

SUMÁRIO

Introdução	2
O idoso, a família e o cuidador	4
As alterações no envelhecimento e o envelhecimento com dependência ...	8
Aspectos psicológicos envolvidos no cuidado a idosos	14
Adaptação ambiental	20
Cognição e fala do idoso	29
Desordens da deglutição – Disfagia	33
Alimentação saudável no envelhecimento	39
A importância da saúde bucal	46
Auxílio nas atividades de vida diária (AVD's)	51
Mobilizações e transferências de idosos	68
A importância da sexualidade para a qualidade de vida do idoso	76
Finitude	86
Necessidade de preservar a auto-estima do cuidador	92
Violência contra o idoso – Rompendo o silêncio	94
Aspectos legais – Em defesas do idoso	97
Demência	106

INTRODUÇÃO

“Em todas as latitudes, cuidar do idoso é um valor profundamente arraigado nos corações e nas mentes das pessoas. Seguramente nenhum adulto nega o alto valor moral desse compromisso e a importância de seu cumprimento por sucessivas gerações. No entanto, outra coisa é realizar o cuidado, que normalmente onera física e psicologicamente os familiares que respondem por ele.”
(NERI, 2002, p.05)

O fenômeno mundial do envelhecimento populacional está trazendo à pauta de discussão uma série de questões éticas, sociopolíticas e de saúde.

Em nosso país, a população de idosos já corresponde a 10% da população total, o que corresponde a mais de 17 milhões de pessoas com mais de 60 anos, e, em 2050, deve ultrapassar 25%, segundo projeções do IBGE.

No tocante ao envelhecimento com dependência, a tríade poder público, sociedade e família está sendo desafiada a buscar alternativas de atenção que sejam possíveis de serem implantadas com urgência.

É cada vez maior o número de idosos que necessitam de auxílio, parcial ou total, para a realização das atividades cotidianas. Segundo dados do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), dos cerca de 17 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais, aproximadamente 13% têm dificuldade em executar pelo menos uma atividade diária. Em 20 anos, eles serão o dobro.

Estes idosos “consomem mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior que em outras faixas etárias, em geral as doenças são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, e exigem intervenções e acompanhamento contínuo e prolongado” (YASUO in Neri, 2002, p. 165).

Neste panorama, a família vê-se obrigada a cuidar desses idosos, seja pelo dever moral, seja pela legislação em vigor, que prioriza a permanência dos idosos no convívio familiar, conforme traz o Inciso V, Capítulo 3º do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03): “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”.

Assim, um membro da família, normalmente a mulher, esposa ou filha, passa a ser cuidadora informal do idoso sem estar preparado para isso, sem receber apoio formal e, na maioria das vezes, contando com uma possibilidade mínima de melhora e sem perspectivas de retribuição.

Por todos esses motivos, a literatura nacional e internacional aponta para a necessidade urgente das autoridades públicas e entidades voltadas ao atendimento de idosos de fornecerem apoio a esses familiares.

Neste sentido, o Grupo Vida – Brasil desenvolveu o projeto *Ciclo de Orientação a Familiares e Cuidadores de Idosos Dependentes*, com o objetivo de instrumentalizar familiares e cuidadores (profissionais ou não) de idosos dependentes para as Atividades de Vida Diária (AVDs) a prestar-lhes assistência e cuidados.

O Ciclo também visa:

- Orientar sobre os diversos aspectos envolvidos no cuidado cotidiano;
- Esclarecer as dúvidas quanto às principais dificuldades vivenciadas no dia-a-dia;
- Criar um espaço de troca de experiências sobre os impactos causados na dinâmica familiar com o advento da dependência do idoso;
- Permitir a troca de experiências entre familiares e cuidadores e profissionais da área;
- Subsidiar o cuidador com informações que o habilite a interagir no tratamento, juntamente com os profissionais que acompanham o idoso;
- Promover a melhoria da qualidade de vida do idoso, de seu cuidador e dos demais familiares.

Esta apostila condensa o conteúdo abordado nas palestras realizadas no Ciclo e servirá como material de apoio e consulta para o cuidador.

Esperamos que o *Ciclo de Orientação a Familiares e Cuidadores de Idosos Dependentes* traga benefícios ao idoso dependente, ao seu cuidador e à família como um todo, contribuindo para um idoso mais saudável, feliz e autônomo, e um cuidador instrumentalizado e valorizado.

Grupo Vida – Brasil

O IDOSO, A FAMÍLIA E O CUIDADOR

Rosana Sousa
Assistente Social
CRESS nº 34.975

1. Introdução

Sentada em frente à assistente social, uma filha angustiada justifica sua presença naquela sala: “O problema é meu pai...”. A partir dessa fala, a história de uma família começa a ser contada. Ouvi-la atenciosamente é o primeiro passo do profissional que tem como objetivo fornecer orientação e apoio aos homens e mulheres que vivem a experiência da velhice em suas famílias.

Trata-se de uma escuta que nos permite afirmar: há diferentes formas de ser família, e há, também, diferentes formas de envelhecer.

Vamos falar aqui da velhice fragilizada, aquela que requer cuidados e torna dependentes pessoas com diferentes histórias de vida. Histórias que, na maioria das vezes, influenciam, ou até mesmo determinam, a forma como cada velho será cuidado, ou não, por sua família.

2. A relação família, idoso e cuidador

Quanto às famílias, a diferença está em sua configuração, tamanho, condição econômica e, principalmente, nas relações afetivas estabelecidas entre os seus membros ao longo da vida.

Historicamente, a família é concebida como lugar de proteção e cuidados, tendo por base o afeto. Neste núcleo, a relação entre pais e filhos é, certamente, a que apresenta vínculo mais forte, em que o cuidado é naturalizado. Assim, os pais cuidam de seus filhos, e estes, como forma de retribuição, amparam seus pais na velhice.

Sabemos que, mesmo entre essas famílias, em que as relações afetivas foram cultivadas ao longo da vida e o cuidado é concebido como um valor para seus membros, há uma fragilização de toda a família com o advento da dependência do idoso. Primeiro pela dificuldade de aceitar a nova realidade, como a de um pai ou uma mãe acamada, dependente de ajuda para as atividades mais corriqueiras do dia-a-dia, como ir ao banheiro ou se alimentar sozinho. Segundo, porque é necessária uma reorganização dessa família, para prestar os cuidados de que o idoso dependente necessitará.

Quais os cuidados necessários? Ele melhorará? Quem cuidará dele? A esposa já idosa ou a filha que teve a possibilidade de não trabalhar fora de casa? E os outros filhos, qual a contribuição de cada um na realização dos cuidados? E se sou filha única? Onde papai passará a morar? Na minha casa, mas e a relação com meu esposo, a aceitação dos meus filhos?... Será que essa nova realidade vai comprometer a relação dessa família que eu constituí? Será que uma Instituição de Longa Permanência para Idosos não seria melhor? Mas eu tenho dó... O que os outros vão dizer? O que eu estarei ensinando aos meus filhos? E se acontecer comigo? Quem cuidará de mim?

Neste momento em que você está lendo este texto, estes e muitos outros questionamentos atormentam filhos e filhas ao seu redor e, talvez, até mesmo você. Em meio a tudo isso, o importante é jamais esquecer a presença do idoso. Ele continua existindo, com opiniões, sentimentos e, neste momento, com um sofrimento emocional que precisa ser considerado.

Trata-se de um momento em que o idoso precisa ser acolhido, sentir-se amparado. Frente à nova realidade, o sentimento de que passou a ser um peso na vida de sua família pode causar ao idoso um sofrimento maior do que o causado pelas perdas físicas. Perdas que, para você, representam a necessidade de se reestruturar para prestar a ele os cuidados de que necessitará a partir de então, e que, para ele, representam a redução da sua capacidade de ser.

É, sem dúvida, um período de sofrimento para as duas partes, mas que precisa ser transformado em tempo de aprendizado e crescimento. As decisões precisam ser tomadas, mas com a participação de todos os envolvidos, principalmente do idoso. Se este já não tem poder de decidir, saiba que ele jamais perderá a capacidade de sentir, então o comunique.

3. As alternativas

Se a família tem a possibilidade de arcar com os custos de uma Instituição de Longa Permanência Particular, esta pode ser uma alternativa, embora não a única, para prestar os cuidados ao idoso fragilizado. Porém, é preciso dizer que cuidados especializados de médicos, enfermeiros e demais profissionais da área da saúde jamais substituirão o lugar da família. O toque do neto, o almoço em família, o silêncio do quarto, ou aquele cantinho especial da casa representam muito. Assim, mesmo que a instituição seja o lugar escolhido, não perca de vista esses detalhes.

Como já foi dito, a Instituição de Longa Permanência (Casa de Repouso, Residencial, Asilo) não é a única alternativa. É cada vez mais comum, entre as famílias com idosos dependentes, a figura do cuidador. Trata-se de um profissional com conhecimentos e habilidades para cuidar de idosos com diferentes graus de dependência. Ele permite que o idoso continue em sua própria casa, sem haver, portanto, a necessidade de ser levado para a casa de um dos filhos. A família pode decidir que, juntos, arcarão com os custos de um ou mais cuidadores, e que passarão a supervisionar os cuidados prestados. Vale ressaltar que, por mais que se estabeleçam vínculos afetivos entre cuidador e idoso, este também não substituirá o papel da família na vida dos que envelhecem com dependência.

O cuidador pode, ainda, ser um profissional que auxiliará a família na realização do cuidado, de forma que seus membros não fiquem sobrecarregados. O idoso pode morar com um dos filhos, ou ainda, passar períodos nas casas de cada um dos filhos, de forma que todos se envolvam e partilhem da função de cuidar. É importante, porém, observar o quanto esse “rodízio” não se torna prejudicial para o idoso, uma vez que poderá se sentir sem referência de moradia.

Até aqui falamos daqueles que envelhecem dentro de uma estrutura familiar com recursos internos e econômicos para prestar-lhes os cuidados necessários diante de uma realidade de dependência física.

Mas quais as alternativas existentes para aqueles que não constituíram famílias ou são partes de uma família com poucos recursos financeiros, na qual todos os seus membros trabalham para a sobrevivência, que se apertam em pequenas casas, que pagam aluguel, que enfrentam dificuldades para conseguir atendimento nos Serviços Públicos de Saúde, que não sabem aonde ou a quem recorrer?

O Estatuto do Idoso – Lei 10.741/03, em seu Inciso V, Capítulo 3º, preconiza a “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”.

Assim sendo, a família vê-se obrigada a cuidar de seus idosos seja pelo dever moral, seja pela determinação da lei. Entretanto, a angústia, fruto da falta de conhecimento e despreparo emocional para lidar com a dependência total ou parcial desses idosos, e com os agravos dela decorrentes, bem como a ausência de condições financeiras ou de apoio para prestar essa assistência, leva a maioria das famílias a recorrer à vaga em uma Instituição de Longa Permanência Pública para a institucionalização de seus idosos.

Seria esta a única alternativa para o idoso dependente, cuja família afirma não ter condições para prestar-lhe os cuidados necessários? Será que todo idoso pobre e fragilizado tem como destino a institucionalização? E, para estas famílias, quais as alternativas existentes?

A partir da compreensão de que é dever da família, mas não somente dela, cuidar e amparar o seu familiar na velhice, faz-se necessária uma ação conjunta entre a família, o Poder Público e a Sociedade Civil que atenda a demanda existente no que se refere aos idosos fragilizados que necessitam de cuidados.

Mas o que significa isso? Na prática, significa que estas famílias, na maioria das vezes, não precisam ser destituídas da função de cuidadoras, pois são fortes o suficiente para vencer as inúmeras dificuldades que a vida lhes impõe, e talvez por esse mesmo motivo é que permaneçam desamparadas. O que estas famílias necessitam é serem atendidas pelos serviços de saúde, receber apoio das igrejas, associações e da comunidade como um todo.

Como conseguir? Por exemplo, a participação dessas famílias, ou de pessoas que conheçam a situação vivenciada por elas, no Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal do Idoso é uma possibilidade de levar adiante a sua voz, as suas dificuldades e, então, provocar a elaboração de outras respostas.

4. Conclusão

O importante em tudo isso é jamais perder de vista que, além das denominações de família, idoso e cuidador, há pessoas, com histórias e ansiedades que precisam ser

consideradas. Todos têm a necessidade de se sentir acolhido neste momento de fragilidade no qual se torna o envelhecimento com dependência.

Que sejamos todos parceiros de uma mudança, algo que nos permita ver famílias, idosos e cuidadores seguindo o seu caminho com menos peso, seja o da responsabilidade de cuidar sozinho de um idoso, seja o da culpa por não conseguir.

Estamos todos envelhecendo, e as mudanças que hoje almejamos e pelas quais nos empenhamos talvez venham, em um futuro não muito distante, beneficiar a nós mesmos.

Coragem!

5. Referências Bibliográficas

SARTI, Cinthia. Famílias enredadas. In Famílias: Redes Laços e Políticas Públicas / org. ACOSTA, Ana Rojas e VITALLE, Maria Amália Faller. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003.

MEDEIROS, Suzana Aparecida Rocha. O lugar do Velho no contexto familiar. In Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais / PY, Ligia [et al.]. – 2. ed. – Holambra,SP: Editora Setembro, 2006.

Estatuto do Idoso – Lei 10.741/03.

AS ALTERAÇÕES NO ENVELHECIMENTO E O ENVELHECIMENTO COM DEPENDÊNCIA

Dra. Sandra M. Garaude Greven
Médica Geriatra
CRM nº 77.377

É uma fase da vida.

Trata-se de um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos.

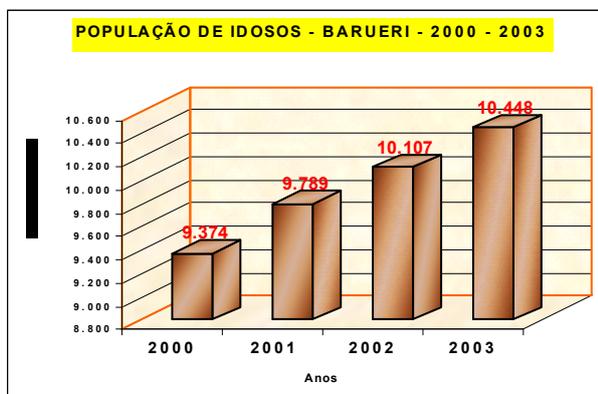
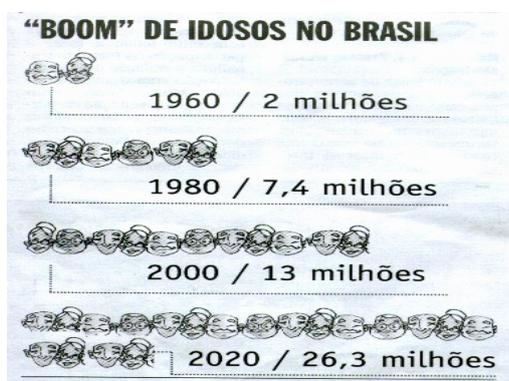
Envelhecimento normal – Senescência: É aquele que trata das alterações sincronizadas de todos os órgãos e tecidos em que o declínio físico e mental é lento e gradual, podendo haver certas compensações.

Envelhecimento patológico – Senilidade: É causado por uma disposição para a insuficiência, fortemente ressaltada, de um órgão ou sistema. Também refere-se à fase do envelhecimento em que o declínio é mais acentuado e acompanhado de uma desorganização mental.

1. Introdução

No período de 1950 a 2025, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o grupo de idosos no Brasil deverá aumentar em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O país ocupará, assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos ou mais. Tais projeções permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos para ambos os sexos.

O Município de Barueri, dentro deste contexto, apresentou um crescimento da população idosa de 15% entre 2000 e 2003.



As principais causas de **morbidade** (que levam às doenças) em Barueri são, por ordem de prevalência: doenças do aparelho cardiocirculatório, do aparelho respiratório, digestivo, neoplasias, do sistema genitourinário e metabólicas.

As principais causas de **mortalidade** (que levam à morte) são: as doenças do aparelho cardiocirculatório, as neoplasias e, depois, as doenças do aparelho respiratório, metabólicas, e aparelho digestivo.

Qualidade de vida: A qualidade de vida na Terceira Idade pode ser definida como a manutenção da saúde, em seu maior nível possível, em todos aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (Organização Mundial de Saúde, 1991).

Autonomia: Exercício do autogoverno, liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação e independência moral.

Independência: Capacidade funcional, sobreviver sem ajuda para as atividades de vida diária e de autocuidado.

Atividades da Vida Diária: Conjunto de capacidades necessárias à manutenção da independência para o autocuidado, tais como:

- Banhar-se
- Vestir-se
- Alimentar-se
- Cozinhar
- Trabalhos leves de casa
- Fazer compras
- Usar transporte público
- Lidar com dinheiro
- Higienizar-se
- Transferir-se

A diminuição da capacidade funcional dos idosos pode acarretar, em diferentes graus e em determinadas situações, na necessidade de cuidados.

Na maioria das vezes, cuidar de uma pessoa idosa representa um papel difícil, não só por causa das adaptações e do trabalho envolvido em si, mas também devido aos problemas causados pela falta de compreensão das alterações sofridas pelo idoso e pela falta de conhecimentos em relação a como lidar com essas alterações.

Cuidado: Significa solicitude, zelo, atenção, preocupação, responsabilidade.

Cuidar: É um exercício constante de amor e compaixão, sem o qual nos tornamos meros executores de normas pré-estabelecidas, que nos orientam, sem dúvida, mas são insuficientes diante dos enigmas do ser humano.

Pode-se afirmar que a relação entre o idoso e o cuidador pode ter um significado muito importante para a promoção e manutenção da qualidade de vida de ambos. Intervenções que possam fortalecer os aspectos positivos dessa relação e ajudar a minimizar o impacto dos agravantes são extremamente necessárias.

A ajuda necessária para realizar uma atividade, precisa ser dimensionada. Qual o tipo de ajuda de que a pessoa necessita? Necessita de outra pessoa ou de algum equipamento? Até quando ela precisa de ajuda? A incapacidade está relacionada à qual atividade? É preciso compreender a ajuda como um "ajuste à situação", compensar a incapacidade e avaliar com precisão a dependência da pessoa. Na prática, uma pessoa pode conseguir vestir-se, porém com dificuldades para calçar as meias e sapatos.

2. Principais doenças crônicas que causam dependência

Doenças	Fatores	Prevenção
Cardiovasculares (infarte, ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva, angina)	Pouca atividade física, fumo, DM (Diabetes Mellitus), Aumento de colesterol, obesidade.	Atividade física, não fumar, controlar peso, colesterol e DM.
Derrames	Pressão alta, fumo, sedentarismo, obesidade, colesterol elevado.	Atividade física, não fumar, controlar pressão arterial, peso, colesterol e DM.
Câncer	Fumo, tomar muito sol, alimentação inadequada, obesidade, hereditariedade, alcoolismo.	Exames preventivos, evitar sol, não fumar, controlar o peso.
Diabetes	Obesidade, sedentarismo, hereditariedade.	Controlar o peso e a taxa de glicemia.
Hipertensão arterial	Obesidade, sedentarismo, alimentação com excesso de sal e excesso de estresse.	Atividade física, não fumar, controlar pressão arterial, peso, e colesterol, e diminuir o sal da alimentação.
Osteoartrose	Obesidade, traumatismo, casos na família.	Controlar o peso e praticar atividade física adequada.

Hipertensão Arterial (HA)

É uma doença crônica que ocorre quando a força exercida pelo sangue em movimento na parede das artérias é muito forte.

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Classificação
< 120	< 80	Ótima
< 130	< 85	Normal
130 – 139	85 – 89	Limítrofe
140 – 159	90 – 99	HA Leve
160 – 179	100 – 109	HA Moderada
> 180	> 110	HA Grave
> 140	> <90	HA Sistólica isolada

Geralmente não apresenta sintomas.

Quando aumenta rapidamente, pode causar dor de cabeça; tontura; falta de ar; mal-estar; sangramento pelo nariz; IAM (Infarto Agudo do Miocárdio); AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Predisposição: hereditariedade, excesso de peso, sedentarismo, estresse, consumo exagerado de sal, uso abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e idade.

Complicações: aumenta o risco de infarte, AVC, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, problemas de retina

Tratamento: diminuir o sal, diminuir o álcool, parar de fumar, diminuir o estresse, reduzir o peso, realizar atividade física, medicamentos se necessário.

Diabetes

Doença crônica que se caracteriza pela falta ou diminuição de insulina, causando aumento na taxa de glicose (hiperglicemia). A insulina é produzida no pâncreas e serve para quebrar a glicose (açúcar) para produzir energia. Atinge todas as idades, sem distinção de raça, sexo, e condições socioeconômicas.

Está associada, muitas vezes, a outras patologias. A prevalência no mundo inteiro vem crescendo como uma epidemia, atingindo, em 2000, 175,4 milhões de pessoas no mundo.

Predisposição: antecedentes familiares, obesidade, vida sedentária, ter mais de 40 anos de idade, alimentação inadequada, estresse.

Pode não apresentar sintomas, ou causar: muita fome, muita sede, aumento ou perda de peso, desânimo, fraqueza, cansaço físico, machucados com difícil cicatrização, complicações, infecções frequentes, alterações visuais, impotência sexual, problemas renais, de coração, no sistema nervoso, na circulação, até coma e morte.

Diabetes Tipo I - Juvenil

Tratamento: Insulino-dependente.

Diabetes Tipo II - Adulto

Tratamento: dieta, exercícios regulares, evitar fumo e álcool, medicamento, insulina, acompanhamento da glicemia e de outras patologias.

Demências

É um conjunto de alterações que ocorrem no cérebro e modificam o funcionamento das capacidades intelectuais.

Doença de Alzheimer

Demência por corpos de Lewy

Demência vascular

Demência frontotemporal

Doença de Pick

Doença de Parkinson

Doença de Huntington

Hidrocefalia de pressão normal	}	Pseudodemências
Alterações metabólicas		
Depressão		
Medicações		
Doença de Alzheimer		

Doença de Alzheimer: A Doença de Alzheimer é a forma mais freqüente das demências, correspondendo a 50 a 70% das causas (isolada ou em associação). O diagnóstico é clínico, pois não há exame que comprove. Trata-se de uma síndrome que tem um início gradual e declínio cognitivo contínuo e progressivo. Pode causar:

- Deterioração progressiva de funções específicas, como linguagem (afasia), habilidades motoras (apraxias), percepção (agnosia);
- Comprometimento de atividades de vida diária (AVDs);
- Alterações de comportamento (passividade, alteração de humor, depressão, insônia, delírios, alucinações, desinibição, agressividade, etc.);

E pode estar associada à história familiar de doenças semelhantes.

Demência Vascular: Responsável por 40% das causas das demências, sendo a segunda causa mais comum.

Demência Pós- vascular (isquêmico ou hemorrágico): Tem início abrupto e está relacionada às alterações neurológicas focais, alterações cognitivas e comportamentais.

Pode-se ter Demência Mista (Doença de Alzheimer e Demência Vascular).

Doença de Parkinson – DP: A demência ocorre em 30% dos casos com DP, tendo como fator de risco a idade (acima de 70 anos). Os sintomas são: tremores, bradicinesia, enrijecimento, lentificação cognitiva, com comprometimento de funções executivas e visoespaciais.

3. Dicas de Saúde

Hipertensão:

- Não consuma sal, embutidos (salsicha, lingüiça, presunto etc.), enlatados e leite;
- Para temperar a comida, use ervas (salsinha, alecrim, coentro e orégano, por exemplo) e gengibre;
- Tome seus remédios constantemente;
- Meça regularmente a pressão.

Diabetes:

- Não consuma açúcar branco e gorduras;
- Coma alimentos ricos em fibras (frutas, verduras e legumes);
- O uso do adoçante é liberado. Os melhores são à base de aspartame e estévia, pois são mais naturais.

Prisão de ventre:

- Consuma alimentos ricos em fibras;
- Beba água;
- Evite refrigerantes em razão da formação de gases;

- Osteoporose;
- Consoma produtos lácteos (derivados do leite), como queijos e requeijão, com exceção de margarina e manteiga;
- Tome banho de sol, diariamente, por 15 minutos;
- Faça exercício.

Anemia (deficiência de ferro e vitamina A):

- Coma folhas verde-escuras (espinafre, brócolis, rúcula, couve, agrião e chicória) e carne vermelha sem gordura.

Dificuldade de mastigar:

- Privilegie pratos cremosos, como sopas e purês, além de carne moída, frango desfiado e peixes, panquecas, macarrão à bolonhesa, rocambole de carne moída e bolo com frutas.

Dificuldade para dormir:

- Procure deixar o quarto escuro e silencioso, nem muito frio nem muito quente. As condições ambientais do quarto são essenciais para uma boa noite de sono; - Evite oferecer alimentos pesados no jantar e logo antes de dormir. Caso tenha fome, prefira um leite quente a outros alimentos;
- Não ofereça chá com cafeína (mate e preto) nem café antes de ir para a cama;
- Só dê comprimidos para dormir com indicação médica;
- Evite fazer exercícios físicos antes de dormir. Reserve o período da manhã ou da tarde para realizar as atividades físicas;
- Um banho quente antes de deitar estimular o sono;
- Use roupas leves e confortáveis;
- Escolha o colchão certo para o seu corpo. As lojas têm tabelas que mostram qual colchão é adequado para determinado peso, sendo que este não pode ser nem muito duro e nem muito mole;
- Evite o consumo excessivo de líquidos depois das 18 horas, a fim de reduzir a probabilidade de você acordar no meio da noite para ir ao banheiro.

4. Cuidados gerais com o idoso dependente

- Distúrbios da postura, marcha e queda;
- Incontinência urinária;
- Imobilidade e Síndrome da Imobilização;
- Doenças: osteoarticular, cardiorrespiratória, vasculares, musculares, neurológicas, psíquica, dos pés, iatrogenia medicamentosa, déficit neurossensorial;
- Úlceras de pressão;
- Alimentação e hidratação.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS ENVOLVIDOS NO CUIDADO A IDOSOS

Cecília Paciulli Azevedo
Psicóloga
CRP nº 06/55689-4

“Cuidar é uma atitude de amor e interesse por outra pessoa. Cuidar de alguém é geralmente considerado um atributo positivo – um sinal de comportamento maduro e civilizado. A capacidade de uma sociedade cuidar de seus membros menos afortunados é a marca do seu desenvolvimento.” (Brotchie, J. & Hills, D. Equal shares in caring. 1991:33)

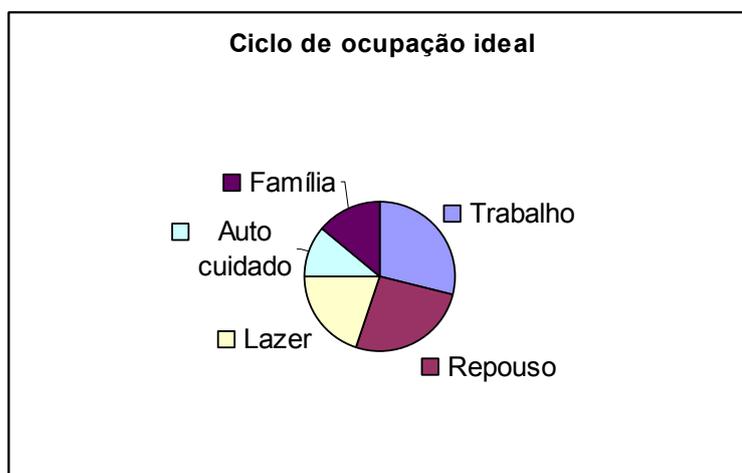
1. Ocupação ideal da distribuição do tempo (Reflexão)

A partir do momento em que nascemos, nosso tempo começa a correr. Todos nós temos 24 horas por dia, nem mais nem menos. A diferença está em como usamos e distribuímos essas 24 horas.

Em verdade, não se administra o tempo, mas sim a vida. Administrar a vida nada mais é do que administrar nossos pensamentos e ações que realizamos no nosso dia-a-dia.

Fazer um planejamento, estabelecer horários de início e término e reavaliar sempre as prioridades dos afazeres leva-nos a dar conta das responsabilidades assumidas e a produzir mais em menos tempo. Assim, o tempo ganho pode ser direcionado a outros afazeres também importantes. Conscientizar e otimizar o tempo são fatores indispensáveis à qualidade de vida.

O equilíbrio na distribuição do nosso tempo dita o nosso estilo de vida:



2. Nossos velhos

As pessoas estão vivendo mais, e esta longevidade carrega em si determinada fragilidade. Conforme parcelas crescentes da população conseguem atingir idades mais avançadas, aumenta o número de casos de doenças do tipo crônico-degenerativo, cuja maior incidência, em geral, é entre as pessoas idosas. As doenças do envelhecimento mudaram o modelo médico de curar para cuidar. E cuidar por muito tempo. Existem patologias que duram de 20 a 30 anos, e isto leva a impactos sociais e econômicos graves.

A tendência é, a curto prazo, a formação de uma população idosa que, uma vez atingida por doenças incapacitantes, sofrerá a perda da independência e, necessariamente, irá viver dependente de terceiros, exigindo cuidados constantes.

3. Quem ajuda a cuidar?

Por imposição ou escolha, tornamo-nos cuidadores quando alguém próximo a nós torna-se dependente.

No início, todos os que estão próximos ao idoso colocam-se à disposição para ajudar. Mas, na maioria dos casos, a prática tem mostrado que, quanto mais o cuidador se envolve, mais os não-cuidadores se distanciam.

Normalmente, quem cuida do idoso é a esposa ou marido. Ou então, filha, irmã, sobrinha, neta, etc.

O cuidador familiar é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar. Com muita frequência, é tão pressionado por necessidades imediatas que esquece de si mesmo e é modesto em suas demandas. Dir-se-ia que “não tem escolha”. É relutante em falar sobre suas dificuldades e não quer parecer desleal à pessoa da qual cuida. Outros são tão agradecidos por pequenas ajudas conseguidas que evitam fazer críticas, mesmo as construtivas.



Na verdade, existe uma tradição familiar para que o cuidador seja mulher, e esta, na maioria das vezes, já está sobrecarregada por outras tarefas do seu dia-a-dia.

Esta pessoa passa a deixar de fazer suas próprias coisas, ter suas próprias vontades, descanso e lazer, para cuidar do idoso, ficando cada vez mais cansada e estressada.

Na medida do possível, o cuidador deve:

- Aceitar as limitações acarretadas pela doença;
- Estimular a autonomia e independência do idoso;
- Incentivar o autocuidado; proporcionar qualidade de vida saudável;
- Proporcionar ambiente adequado para locomoção e transferência;
- Incentivar o paciente a participar de atividades e trocas sociais;
- Valorizar os resultados alcançados;

- Buscar esclarecimentos sobre a doença, sua evolução e seqüelas.

4. O cuidador sem suporte pode ser o futuro paciente

É importante ajudar o cuidador a cuidar. Cuidar não é uma tarefa fácil, exige uma mudança radical na vida de quem cuida e também demanda a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas.

Ao cuidar de um ente próximo que se torna dependente, há uma turbulência de sentimentos: amor, pena, alívio, culpa e até mesmo revolta pela dependência do outro.

Com a dependência, há uma redefinição de papéis, e vários sentimentos são despertados nos cuidadores:

- Sentimentos positivos: uma história de vida, de bom relacionamento com o idoso, gera aspectos positivos, tais como: retribuição, ajuda, amor, afeto, carinho, atenção.
- Sentimentos negativos: uma história de vida marcada por um relacionamento ruim com o idoso gera aspectos negativos, tais como: revolta, culpa e stress.

São poucas as pessoas que entendem o que é o stress. Por falta de informação e orientação, o stress é imaginado com sendo sempre uma coisa ruim, que só nos deixa irritados e cansados, e que é algo de que devemos nos livrar o mais rápido possível. E por não saber direito o que é, e como controlar, muito gente sofre de stress, ou por excesso ou por falta dele.

5. O que é o stress?

Stress é a reação que nosso corpo e nossa mente tem quando passamos por uma situação difícil ou excitante. O stress nos leva para uma ação, como, por exemplo, quando temos um grande problema para resolver, ou quando estamos extremamente felizes. Uma situação difícil, como estar desempregado, ou uma situação excitante, como ganhar um prêmio da loteria, provoca em nós as mesmas reações: ritmo cardíaco acelerado, aumento da pressão sangüínea, mãos suadas, aumento da capacidade de concentração e atenção, além de um aumento na motivação e disposição para agir.

O stress é o conjunto destas reações físicas e psicológicas, enquanto que o motivo que provoca essas reações é chamado de agente estressor.

Uma vida sem stress, além de não ser possível, é uma vida sem motivação, sem prazer. Pessoas motivadas são pessoas que conseguem equilibrar seu stress.

O lado positivo e o lado negativo do stress:

Agora que sabemos que o stress é o conjunto das reações do corpo e da mente frente às situações da vida, e que essas reações nos animam para a ação, fica fácil entender o lado positivo do stress. Quando estamos em alerta, conseguimos nos concentrar melhor no que fazemos, nossos reflexos tornam-se mais rápidos, podemos pensar mais depressa, e, se estivermos em condições adequadas, podemos até mesmo ser mais criativos e produtivos.

Todavia, se continuarmos reagindo ao agente estressor por um tempo prolongado, o lado negativo do stress aparece: sentimos-nos esgotados, nossa capacidade de atenção e concentração diminui e precisamos fazer um esforço muito maior para manter a produtividade que tínhamos no começo. Se a situação que apresenta o agente estressor não é resolvida, nosso corpo, ainda que cansado, continua reagindo a ele, consumindo as reservas de energia, fazendo com que fiquemos doentes. Esse é o lado negativo do stress.

As fontes de stress:

Basicamente, existem duas fontes de stress: as fontes internas e as fontes externas.

- **Fontes internas:** Os agentes estressores que vêm de dentro de nós, provêm das chamadas fontes internas. São os pensamentos do indivíduo frente aos eventos do dia-a-dia, seu modo de ver o mundo, seu nível de assertividade, suas crenças, seus valores, suas características pessoais, seu padrão de comportamento, suas vulnerabilidades, sua ansiedade e seu esquema de reação à vida.

- **Fontes externas:** Os agentes estressores que vêm de fora de nós provêm das chamadas fontes externas. Como fontes externas, temos os acontecimentos da vida, como morte e nascimento, realização de um grande sonho, divórcio, ou qualquer outra coisa que lhe aconteça e que venha a mobilizar seu corpo e sua mente.

As fases do stress:

Após alguns estudos, especialistas perceberam que o stress possui 3 fases: fase de alerta, fase de resistência e a fase de exaustão.

A fase de **alerta** é a etapa inicial do stress. Se você conseguir aproveitar esta fase para atuar sobre seu agente estressor, a energia que o stress lhe oferece pode ser usada para seu proveito próprio. Nesta fase, você fica mais alerta, e seu corpo, com o metabolismo mais acelerado.



A fase de **resistência** é a fase seguinte. Se o agente estressor continua atuando sobre você, o seu corpo, que já está cansado, passa a ficar desgastado pelo grande consumo de energia que utiliza. Nesta fase, você começa a sentir bastante cansaço e sua resistência orgânica enfraquece, podendo desenvolver problemas simples como dor de cabeça, gripes e resfriados constantes, espinhas, entre outros. Se na fase de alerta você consegue ficar mais alerta, mais atento e consegue ficar mais produtivo, na fase de resistência ocorre justamente o contrário: você fica com dificuldades de concentração e de memória, e há um decréscimo importante na sua produtividade.

A terceira fase é a fase da **exaustão**. É a fase mais perigosa do stress. Se você continuar reagindo ao agente estressor ou não conseguir resolver a situação que origina o estressor, seu organismo entra em exaustão, e você pode necessitar de uma hospitalização para cuidados médicos especializados e intensivos. As doenças que você já tinha na segunda fase aumentam de intensidade, e doenças mais sérias, como hipertensão arterial crônica, úlcera gástrica, diabetes, depressão, problemas de pele, entre outros, se instalam.

Testando o stress do cuidador:

Tenho pouco tempo para mim?
Tenho ajuda de meus familiares?
Choro com freqüência?
Venho tendo problemas de saúde?
Não estou em boas condições para cuidar do idoso dependente?
Não passeio, não viajo, evito pessoas, não visito familiares e amigos?
Sinto, com freqüência, frustração, raiva e tristeza?
Sinto-me culpado com a situação atual?
Sempre entro em conflito com o idoso de que cuido?
Tenho me alimentado bem? Tenho dormido bem?

Dicas para controlar o stress:

- Tentar ver a situação do ponto de vista de outra pessoa;
- Expressar sua irritação antes que tome proporções incontroláveis;
- Saber colocar seus sentimentos de forma correta;
- Tentar sair da situação por um tempo;
- Falar com alguém sobre seus sentimentos (medo, melancolia, culpa);
- Seja paciente e compreensivo consigo mesmo, pois o tratamento que damos a nós mesmos refletirá nas nossas atitudes para com o doente e também em todos aqueles que estão a nossa volta!
- Você é um ser humano sensível que está emocionalmente envolvido na situação. Não queira ser perfeito!

6. Declaração dos direitos do cuidador

Tenho o direito de cuidar de mim;
Tenho o direito de procurar e receber ajuda e participação dos familiares;
Tenho o direito de ficar aborrecido, deprimido e triste;
Tenho o direito de não deixar que meus familiares tentem manipular-me com sentimentos de culpa;
Tenho o direito a receber consideração, afeição, perdão e aceitação de meus familiares e da comunidade;
Tenho o direito de me orgulhar do que faço;
Tenho o direito de proteger a 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!**

7. Quando procurar ajuda?

Às vezes, o estilo de vida e a postura assumida frente ao cotidiano colocam o indivíduo sob pressão constante. O próprio comportamento da pessoa pode dar origem a importantes agentes estressores, necessitando um treino comportamental.

Se a sua qualidade de vida vem diminuindo por causa de constantes situações estressantes, considere a possibilidade de recorrer a auxílio profissional, que lhe ajudará a avaliar seu estilo de vida, reconsiderar prioridades e treinar atitudes favoráveis à sua saúde e qualidade de vida.

8. Referências Bibliográficas

LIPP, Marilda N. Mitos e verdades sobre o stress. São Paulo: Contexto, 1996.

LIPP, Marilda N. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. Campinas: Papirus, 1994.

LIPP, Marilda N. Como enfrentar o stress. 3. ed. Campinas: Ícone, 1990.

FONTANA, David. Estresse. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

PIRES, Wanderley R. Qualidade de vida. 2. ed. Campinas: Cartgraph Editora S/A, 1996.

LEAL, Maria das Graças. O desafio do cuidador.

BORGES, Marcio F. Manual do cuidador.

ADAPTAÇÃO AMBIENTAL

Rosângela Lodi Queiroz
Terapeuta Ocupacional
CREFITO nº 3/6954

1. O que é Ambiente?

Segundo a Teoria de Espaço Vital, desenvolvida por Lewis em 1989, o ambiente pode ser definido como um complexo de objetos e pessoas familiares distribuído em um espaço, com funções e relações que são significativas para o indivíduo. Para este autor, além da casa, o espaço vital inclui a vizinhança, o espaço rural e o urbano. As propriedades do ambiente físico incluem: o espaço, disposição dos objetos, controle de equipamentos, altura das superfícies, iluminação, temperatura, ruído, umidade, vibração e ventilação, em conjunto com as dificuldades impostas pelas tarefas a serem realizadas pelo idoso, ou seja, preparar um alimento, vestir-se, transitar entre os cômodos, juntamente com o ambiente social (número de pessoas, valores individuais, expectativas e atitudes). Todo esse conjunto forma um complexo que atua sobre as capacidades apresentadas pelo idoso, de forma dinâmica e em constante mudança. (HOLM et. al, 2002)

2. Como é possível identificar um ambiente adequado para um idoso?

Ao longo da vida, os papéis sociais (trabalhador, pai ou mãe, avô ou avó, voluntário, entre outros) desempenhados pelo indivíduo vão criando novos ajustes entre as atividades (trabalho, lazer, socializar-se, etc.) e a utilização de novos espaços para a realização dessas atividades. Por exemplo, criar filhos pequenos determina a necessidade de criar novos espaços destinados às crianças para brincar e estudar. Quando adolescentes, os interesses mudam e o espaço ocupado pelo indivíduo deixa de ser infantil, preparando o espaço para a idade adulta.

O ambiente ideal para um idoso varia de acordo com o indivíduo. Este ambiente não deve ser restritivo, mas, sim, um facilitador do desempenho e da satisfação das necessidades físicas, psicológicas e sociais.

O que é um ambiente restritivo?

Um ambiente restritivo é composto de vários fatores (físicos ou sociais) que impedem ou restringem a ação do idoso, tornando-o dependente de outras pessoas para realizar suas tarefas. Por exemplo:

- Fator físico: “Um idoso necessita ir até a padaria, mas, entre a sala e o portão que dá acesso à rua, existe uma escada com muitos degraus. Como isso impede a sua saída todos os dias para ir comprar o pão, ele acaba solicitando que outra pessoa faça a compra por ele”.
- Fator social: “Uma idosa gosta de sair com suas amigas, mas a mudança da linha de ônibus do bairro faz com que suas amigas desistam do passeio. A idosa, não querendo ir sozinha, também deixa de sair”.

O que é um ambiente facilitador?

É um ambiente que favorece ao idoso fazer suas tarefas sem que para isso tenha que realizar muito esforço físico ou psicológico, ou mesmo necessite do auxílio de outra pessoa para realizar a tarefa. Por exemplo: “Um idoso mora com sua esposa e a ajuda nas tarefas cotidianas. Em sua casa, eles possuem um guarda-roupas com uma adaptação que permite que todas as peças de roupas fiquem a uma altura adequada e fáceis de pegar, sem que para isso seja necessário subir em escadinhas ou cadeiras. Os armários da cozinha também foram construídos seguindo esta mesma norma: ter uma altura adequada para os dois idosos. Isso permite que o idoso faça a arrumação do guarda-roupas e dos armários sem precisar de outras pessoas ou de algum equipamento. Não é necessário fazer nenhum tipo de esforço, diminuindo inclusive o risco de quedas”.

Podemos observar que o interesse e a satisfação das pessoas em seus espaços dependem:

- da oferta de recursos;
- da segurança;
- das características estéticas proporcionadas pelo ambiente.

A casa pode ser considerada o centro da maioria das atividades dos idosos. Por isso, eles devem ser capazes de exercer controle sobre o ambiente e, ao mesmo tempo, manter contato com o mundo que está a sua volta. (LEWIS, 1989).

Quando o ambiente produz dificuldades para a execução de tarefas simples, faz com que o idoso sinta-se incompetente e necessitando de auxílio constante.

3. Adaptação

Adaptar-se é ajustar-se, acomodar-se a determinadas situações.

Quando há uma diminuição da capacidade do idoso em realizar suas tarefas cotidianas, este indivíduo fica mais sensível às influências do ambiente. Ao manipular terapeuticamente o ambiente para acomodar uma capacidade diminuída do idoso, pode-se ser possível melhorar seu desempenho na tarefa desejada. (WILLARD & SPACKMAN, 2002).

O papel do profissional da saúde na prevenção inclui a eliminação de barreiras arquitetônicas, promoção da segurança no domicílio e planejamento de residências para idosos.

Então por que é tão difícil aceitar as adaptações?

Mesmo quando as adaptações venham a facilitar o desempenho do idoso, muitos preferem mudar seu comportamento ao invés de mudar o ambiente, porque ele está acostumado com a casa onde mora há muitos anos e acredita que não mudar nada facilita seu desempenho. Este idoso não percebe que houve mudanças no seu corpo que dificultam a realização das tarefas do dia-a-dia com satisfação, então ele prefere:

- diminuir a frequência do banho;
- lanchar ao invés de preparar uma refeição;
- restringir-se a determinados cômodos da casa;
- ser ajudado por outras pessoas

Por que é necessário fazer uma adaptação ambiental?

Um ambiente adaptado facilita o desempenho das tarefas cotidianas sem prejudicar o idoso, tornando-o mais independente.

Quando o ambiente oferece poucos estímulos para idosos que possuem várias habilidades, ele não é encorajado a adaptar-se continuamente, aos desafios apresentados no dia-a-dia, pelo ambiente. Por outro lado, quando o ambiente oferece muitos desafios e dificuldades, que estão além das capacidades do idoso, isto gera frustração, e o indivíduo não realiza as tarefas do dia-a-dia de forma independente e satisfatória.

A avaliação de um ambiente que necessita de adaptações deve ser realizada preferencialmente por uma equipe envolvendo profissionais como: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social, arquitetos e engenheiros (WILLARD & SPACKMAN, 2002). Uma avaliação completa deve incluir observação direta do domicílio, verificando a capacidade funcional do idoso, se há alguma alteração dos sentidos (visão, audição, paladar, tato, olfato), observar as relações deste idoso com a vizinhança e as dificuldades ambientais do bairro (MARTÍN & MARTINEZ, 2001).

4. Mas o que é desempenho?

Desempenho é a capacidade de ação do indivíduo para realizar tarefas do dia-a-dia e está dividido em:

- Desempenho Funcional: refere-se à ação motora (andar, alcançar, controle dos membros, etc.);
- Desempenho Cognitivo: refere-se às funções cerebrais (atenção, concentração, memória, raciocínio, etc.).

O Desempenho Funcional está relacionado à independência do indivíduo em realizar suas tarefas por si mesmo. Já o Desempenho Cognitivo está relacionado à autonomia, que é a liberdade pessoal, liberdade de decisão; a habilidade de agir ou realizar algo de acordo com a própria vontade ou orientação. É a qualidade de autogovernar-se e autodeterminar-se. (HAGERDORN, 2001).

Por exemplo:

- “Um idoso que sofreu um acidente vascular encefálico (derrame) e agora está necessitando usar uma cadeira de rodas, porque não consegue andar, possui uma dependência para mover-se, mas consegue ter autonomia de decidir aonde ir, ou o que quer fazer.”
- “Um idoso que possui uma deficiência cognitiva não consegue ter autonomia para decidir sobre aonde ir ou o que fazer, mas possui independência motora para andar, comer sozinho, tomar banho, etc., mesmo que supervisionado por outra pessoa.”

5. Conclusão:

Um ambiente adaptado às necessidades do idoso, levando em consideração sua história de vida e seus desejos, promove sua independência e diminui os riscos para sua saúde.

6. Observações importantes

TAPETES	Enroscar os pés no tapete	- Os tapetes devem fixar-se ao chão mediante um suporte antideslizante ou um adesivo de dupla face. Utilizar fita adesiva para tapetes, vendidos em lojas do ramo. Em certas ocasiões, é preferível evitar o tapete.
	Evitar perturbações visuais	- Evitar tapetes muito carregados, preferir cores mais suaves e modelos lisos.
CORTINAS	Apagar a luz para descansar e dormir	Escolher cortinas espessas ou, melhor ainda, complementar as cortinas com postigos ou persianas, para dispor, desta maneira, de uma dupla possibilidade: - criar escuridão absoluta fechando a cortina + persianas ou postigos; - debilitar a luz diurna para favorecer a sesta, correndo só as cortinas.
RELÓGIO	Dificuldade para ver a hora	- Escolher preferencialmente um despertador digital com caracteres brancos sobre um fundo contrastado (negro, café/marrom ou azul escuro). Comprovar que é possível distinguir as horas da manhã e da tarde, para situar-se no tempo.
	Dispor de indicações temporais	- Escolher um modelo simples com letras grandes de fácil leitura: números brancos sobre fundo contrastado (negro, café/marrom ou azul escuro), com esfera ou numérico, segundo os hábitos. Colocar o relógio à altura dos olhos numa localização que permita aproximar-se. - Um relógio cuco permite verificar o tempo que passa, indicando as horas de forma sonora e lúdica.
ARMÁRIOS	Manter um sistema de ordem baseado nos hábitos do idoso	- Na medida do possível, manter a roupa habitual. Respeitar as cores usadas habitualmente pelo idoso e seus gostos no vestir. - Ordenar a roupa por conjuntos completos, para evitar incoerências.
	Utilizar um sistema de desenhos	- Colocar nas portas e gavetas logotipos ou desenhos que representam o conteúdo dos armários.
	Limitar o número de vestimentas no armário e identificar o lugar preciso para vestir-se e despir-se	- Adaptar o número de objetos no armário aos hábitos do idoso, mas não lhe impedir o acesso ao armário, ainda que existam poucas coisas dentro dele.
	Perigo das gavetas abertas	- Facilitar o fechamento das gavetas, preferindo o sistema de deslizamento. - Organizar os compartimentos evitando o excesso de roupas nas gavetas.
	Ter acesso de forma adequada ao conteúdo	- Respeitar uma altura ideal: • entre o nível dos ombros e joelhos para as estantes; e • a altura dos olhos para o guarda-roupas. - Evitar sempre o uso de bancos.
	Escolher a roupa adequada	- Organizar os armários em sistema de rodízio durante o ano. - Deixar disponíveis somente as roupas utilizadas para a estação, guardando as demais em local inacessível para o idoso.
	Vestir-se de forma coerente	- Colocar as vestimentas de forma bem visível e na ordem em que devem ser vestidas. - Colocar um espelho, de forma que o idoso possa olhar-se de pé enquanto se veste. No caso de demência, nas últimas fases da doença retirar o espelho, pois o idoso não se reconhecerá e o espelho poderá causar confusão. - Supervisioná-lo de forma discreta.

	Risco de machucar-se com o armário ou com as portas abertas.	<ul style="list-style-type: none"> - Adotar o costume de abrir as portas de par em par. Se isto não é possível, as portas deslizantes ou dobráveis são mais seguras. - Proteger as pontas com protetores (de espuma) disponíveis nas lojas de artigos para crianças.
CORREDOR	Assegurar o equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar corrimão ao longo do corredor, à altura do quadril. - Evitar móveis ao lado da barra para não impedir o deslocamento. - Deixar somente os móveis indispensáveis e estáveis no local, na parede oposta à barra de apoio.
	Deslocamento com comodidade	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar revestimentos rugosos, pontiagudos ou de madeira (fonte de lascas).
CHÃO	Machucar-se com as paredes	<ul style="list-style-type: none"> - Contraste os rodapés, pintando-os de cor diferente da parede ou colocando fita refletora, para que o idoso note a presença de uma parede. - Evite qualquer revestimento áspero que possa machucar. - O quarto deve ter uma boa iluminação.
	Reduzir a desorientação	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar a cor do chão da das paredes e portas para melhor localização e identificação dos lugares. - Preferir as cores básicas para tudo o que seja sinalização e pontos de referência, pois pode ter um efeito estimulante.
	Localizar-se dentro da casa	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar faixas auto-adesivas coloridas para indicar um trajeto, cada quarto, início de uma escada. - O idoso poderá assimilar tudo isso desde que os procedimentos sejam adotados desde os primeiros estágios da doença, nos casos de demências.
	Dispor de calçado cômodo e de fácil colocação	<ul style="list-style-type: none"> - Preferir os sapatos fechados, bem firmes, com sola anti-deslizante e que não faça barulho: os pés estarão protegidos e o idoso terá uma boa pisada. - Preferir sapatos ou tênis sem cadarço. Quando isto não for possível, os fechamentos de velcro são mais práticos, ainda que os melhores sejam os cadarços elásticos, que transformam os sapatos de cadarço em sapatos compactos. - Evitar os sapatos que “fazem barulho”: de salto, sola de couro, etc.
TOMADAS	Escolha das tomadas	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher tomadas facilmente identificáveis.
	Colocar as tomadas altas	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar bases com tomadas múltiplas e interruptor e fixá-las em posição elevada ou em lugares inacessíveis ao idoso. - Não deixar cabos pendurados.
	Cuidados com as tomadas	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar protetores de tomadas, para evitar o risco de choque elétrico. Estes acessórios podem ser encontrados em lojas do ramo.
	Acordar e ter acesso ao interruptor de luz	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar um interruptor ao alcance da mão, para evitar que se desloque no escuro. - Podem ser úteis os interruptores luminosos.
	Escolha do abajur	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de escolher um novo abajur, comprovar sua estabilidade. - Preferir um modelo baixo com base larga, em lugar de um abajur fino e alto. - Colocar um material antideslizante debaixo do abajur ou, melhor ainda, colar este material diretamente debaixo da base. - Esconder bem os fios do abajur e ter certeza que não fiquem soltos pelo ambiente.
	Evitar que os cabos sejam arrastados	<ul style="list-style-type: none"> - Instalar a tomada do telefone de modo que os cabos fiquem fora das áreas de deslocamento: por trás da cama ou do criado mudo. - Os cabos nunca devem ficar atravessados no chão.
	Manter o contato	<ul style="list-style-type: none"> - Aproveitar todas as ocasiões para telefonar ao idoso:

TELEFONE	apesar dos transtornos de linguagem	<ul style="list-style-type: none"> • lembrar-lhe de tomar a medicação, de comer; • indicar um programa de TV ou rádio; • transmitir-lhe um recado. <p>- Sempre que possível manter o contato com pessoas queridas, conservando assim a iniciativa e a autonomia nas relações afetivas.</p>
	Memorizar como utilizar um telefone	<p>Enquanto o idoso for capaz de utilizar um telefone tradicional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preferir um modelo com tela, no qual se poderá comprovar o número que se está ligando; - de cor viva, fácil de localizar e de identificar; - colocar na memória os números utilizados com maior frequência e os números úteis, para simplificar o acesso a eles; não esquecer os números de urgência. O grau de simplificação do aparelho dependerá das capacidades do idoso: possibilidade de marcar um número ou a simplicidade de acesso aos números na memória, por exemplo.
COZINHA	Permitir o acesso ao conteúdo da dispensa	<p>Colocar à disposição:</p> <ul style="list-style-type: none"> - situar à altura dos olhos e da mão todos os alimentos que são utilizados com frequência; - evitar a disposição em profundidade: o idoso não gostará de dirigir a vista para uma área escura; - quando for possível, colocar gavetas deslizantes.
	Adequação da mesa	<ul style="list-style-type: none"> - Se tiver que mudar a mesa, escolher um modelo de ângulos arredondados. - Colocar uma fita refletora nas quinas da mesa para atrair a atenção do idoso ou utilizar protetores de quinas.
	Permitir uma supervisão discreta desde o começo da doença	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar um painel de vidro entre a cozinha e a área de estar, para poder estabelecer uma vigilância discreta e intervir em caso de necessidade.
	Louças e risco de quebrar	<ul style="list-style-type: none"> - Existem muitos acessórios de cozinha inquebráveis e estáveis: saladeiras de plástico, recipientes de metal antiaderentes para o forno ou de plástico para as microondas. - Manter uma organização, evitando empilhar os utensílios, oferecendo comodidade e segurança: utilizar todas as superfícies disponíveis até a altura dos olhos.
	Bater com a janela aberta	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar a abertura da janela, com um dispositivo de segurança, ou instalar um sistema de ventilação de abertura regulável, inserido no vidro. - A janela corredeira permanece aberta sem perigo, mas o idoso pode apertar os dedos ao manipulá-la, devido à falta de coordenação de seus movimentos. - A solução dependerá, uma vez mais, do equilíbrio entre as vantagens e desvantagens dos diferentes sistemas, com o fim de assegurar a comodidade e a segurança do idoso de acordo com seu estado.
ESCADAS	Enxergar bem as escadas	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar pelo menos dois interruptores de luz, para poder acender a luz na parte superior ou inferior da escada. - Quando for possível, preferir um sistema de acendedor automático com detecção de movimento: a luz se acende cada vez que alguém passa e se apaga depois de um certo período regulável. - Instalar o detector muito antes dos primeiros degraus. - Regular o dispositivo de forma que o idoso tenha o tempo suficiente para subir ou descer as escadas. - Cuidar para que os pontos de luz cubram bem todo o percurso, desde embaixo até o topo da escada. - Em nenhum momento o idoso deve encontrar uma área de sombra.
	Risco de quedas	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar uma faixa colorida na parte inferior e superior da

		<p>escada, para assinalar o começo e o fim da mesma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retirar da escada de tudo aquilo que pode provocar queda. - Em casos de maior necessidade, instalar uma barreira em cada extremo para bloquear o acesso à escada. Neste caso, manter esta área na sombra para que o idoso se mantenha afastado dela.
	Subir e descer as escadas	<ul style="list-style-type: none"> - Dar destaque às bordas dos degraus para que o idoso tome consciência da amplitude do movimento necessário. - Escolher um piso antiderrapante. Se utilizar tapete, cole-o na escada. - Colocar corrimões.
PORTAS	Socorrer o idoso em caso de acidente e/ou bloqueio da porta	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar as fechaduras com chave. - Preferir as fechaduras manejáveis tanto no interior como no exterior. - Considerar inverter o sentido de abertura da porta (para o exterior do banheiro), ou instalar uma porta corrediça ou sanfonada, segundo as possibilidades. - Utilizar maçanetas tipo alavanca.
	Ter acesso ao banheiro pela noite	<ul style="list-style-type: none"> - Manter livre o acesso ao banheiro em todas as circunstâncias e em qualquer momento. - Manter a luz acesa em todo o trajeto e também no banheiro, para que o idoso não se inquiete e queira recuar. - Deixar a porta do banheiro aberta.
	Evitar a fuga	<ul style="list-style-type: none"> - Pintar a porta de entrada da mesma cor que as paredes ao lado dela para não chamar a atenção do idoso, ou escondê-la atrás de uma cortina de tela. - Mudar a fechadura, modificar a localização ou adicionar um ponto de bloqueio num lugar não habitual pode bastar para impedir que o idoso a abra. - Instalar um sistema de segurança de maneira que o idoso não possa sair sem ajuda (por exemplo, uma corrente de segurança, desde que o idoso já não esteja habituado com ela).
	Reconhecer a casa	<ul style="list-style-type: none"> - Pôr uma marca distintiva, um sinal ou um adesivo no exterior da porta de entrada para que o idoso possa reconhecê-la.
BANHO	Entrar e sair do chuveiro	<ul style="list-style-type: none"> - Instalar barras de apoio retas, dentro e fora do box ou banheira, com auxílio de um profissional. - As barras devem ser fixadas em alturas diferentes, para quando o paciente estiver em pé ou sentado. - Verificar com o idoso quais são as alturas mais adequadas e os melhores ângulos de inclinação. - Colocar barras que não sejam escorregadias, mesmo que estejam molhadas.
	Lavar-se em pé	<ul style="list-style-type: none"> - Incentive a utilização de um assento de chuveiro: um assento específico, um banquinho ou uma cadeira de plástico, com ou sem braços e que possam ser colocados sob o chuveiro ou fixados na parede. - Prefira um assento com recorte para o asseio íntimo, para que o idoso não tenha que se levantar durante o banho. - O assento deve ser removível, caso o banheiro também seja utilizado por outras pessoas. - Antes de comprá-lo, prestar atenção ao tamanho, que deve deixar suficiente espaço no chuveiro. - Existem pequenos banquinhos muito estáveis cujos pés contêm ventosas. - Os acessórios de asseio (luva, sabão, xampu), bem como o chuveirinho, devem estar situados ao alcance do idoso.
	Risco de queda no chuveiro	<ul style="list-style-type: none"> - Escolher um tapete antideslizante que tenha ventosas, da mesma cor da cerâmica, para não causar incômodo ao idoso. - O uso de sabão líquido reduz o risco de escorregar e cair.

	Evitar molhar o chão	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar um tapete felpudo para a saída do chuveiro; ele absorverá a água e, assim, o idoso correrá menor risco e se deslocará mais comodamente pelo banheiro. - Para que o tapete de banho se mantenha em seu lugar, escolher um modelo antidesslizante ou coloque um material antidesslizante embaixo do tapete tradicional.
	Ter acesso ao papel higiênico	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar o suporte do papel higiênico ao alcance da mão, tentando que os braços do elevador do vaso ou as barras de apoio presas na parede não impeçam o acesso. - Escolher um modelo simples e prático. Optar por <i>dispenser</i> de folhas.
SALA	Estar comodamente sentado	<ul style="list-style-type: none"> - Deixar que o idoso disponha de todo o tempo necessário para comer, para que possa se virar sozinho da melhor maneira. - Pôr música de fundo suave durante a comida lhe ajudará a estar descontraído. - Dispôr da presença de outra pessoa que servirá de modelo em quem "apoiar-se" (manejo dos talheres, etc.). - Numa poltrona regulável, ajustar a altura do assento: ângulo coxa/panturrilha a 90° no mínimo. - Comprovar que o assento da poltrona esteja totalmente horizontal. - Se levantar for muito difícil, colocar uma almofada elevadora sobre o assento da poltrona existente. Isto facilitará para que o idoso se levante. - Outra possibilidade é a poltrona com função elevadora elétrica: acompanha o movimento para levantar-se ou sentar-se. Se escolher este modelo, selecionar as outras opções desejadas: elevar pernas, inclinação do encosto, repousar os pés, etc.
	Deixar o ambiente mais confortável	<ul style="list-style-type: none"> - Ter em conta a mesa de refeitório para escolher um assento com as seguintes características: <ul style="list-style-type: none"> • encosto alto e envolvente para manter-se bem reto, o que melhora a ingestão; • superfície de assento cômoda e totalmente horizontal para levantar-se facilmente; • altura que permita um ângulo coxa/panturrilha ao redor de 90° (normas de referência ergonômica).
	Personalizar o ambiente	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar objetos pessoais, tais como: fotografias familiares, eventos significativos, viagens, elementos que tragam recordações.
	Comer quente	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar o prato no forno de microondas para reaquecer o conteúdo. - Também se podem usar pratos térmicos, que conservarão o calor dos alimentos.
	Evitar distrações	<ul style="list-style-type: none"> - Contrastar a toalha de mesa: <ul style="list-style-type: none"> • com relação ao ambiente, para facilitar a localização da mesa; • com relação aos pratos, para simplificar a colocação dos talheres e a localização dos acessórios de mesa. - Preferir cores lisas ou estampados simples, não muito "carregados", para não distrair o idoso.
	Sujar a toalha de mesa	<ul style="list-style-type: none"> - Para facilitar a limpeza, utilizar um jogo americano, uma toalha de mesa que não precise de ferro ou uma toalha plastificada. - Há vários tecidos tratados que não absorvem os líquidos "de uso doméstico": podem ser limpos simplesmente passando uma esponja, ser lavados à máquina e existem em cores muito diversas.
	Minimizar as	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar o idoso a ir regularmente ao banheiro: ao levantar-

USO DO SANITÁRIO	conseqüências da incontinência	se, depois de cada refeição, antes de deitar-se; aproximadamente a cada duas horas durante o dia. - Respeitar os hábitos adquiridos para determinar o ritmo a ser estabelecido. - Utilizar um protetor de colchão impermeável, suave e ajustável.
	Evitar as idas ao banheiro durante a noite	- Utilizar uma cadeira-bacia ou "cadeira perfurada". - Para levantar-se sem dificuldade, ajustar a altura do assento baseando-se numa posição de referência: pé no chão/joelho a 90° aproximadamente. - Escolher uma cadeira estável com braços e de largura adaptada ao corpo do usuário. - Não esquecer as outras precauções indispensáveis para a segurança nos deslocamentos noturnos: iluminação ou luz piloto no corredor de acesso do vaso, barras de apoio em todo o trajeto, etc.

Fonte: A Casa Virtual – Novartis

7. Referências Bibliográficas

A CASA VIRTUAL. Novartis. n. R504/11/2007.

Associação Americana de Terapia Ocupacional. The guide to occupational therapy practice. Am J. Occup. Ther. (AJOT). 1999; v.53. p.247-318.

BARRETO, K. M. L. & TIRADO, M. G. A. Terapia Ocupacional. IN: FREITAS, et. al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.867-871.

CHRISTIANSEN, C. & BAUM, C. Understanding Occupation definitions and concepts. In: CHRISTIANSEN, C. & BAUM, C. Enabling function and well-being. NJ:SLACK Incorporated,1997. P.2-25.

HAGEDORN, R. Fundamentos da Prática em Terapia Ocupacional. São Paulo: Dynamis Editorial, 1999.

HASSELKUS, B. R. Discapacidade funcional em anciãos. In: HOPKINS, H. L.; SMITH, H. D. Terapia Ocupacional. Espanã: Editorial Medica Panamericana, 1998. P.742-752.

HOLM, M.; ROGERS, J.; STONE, R. Intervenções de pessoa-tarefa-ambiente: um guia para tomada de decisão. NEISTADT, M.; CREPEAU, E. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 438-62.

LEVY, S. M. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: REICHEL, (Col.) et al. Assistência ao idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 5. ed. p. 15-29.

LEWIS, S. Elder care in occupational therapy. Thorofare: Slack Incorporated, 1989.

LÓPEZ, B. Terapia Ocupacional en Geriatria: 15 casos prácticos. Madrid: Médica Panamericana, 2001, p. 239-54.

MARTÍN, L.; MARTINEZ, J. Un caso clínico de ayudas técnicas y adaptación del entorno.

PERRACINI, M. R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. IN: FREITAS, et. al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.798-871.

COGNIÇÃO E FALA DO IDOSO

Renata Bertagnoli Doandeli
Fonoaudióloga
CRFa 14181

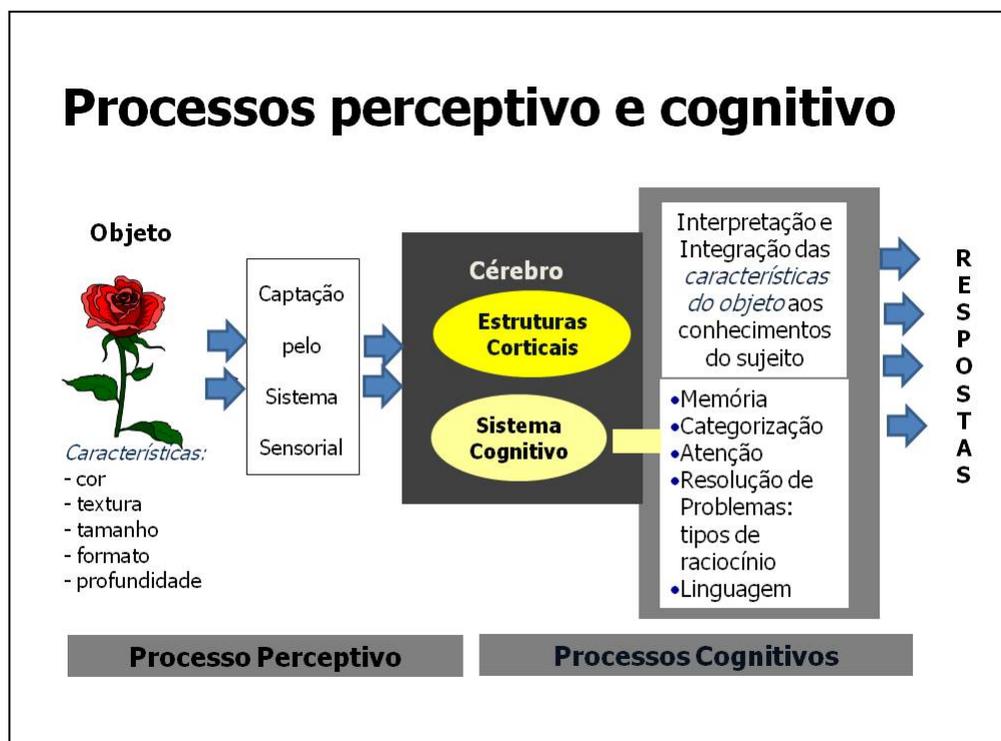
A Fonoaudiologia tem como objetivo a habilitação e/ou a reabilitação, assim como a busca de uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

A Fonoaudiologia Gerontológica, ou Fonoaudiologia da Terceira Idade, propõe-se não somente a tratar as patologias, mas também a acompanhar todo o processo de envelhecimento, com seus aspectos biológicos e psicossociais, garantindo, assim, uma manutenção e intensificação das funções físicas e cognitivas do idoso.

1. O que é Cognição?

São mecanismos mentais que agem sobre a informação sensorial, ou seja, informações captadas pelo Processo Perceptivo (envolvendo os sentidos: visão, audição, tato, olfato, paladar), que mandam estas informações para as estruturas corticais e o sistema cognitivo, envolvido na capacidade de buscar a sua interpretação, classificação e organização, e que envolve as habilidades de memória, atenção, linguagem, raciocínio abstrato e a capacidade do sujeito para gerar estratégias de solução de problemas, em resposta a condições de estimulação mutáveis.

Em resumo, a cognição é um conjunto de atividades e processos pelos quais um organismo adquire informação e desenvolve conhecimento, ou seja, é a capacidade de aprender e lembrar.



2. O que é a Fala?

É a capacidade que o ser humano tem de emitir sons inteligíveis (que podem ser entendidos), combinando sons e formando palavras. É um processo complexo que depende do sistema neuromuscular e do sistema cognitivo. O sistema fonatório utiliza órgãos do sistema respiratório, como cavidade nasal, cavidade oral, laringe, pregas vocais e o processo de respiração. Quando o ar é expelido, é produzida a fala. O sistema digestório também é utilizado, como cavidade oral, língua, dentes e a orofaringe.

O processo de envelhecimento causa um declínio natural de todas as funções do organismo. No que diz respeito à área cognitiva, o declínio cognitivo ocorre como um aspecto normal do envelhecimento.

“As pessoas idosas, fisicamente ativas, têm capacidade semelhante à das pessoas jovens ativas. Isso significa que alguns processos fisiológicos, que diminuem com a idade, podem ser modificados pelo exercício e pelo condicionamento físico. O envelhecimento humano é um processo biológico natural, e não patológico, caracterizado por uma série de alterações morfo-fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acontecem no organismo ao longo da vida.” (Argimon & Stein, 2005).

Peso do Cérebro

- Recém-nascido: 280 gramas
- Aos 20 anos: 1200 gramas
- Aos 90 anos: 90% do peso da juventude
- Maioria das perdas ocorre nas células da Glia, sendo que os neurônios perdem 5 gramas em 50 anos.
- Tronco Cerebral: perda mínima
- Hipocampo: perda de 10 a 60%
- Córtex: as perdas dependem da área afetada

Com relação às habilidades cognitivas, Bee (1997) salienta que, dos 65 aos 75 anos, algumas das mudanças cognitivas são sutis ou até inexistentes, como é o caso do conhecimento de vocabulário. Entretanto, ocorrem declínios importantes na medida em que envolvem velocidade ou habilidades não exercitadas.

Em idosos saudáveis, as mudanças no cérebro geralmente são modestas e fazem pouca diferença no funcionamento (Papalia & Olds 2000). Cada fase da vida é influenciada pela que a antecedeu e irá afetar a que virá a ocorrer. Pode-se dizer que a programação genética pode limitar a duração máxima da vida, mas fatores ambientais e de estilo de vida podem afetar o quanto uma pessoa se aproxima do máximo de sua existência e em que condições. Neste aspecto, vão influenciar as condições que a família ou o cuidador oferecem ao idoso.

Quando existe um problema que esteja relacionado ao sistema nervoso central, este pode afetar a cognição, piorando o desempenho do sistema cognitivo (principalmente no controle de tempo) e pode interferir na capacidade de aprender e lembrar. O processamento mais lento de informações pode fazer com que pessoas com mais idade não entendam quando informações são apresentadas muito rapidamente ou sem muita clareza.

O acidente vascular encefálico, Alzheimer e a Doença de Parkinson são as principais patologias neurológicas que acometem os idosos.

3. O que o cuidador e/ou a família podem fazer para estimular a Cognição e a Fala do idoso?

- Estimular;
- Preservar;
- Motivar;
- Auxiliar;
- Cuidar.

Sugestões práticas:

- Perda de memória: Auxílio na memória de curto prazo;
- Desorientação no tempo e espaço: Estabelecer rotinas com calendários, agendamento e pistas favoráveis;
- Transtornos com linguagem: Reduzir frases e criar técnicas alternativas de comunicação;
- Transtornos com atenção: Manter a comunicação rápida e agradável;
- Perda de iniciativa: Tomar decisões e facilitar as escolhas.

Orientações básicas:

- Estabelecer rotinas simples;
- Combinar vários estímulos (visual, auditivo, tátil e gustativo);
- Evitar falar rápido;
- Criatividade nas pequenas dificuldades de vida diária;
- Falar com voz clara, alta, calma e nunca gritar;
- Reforçar palavras com abraços e afeto;
- Usar a música para trazer bons momentos vividos;
- Continuar com as atividades sociais ajuda muito na auto-estima do indivíduo;
- Usar frases curtas e simples;
- Utilizar várias pistas, mas dar uma instrução de cada vez;
- Manter contato visual toda vez que falar com o indivíduo;
- Usar fotos e álbum de família;
- Agendas e calendário auxiliam na rotina do indivíduo e da casa.

“Uma pessoa permanece jovem na medida em que é capaz de aprender, adquirir novos hábitos, e tolerar contradições.” (Maria Von Ebner-Eschenbach)

4. Referência Bibliográficas

Argimon, I.L.; & Stein, L. M. (2005). Habilidades Cognitivas em Indivíduos muito Idosos: Um Estudo Longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 1, p. 64-72.

Argimon, I.L.; Aspectos cognitivos em idosos. Aspectos cognitivos em idosos.

Introdução ao estudo da Medicina II" (MED-7002), em 05/ novembro/ 2004, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Conferência realizada no Departamento de Medicina Preventiva e Social em 27 de abril de 2001 - *Seminários Saúde e Trabalho* (Júlia Issy Abrahão - Universidade de Brasília)

Material de aula do Módulo: "Fonoaudiologia Gerontológica", do curso de Pós-Graduação em Fonoaudiologia Hospitalar da Universidade Veiga de Almeida, ministrada pela Professora e Fonoaudióloga Cíntia Ramos (2001).

DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO

Michele Rodrigues
Fonoaudióloga
CRFa – 13130

Alterações na deglutição podem ser decorrentes de causas diversas e ocorrem em qualquer fase da vida, desde um indivíduo recém-nascido até o idoso. Entretanto, as pessoas idosas apresentam alto risco para a disfagia em consequência do processo natural do envelhecimento e maior prevalência de doenças que causam o quadro disfágico.

1. O que significa disfagia?

São alterações que ocorrem na deglutição (ato de engolir). Não é uma doença e sim um sintoma resultante de causas diversas, que podem levar a complicações graves e até a morte.

2. Quais são as causas de disfagia?

- Doenças Neurológicas e/ou Degenerativas (Demências, Parkinson, Alzheimer, Esclerose Lateral Amiotrófica, Paralisia Cerebral, Traumatismo Crânio-Encefálico, Acidente Vascular Cerebral, etc.)
- Doenças com Alterações Anatômicas (tumores, operações, radioterapias, etc.)
- Alguns medicamentos podem causar efeitos que comprometem a deglutição, como: muita sonolência; diminuição da movimentação da musculatura dos órgãos fonoarticulatórios; desordem no movimento da fala (por exemplo, fala pastosa); aumento ou diminuição da saliva (por exemplo, os remédios antidepressivos e antistamínicos).

3. Complicações que podem ocorrer em consequência da disfagia:

- Desidratação e deficiências nutricionais;
- Redução ou falta de apetite;
- Isolamento social;
- Infecções respiratórias: Broncopneumonias de repetição;
- Óbito.

4. Quais sintomas podem indicar alteração da deglutição?

Durante a alimentação:

- Dificuldade em manter o alimento na boca;
- Dificuldade de mastigação;
- Aumento no tempo para engolir o alimento;
- Tosses e engasgos frequentes;
- Regurgitação de alimento pelo nariz;
- Regurgitação de alimento já deglutido;
- Sensação de obstrução na região do pescoço.

Logo após deglutir:

- Resíduos de alimentos acumulados na língua / bochechas / lábios ou palato (céu da boca);
- Pigarro, tosse ou engasgo freqüente;
- Alteração da qualidade vocal (voz “molhada”).

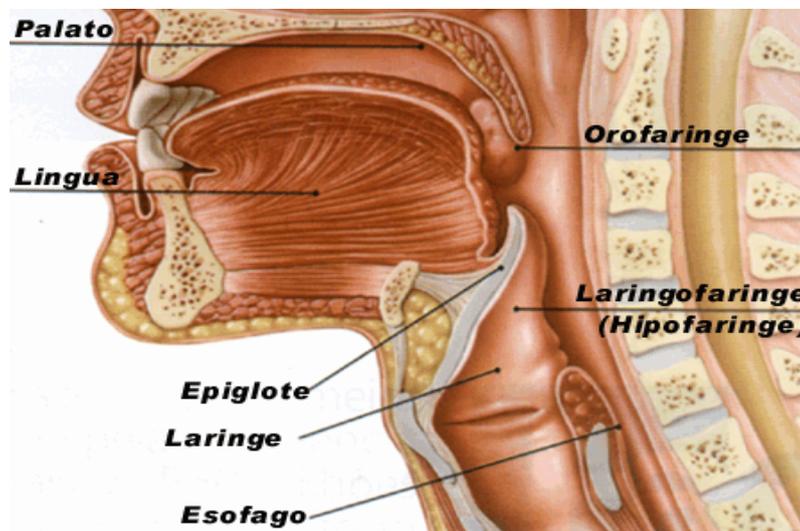
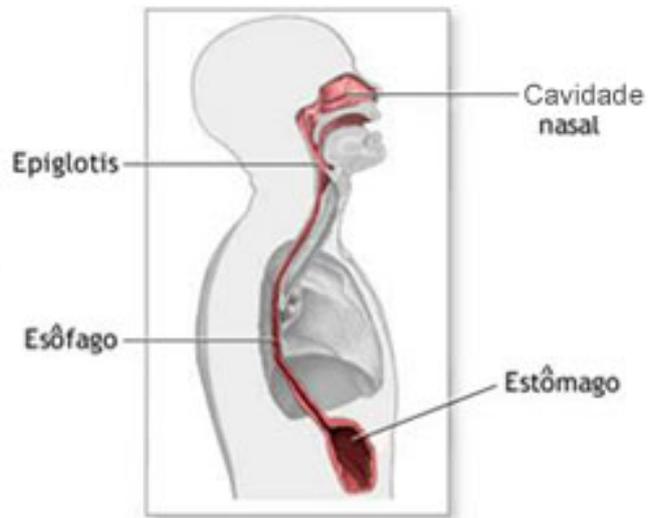
5. O que fazer quando o idoso apresentar estes sintomas?

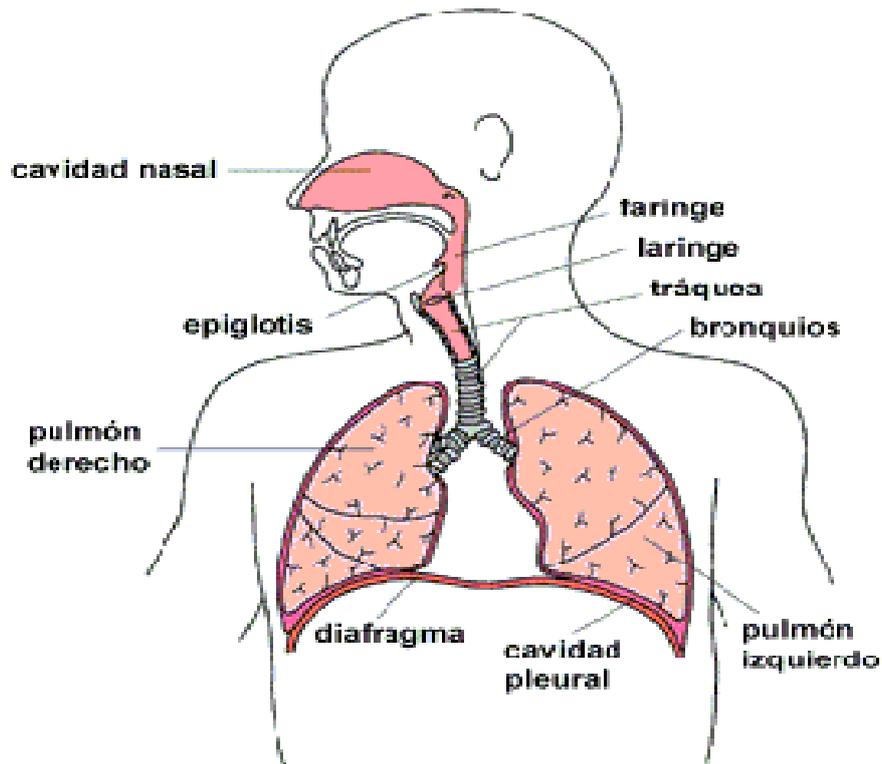
- Comunicar ao médico responsável pelo idoso.
- Avaliação fonoaudiológica.

6. O que é deglutição?

Para melhor entender as alterações, é preciso conhecer o processo natural de deglutição e suas fases.

A deglutição é o transporte do alimentos/líquidos da boca, passando pela faringe e esôfago até o estômago. Engolir pode parecer muito simples, mas é um processo bastante complexo, envolvendo, principalmente, o sistema neuromuscular e o trato respiratório.





7. Quais são as fases da deglutição?

a) Fase preparatória

É a preparação antes de engolir (aroma, aparência dos alimentos e líquidos), partindo da mastigação (que vai desde a mordida do alimento ou captação do alimento em um utensílio), passando pela trituração com os dentes até a umidificação com a saliva, para a formação do bolo alimentar. Esta fase é voluntária e consciente.

- O idoso apresenta atrofia das papilas gustativas e diminuição do olfato que podem levar a falta de apetite.
- A diminuição na produção de saliva dificulta a formação do bolo alimentar.
- As falhas ou ausências dentárias, e a prótese mal adaptada, dificultam a mordida do alimento, a mastigação, muitas vezes machucando a gengiva.

b) Fase oral

O alimento é impulsionado pela língua, que leva o alimento para a faringe, disparando o reflexo da deglutição e promovendo o fechamento das áreas usadas na respiração, com o objetivo de evitar a penetração de alimento na região nasal e laríngea. Esta fase é voluntária e consciente.

- Muitos idosos permanecem por muito tempo com o alimento na boca, com dificuldade para iniciar a próxima fase, por apresentarem diminuição na força muscular e sensibilidade intra-oral.

c) Fase faríngea

É quando ocorre a contração de músculos da faringe, iniciando a movimentação peristáltica (reflexo de movimentos que transporta o alimento através da faringe e esôfago). Esta fase é voluntária e termina inconsciente.

Nesta fase podem ocorrer:

- Estases (resíduos de alimentos);
- Engasgos;
- Penetração no trato respiratório;
- Broncoaspiração.

d) Fase esofágica

É o transporte do alimento pelo esôfago até o estômago. Esta fase é involuntária e inconsciente.

- É comum o idoso apresentar diminuição dos movimentos da faringe e do esôfago, causando estase (parada) ou aumento do trânsito do alimento para o estômago (ou seja, o alimento demora para chegar ao estômago).

8. Quais os cuidados para oferecer com segurança a alimentação ao idoso?

Postura:

- Ele deve estar sentado;
- Se for acamado, deverá estar com o leito elevado de 80° a 90°;
- Após a refeição, manter o idoso sentado ou elevado no leito por no mínimo trinta minutos.

Ambiente:

- Tranquilo, evitar oferecer alimentação com televisão ou rádio ligado.

Atenção!

- O idoso deve estar sempre acordado durante a alimentação;
- Mastigar bem os alimentos;
- Comer sempre devagar;
- Se for dependente, oferecer quantidades pequenas e de forma lenta.
- O idoso com dificuldade de alimentação deve tomar medicamento macerado.
- Durante tosse ou engasgos, não oferecer líquidos ou qualquer alimento.

Cuidados importantes antes e após as refeições:

Adaptação da prótese dentária:

- Verificar se a prótese está larga;
- Observar se a prótese se movimenta durante a fala e alimentação;
- Verificar existência de ferimentos na gengiva;
- Observar se, após a alimentação, ficam resíduos embaixo da prótese;
- Checar estado de conservação da prótese: se está quebrada, trincada, etc.
- Durante tosse ou engasgos, não oferecer líquidos ou qualquer alimento, e não bater nas costas da pessoa.

•

☞ Apresentando qualquer um dos itens anteriores, procurar um dentista.

Higiene oral:

- Deve ser realizada antes da alimentação. Havendo presença de secreção na cavidade oral, utilizar escova de dente ou gaze, e água e/ou anti-séptico.
- Deve ser realizada após todas as refeições, para evitar a aspiração ou engasgos com resíduos alimentares.

Higiene oral do idoso disfágico:

A cavidade oral deve ser escovada e, em caso de restrição de líquidos, sem volume de água, higienizada com uma gaze úmida em água ou anti-séptico

Xerostomia (boca seca) é o ressecamento da boca:

- Ingerir água.
- Se o idoso apresentar alteração de deglutição, e quando referir estar com a boca seca, utilizar gaze umedecida em água.

9. Engasgos

Atenção: O procedimento de primeiros-socorros para engasgo é usar o número telefônico de emergência : Bombeiros – 193.

Em caso de **engasgo simples**, posicionar o idoso com a cabeça abaixada, para fechar a via respiratória e esperar a recuperação espontânea.

Não continue oferecendo alimento / líquidos em caso de engasgos repetitivos.

Engasgos e asfixia:

- Entre os sinais estão: acesso de tosse, seguido de engasgo, chiado súbito no peito, falta de ar repentina, rouquidão e lábios e unhas arroxeados.
- Se a aspiração de alimento ou do corpo estranho é parcial, pode-se tossir e esboçar sons.
- Quando se trata de uma aspiração total, não se emite ruídos, mas apresenta um quadro de asfixia ou falta de ar considerável e lábios arroxeados.

Manobra de Heimlich:

- 1) Coloque seus braços ao redor da pessoa em pé, de costas para você, pressionando sua mão fechada contra a cintura dela.
- 2) Com a outra mão, empurre com força sua mão fechada para dentro e para cima do tórax. A força do puxão deve partir de seus cotovelos. Dessa maneira você estará comprimindo a parte de cima do abdômen contra a parte de baixo dos pulmões para expulsar o ar restante que existe dentro deles, forçando a saída do objeto obstrutor.
- 3) Verifique a boca do idoso. Se o objeto for expelido, remova-o.



10. Referências Bibliográficas

JACOBI J. S., LEVY D. S., SILVA L. M. C. Disfagia: Avaliação e Tratamento, Revinter, RJ, 2003.

LOGEMANN, J. Evaluation and treatment of swallowing disorders, San Diego, Hills Press, 1983.

DOUGLAS CR. Fisiologia do processo de envelhecimento In: Douglas CR. Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia . São Paulo: Pancast ; 1998.

MARCHESAN n IQ. Distúrbios da motricidade oral. In: Russo IP Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

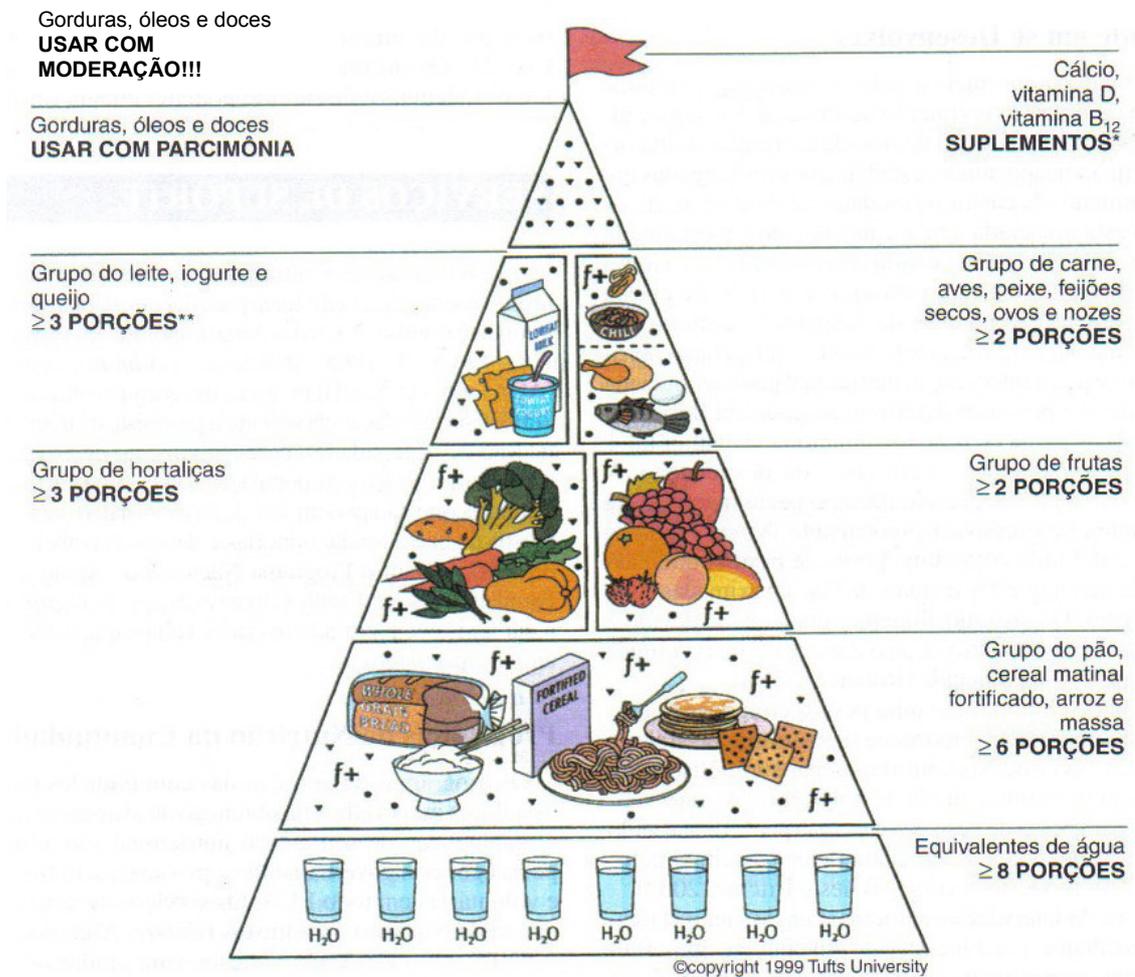
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO ENVELHECIMENTO

Ana Paula Maeda
Nutricionista
CRN nº 3/7074

1. Introdução

A alimentação saudável é um dos principais fatores que podem aumentar a qualidade e a expectativa de vida do ser humano.

Para facilitar o aprendizado sobre alimentação, foi desenvolvida a pirâmide alimentar, que é uma maneira simples de manter uma alimentação saudável. Você deve escolher pelo menos um alimento de cada grupo em cada refeição do dia, variando sempre que possível.



- Gordura (encontrada naturalmente nos alimentos e adicionada)
- ▼ Açúcares (adicionados)

f+ Fibra (deve estar presente)

Estes símbolos mostram gordura, açúcares adicionados e fibras nos alimentos

* Nem todos os indivíduos precisam de suplementos; consulte seu conselheiro para cuidados de saúde

** ≥ maior ou igual

O que significa uma porção de:

- **Gordura:** 1 colher (sopa) de óleo, margarina ou maionese.
- **Doces:** 1 fatia pequena de bolo, 1 colher (sopa) de açúcar, 4 unidades de bala.
- **Leite e derivados:** 1 copo de leite ou iogurte ou 1 fatia de queijo branco.
- **Carnes, feijões e ovos:** 1 bife pequeno de carne, ou 1 filé pequeno de peixe, ou ave; 1 ovo; ½ xícara de chá de feijão cozido.
- **Frutas:** 1 unidade média, ou ½ xícara (chá) de fruta picada, ou ¾ de xícara (chá) de suco natural.
- **Vegetais:** 1 xícara (chá) de folhas cruas, ou ½ xícara (chá) de vegetais crus ou cozidos.
- **Pães, cereais e massas:** 1 fatia de pão de forma ou ½ pão francês; ou ½ xícara (chá) de cereais (tipo granola, aveia), ou ½ xícara (chá) de arroz, ou macarrão cozido.

A alimentação é muito importante para nos mantermos saudáveis, mas também pode trazer problemas de saúde como: obesidade, hipertensão, diabetes, colesterol e triglicérides alto. Abaixo, estão algumas orientações gerais para estes problemas.

2. Obesidade

Evite longos períodos sem se alimentar, realizando 6 refeições ao dia, que podem ser divididas da seguinte maneira:

- Café da manhã
 - Lanche da manhã – 1 fruta
 - Almoço
 - Lanche da tarde
 - Jantar
 - Ceia – 1 copo de leite ou iogurte
-
- ✓ Inicie o almoço e jantar com salada crua;
 - ✓ Ao preparar os alimentos, prefira assar, grelhar, cozinhar ou refogar, evitando frituras;
 - ✓ Para o preparo dos alimentos, utilize pequena quantidade de óleo;
 - ✓ Prefira as frutas como sobremesas das refeições principais;
 - ✓ Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes do preparo;
 - ✓ Substitua o açúcar por adoçante;
 - ✓ Evite os seguintes alimentos: mel, frituras, doces de forma geral (balas, chocolate, etc.), sorvete (principalmente cremosos), refrigerante, toucinho, carnes gordas, aves com pele.
 - ✓ Mastigue bem os alimentos;
 - ✓ Realize as refeições à mesa; evitando desenvolver outras atividades enquanto se alimenta.

3. Hipertensão

Não use muito sal ao preparar os alimentos. Utilize temperos naturais como limão, alho, cebola, salsinha, cebolinha, orégano, cominho, coentro, manjericão, hortelã. Assim, você aumenta o sabor das preparações sem precisar colocar muito sal.

Abaixo seguem as receitas de dois molhos que testamos para vocês. Observem que não adicionamos sal. São ótimos para servir com saladas.

Molho de manjeriço

1 copo de iogurte desnatado
1 colher (sopa) de azeite
1 dente de alho
2 colheres (sopa) de folhas de manjeriço
2 colheres (sopa) de suco de limão
1 envelope de adoçante de aspartame
Bater todos os ingredientes no liquidificador

Molho de queijo

1 xícara (chá) de queijo minas sem sal, picado
1 pote de iogurte desnatado
1 colher (sopa) de suco de limão
1 colher (sopa) de orégano
Bater todos os ingredientes no liquidificador

Fiquem atentos aos produtos enlatados e industrializados, pois eles contêm muito sódio. Olhem sempre o rótulo.

4. Diabetes

No diabetes, é preciso controlar a taxa de açúcar no sangue. Os diabéticos devem **evitar** o consumo de alimentos que provoquem o aumento rápido dos níveis de açúcar no sangue, como: açúcares, doces e refrigerantes, e o consumo de pão, arroz, massa e batata **numa mesma refeição**, podendo optar por um destes alimentos de cada vez.

O que fazer, então?

- substituir o açúcar por adoçante;
- aumentar a ingestão de fibras, encontradas nos seguintes alimentos: verduras, legumes, frutas e alimentos integrais;
- fracionar as refeições, fazendo 6 pequenas refeições ao dia (café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia);
- beber de 8 a 10 copos de líquidos por dia, dando preferência ao consumo da água;
- praticar uma atividade física.

Toda fruta é permitida ao diabético, mas não se deve exagerar.

5. Colesterol alto

O colesterol é um tipo de gordura presente naturalmente no organismo. Só que quando produzimos ou consumimos muito colesterol, ele pode formar placas de gorduras nas paredes das artérias (chamadas de ateromas) e até entupi-las completamente. Se a artéria entupida estiver localizada no coração, ocorre um infarto, e se estiver no cérebro, um AVC (acidente vascular cerebral). Portanto, evite os seguintes alimentos:

Carnes: de galinha ou frango preparados com a pele (asa, carcaça, pé); bovina como costela, rabada, acém, cupim, picanha, alcatra com gordura, mocotó; carne seca gorda ou defumada; de porco.

Vísceras: fígado, bucho, miolo, rim, coração, miúdos de galinha, etc.

Embutidos: lingüiça, salsicha, paio, chouriço, mortadela, salame; e outros como: presunto, apresuntado, toucinho, bacon.

Frutos do mar: camarão, marisco, ostra, siri, etc.

Leites e substitutos: leite integral, queijos (prato, provolone, parmesão, Polenguinho, mussarela, Catupiry), requeijão, etc.

Molhos: à base de maionese, creme de leite.

Sopas: à base de creme de leite.

Gorduras: gordura de coco, azeite de dendê, banha de porco, manteiga, gordura hidrogenada, creme de leite, chantilly.

Salgadinhos: todos os industrializados, batata frita, pastéis, coxinha, empadas, etc.

Pães e biscoitos: pães gordurosos, com recheios cremosos, croissant, biscoitos amanteigados e recheados, etc.

- ✓ Evite frituras. Dê preferência a alimentos grelhados, assados ou cozidos, preparados com pouco óleo. Utilize sempre óleo vegetal (soja, milho, girassol, canola, etc);
- ✓ Retire a gordura aparente das carnes e a pele do frango antes do preparo. Dê preferência a carnes magras, como: patinho, coxão mole, coxão duro, lagarto, alcatra;
- ✓ Consuma maior quantidade de fibras: verduras, frutas (com exceção do coco), leguminosas (feijão, grão de bico, lentilha, ervilha, soja), cereais (farelo de aveia, farelo de trigo, etc.);
- ✓ Aumente o consumo de água para 8 copos/dia;
- ✓ Reduza o consumo de ovos a 1 unidade por semana, desde que este não seja frito. Atenção às preparações à base de ovos: massas, panquecas, bolos, tortas, etc;

6. Triglicérides alto

O Triglicérides é um outro tipo de gordura presente no sangue e, que em níveis elevados, também pode provocar vários problemas no coração. Além de seguir as recomendações descritas para o colesterol alto, é preciso também evitar o excesso dos alimentos listados abaixo, pois eles podem se transformar em triglicérides:

- | | |
|------------------|-----------------|
| - álcool | - geléias |
| - açúcar | - mel |
| - doces | - refrigerantes |
| - farinha branca | - pão branco |

7. Nutrição enteral

Quando a alimentação pela boca é impossível ou insuficiente, as necessidades nutricionais podem ser satisfeitas por meio da nutrição enteral. Neste caso, um tubo fino, macio e flexível, chamado sonda nasoenteral, pode ser passado, pelo nariz, até o estômago ou até o intestino delgado.

A dieta fornecida por sonda é chamada dieta enteral e é planejada para fornecer todos os nutrientes normalmente ingeridos pela boca e que são essenciais à recuperação e à manutenção da saúde. Existem dois tipos de dieta enteral:

Dieta caseira: é uma dieta que você prepara na sua casa com alimentos em sua forma natural (leite, mel, açúcar, óleo vegetal, caldo de carne, farinhas, ovo, etc.) e que deve ser liquidificada e, se necessário, coada. É necessária uma adequada combinação de alimentos para que a dieta esteja completa e equilibrada. Portanto, siga a receita fornecida e orientada pelo nutricionista. Após o preparo da dieta, conservá-la na

geladeira em recipiente tampado, de preferência vidro ou louça. Retirar da geladeira apenas a quantidade que irá passar pela sonda, 15 a 30 minutos antes. A dieta pode ficar na geladeira até 24 horas após o seu preparo. Em caso de sobras após esse tempo, desprezar e preparar uma nova dieta.

Dieta industrializada: é uma dieta pronta, balanceada, possuindo todos os nutrientes necessários. Pode ser em forma de pó, que deverá ser misturado com água, ou sob a forma líquida, pronta para ser usada.

Se utilizar a dieta industrializada:

- Verificar se a embalagem está dentro do prazo de validade e se não está danificada;
- Lavar a embalagem com água e sabão antes de abri-la;
- Utilizar a quantidade de dieta prescrita pelo nutricionista;
- Utilizar a quantidade de água filtrada e fervida recomendada;
- Se for líquida, agitar bem antes de abrir;
- Seguir a quantidade prescrita pelo nutricionista em cada horário.

Alimentação por sonda – Dieta caseira

Sopa 1

Ingredientes:

Abóbora japonesa ou moranga (picada) – 1 pires de chá

Inhame (picado) – 1 pires de chá

Escarola – 3 folhas

Tomate sem pele e sem semente – ½ unidade

Carne – 1 bife pequeno (do tamanho de 1 carta de baralho)

Óleo – 2 colheres (sopa)

Temperos – alho, cebola e sal

1 litro de água para cozinhar

Modo de preparo:

Refogar os temperos com o óleo, acrescentar as hortaliças e por último a água. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam bem macios. Ir acrescentando água conforme for secando. Depois de pronta, dividir a sopa em duas partes iguais. Guarde a que não será usada na geladeira. Pode ser guardada por 24 horas. Na hora de liquidificar, acrescentar 1 colher (sopa) de azeite e 1 colher (sopa) de farelo de aveia. A sopa deve estar em temperatura ambiente para ser administrada ao paciente.

Custo da preparação: R\$ 2,89

Sopa 2

Ingredientes:

Batata – ½ unidade

Abóbora – ½ pires de chá

Arroz cru – 1 colher (sopa)

Fubá – 1 colher (sopa)

Espinafre – 1 ramo

Filé de peito de frango – 1 filé pequeno (do tamanho de 1 carta de baralho)

Óleo – 2 colheres (sopa)

Temperos – alho, cebola e sal

1 litro de água.

Modo de preparo:

Refogar os temperos com o óleo, acrescentar as hortaliças e por último a água. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam bem macios. Ir acrescentando água conforme for secando. Depois de pronta, dividir a sopa em duas partes iguais. Guarde a que não for usada na geladeira. Pode ser guardada por 24 horas. Na hora de liquidificar, acrescentar 1 colher (sopa) de azeite e 1 colher (sopa) de farelo de aveia. Não esqueça: a sopa deve estar em temperatura ambiente para ser administrada ao paciente.

Custo da preparação: R\$ 2,60

Variações:

Você pode mudar os vegetais da sopa para variar o sabor:

- 1) No lugar do inhame você pode usar a batata ou mandioca ou cará ou mandioquinha ou batata doce;
- 2) No lugar da abóbora: cenoura ou beterraba ou brócolis ou couve-flor;
- 3) No lugar da escarola: espinafre ou acelga ou agrião ou alface ou almeirão ou folhas em geral.

Mingau**Ingredientes:**

Leite – 1 copo de requeijão

Mucilon – 1 ½ colher (sopa)

Aveia – ½ colher (sopa)

Açúcar – 2 colheres (sopa)

Leite em pó – 1 colher (sopa)

Modo de preparo:

Misturar todos os ingredientes e levar ao fogo até ferver. Deixe esfriar para passar pela sonda.

Custo da preparação: R\$: 0,98 (com Mucilon) e R\$ 1,73 (com Sustagem)

Leite com fruta**Ingredientes:**

Leite – 1 copo de requeijão

Mamão ou abacate (picado) – 2 colheres (sopa)

Açúcar – 1 colher (sopa)

Modo de preparo:

Bater tudo no liquidificador, coar e passar pela sonda.

Custo da preparação: R\$ 0,62 (com mamão) e R\$ 0,45 (com abacate)

Quando o intestino estiver preso, o que fazer?

Você pode usar as preparações abaixo, no horário da manhã.

Preparação 1**Ingredientes:**

Mamão formosa – 1 fatia média ou ¼ do papaia

Ameixa seca – 6 unidades (sem caroço)

logurte – 1 colher (sopa)

Laranja – 1 unidade média

Modo de preparo:

Descasque a laranja e retire a pele branca. Bata tudo no liquidificador. Adicione água se necessário e passe no coador.

Preparação 2

Ingredientes:

Laranja – 1 unidade média

Mamão formosa – 1 fatia fina ou 1/5 do papaia

Abacaxi – 1 rodela média

Melancia com caroço – 1 fatia fina

Modo de preparo:

Descasque a laranja e retire a pele branca. Bata tudo no liquidificador. Adicione água se necessário e passe no coador.

A sonda é muito fina e pode entupir com facilidade, impedindo a passagem da dieta. Para evitar este problema, lavá-la antes e após a passagem da dieta ou do medicamento, utilizando uma seringa com 40 ml de água filtrada, fervida e em temperatura ambiente. Se a sonda entupir ou sair do lugar, procurar o serviço de saúde mais próximo.

8. Referências Bibliográficas

CUPPARI, L. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Nutrição Clínica. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. 1. ed. Manole, São Paulo, 2002.

MAHAN, L.V. & ESCOTT-STUMP, S. Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10. ed. Livraria Roca Ltda., Rio de Janeiro, 2002.

MARTINS, C.; MEYER, L.R.; SAVI, F. e MORIMOTO, I.M.I. Manual de Dietas Hospitalares. 1. ed. Nutroclínica, Paraná, 2003.

WAITZBERG, D.L. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3. ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2000.

A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL

Cláudia Spinelli
Odontogeriatría
CROSP 32323

“Cuidador” é um conceito novo que está em evidência. Partindo deste princípio, cabe ao cirurgião dentista orientar (ensinar) e motivar o cuidador a realizar uma boa higiene bucal e conseqüentemente auxiliar o cuidado (paciente).

1. Saúde Bucal:

Saúde bucal + Saúde geral = Saúde total

Necessitamos de uma boca saudável, não só para uma boa mastigação e digestão dos alimentos, mas também para preservar a saúde geral. Por exemplo, bactérias e resíduos alimentares podem ser aspirados e causar pneumonia aspirativa.

Importante: Sempre informe seu dentista sobre suas doenças e medicamentos que faz uso.

2. Principal causa da perda de um dente:

Cárie dentária e Doença periodontal: Essas doenças são ocasionadas pela placa bacteriana (película que se formam sobre os dentes, onde se aderem as bactérias).

Bactérias → Substancias tóxicas → Doenças
↓
Atacam dentes e gengivas

As placas bacterianas se formam todos os dias, porém podem ser removidas com uma correta higiene bucal. Caso não sejam removidas, a longo prazo podem evoluir para a formação de cálculos e, para removê-los, com a ajuda de um profissional.

O melhor método para o controle de placa bacteriana é mecânico (fio e escova dental), portanto esta é a chave principal para a prevenção das doenças gengivais e periodontais e das cáries.



só
o

3. Recursos para a remoção de placa bacteriana

Escovação: Recurso mais importante para a higienização. Inclui as escovas convencionais, unitufos interproximais e as elétricas. Embora as escovas apresentem diferenças entre si (dureza, altura e diâmetro das cerdas, número e distribuição de seus tufos, formas das cabeças, angulação dos cabos), o objetivo é a limpeza mais eficiente do maior número possível da superfície dentária e fácil manuseio pelo operador (habilidade).

- *Quando*: Sempre após qualquer tipo de refeição, durante mais ou menos cinco minutos, na frente do espelho e utilizando uma quantidade mínima de creme dental.
- *Como*: Posicioná-la entre os dentes e a gengiva, inclinada, com movimentos vibratórios, dente por dente, em toda a superfície, até que a placa bacteriana seja removida.

Importante: As escovas dentais não são eternas.

Escovação da língua: A língua deve ser higienizada diariamente. Pode-se utilizar uma espátula, palitos de sorvete ou limpadores de língua, raspando-a suavemente.

Com o envelhecimento, há uma diminuição do estímulo das papilas gustativas que compõem a língua, ocorrendo tendência ao abuso dos temperos, e exageros nas dosagens de sal e açúcar. Por isso, é importante realizar uma alimentação balanceada, prevalecendo as verduras, legumes e frutas, e diminuir os biscoitos, doces, salgadinhos e refrigerante, e aumentar a ingestão de água.

Indivíduos desdentados: A mucosa deve e precisa ser higienizada com pedaço de algodão ou gaze, embebido em água, e realizada após cada refeição, principalmente à noite antes de dormir.

Próteses totais (dentaduras) e próteses removíveis (pontes móveis): Devem ser escovadas com escova apropriada utilizando sabão neutro, pois a pasta ou creme dental possuem abrasivos que desgastam mais rápido os dentes artificiais. A higienização (limpeza) das próteses deve ser realizada após cada refeição. Principalmente antes de dormir, pois a placa bacteriana também se forma sobre as próteses e, se não forem removidas, podem provocar também doenças. Periodicamente, realizar a limpeza mais rigorosa das próteses de duas maneiras:

- Mergulhar em vinagre branco por uma hora a cada duas semanas;
- Mergulhar em solução de meio copo de água comum com três gotas de água sanitária por 30 minutos, duas vezes por semana, e em seguida lavar muito bem em água corrente.

Muito cuidado na limpeza das próteses para que não caiam e fraturem. Para evitar acidentes, deve-se colocar um pouco de água na pia, tampar e segurar a prótese bem próximo da água. **Caso a prótese quebre ou frature, nunca cole em casa, leve-a ao dentista.**

Importante: As próteses não duram a vida toda.

Outros cuidados:

- Examinar a prótese a cada dois ou três anos, com a ajuda do seu dentista, para verificar a sua adaptação e eventuais problemas que possa ter.
- As próteses fixas (coroas, jaquetas) deve ser limpas nos espaços entre os dentes com escovas interdentais e passadores de fio que servem para auxiliar na higienização.

Higienização em implantes: Após utilizar escova e fio dental, pode ser usado como complementação da escovação o aparelho Water Pik. Ele não substitui a escova. Implantes rosqueados são melhores para higienização. O desequilíbrio entre a defesa

do organismo e a infecção causada pela placa bacteriana pode levar a dois quadros clínicos:

- Mucosites: reações inflamatórias reversíveis nas quais a gengiva fica edemaciada, vermelha e com sangramento. É estabelecida através de acúmulo de placa.
- Peri-implantite: perda de inserção línica e perda óssea marginal. Presença de placa subgengival e ulceração do epitélio juncional. A doença peri-implantar parece ser uma realidade ignorada por muitos profissionais. Existe capacidade de colonização de bactérias na superfície dos implantes.

Fio dental: Realizar a higienização entre os dentes onde a escova não consegue alcançar.

- *Quando*: Usá-lo antes ou após a escovação.

- *Como*: Corte um pedaço de mais ou menos 30 cm, enrole uma ponta do fio no dedo médio de cada mão, prenda o fio esticado entre o polegar e o indicador, deixando livre um pequeno pedaço. Passe o fio entre os dentes sem pressionar a gengiva, fazendo movimentos de vai e vem. Retire o fio por um dos lados do dente e nunca por cima.

Flúor: Atua mais como prevenção. Reduz a cárie em seus estágios iniciais. Por isso as águas de abastecimento público são fluoretadas.

Creme dental e anti-sépticos bucais: Cuidado para não serem ingeridos.

4. Outras doenças da boca:

Candidíase: mais conhecido como “sapinhos”. Causado por fungos e aparece na parte interna da boca com aspecto de leite coalhado, placas brancas ou pontos avermelhados. Fatores desencadeantes: baixa resistência e higiene deficiente da boca e das próteses. É importante manter a boa higiene da boca e das próteses.

Herpes: Doença aguda, produzida por vírus e caracterizada pela formação de grupos de vesículas na mucosa, tais como bordas do lábio e narina.

Câncer Bucal: Feridas que não cicatrizam por mais de duas semanas. É importante estar atento a pequenas ulcerações indolores, com ou sem sangramento, manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, dificuldade de falar, mastigar e deglutir, emagrecimento acentuado, dor, presença de linfonódos.

Fatores de risco: Má higiene bucal, cigarro, consumo de álcool, exposição continuada à luz solar (usar filtro solar e chapéu de aba larga), próteses dentárias mal adaptadas ou quebradas (as próteses na sua quase totalidade não duram para sempre. É importante visitar periodicamente o dentista para uma avaliação), presença de restaurações quebradas, dentes fraturados ou com bordas cortantes.

5. Auto-exame da boca:

Pode ser utilizada uma técnica simples, que a própria pessoa pode fazer, com a finalidade de procurar lesões precursoras de outras doenças.

O que procurar:

1. Mudanças na cor da pele e mucosa (dentro e fora da boca).
2. Endurecimento.

3. Caroços.
4. Inchaços.
5. Áreas dormentes.
6. Sinais de nascença que aumentam de tamanho.
7. Regiões brancas ou avermelhadas sobre a mucosa e que não desaparecem.
8. Dentes quebrados ou amolecidos.

Como fazer:

Em local bem iluminado e em frente ao espelho. Caso tenha próteses, remova-as primeiro.

1. Verifique a pele do rosto e do pescoço, procure por algum sinal que não tenha notado antes.
2. Apalpe os lábios (superior e inferior).
3. Afaste a bochecha com o dedo indicador (dentro da boca) e examine a face interna.
4. Percorra toda gengiva, apalpando-a com a ponta dos dedos.
5. Coloque o dedo indicador embaixo da língua e apalpe todo assoalho da boca.
6. Incline a cabeça para trás, abra a boca o máximo possível e examine o céu da boca e o fundo da garganta. Apalpe o céu da boca.
7. Ponha a língua para fora e de um lado para o outro, e examine-a de todos os lados. Segure a língua fora da boca e apalpe-a em toda sua extensão.
8. Examine o pescoço. Apalpe o lado direito com a mão esquerda e vice-versa.
9. Apalpe por debaixo do queixo.
10. Olhe seus dentes: Verificar se há cáries.

Importante: Faça esse exame uma ou duas vezes por semana. Caso note alguma anormalidade procure o seu médico ou dentista mais rápido possível.

Atenção: Nem toda ferida ou machucado é câncer.

6. Referências Bibliográficas

1. Abreu MHNG, Castilho LS, Resende VLS. Assistência odontológica a indivíduos portadores de deficiência: o caso da associação mineira de reabilitação e escola estadual “João Moreira Salles”. Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte 2001; 37(2): 153.
2. Associação Brasileira de Alzheimer. Manual sobre a doença de Alzheimer.
3. Associação Brasileira do Câncer. Espaço do cuidador. Documento disponível no site: www.abcancer.org.br.
4. Baumgarten M, Batista RN, Infante-Rivard C, Hanley JÁ, Becker R, Gauthier S. The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. J. Clin Epidemiol. 1992; 45: 61.
5. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP 2002; 13(1): 133.
6. Gonçalves LHT, Silva YF, Pfeiffer S. O cuidador do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto domiciliar. Cogitare Enferm., Curitiba 1996; 1(2): 39.
7. Hilgert JB, Bertuzzi D, Hugo FN, Padilha DMP. Saúde bucal em portadores de DA e em seus cuidadores. Textos envelhecimento 2003; 6(1): 38.
8. Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresma MR. Cuidadores: as vítimas ocultas das doenças crônicas. Ver. Bras. Reumatol. 1998; 38(4): 189.

9. Prefeitura Municipal de Campinas (2005). Manual para cuidadores informais de idosos. Disponível no site: www.campinas.sp.org.br.
10. Paskulin LMG, Dias VRFG. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. 2002.
11. Ramos, LR. Envelhecimento populacional: um desafio à saúde pública. In: Pereira DM. Idosos: Encargo e patrimônio. São Paulo: Corpo Municipal de Voluntários. 1992; p. 60-72.
12. Saúde bucal em odontogeriatria (2005). Odontogeriatria orientação e cuidados com a saúde bucal para o público idosos. Disponível no site: www.saudetotal.com.
13. Silva MJP, Gimenes OMPV. Eu – o cuidador. O mundo da saúde 2000; 6(1): 306.
14. Wolff LDG, Gonçalves LS, Yede SB. Cuidar/Cuidado: Elementos e dimensões na perspectiva de pessoas internadas em hospitais de ensino. Cogitare Enferm. 1998; 3(1): 32.
15. Zarit SH. Research perspective on family caregiving. In: Cantor M. Family caregiving: agenda for the future. San Francisco CA: American Psychological Association. 1994; p. 9-24.
16. Zarit SH. Interventions with caregivers. In: Zarit SH, Knight BG. A guide to psychotherapy and aging. Washington, DC: American Psychological Association. 1997; p. 139-159.
17. Zimerman GI. Velhice aspectos Biopsicossociais. 2000. Ed. Artes médicas sul – Porto Alegre – 2000 cap 19 p. 83-84.

AUXÍLIO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD's)

Lúcia Regina de Sousa
Enfermeira
COREN-SP-161.741

1. Introdução – O envelhecimento

O processo natural do envelhecimento diminui a função de cada órgão de nosso corpo (coração, pulmão, rins, cérebro, fígado etc.). À medida que o tempo passa, cada órgão vai, pouco a pouco, quase sem percebermos, perdendo um pouco de função. A este processo chamamos de perda da capacidade funcional ou capacidade de funcionamento.

Numa população envelhecida, há aumento de doenças crônicas, isto é, doenças que não têm cura, como pressão alta, diabetes, reumatismos, doenças do coração, do pulmão, do fígado, demência, derrame, câncer e etc., que podem deixar marcas e complicações, levando à incapacidade, e dependência.

Entretanto, mulheres e homens estão vivendo mais, graças ao desenvolvimento da sociedade, melhorias das condições de vida da população e ao progresso das ciências. Na nossa realidade, a maioria das pessoas incapacitadas é cuidada pelas famílias ou por instituições de longa permanência. Um grande desafio que a longevidade aumentada coloca é o de conseguir uma sobrevida cada vez maior com qualidade de vida melhor.

2. Avaliação da habilidade funcional

É preciso avaliar o autocuidado, que é a capacidade de viver em seu próprio meio, ou seja, quanto o indivíduo consegue fazer, sem ajuda, atividades importantes para a sua sobrevivência, tais como: alimentar-se, usar o banheiro, ter continência (urinária e fecal), andar, vestir-se, banhar-se, arrumar-se (fazer a barba, pentear o cabelo, cortar as unhas). Estas são as atividades da vida diária (AVD's).

É importante saber qual destas atividades o idoso executa sozinho, sem ajuda (independente), qual necessita de supervisão ou de ajuda parcial (parcialmente dependente) e qual não executa, necessitando de alguém que faça por ele, pois sem o qual não irá preencher suas necessidades (dependente).

As atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade, como, por exemplo: cozinhar, arrumar a casa, realizar compras, tomar remédio, utilizar transporte, administrar as próprias finanças; etc. Pessoas idosas independentes nessas atividades são capazes de morarem sozinhas.

Já as atividades avançadas da vida diária (AAVD's) envolvem a participação em atividades sociais, produtivas e de lazer, como viajar, visitar familiares e amigos, praticar esportes, etc. Quando comprometidas interferem em sua qualidade de vida.

Ter conhecimento do grau de dependência é fundamental para se planejar o tratamento. Pessoas idosas mais dependentes exigirão mais de seus cuidadores, física, emocional e socialmente.

3. Quais são os níveis pelos quais passa o idoso até atingir a dependência total?

1. Prejuízo nas funções básicas: quando o idoso sente dificuldade para realizar as atividades, mas consegue executá-las lentamente e com diminuição da sua atuação (frequência).
2. Limitações funcionais: o idoso já não consegue realizar determinadas atividades.
3. Incapacidade: caracteriza o idoso que não realiza a grande maioria das AVD's e AIVD's, necessitando que essas atividades sejam executadas por outras pessoas.

4. A importância das atividades de vida diária (AVD's)

Para o idoso: a auto-estima está associada à história de sucessos e fracassos da pessoa durante a interação com a família, com outras pessoas significativas e com a sociedade. O grau em que o idoso tem sucesso nas atividades de cuidado pessoal é percebido em seu desempenho e em relações sociais.

Para a família: quando um membro da família não é mais capaz de desempenhar atividades esperadas, ocorre uma desestruturação na família e na divisão de papéis, e toda rotina diária se altera, podendo resultar em uma carga financeira e social alta.

Para a sociedade: a interação de um grupo social depende de habilidades no desempenho para atividades no nível esperado por todo o grupo.

5. Como ajudar nas AVD's?

Muitas vezes, a incapacidade na execução das atividades vem se instalando progressivamente, e nem sempre o idoso aceita que já não consegue realizar determinadas atividades como fazia anteriormente, chegando a causar acidentes e tumulto no ambiente familiar.

É necessário que a pessoa idosa participe das decisões que devem ser tomadas e que sua opinião seja sempre levada em conta. Só fazer por ela apenas aquilo que ela não consegue fazer de forma alguma; caso necessite de alguma ajuda, ajudá-la a fazer aquilo de que precise (NUNCA fazer por ela o que ainda consegue fazer).

Indicadores de uma vida mais saudável:

Autonomia = a capacidade de decisão, de comando; poder comandar a própria vida; ser dono do próprio nariz.

Independência = a capacidade de realizar algo com seus próprios meios, sem necessitar de ajuda de outras pessoas.

6. Quando o auxílio se faz necessário, como devemos agir?

O cuidador precisa prestar atenção em como o idoso realiza suas atividades, observar suas dificuldades e inquirir sobre suas preferências. Isto inclui comunicar-se com o

idoso, convencê-lo de maneira sutil sobre a sua dificuldade e mostrar que o auxílio torna as tarefas mais eficientes e agradáveis.

O cuidador de idosos precisa organizar o cuidado a ser prestado, por exemplo utilizando um **plano de cuidados**, como o **anexado ao final da apostila**.

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.

7. Higiene corporal

Higiene oral

Os benefícios da realização da higiene oral são muitos, destacando-se a eliminação de restos de alimentos e microorganismos, a prevenção de problemas nos dentes e infecções, o estímulo da circulação do sangue, além da sensação agradável na boca.

Essa atividade deve ser realizada sempre ao acordar pela manhã, após as refeições e antes de dormir, independente se o idoso tiver dentes naturais ou não (uso de próteses).

Os materiais utilizados para este procedimento são: toalha de rosto; creme dental ou solução anti-séptica; escova dental em bom estado ou espátula tipo “palito de sorvete”, envolta numa gaze; copo com água limpa; recipiente para desprezar a água suja; lubrificante para os lábios (vaselina líquida, manteiga de cacau ou batom lubrificante).

a) O idoso deve estar posicionado adequadamente (sentado em 45°), durante a realização deste procedimento, e a escovação dos dentes deve ser realizada com movimentos firmes, de varredura, num ângulo de 45° entre as cerdas da escova e a gengiva, tanto na arcada superior como também na inferior, com o intuito de limpar os dentes e massagear a gengiva. Para a parte de cima dos dentes, o movimento deve ser de vai-e-vém.

b) Não esquecer de limpar e massagear a língua e a mucosa oral.

c) Em seguida, devem ser enxaguados com água limpa, desprezando-a no recipiente próprio, repetindo este procedimento quantas vezes for necessário, até que os dentes, a língua e a mucosa oral estejam limpos.

d) Realizar a limpeza com fio dental nos espaços interdentais, onde a escova não promove limpeza eficiente, não esquecendo de lubrificar os lábios ao término do procedimento.

Outro detalhe importante é o acondicionamento da prótese quando esta não estiver em uso, devendo a mesma ser guardada em recipiente com água limpa (trocada diariamente) e em local seguro e apropriado. Quando o idoso voltar a utilizá-la, deve-se realizar a higiene da mesma e oferecer-lhe a prótese ainda molhada para melhor adaptação.

Banho

O banho, além de promover a limpeza do corpo, proporciona sensação refrescante, boa aparência e conforto, facilita a circulação, estimula as glândulas sudoríparas,

remove odores, abre os poros e elimina os germes nocivos que podem vir a ser fontes de contaminação do indivíduo.

É interessante conhecermos algumas alterações fisiológicas que acometem a pele e os anexos dos idosos, e suas conseqüências, para podermos entender e melhorar os cuidados prestados aos idosos.

Alterações fisiológicas da pele e anexos, e suas conseqüências em idosos:

Alterações fisiológicas com o envelhecimento	Conseqüências
Diminuição da espessura da derme, da tonicidade e elasticidade da pele.	Aparecimento de rugas, excesso de pele, maior incidência de feridas cutâneas.
Redução do número, função e tamanho das glândulas sudoríparas, e perda do tecido adiposo.	Incapacidade de manutenção da temperatura corporal, pele seca e áspera.
Atrofia dos capilares da pele.	Palidez cutânea.
Maior superfície vascular.	Facilidade de aparecimento de hematomas.
Alteração no funcionamento dos melanócitos.	Formação de manchas marrons, lisas e achatadas.
Aumento de hormônios andrógenos e diminuição dos estrógenos.	Diminuição de pêlos no corpo.
Alteração na medula e córtex de cada bulbo capilar, com ausência de melanina.	Cabelo esbranquiçado.
Inatividade ou morte das células do bulbo do cabelo.	Perda ou diminuição da espessura dos cabelos.
Redução do aporte vascular do leito ungueal.	Espessamento e endurecimento da unha.
Aumento das estrias longitudinais na superfície das unhas.	Diminuição do crescimento das unhas, com aparecimento de possíveis infecções.

A higiene corporal deve ser realizada respeitando-se o horário de preferência, cultura e a privacidade do idoso.

Como vimos anteriormente, a pele torna-se muito sensível devido ao processo do envelhecimento, logo, a realização da higiene corporal pode não ser necessária diariamente, evitando assim um ressecamento ainda maior. Porém, a higiene das axilas deve ser feita pelo menos uma vez ao dia, e a higiene das mãos e íntima, sempre que necessário, principalmente após as eliminações fisiológicas, ou após a troca de fralda.

Deve-se optar sempre pelo banho de chuveiro e deixar o banho de leito apenas para as ocasiões nas quais o idoso esteja impossibilitado de sair da cama.

Banho de chuveiro:

Pode ser promovido para pessoas idosas que andam sozinhas, com andador, com muletas, de cadeira ou com ajuda. Contudo, é necessário tomar alguns cuidados para a segurança da pessoa idosa:

- Providenciar colocação de barras de ferro na área do chuveiro, vaso sanitário e pia para proporcionar melhor apoio e trazer maior segurança no momento da realização do cuidado corporal;
- Providenciar a colocação de suporte de sabonete e outros acessórios ao alcance da pessoa idosa;
- Garantir piso não escorregadio;
- Garantir boa iluminação;
- Manter fechadas portas e janela para evitar correntes de ar;
- Na medida do possível, ter espaço livre (cerca de 1,5 m) para movimentação da pessoa idosa e do cuidador dentro do banheiro;
- Garantir a presença do chuveiro de mão para facilitar o banho;
- Sempre verificar se a temperatura da água está adequada ao clima. Dê preferência à água morna, pois quanto mais quente, maior o ressecamento da pele;
- Separar todo o material necessário: toalhas, chinelos com fechamento atrás (para evitar quedas), xampu, creme hidratante, sabonete, roupas limpas, pente ou escova de cabelo. Lembrando que o idoso deve participar da escolha da roupa;
- Colocar uma cadeira de base firme, no interior do boxe se houver necessidade;
- Encaminhar o idoso com chinelos de borracha ao banheiro;
- Oriente ou retire a roupa da pessoa ainda no quarto e a proteja com um roupão;
- Procurar dar o banho sempre no mesmo horário e local e da mesma maneira, pois na medida do possível, a pessoa idosa, que tem condições, pode realizar a sua própria higiene corporal;
- No preparo do banho, todas as ações devem ser explicadas à pessoa idosa de forma clara e pausadamente, passo-a-passo, e o cuidador deve incentivá-la e motivá-la ao seu próprio cuidado;
- Assegurar privacidade à pessoa idosa que pode banhar-se sozinha.

Contudo, o cuidador deve ficar alerta aos chamados ou indícios de algum problema. Mantenha a porta destrancada para livre acesso, se necessário.

Ao iniciar o banho, dependendo do grau de autonomia da pessoa idosa, deve-se pedir que vá se despindo, e auxiliá-la, quando necessário. Explicando as ações, proceda ao banho na seqüência: 1) face, também neste momento pode ser realizada a higiene bucal, 2) cabeça, 3) pescoço, 4) tronco, 5) braços e axilas, 6) mãos, 7) pernas, 8) pés e 9) genitais e região anal. As ações executadas pela pessoa idosa devem ser elogiadas. Após o banho, o cuidador deve oferecer a toalha e providenciar a secagem, principalmente entre os dedos dos pés e nas dobras do corpo. Com o corpo seco, aplicar um creme hidratante, oferecer as roupas limpas, peça por peça, ajudando-a, se for necessário. Também é importante providenciar um espelho para a pessoa idosa ver seu reflexo, pentear os cabelos e fazer solicitações quando precisar.

Banho no leito:

Caso a pessoa seja muito pesada ou sinta dor ao mudar de posição, é bom que o cuidador seja ajudado por outra pessoa no momento de dar o banho no leito. Isso é importante para proporcionar maior segurança à pessoa cuidada e para evitar danos à saúde do cuidador.

O cuidador deve explicar o procedimento que será realizado ao idoso, explicando passo-a-passo as ações que serão executadas.

Antes de iniciar o banho na cama, prepare todo o material que vai usar: jarro, balde, bacia com água morna, sabonete neutro de preferência líquido, xampu, condicionador, hidratante, desodorante, bucha e pano macio, toalhas, escova de dentes, escova de cabelo, lençóis, forro plástico, roupas pessoais e fralda descartável (se for necessário o uso). É conveniente que o cuidador proteja as mãos com luvas de procedimentos. Existem no comércio materiais próprios para banhos, no entanto o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.

a) Providenciar um ambiente sem corrente de ar, fechando janelas e portas. Desta forma, também irá dar privacidade à pessoa idosa.

b) Antes de iniciar o banho, cubra o colchão com plástico.

c) Iniciar a higiene corporal pela cabeça.

d) Com um pano molhado e pouco sabonete, faça a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e no pescoço. Enxágüe o pano em água limpa e passe na pele até retirar toda a espuma, secar bem. Pode-se realizar a higiene oral.

e) Lavagem dos cabelos:

- Cubra com plástico um travesseiro e coloque a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama.

- Ponha, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia para receber a água.

- Molhe a cabeça da pessoa e passe pouco xampu.

- Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até que retire toda a espuma.

- Seque os cabelos.

f) Lave com um pano umedecido e sabonete os braços, não se esquecendo das axilas, mãos, tórax e barriga. Seque bem, passe desodorante, creme hidratante e cubra o corpo da pessoa com lençol ou toalha. Nas mulheres e pessoas obesas, é preciso secar muito bem a região embaixo das mamas, para evitar assaduras e micoses.

g) Faça da mesma forma a higiene das pernas, secando-as e cobrindo-as. Coloque os pés da pessoa numa bacia com água morna e sabonete, lave bem entre os dedos. Seque bem os pés e entre os dedos, passe creme hidratante.

h) Ajude a pessoa a deitar de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Seque e massageie as costas com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação.

i) Deitar novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Na mulher, é importante lavar a vagina da frente para trás assim se evita que a água escorra do ânus para a vulva. No homem é importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem. A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, assim se evita umidade, assaduras e feridas (escaras).

Fique atento: Se durante a higiene você observar alteração na cor e na temperatura da pele, inchaço, manchas, feridas, principalmente das regiões mais quentes e úmidas e daquelas expostas a fezes e urina, assim como alteração na cor, consistência e cheiro das fezes e da urina, comunique esses fatos à equipe de saúde.

Barba:

- Fazer a barba em idosos do sexo masculino, utilizando aparelho com lâminas de barbear ou barbeador elétrico, pois, além de remover os pêlos que podem coçar e irritar a pele, produz boa aparência e conforto ao idoso. Iniciar o barbear pelas costeletas, seguindo em direção ao queixo, sempre obedecendo ao sentido de crescimento dos fios da barba. Ao término, seque o rosto com a toalha e aplique uma loção após barba.

Cuidado com as unhas das mãos e dos pés:

- Deve ser realizado de preferência após o banho, seja ele de chuveiro ou no leito. Após a limpeza das unhas durante o banho, deixar que as mesmas fiquem de molho com água bicarbonatada ou com sabão, por um período de 10 minutos, com intuito de amolecê-las. Este procedimento facilitará o corte, que deve ser em linha reta não muito rente, evitando o aparecimento de unhas encravadas.

- Lixá-las após o corte dando um acabamento final.

- Observar e avaliar o estado geral das unhas, tais como: coloração, espessamento, presença de onicomicoses, frieiras, etc.; encaminhando para um especialista sempre que necessário.

Cuidando dos pés:

Cuidados simples devem ser tomados, evitando o aparecimento de complicações:

a) Secá-los cuidadosamente, sem esfregar, especialmente entre os dedos, evitando as lesões de pele por fungos;

b) Realizar movimentos de rotação e extensão, estimulando a circulação, prevenindo a contratura dos pés e atrofia muscular;

c) Aplicar talco mentolado, a fim de evitar transpiração excessiva, proporcionando sensação refrescante;

d) Usar calçados bem adaptados, evitando a formação de calos e lesões;

e) Utilizar meias limpas e folgadas, que podem ajudar na prevenção de lesões e auxiliar a circulação, quando esta estiver comprometida (aquecendo os pés);

f) Não cortar e nem “puxar” calos e calosidades, evitando as infecções, que podem ser graves, mas sim encaminhar o idoso para um especialista.

Higiene íntima (troca de fralda):

O uso de fraldas descartáveis geriátricas pode ser útil para as pessoas idosas que apresentam incontinência urinária e/ou fecal, ou seja, não conseguem controlar a eliminação de urina e/ou fezes. O uso de fraldas pode causar constrangimento e vergonha para a pessoa idosa. Contudo, uma boa conversa entre o cuidador, os familiares e a pessoa idosa, explicando a sua importância e a sua necessidade, de forma cautelosa, freqüentemente promove o entendimento e melhor aceitação por ela.

Alguns cuidados são importantes quando se menciona o uso e troca de fraldas:

- Não se deve colocar fraldas na pessoa idosa simplesmente para ter menos trabalho com o seu cuidado. Se a pessoa idosa tem controle das suas eliminações, procure levá-la, em intervalos regulares, ao banheiro, durante o dia;

- Durante a noite deve-se avaliar os benefícios de uso da fralda, pensando na facilidade ou dificuldade da pessoa idosa ir até o banheiro, na continuidade do seu sono e na presença do cuidador ou alguém para auxiliá-la;

- Se a pessoa idosa não consegue controlar suas eliminações e ir até o banheiro, o uso da fralda geriátrica é indispensável, durante todo o dia e noite;

- Deve-se realizar a troca das fraldas, em intervalos regulares. Todas as vezes que o idoso urinar ou defecar, a fralda deve ser trocada. Nunca deixe fraldas molhadas no corpo por muito tempo, evitando assaduras e feridas na pele;
- Se a pessoa idosa tiver úlceras por pressão (escaras) próximas à área genital, precisa-se avaliar a necessidade de trocar os curativos durante a higiene íntima e troca da fralda;
- Providenciar um ambiente sem corrente de ar, fechando janelas e portas;
- Garantir boa iluminação.

1º Separar todo o material necessário: jarro com água morna, retalhos de tecido, papel higiênico ou lenços umedecidos, toalha de banho, forros plásticos, comadre, sabonete, luvas descartáveis, fralda limpa, evitando ter que interromper a higiene após seu início. Dê preferência aos sabonetes hidratantes e use em pequena quantidade a cada higiene íntima;

2º Coloque as luvas descartáveis. Retira-se a fralda suja e o excesso de fezes, quando houver, usando papel higiênico ou lenços umedecidos.

3º Se o idoso estiver impossibilitado de sair da cama, o ideal é lavar a área genital com uso de uma comadre embaixo do idoso, jogando água morna com um jarro e sabonete para retirar os resíduos das fezes e da urina. Procure secar cuidadosamente as dobras para evitar assaduras. Após retirar a comadre, vire o idoso de lado, posicione a fralda limpa aberta embaixo do idoso, retorne à posição dorsal e acomode a fralda, abra as “fitas” nas laterais (não deixe que elas toquem na pele) e feche-as em direção ao centro.

Notas:

- Na mulher, é muito importante lembrar-se de fazer a higienização da área genital, sempre da frente para trás, isto é, da vagina para o ânus, evitando levar fezes para o canal da urina, que pode provocar infecção urinária;
- Lembre-se de fechar a fralda de forma que não esteja muito apertada, pois quando a pessoa idosa está deitada, sua cintura está mais fina e ao sentar-se ou levantar, a pressão na barriga aumenta e pode ser muito desconfortável se a fralda estiver muito apertada;
- Quando não se pode, por algum motivo importante, realizar a lavagem da área genital em todas as trocas das fraldas, deve-se pelo menos fazer a higiene íntima com lenços umedecidos, mas nunca retirar a fralda suja e colocar a limpa, sem antes ter feito a higiene, mesmo quando a pessoa idosa só tenha urinado na fralda;
- Também é possível realizar a higiene íntima no banheiro, utilizando-se do chuveiro de mão ou ducha higiênica e, assim, somente para colocação da fralda limpa será preciso deitar a pessoa idosa na cama.

Assaduras:

As assaduras são lesões na pele das dobras do corpo e das nádegas, provocadas pela umidade e calor ou pelo contato com fezes e urina. A pele se torna avermelhada e se rompe como um esfolado. As assaduras são portas abertas para outras infecções.

Os cuidados importantes para evitar as assaduras são:

- Aparar os pêlos pubianos com tesoura para facilitar a higiene íntima e manter a área mais seca.
- Fazer a higiene íntima cada vez que a pessoa evacuar ou urinar e secar bem a região.

Se, mesmo com esses cuidados a pessoa apresentar assadura, é importante comunicar o fato à equipe de saúde e solicitar orientação.

8. Úlcera por pressão

Conhecidas antigamente por escaras, as úlceras por pressão ocorrem em pessoas acamadas ou que ficam sentadas muito tempo na mesma posição, sem condições para movimentar-se sozinhas. Elas são decorrentes de diminuição da circulação sanguínea nas áreas do corpo onde os ossos causam pressão nos tecidos moles como músculo e pele.

Os locais mais comuns onde se formam as escaras são: região final da coluna, calcanhares, quadril, tornozelos, entre outros.

Prevenção:

- Estimule a pessoa cuidada a mudar de posição pelo menos a cada 2 horas. À noite, o cuidador pode mudar a pessoa de posição quando acordar para dar medicação, ou realizar outro cuidado.
- Ao mudar a pessoa de lugar ou de posição, faça isso com muito cuidado, evitando que a pele roce no lençol ou na cadeira, pois a pele está muito fina e frágil e pode se ferir. Mantenha a roupa da cama e da pessoa bem esticada, pois as rugas e dobras da roupa podem ferir a pele.
- Se a pessoa cuidada fica a maior parte do tempo em cadeira de rodas ou poltrona, é preciso ajudá-la a aliviar o peso do corpo sobre as nádegas, da seguinte maneira:
 - Se a pessoa tem força nos braços: oriente-a a sustentar o peso do corpo ora sobre uma nádega, ora sobre a outra.
 - Se a pessoa não consegue se apoiar nos braços: o cuidador deve ajudá-la a se movimentar.
- Alguns apoios podem ajudar o idoso a se segurar e mudar de posição sozinho, e podem ser comprados ou improvisados em casa: barras de apoio para cabeceiras da cama, faixas de pano amarradas na cabeceira, nas laterais ou nos pés da cama ajudam a pessoa a levantar ou mudar de posição na cama.
- O colchão de espuma tipo “caixa de ovo” ou piramidal ajuda a prevenir as escaras, pois protege os locais do corpo onde os ossos são mais salientes e ficam em contato com o colchão ou a cadeira.
- Proteja os locais do corpo onde os ossos são mais salientes com travesseiros, almofadas, lençóis ou toalhas dobradas em forma de rolo, etc.
- Leve a pessoa a um local onde possa tomar sol por 15 a 30 minutos, de preferência antes das 10 e depois das 16h, com a pele protegida por filtro solar. O sol fortalece a pele, fixa as vitaminas no corpo e ajuda na cicatrização das escaras.
- Ao colocar a comadre, peça ajuda a outra pessoa e cuide para não roçar a pele da pessoa na comadre.

A pele da pessoa cuidada precisa ser freqüentemente avaliada e bem hidratada.

Para manter a hidratação da pele é preciso:

- Oferecer líquidos em pequenas quantidades na forma de água, sucos e chás várias vezes ao dia, mesmo que a pessoa não demonstre sentir sede.
- Após o banho, massagear a pele da pessoa com creme ou óleo apropriado; esse cuidado, além de hidratar a pele, melhora a circulação do sangue.

- Se a pessoa utilizar fraldas, é necessário trocá-las cada vez que urinar e evacuar, para evitar que a pele fique úmida.
- Procure alimentar a pessoa fora da cama para evitar que os resíduos de alimentos caídos no lençol machuquem a pele e possam provocar lesões. Caso seja necessário alimentar a pessoa na cama, é preciso pegar todos os farelos e resíduos de alimentos que possam ter caído.

Quando a pessoa não consegue controlar a saída de urina e/ou fezes, é necessário proteger o colchão com plástico, e por cima do plástico colocar um lençol de algodão. A pele não deve ficar em contato com o plástico.

O uso de almofadas tipo roda d'água ou redondas com buraco no meio é contraindicado, pois pode favorecer o desenvolvimento da úlcera local central pela interrupção da circulação, ao invés de preveni-la.

Tratamento da úlcera por pressão:

O tratamento é definido pela equipe de saúde, após avaliação. Cabe ao cuidador fazer as mudanças de posição, manter a área da escara limpa e seca, para evitar que fezes e urina contaminem a ferida e seguir as orientações da equipe de saúde.

Fique atento: Ao fazer a higiene corporal, evite esfregar a pele com força, pois isso pode romper a pele. Faça movimentos suaves, use pouca quantidade de sabonete e enxágüe bem, para que a pele da pessoa não fique ressecada.

Fique atento: A úlcera por pressão surge de uma hora para outra e pode levar meses para cicatrizar.

9. Incontinência urinária

Pode ser definida como perda incontrolável de urina em qualquer momento social ou fisicamente inaceitável. 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.

As pessoas normalmente não se sentem à vontade para falar que apresentam perdas urinárias. 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.

Tipos de incontinência:

- 1) 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 bacia. O tratamento depende da causa, da gravidade e da evolução. Exercícios do assoalho pélvico são muito úteis e alguns medicamentos também podem auxiliar.

- 2) Incontinência de urgência – Quando o idoso não consegue reter a urina o tempo suficiente de chegar ao banheiro. Há um grande e repentino impulso para urinar, seguido por perda involuntária de urina. Em geral, está associada com doenças como diabetes, mal de Parkinson, esclerose múltipla, etc. O tratamento inclui o treinamento da bexiga por estimulação elétrica e o uso de certos medicamentos.
- 3) 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. O tratamento depende da causa, mas 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 atividades;
- Necessidade de estar sempre próximo a um banheiro;
- Limitação da vida social;
- Diminuição da auto-estima;
- Isolamento;
- Receio de que outras pessoas percebam;
- Alteração na libido e na vida sexual.

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 a noite ou para pessoas com maior dificuldade em se movimentar). Existem no mercado absorventes próprios para o uso masculino.
- No caso de 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.
- 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 de urina.
- Superfícies impermeáveis em alguns móveis ou na cama podem facilitar a higiene em caso de perdas urinárias, evitando o odor ambiente.

10. Cuidando do vestuário

- O vestuário dos idosos deve estar em local de fácil acesso, principalmente se o idoso fizer uso de bengala ou cadeira de rodas.
- Devemos respeitar o gosto do idoso quanto a suas roupas, mas também temos que estar atentos à quantidade de peças, às cores e à limpeza. Caso haja necessidade de mudança, tente mostrar ao idoso a importância da mesma. A seleção cuidadosa das roupas também pode ajudar no controle das variações da temperatura.
- Deve-se evitar o uso de lã, dando preferência para roupas de algodão. O fechamento das roupas deve ser na frente, com uso de botões grandes, zíperes ou velcros, ou usar

roupas com elásticos, pois facilitam e dão mais segurança no manuseio pelos cuidadores e pelo próprio idoso. Os sutiãs devem ser preferencialmente com fecho na frente.

- Evitar o uso de chinelo ou de saltos altos, pois podem provocar quedas. São preferíveis calçados fechados, com solas de borracha, confortáveis e de fácil colocação.

11. Na alimentação

- É importante prestar atenção no momento da alimentação. Nunca ofereça os alimentos quando o idoso estiver sonolento, pois pode provocar engasgos ou mesmo a broncoaspiração dos alimentos (quando o alimento entra na cavidade respiratória).

- Posicione adequadamente o idoso, mesmo que ele esteja na cama. É importante que ele nunca se alimente deitado. Eleve a cabeceira da cama em 90°; e, caso seja necessário, utilize coxins para apoio.

- Estimule o idoso para que se alimente sozinho. Dê o tempo necessário de que ele necessita para esta função.

O cuidador é um importante ponto de apoio para o sucesso do tratamento. Tente anotar todas as informações sobre os hábitos alimentares e desempenho na tarefa da alimentação para que sejam passadas para a equipe que acompanha o idoso.

12. No sono e repouso

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.

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 (os idosos demoram a 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, eles 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.

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 demora a pegar no sono.

- Número, duração e motivo das interrupções no 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, fazer uma refeição, rezar o terço, etc), sua regularidade e sua possível influência na qualidade do sono.
- Características do ambiente físico em que o idoso dorme (temperatura, iluminação, sons, cama, segurança do local, etc).
- Qualidade de vigília (realização de atividade de lazer, prática de exercícios físicos, interação social, etc).

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 tranqüila. 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.

Recomendações quanto ao uso de medicamentos para dormir:

Infelizmente, as pessoas idosas costumam ser responsáveis por grande parte do consumo de medicamentos para dormir, levadas pela sensação de não dormirem bem 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 conseqüentes 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:

Cabe ao cuidador atuar na promoção de hábitos e comportamentos que auxiliem a melhorar a qualidade do sono:

- Manutenção de hábitos regulares – contribui para um sono menos fragmentado e de melhor qualidade. Hábitos que sinalizem a aproximação do horário de dormir (preparo do leito, roupa apropriada, banho morno, etc).
- A ingestão de alimentos leves antes de dormir não costuma ser prejudicial para o idoso.
- A ingestão de líquidos deve ser restrita a algumas horas antes de deitar-se, sobretudo quando ele se levanta à noite para urinar ou apresenta incontinência urinária.
- A atividade física resulta em aumento de profundidade e duração do sono. Deve ser adequada às condições de saúde do idoso e ser desenvolvida com regularidade e critério.
- O ambiente físico deve proporcionar conforto, segurança e permitir o contraste entre o dia e a 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.

13. Na mobilização e transferência

Levantar ou sentar-se:

- Quando o idoso estiver deitado, nunca levantá-lo bruscamente, ou deixar que o mesmo saia andando imediatamente. Após levantar-se, permanecer alguns minutos sentado, para somente depois sair andando;
- Utilizar mecânica corporal adequada para que não prejudique nem ao idoso e nem ao cuidador;

OBS: Quando for manter o idoso sentado, colocar coxins (apoios) para evitar lesões por compressão.

No caminhar:

- Ficar atento ao tipo de sapato utilizado, evitando os que tenham solado que escorrega ou que possam machucar qualquer área dos pés do idoso;
- Utilizar material de apoio, se for necessário (bengalas, andadores), mesmo que a caminhada seja dentro da residência ou em curtas distâncias, evitando quedas e possíveis acidentes;
- Sempre que for possível, estar próximo ao idoso nas caminhadas onde não tenha apoio e se ele tiver a necessidade de acompanhamento.

No subir degraus / escadas:

- Instalar faixas antiderrapante nos degraus;
- Sempre descer ou subir as escadas utilizando o corrimão;
- Não esquecer de usar o acessório de apoio, se for necessário;
- Utilizar sapatos adequados.

14. Na administração de medicamentos

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.

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

- Nome genérico = é aquele que foi registrado em órgão oficial.
- Nome comercial = o nome dado pela indústria que fabricou o medicamento.

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.

É importante lembrar que, tanto os medicamentos receitados pelo médico como aqueles comprados sem receita, podem causar problemas graves, especialmente quando utilizados com outros. Por exemplo, a ginkgo biloba não pode ser usada por

quem faz tratamento com aspirina, paracetamol, ou anticoagulantes, para não aumentar o risco de sangramento.

O cuidador precisa tomar alguns cuidados ao oferecer medicamentos ao idoso, pois a administração incorreta pode fazê-los perder parte de suas propriedades terapêuticas (de tratar).

Características das formas sólidas farmacêuticas dos medicamentos.

Forma	Características
Comprimido	O medicamento em pó 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 pela 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.

Entre os idosos, é freqüente que o número de gotas de medicamentos como neozine, neuleptil e haldol seja pequeno (ex.: 5 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.

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

- 1º Os comprimidos ou cápsulas;
- 2º Os líquidos; e
- 3º Por último, o comprimido sublingual.

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 que você e os responsáveis pelo cuidado com o idoso (familiares) tenham facilidade para visualizar.

Aspectos gerais da administração de medicamentos:

- Leia atentamente a bula do medicamento, prestando atenção aos itens relativos à dose, contraindicações, reações adversa, precauções, interações com outros medicamentos e conservação;
- Mantenha o medicamento na embalagem original, mesmo após sua abertura (pra verificar o prazo de validade, o lote e não misturar com outros comprimidos);
- 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; portanto, não aceite indicação de similares do balconista da farmácia;
- Oriente o idoso e sua família sobre os efeitos colaterais dos medicamentos;
- 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 necessidade do idoso;
- Se, ao administrar o medicamento, o paciente apresentar algum sintoma estranho (coceira, náusea, vômito, palpitação, inchaço, etc.), fale imediatamente com o médico;
- Evite a prática de automedicação pelo idoso. Nunca recomende um medicamento a outra pessoa nem aceite recomendações desse tipo;
- 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.

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

Medicamentos que mais freqüentemente 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, rash cutâneo (vermelhidão na pele).
Betabloqueadores (propranolol, atenolol, nadolol, sotalol)	Redução da frequência cardíaca, sedação leve, hipotensão ortostática (queda da pressão ao mudar da posição sentado ou deitado para em pé).
Neurolépticos (neozine, neuleptil, haldol)	Sedação, boca seca, prisão de ventre, retenção urinária.

15. Nas habilidades manuais:

Permitir que o idoso tente fazer todas as atividades que julgar conseguir, somente auxiliando se o mesmo solicitar ou se for notada a impossibilidade na realização da tarefa.

16. Como podemos tornar a vida do nosso idoso mais simples?

Manter tudo o mais normal possível: não trate o idoso como se fosse doente ou criança. Respeite-o como pessoa e mantenha a sua rotina de vida o mais normal e coerente possível. Se gostarem de passear, de sair para jantar, ir ao cinema, passear na casa de parentes e amigos, continuem fazendo. Lembre-se de que o contato com crianças e animais de estimação pode ter um valor inestimável.

Simplifique as coisas: não ofereça muitas escolhas, use frases simples e claras, não dê e nem peça muitas explicações e, se a tarefa for maior e mais complicada, vá por partes.

Senso de humor: a alegria e o riso ajudam a minimizar o trabalho árduo do cuidador e o stress do idoso. Não rir do idoso, mas rir com o idoso, das situações corriqueiras e inesperadas do dia-a-dia.

O ingrediente especial é o amor: ter amor pelo que faz, pelo próximo. O amor tem como grande aliado o tempo, que faz com que as coisas caminhem de acordo com o curso natural da vida.

17. Referências Bibliográficas

- Dias, E. L. F. ; Wanderley, J. S.; Mendes, R. T. Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Editora da Unicamp, Campinas, SP, 2002.
- Duarte, Y. A. O.; Diogo, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 238-241.
- Duarte, Y. A. O.; Lebrão, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. Revista o Mundo da Saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, v.29, n.4, p.566-574, 2005.
- Rodrigues, R. A. P; Diogo, M. J. D. Como cuidar dos idosos. 3ª Edição, Editora Papirus, Campinas, SP, 2002.
- Vaciliauskas, V. B. Ciclo de orientação a familiares de idosos dependentes – Auxílio nas atividades de vida diária (AVD's), Barueri, p.19-23, 2007.
- Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 64p, 2008.
- Tomiko Born (organizadora). Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 330p, 2008.
- Duarte, Y. A. O., Manual dos cuidadores de pessoas idosas. São Paulo: SEADS: Fundação Padre Anchieta, 2009.

MOBILIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE IDOSOS

*Claudia Gregório
Fisioterapeuta
CREFITO nº 22811F*

1. Introdução

As habilidades em movimentação de idosos devem ser complementadas com o estabelecimento de práticas seguras de trabalho dentro de uma estrutura ergonômica, usando-se, sempre que possível, materiais e equipamentos auxiliares.

Os procedimentos que envolvem a movimentação e o transporte de idosos são considerados penosos pelos cuidadores, pois acarretam em problemas ósseos e musculares que, por vezes, os incapacitam de permanecer na atividade do cuidado.

A ação de mobilização divide-se em 5 partes :

- A) Avaliação das condições e preparo do idoso;
- B) Preparo do ambiente e dos equipamentos;
- C) Preparo do cuidador;
- D) Movimentação de idosos no leito;
- E) Transporte de idosos.

A) Avaliação das condições e preparo do idoso

Deve-se fazer uma avaliação das condições físicas da pessoa que será movimentada, de sua capacidade de colaborar, bem como a observação da presença de soros, sondas e outros equipamentos instalados. Também é importante, para um planejamento cuidadoso do procedimento, uma explicação ao idoso do modo como se pretende movê-lo, como pode cooperar, para onde será encaminhado e qual o motivo da locomoção. Vale a pena salientar que o idoso deve ser orientado a ajudar, sempre que for possível, e que não deve ser mudado rapidamente de posição. Também deve estar usando chinelos ou sapatos com sola antiderrapante.

Outro ponto muito importante é que a movimentação e o transporte de pessoas obesas precisam ser minuciosamente avaliados e planejados, usando-se, sempre que possível, auxílios mecânicos.

B) Preparo do ambiente e dos equipamentos

Verificar se o espaço físico é adequado para não restringir os movimentos:

- Examinar o local e remover os obstáculos;
 - Observar a disposição do mobiliário;
 - Obter condições seguras com relação ao piso;
 - Colocar o suporte de soro ao lado da cama, quando necessário;
 - Elevar ou abaixar a altura da cama, para ficar no mesmo nível da maca;
 - Travar as rodas da cama, maca e cadeira de rodas ou solicitar auxílio adicional;
 - Adaptar a altura da cama ao cuidador e ao tipo de procedimento que será realizado.
- Deve-se, também, utilizar equipamentos auxiliares e adaptar as condições do ambiente a cada pessoa em particular. Neste caso, pode ser necessário:

- Colocar barras de apoio em banheiros;
- Elevar a altura do vaso sanitário (compensadores de altura para vasos convencionais);
- Utilizar cadeira higiênica para o banho.

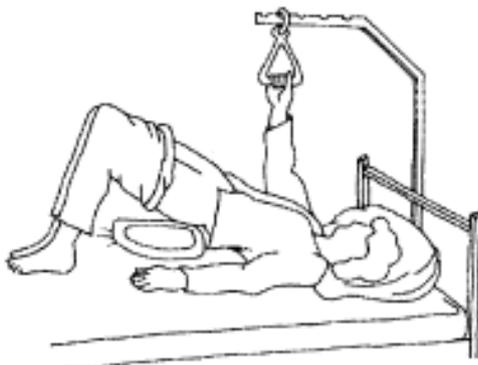
C) Preparo do cuidador

- Deixar os pés afastados e totalmente apoiados no chão;
- Trabalhar com segurança e com calma;
- Manter as costas eretas;
- Usar o peso corporal como um contrapeso ao do idoso;
- Flexionar os joelhos em vez de curvar a coluna;
- Abaixar a cabeceira da cama ao mover o idoso para cima;
- Utilizar movimentos sincrônicos;
- Trabalhar o mais próximo possível do corpo do idoso, que deverá ser erguido ou movido;
- Usar uniforme que permita liberdade de movimentos e sapatos apropriados;
- Realizar a manipulação de pessoas pesadas com a ajuda de, pelo menos, duas pessoas.

D) Movimentação de idosos no leito

Lembrar que o idoso deve ser estimulado a movimentar-se de uma forma independente, sempre que não existir contra-indicações nesse sentido (fraturas, cirurgia recente).

Outro ponto que não pode ser esquecido é procurar ter à disposição camas e colchões apropriados, dependendo das condições e necessidades do idoso. O ideal são camas com altura regulável, que possam ser ajustadas, dependendo do procedimento que será realizado.



1- Quando o idoso pode auxiliar, deve-se utilizar o trapézio, no leito, e solicitar ao mesmo que eleve o quadril, evitando-se assim, a necessidade de erguê-lo.



2- As duas pessoas devem ficar do mesmo lado da cama, de frente para o idoso;

- Permanecer com uma das pernas em frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo os braços ao nível da cama;
- A primeira pessoa coloca um dos braços sob a cabeça e, o outro, na região lombar;

- A segunda pessoa coloca um dos braços também sob a região lombar e, o outro, na região posterior da coxa;
 - Trazer o idoso, de um modo coordenado, para este lado da cama;
- Se for necessário mover o idoso sem ajuda, deve-se fazê-lo em etapas, utilizando-se o peso do corpo como um contrapeso e plásticos facilitadores de movimentos.

3- Quando o idoso não é obeso, podem-se seguir as seguintes fases:

- Permanecer do lado para o qual você vai virar a pessoa;
- Cruzar seu braço e sua perna no sentido em que ele vai ser virado, flexionando o joelho. Observar o posicionamento do outro braço;
- Fazer o idoso virar a cabeça em sua direção;
- Rolar o idoso gentilmente, utilizando seu ombro e joelho como alavancas.

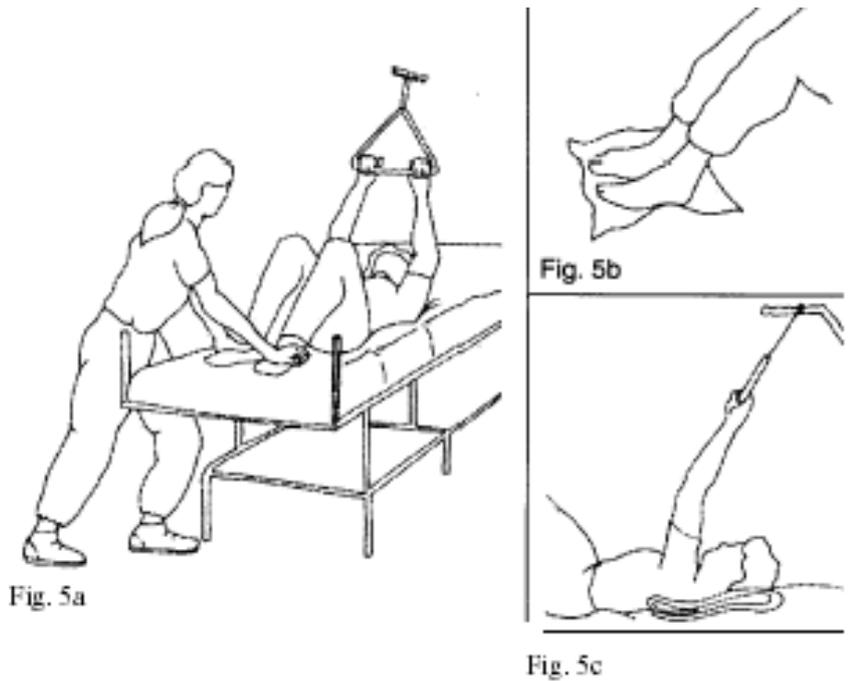


cama, uma grade de proteção.

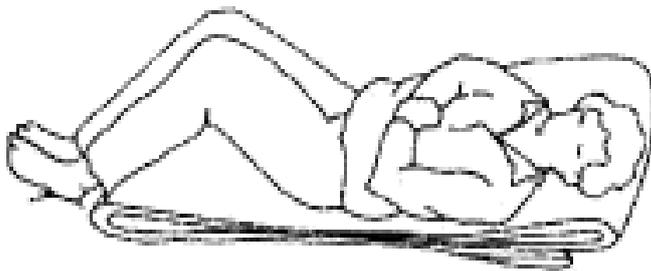
4- Uma outra forma de realizar esse procedimento é usando-se plásticos deslizantes e resistentes, da seguinte forma:

- Virar o idoso e colocar o plástico sob seu corpo.
- Ficar no lado oposto ao que o idoso será virado;
- Puxar o plástico, movendo o idoso em sua direção e para a beira da cama. Manter as costas eretas e utilizar o peso do seu corpo;
- Elevar o plástico, fazendo o idoso virar cuidadosamente. Manter, no lado oposto da

5- Se e o idoso tem condições físicas, ele pode mover-se sozinho, com a ajuda de um trapézio. O mesmo flexiona os joelhos e dá um impulso, tendo como apoio um plástico antiderrapante sob seus pés (Figura 5b) ou uma pessoa segurando-os (Figura 5a). Pode-se também colocar um plástico deslizante sob as costas e a cabeça do paciente (Figura 5c).



6- Uma outra maneira de movimentação independente é colocar um plástico deslizante sob o corpo do idoso e pedir que ele realize o mesmo impulso com os pés.



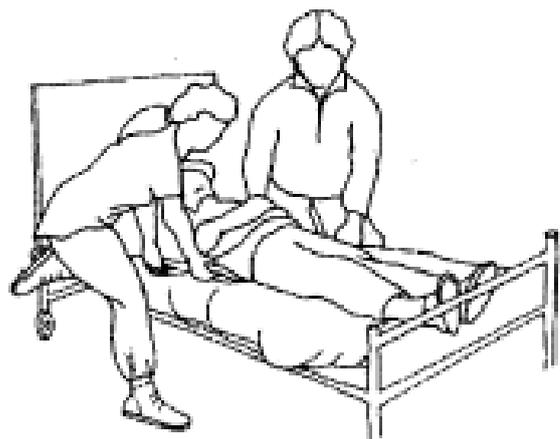
7- Quando o idoso não pode colaborar, uma alternativa é seguir os seguintes passos :

- Deixar a cama em posição horizontal;
- Colocar um travesseiro na cabeceira da cama;
- Colocar um lençol ou plástico deslizante sob o corpo do idoso;
- Permanecer duas pessoas, uma de cada lado do leito, e olhando em direção dos pés da cama;
- Segurar firmemente no lençol ou plástico e, num movimento ritmado, movimentar o idoso.



8- Se a altura da cama for regulável, pode-se proceder da seguinte maneira:

- Abaixar a altura da cama de tal forma que os cuidadores possam colocar um joelho na cama e manter a outra perna firmemente no chão;



- Segurar o plástico e, de uma forma coordenada, sentar sobre seus calcanhares, movendo ao mesmo tempo o idoso.

Quando o idoso não pode colaborar, duas pessoas devem realizar o procedimento. Deve-se também usar um plástico deslizante e procede-se da seguinte maneira.

- As duas pessoas devem ficar uma de cada lado do leito, olhando na mesma direção;
- Abaixar a altura da cama, de tal forma que os cuidadores possam colocar um joelho na cama, mantendo a outra perna firmemente no chão;
- Segurar a mão do idoso com uma das mãos e agarrar no local apropriado do plástico com a outra;

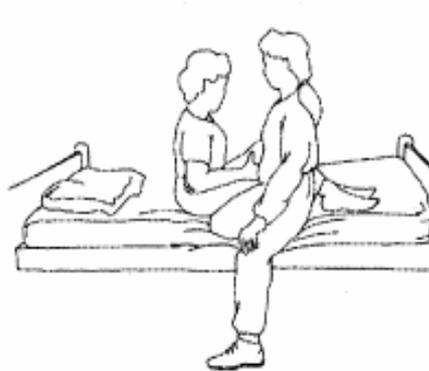
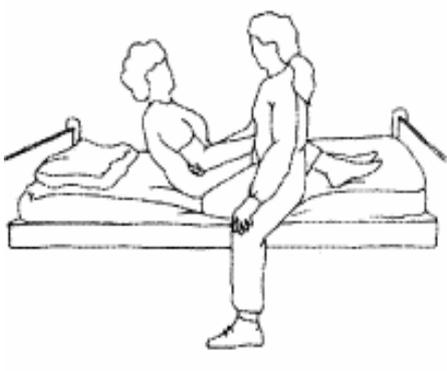


Fig. 11b

- Usando movimento coordenado, sentar sobre os calcanhares, movendo, ao mesmo, tempo o idoso. Repetir o procedimento. Se for necessário, tirar os pés da cama, que permitem que a pessoa se sente sem apoio.

Quando o idoso é auxiliado por outra pessoa, pode-se fazer da seguinte forma:

- A pessoa fica de frente para o idoso, colocando um dos seus joelhos ao nível do quadril do mesmo e sentando-se sobre seu próprio tornozelo;
- Segurar no cotovelo do idoso, que também apóia no cotovelo da pessoa. O idoso deve se sentar apoiando-se na pessoa.



Se o idoso não consegue auxiliar, uma outra alternativa é realizar o procedimento com duas pessoas, da seguinte maneira:

- Permanecer uma pessoa de cada lado da cama, olhando em direção da cabeceira;
- Ficar ajoelhada, mantendo o joelho ao nível do quadril do idoso;
- Segurar nos cotovelos e trazer o idoso para frente, enquanto senta em seus calcanhares. Pode-se usar, como um auxílio nessa manobra, uma toalha resistente, que é colocada nas costas do idoso.



No caso do idoso estar deitado, seguir os seguintes passos:

- Colocá-lo em decúbito lateral, sobre um plástico deslizante, e de frente para o lado em que vai se sentar;
- Elevar a cabeceira da cama;
- Uma pessoa apóia a região dorsal e o ombro do idoso e a outra segura os membros inferiores;
- De uma forma coordenada, elevar e girar o idoso até ele ficar sentado.

Uma outra alternativa é levantar o idoso, apoiando no cotovelo, como descrito anteriormente, estando o mesmo sobre um plástico deslizante.

Depois, mover os seus membros inferiores para fora do leito.



Fig. 16

E) Transporte de idosos

O transporte de idosos deve ser realizado com a ajuda de elementos auxiliares, tais como cintos e pranchas de transferência, discos giratórios e auxílios mecânicos.

- Colocar o idoso para a frente da cadeira, puxando-o alternadamente pelo quadril;
- Permanecer ao lado da cadeira, olhando do mesmo lado que o idoso;
- O idoso deve colocar uma mão no braço da cadeira e a outra é apoiada pela mão do cuidador. Com o outro braço, o trabalhador circunda a cintura do paciente, segurando no cinto de transferência;
- Levantar de uma forma coordenada, com movimentos de balanço.

Dependendo das condições do idoso, pode ser necessária a participação de uma outra pessoa, do outro lado da cadeira.



Fig. 17a



Fig. 17b



Fig. 20 a



Fig. 20 b



Fig. 20 c



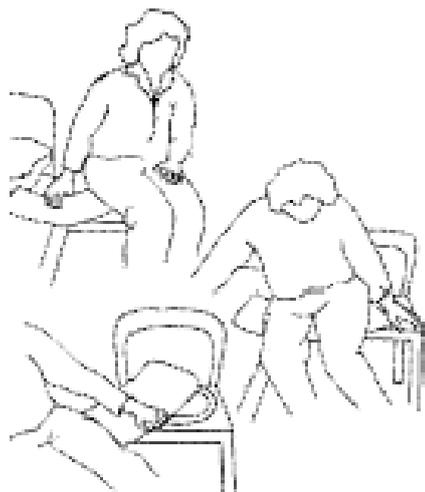
Fig. 20 d

É importante fazer uma avaliação cuidadosa para verificar se o idoso tem condições de deambular. A pessoa deve permanecer bem próxima do idoso, do lado em que ele apresenta alguma deficiência, colocando um braço em volta da cintura e o outro apoiando a mão. O ideal, nestes casos, é utilizar um cinto especial, colocado na cintura do paciente.

O idoso pode executar essa transferência de uma forma independente ou com uma pequena ajuda, utilizando uma tábua de transferência, da seguinte maneira.

- Posicionar a cadeira próxima à cama. Elas devem ter a mesma altura;
- Travar a cadeira e o leito, remover o braço da cadeira e elevar o apoio dos pés;
- Posicionar a tábua apoiada seguramente entre a cama e a cadeira.





ig. 19ª

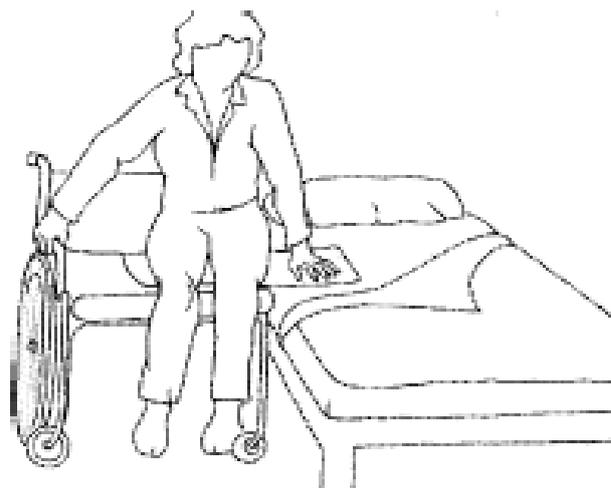


Fig 19b

2. Referências Bibliográficas

ALEXANDRE, N.M.C. Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes. Ribeirão Preto, 1987. 114p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Dias F.L.Ernesta.Orientações para Cuidadores Informais na Assistência Domiciliar . Editora da Unicamp 2002.

Duarte O.A.Yeda. Atendimento Domiciliar Um Enfoque Gerontológico. Editora Atheneu 2000.

A IMPORTÂNCIA DA SEXUALIDADE PARA A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Mariúza Pelloso Lima
Pedagoga

1. Andropausa: As alterações sexuais do homem idoso

A questão demográfica

As últimas décadas têm sido acompanhadas por um grande aumento demográfico na população de idosos em todo o mundo. Os avanços na medicina, a descoberta de novos medicamentos, os programas sociais dos governos, os cuidados de prevenção e educação médica contribuem para aumentar a expectativa de vida da população, no Brasil e nos outros países. Dessa forma, o ser humano que agora vive mais anos também quer viver melhor esses anos, de preferência continuando a fazer aquilo que sempre lhe deu prazer.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica como idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos. No Brasil, o estatuto do idoso reconhece os direitos dos indivíduos após os 60 anos; prevê-se que, em 2025, seremos 30 milhões de idosos.

As características gerais do homem idoso

A terceira idade é um período caracterizado por intensas mudanças físicas, patológicas, sociais e emocionais. O idoso revê seus conceitos sobre dinheiro, trabalho, ambições, beleza, vida, prazer e sexo; prefere mais qualidade ao invés de quantidade em tudo, inclusive nas suas relações sexuais.

A sua função sexual se altera basicamente pelas mudanças fisiológicas e anatômicas do organismo provocadas pelo próprio processo de envelhecimento. Porém, não se pode associar essa fase da vida à perda ou à incapacidade de manter relações sexuais. As dificuldades normalmente se iniciam a partir dos 40-50 anos, pois além da diminuição lenta e gradual da testosterona, há uma maior incidência de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, obesidade e dislipidemias muitas vezes agravadas pelo fumo, álcool, estresse, sedentarismo e outros fatores de risco.

Além das causas orgânicas, surgem questões de ordem emocional referentes a aposentadoria, casamento, doenças, auto-estima, além de fatores sociais e culturais. Em geral, as alterações sexuais masculinas são lentas e progressivas, dando tempo ao homem de se adaptar a uma atividade menos intensa.

Não existe uma disfunção erétil que seja específica do homem idoso, mas sim uma diminuição da sua capacidade sexual global. É importante que os homens conheçam e tenham consciência dessas mudanças, para que uma eventual falha erétil não cause uma ansiedade de desempenho desastrosa, capaz de contaminar e comprometer as relações futuras.

Ao atingir a maturidade, o sexo é cada vez menos carnal, tornando-se cada vez mais afetivo. As relações são menos sexuais e mais sensuais. Aos poucos, o homem se vê obrigado a assumir o papel de protagonista da relação, trocando de lugar com o seu

pênis, que até então tinha sido o ator principal da relação. Isso o obriga a uma adaptação, caso contrário, ele fica perdido sem entender as mudanças que ocorrem no seu organismo.

Muitas estatísticas mostram que a atividade sexual diminui com o decorrer da idade, tanto em homens quanto em mulheres; no entanto, várias outras estatísticas mostram que homens idosos ainda permanecem sexualmente ativos, uns mais outros menos, mesmo após os 70-80 anos.

Os padrões de comportamento sexual do homem idoso

Com o avanço da idade, o padrão de comportamento sexual dos homens pode ser de 3 tipos:

- 1) Parecido ao que sempre foi na sua fase adulta madura, onde ele procura manter o mesmo ritmo de relações sexuais a que sempre esteve acostumado.
- 2) Pode haver uma retração ou inibição da atividade sexual, que tende a diminuir ou até desaparecer, como nos casais pouco ativos sexualmente e que se entregam a uma rotina sem troca de afeto, carinho ou paixão.
- 3) Pode ocorrer uma exacerbação da atividade sexual, numa tentativa de repetir o comportamento sexual da juventude.

2. O preconceito contra o sexo na Terceira Idade

O preconceito social contra o casal idoso sexualmente ativo vem de todos os lados. Na própria família, com filhos e netos fazendo comentários e piadas constrangedoras; pela mídia, que valoriza apenas a beleza da juventude; pelos amigos e vizinhos, mal informados, deprimidos e desinteressados; pela religião, quase sempre muito conservadora, e por toda a sociedade em geral.

A maioria das pessoas pensa que, quando o homem se aposenta do trabalho, está quase se aposentando da vida também.

Por outro lado, muitas vezes, vemos com freqüência o casal idoso sendo provedor financeiro de filhos e até de netos adultos, ainda fazendo viagens, participando da comunidade e de cursos universitários.

A religião na Terceira Idade

Na velhice, a proximidade da morte faz o casal se apegar mais intensamente à religião, que muitas vezes é adotada como uma forma de renúncia, resignação, repressão e até mesmo de alienação. Como na Terceira Idade não há mais o caráter reprodutivo, a atividade sexual dos idosos passaria a ser considerada pecaminosa, criando neles uma sensação de culpa e desvio moral, reforçando o estereótipo de que o ancião deveria ser uma pessoa assexuada.

O silêncio dos médicos

Muitos médicos não se sentem confortáveis em abordar a sexualidade de seus pacientes, deixando-os inibidos para falar de sexo, criando neles uma sensação de vergonha ou medo de serem mal interpretados. Com isso, os idosos perdem a última esperança de que alguém os ajude a desfrutar dos prazeres do sexo.

3. Causas da diminuição da atividade sexual do homem idoso

- 1) Problemas relacionados com a parceira, que pode ser incapaz fisicamente, não ter interesse por sexo ou estar ausente. É fundamental que o homem idoso tenha alguém com carinho e habilidade manual suficiente, capaz de provocar as suas ereções.
- 2) A má qualidade da relação afetiva, onde existe falta de carinho, afeto e amor. São os casais que já não se gostam, apenas se toleram e muitas vezes nem se suportam.
- 3) O mau estado de saúde física e mental do casal idoso, portador de artrose, demência, DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), seqüelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral), etc.
- 4) A diminuição da libido, pela queda da testosterona e pela baixa freqüência das relações sexuais.
- 5) A depressão e a ansiedade de desempenho, onde a expectativa de falhar inibe a iniciativa de ter relações pelo medo de passar por constrangimento.
- 6) Os efeitos colaterais de medicamentos como anti-hipertensivos, antiácidos, beta-bloqueadores, tranqüilizantes, etc.
- 7) A falta de condições adequadas para o encontro amoroso, como nos casais idosos que moram junto com filhos ou em asilos.
- 8) A ignorância com relação às alterações naturais do envelhecimento, não respeitando as mudanças biológicas da idade.
- 9) O negativismo cultural e religioso da sociedade. O idoso absorve a imposição social e cultural de que não deve mais estar interessado em sexo a acaba se reprimindo.
- 10) A baixa auto-estima que impede o homem idoso de procurar parceiras ou de tomar uma iniciativa nas relações.

4. As alterações sexuais do homem idoso

- 1) Ansiedade de desempenho que leva ao medo de tomar a iniciativa de ter sexo.
- 2) Dificuldade de obter ereções espontâneas quando há necessidade. É preciso que as parceiras estimulem diretamente o pênis de seus companheiros.
- 3) A ereção é mais lenta, aumentando o tempo necessário para se chegar à rigidez adequada. É comum essa demora detonar a ansiedade que dificulta mais ainda a ereção.
- 4) As ereções já não são tão firmes e nem se sustentam por tanto tempo quanto antes.
- 5) Há uma menor capacidade e menor necessidade de se chegar ao orgasmo, possibilitando encontros mais prolongados, mais carinhosos, que não se encerram com o orgasmo.
- 6) Tem rápida detumescência, quase que imediata ao cessar os estímulos sexuais.
- 7) Aumenta o período refratário entre as relações, principalmente quando há o orgasmo.
- 8) Outras alterações: menor emissão de secreção uretral, menor volume do material ejaculado, menor pressão da ejaculação, orgasmo mais curto e às vezes seco (diabetes e pós prostatectomia), menor ocorrência de tumescência peniana noturna, menor concentração de fibras elásticas nos corpos cavernosos e alteração endotelial vascular.

5. Tratamentos auxiliares

1) Fazer uma preparação para a Terceira Idade ainda entre os 40 e 50 anos, identificando e afastando os fatores de risco que provocam ou que aceleram o envelhecimento.

2) Cultivar bons hábitos alimentares, perder e manter o peso adequado, praticar exercícios físicos em academia ou fazer caminhadas com a parceira, fazer dança de salão que, além de ser atividade física, é uma atividade social, cultivar boas amizades com amigos de alto astral, manter bom convívio familiar.

3) Entender, aceitar e se adaptar progressivamente às alterações do envelhecimento.

4) Eliminar os fatores de risco como fumo, drogas, álcool, sedentarismo, causas de abortecimentos, excesso de gordura, sal e açúcar.

5) Cuidar da higiene e da boa aparência. Não descuidar dos banhos, da barba, das roupas, do perfume. Manter os mesmos hábitos da mocidade e da vida adulta.

6) Tratar as doenças crônicas como diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia. Tratar os problemas psicológicos e emocionais como ansiedade, estresse e depressão. Manter elevada a auto-estima, criar fantasias sexuais, e ter uma boa parceira sexual.

7) Procurar o urologista para tratar as disfunções sexuais com medicação oral ou injetável e fazer a reposição hormonal quando estiver bem indicada.

8) Por último e mais importante de tudo: manter relações sexuais regularmente.

A baixa frequência da atividade sexual diminui a libido e aumenta a chance de um mau desempenho, alimentando um ciclo vicioso prejudicial ao bom convívio amoroso. A regularidade das relações sexuais eleva a auto-estima, a autoconfiança e a vontade de repetir as experiências prazerosas. Uma boa relação sexual serve de estímulo, dando mais confiança para as relações seguintes.

A testosterona na terapia de reposição hormonal masculina

Atualmente, dispomos de várias formas de tratamento para a reposição hormonal. Em geral, não recomendamos a terapia com os comprimidos de testosterona por via oral pelo risco mais elevado que essa via tem de causar o câncer de fígado. A via transdérmica por gel de testosterona é uma opção adequada para muitos pacientes que se recusam a fazer a medicação injetável. Seu alto custo é importante fator limitante.

Acreditamos que a medicação injetável ainda é o tratamento que oferece melhor relação custo-benefício, pois tem um preço bastante acessível, mantém níveis de testosterona no sangue próximos da normalidade e não oferece riscos significativos de evoluir para qualquer tipo de problema. A injeção é feita a cada 3 semanas por via intramuscular, o que mantém os pacientes em permanente contato com o seu médico, que dessa forma é capaz de detectar facilmente qualquer anormalidade e corrigir o que for necessário.

Atualmente dispomos também da injeção feita a cada 3 meses, o que é bem mais confortável para os pacientes. A injeção, seja ela de 3 semanas ou de 3 meses, mantém os pacientes em permanente contato com os seus médicos, que dessa forma podem acompanhar mais facilmente a próstata dos pacientes, detectando precocemente qualquer problema que possa surgir.

Faça o toque retal e o PSA uma vez por ano.
Use camisinha; evite a AIDS, o HPV e as DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis).
Verifique regularmente os seus testículos e o seu pênis.
Tenha 2 a 3 relações sexuais por semana.
Acabe com a obesidade, o fumo e o álcool.
Faça exercícios físicos regularmente.

6. Menopausa e hormônios

As mulheres de hoje devem entender a menopausa não como a porta de entrada para a velhice, mas como o início de uma nova vida repleta de novos interesses e perspectivas. Não, não se trata de mais um discurso demagógico e otimista. Realmente, com os avanços dos conhecimentos sobre o climatério e menopausa, com os avanços de novas terapias substitutivas, dietas balanceadas, programas de atividades físicas, terapias ocupacionais e emocionais, o envelhecimento passou a ser muito mais harmônico, mais lento e compatível com melhor qualidade de vida.

Como o envelhecimento é uma questão que diz respeito a toda humanidade, todos deveriam estar envolvidos para sua melhora, embora isso nem sempre aconteça. Alguns segmentos de nossa sociedade (e segmentos muito importantes) continuam insensíveis à questão do envelhecimento (alheio) e não se esforçam para melhorar as condições materiais de vida na terceira idade, infelizmente.

É responsabilidade dos médicos esclarecer suas clientes quanto às repercussões físicas e mentais do climatério, orientando medidas preventivas contra doenças e oferecendo apoio psíquico necessário para melhorar a qualidade de vida.

A média de idade para início da menopausa varia, nas diversas populações do mundo, ocorrendo entre 50 e 52 anos nos países ocidentais. Sabe-se que alguns fatores influenciam a idade da menopausa, mas os trabalhos não são concordantes quanto a isso. Parece que o comprometimento vascular, decorrente de cirurgias dos ovários, a dieta vegetariana, grandes altitudes e magreza são citados como fatores que abreviariam a idade para a menopausa, assim como a número de filhos e a idade de menopausa da mãe (Torgerson, 1994).

Fisiologicamente, a redução progressiva do estrogênio, que acontece na menopausa, promove efeitos profundos no organismo todo. Em alguns casos, a consequência dessa deficiência de estrogênio, em longo prazo, propicia sintomas desagradáveis e, algumas vezes, sérias doenças. De fato, o desenvolvimento de algumas doenças crônicas e degenerativas se relaciona à deficiência de estrogênio. Entre elas está a osteoporose, as doenças cardiovasculares, a demência e as atrofia do tecido genital, resultando em vaginite, incontinência urinária e dor na relação sexual (Montgomery, 1991).

Os sintomas da deficiência estrogênica podem ser observados desde o início do processo da menopausa (climatério), sendo os mais freqüentes as ondas de calor, crises de sudorese noturna, palpitações, cefaléias e vertigens. Sintomas psicológicos também podem ocorrer com freqüência e incluem depressão, irritabilidade, fadiga e perda da libido.

Em relação às alterações emocionais da menopausa, não se pode atribuir exclusivamente ao estrogênio a responsabilidade por tudo que ocorre. É importante considerar todo o panorama existencial da pessoa menopausada, os elementos sociais, biológicos, o passado emocional e físico, as condições atuais, etc.

Como a expectativa de vida vem apresentando expressivo aumento, já se admite, hoje em dia, que as mulheres viverão um terço de suas vidas em estado de deficiência estrogênica, portanto, após a menopausa. Portanto, a saúde e a qualidade de vida da mulher na menopausa e depois dela passa a merecer especial atenção da medicina em geral e da ginecologia e psiquiatria em particular.

7. Climatério e Menopausa

Estão no climatério (decréscimo da capacidade reprodutiva feminina) todas as mulheres entre 35 e 65 anos de idade. Mas, para o diagnóstico de menopausa, deve existir um ano ou mais de falta da menstruação (amenorréia) em mulheres com útero e ovários, juntamente com baixos níveis de estradiol (estrogênio) e altos níveis do Hormônio Folículo Estimulante (FSH) e do Hormônio Luteinizante (LH) (Greendale, 1999).

Pode-se chamar de Perimenopausa o período que antecede a parada das menstruações (amenorréia), mas que se caracteriza por irregularidade menstrual. Essas alterações podem ser na forma de mais de uma menstruação por mês (polimenorréia), de muito sangramento ou muitos dias sangrando (hipermenorréia) ou outras alterações menstruais. Normalmente a Perimenopausa corresponde aos quatro anos antes da instalação da menopausa, propriamente dita.

8. Hormônios, tratamentos hormonais e sintomas neuropsiquiátricos da Menopausa

Acredita-se que, em relação ao Sistema Nervoso Central, a deficiência estrogênica possa ser responsável por muitos sintomas referidos pelas mulheres com mais de 49-52 anos, tais como fogachos (ondas de calor), suores noturnos e, principalmente, distúrbios do humor (Genazzani, 1998). Estudos recentes revelam que o declínio da memória após a menopausa se associa à deficiência de estrogênio, a qual promove a diminuição da síntese do neurotransmissor acetilcolina e do fluxo sanguíneo cerebral.

Achler, em 1999, procedeu uma vasta revisão na literatura médica para determinar se há, de fato, um aumento na prevalência da sintomatologia depressiva nas mulheres menopausadas e, eventualmente, se este aumento poderia ser relacionado aos níveis flutuantes do estrogênio. Além disso, ele avaliou o efeito possível que o estrogênio teria sobre as concentrações de neurotransmissores no Sistema Nervoso Central, especificamente da serotonina, bem como o impacto subsequente que isso teria no

humor das mulheres em perimenopausa, na menopausa e na pós-menopausa (Archer, 1999).

As conclusões foram de que a depressão é, de fato, mais comum nas mulheres que nos homens idosos e essa diferença parece ser devida às mudanças nos níveis de estrogênio. O sistema serotoninérgico parece ter papel muito importante na depressão, embora outros neurotransmissores também estejam envolvidos. De fato, constatou-se que a administração de estrogênio pode alterar a atividade da serotonina e de diversos outros neurotransmissores e, dessa forma, resultando num efeito do antidepressivo.

A tendência atual, portanto, é de que a terapia estrogênica para a depressão nas mulheres em menopausa, perimenopausa e pós-menopausa pode ser útil. Outros estudos bem conduzidos também revelam que o estrogênio propicia melhora da função cognitiva em decorrência do aumento do tônus colinérgico (Joffe, 1998). Portanto, essa tendência para o uso do estrogênio como coadjuvante aos antidepressivos e para os eventuais déficits cognitivos é uma possibilidade emocionante de expandir as fronteiras da psiquiatria feminina (Stahl, 1998).

Sobre a questão da cognição e memória, a terapia de reposição estrogênica (TRE) já havia sido estudada em mulheres portadoras de doença de Alzheimer, sugerindo resultados promissores (Bartus, 1981). A adição de progesterona e estrogênio através da terapia de reposição hormonal combinada realça a preservação da memória, mas, de acordo com estudo recente do *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, pode piorar o humor. Embora o eventual efeito negativo dos progestágenos no humor tenha sido anteriormente descrito, seu efeito benéfico na memória é um novo achado.

Em um estudo conjunto da Universidade de Bolonha, Itália, e do Reino Unido, examinando o efeito de progestágenos na memória, no humor, no sono e na libido, 23 mulheres pós-menopáusicas saudáveis, com idade média de 56 anos, sem nenhuma queixa de ondas de calor ou outros efeitos colaterais da menopausa foram avaliadas. Essas mulheres foram submetidas à terapia de reposição hormonal combinada durante 15 meses, e 20 delas pareceram ter claros benefícios da memória, embora mostrassem, concomitantemente, piora do humor. Quanto à libido, 16 delas referiram melhora e, quanto ao sono, nenhuma alteração se observou. O trabalho sugere a terapia de reposição hormonal combinada para pacientes com indícios de Doença de Alzheimer, mas alerta para que essa terapia seja usada com cautela em portadores de Transtornos Depressivos. (Harrison, 2001).

Não obstante, “usar com cautela” não significa abolir totalmente essa possibilidade. Ao se estudar as relações custo-benefício do tratamento de reposição hormonal, chega-se à conclusão que, para grande número de casos, os inegáveis benefícios na melhora global do organismo feminino pela reposição hormonal justificam plenamente o seu uso, reservando-se para tratamento psiquiátrico concomitante apenas eventuais pioras no estado afetivo das pacientes.

Duas distinções são muito importantes na questão da terapia hormonal. Primeiro, devemos entender as diferenças de ação do estrogênio e da progesterona sobre o humor. Enquanto o primeiro parece ter efeitos notadamente benéficos e antidepressivos, a segunda seria depressora.

Outra distinção importante é em relação aos elementos do humor. O humor considerado rebaixado não é a mesma coisa que o transtorno depressivo. O humor rebaixado é uma tristeza crônica, uma tendência distímica, um traço de personalidade compatível com a característica mais introvertida, de origem constitucional e que caracteriza pessoas mais apáticas ou habitualmente desanimadas. O transtorno depressivo é uma síndrome muito mais séria. Alguns trabalhos mostram que o tratamento de reposição com o estrogênio, isoladamente, pode melhorar o humor nas mulheres menopausadas com sintomas depressivos leves ou de humor rebaixado (Dell, 2000).

Constatações de benefícios da terapia de reposição hormonal combinada na melhora (e prevenção) da memória e da cognição em geral, juntamente com os avanços genéticos sobre a maior probabilidade de Doença de Alzheimer em portadores de um gene chamado ApoE, poderá ser a grande oportunidade da medicina para prevenir essa demência. As mulheres que carregam alguma variedade de um gene chamado ApoE eram mais prováveis de sofrer deterioração cognitiva após 65 anos de idade, mas se usarem o estrogênio os resultados podem ser mais benéficos.

O ApoE (o gene de Apolipoprotein E), que tem três variantes possíveis ou chamados alelos (e2, e3 e e4), é um gene marcado para uma proteína capaz de carregar o colesterol e outras gorduras para o fígado, cérebro e os outros tecidos. As mulheres que carregam, no mínimo, um alelo e4 têm um risco mais elevado para desenvolver a Doença de Alzheimer, de acordo com estudos precedentes.

Entretanto, as mulheres usuárias de reposição estrogênica e que carregam os alelos e2 e e3 (herdados de seus pais) mostraram muito menor perda cognitiva durante um estudo de sete anos realizado na Universidade de São Francisco (EUA). Havia, concomitante, muito menos sinais de aterosclerose nas artérias carótidas, ocorrência que poderia resultar na deterioração mental do envelhecimento.

9. Alterações hormonais nos homens

Outros estudos têm se preocupado também com as mudanças hormonais que ocorrem em homens durante o envelhecimento. São tentativas bem sucedidas de determinar se o declínio da testosterona tem relação ao humor rebaixado no idoso e, também, determinar se esse hormônio pode ser útil no tratamento da depressão senil masculina.

Margolese publicou em 2000 os resultados de uma busca exaustiva de artigos na MEDLINE, de 1966 a 1999, sobre a questão de uma figurativa menopausa masculina. Há, sem dúvida, um declínio moderado da testosterona total e um declínio mais significativo da testosterona bio-disponível em homens no envelhecimento.

Os homens idosos com humor rebaixado parecem ter níveis mais baixos de testosterona que seus pares sem alterações do humor. Em homens com normalidade hormonal, a reposição de testosterona não tem um efeito significativo no humor, entretanto, em homens com hipofunção de testosterona, alguns estudos mostram um efeito positivo do tratamento com esse hormônio. Em diversos estudos encontrou-se constatações da eficácia da testosterona como alívio do quadro depressivo em homens com baixas concentrações desse hormônio. Os efeitos colaterais principais da

testosterona incluem o aumento do hematócrito (aumento da viscosidade sangüínea), do metabolismo de gorduras e do volume da próstata.

A reposição de testosterona como tratamento preliminar ou coadjuvante da depressão no idoso pode ser útil, principalmente naqueles pacientes com hipofunção gonádica e que não respondem muito bem aos antidepressivos convencionais (Margolese, 2000).

10. Hormonioterapia de reposição e câncer

Discute-se, há tempos, o risco do câncer de mama em mulheres na menopausa e em uso de terapia hormonal substitutiva. Alguns trabalhos mostram um aumento de 40% no risco para esse tipo de câncer em mulheres de 50 a 64 anos de idade e um aumento 70% desse risco para mulheres entre as idades de 65 e 69 anos. É por isso que se tem discutido uma série de terapias alternativas e naturais capazes de aliviar e diminuir a severidade de sintomas da menopausa sem envolver tantos riscos de câncer (Soffa, 1996).

Atualmente, o climatério deve ser, sobretudo, mais um período de prevenção de doenças e promoção de saúde do que de tratamentos curativos. Para isso, são fundamentais a educação e a informação à população, além da ação dos médicos, que deve incluir medidas higieno-dietéticas e medicamentosas, objetivando o bem-estar físico e mental e melhor condição de vida das mulheres na velhice.

A obesidade é uma situação que deve sempre ser prevenida e combatida. Deve-se incentivar o uso de alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados, dando preferência aos desnatados para não aumentar o colesterol. Não esquecer dos vegetais, especialmente os verde-escuros, como a couve, brócolis e escarola; estimular o consumo de salmão, sardinha e manjuba. A ingestão ideal de cálcio é de 1500 mg/dia e, se não obtida na dieta, deve ser suplementada com medicamentos (Heaney, 1982).

Quanto aos sintomas climatéricos, estes podem ser facilmente revertidos com a Terapia de Reposição Estrogênica. A TRE também reduz a incidência de doença coronariana, previne a osteoporose, melhora a função cognitiva e a degeneração macular e diminui o risco de câncer do cólon intestinal. Entretanto, a Terapia de Reposição Estrogênica pode ter efeitos colaterais, tais como sangramentos vaginais e mastalgia (dor na mama), além de potencial risco de câncer de endométrio e de mama. Mas o risco de hiperplasia ou de câncer do endométrio é eficazmente combatido pela associação do estrogênio com progesterona (Aldrighi, 2000).

Na perimenopausa, em média até 4 anos antes da parada total das menstruações, a paciente geralmente procura o médico queixando-se de sangramentos irregulares. O principal objetivo da terapia nestas pacientes é a restauração da regularidade menstrual. Nestes casos, o uso de progestogênios cíclicos é o tratamento mais adequado.

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) convencional consiste na administração de estrogênios isolados, portanto e de fato, trata-se de uma Terapia de Reposição Estrogênica (TRE). Essa TRE é usada somente nas mulheres histerectomizadas (sem útero) ou associada com progestogênios, quando se pretende proteger o endométrio.

A Terapia de Reposição Hormonal (TRH) combinada pode ser utilizada de maneira cíclica ou contínua. Na forma cíclica, o estrogênio é administrado continuamente ou por 21 dias ao mês, enquanto que a progesterona é administrada apenas durante 10 a 14 dias. A suspensão da progesterona normalmente gera sangramentos menstruais, portanto, é um esquema preferido na perimenopausa ou nos primeiros anos de pós-menopausa.

Na forma contínua da TRH combinada, a paciente, ao receber estrogênio e progestogênio associados diariamente, desenvolve atrofia endometrial e, por isso, sem sangramentos mensais de privação. Essa é a forma de TRH preferível na pós-menopausa tardia.

Outra opção para o tratamento de mulheres na pós-menopausa é a tibolona (Livial®), que é um esteróide sintético que não é estrogênio nem progesterona, mas não obstante, com propriedades estrogênica, progesterônica e androgênica. A tibolona controla os sintomas das fases iniciais e tardias do climatério, previne a perda óssea e oferece efeitos androgênicos benéficos, daí ser indicado para as mulheres com alterações de humor e da libido (Egarter, 1996).

Posteriormente, surgiram algumas drogas moduladoras seletivas dos receptores de estrogênio. Essas substâncias têm ação agonista (similares) do estrógeno nos ossos e sistema cardiovascular, mas, curiosamente, são antagonistas do estrógeno na mama e no endométrio (útero). Os SERMs atualmente utilizados na pós-menopausa são o Tamoxifeno (Tamofen®, Tamoxifeno®) e o Raloxifeno (Evista®).

O tamoxifeno foi inicialmente desenvolvido para o tratamento do câncer de mama avançado. Desde então, ele vem sendo amplamente usado em mulheres na pós-menopausa com antecedente de câncer de mama ou com alto risco para a doença (33). Mas, se por um lado o tamoxifeno reduz o colesterol sérico (34) e preserva a massa óssea e previne o câncer de mama, seu uso é limitado pelo aumento do risco de câncer do endométrio (útero) (Fisher, 1994).

11. Comportamentos sexuais exacerbados na velhice

Atitudes positivas e negativas dos familiares e cuidadores:

Positivas	Negativas
Fique calmo e relaxado.	Mostre medo, ansiedade.
Aborde com respeito, chamando pelo nome.	Aumente a voz, grite.
Mantenha a dignidade.	Mostre desrespeito.
Retire pessoas da sala.	Mantenha curiosos perto.
Em crise, se o idoso toma medicamentos, ministre-os.	Seja autoritário.
Crie um espaço pessoal.	Coloque num canto isolado.
Mantenha roupas limpas e confortáveis.	Deixe de pijamas ou roupas íntimas.
Distraia e procure mudar o foco.	Censure o ato.

“A capacidade de amar, de sonhar e de viver está no coração de cada um.”

11. Referência bibliográfica

Ballone GJ - *Menopausa e Hormônios* - in. PsiquWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br

FINITUDE

Vera Anita Bifulco
Psicóloga
CRP – 4.987

1. Introdução

Falar da Morte é falar da Vida. Muitos ficarão surpresos com isso, justo a morte, assunto tido como funesto, tenebroso. A maioria foge até de pronunciar o seu nome, quanto mais dissertar sobre ela.

Mero engano. É justamente se permitindo falar dela e sobre ela que aprendemos a plenitude do significado da Vida. Deveríamos, por ínfimos minutos diários, ter por hábito pensar em nossa FINITUDE.

Por quê? Porque ao pensarmos que, um dia, nosso tempo de vida extinguir-se-á, fechará em seu ciclo vital, natural a tudo que é vivo, dar-nos-íamos por bem repensar na vida que levamos. Levamos uma vida ou é ela que nos leva? E, se a levamos, como efetivamente fazemos isso?

O conhecimento da finitude humana é essencial ao saber de todos que lidam com a área da saúde e educação, pois a Morte fará parte, mais cedo ou mais tarde, de seu cotidiano⁽¹⁾. Se não entendemos nem a morte nem os sentimentos nossos que a norteiam, como entender aquele paciente que tem seus momentos finais tão prementemente vividos, quais seus anseios, medos, dúvidas, inquietações? Como, efetivamente, podemos auxiliá-lo, quando sua cura já não é mais possível? Que recursos, disponíveis em nós, como seres humanos e profissionais, estariam por bem servindo a esse cuidar?

Remontemos um pouco à História para entendermos o processo de Morte e Morrer.

Aqui, faço uma referência à pioneira do estudo sobre Morte e Morrer, Elisabeth Kübler-Ross⁽²⁾, médica psiquiatra, suíça, que posteriormente viveu e exerceu sua medicina nos Estados Unidos.

Citar Kübler-Ross é fundamental quando queremos entender o processo que fica evidenciado nas etapas pelas quais passa um paciente fora de recursos terapêuticos de cura, chamados erroneamente, porém popularmente, de “terminais”. Terminais todos nós somos; nosso paciente, todavia, passam por um processo de morte, de luto, do qual seguem estágios que antecipam a passagem até seus derradeiros momentos finais.

Quando há uma morte súbita, obviamente, a pessoa não vivencia os estágios, porém a família passa por eles, já que o luto, a perda irreversível, será sentida após a morte. Já os que vivenciam uma morte mais demorada, num processo de aceleração de sua doença, dentro de um crescente, que se diga poder ser sofrido ou isento de dor, dependendo dos recursos aos quais esse paciente tem acesso, ele passará por esses estágios antecipatórios de seu desfecho. Tal como cita Kübler-Ross, estes estágios não ocorrerão necessariamente um após o outro, nem seguindo uma ordem perfeita,

porém, didaticamente, é bom tê-los como base, pois, além de entendermos melhor nosso paciente e assessorá-lo da maneira mais adequada possível, passamos à família o entendimento de muitas das reações do doente, que, geralmente, ficam incompreendidas, mal interpretadas e, conseqüentemente, mal conduzidas por todos que lhe dispensam cuidados e atenção.

Muitos são os casos, por exemplo, de um sentimento de raiva, exteriorizado pelo paciente e sentido pela família ou profissionais que o cercam; como uma raiva de caráter pessoal, enquanto que esse sentimento é causado pela situação ímpar à qual o doente está sendo submetido naquele exato momento de vida. Não é isso que ele gostaria para sua vida; naquele instante, seus planos eram outros e foram bruscamente interrompidos diante de um diagnóstico de uma enfermidade com prognóstico reservado.

Mudar planos previamente estabelecidos, metas de vida, sonhos acalentados por anos, não é tarefa fácil, nem para o paciente que os vive, nem para a família. Ninguém tem por meta de vida morrer de uma doença fatal ou cuidar de um enfermo gravemente acometido por uma doença que o leve, ainda mais se o vínculo com o doente é marcado por um sentimento de intenso amor ou afinidade. São situações que requerem de nós uma disposição de adaptação, de mudança. Mudar hábitos, sabemos, é tarefa árdua, requer uma dose de entendimento e doação nem sempre fáceis de serem vividas.

Kübler-Ross, com toda sua bibliografia, conduz seus leitores a um entendimento do processo não só de Morrer, mas, principalmente do Viver. A autora cita, por exemplo, as **questões pendentes**,⁽²⁾ aqueles assuntos não resolvidos que “empurramos com a barriga”, às vezes durante toda uma vida, para tentar solucioná-los lá na frente, quando acometidos de uma doença grave e um fim próximo. Que bom seria se nós nos conscientizássemos de que viveríamos mais livres e plenos se tentássemos, pelo menos, resolver esses assuntos no decorrer da vida e não os deixássemos para o fim.

Rubem Alves, um de meus escritores favoritos, pois fala com ternura e poesia sobre assuntos tidos como densos, diz: “o medo encolhe a vida”⁽³⁾. Já pensou ter uma vida encolhida, restrita por causa do medo? Ele mesmo segue dizendo: “quando se confia, o medo some”. Confie, pelo menos, em você.

2. Processo de Morte e Morrer

Voltemos aos estágios do Processo de Morte e Morrer propostos por Kübler-Ross, etapas estas que foram estudadas, de forma empírica, observando moribundos em seu leito de morte, seus sentimentos, vontades, reações e comportamentos⁽²⁾.

Primeiro estágio: negação e isolamento

Neste estágio, a pergunta que o doente faz após receber o diagnóstico é: “Não, eu não, não pode ser verdade”.

Inconscientemente, não aceitamos um fim para nossa existência – principalmente, um fim sobre o qual não temos nenhum controle.

Passamos a vida toda achando que temos controle sobre nossas vidas. Vã ilusão, porém é uma sensação de falsa segurança dificilmente abandonada. Na verdade, temos um certo grau de controle, que pode ser resumido numa certa responsabilidade e previsibilidade dos acontecimentos dentro de nosso cotidiano, nada além disso. Então, quando nos é dado um diagnóstico grave, esse controle sofre bruscos abalos em sua frágil estrutura. Além de sempre acharmos que tudo o que pode acontecer de ruim acontece com nosso vizinho, nunca bate a nossa porta.

Há ainda um fator a ser considerado. A Doença e a Morte estão, culturalmente, associados a castigo. Quando temos muita raiva de alguém, e isso já aconteceu pelo menos uma vez na vida de qualquer um de nós, costumamos exclamar: “Que raiva, quero que ele morra!” Morrer significa algo terrível, e só o desejamos a quem realmente não gostamos. Como aceitar, serenamente, a morte de alguém, ou a nossa própria morte, se temos arraigados esse tipo de conceito do que vem a ser o morrer.

Difícilmente vemos a morte como um acabamento, um fechamento de um ciclo vital, necessário, inclusive à sobrevivência da espécie.

Há um ditado oriental que diz: “Quando jovens, sabemos que vamos morrer, mas não acreditamos; quando velhos, acreditamos”.

Parece, assim, que a morte é mais aceita quando vem fechar uma vida já muito vivida, uma vida “velha”, com idade, com sua decrepitude. Morrer quando já não há mais prazer em viver. Mas será sempre assim? Quando ela vem romper abruptamente uma vida mais jovem, ela é concebida como um castigo, algo imposto de fora para dentro.

“Mas ele era tão bom, não merecia isso!”

“Que mal fez ele para morrer?”

Estas perguntas, somadas a tantas outras, dão-nos uma conotação de como vemos a morte e de como ela é sentida pela sociedade. Dá a impressão que só os maus, os perversos, deveriam merecer uma doença que os atormentassem e um fim mortal. Os bons, pela sua bondade, deveriam estar isentos de tal “maldição”.

O estágio de negação serve, na verdade, como um “pára-choque”, um amortecedor do impacto da notícia; aliás bem-vindo, pois, naturalmente, se alguém tivesse que viver somente com a idéia de que vai morrer, não disponibilizaria seus recursos para a cura ou uma qualidade de vida melhor. O cuidado está em fazer com que essa negação não se converta numa negação para o tratamento, para com a vida. Não esquecer nunca que este paciente, até morrer, estará vivo, e é essa vida que deve ser trabalhada, de forma que o enfrentamento da doença e/ou da morte possibilite uma libertação: morrer de alma curada, o que faz toda a diferença ⁽⁴⁾.

Quero fazer um parêntese aqui, para o leitor sentir, desde o primeiro estágio, o quão é importante perceber e avaliar esse processo, passo a passo, pois possibilita uma informação valiosíssima de como está nosso paciente e de como podemos ajudá-lo efetivamente. Tirar um paciente dessa defesa de negação é deixá-lo sem retaguarda: acolhê-lo em sua negativa e sentir sua angústia é dar suporte emocional para que ele continue sua luta.

Segundo estágio: raiva

“Por que eu?”

Essa pergunta deveria ser revista. Ao invés do “Por que eu?”, deveríamos questionar o porquê de não ser eu! O que temos de tão diferente que as fatalidades da vida não nos poderiam acometer?

Quando a negação não é mais possível de ser mantida, vem a raiva. A raiva de todos: dos médicos, que não diagnosticaram com mais rapidez, dos familiares, que não o avisaram antes, das pessoas sadias, que estão levando suas vidas sem esse tormento.

Quero relatar aqui o que disse uma vez uma paciente quando conversávamos sobre sua doença: “Eu me dediquei sempre para os outros, deixei de viver para tomar conta de todo mundo, sacrifiquei-me em prol deles, e, agora, estou aqui, fechada neste quarto de hospital, doente, e eles, eles lá fora, vendendo saúde”. Vocês podem imaginar a intensidade desses dizeres?

Há, ainda, o ressentimento, a revolta e a inveja. Ressentimento do que deveria ter sido feito e que não foi, da vida que poderia ter sido vivida, dos assuntos inacabados, dos projetos truncados, dos dizeres não falados. Lembram-se das “questões pendentes”?

O cuidado, nessa fase é entender que essa raiva não é pessoal, não é direcionada exclusivamente ao médico, à esposa ou ao cuidador, é uma raiva da situação em si, que não pode ser mudada, não pode ser revertida. Não há uma outra vida a ser vivida, onde os erros serão refeitos, não há uma outra chance. O acolhimento dessa situação, não traduzida como de esfera pessoal, facilita que o paciente vivencie sua raiva, entenda à qual natureza pertence e trabalhe suas defesas para melhorar sua qualidade de vida. Há, ainda, um tempo de vida a ser vivido, e coisas que podem ser temporizadas – talvez não todas, mas as que pudermos fazer acontecer trarão uma sensação de liberdade e conquista para nosso paciente.

Aqui, lembro algo importantíssimo de ser mencionado: nunca, realmente nunca, destitua o paciente de voz ativa, ele é responsável pela sua vida e pelo direcionamento com que conduzirá sua doença. É importante ele se sentir responsável pelo seu corpo e suas decisões, isso o fortalecerá. Aqui, fazemos uma ressalva aos pacientes cognitivamente comprometidos, pelos quais a família ou o cuidador terão que se responsabilizar pela condução do caso.

Terceiro estágio: barganha

Se a doença e a morte trazem imbuídos um conceito de castigo, que tal revertermos o quadro?

“De agora em diante, farei um trato, e, geralmente, esse trato é negociável com Deus. Se não fui tão boazinha como deveria, cometi lá os meus pecados, é hora de mudar, daqui para frente farei tudo certinho, e, com certeza, Deus terá piedade de mim, verá meus esforços e conceder-me-á, ainda, alguns anos de vida.”

Há uma tentativa de se sair bem-sucedido, fazendo algum tipo de acordo que adie, de alguma maneira, o desfecho final, inevitável. Se com minha negação e minha raiva não fui atendido, quem sabe com bons argumentos e com mais calma, revendo minhas atitudes e meu comportamento, não chegarei a um bom acerto de contas?

Na verdade, a barganha é tão somente um adiamento, um prêmio que pode vir a acontecer, uma meta a ser perseguida com a finalidade de se prolongar a vida.

Às vezes, uma conversa franca e aberta, com um aconselhamento espiritual, pode favorecer o melhor entendimento deste estágio e do que pretendemos com ele, além de revisar a noção de pecado, culpa e castigo.

Quarto estágio: depressão

Aqui, o agravamento da doença faz-se mais presente, e o paciente não tem mais como negar sua doença. Sua negativa, sua raiva e barganha darão lugar a uma grande sensação de perda iminente.

Há, porém, uma diferença real entre a depressão que acompanha o primeiro estágio e a depressão deste estágio, quando o paciente se prepara para deixar este mundo.

A primeira é uma depressão reativa, e a segunda é uma depressão preparatória. São elas de naturezas diferentes. A primeira é uma perda que ainda pode ser suprida. Uma mama retirada pode dar lugar a uma prótese. Já, na segunda, a perda é proveniente de uma situação real: deixar este mundo, pessoas queridas, objetos amados. O paciente está prestes a perder tudo e todos quem ama.

Nesse estágio, ajuda muito que deixemos o paciente verbalizar o seu pesar. Não são necessárias frases animadoras ou conversas otimistas. O silêncio falará mais que as palavras. O importante, neste momento, é se sentir amparado, nunca sozinho, saber que não estará sozinho na hora da passagem, do grande mistério que assola os derradeiros momentos. O toque, a comunicação não-verbal, fará as vezes das frases desnecessárias e inconvenientes. Na verdade, a depressão é um instrumento de preparação para o estado de aceitação, que se segue.

Quinto estágio: aceitação

*“Já posso partir! Que meus irmãos se despeçam de mim
Saudações a todos vocês; começo minha partida.
Devolvo aqui as chaves da porta e abro
mão dos meus direitos na casa.
Palavras de bondade é o que peço a vocês, por último.
Estivemos juntos tanto tempo,
mas recebi mais do que pude dar.
Eis que o dia clareou e a lâmpada que
iluminava o meu canto escuro se apagou.
A ordem chegou e estou pronto para
minha viagem.”*

(Rabindranath Tagore)

Essa poesia de Tagore, para mim, resume o que o paciente sente quando teve a oportunidade de vivenciar a passagem pelos estágios anteriores. Ela resume, a cada frase composta, as etapas do partir. O paciente, neste estágio, tem uma necessidade imensa de perdoar e ser perdoado pelos outros e, até mais, ser perdoado por ele mesmo. Sabe que se doou, mas que recebeu mais do que pôde dar.

Teve a oportunidade de exteriorizar seus sentimentos e vontades, organizar a vida de maneira tal que já pode partir com um certo grau de serenidade. Muitos esperam resolver questões familiares, sociais, econômicas, espirituais.

Seu corpo já estará mais fraco e cansado, sentirá uma necessidade maior de dormir. Não se trata de um sono de fuga, como no da depressão, mas sim de um sono do recém-nascido ao inverso. Uma preparação. As coisas do mundo não importam mais, assuntos corriqueiros, notícias, barulho, não lhe dizem respeito, há uma introspecção para seu mundo interior. O segurar a mão e o estar próximo dizem mais do que palavras proferidas. O olhar se torna mais parado e distante, como se olhasse sem nada ver. Posteriormente, fica com os olhos cerrados por um tempo mais longo, até que não os abre mais.

Há, porém, os casos em que o paciente se debate e luta contra a morte, se agita e se inquieta, até a hora em que suas forças cessam, e a batalha não pode ser mais travada. É importante estar atento a esses sinais e informar à família de seu surgimento como algo esperado. Assim, os familiares e profissionais que cuidam do caso entendem o processo e podem acolher todas as manifestações, sabendo que fazem parte de um quadro terminal.

Nesse último estágio, a família carece mais de cuidados. Entender o que o paciente precisa e respeitar suas necessidades é ímpar neste momento para que ele viva seus momentos derradeiros em paz.

Para finalizar, cito uma frase de Morrie Schwartz, que escreveu dois livros antes de falecer de esclerose lateral amiotrófica (ELA). Os títulos de seus livros são: A Última Grande Lição (também em filme) e Lições Sobre Amar e Viver ⁽⁵⁾.

*“Aprenda como viver, e
você saberá como morrer.
Aprenda como morrer, e
Você saberá como viver.”*

(Morrie Schwartz)

3. Referências Bibliográficas

- (1) ALVES, R., O Médico. Campinas, SP: Papyrus; 2002.
- (2) CARVALHO, M. M. M. J., Introdução à Psico-oncologia. Campinas, SP: Livro Pleno; 1994.
- (3) FIGUEIREDO, M. T. A., Educação em Cuidados Paliativos: Uma Experiência Brasileira. Prática Hospitalar, Ano II, Nº 17, SET-OUT/2001, pp43-48.
- (4) KÜBLER-ROSS, E., Sobre a Morte e o Morrer. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- (5) SCHWARTZ, M. Lições sobre Amar e Viver. Sextante, Rio de Janeiro, 1999.

NECESSIDADE DE PRESERVAR A AUTO-ESTIMA DO CUIDADOR

Cecília Paciulli Azevedo
Psicóloga
CRP nº 06/55689-4

1. O que é a auto-estima?

Auto-estima é a opinião e o sentimento que cada um tem sobre si mesmo. É ter conhecimento de seu valor pessoal, acreditar, respeitar e confiar em si. A auto-estima é formada por três pilares fundamentais: *Auto-aceitação + autoconfiança + auto-respeito = auto-estima*

2. Quando a auto-estima começa a se formar?

A auto-estima, assim como a personalidade, é formada a partir dos primeiros anos de vida, até por volta de 5 ou 7 anos, a partir, principalmente, da maneira como somos tratados nesta fase da vida. Por isso, damos primordial importância à infância.

Nos primeiros anos de vida, a presença de figuras parentais (pai e mãe) é essencial na formação não só da auto-estima, mas de todos os sentimentos que transmitem segurança, confiança e amor.

Se a criança for acolhida com carinho e satisfação, ela desenvolverá uma auto-estima positiva em relação ao mundo. Existindo essa base de segurança, a criança irá adquirir uma confiança básica em si mesmo, que é essencial não só na formação, mas também na manutenção da auto-estima para toda a vida.

Ao contrário, quando uma criança se desenvolve em um ambiente com críticas em excesso, comparações, superproteção, humilhações e, sobretudo, sem ser reconhecida por seu potencial, estamos frente a um quadro de destruição ou frágil auto-estima.

É importante ressaltar que nossa mente registra aquilo que é comunicado de forma mais repetitiva nos primeiros anos de vida. Entretanto, devemos lembrar que, como não podemos mudar o que já aconteceu, utilizamos o passado apenas para buscar a origem. A partir daí, podemos aprender a nos responsabilizar por nossos sentimentos e valorizar nossa capacidade de transformação, buscando o desenvolvimento da autoconfiança, auto-estima e amor-próprio.

3. Características da baixa auto-estima

- Insegurança;
- Inadequação;
- Perfeccionismo;
- Dúvidas constantes;
- Incerteza do que se é;
- Necessidade de agradar;
- Necessidade de reconhecimento.



4. Para elevar a auto-estima, é preciso:

- Autoconhecimento: fundamental para desenvolver o amor por si mesmo e fortalecer a auto-estima. Conhecer a si próprio é a grande conquista.
- Autoconfiança: é sentir-se capaz, poder fazer, poder conquistar e saber tomar suas próprias decisões.
- Auto-respeito: é respeitar-se incondicionalmente, assumir-se, acolher, compreender, gostar e, acima de tudo, aceitar-se independente de qualquer coisa.
- Amor próprio: amar-se é condição básica para elevar a auto-estima. Amar a si próprio é: aceitar-se, compreender-se, cuidar de si, administrar a própria vida.
- Automotivação: é ter objetivo de vida e buscá-lo com prazer, superar-se buscando desafios, elogiar-se e receber elogios, ter bom humor para manter a energia.

Resultados esperados com a elevação da auto-estima:

- Mais abertura para receber elogios e críticas;
- Harmonia entre o interior e o exterior;
- Elevação da autoconfiança;
- Crescimento do amor próprio;
- Relações interpessoais mais saudáveis;
- Satisfação pessoal;
- Paz interior.

Podemos concluir que, quanto mais conseguirmos nos olhar, ver nossa imagem refletida no espelho e sentir o que realmente há dentro de nós, mais estaremos no caminho do crescimento interior. Lembre-se: A pessoa mais especial e importante do mundo é você!

5. Referências Bibliográficas

- Branden, Nathaniel. *Auto-Estima*. Ed. Saraiva.
- Pires de Castro, Alfredo e José Maria, Valéria. *Motivação*. Ed. Campus.
- Tessari, Olga Inês. *Dirija a sua vida sem medo*. Ed. Letras Jurídicas.
- Zago, Rosemeire. *Textos de palestras*.
- Wong, Robert. *O sucesso está no equilíbrio*. Ed. Elsevier.

VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO – ROMPENDO O SILÊNCIO

Neuma d'Ávila Pinto Nogueira
Assistente Social
CRESS nº 13407

Cada pessoa, homem, mulher, criança, merece ser tratada com respeito e atenção. Cada pessoa, não importa o quão nova ou velha seja, merece estar protegida de danos por aqueles que vivem com elas, que delas cuidam ou com quem entra em contato no dia-a-dia.

1. O que é o abuso contra o idoso?

O abuso contra o idoso é a agressão física, emocional ou psicológica. O abuso contra o idoso também pode tomar a forma de exploração financeira ou negligência intencional, ou não, do adulto que deve cuidar do idoso.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o abuso ou negligência contra o idoso pode ser um ato único ou repetido. Pode ocorrer em qualquer relacionamento onde haja expectativa de confiança ou onde a pessoa está em posição de poder e de autoridade.

Quais são os tipos de abuso contra o idoso?

- **Físico:** inclui bater, golpear, medicação imprópria e privação física.
- **Sexual:** toque sexual indesejado ou ser obrigado a atos sexuais.
- **Emocional:** inclui insultos, intimidação, ameaças, ignorar ou isolar o idoso.
- **Financeiro:** inclui fraude, roubo, mau uso do dinheiro ou da propriedade, ou intimidar o idoso a fim de obter acesso a seus fundos ou propriedade.
- **Violação dos Direitos:** inclui reter informação, interferir com a correspondência, ou confinar o idoso em uma instituição ou hospital.
- **Negligência:** inclui deixar os idosos sem alimento, abrigo adequado ou sem alguém para cuidar dele.

Quem são os agressores?

O abuso contra idosos, muitas vezes, ocorre na família, perpetrado pelo cônjuge, filhos e/ou netos. Porém, os agressores também podem incluir amigos, vizinhos, proprietários, cuidadores pagos e equipe de atendimento, ou qualquer indivíduo em posição de poder, confiança ou autoridade.

Quais são os sinais demonstrados pelos idosos?

- Dizer-lhe que estão sendo prejudicados.
- Mostrar sinais de depressão ou de ansiedade.
- Demonstrarem medo diante de certas pessoas.
- Recluírem-se socialmente (tendo menos contato com as pessoas com quem se relacionavam intimamente no passado).
- Tornarem-se passivos e muito submissos.
- Terem ferimentos físicos inexplicáveis.
- Falta de alimento, roupas e outras necessidades.
- Mostrarem mudanças em sua higiene ou nutrição (ex.: sinais de desnutrição).

- Subitamente ficarem incapazes de cumprir suas obrigações financeiras, ou fazerem retiradas incomuns em sua conta bancária ou de outras instituições financeiras.

2. Quais são os efeitos?

Efeitos sobre a saúde:

- O abuso e a negligência são a principal fonte de estresse e podem ter efeitos de longo prazo sobre a saúde e o bem-estar dos idosos.
- O estresse devido ao abuso pode desencadear dor no peito ou angina, e pode ser um fator de outros problemas cardíacos sérios.
- O abuso exerce impacto significativo sobre as pessoas de todas as idades, mas os idosos podem ser especialmente vulneráveis. Em geral, os idosos têm menor força física e menor possibilidade de recuperação do que os mais novos.
- Alguns desses sinais são equivocadamente vistos como parte do envelhecimento ou podem parecer como outras condições. Por exemplo, confusão mental, depressão ou ansiedade resultante de abuso ou negligência pode parecer com demência.

As pessoas podem não perceber, algumas vezes, que o fato de os idosos dizerem que estão caindo com frequência ou tendo dores persistentes pode, na verdade, ser que estejam sofrendo abuso ou negligência.

Você Sabia?

- Que entre 44% a 62% dos idosos que sofrem abuso experimentam algum nível de depressão. Até 6% deles se tornam gravemente depressivos.
- Que conviver com abuso e negligência pode também aumentar significativamente as possibilidades de a pessoa ficar doente ou de agravar as enfermidades já existentes.
- Que o idoso que sofre abuso ou negligência tem 200% a mais de risco de morte prematura.
- Os efeitos do abuso e da negligência podem passar de geração a geração. Por exemplo, os netos que testemunham esse abuso podem entender que comportamentos negativos para com os idosos são aceitáveis e assim perpetuam o desrespeito.

Efeitos financeiros:

- O abuso no aspecto financeiro pode levar a impacto negativo na saúde e no bem-estar dos idosos.
- Quando o ofensor rouba ou controla o dinheiro do idoso ou a propriedade, o idoso pode ter menos recursos para cuidar de sua saúde, de sua casa, de sua nutrição e atividades.

3. Por que ocorre o abuso no fim da vida?

- O abuso e a negligência podem também refletir falta de compreensão e de conhecimento sobre o idoso e o envelhecimento.
- Algumas pessoas, incorretamente, sentem que têm direito à propriedade do idoso, simplesmente porque a pessoa é velha ou porque o estão ajudando ou ainda devido à sua posição na família.

4. Por que eles guardam silêncio?

Em muitos casos a pessoa pode temer:

- O que lhe irá acontecer (“A situação irá piorar?” “Será que serei expulso de minha casa?”).
- O que acontecerá com o agressor (“Será que irá para a cadeia?”)
- O que os vizinhos, a família ou a comunidade irão pensar (“O que as pessoas irão dizer?”).

5. Como podemos prevenir o abuso contra o idoso?

O primeiro passo e o mais importante para prevenir o abuso contra o idoso é reconhecer que ninguém, qualquer que seja a idade, deve sofrer violência, comportamento abusivo, humilhação ou negligência.

Além de promover essa atitude social, os passos positivos incluem instruir as pessoas a respeito do abuso contra o idoso, aumentando a disponibilidade de cuidado respeitoso, de promoção de aumento de contato social e de apoio para as famílias com idosos dependentes, e encorajando o aconselhamento e o tratamento para lidar com problemas familiares e pessoais que contribuem para o abuso. A violência, o abuso e a negligência para com os idosos são sinais de que a pessoa envolvida necessita de ajuda imediata.

Romper o silêncio é vital! 15 de junho foi declarado o Dia Mundial de Combate à Violência contra o Idoso.

Onde procurar ajuda?

Conselho Municipal do Idoso: tel. (11) 4199-2828

Delegacia do Idoso: tel. (11) 4201-1918

Ministério Público (Promotoria Pública): tel. (11) 4198-7566

Grupo Vida – Brasil: tel. (11) 4198-3833

ASPECTOS LEGAIS – EM DEFESA DO IDOSO

*Dra. Eliana Badaró
Advogada
OABSP-204.036-D*

1. Introdução

O tema não poderia ser mais pertinente, posto a crescente importância que os direitos da pessoa idosa têm assumido na sociedade brasileira.

Com o advento do Estatuto do Idoso, concretiza-se a proteção à pessoa, já determinada pela Constituição Federal do Brasil, em dois de seus artigos:

“Artigo 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.”

“Artigo 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, Garantindo-lhes o direito à vida.”

Todos os direitos do idoso decorrem da Constituição Federal, e ninguém pode alegar desconhecê-los.

Muitos Órgãos e Entidades Públicas, bem como as particulares, têm o escopo e a preocupação de informar, buscando, em linguagem clara e direta, transmitir estes conhecimentos.

Há preocupação constante em propagar à sociedade, aos cuidadores, aos parentes, e, especialmente, ao próprio idoso quais são seus direitos e quem lhe deve obrigação de cuidado e proteção.

2. Intróito histórico

Diversas religiões e ideologias renderam tributos à experiência dos mais antigos, chamados de anciãos; os quais detinham a sabedoria e a memória sobre fatos de seu povo e transmitiam-na aos seus descendentes. A História demonstra que grandes expoentes da humanidade respeitavam seus ancestrais.

E é não menos verdadeiro que o povo que respeita seus idosos, atualmente, considera-se como povo civilizado.

Esse respeito adquire-se geralmente pela educação e pela cultura de um povo, passando a constituir a moral de uma civilização, a qual é passada de geração em geração.

Quando isso não ocorre naturalmente, é necessária a imposição de lei para o cumprimento deste dever moral.

O cuidado e atenção para com as pessoas idosas não são mero favor, pois elas conquistaram, ao longo da vida, o direito ao respeito na velhice.

Os atuais idosos, um dia, foram jovens. E, no futuro, todos nós seremos idosos. Gostemos, ou não, é fato inexorável.

3. Legislação Brasileira

Para garantir tais direitos e obrigações foi promulgada no Brasil, em 3 de outubro de 2003, a Lei 10.741, que garante o respeito e cuidado para com os mais velhos, conhecido como Estatuto do Idoso.

Por lei, considera-se idoso toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

É motivo de orgulho àquele que se encontra na chamada, carinhosamente, como “terceira idade”.

Como nunca é tarde para novas experiências, muitas vezes torna-se um momento oportuno para descobrir ou desenvolver um talento novo ou àquele sonho acalentado na juventude.

Daí resultam expressões familiares: “Papai mudou...”; “Mamãe não fica mais em casa, sai o tempo todo...”; “O vovô está diferente, mais alegre”; e por aí afora.

Simplesmente, é a possibilidade e a manifestação do viver em sua plenitude, como ser humano que é.

4. O idoso e o discernimento

Com o passar do tempo, uma pessoa já idosa pode-se tornar fragilizada e não ter mais condições de decidir o que é melhor para a sua saúde e para seus negócios.

Ou seja, falta-lhe lucidez. Por isso, o Estatuto do Idoso, nos artigos 106 e 108, procura definir com exatidão o que entende pela palavra “discernimento”.

O idoso tem discernimento quando consegue saber e “tem juízo” de quais são seus deveres e seus direitos na sociedade, pois tem consciência de seus atos e de quais são suas obrigações, como por exemplo, entre tantos existentes, pagar uma conta de água e luz ou ir às compras de mercado.

A pessoa lúcida, e civilmente maior, como o idoso, é considerada pela lei como **pessoa capaz**. Portanto, pode fazer contratos, comprar e vender bens, recorrer à Justiça, assumir dívidas, etc., porque está na plena “capacidade de gozo de seus direitos”.

A palavra “capacidade” que aqui se menciona é um termo jurídico, cuja acepção **difere** do conceito que a maioria das pessoas leigas possui, na qual capacidade é ter aptidão para alguma coisa.

O Código Civil determina que indivíduos numa determinada faixa etária serão considerados incapazes, mesmo que possuidores de ótima saúde e inteligência, porque assim a Lei diz. Por exemplo.

Imaginemos a seguinte situação: uma criança saudável e inteligente, com a idade de oito anos, abastada em razão de vasta herança recebida de seus pais, estes já falecidos, **juridicamente não é capaz**.

Apesar de ser saudável e ter desejos, essa criança **não pode** praticar **atos da vida civil sozinha**, como, vender uma casa, contrair uma dívida, mesmo que ela queira, e possua essa vontade em gastar seu patrimônio.

Por quê? A Lei entende que ela é influenciável, que não tem maturidade ou compreensão suficiente para distinguir o que lhe é bom ou mal. A Lei determina que a criança seja representada por alguém capaz, **e deve ter um responsável legal**.

Juridicamente, a capacidade está ligada diretamente à **vontade** do indivíduo. Pessoa capaz significa dizer **que não existem restrições** para a prática de qualquer ato jurídico **emanado do desejo** daquele ser humano, seja homem ou mulher.

A incapacidade é o contrário da capacidade. E indica que uma pessoa tem **restrições** para ato civis porque lhe falta o “juízo”, lhe falta compreensão e dimensão exata do que ocorre em sua volta, e ao exteriorizar a vontade, esta se encontra equivocada.

Esta incapacidade pode ser proveniente de doenças crônicas ou de acidentes, acometidos em qualquer momento da vida de uma pessoa, levando-a ao comprometimento total ou parcial do discernimento mental do indivíduo sobre fatos e circunstâncias da vida cotidiana.

A incapacidade pode, ainda, ser Absoluta ou Relativa.

Fala-se em incapacidade absoluta quando a pessoa idosa perde a total noção da realidade, desconhecendo se suas atitudes lhe trazem prejuízo ou perigo. Essa perda é mental e não apenas física. Há o comprometimento sério de sua saúde mental. **A incapacidade física, por si só, não gera incapacidade jurídica, desde que não lhe afete o intelecto, o juízo.**

Já na incapacidade relativa, a restrição é momentaneamente temporária ou apenas para determinados atos da vida civil, mas também afeta somente a mente do indivíduo, como por exemplo, um adulto ao perder a memória; se esta for restabelecida, voltará juridicamente a ter capacidade civil.

Mas as pessoas incapazes continuam tendo direitos, e a lei as protege, pois determina que devam ser representadas, ou assistidas, conforme o caso concreto, por outra pessoa civilmente maior e capaz denominada como Curador.

O Curador é devidamente habilitado por um Juiz de Direito, através de um processo denominado como ação de interdição, para cuidar dos interesses pessoais e patrimoniais do incapaz.

A ação de interdição é um processo moralmente doloroso para seus familiares e para a pessoa interditada, pois é imprescindível a comprovação, pelo médico do Juízo, da incapacidade do idoso, via exames médicos e psiquiátricos.

Caso os familiares de um idoso percebam que este perdeu o discernimento, e pode se prejudicar com vendas ou doações descabidas, ou demonstrar total falta de condição de cuidar de si próprio, em razão da perda da realidade, poderão solicitar ao juiz medidas judiciais cabíveis.

5. Interdição

Interdição é uma medida jurídica que existe para proteger pessoas incapazes. Por esta ação, o juiz de direito declara que uma pessoa não pode mais praticar atos da vida civil.

A interdição é decretada por um Juiz de Direito, que, após comprovação médica da incapacidade, nomeia definitivamente uma pessoa para cuidar do incapaz.

A interdição pode ocorrer em qualquer fase da vida e não apenas à pessoa idosa.

Os documentos necessários para propor uma ação de interdição são fotocópias dos documentos pessoais do idoso, comprovante de endereço, fotocópia dos documentos pessoais da pessoa que pretende ser curador deste idoso, comprovante de endereço e outros documentos, como número da aposentadoria, conta bancária, receitas médicas, comprovação de uso de remédio à saúde mental do idoso, etc.

É essencial que exista laudo original de médico que ateste que aquela pessoa não tem condições de cuidar de si mesma, informe ainda o CID da doença acometida e, ao final, **assine e carimbe** este documento para que se reconheça firma, ou seja, tenha a assinatura reconhecida em cartório como sendo dele, médico.

O médico deverá ser aquele que regularmente cuida da saúde do idoso e acompanha-o, como médico geriatra, ou neurologista ou psiquiatra, pois tal fator será analisado pelo Juiz.

A pessoa incapaz será avaliada também por um médico que o Juiz determinar. Normalmente, no Estado de São Paulo, na Capital, esses exames são realizados perante médicos do IMESC, constituindo-se prova técnica no processo de interdição.

Ao final, presentes todos os requisitos, o Juiz de Direito declarará, ao final, que o interditado possui incapacidade absoluta, ou relativa conforme o caso, nomeando definitivamente o Curador para cuidar do idoso e agir em nome deste para garantir direitos.

O Curador é quem, ao final, pratica os atos civis do idoso.

6. Quando ocorrer a invalidez física

E se, porventura, o idoso possui capacidade mental, mas se encontra debilitado ou impossibilitado de se locomover em razão de acometimento de doença grave ou acidente, como proceder? E a quem recorrer?

Ocorrendo essa situação, a Previdência Social possibilita requerer determinados acréscimos ou benefícios às pessoas portadoras de algum tipo de invalidez, das quais necessitem de assistência contínua de outra pessoa em todos os momentos do dia.

Então, será necessário apurar se a invalidez é **permanente** ou **temporária**. Da mesma forma, existirá a necessidade de comprovação atestada por perícia médica, por médico do IMESC ou da própria Previdência Social, caso a solicitação for judicial ou administrativa.

Constatada a invalidez permanente concomitantemente com a necessidade de ajuda de terceiros, poderá ser feito acréscimo de 25% sobre os benefícios previdenciários recebidos mensalmente pelo idoso.

Nada impede que, ocorrendo o acometimento da incapacidade jurídica, por doença degenerativa, e posteriormente acontecendo a invalidez do idoso, será possível requerer o benefício acima.

7. Cuidados com a procuração

O idoso poderá outorgar procuração toda vez que necessite ser representado ou para comparecer em determinados locais, já que se encontra debilitado fisicamente.

Procuração é o instrumento ou documento pelo qual se autoriza outra pessoa para realizar negócios ou atos em nome do idoso.

Por meio de uma procuração pode-se receber salários, aposentadorias, pensões, aluguéis, dar recibo e contrair dívidas, movimentar a conta bancária.

Existem quatro tipos principais de procuração: “ad judicia”, “ad negotia”, procuração por instrumento particular e procuração por instrumento público.

A) A procuração “ad judicia” é aquela na qual se passa poderes ao advogado para representá-lo em juízo ou administrativamente.

B) A procuração “ad negotia” autoriza a realizar determinado negócio ou ato.

C) A procuração por instrumento particular dá poderes para vários atos e a realização de negócios em nome do idoso. Basta o reconhecimento em Cartório da assinatura do idoso.

D) A procuração por instrumento público é aquela procuração feita por Tabelião ou Cartório de Notas. Confere amplos poderes e autoriza a fazer qualquer coisa em nome do idoso.

Os casos de arrependimento por se ter confiado em alguém e lhe dado uma procuração são numerosos. Muitas vezes, quem pede é um parente próximo, de quem o idoso gosta muito ou confie.

Se acaso o idoso “deu” procuração passada em Cartório, mas se, há dúvida sobre a idoneidade da pessoa que pediu a procuração, o melhor é revogá-la. Peça auxílio aos operadores do direito: advogado de sua confiança, ao defensor público, ao promotor de justiça, que lhe orientarão como proceder.

8. Outro alerta: empréstimo consignado

O empréstimo consignado é o contrato pelo qual se obtém crédito ou dinheiro mediante autorização de desconto pelo aposentado ou pensionista, diretamente, na folha de pagamento. É prática de bancos, financeiras e comerciantes. Uma vez realizada, o idoso não tem mais direito de se arrepender e desfazer o negócio. Há necessidade de quitar a dívida na totalidade.

Muitas vezes, da mesma forma que a procuração, um familiar ou amigo muito querido ao idoso é quem pede para que este contraia dívidas em favorecimento daquele.

9. Alimentos

Se necessário, o idoso poderá exigir de seus descendentes, filhos, netos e bisnetos, o pagamento de pensão em dinheiro para suprir-lhe as necessidades com alimentação, vestuário, moradia, remédio, etc.

Se a ajuda dos descendentes não for espontânea, poder-se-á exigir perante o Poder Judiciário, em competente ação de alimentos.

Se comprovado a falta de ajuda ao idoso ou desleixo para com este, a família pode ser acionada por abandono de idoso.

10. Os crimes realizados contra os idosos

A) Maus-tratos

Ao contrário do que se pensa, maus-tratos não são apenas as agressões físicas.

A negligência no cuidado para com o idoso, como falta da troca regular da fralda, o fornecimento de alimentação inadequada ou insuficiente, a falta de medicação ou de assistência médica, todos constituem crime.

A falta de paciência ou agressões verbais ao idoso também é considerado como maus-tratos.

E se resultar morte ao idoso, a pena pode chegar a até doze anos de reclusão.

Crimes previstos nos artigos 101 a 108 do Estatuto:

B) Crime de apropriação: Artigo 102

Ocorre quando alguém impede o idoso de utilizar-se de bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento deste. Aquele que assim procede pode favorecer um terceiro ou ele mesmo. Pena de até 4 anos de reclusão.

É um crime bastante usual. O idoso sofre, ao mesmo tempo, pressões emocionais e psicológicas: “eu vou te deixar sozinho”, ou “não vou buscar seu remédio”, ou “não te amo mais”.

C) Indução perniciosa: Artigo 106

Induzir significa convencer ou estimular o idoso a um comportamento que normalmente não teria, em razão da redução ou ausência de discernimento, fazendo o idoso assinar procuração para administrar os bens deste, com intuito de obter vantagens para si ou vendê-los a terceiros. Pena de até 4 anos de reclusão.

D) Coação: Art. 107

A coação pode vir ou não acompanhada de maus-tratos. Naquela se obriga o idoso em contratar, doar, testar ou outorgar procuração. A vantagem não precisa ser do agente coator, podendo favorecer terceiros. Pena de até 5 anos de reclusão.

E) Registro notorial indevido: Artigo 108

Aqui a lei protege o idoso que possui discernimento, ainda que relativo, e outorgue procuração pública a terceiro em razão de ignorância ou boa-fé. Pena de até 4 anos de reclusão.

F) Código Penal: Cárcere privado

O idoso jamais deve ficar trancado em casa ou em qualquer cômodo desta, seja qual for a situação, pois esta atitude pode configurar crime de cárcere privado.

Em situações na qual o idoso encontrar-se demenciado, e for obrigado a ficar limitado a um local, ainda sim, poderá ser tipificado como crime àquele que assim procede. E o crime poderá ainda ser agravado por se ter privado o idoso de medicação adequada, considerado como abandono também.

O cuidador ou parentes que se deparem com esta situação deverão procurar ajuda e amparo do médico que trata o idoso, assistencial (dos órgãos municipais) e legal (orientação como ter provas para comprovar que não existe dolo na conduta), objetivando comprovar que fez tudo e mais um pouco pelo idoso demenciado.

G) Código Penal. Abandono de incapaz. Artigo 133

Abandonar é largar, deixar sem assistência pessoa que dela necessite. Existe a vontade daquele que pratica o crime em expor a perigo a vítima. O tipo penal determina

ainda e exige que o agente tenha especial relação de assistência com a vítima, ou seja, a vítima está sob o cuidado do agente, ou guarda, ou vigilância ou autoridade. Sendo necessário também que a vítima seja incapaz de defender-se. Se resultar a morte da vítima, a pena de reclusão é de até 12 anos.

E ainda a pena aumenta em 1/3 se o agente é descendente; e, novamente em mais 1/3 se a vítima é maior de 60 anos.

H) Algumas considerações sobre a Omissão, na ótica Penal

i. Acepção da palavra “omissão”.

Gramaticalmente, segundo o Dicionário Aurélio, trata-se de um substantivo feminino cujo significado é “ato ou efeito de deixar de fazer, dizer ou escrever”. Isto quer dizer: **não agir quando esperado que o fizesse.**

ii. O parágrafo 2º do artigo 13 do Código Penal. As 3 situações.

a. A Lei Penal determina que pessoas compelidas a terem o comportamento de cuidado, proteção ou vigilância para com outra pessoa em razão de dever legal, decorrente de profissão ou função serão responsabilizadas penalmente. Exemplo: bombeiro que, sem existir risco pessoal deste, não salva pessoa do fogo; ou seja, o bombeiro tem obrigação legal de salvar e não salva porque não age.

b. Àquela pessoa que, na situação de garantidor, proveniente de contrato ou situação de fato, deveriam agir e não o fazem. Exemplo: são garantidores a enfermeira paga ou a vizinha que, voluntariamente, ofereceu-se para olhar o idoso, e acontecendo acidente, não age para evitar e proteger o idoso.

c. Ao criador do risco da ocorrência do resultado. Exemplo clássico é a do nadador que convida pessoa para nadar (sendo que esta não sabe nadar) e não o socorre quando está se afogando.

iii. Então não se iluda ser o crime de omissão “um crime pequenininho”.

iv. O Código Penal ainda determina ser uma agravante, em qualquer crime, a vítima estar indefesa ou ser idosa, devendo a pena ser aumentada.

v. O ordenamento jurídico, pelas Leis, possui mecanismos jurídicos aptos para apurar e imputar um crime, para determinar uma sanção, àquele que se omite. A conduta da omissão poderá levar ao resultado de inúmeros outros crimes, dependendo das circunstâncias nas quais ocorreu “o deixar de agir”, quem é a vítima e qual era o grau de relacionamento entre o agente e a vítima, etc.

Se você souber que o idoso é tratado de forma indigna leve o fato ao conhecimento das autoridades ou de qualquer um destes órgãos: delegado de polícia, promotor de justiça, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) ou Conselho Municipal do Idoso.

11. Referências Bibliográficas

DELMANTO, Celso e Outros – Código Penal Comentado - 7ª edição Revista, Atualizada e ampliada, Editora Renovar – agosto/2007.

IBRAHIM, Fábio Zambitte - Direito Previdenciário – Atualizado até emenda 44/2004 - 3ª edição 2004 Editora Impetus.

De plácido e Silva, Vocabulário Jurídico, 28ª edição, Editora Forense – 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda – Mini Aurélio Século XXI – Editora Nova Fronteira.

MANUAL DO ISOSO – Comissão do Idoso – Comarca de Osasco Autores Diversos.

Código Civil – 2008 Editora Saraiva

Código Penal – 2008 4ª edição Editora Saraiva

Estatuto do Idoso – 2003 – Editora Saraiva.

DEMÊNCIA

Cybele Diniz
Médica Geriatra
CRM nº 81141

1. Introdução

O termo **demência** corresponde a um quadro genérico de perdas das funções cerebrais, geralmente de caráter progressivo, e que afetam a rotina diária do doente. Antigamente, era conhecido como “esclerose” ou “senil”.

Existem muitas funções cerebrais. As mais conhecidas são a memória, a capacidade de aprender coisas novas, a fala e a capacidade de comunicação, realização de cálculos, julgamento de preços, saber a localização das coisas, reconhecer locais, etc.

Por ser mais freqüente em idosos, é atualmente um estigma para todos que envelhecem. Mas o quadro pode afetar pessoas com idade inferior a 60 anos.

Existem várias doenças que podem causar demência. A mais comum é a doença de Alzheimer. Em termos estatísticos, a demência vascular é a segunda causa, seguida pela doença de Lewy. Existem muitas outras demências, contudo são mais raras. Exemplo de outras demências: demência fronto-temporal, demência secundária a doença de Parkinson, causada pelo álcool, causada pelo vírus HIV, hidrocefalia, falta de vitamina B12, causada por doenças da tiróide.

Uma vez que o médico confirmar a redução das funções do cérebro através de testes, o paciente deve ser submetido a exames de sangue para saber como está a saúde no geral, exame da tireóide, dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, teste para sífilis, entre outros. Na primeira avaliação, também é importante investigar a estrutura do cérebro por tomografia ou ressonância magnética. De acordo com cada caso e com os sintomas apresentados, o médico ainda pode solicitar outros exames.

Apesar de cada uma ter suas características e do tratamento não ser igual para todas as demências, o doente ficará cada vez mais dependente do familiar. Essa sobrecarga crônica leva o familiar que cuida de um ente querido com demência a também adoecer. Com freqüência, depressão, obesidade, dor nas costas e isolamento são observados. Quando, além de ficar dependente, o paciente apresenta comportamento alterado (bravo, agressivo, irritado, sem dormir, sem iniciativa, etc.) a sobrecarga pode ser insuportável, e os familiares devem buscar informação e apoio junto aos profissionais de saúde que cuidam do paciente, bem como na Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz). Cuidar da própria saúde e bem-estar também é fundamental para estes familiares que convivem com pessoas em uma situação de fragilidade e dependência.

A seguir, as demências mais comuns e suas características são descritas de forma esquemática e resumida.

2. Doença de Alzheimer

Principais características:

- Perda lenta e progressiva da memória recente. Isso significa que fatos do cotidiano atual não são lembrados, mas fatos passados são lembrados perfeitamente e até com riqueza de detalhes.
- Entre os outros sintomas destacam-se as dificuldades para: localização, dar nome aos objetos, fazer cálculos ou mudanças sutis de comportamento (apatia, isolamento e depressão), e que, em conjunto, são sugestivos de Doença de Alzheimer.
- No início da doença (fase leve), o paciente terá dificuldade em atividades complexas como no trabalho, controle dos pagamentos e recebimentos em conta corrente, preparar uma refeição completa, viajar, conversar com muitas pessoas. Geralmente, o paciente percebe sua perda e passa a evitar essas situações.
- Com o decorrer de anos, o paciente terá dificuldade para atividades simples como falar ao telefone, reconhecer amigos, preparar café e fazer barba. Agressividade, irritação, alucinações podem ocorrer, e geralmente ele já não percebe o que faz de errado ou fica muito irritado se advertido ou confrontado (fase moderada).
- As dificuldades para se alimentar, falar, segurar o xixi e as fezes e caminhar só aparecem muitos anos após o início do quadro. O paciente fica restrito à cadeira de rodas e posteriormente à cama (fase grave e terminal).

Diagnóstico:

É importante procurar ajuda médica para uma avaliação global da saúde e realização de testes que confirmem o declínio das funções cerebrais. Geralmente, um exame de imagem do cérebro é realizado no intuito de afastar outras doenças. Assim, o diagnóstico da Doença de Alzheimer é feito baseado na história clínica e na exclusão de outras causas.

Tratamento:

Até o momento, existem medicações que podem ser utilizadas quando a doença é leve ou moderada (donepezil, galantamina e rivastigmina). Para os quadros avançados, a memantina pode ser utilizada isolada ou em conjunto com as medicações já citadas. Todas as medicações ajudam a retardar a progressão da doença e melhoram a qualidade de vida do paciente e seus familiares. Contudo, o quadro é sempre progressivo.

Um diagnóstico precoce é importante, pois é nesta fase que estas medicações e os exercícios de memória apresentam sua melhor resposta. Manter o paciente ativo e engajado em tarefas produtivas é um potente antídoto contra a depressão e a perda de condicionamento físico. Música, dança, pintura e exercícios físicos também são indicados. Contudo, o ideal é serem realizados por profissionais habilitados a estimular o doente com doença de Alzheimer.

3. Demência Vascular

Principais características:

O desenvolvimento da demência vascular está na dependência direta do local do cérebro afetado pelo problema circulatório. Assim, o quadro pode ser bem diverso. Geralmente, o paciente tem muitas doenças como pressão alta, diabetes, colesterol alto, está acima do peso e pode ser fumante.

Dois tipos de alteração são as mais freqüentes: dificuldade de memória após ter tido um derrame, ou o problema circulatório é detectado pela tomografia e envolve as pequenas isquemias na base do cérebro.

No primeiro caso, demência após um ou vários derrames, a família sabe precisar a piora. A capacidade de falar pode ser comprometida mais que a memória, e o paciente pode apresentar falta de força em um braço ou perna.

No segundo caso, pequenas isquemias, o quadro pode parecer com a doença de Alzheimer, isto é, um quadro lento e progressivo. Chama atenção a lentidão para falar, pensar e até andar. Depressão e apatia também são muito precoces. O diagnóstico vem com a imagem do cérebro que mostra as lesões.

Com o passar dos anos, as funções do cérebro vão sendo danificadas.

O paciente pode vir a falecer por complicações do diabetes ou por doenças circulatórias do coração e/ou do rim, mesmo antes da evolução para fase final da demência.

Diagnóstico:

É feito pela tomografia ou pela ressonância do cérebro. Exame de ultrassonografia da carótida também é útil.

Tratamento:

O primeiro passo é o tratamento rigoroso da pressão alta, diabetes, colesterol, ter o peso adequado à altura. Medicções que deixam o sangue fino, como AAS, também são fundamentais. Os pacientes com um comprometimento circulatório também têm benefício das medicações usadas para doença de Alzheimer. Contudo, os pacientes com demência vascular tomam muitos outros remédios e podem ter doenças do coração que impedem o uso das medicações para doença de Alzheimer. O risco e o benefício devem ser discutidos com o médico caso a caso.

4. Doença de Lewy

Características principais:

Nessa doença ocorre uma mistura dos sintomas da doença de Alzheimer e da doença de Parkinson. A somatória é uma doença especial com algumas características bem marcantes: perda de memória importante, alucinações visuais (ver coisas que não existem) muito reais e com clareza de detalhes, e flutuações do entendimento e da capacidade de locomoção. Esse último sintoma pode fazer a família não acreditar que a pessoa está doente, pois em um dia o doente fala perfeitamente e em outro estará completamente confuso e fora do ar. Também chama atenção o fato destes pacientes caírem ou desmaiarem sem razão.

O maior risco do doente com doença de Lewy é a prescrição inadvertida de calmantes. Existem medicações como o Haldol, muito usado nas emergências para reduzir as alucinações, mas que podem ser prejudiciais à locomoção. Com elas os efeitos colaterais de rigidez e tremor podem ocorrer mesmo que em pequenas doses.

A evolução é com altos e baixos. As dificuldades pioram com o tempo, de forma semelhante à doença de Alzheimer.

Diagnóstico:

É clínico, no qual o médico e o familiar precisam observar o paciente para detectar os sintomas descritos.

Tratamento:

Semelhante ao da doença de Alzheimer. Precocemente necessita de medicações para parte motora, semelhante à doença da Parkinson. Quando aparecem as alucinações, o uso de calmantes deve ser feito por um especialista. Fisioterapia é muito importante desde o início da doença.

5. Conclusão

Apesar das demências englobarem várias doenças, todas causam sobrecarga ao familiar. Não existe uma que seja melhor ou pior. Todas dificultam a convivência e a comunicação entre o paciente e o núcleo familiar. Aprender a conviver com a mudança de papéis, em que o filho passa a cuidar e proteger os pais, saber aproveitar os bons momentos e não esquecer o que o doente representou para a família podem ajudar a tornar o caminho menos doloroso.

Material produzido pelo Grupo Vida – Brasil



Avenida 26 de março, 1385 - Jd. Belval - CEP: 06401-050 - Barueri - SP
Tel.: (11) 4198-3833 - grupovida@grupovidabrasil.org.br
www.grupovidabrasil.org.br

Foto capa: Nelson Mello

