a porta também auxilia. Não se desespere e não se sinta necessariamente culpado. Procure prevenir essas situações e mantenha a família sempre orientada quanto à possibilidade de ocorrerem. Saiba sempre para quem ligar se isso acontecer. Tenha sempre à mão telefones úteis (polícia, bombeiros, prontos-socorros, hospitais e serviços de urgência próximos, médico do idoso e parente que costuma ajudar).

Quando ele for localizado, procure entender por que ele agiu daquela maneira. Esse cuidado o auxiliará no estabelecimento de um planejamento preventivo para novas ocorrências semelhantes.

Síndrome do "sundown" (pôr do sol)

Os distúrbios de comportamento podem acontecer com mais frequência em determinados horários do dia. É o caso do final da tarde, conhecido como *sundown* (pôr do sol, em inglês). Nesse horário, o doente fica mais agitado, confuso e desorientado. Começa a seguir o cuidador pela casa toda, fica andando de um lado a outro e pode ver ou ouvir coisas que não existem.

Isso ocorre porque o doente perdeu a noção de dia e noite, confunde os dois períodos e não tem a noção das respectivas atividades. O aumento da escuridão pode provocar a sensação de medo e agravar sua insegurança.

O que fazer?

Pesquise uma causa física ou medicamentosa, converse com o médico. Tranquelize-o procurando ficar ao lado dele nesse momento e repita com calma que ele não tem nada a temer. Inicie uma atividade de substituição de que ele goste. Programe o dia para ter um fim de tarde calmo, evitando tudo o que possa causar estimulação excessiva (menos barulho, menor número de pessoas circulando, menos agitação).

A pessoa idosa com DA tem comportamentos sexuais inadequados

Esse tipo de comportamento pode estar relacionado a modificações da vida afetiva, à perda de julgamento crítico (desinibição ou conveniências sociais). Em geral o doente apresenta uma diminuição da libido e da atividade sexual, mas, às vezes, ocorre o contrário. Isso pode ser expresso de diferentes maneiras: masturbar-se na frente de terceiros, usar palavras ou gestos obscenos, assediar sexualmente seu cuidador, fazer propostas sexuais a uma pessoa desconhecida, apalpar pessoas desconhecidas ou com quem não tem nenhuma intimidade.

As manifestações inadequadas podem ser resultado da manutenção das necessidades sexuais. Mas, com a doença, ele está desorientado e pode ter perdido a conveniência social, manifestando seus desejos de forma intempestiva (quando, como e onde não deve). A manifestação mais frequente costuma ser “falta de pudor” (aparecer nu na frente de visitas, crianças ou estranhos).

É necessário entender esses comportamentos e explicar para a família que eles se devem à ausência de crítica, não são intencionais.

O que fazer?

São situações extremamente delicadas para todos os envolvidos. Lembre-se de que o doente não está com más intenções, apenas responde a estímulos que não controla mais.

Fale aos familiares sobre possíveis alterações de seu comportamento sexual para evitar surpresas desagradáveis. Caso ele tire a roupa em público, explique que não é exibicionismo, ele apenas esqueceu a importância e o significado social do fato de estar vestido. Não o repreenda, leve-o gentilmente de volta a seu quarto para vesti-lo. Explique às pessoas que ele(a) está doente e por essa razão não sabe que tais atitudes são inadequadas. Ele não teve a intenção de chocar ninguém.

Medidas de segurança para uma pessoa com doença de Alzheimer considerando a presença de distúrbios de comportamento

1. Perambulação

- Mantenha o ambiente organizado retirando objetos dos corredores de circulação para permitir que ela se mova com liberdade.
- Assegure-se de que o piso não é escorregadio; evite o uso de ceras.
- Retire tapetes pequenos do caminho e instale rampas nos locais onde existem desníveis.
- Certifique-se de que o idoso está calçado com sapato de solado de borracha.
- Tranque portas e janelas e mantenha uma chave com você e outra guardada em lugar seguro.
- Instale mecanismos de segurança nas janelas limitando sua abertura e impedindo a passagem de uma pessoa.
- Coloque alarmes de segurança nas portas e janelas.
- Coloque sinais de “pare”, “não entre”, “fechado” em pontos estratégicos das portas. Reduza os sinais que indiquem saídas (sapatos, chaves, malas, casacos, guarda-chuvas).

Coloque uma pulseira de identificação na pessoa idosa ou fixe na parte interna de sua roupa um identificador com nome, endereço e telefone de contato.

- Coloque uma pulseira de identificação na pessoa idosa ou fixe na parte interna de sua roupa um identificador com nome, endereço e telefone de contato.
- Informe vizinhos sobre a possibilidade de a pessoa sair e peça a eles que o comuniquem de imediato se isso ocorrer.
- Nunca deixe o doente sozinho.

2. Esconder objetos

- Medicamentos e produtos perigosos devem ser colocados fora do alcance da pessoa idosa e trancados.
- Elimine alimentos estragados ou vencidos, pois o doente pode não saber diferenciar um alimento bom de um inadequado.
- Não deixe coisas de valor ou documentos visíveis.
- Reserve um local para que a pessoa possa colocar as coisas livremente.
- Tranque a porta de cômodos que não são usados, o mesmo fazendo em armários e gavetas.
- Periodicamente faça uma busca na casa mesmo que não esteja sentindo falta de nada (você pode não ter percebido o sumiço ainda).

3. Alucinações e ideias delirantes

- Oriente a família a pintar as paredes da casa com cores claras para que possam refletir a luz. Prefira cores sólidas, sem brilho (paredes decoradas podem confundir a pessoa idosa).
- Mantenha o ambiente com iluminação adequada; pouca iluminação pode produzir sombras e desorientar ainda mais a pessoa idosa.
- Retire ou cubra espelhos se eles estiverem contribuindo para esses episódios.
- Preste atenção se as alucinações ocorrem em locais específicos; se é o caso, avalie o local para identificar possíveis causas.

- Evite mudanças no ambiente; também evite ficar mudando o ambiente em que o idoso permanece a maior parte do tempo todos os dias, pois isso pode aumentar sua desorientação.
- Evite que o doente assista programas violentos ou perturbadores na televisão, pois ele pode achar que a história é real e amedrontar-se.
- Não confronte a pessoa idosa nem negue o que ela diz. Procure tranquilizá-la e certifique-se de que haja uma saída do ambiente que não passe pelo local que está causando desconforto.

Evite que o doente assista a programas violentos ou perturbadores na televisão, pois ele pode achar que a história é real e amedrontar-se.

Como auxiliar a pessoa idosa com DA a administrar as atividades básicas do dia a dia

Todos os dias realizamos várias atividades que fazem parte de uma “rotina” pessoal criada ao longo de muitos anos. Comemos nos mesmos horários, fazemos nossa higiene pessoal na mesma sequência (escovar os dentes, barbear-se, lavar o rosto, banhar-se) etc. Depois que crescemos, costumamos desempenhar essas atividades sem a ajuda de ninguém, porque somos autônomos e independentes.

Do que necessitamos para desenvolver, de modo adequado e a contento, tais atividades?

Precisamos tê-las aprendido, ou seja, não nascemos sabendo andar, comer, levantar e deitar, nos vestir, ser continentais etc. No início, executávamos todas essas atividades com alguma dificuldade, mas, à medida que nos desenvolvemos, elas foram se tornando mais fáceis. Em determinado momento, elas se tornaram tão fáceis que entraram em uma rotina, ou seja, passamos a desempenhá-las automaticamente, quase sem pensar sobre elas.

Isso as torna atividades fáceis de serem executadas?

Na verdade não, elas são bem complexas e necessitam ser desenvolvidas sequencialmente, passo a passo.

Vamos utilizar, como exemplo, escovar os dentes.

- Inicialmente ter disponíveis os materiais necessários para executar a ação: escova de dentes, pasta de dentes, água e toalha.
- Preparar a ação: abrir o tubo da pasta, espalhar a pasta na escova, tampar o tubo.
- Escovar os dentes em movimentos alternados (de cima para baixo e de baixo para cima).
- Abrir a torneira, pegar a água com um copo ou com as mãos e levá-la à boca; encher a boca, bochechar e em seguida cuspir a água na pia; fechar a torneira.
- Enxugar-se com a toalha.
- Guardar todo o material em local adequado.

Observe que uma ação que executamos uma ou mais vezes ao dia, tão rotineiramente, requer, na realidade, várias sequências em uma ordem bem definida. Enquanto não desenvolvermos problemas físicos ou cognitivos (relacionados a nossa estrutura de pensamento), seremos independentes para desenvolvê-la e autônomos para decidir como e quando fazê-la.

A pessoa com DA costuma ter dificuldades em se “lembrar” da sequência das atividades rotineiras, como escovar os dentes, perdendo o interesse em desenvolvê-las.

O que ocorre com uma pessoa com doença de Alzheimer?

Depende do estágio da doença. No início, ela ainda poderá executar sozinha. Gradativamente ela vai desenvolvendo dificuldades em se “lembrar” da sequência da atividade e, conseqüentemente, perdendo o interesse em desenvolvê-la.

Ouvimos dos familiares que seus parentes doentes, aos poucos, pararam de se preocupar com a aparência, de estar socialmente apresentáveis, mesmo que, anteriormente, tenham sido pessoas muito vaidosas. É menos estressante eles deixarem de se lavar do que precisarem

preocupar-se com a sequência do banho. Eles perdem a noção de tempo; dias ou semanas não fazem diferença; as horas perdem seu significado concreto.

O cuidador é fundamental para essas pessoas, para que sua autoestima e dignidade sejam preservadas a partir do desempenho de um cuidado complementar adequado. Discorreremos um pouco sobre cada uma dessas atividades.

Higiene corporal

O banho é um momento em que o cuidador tem toda a sua atenção voltada para a pessoa doente. Deve ser desenvolvido de forma prazerosa, transmitindo segurança e afetividade.

Tomar banho, no entanto, pode ser, para o idoso com DA, uma atividade muito difícil. Envolve ir ao banheiro, tirar a roupa, abrir a torneira, controlar a temperatura, lavar-se, enxaguar-se, secar-se e vestir-se. Como é uma atividade complexa e o idoso vai tendo dificuldades progressivas em executá-la, pode passar a se recusar a fazê-la. Aprendemos que o banho é uma atividade íntima que desenvolvemos sozinhos. O idoso pode sentir-se constrangido em ter outras pessoas presentes nesse momento, e isso pode torná-lo mais resistente. A recusa também pode estar associada à diferença de sexo entre idoso e cuidador; ou, então, a sua imagem projetada no espelho que ele vê ao entrar no banheiro e acredita que outra pessoa o está observando; nesses casos, às vezes ele cobre o espelho. O idoso também pode ter dificuldade em lembrar para que serve o banho ou associar a ele sensações desagradáveis (insegurança, frio, mal-estar etc.).

Para o cuidador, pode ser uma das tarefas mais cansativas pelas dificuldades do doente de compreender



e colaborar. No entanto, a necessidade de higiene da pessoa com DA é igual à das pessoas que não têm a doença. O que difere é a maneira de desempenhar a atividade e a participação do doente e do cuidador em sua execução.

Algumas regras básicas auxiliam no alcance desse objetivo.

1. **Siga a rotina da pessoa doente** – É preciso conhecer seus hábitos, a maneira como desenvolveu as atividades de rotina durante toda a vida (horários, preferências, sequência etc.). A rotina é pessoal; é da pessoa de quem cuidamos, não nossa. Isso significa desenvolver cada uma das atividades:
 - no mesmo local;
 - no mesmo horário diariamente (escolha a hora do dia em que o idoso e a casa estão mais calmos);
 - seguindo a mesma ordem;
 - na frequência com que costumava fazer (se estava acostumado a tomar banho uma vez ao dia, mantenha; mas, se fez isso a vida inteira uma vez por semana, não se oponha).
2. **Prepare todo o material necessário antes de iniciar a atividade** – O doente pode se sentir inseguro ou abandonado se o cuidador o deixar semidespido ou despido, sozinho, no banheiro enquanto sai para buscar alguma coisa que esqueceu de pegar antes de iniciar o banho.
 - Prepare o banheiro antes do banho, e antes de despi-lo, com tudo o que vai precisar para executar a atividade.
 - Reduza, ao mínimo, o número de itens a serem utilizados, para não confundir o doente (por exemplo: se não vai lavar a cabeça, não precisa levar o xampu).
 - Após utilizar o material (sabonete, luvas de banho etc.), recoloque-o exatamente nos mesmos lugares e cuide para que, no dia seguinte, estejam nesses mesmos lugares.

3. **Desenvolva a atividade calmamente, sem pressa e sem tropeços** – O doente necessitará de mais tempo que o habitualmente utilizado por um idoso (que já é maior do que o utilizado por um adulto jovem) para desempenhar a atividade; dê-lhe esse tempo, não o apresse. Se o cuidador não fizer isso, o idoso se sentirá inseguro, perdido, o que pode desencadear uma reação catastrófica (gritar, chorar, bater). Se o cuidador está com pressa, é melhor adiar o banho para outro momento.
4. **Converse com o idoso enquanto o ajuda a desenvolver a atividade** – É um bom momento para estimular verbalmente o idoso. Faça-lhe perguntas e aguarde as respostas; não o repreenda caso ele erre a resposta. Desconverse gentilmente para que ele não se sinta frustrado.

Aproveite para resgatar o esquema corporal que ele possa ter-se esquecido ou demonstre muita dificuldade para lembrar (“Agora vamos lavar sua mão direita”, “Feche os olhos para lavarmos seu rosto”).
5. **Procure adequar sua ajuda às necessidades apresentadas pelo idoso** – Mesmo doentes, as pessoas necessitam manter algum controle sobre a própria vida para que não percam completamente a autoestima. O fato de ele necessitar de ajuda para o banho não significa que o cuidador precise lavá-lo sem contar com a participação dele; embora isso represente ganho de tempo, também significa aumento de dependência. O cuidador deve ajudar a fortalecer a independência do idoso, permitindo, na medida do possível, que ele execute o que ainda consegue. Solicite aos familiares que o banheiro seja adaptado à capacidade funcional do idoso. Certifique-se de que a porta do banheiro possa ser aberta por fora removendo trincos

As dificuldades do doente para banhar-se são progressivas. A função do cuidador, no começo, é de supervisão, passando para a de complementação e, depois, para a de realização.

internos. Organize a atividade na sequência mais simples possível de executar e adote essa sequência como rotina diária.

Com o avanço da doença, as dificuldades da pessoa idosa são progressivas. No início apresentará dificuldades em executar todas as etapas em ordem e evoluirá para dependência total, gradativamente. A função do cuidador, no começo, é de supervisão (lembrar o idoso do que deve ser feito em seguida quando esqueceu a sequência), passando para a de complementação (auxiliá-lo nas partes que já não consegue executar) e, depois, para a de realização (quando não consegue mais ajudar).

O banho envolve três fases distintas: preparação, execução e finalização.

1. **Fase de preparação** – Faça isto antes de levar o idoso ao banheiro:

- Prepare o material, colocando-o em ordem sequencial de uso, bem visível e sempre no mesmo lugar.
- Prepare a roupa que ele vai vestir após o banho, colocando-a, também, na sequência que ele vai vestir.
- Aqueça o banheiro antecipadamente, ligando o chuveiro e fechando portas e janelas; cuidado para que o banheiro não fique muito enfumaçado, pois isso poderá assustar o idoso.
- Teste a temperatura da água antes de o idoso entrar no boxe.
- Previna quedas colocando um tapete de borracha antiderrapante no interior do boxe.

2. **Fase de execução** – É importante executar o banho nesta mesma sequência todos os dias:

- Avise ao idoso o que vai ser feito, mesmo achando que ele não compreende; use sempre um tom gentil e carinhoso, mas não infantilizante.
- Pergunte se ele quer urinar ou evacuar antes do banho ou leve-o ao banheiro e ajude-o a sentar-se no vaso sanitário (ele pode sentir a necessidade, mas não conseguir expressá-la em palavras).

- Ajude-o a tirar a roupa estimulando-o verbalmente e mostre o que está falando (“vamos tirar a blusa!” – Aponte para a blusa...).
- Utilize frases curtas e diretas (“passe o sabonete na barriga”).
- Ajude-o fisicamente (quando ele não conseguir entender ou for fisicamente limitado);
- Se o idoso ficar muito resistente em tirar toda a roupa, não insista, deixe-o entrar no chuveiro com ela; quando estiver molhada, será mais fácil conseguir a anuência dele.
- Ajude-o a entrar no boxe e peça que ele se sente (coloque uma cadeira de plástico para esse fim); caso ele se recuse a sentar-se, solicite à família que instale barras de apoio e oriente o idoso a segurar nelas, mostrando a ele o que você está falando.
- Peça a ele que se ensaboe e o ajude nas partes que ele não alcança.
- Dê uma esponja para que ele a segure enquanto o auxilia a lavar as partes que se esqueceu ou não consegue mais alcançar.
- Enxágue-o, mas avise antes o que vai fazer para que ele não entenda isso como agressão.
- Não utilize chuveiro direto se ele demonstrar medo do jato de água; use o chuveirinho e inicie pelas partes mais distantes (como os pés), reforçando positivamente o uso da água e solicitando a colaboração dele.
- Feche a torneira e o ajude a sair do boxe.
- Dê-lhe a toalha ou envolva-o nela caso ele não consiga seguir sua orientação.
- Oriente-o a se secar e ajude-o a fazê-lo nas partes que ele não consegue.

O banho envolve três fases: a preparação, feita antes de levar o idoso ao banheiro, a execução, que deve ter a mesma sequência todos os dias e a finalização, iniciada no banheiro e finalizada no quarto.

3. **Fase de finalização** – Deve ser iniciada no banheiro e finalizada no quarto:

- Ajude-o a se vestir, orientando ou fornecendo uma peça de cada vez.
- Leve-o para o quarto para acabar de se arrumar.
- Quando estiver pronto, leve-o até o espelho (se ele ainda se reconhecer) e elogie-o; isso melhora sua autoestima.

Banhos de urgência

Diz respeito ao banho necessário quando, por exemplo, o idoso é incontinente (não consegue reter urina ou fezes), sujando a si e, às vezes, o ambiente. Proceda como no banho diário; ele provavelmente não lembrará que já o tomou.

Se isso ocorrer na frente de outras pessoas, pode haver certo constrangimento geral. Não entre em pânico, controle o ambiente e a situação, aja com calma, falando gentilmente com o idoso, e leve-o ao banheiro com tranquilidade. Se o ambiente ficou sujo e as pessoas começarem a se incomodar, não se abale. Lembre-se de que seu compromisso é com o idoso; atenda-o antes.

Cuidados com as unhas e os cabelos

As unhas devem ser cortadas semanalmente. Unhas longas podem machucar caso o idoso tenha por hábito ficar se coçando, pois ele pode utilizar uma força indevida por alteração de percepção.

Cabelos longos podem ser difíceis de conservar alinhados, dando ao idoso uma aparência de desleixo. Podem também cair sobre a face e atrapalhar a visão. Mantê-los adequadamente higienizados é mais trabalhoso. Respeite, no entanto, a personalidade da pessoa idosa. Se for uma mulher que sempre cultivou cabelos mais alongados, procure respeitar isso e estimular sua vaidade ao penteá-los. Mantenha os cabelos presos e elogie o visual da pessoa após auxiliá-la.

O corte de cabelos ou mesmo das unhas pode significar uma agressão para a pessoa idosa que não consegue mais compreender o que é feito, e ela pode criar a fantasia de que o cuidador a maltrata. Procure desenvolver essa atividade quando a pessoa estiver mais tranquila; se estiver agitada, transfira a atividade para outro momento.

Lavar e escovar os cabelos podem ser momentos prazerosos. Procure cultivá-los executando a atividade delicada e gentilmente e converse com a pessoa idosa enquanto a executa. Ao lavar os cabelos é preciso cuidado com a entrada de água ou xampu nos olhos; por arder, a pessoa idosa sentirá desconforto e poderá se agitar. Se ela aceitar, o auxílio de um cabeleireiro pode ser muito útil nesses momentos. Muitos vão à casa dos clientes para desempenhar a função.

Barba e maquiagem

A maioria dos homens barbeia-se diariamente, em especial os idosos.

É importante conhecer o hábito cultivado pelo idoso durante a vida (presença de bigode, cavanhaque etc.) e respeitá-lo, para auxiliar a preservação por mais tempo de sua autoimagem. O uso de barbeador elétrico é mais seguro, mas o cuidador deve ser o responsável por colocá-lo e retirá-lo da tomada. Por ser uma atividade que envolve risco, deve sempre ser feita calmamente, sem pressa, nos momentos em que o idoso está mais calmo e colaborativo. Se ele tiver medo do barulho do barbeador elétrico, pode-se usar o barbeador mecânico. Nesses casos, explique bem o que será feito; ensaboe cuidadosamente a pele ou aplique um creme de barbear, estique-a

O corte de cabelos ou mesmo das unhas pode significar uma agressão para a pessoa idosa. Procure desenvolver essa atividade quando ela estiver mais tranquila.



e passe o barbeador inicialmente no sentido do pelo e, depois, ao contrário. Converse calma e gentilmente com ele durante o procedimento e, ao final, mostre-lhe o resultado, elogiando-o.

Muitas mulheres têm por hábito o uso de maquiagem. É importante que o cuidador conheça seus hábitos (procure ver fotos anteriores da pessoa) e os mantenha (estilo, cores, marcas). Não inove. Maquie como ela sempre fez, mostre o resultado ao final e elogie.

É importante lembrar que o idoso com DA pode apresentar dificuldades de raciocinar de forma lógica, o que não significa que ele perdeu a sensibilidade como ser humano.

Higiene oral

Como em qualquer outra pessoa, a higiene oral deve ser realizada pela manhã, após as refeições e à noite. O cuidador deve procurar desenvolver a atividade de modo prazeroso, escolhendo pasta de dentes de sabor agradável (ao idoso) e observando sua aceitação.

Esse é um momento importante para examinar a língua, a face interna das bochechas e os dentes, verificando a presença de lesões ou sangramentos, pois o idoso pode ter dificuldades em expressar o que sente ou mesmo perceber a existência de lesões.

Caso ele faça uso de próteses, parciais ou totais (dentaduras ou pontes), elas devem ser retiradas delicadamente e higienizadas na mesma frequência com que é feita com os dentes naturais. Explique antes o que vai fazer e retire ou recolque a prótese muito delicadamente, para que ele não se sinta agredido.



Aproveite para verificar se as próteses estão bem adaptadas e não estão machucando a gengiva do idoso. Não é incomum que os idosos com DA percam peso e as próteses tornem-se mal ajustadas. Nessas situações não retire a prótese simplesmente, pois isso alterará, e muito, a imagem da pessoa idosa já muito prejudicada. Avise a família para que um profissional (odontólogo ou dentista) seja chamado. Hoje em dia muitos profissionais se especializaram no atendimento a idosos com DA e o fazem em domicílio com técnicas apropriadas.

Algumas pessoas idosas cultivam o hábito de retirar a prótese para dormir. Se o idoso de que você cuida sempre fez isso, preserve o hábito; acompanhe-o na execução ou faça-o você. Retire a prótese, higienize-a e guarde-a em local apropriado. Se você não estiver presente, ele poderá guardá-la em um local inadequado ou não lembrar onde a colocou, gerando situações muito estressantes.

Cuidados com os pés

Da mesma forma que qualquer outro idoso, principalmente os diabéticos e os que têm problemas circulatórios, os idosos com DA também necessitam de cuidados especiais com os pés. Eles podem ter as doenças anteriores mais a DA.

Imergir os pés em uma bacia com água morna e massageá-los é sempre muito prazeroso e pode ser feito em vários momentos do dia. É uma atividade que auxilia o idoso mais agitado a se acalmar. Pode ainda ser uma forma de iniciar o banho de uma pessoa que se recusa a tomá-lo. Esse procedimento sempre deverá ser feito antes de cortar as unhas dos pés, pois, por serem mais espessas, necessitam ficar imersas para amolecerem. Cheque a temperatura da água antes de colocar nela os

Imergir os pés em uma bacia com água morna e massageá-los é sempre muito prazeroso e pode ser feito em vários momentos do dia. É uma atividade que auxilia o idoso mais agitado a se acalmar.

Certifique-se de secar os pés muito bem, em especial as regiões interdigitais, e verifique a presença de lesões.

pés do idoso. Peça que ele coloque a mão na água para sentir a temperatura e veja se o agrada. Cuidador e idoso podem ter gostos diferentes. O cuidador deve providenciar que a água não esteja quente demais, para não provocar uma queimadura.

Certifique-se de secar os pés muito bem, em especial as regiões interdigitais (entre os dedos), e verifique a presença de lesões.

Uso do banheiro

Essa é uma atividade que aprendemos quando crianças, ou seja, aprendemos a procurar um banheiro para satisfazer nossas necessidades de micção e evacuação. Ela não constitui, no entanto, uma tarefa simples. Deve-se:

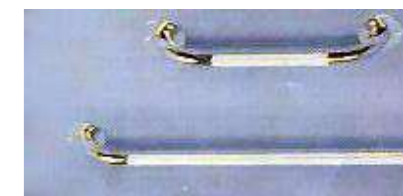
- reconhecer a necessidade;
- saber a localização do banheiro e como chegar a ele;
- chegar a tempo (sem perdas); isso é aprendido e depois automatizado, mas pode se perder com o avançar da doença;
- abrir a porta do banheiro, entrar nele, fechar a porta;
- dirigir-se ao vaso sanitário;
- despir-se (desabotoar a calça e baixá-la ou levantar a saia);
- utilizar o vaso de modo adequado à própria necessidade (sentado ou em pé);
- limpar-se (implica saber usar o papel ou a ducha higiênica);
- dar a descarga (localizar a válvula e saber utilizá-la);
- vestir-se antes de sair do banheiro;
- lavar as mãos (abrir a torneira, utilizar o sabonete, enxaguar as mãos, secá-las);
- abrir novamente a porta do banheiro e sair dele.

Observa-se que é uma atividade que envolve múltiplos passos sequenciais cuja compreensão pode estar comprometida em uma pessoa com DA.

O que pode ajudar?

- Identifique a porta do banheiro para ser mais facilmente localizado.
- Retire qualquer obstáculo do trajeto ao banheiro (cadeiras, móveis, tapetes) que podem tornar o percurso mais difícil e mais lento.
- Adapte o banheiro para facilitar seu uso e torná-lo um ambiente mais seguro (barras, piso, iluminação, retirada de obstáculos de acesso, principalmente degraus, organização interna, tapetes emborrachados e fixados ao piso).
- Retire a chave ou trinco interno do banheiro (o idoso poderá trancá-lo e depois não saber abri-lo).
- Instale lâmpadas noturnas no caminho de acesso ao banheiro e nele internamente.
- Eleve a altura do vaso sanitário ou coloque um assento adaptado (mais alto) com barras laterais.
- Deixe papel higiênico cortado ao alcance da mão do idoso (procurar o papel higiênico, acessá-lo, cortá-lo podem ser tarefas muito complexas para uma pessoa com DA).
- Identifique a descarga com um desenho.
- Lembre-o de lavar e secar as mãos dele e auxilie-o quando ele mostrar dificuldade (às vezes só o ato de abrir a torneira pode ajudá-lo a iniciar a ação).

Os idosos podem se mover mais lentamente ou com dificuldades por problemas osteoarticulares ou musculoesqueléticos (artrose, artrite, dor, deformação nos pés,



Unidade de banho adaptada.

alteração postural etc.), que fazem com que demorem ainda mais para chegar ao banheiro a tempo de satisfazerem suas necessidades sem perdas. Considere essas limitações e pergunte ao idoso periodicamente se ele não quer ir ao banheiro ou leve-o até ele de tempos em tempos (ele pode ter dificuldade de associar a necessidade à ação). Converse com a família sobre a possibilidade do uso de comadre, papagaio ou penico à noite no quarto. Idosos muito longevos costumavam utilizá-los, pois muitas vezes moraram em casas em que os banheiros eram localizados exteriormente. Isso pode postergar a colocação de fraldas, evitar acidentes e constrangimentos.

Avalie sua dificuldade em despir-se e vestir-se. Se for o caso, converse com a família sobre a possibilidade de adaptação das roupas para facilitar a atividade.

O que fazer quando sair de casa com a pessoa com DA?

A pessoa idosa com DA pode ter dificuldade inicial de aceitar a fralda. Não a apresente como tal; diga-lhe que é uma nova peça do vestuário, mais moderna e mais fácil de usar.

Procure levá-la ao banheiro antes de sair. Não pergunte apenas se está com vontade de ir ao banheiro. Lembre-se de que ela pode não fazer mais a associação necessidade/ação.

Verifique se as roupas que está utilizando são adequadas e fáceis de despir e vestir. Prepare uma valise com roupas adicionais para utilizá-las em caso de “acidente”; inclua toalha e lenços higiênicos.

Assim que chegar ao destino, localize o banheiro mais próximo e acompanhe-a até lá. Auxilie-a, pois será um ambiente estranho e ela poderá apresentar dificuldades. Faça isso a cada duas horas aproximadamente. Fique atento a sinais que demonstrem que ela tem vontade de ir ao banheiro (ficar inquieta ou tentar tirar a roupa); aja rápido, mas com calma.

Uso de fraldas

Quando a pessoa idosa não conseguir mais ser continente ou sua dificuldade em chegar ao banheiro a tempo for muito acentuada apesar de todas as adaptações, converse com a família sobre a possibilidade do uso de fraldas. Essa não deve ser, no entanto, a primeira medida do cuidador. Tente as outras já explicitadas.

A pessoa idosa com DA pode ter dificuldade inicial de aceitar a fralda. Não a apresente como tal, diga-lhe que é uma nova peça do vestuário, mais moderna e mais fácil de usar. Auxilie-o a colocar com naturalidade sem dar muita ênfase ou explicações. As justificativas não serão compreendidas, e falar muito sobre o assunto pode despertar uma atenção desnecessária no momento. Agir com naturalidade como faz com outras peças do vestuário não despertará a atenção do idoso, que passará a incorporá-la com mais facilidade.

Fraldas com calça plástica são melhores porque fornecem uma proteção maior. Também já existem fraldas adequadas à incontinência urinária masculina, que são menos volumosas e causam menor estranhamento. Há várias no mercado. Converse com a família, avalie o custo e a adequação à pessoa de quem cuida.

As fraldas devem ser trocadas sempre que molhadas ou sujas, para evitar desconforto, assaduras, lesões na pele e odores desagradáveis. Realizar higiene íntima nas trocas é importante para eliminar resíduos de fezes e urina. Lembre-se de que, nas mulheres, a higiene deve sempre ser feita no sentido vagina-ânus, para diminuir o risco de infecções.

A incontinência fecal é mais rara e ocorre nas fases mais avançadas da doença. A obstipação intestinal, ou prisão de ventre, é mais comum nas pessoas idosas em geral. Isso pode ser melhorado com a adoção de hábitos alimentares mais adequados. O cuidador deverá conhecer os hábitos intestinais do idoso de quem cuida, qual sua

Vestir-se também é atividade aprendida, memorizada e rotinizada, de muitos passos sequenciais, que requer orientação e habilidade motora para o desempenho de movimentos finos.

regularidade intestinal e utilizá-la como referência. Nunca use laxantes sem falar previamente com o médico. Alterações no hábito, consistência, odor e coloração das fezes podem indicar outros problemas de saúde que deverão ser investigados. Avise os familiares e o médico do idoso se isso for observado.

Vestuário

Vestir-se também é uma atividade complexa, de muitos passos sequenciais (colocar determinada peça de roupa antes de outra), que requer orientação e habilidade motora para o desempenho de movimentos finos (por exemplo, abotoar, levantar/abaixar um zíper). É também uma atividade

aprendida, memorizada e rotinizada que passamos a desenvolver sem precisar pensar muito.

A adequação da roupa está sempre relacionada à temperatura ambiental e às atividades a serem desenvolvidas. Assim, vestir-se envolve:

- Planejamento das atividades a serem desenvolvidas durante o dia.
- Condições climáticas (calor, frio, chuva, vento etc.).
- Busca de roupas adequadas às duas situações anteriores.
- Habilidade motora.
- Capacidade de ordenamento sequencial.

Além disso, precisamos saber onde as roupas estão guardadas e ter capacidade de localizá-las, escolhê-las e acessá-las (não esquecendo roupas íntimas, meias e sapatos).

Uma pessoa com DA terá problemas em muitos passos dessa atividade. Terá dificuldade de localizar suas roupas, escolhê-las, decidir por uma entre várias opções e saber onde colocar braços e pernas devidamente nas roupas escolhidas. Ela pode se sentir perdida e frustrada por não se lembrar da atividade e, assim, utilizar sempre a

roupa disponível (a mesma todos os dias), não querendo trocá-la nem para dormir.

O que pode ajudar?

- Dê ao idoso o tempo que ele necessitar para se vestir.
- Estimule-o a fazer sozinho a atividade, mas esteja por perto para auxiliá-lo em suas dificuldades.
- Auxilie-o calmamente, conversando com ele, quando perceber a dificuldade; não o deixe tentar por muito tempo sem conseguir, pois isso pode desencadear uma reação catastrófica desnecessária.
- Proponha escolhas simples. Não abra o guarda roupa perguntando: “O que o(a) senhor(a) quer vestir hoje?”. Dê duas opções e deixe a pessoa escolher. Se ela tiver dificuldade, decida a mais adequada em relação às condições climáticas e diga-lhe que aquela combinará mais naquele dia, que ela ficará mais elegante.
- Coloque as roupas na sequência em que serão vestidas. Auxilie a pessoa verbalmente, orientando cada passo, ou de fato, quando perceber dificuldades motoras.
- Quando pronta, leve-a ao espelho (se ela ainda se reconhecer) e elogie (sem infantilizar). Diga como está elegante e não “Olhe que gracinha!”, “Que bonitinho!”, “Que belezinha!”.
- Converse com a família sobre a necessidade de adequação do vestuário:
 - Descarte de acessórios não mais utilizados (gravatas, meias-calças etc.).
 - Descarte de roupas difíceis de vestir (amarradas atrás, com botões muito pequenos, muito justas, cintos difíceis de afivelar, sapatos com cordões ou com saltos) ou que amassam muito.
 - Adaptação das peças de roupa que a pessoa idosa mais gosta de usar (botões grandes, fechamento frontal, cintura elástica, velcro no lugar de zíperes ou botões pequenos).

- Descarte dos chinelos e dos sapatos sem solado de borracha (com solado de couro).
- Reorganize o guarda-roupa para auxiliar o idoso a escolher suas roupas:
 - Procure colocar todas as roupas em um só lugar, evitando que ele tenha de ir ao armário, à cômoda, à sapateira etc.
 - Deixe visíveis as roupas da estação, guarde as outras (para diminuir opções).
 - Distribua nas prateleiras as roupas íntimas e meias e evite gavetas.
 - Coloque os calçados na parte inferior do armário.
 - O uso de etiquetas pode auxiliar nas fases mais iniciais.
- Conheça, respeite e procure manter o “estilo” que a pessoa idosa a maior sempre adotou; isso faz parte de sua personalidade.
- Não deixe a pessoa idosa de pijama, camisola ou roupão durante o dia, mesmo que ela não vá sair de casa. Isso ajuda a diminuir a confusão entre dia e noite e melhora a autoestima.
- Se está programada uma saída externa durante o dia (passeio, consulta médica etc.), procure auxiliá-la a vestir a roupa para sair para evitar a troca de roupas duas vezes.
- Converse com a família sobre as dificuldades da pessoa idosa, incluindo as crianças e os adolescentes, para evitar situações de constrangimento para ambos ou exposição da pessoa idosa a situações ridicularizantes. Pelas alterações ocasionadas pela doença, ela poderá:
 - colocar dois vestidos, duas camisas ou duas calças, uma peça sobre a outra;
 - vestir roupas sujas;
 - vestir as peças ao contrário (de trás para frente) ou do avesso;
 - abotoar calça ou camisa de maneira desencontrada;

- colocar primeiro a calça e depois a cueca ou calcinha;
- sair à rua de pijama.
- Se a pessoa idosa insistir veementemente em colocar sempre as mesmas roupas, uma solução é providenciar roupas idênticas, não deixando que ela perceba.

Alimentação

Comer e beber são atividades essenciais à sobrevivência do ser humano. Os cuidados com os aspectos nutricionais do idoso com DA são semelhantes aos de qualquer outro idoso. O que pode se tornar mais difícil, com o avançar da doença, é a execução da atividade.

A pessoa idosa com DA poderá:

- esquecer gradativamente como se utilizam ou para que servem os talheres e passar a comer com as mãos;
- recusar-se a alimentar-se;
- comer coisas que não são alimentos (frutas de cera, ímãs de geladeira, borrachas etc.);
- esquecer-se de que já se alimentou e querer comer novamente em seguida;
- jogar a comida fora do prato;
- esquecer-se de engolir e ficar com o alimento na boca por muito tempo;
- ter dificuldade de engolir.

O que pode ajudar?

- Fazer as refeições sempre nos mesmos horários e no mesmo local.
- Oferecer os alimentos sempre na mesma ordem, de forma sequencial (evite oferecer um prato com todos os alimentos juntos).
- Reduzir o número de talheres ao mínimo e oferecê-los de acordo

Os cuidados com os aspectos nutricionais do idoso com DA são semelhantes aos de qualquer outro idoso. O que pode se tornar mais difícil, com o avançar da doença, é a execução da atividade.

com o prato oferecido (colher para a sopa, garfo para a comida sólida, colher para a sobremesa etc.). Talheres de cabos mais grossos tendem a ser mais fáceis de segurar.

- Evite o uso de copos, garrafas ou outros objetos de vidro, que podem se quebrar, assustar ou machucar.
- Evite deixar o galheteiro à mesa.
- Proteja a roupa da pessoa idosa com um guardanapo.
- Propicie um ambiente calmo, livre de ruídos ou distrações (televisão ligada, muitas pessoas circulando, janela aberta etc.), pois isso pode dificultar ao idoso continuar a se alimentar.
- Deixe que o idoso coma devagar; ofereça pequenas porções separadamente para que não esfriem ou utilize um prato térmico.
- Não permita que o idoso deite logo após as refeições.
- Dê preferência a um cardápio mais familiar, respeitando as preferências e hábitos da pessoa idosa, e varie-o durante a semana.
- Ofereça líquidos várias vezes ao dia; durante as refeições eles poderão auxiliar a deglutição.
- Nunca encha o copo até a borda.
- Verifique a temperatura de bebidas quentes, para evitar queimaduras (leites, chás, café etc.).
- Não troque refeições sólidas por sopas ou lanches a não ser por recomendação nutricional. O ato de mastigar é muito importante e deve ser preservado.
- Facilite a mastigação de alimentos sólidos cortando-os em pedaços pequenos.
- Oriente a família, principalmente as crianças e adolescentes, sobre as dificuldades que a pessoa idosa pode apresentar, evitando que eles demonstrem nojo, deem bronca ou se retirem da mesa caso ela comece, por exemplo, a comer com as mãos; peça compreensão e respeito.
- Se a pessoa idosa se esqueceu de que já comeu e pede novamente comida, não adianta dizer que ela já o fez; procure distraí-la. Caso

isso não funcione, ofereça-lhe bolachas, biscoitos ou frutas.

- Durante a refeição permaneça a seu lado, dando-lhe toda a atenção.
- Chame-a pelo nome quando se distrair.
- Se o alimento persistir na boca sem engolir, toque os lábios dela levemente, ou a base da garganta com a mão ou com uma pedrinha de gelo, ou ofereça um pouco de líquido; pode ser suficiente para desencadear o reflexo de engolir.
- Fique atento a sinais de saciedade ou de desagrado com o alimento; nesses casos, troque o alimento, não adianta insistir dizendo que é bom para sua saúde etc.
- Lembre-se de que a pessoa idosa com DA pode ter outras doenças, como hipertensão e diabetes, que apresentam restrições alimentares. Mantenha-se atento às adequações necessárias.

A pessoa idosa com DA pode ter outras doenças, como hipertensão e diabetes, que apresentam restrições alimentares. Mantenha-se atento às adequações necessárias.



Sono e repouso

Com o avançar da idade, passamos a dormir menos e a ter nossa estrutura de sono modificada. O idoso com DA tende a ter essas modificações ainda mais acentuadas:

- Maior sonolência durante o dia em decorrência do menor número de atividades.
- Sono mais curto durante a noite; acorda com facilidade.
- Sente-se muito desorientado ao acordar à noite, querendo levantar-se e se vestir porque acha que é dia.
- Pode inverter completamente o dia pela noite.

As principais consequências da privação do sono noturno estão relacionadas à ocorrência de acidentes (especialmente as quedas) e às fugas. Normalmente a pessoa idosa compensa o sono noturno dormindo de dia. Isso é ruim para a dinâmica do dia e para o cuidador.

O que pode ajudar?

- Programe o dia com atividades físicas regulares (passeios, exercícios adaptados etc.).
- Organize um final de tarde mais calmo:
 - abaixe o volume da televisão ou do rádio;
 - desligue o celular e abaixe a campainha do telefone;
 - propicie um ambiente confortável no quarto (temperatura adequada, cama arrumada e com roupas limpas, quarto organizado etc.);
 - tranque portas e janelas que dão acesso à rua ou a ambientes externos;
 - leve-a ao banheiro para urinar antes de deitar-se.
- Mostre-lhe que é noite, que a rua está calma e que as pessoas já foram dormir (não adianta dizer que é noite; a palavra “noite” pode não ter nenhum significado).
- Leve-a para o quarto e ajude-a a se acomodar na cama.

- Não saia do quarto antes que ela durma.
- Diminua a luz ou apague-a; deixe iluminação noturna do lado de fora do quarto para o caso de a pessoa idosa levantar-se à noite.
- Se isso ocorrer, aborde-a gentilmente, olhando de frente para ela e identificando-se. Tente levá-la de volta para a cama. Se ela perdeu completamente o sono, busque uma atividade de substituição para distraí-la, mas que seja pouco excitante.

A pessoa com DA vai esquecendo o nome das coisas e das pessoas, trocando palavras, diminuindo seu vocabulário. Isso ocorre tanto com a linguagem verbal como com a escrita.

Comunicação

A comunicação entre os seres humanos é feita basicamente pela linguagem. Essa é uma habilidade perdida com o avançar da DA, e é muito frustrante para a pessoa idosa, para seus familiares e também para o cuidador. Ela vai aos poucos esquecendo o nome das coisas e das pessoas, trocando palavras, diminuindo seu vocabulário. Isso não ocorre apenas com a linguagem verbal, mas também com a escrita.

Progressivamente o idoso terá dificuldades de expressar o que sente ou o que deseja, o que torna seu cuidado um grande desafio para o cuidador.

O que pode ajudar?

Comunicação verbal

- Quando a pessoa idosa começa a apresentar dificuldade de encontrar o nome de um objeto, peça-lhe que aponte para ele e, quando o fizer, repita o nome correspondente.
- Quando ela errar ou trocar palavras, não a corrija sistematicamente apontando seu erro. Reelabore a frase e repita para ela.

- Se ela parar no meio da frase, auxilie-a repetindo duas ou três vezes a última palavra dita. Se a pessoa não conseguir continuar, mude calmamente de assunto.
- Dê-lhe tempo para falar, não a interrompa para ajudar, respeite seu ritmo.
- Cuide para que haja apenas um interlocutor de cada vez, especialmente quando várias pessoas estiverem juntas, pois isso poderá confundi-la ainda mais.
- Converse muito com ela. A verbalização ajuda-a a sentir-se integrada ao contexto familiar e à vida.
- Fique atento ao tom de voz utilizado, pois a percepção dela pode não estar alterada, e ela perceberá seu humor como bom ou ruim e reagirá a isso.
- Não utilize frases longas, seja direto.
- Evite palavras difíceis mesmo que o idoso seja muito letrado.
- Comunique apenas uma ideia em cada frase.
- Evite explicações, pois ele poderá não compreender. O que conta não é o que você diz, mas o que ele consegue entender.
- Faça perguntas simples.
- Evite colocá-lo em situações de escolha.

Procure encorajar o idoso sorrindo (não rindo dele!). O bom humor é a melhor maneira de contornar situações constrangedoras, evitar confusões e mal-entendidos em casa ou fora dela.

Comunicação escrita

- Utilize quando você precisar se ausentar e ele ainda for capaz de entender recados escritos.
- Procure redigir mensagens curtas, diretas e fáceis de entender (“O almoço está sobre o fogão”).
- Não faça anotações adicionais (“Depois que comer, não se preocupe em lavar o prato que eu arrumo tudo quando chegar, pois não vou demorar”).
- Deixe as anotações em locais bem visíveis.
- Utilize letras de forma e em tamanho grande.
- Evite o uso de papéis desenhados ou coloridos.

Comunicação com imagens

As imagens são muito úteis para evocar lembranças mais remotas. Utilize sempre imagens simples, significativas e grandes. Coloque-as à altura dos olhos e utilize cores contrastantes quando quiser chamar a atenção para alguma coisa. É possível utilizá-las para:

- identificar o guarda-roupa (coloque a imagem de um vestido ou terno);
- identificar o banheiro (coloque a imagem de um vaso sanitário na porta);
- identificar pessoas e lugares (fotos de familiares e lugares que conheceu).

Entenda a progressão da doença e como ela afeta a comunicação com a pessoa idosa. O que funciona bem em um dia pode não funcionar mais no outro. Nunca a exponha a situações de fracasso. Aja sempre com naturalidade e tranquilidade.

Uma das grandes dificuldades dos doentes de Alzheimer é a orientação no tempo e no espaço. A utilização de alguns recursos simples pode ajudá-los em alguns períodos da doença:

- Calendário com letras grandes e algarismos bem visíveis.
- Cartazes com o nome do dia da semana.
- Relógio com mostrador tradicional e com algarismos arábicos grandes e legíveis.

Procure encorajar o idoso sorrindo (não rindo dele!). O bom humor é a melhor maneira de contornar situações constrangedoras, evitar confusões e mal-entendidos em casa ou fora dela. Tudo fica mais fácil e menos penoso.

Como reconhecer sinais de desconforto

Com o avançar da doença, a pessoa idosa vai apresentando dificuldades em expressar desconforto, dor ou mal-estar. O cuidador preci-

sa estar atento para poder auxiliá-la, procurando reconhecer sinais que possam mostrar o desconforto e suas causas.

Dificilmente a pessoa doente utilizará palavras para expressar o que sente. Poderá chorar, gritar, ficar agitada ou muito apática.

O comportamento não terá, necessariamente, uma causa evidente ou direta. A pessoa só está apontando que algo está errado.

A tensão emocional pode ser expressa por inquietação, agitação e nervosismo. Por exemplo, começar a andar de um lado para outro, mexer insistentemente em alguma coisa ou em si mesma.

Apatia e passividade podem estar relacionadas ao avançar da doença. O cuidador deve estar atento se a instalação desse quadro foi repentina, pois pode indicar alterações físicas (doenças, infecções etc.).

Sempre haverá uma razão para os sinais de desconforto. O cuidador poderá identificá-la mais facilmente se construir um bom vínculo com a pessoa de quem cuida e ficar atento a seus sinais.

Como ocupar o tempo livre

As atividades com um idoso com DA, quando adequadamente executadas, ocupam boa parte do dia, pois levarão mais tempo para serem executadas. Mesmo assim, sobrarão algum tempo livre, que deverá ser preenchido com atividades estimuladoras e planejadas.

Por muito tempo a pessoa idosa poderá manter suas capacidades físicas, podendo e devendo ser estimulada a utilizá-las.

O desenvolvimento de atividades diversas tem muitas vantagens:

- Manutenção da capacidade funcional.
- Redução da dependência.
- Diminuição do tédio e do isolamento.
- Melhora da autoestima.



Para o alcance dessas vantagens, o cuidador deve estar atento a três regras básicas:

1. As atividades propostas devem mobilizar as capacidades físicas e mentais remanescentes do idoso:
 - Não proponha atividades que com certeza ele não consegue mais desempenhar.
 - Procure conhecer os hábitos e preferências do idoso e propor atividades que já fazia antes.
2. O cuidador não deve fazer a atividade **pelo** idoso, mas **com** o idoso.
3. O cuidador deve dar ao idoso o tempo necessário para a execução da atividade.

Qual o critério de escolha das atividades?

- Escolha atividades concebidas para adultos.

O tempo livre do dia a dia do idoso deverá ser preenchido com atividades estimuladoras e planejadas, que mobilizem suas capacidades físicas e mentais remanescentes.

- As atividades têm de ser concretas e de utilidade reconhecida (varrer a casa, estender a toalha na mesa etc.).
- Devem estar centradas em coisas que ele sabia e gostava de fazer.
- Precisam ter, preferencialmente, curta duração.
- Devem ser divididas em pequenas sequências claramente indicadas.
- Demonstre como fazer quando vir o idoso com dúvidas, mas não faça por ele.
- A qualidade do produto não deve ser importante; a execução e o entretenimento causado é que importam.
- Passear é adequado e estimulante do ponto de vista físico, cognitivo e social. O período da tarde é o mais indicado. Procure fazer os mesmos trajetos, pois a rotina auxilia a reduzir a desorientação causada pela doença. Procure um lugar ou horário tranquilo (menos barulho, menor tráfego). Estimule-o durante o passeio, conversando, mostrando as coisas. Não tenha pressa, o passeio não é uma corrida. Se ele quiser parar, faça uma pausa.
- Atividades culinárias para mulheres costumam ser familiares e estimulantes. Evite objetos cortantes ou que possam quebrar. Oriente-a passo a passo e supervise a atividade valorizando seus acertos.

Algumas dicas para o bom cuidado de um idoso com doença de Alzheimer

1. Lembre-se sempre de que você está cuidando de uma pessoa que tem uma doença crônica e progressiva e que pode apresentar problemas de comportamento conforme ela for avançando.
2. A agitação ou mudança de comportamento não é intencional ou deliberada.
3. Carinho, afeto, atenção, calma tornam o cuidado do idoso com DA mais fácil de ser desempenhado.

4. O idoso com DA esquece as coisas, inclusive seu passado; não adianta ficar remoendo ou lembrando coisas ruins que já aconteceram.
5. É necessário estar sempre atualizado quanto à doença e aos progressos em relação a seu tratamento.
6. Procure desenvolver boas técnicas de comunicação tanto com o doente quanto com seus familiares.
7. Mantenha sempre um ambiente organizado, calmo, tranquilo e encorajador.
8. Demonstre segurança naquilo que vai fazer com o idoso; se você ficar inseguro, ele vai perceber e poderá se agitar.
9. Procure controlar situações que possam ser constrangedoras para ele; nunca o exponha ao ridículo.
10. Retire-o de situações que possam gerar frustrações ou assustá-lo; faça-o com calma, distraindo-o.
11. Trate-o com naturalidade e como adulto, sempre com muito respeito.
12. Seja realista, não espere que o idoso apresente grandes melhoras.
13. Nunca discuta com o idoso nem argumente muito, pois ele não o compreenderá; só perceberá sua irritação, o que poderá assustá-lo ou enfurecê-lo.
14. Tente rotinizar todas as atividades diárias de modo que cada dia possa ser bem programado.
15. Supervisione a alimentação e o atendimento de necessidades de eliminação do idoso; ele pode não saber mais referir que as sente.
16. Mudança de comportamento repentino sempre tem uma causa, física ou psicológica; procure identificá-la e ajudá-lo a resolvê-la.
17. Evite tarefas cansativas ou frustrantes; não dê ao idoso responsabilidades além de suas capacidades.

18. NUNCA, em hipótese alguma, empurre, bata, grite, xingue ou desrespeite o idoso. Isso é considerado violência contra o idoso, passível de ações penais.
19. Se ficar cansado, irritado ou descompensado, peça uma folga, saia do ambiente, tire férias, mas NUNCA desconte na pessoa idosa.
20. Tenha paciência, paciência e... paciência.

Onde procurar informações e ajuda

Cuidadores e familiares de idosos portadores de doença de Alzheimer podem obter informações nos seguintes locais:

- Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ): www.abraz.org.br
- Associação dos Amigos e Parentes de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes: www.apaz.org.br
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: www.sbgg.org.br
- Academia Brasileira de Neurologia: www.abneuro.org
- Academia Brasileira de Psiquiatria: www.abpbrasil.org.br
- Associação Americana de Alzheimer (EUA): www.alz.org
- Associação Europeia de Alzheimer: www.alzheimer-europe.org



**SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA
E DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

