

# MÓDULO 2: PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO



## **Conteúdos:**

- Fundamentos conceituais
- Envelhecimento
  - Sensorial
  - Motor
  - Cognitivo
- Envelhecimento ativo
- Envelhecimento patológico
- Envelhecimento ativo
  - Determinantes
  - Fatores promotores
- Envelhecimento patológico
  - Fatores de risco
  - Demência
    - Doença de Alzheimer
    - Demência vascular
    - Demência frontotemporal
  - Doença de Parkinson
  - Maus tratos
  - Institucionalização
  - Cuidadores formais e informais
- Luto



A temática da velhice e do processo de envelhecimento tem chamado cada vez mais a atenção dos profissionais de diferentes áreas de investigação científica, bem como da própria sociedade, devido a um crescente aumento da população mundial, levando a um aumento progressivo da população envelhecida. Isto deve-se em parte à redução das taxas de natalidade e do aumento da expectativa de vida, proporcionada pelos avanços tecnológicos em diversas áreas científicas.

O **envelhecimento** surge associado a um processo marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que podem refletir-se ao nível do comportamento do idoso, no tipo de atividades que mantém, bem como nas interações sociais. O envelhecimento é ainda um processo que ocorre ao longo do tempo, de forma progressiva, e que varia de indivíduo para indivíduo, pois sabe-se que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma.

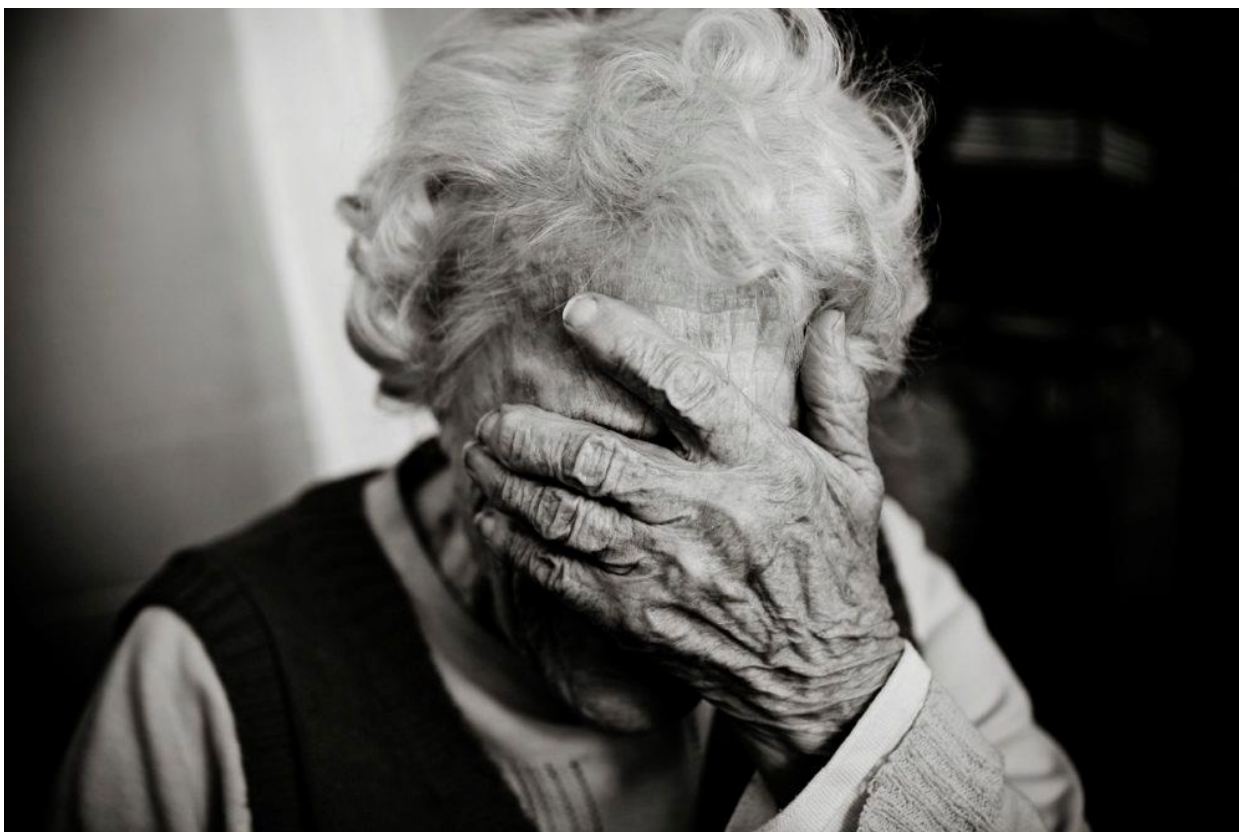


No entanto, para além das perdas e limitações que podem advir com o envelhecimento, este é também visto como uma fase de maior maturidade e experiência de vida.

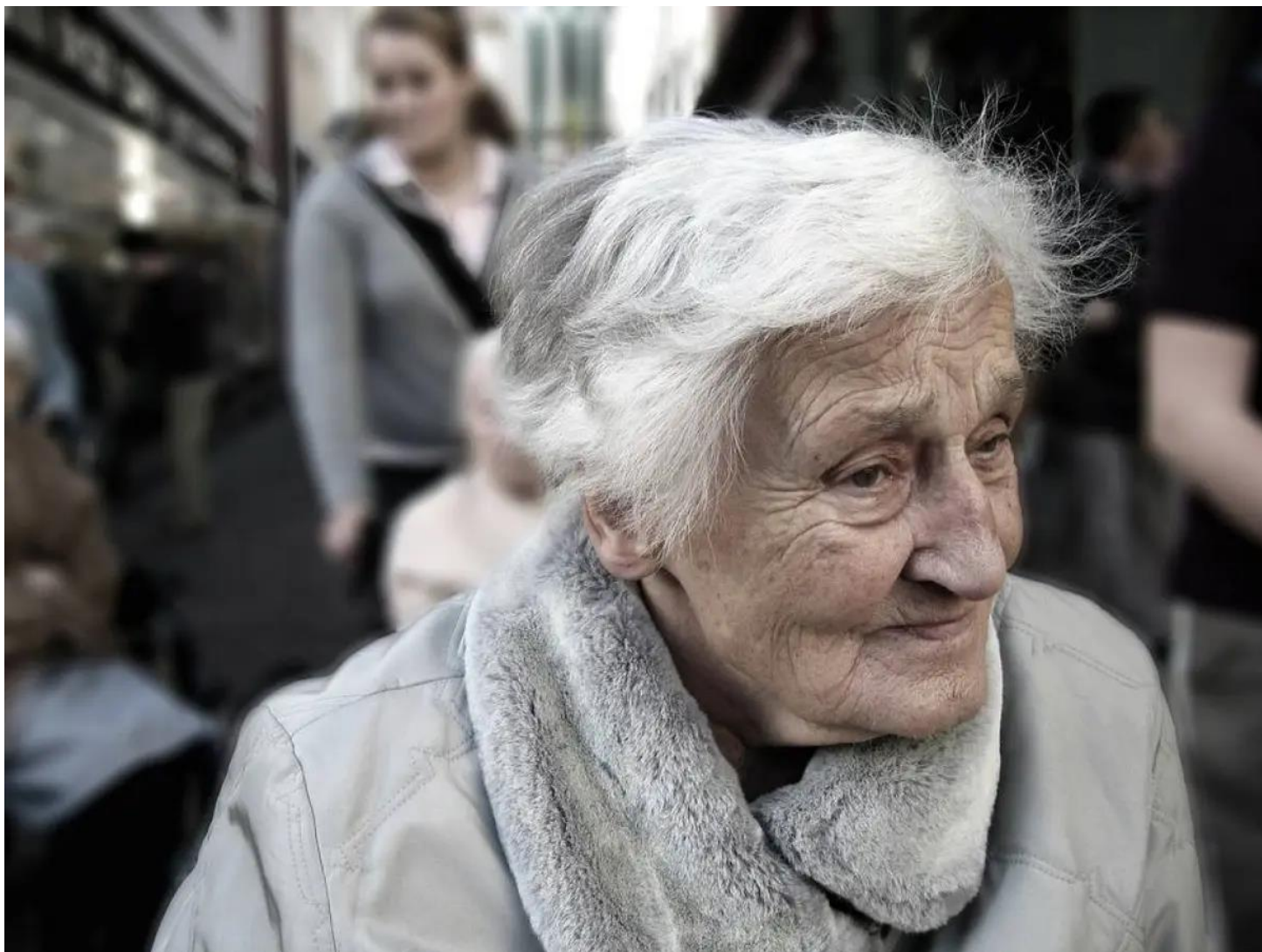




É no entanto com o envelhecimento patológico que aspetos negativos tendem a surgir, como a incapacidade, a dependência, imaturidade e tristeza. Face ao processo de envelhecimento que se verifica atualmente, a imagem de idoso e de velhice, nas sociedades modernas, é marcada pela decadência física e pela ausência de papéis sociais, onde não é dado o devido valor ao idoso, e onde por vezes se recusa o próprio processo de envelhecimento. Assim, prevalece uma visão negativa do idoso e do processo de envelhecimento, onde lhe são atribuídas imagens e estereótipos negativos.



Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2025 existirão aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de sessenta anos em todo o mundo, sendo a faixa etária com maior crescimento



Envelhecimento

```
graph TD; A[Envelhecimento] --> B[Biológico]; A --> C[Social]; A --> D[Psicológico];
```

Biológico

Social

Psicológico



- **Envelhecimento biológico**
  - sinalizado por modificações físicas e orgânicas no indivíduo, com o aumento de probabilidade de morte e diminuição da capacidade de autorregulação;
- **Envelhecimento social**
  - Verificam-se alterações nos papéis sociais e no estatuto social com a passagem à reforma, sendo principalmente alterações definidas pela sociedade;
- **Envelhecimento psicológico**
  - Observam-se alterações da atividade intelectual e nas motivações, bem como alterações comportamentais e emocionais.





O **envelhecimento não é uma doença**, decorre com o passar do tempo, é caracterizado como um processo natural, complexo e universal, que depende de fatores como o género, hereditariedade ou condições genéticas, diferenças culturais, estatuto socioeconómico, nível de atividade, a pertença ou não a países industrializados, bem como à localização geográfica da área onde residem. Desta forma, pode dizer-se que o processo de envelhecimento sofre a influência de variáveis sociais, psicológicas, fisiológicas e temporais.



## Envelhecimento biológico:

- **Envelhecimento sensorial**



Olfato



Tato



Audição



Visão



Paladar

- **Envelhecimento motor**



- **Envelhecimento cognitivo**



## **Alterações Físicas:**

As alterações inerentes ao envelhecimento começam a sentir-se ao nível físico, quando os cabelos começam a ficar esbranquiçados, as alterações da pele, começando a surgir as primeiras rugas e, sendo a pele um elemento fundamental de proteção e de trocas entre o meio interno e o externo, as alterações causadas pelo envelhecimento alteram a sua integridade, essencial à proteção do organismo contra radiações, traumatismos e microrganismos.



## Alterações Fisiológicas durante o processo de envelhecimento

<b>Alterações Físicas</b>	- Aparecimento de rugas; a pele torna-se seca, rija, pálida, surgem manchas escuras, e podem aparecer verrugas e estrias Acentuação de proeminências ósseas, nariz e orelhas alongam-se, há um aumento de pelos no nariz e nas orelhas, os ombros ficam mais redondos.
<b>Sistema Respiratório</b>	- Risco de infeções respiratórias.
<b>Sistema Cardiovascular</b>	- Diminui o bombeamento sanguíneo; os vasos sanguíneos tornam-se mais espessos; maior risco de hipertensão, AVC's, enfartes do miocárdio.
<b>Sistema Urinário</b>	- Riscos de incontinência urinária
<b>Alterações musculares</b>	- Diminuição da velocidade e da coordenação dos movimentos; Diminuição da força e da massa muscular; encurvamento da coluna vertebral e diminuição da estatura; os ossos tornam-se mais frágeis.
<b>Sistema Reprodutor</b>	- Na mulher, a capacidade de reprodução tende a diminuir aos 50-55 anos, o tamanho do útero e produção de lubrificação diminuem, a mucosa vaginal atrofia dificultando o ato sexual; resposta sexual mais lenta, mas com possibilidade de orgasmo. No Homem, a quantidade de esperma diminui, a ereção é mais difícil, mas possível.
<b>Alterações sensoriais</b>	- Diminuição da perceção visual, auditiva, gustativa, olfativa e táctil. Diminuição da regulação da temperatura e da perceção da dor.
<b>Alterações cerebrais</b>	Perda de neurónios e dificuldade de replicação; Lentidão na tomada de decisões; Alterações ao nível da memória e da atenção; capacidade de aquisição de novos conceitos e o raciocínio abstrato ficam também prejudicados; aumento da insónia e cansaço durante o dia.





## ■ Alterações sensoriais:

De todos os sentidos, são os sentidos visuais e auditivos que ficam mais afetados, pois diminuem a sua acuidade, o que influencia, entre outros aspetos, o controlo postural e o equilíbrio, constituindo uma barreira para a relação do idoso com o seu meio envolvente. Ao nível do sentido gustativo ainda não há consenso quanto ao motivo pelo qual esta alteração ocorre, mas verificam-se maiores dificuldades para sentir o sabor dos alimentos, sendo que o primeiro sabor a diminuir de intensidade é o doce, depois o salgado e, conseqüentemente, os alimentos têm um paladar cada vez mais ácido e amargo, o que pode ser motivo para que os idosos prefiram os alimentos mais doces ou mais salgados; ao nível do tato ocorre a perda da sensibilidade na palma das mãos (aumentando o risco de queimaduras) e na planta dos pés (aumentando o risco de queda aquando da mudança de plano a caminhar ou a subir degraus); no sentido olfativo aumenta a dificuldade em detetar odores, tais como os da comida ou o fumo.



Ao longo do envelhecimento, o idoso vai sofrendo alterações ao nível da composição global corpórea, tais como:

- Redução da massa magra, a qual tem maior atividade metabólica, verificando-se simultaneamente o aumento da quantidade de tecido adiposo, considerando-se metabolicamente menos ativo;
- Aumento da massa gorda e percentagem de gordura corporal principalmente na região central do corpo;
- Redução do metabolismo basal;
- Aumento do risco de obesidade e doenças crónicas;
- Diminuição do tamanho da fibra muscular;
- Diminuição da força, velocidade e potência;
- Limitações funcionais nas atividades da vida diária;
- Redução da massa óssea;
- Redução da cartilagem que cobre as extremidades ósseas (que provoca a osteoporose, o aumento do risco de quedas, a osteoartrite e a dor ao movimentar-se).



## Envelhecimento cognitivo

Os adultos mais velhos têm maior dificuldade em reter e assimilar novas informações, e gradualmente as suas competências de raciocínio vão diminuindo. Em geral, os idosos são mais lentos para responder algumas tarefas cognitivas, e são mais suscetíveis ao rompimento da informação que adultos mais jovens.

As **funções intelectuais** também se alteram, verifica-se:

- A dificuldade nos processos de aprendizagem e de memorização, o que se relaciona com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afetam a função cerebral;
- A diminuição da eficácia da oxigenação e nutrição celular;
- A diminuição na aprendizagem associada às insuficiências das sinapses e à disponibilidade de determinados neurotransmissores.



## Envelhecimento cognitivo

- A capacidade de comunicar eficazmente mantém-se estável, no entanto, os idosos apresentam uma maior dificuldade em compreender mensagens longas e complexas e apresentam um discurso mais repetitivo;
- Os idosos evidenciam uma maior dificuldade nas tarefas de raciocínio que envolvem uma análise lógica e organizada de material abstrato ou não familiar;
- No desempenho de tarefas que implicam planejar, executar e avaliar sequências complexas de comportamento os idosos costumam revelar-se mais lentos do que os jovens;
- Os idosos são mais lentos nos aspetos percetivos, mnésicos e cognitivos bem como nas funções motoras;
- Os idosos apresentam dificuldade em repartir a atenção por múltiplas tarefas ou em desviar a atenção de um para outro tópico.







# ENVELHECIMENTO ATIVO



# ENVELHECIMENTO ATIVO

**Envelhecimento ativo** é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu **potencial** para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessário.



# ENVELHECIMENTO ATIVO

O conceito de envelhecimento ativo foi referenciado pela primeira vez em 1998, numa publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), tendo posteriormente evoluído para a defesa de uma política para o “envelhecimento ativo”, através da Organização Mundial de Saúde (OMS)

A ONU, através da OMS, a Comissão Europeia (CE) e a OCDE, promovem iniciativas destinadas a alertar as sociedades para os problemas do envelhecimento e a definir políticas públicas que respondam a esses desafios

Nesta linha, em 2012 foi celebrado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, a nível da União Europeia, que visa combater a discriminação com base na idade (idadismo) e promover a sustentabilidade entre gerações, incentivando os países a promoverem o envelhecimento ativo atuando no domínio do emprego, participação social e autonomia

# ENVELHECIMENTO ATIVO - OMS

Perspetiva  
multidimensional

Otimização da saúde,  
participação e segurança

O termo “ativo” refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente ativo





# ENVELHECIMENTO ATIVO: EIXOS ESTRATÉGICOS

## Saúde

- Promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crônicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia

## Segurança

- Apoio a iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas

## Participação

- Promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e incentivo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida

# ENVELHECIMENTO ATIVO

## Autonomia

- Relacionada com a capacidade de tomar decisões e gerir a sua vida

## Independência

- Relacionada com a capacidade de desempenho no autocuidado e atividades de vida diária

## Adaptação

- Ajustamento caracterizado pela otimização dos ganhos que se vão obtendo e pela compensação dos constrangimentos que acompanham as perdas

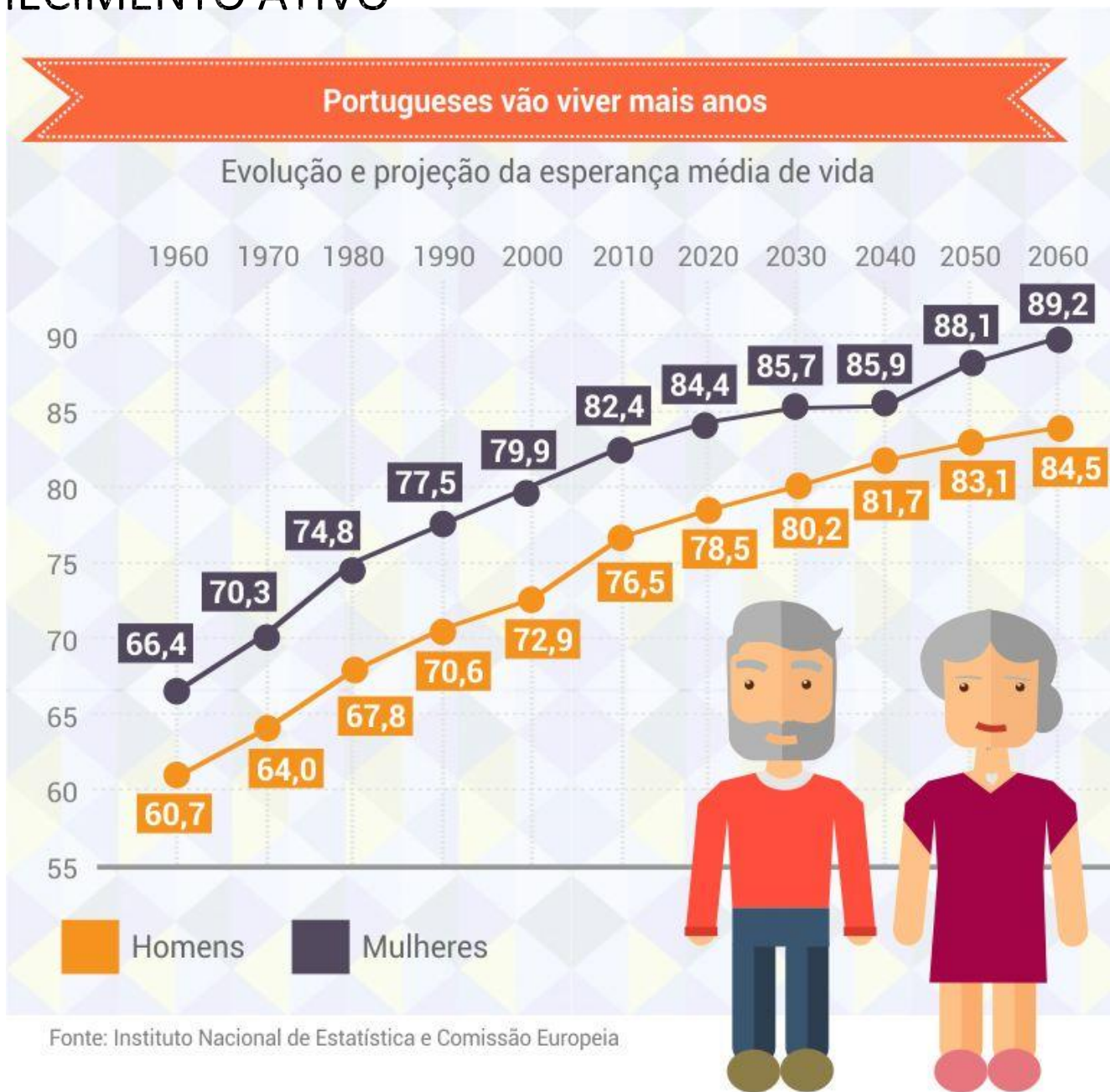
## Expetativa de vida saudável

- Considerada como o tempo de vida que se espera viver sem necessitar de cuidados especiais

## Qualidade de vida

- Conceito amplo e complexo que incorpora a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e características do meio em que se encontram inseridas

# ENVELHECIMENTO ATIVO



Sugestões?





*Atividade para a  
promoção de um  
envelhecimento ativo*

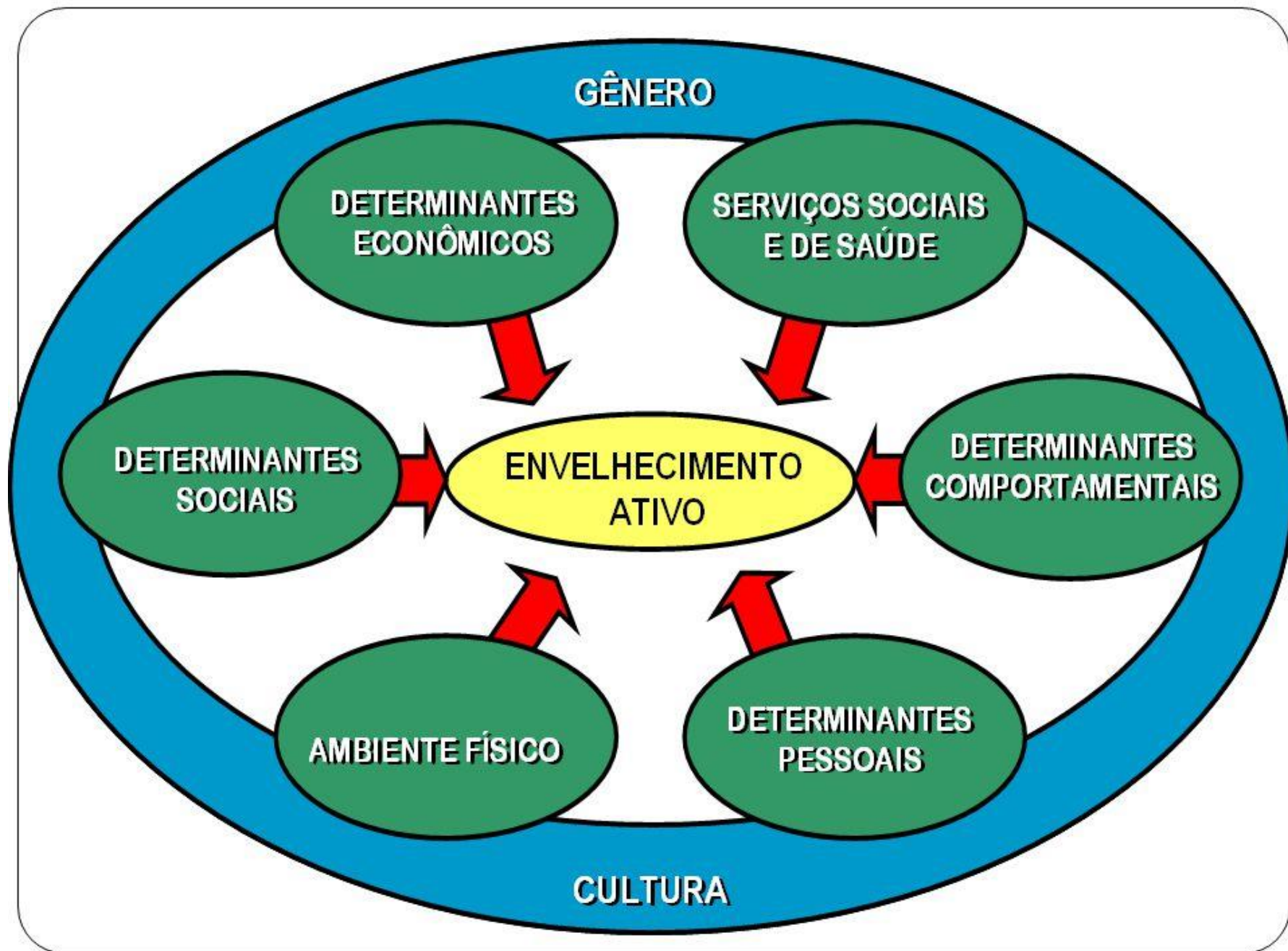






**Envelhecer é inevitável. Ficar velho é opção!**







# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

## O que é o envelhecimento normal?

O envelhecimento normal é acompanhado por um declínio de várias funções cognitivas, nomeadamente da **memória**, da **atenção** e do **funcionamento executivo** (responsável pelo planeamento, execução e monitorização de comportamentos).

### Exemplos de situações típicas do envelhecimento normal:

- Esquecer-se do local onde deixou as chaves;
- Esquecer-se de pagar as contas do mês (água, luz, gás);
- Maior dificuldade em concentrar-se;
- Maior lentidão a processar informação;

Por outro lado, alguns **exemplos de situações típicas de uma demência** são:

- Desorientar-se em locais conhecidos;
- Esquecer-se de eventos recentes;
- Esquecer-se de **como** pagar as contas do mês;
- Não perceber o significado de uma palavra ou para que serve um objeto que anteriormente conhecia;
- Perder os óculos e nem sequer lembrar-se de que precisa de óculos;
- Alterações do comportamento ou da personalidade;





# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

Os primeiros sintomas de um **quadro de demência** no idoso são: esquecerem-se continuamente das coisas, colocá-las em lugares inadequados, perder-se em locais conhecidos, apresentar-se confuso, desconfiado ou assustado, perder o interesse em fazer coisas de que sempre gostou, não reconhecer pessoas, amigos, entre outros.

Diversos **fatores psicossociais de risco** predisõem os idosos a perturbações mentais, nomeadamente:

- Perda de papéis sociais;
- Perda da autonomia;
- Morte de amigos e parentes;
- Declínio da sua saúde;
- Isolamento social;
- Restrições financeiras;
- Diminuição das capacidades cognitivas.



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO

As **perturbações mais comuns** na terceira idade são:

- Demência;
- Doença de Alzheimer;
- Demência Vascular;
- Esquizofrenia;
- Depressão;
- Perturbação Bipolar;
- Perturbação Delirante;
- Perturbações de Ansiedade;
- Perturbações somatoformes;
- Perturbações por abuso de álcool e outras substâncias





# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: DEMÊNCIA

**Demência** é um síndrome resultante da perturbação do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação.

Demência refere-se a um **comprometimento cognitivo** geralmente **progressivo e irreversível**. As funções cognitivas anteriormente adquiridas vão sendo gradualmente perdidas. Com o aumento da idade a demência torna-se mais frequente. Envolve entre 5 a 15% das pessoas com mais de 65 anos e aumenta para 20% nas pessoas com mais de 80 anos. A demência caracteriza-se por um declínio cognitivo que concebe uma dependência progressiva e incapacidade atingindo a necessidade imprescindível de cuidadores ou de institucionalização.

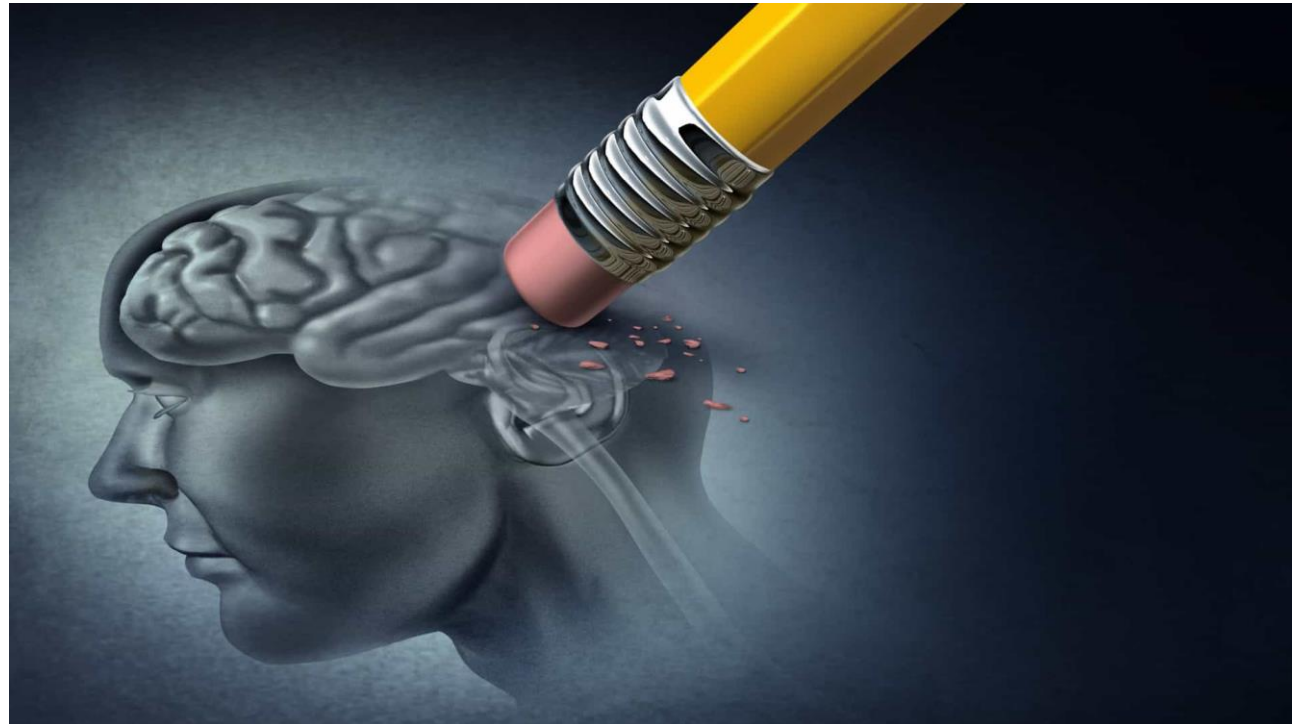


# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: DEMÊNCIA

Os **fatores de risco** conhecidos para a demência são: a idade avançada e um histórico familiar de demência.

Sintomas da demência:

- Alterações na memória, na linguagem, na capacidade de orientação;
- Perturbações de comportamento: como a agitação, a inquietação, raiva, violência e gritos;
- Desinibição sexual e social;
- Impulsividade;
- Alterações do sono;
- Pensamento ilógico;
- Alucinações.



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: DEMÊNCIA

## Principais Causas da Demência:

- Lesões e tumores cerebrais;
- Síndrome da imunodeficiência adquirida;
- Álcool;
- Medicamentos;
- Infecções;
- Doenças pulmonares crônicas;
- Doenças inflamatórias;
- Doenças degenerativas primárias do sistema nervoso central
- Doença vascular



Estádio		Fase clínica	Sintomatologia
1	Ausência de declínio cognitivo	Normal	Ausência de queixas mnésicas e de perturbações objectivas.
2	Declínio cognitivo muito ligeiro	Perda da memória	Queixa mnésica centrada nos nomes próprios e locais sem ligação com os testes de memória. A pessoa continua a estar adaptada socialmente.
3	Défice cognitivo ligeiro	Início do estado de confusão	Os défices mnésicos tornam-se objectivos relativamente aos testes de memória. A pessoa começa a estar incapacitada na sua vida diária. O paciente adopta uma atitude de negação. A família toma consciência da gravidade da situação.
4	Declínio cognitivo médio	Estado de confusão grave	O estado do paciente manifesta-se claramente na consulta clínica. A perda de autonomia é patente. A capacidade de aprendizagem declina fortemente. A pessoa sofre de “buracos” mnésicos na sua história pessoal. Apesar de tudo, reconhece os rostos e locais familiares. A negação torna-se permanente.
5	Declínio cognitivo mediantemente grave	Início do estado demencial	A pessoa deixa de estar apta a viver só. Não está orientada no tempo, nem no espaço. Só reconhece o nome das pessoas muito próximas. Continua a ser capaz de comer e de se lavar, mas manifesta apraxias graves, em especial ao vestir-se.
6	Declínio cognitivo grave	Estado demencial médio	A perda de autonomia é total. A pessoa torna-se incontinente e incapaz de se alimentar. A memória é parcelar e a inteligência declina gravemente. O reconhecimento dos familiares é episódico. A personalidade muda, aparecem ilusões, obsessões, ansiedade e flutuações do humor.
7	Declínio cognitivo muito grave	Demência profunda	Perda da linguagem, os comportamentos tornam-se todos incoerentes, a perda de autonomia é total.



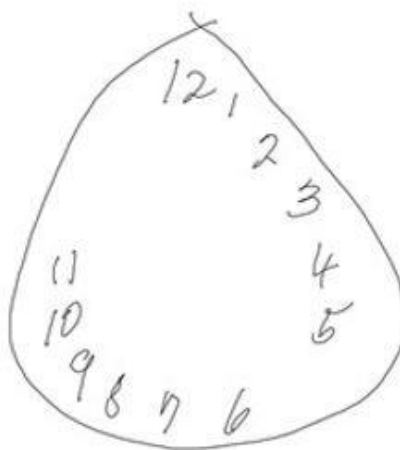
# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: DEMÊNCIA

## Exercício:

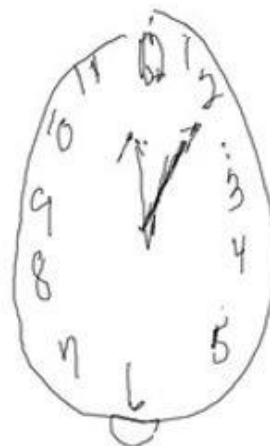
Desenhar, numa folha em branco, um mostrador de um relógio que marque 11 horas e 10 minutos.



**Cérebro  
saudável**



**Pessoa com  
Alzheimer**



**Pessoa com  
Parkinson**





Normal  
Score 10



Mild  
Cognitive  
Impairment  
(Numbers error  
and  
placement  
of hands)  
Score 8



Moderate  
Cognitive  
Impairment  
Score 4



Severe  
Cognitive  
Impairment  
Score 2



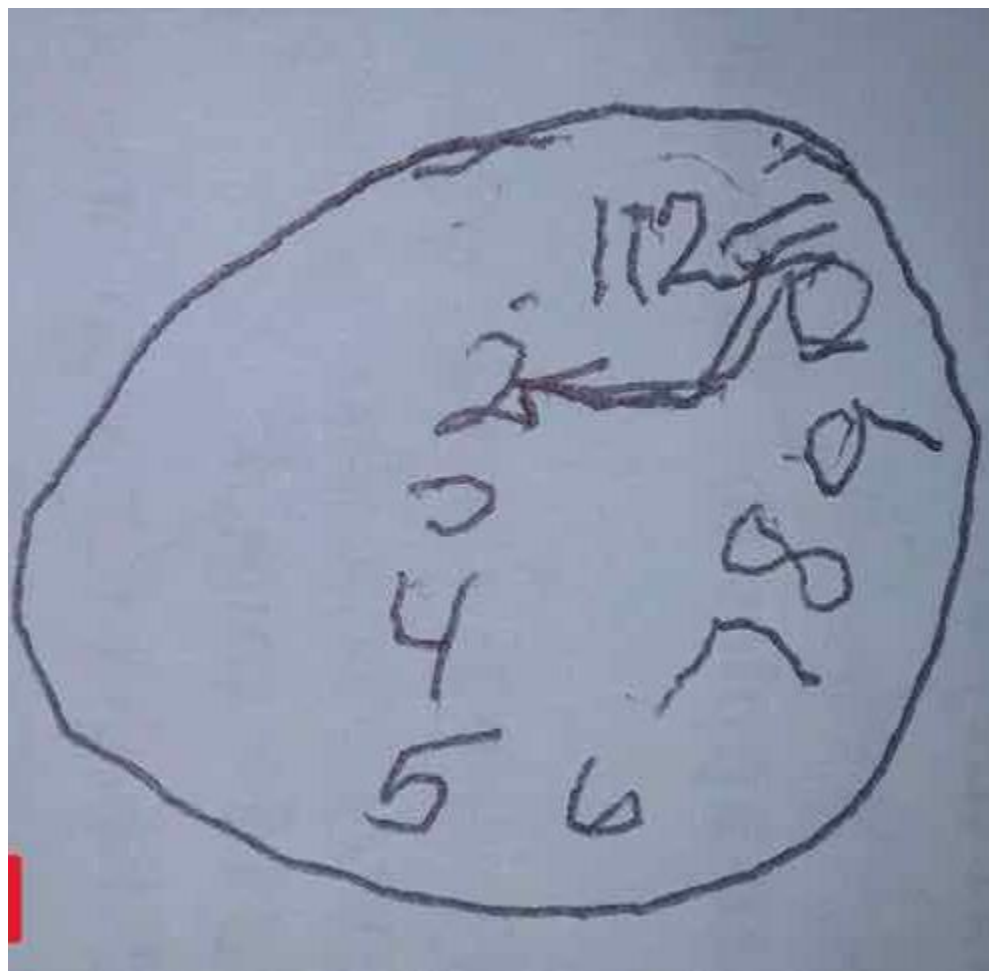
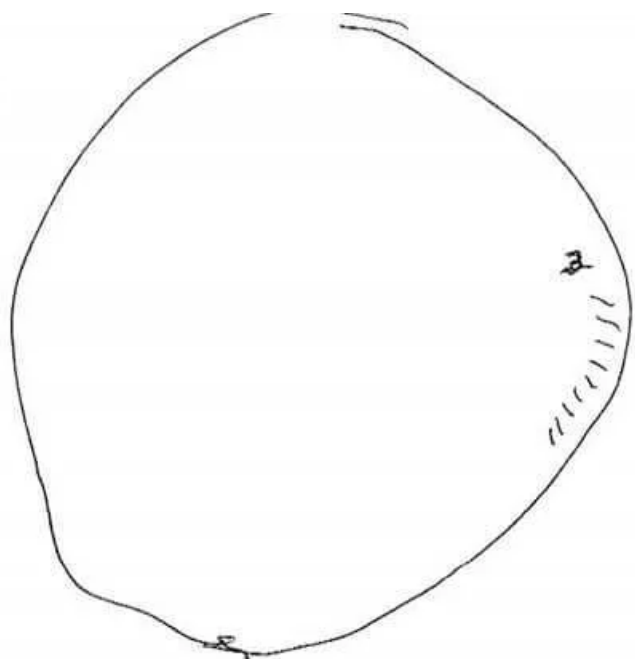
Sunderland, 1989

UB

74

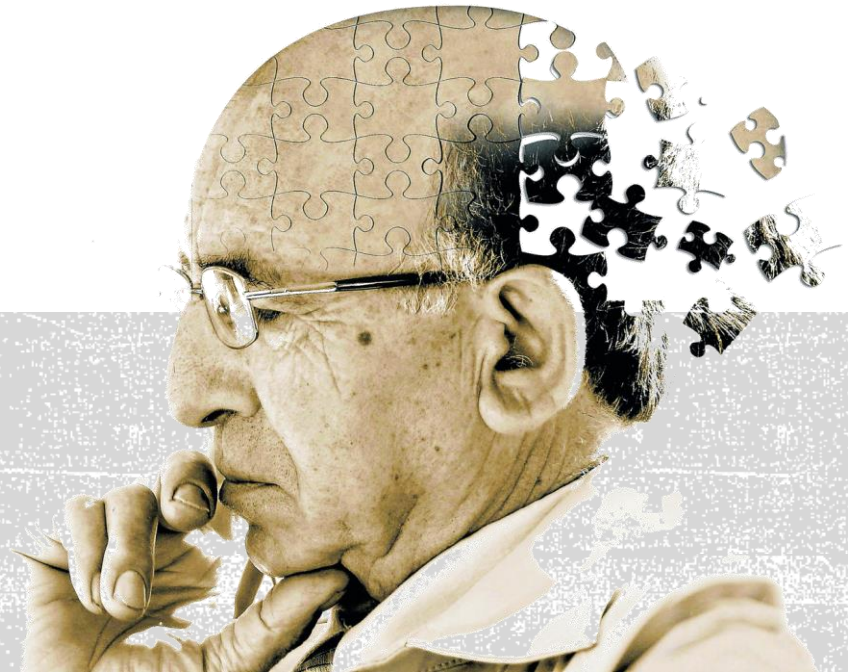








# ALZHEIMER

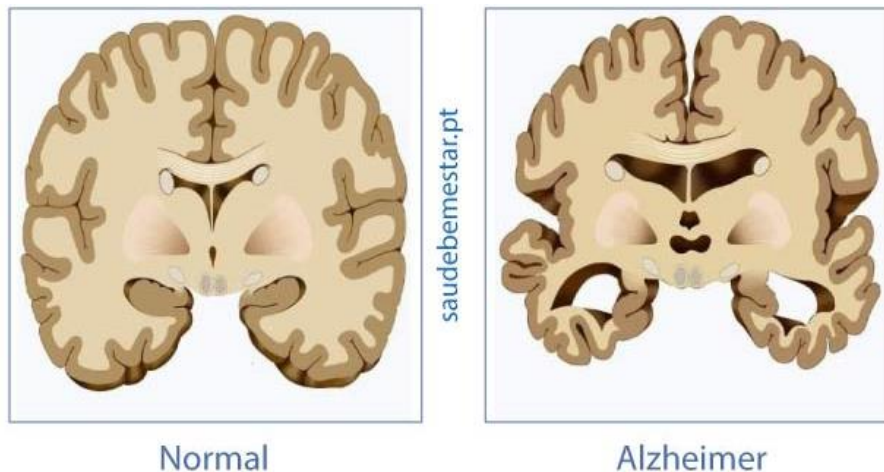


# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

A doença de Alzheimer é responsável por 50 a 70% de todos os casos de demência, convertendo-se num dos principais problemas de saúde. Estima-se que existam entre 15 a 20 milhões de pessoas com Alzheimer em todo o mundo.

Trata-se de uma **doença neurodegenerativa** progressiva e irreversível com um aparecimento insidioso, que pressupõe perdas de memória, bem como um leque de distúrbios cognitivos, comprometendo assim a autonomia do idoso. Consecutivamente produz mudanças comportamentais e de personalidade, assim como, deterioração do pensamento.

A sua prevalência aumenta gradualmente com a idade, tendo o seu pico de iniciação aos 60 anos, com rácios de incidência que duplicam a cada 5 anos até, pelo menos, aos 85 anos de idade.



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

É considerada uma **doença social** na medida em que toda a família é atingida pela mudança de comportamento do idoso, pelo desconhecimento e pelos preconceitos existentes. Desta forma, um diagnóstico precoce revela-se crucial, pois permite a atenuação dos sintomas da doença.

## **Fatores de risco:**

Apesar de a idade ser o fator de risco com maior incidência, outros fatores como os genéticos (história familiar de doença de Alzheimer, apolipoproteína E4, outras alterações genéticas), ambientais (traumatismo cranioencefálico, exposição a estrogénios, exposição a anti-inflamatórios), forma familiar da doença (cromossoma 21, cromossoma 14 e 1), processos ligados ao envelhecimento (stress oxidativo, fatores vasculares), assim como, o género, a educação, o tabaco, podem interligar-se motivando o surgimento da patologia.



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

Existem **dois tipos diferentes de Doença de Alzheimer**:

- A **Doença de Alzheimer esporádica** pode afetar adultos de qualquer idade, mas ocorre habitualmente após os 65 anos. Esta é a forma mais comum de Doença de Alzheimer e afeta pessoas que podem ter ou não, antecedentes familiares da doença. Parece não existir hereditariedade da Doença de Alzheimer esporádica, de início tardio. Os investigadores estão a tentar encontrar outros fatores de risco, genéticos e ambientais que possam tornar o desenvolvimento da Doença de Alzheimer mais ou menos provável. No entanto até à presente data o único fator de risco evidente para o desenvolvimento desta doença parece ser a existência prévia de um traumatismo craniano severo.
- A **Doença de Alzheimer Familiar** é uma forma menos comum, na qual a doença é transmitida de uma geração para outra. Se um dos progenitores tem um gene mutado, cada filho terá 50% de probabilidade de herdá-lo. A presença do gene significa a possibilidade da pessoa desenvolver a Doença de Alzheimer, normalmente entre os 40 e 60 anos. Este tipo de Doença de Alzheimer afeta um número muito reduzido de pessoas



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

## Sintomas

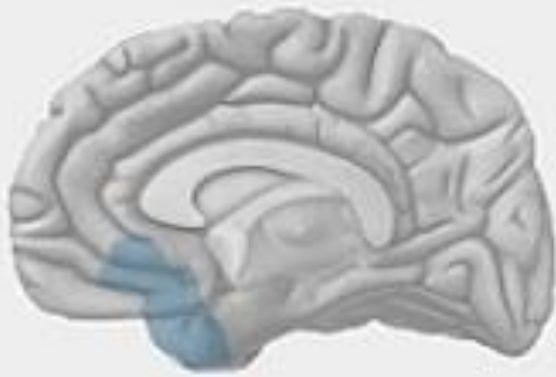
Os **sintomas** poderão ser melhor compreendidos ao longo de **três etapas** do seu desenvolvimento: ligeiro, moderado e severo, de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo. Saliente-se que esta divisão serve como orientação para perceber o processo de evolução da doença, para ajudar os cuidadores a manterem-se atentos a potenciais sintomas e para permitir o planeamento futuro. Não obstante, cada pessoa conviverá com a doença de forma diferenciada e distinta.

## Sintomas característicos:

- Dificuldades de memória persistentes e frequentes, especialmente de acontecimentos recentes;
- Apresentar um discurso vago durante as conversações;
- Perder entusiasmo na realização de atividades, anteriormente apreciadas;
- Demorar mais tempo na realização de atividades de rotina;
- Esquecer-se de pessoas ou lugares conhecidos;
- Incapacidade para compreender questões e instruções;
- Deterioração de competências sociais;
- Imprevisibilidade emocional.



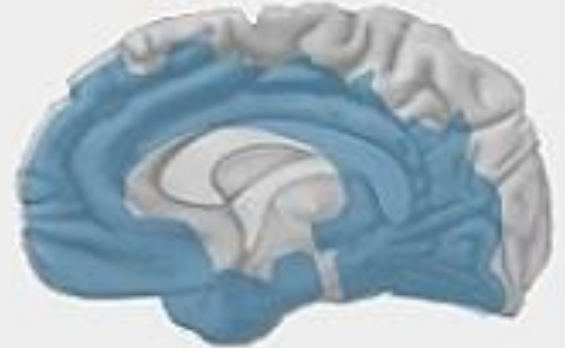




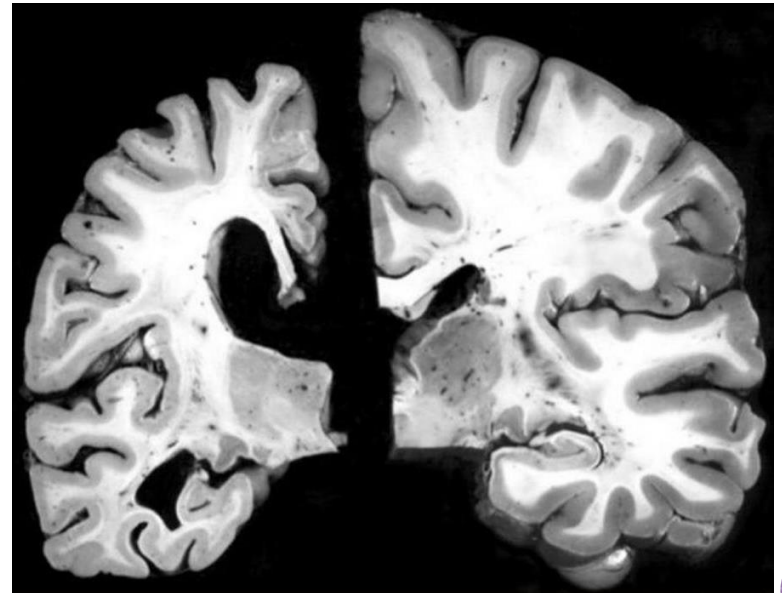
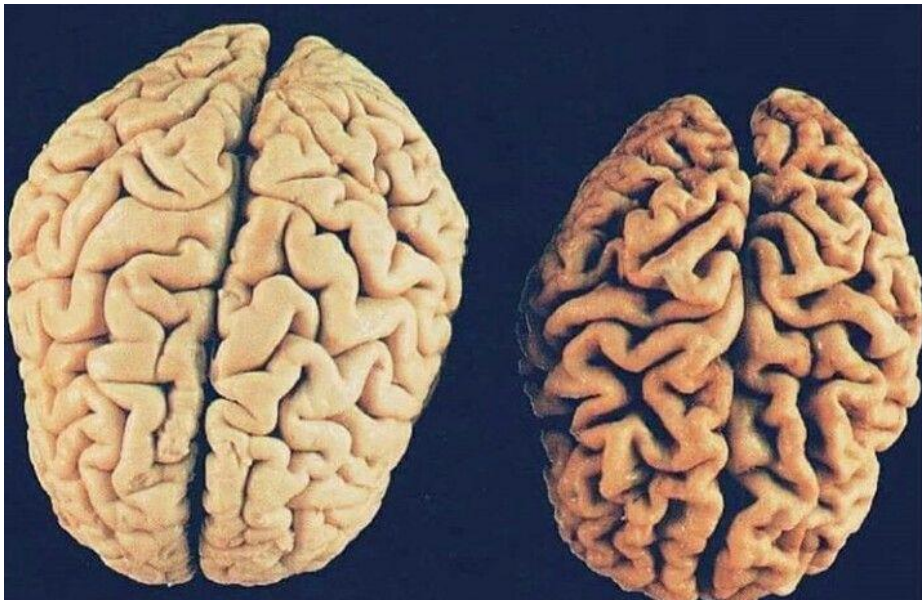
**Enfermedad de  
Alzheimer muy  
temprana**



**Enfermedad de  
Alzheimer leve a  
moderada**



**Enfermedad de  
Alzheimer severa**



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

Numa **fase inicial** a pessoa pode ter dificuldades com a linguagem, apresentar significativa perda de memória, desorientar-se no tempo e no espaço, apresentar dificuldade em tomar decisões, carecer de iniciativa e motivação, manifestar sinais de depressão e agressividade e perder o interesse por atividades. No entanto, ainda é capaz de executar as atividades básicas do dia-a-dia, mantendo-se independente. É a fase mais leve e tem uma duração de cerca de quatro anos. A linguagem, as **habilidades motoras e a percepção** ficam intactas. Entretanto, há algumas disfunções, como:

- Alterações da memória, como por exemplo, a leve perda das memórias mais antigas;
- Dificuldade para aprender coisas novas e gravá-las;
- Desorientação espacial: o paciente não sabe se localizar, ou seja, não consegue entender onde está;
- Mudanças frequentes de humor;
- Sintomas da depressão



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

Numa **fase moderada** há um maior comprometimento intelectual e o paciente passa a necessitar de algum apoio no que concerne às atividades instrumentais e às atividades básicas do dia-a-dia. A segunda fase pode durar entre dois e dez anos. Nesse momento ocorrem as **alterações mais significativas para o bom funcionamento do cérebro**, onde os sintomas mais preocupantes começam a aparecer. São eles:

- Dificuldades para falar e se comunicar;
- Dificuldades para realizar funções básicas como se vestir e usar talheres;
- Perda parcial de reconhecimento.
- Descuido com a higiene pessoal, uma vez que o paciente esquece se já tomou banho, se já escovou os dentes, etc.
- Alterações na postura e na caminhada;
- Perca de interesse por passatempos e atividades que costumava fazer;
- Aparecimento de sinais psicóticos, como alucinações e ilusões.



# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

Numa **fase mais avançada**, o paciente acaba por perder a sua autonomia e independência, necessitando de assistência integral. Nesta fase os sintomas agravam-se, principalmente a **rigidez muscular e a resistência a alteração de postura**. Além disso, pode ser notado:

- Tremores e crises epiléticas;
- Perda de resposta a dor;
- Incontinência urinária e fecal;

Além disso, nessa fase os pacientes ficam acamados, com alimentação assistida, dependendo totalmente dos cuidadores.





# ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ALZHEIMER

Ainda **não existe tratamento** estabelecido que possa curar ou reverter a deterioração causada pela doença de Alzheimer, no entanto, as opções disponíveis visam atenuar as disfuncionalidades cognitivas e as alterações de comportamento, melhorando a qualidade de vida do paciente e da sua rede de suporte, com uma abordagem multidisciplinar. Entre as principais técnicas destacam-se: treino cognitivo, técnica para melhor estruturação do ambiente, orientação nutricional, programas de exercícios físicos, orientação e suporte psicológico aos familiares e cuidadores.

**Qualquer pessoa pode desenvolver a Doença de Alzheimer.** No entanto, é mais comum acontecer após os 65 anos. A taxa de prevalência da demência aumenta com a idade. A nível mundial, a demência afeta 1 em cada 80 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e 69 anos, sendo que no caso dos homens a proporção é de 1 em cada 60. Nas idades acima dos 85 anos, para ambos os sexos, a Demência afeta aproximadamente 1 em cada 4 pessoas.



# A DOENÇA **Alzheimer**



Os sintomas da doença podem ser divididos em três fases: leve, moderado e grave.

## FASE INICIAL

## INTERMEDIÁRIA

## GRAVE

LAPSOS na memória



PERDA de memória



DEPENDÊNCIA FÍSICA total



MUDANÇAS de comportamento



MUDANÇAS de Humor



A DEGLUTIÇÃO fica prejudicada



SENSO de direção e Mudança de Humor



DEPENDÊNCIA física em algumas atividades



APARECIMENTO de infecções. Ex: Urinária e pneumonia



DIFICULDADE em fixar novas informações



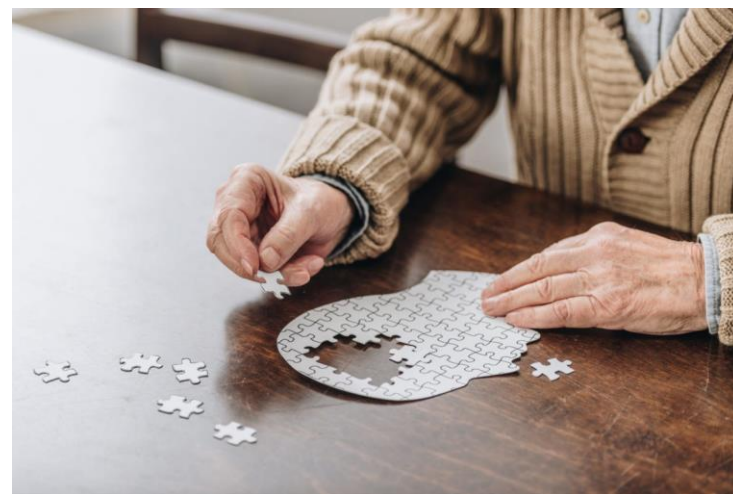
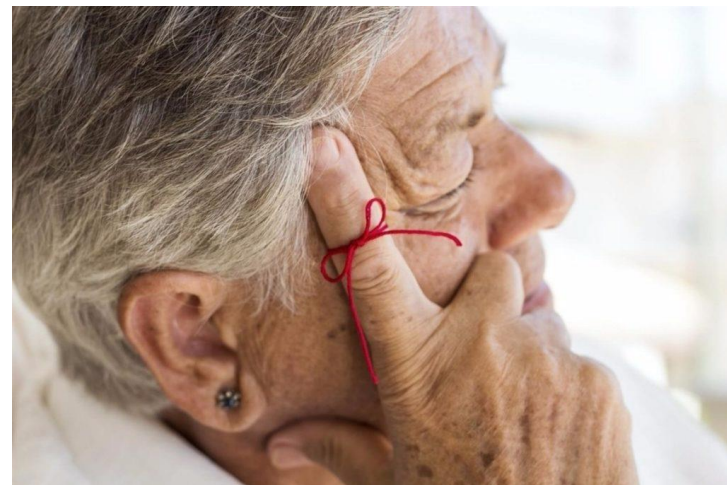
ALTERNÂNCIA: confusão mental e esquecimento do vocabulário



NÃO RECONHECE ninguém e nem a si mesmo.



NÃO anda e quase não fala





# FASES DA DOENÇA



## Inicial

Perda de memória, **mudanças de personalidade, humor e nas habilidades visuais e espaciais** (como aumento de quedas). Dificuldade para fazer tarefas simples, como arrumar a casa



## Moderado

**Dificuldade para falar, agitação, insônia e perde independência**, precisa estar sempre acompanhado por estar desorientado



## Avançado

Resistência à execução de tarefas simples como escovar os dentes ou tomar banho, **perde a capacidade de controlar estímulos corporais**, dificuldade para comer e deficiência motora progressiva



## Terminal

**Perda praticamente completa da memória** e dependência total de terceiros para qualquer atividade





# DEMÊNCIA VASCULAR

## Demência Vascular

Termo utilizado para designar os quadros demenciais que surgem em consequência dos vários tipos de patologia cerebrovascular (ou seja, doenças dos vasos sanguíneos responsáveis pela irrigação do tecido cerebral). Na globalidade, a demência vascular é a segunda causa mais comum de demência, com prevalência semelhante à encontrada na Demência com Corpos de Lewy. É ligeiramente mais comum nos homens e a sua prevalência aumenta com a idade, surgindo tipicamente na sétima ou oitava décadas de vida.

O início pode ser abrupto, quando surge em consequência de uma lesão num grande vaso (AVC, por exemplo), ou gradual, o que acontece mais frequentemente quando são atingidos vasos mais pequenos. O processo demencial neste caso evolui caracteristicamente em escada, com períodos de maior deterioração seguidos de recuperação parcial. Embora varie significativamente, estes doentes poderão ter um pior prognóstico em termos de sobrevida após o diagnóstico em comparação com aqueles com DA.

A apresentação clínica é bastante variável consoante o tipo, extensão e localização da lesão vascular. A função executiva é o principal domínio cognitivo afetado, com os doentes apresentando dificuldades na iniciação, planeamento e organização de tarefas e dificuldades no pensamento abstrato. Alterações da marcha, incontinência e lentificação psicomotora são comuns, tais como manifestações psiquiátricas que incluem depressão, apatia, alterações da personalidade e mudanças rápidas e imotivadas das emoções. Estes doentes geralmente conservam juízo crítico para a sua condição mórbida até fases tardias





# DEMÊNCIA FRONTO-TEMPORAL

Este subtipo de demência engloba várias entidades clínicas distintas cujas alterações se situam especialmente nestas duas áreas do cérebro (frontal e/ou temporal) e partilham entre si uma predominância de alterações do comportamento, da conduta e da linguagem face aos outros domínios da cognição. Trata-se da segunda causa mais importante de demência de início precoce (antes dos 65 anos) e a idade de apresentação situa-se geralmente entre os 45 e os 70 anos. Cerca de 40-50% dos doentes têm antecedentes familiares de demência, o que sugere a existência de uma componente hereditária importante.

Clinicamente, os doentes com este subtipo de demência apresentam alterações comportamentais que se podem traduzir por apatia, desinibição, distratibilidade, impulsividade e negligência nos cuidados pessoais, comportamentos repetitivos ou compulsivos, bem como perda precoce de juízo crítico, incluindo para a própria doença e suas limitações. As alterações da linguagem fazem-se notar através de uma diminuição do débito do discurso, que por vezes se torna repetitivo (perseverante), com dificuldade em encontrar as palavras pretendidas e recurso a palavras erradas ou distorcidas (p/ ex: “grápis” em vez de “lápis”).





# DOENÇA DE PARKINSON



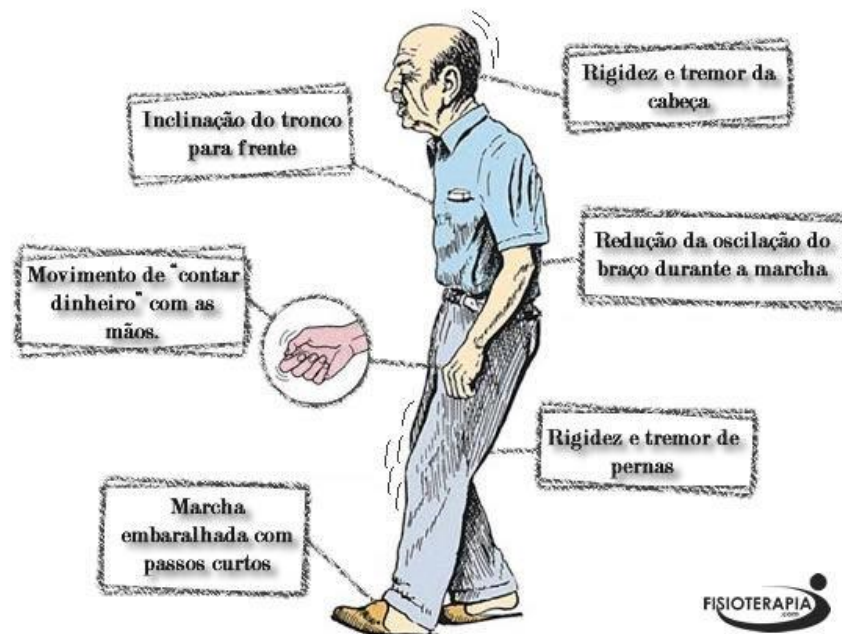


# DOENÇA DE PARKINSON

A doença de Parkinson é um distúrbio neurológico do movimento, progressivo e degenerativo que afeta muitos milhares de pessoas. Embora seja muito mais comum em pessoas acima de 60 anos, o número de pessoas mais jovens diagnosticadas com a doença está a aumentar.

Conforme a doença de Parkinson avança, ela torna-se cada vez mais incapacitante, tornando difícil ou impossível a realização de atividades diárias simples, como tomar banho ou vestir. Muitos dos sintomas da doença de Parkinson envolvem o controle motor, a capacidade de controlar seus músculos e movimento.

## SINAIS DE PARKINSON



# DOENÇA DE PARKINSON - SINTOMAS

- Os quatro principais sintomas da doença de Parkinson são:
- **Tremor** (agitação involuntária e rítmica de um membro, cabeça ou corpo inteiro) – o sintoma mais reconhecido da doença de Parkinson, o tremor, muitas vezes começa com um tremor ocasional em um dedo que eventualmente se espalha para o braço todo. O tremor pode afetar apenas uma parte ou lado do corpo, especialmente nas fases iniciais da doença. Nem todos os doentes com a doença de Parkinson têm tremores.
- **Rigidez** (rigidez ou inflexibilidade dos membros ou articulações) – a rigidez muscular, experimentada com a doença de Parkinson, muitas vezes começa nas pernas e pescoço. A rigidez afeta a maioria das pessoas. Os músculos se tornam tensos e contraídos, e algumas pessoas podem sentir dor ou rigidez.



# DOENÇA DE PARKINSON - SINTOMAS

- **Bradicinesia** ou **acinesia** (lentidão de movimentos ou ausência de movimento) – bradicinesia é um dos sintomas clássicos da doença de Parkinson. Ao longo do tempo, uma pessoa com Parkinson pode desenvolver uma postura inclinada e uma caminhada lenta, arrastada. Eventualmente eles também podem perder sua capacidade de iniciar e se manter em movimento. Depois de vários anos, podem experimentar a acinesia, ou "congelamento" e perder totalmente os movimentos do corpo.
- **Instabilidade postural** (deficiência de equilíbrio e coordenação) – uma pessoa com instabilidade postural pode ter uma posição inclinada, com a cabeça inclinada e ombros caídos. Eles podem desenvolver um encurvamento para a frente ou para trás e podem ter quedas que causam ferimentos. Pessoas com um encurvamento para trás têm uma tendência a "retropulsão", ou andar para trás.

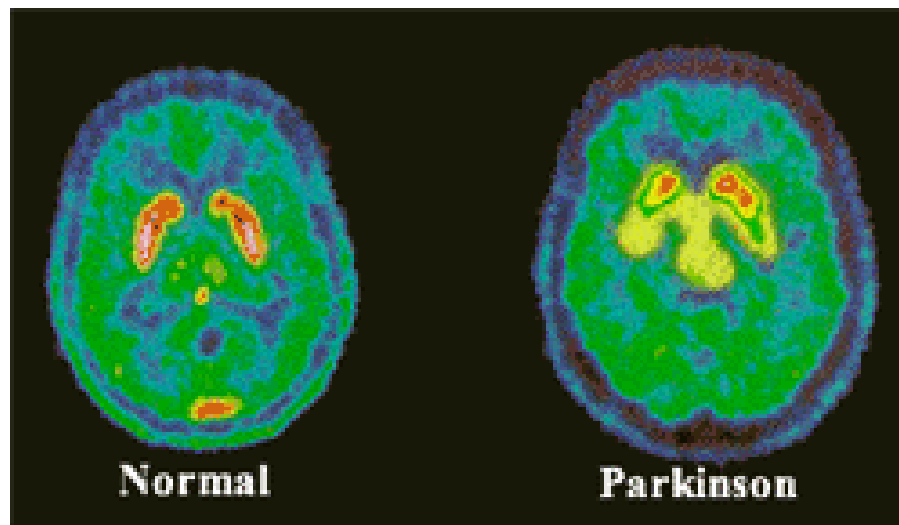


# DOENÇA DE PARKINSON - CAUSAS E FATORES DE RISCO

A doença de Parkinson é causada pela degeneração de uma pequena parte do cérebro chamada substância *nigra*. Conforme morrem os neurónios na substância *nigra*, o cérebro torna-se privado do químico **dopamina**.

A dopamina permite que as células do cérebro envolvidas no controle de movimento se comuniquem e a redução dos níveis de dopamina leva aos sintomas da doença de Parkinson. De acordo com a National Parkinson Foundation, 60-80% da produção de dopamina células são perdidas, mesmo antes de aparecerem os sintomas motores da doença de Parkinson.

A doença de Parkinson torna-se cada vez mais incapacitante ao longo do tempo. Conforme a doença progride, algumas pessoas precisam usar uma cadeira de rodas ou ficar de cama permanentemente.



# Sintomas do Mal de Parkinson



## MOVIMENTOS COMPROMETIDOS

Fisioterapia, terapia ocupacional e dança de salão podem diminuir tremores e rigidez muscular provocados pelo Parkinson

### O PARKINSON

É uma doença neurológica, que afeta os movimentos da pessoa. Os casos mais severos podem prejudicar também a fala e a deglutição de alimentos. Esses sintomas são provocados pela morte ou degeneração dos neurônios produtores da dopamina

### OS SINTOMAS



Fontes: Neurologista Nasser Altun e neurocirurgião Luis Claudio Medeiros

### COMO OCORRE

• A Doença de Parkinson ocorre em função da degeneração das células situadas numa região do cérebro chamada **substância negra**

• Essas células produzem uma substância chamada dopamina, que conduz as mensagens nervosas (neurotransmissores) ao corpo

• A falta ou diminuição da dopamina afeta os movimentos do paciente, provocando os sintomas indicados

#### • Neurônio saudável



• Paciente tem movimentos normais

#### • Neurônio com Parkinson



• Paciente sofre de desordem nos movimentos

### TRATAMENTOS

Atualmente não há cura para a doença. As terapias existentes combatem os sintomas e também a evolução do quadro:

- Medicamentos para suprir parcialmente a perda do neurotransmissor dopamina
- Fisioterapia: conserva a atividade muscular e a flexibilidade das articulações
- Terapia ocupacional facilita as atividades da vida diária, como pegar objetos, andar e sentar
- Fonoaudiologia ajuda a conservar uma fala compreensível e bem modulada



### A CIRURGIA

O tratamento cirúrgico traz bons resultados para **20%** dos portadores de Parkinson, pessoas que não apresentam melhoras com o medicamento. A cirurgia mais moderna é a estimulação profunda do cérebro, por meio do implante de dois marcapassos. Os eletrodos são implantados na região do tálamo e ajudam na melhora dos sintomas como tremores e dificuldades de locomoção

Joelson Miranda/CB







# MAUS TRATOS EM IDOSOS



# MAUS TRATOS EM IDOSOS

A violência pode surgir de diversas formas e pode acontecer uma ou muitas vezes. No caso particular da terceira idade, e devido à vulnerabilidade, estes tornam-se menos capazes de lutar contra possíveis atos de violência e maus tratos, tornando-se, assim, um alvo fácil para a prática deste crime. Além disso, na maior parte dos casos, a pessoa idosa remete-se ao silêncio, vivendo anos em sofrimento sem nunca denunciar o culpado. Existem inúmeras razões para uma vítima se manter numa relação violenta, mesmo que estas possam parecer estranhas a quem não é vítima~:

- Algumas vezes, o idoso não reconhece que está a ser negligenciado;
- Sofre de perda de memória ou demências;
- Não reconhece os seus direitos;
- Vive socialmente isolado;
- Sente-se culpado pela própria vitimação;
- Receia que, ao denunciar os maus tratos, possa vir a sofrer represálias por parte do agressor;
- Sofre de chantagem emocional



# MAUS TRATOS EM IDOSOS

- **Violência Física:** qualquer ato que implique agressão física é considerado violência física. Para além dos crimes de ofensa à integridade física ou maus tratos físicos, é considerado violência física o sequestro ou intervenções/tratamentos médicos arbitrários.
- **Violência Psicológica:** entende-se por violência psicológica qualquer comportamento, verbal ou não verbal, que visa provocar intencionalmente dor no idoso. Insultos, ameaças, humilhação, intimidação, isolamento social, proibição de atividades são alguns dos exemplos de violência psicológica.
- **Violência Sexual:** Violência na qual o agressor abusa do poder que tem sobre a vítima para obter gratificação sexual, sem o seu consentimento, sendo induzida ou obrigada a práticas sexuais com ou sem violência.
- **Negligência e Abandono:** A negligência ou abandono do idoso – ato de omissão de auxílio do responsável pela pessoa idosa em providenciar as necessidades básicas, necessárias à sua sobrevivência – constitui uma grande parte dos crimes contra os idosos denunciados.
- **Violência Financeira:** qualquer exercício que visa a apropriação ilícita do património de um idoso e pode ser realizada por familiares, profissionais e instituições.



# MAUS TRATOS EM IDOSOS – SINAIS DE ALERTA

- **Sinais de violência física:**

- Lesões sem explicação como feridas, nódoas negras ou cicatrizes recentes
- Fraturas ósseas
- Armações de óculos partidas
- Marcas que evidenciam o ato de ser amarrado, por exemplo, marcas de cordas nos pulsos

- **Sinais de violência psicológica:**

- O idoso encontra-se emocionalmente perturbado
- Isolamento
- Medo de estar com outras pessoas
- Depressão não habitual
- Recusa, sem explicação, participar nas atividades diárias
- Depreciação e/ou ameaças por parte de membros da família



# MAUS TRATOS EM IDOSOS – SINAIS DE ALERTA

- **Sinais de violência sexual:**

- Nódos negros nos seios ou genitais
- Doenças venéreas ou infecções genitais inesperadas;
- Hemorragia genital ou anal sem explicação;
- Roupa interior rasgada, manchada ou com sangue.

- **Sinais de negligência ou abandono:**

- Perda de peso, má nutrição, desidratação;
- Falta de condições de higiene;
- Encontrar-se sujo ou sem ter tomado banho;
- Roupa ou agasalhos inadequados para a estação do ano;
- Falta de condições de segurança da habitação (aquecimento, material elétrico sem proteção);
- Desaparecimento do idoso em local público.



# MAUS TRATOS EM IDOSOS – SINAIS DE ALERTA

- **Sinais de violência Financeira/económica:**
- Forçar a pessoa a assinar um documento, sem lhe explicar para que fim se destina;
- Forçar a pessoa idosa a celebrar um contrato ou a alterar o seu testamento;
- Forçar a pessoa idosa a fazer uma procuração ou ultrapassar os poderes de mandato;
- Tomar decisões sobre o património de uma pessoa sem a sua autorização;
- Levantamentos significativos da conta da pessoa idosa;
- Mudanças suspeitas de beneficiários de testamentos, seguros ou de bens;
- Forçar a pessoa idosa a fazer uma doação, nomeadamente para reserva de vaga ou entrada em equipamento.







# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Ao longo do tempo as estruturas que fazem parte de uma sociedade vão-se inevitavelmente alterando, sendo que o papel do idoso na família não é exceção.

O cuidado ao idoso, se recuarmos alguns anos atrás, era assegurado de forma exclusiva pela família, em especial por alguém do sexo feminino. Porém, mudanças na estrutura familiar, tais como: a entrada da mulher no mercado de trabalho, o aumento dos divórcios, a diminuição do número de filhos, entre outros fatores, levou a que as famílias nem sempre tenham a possibilidade/disponibilidade de prestar cuidados ao idoso. No entanto, atualmente, a **família** é ainda referida como a maior fonte de suporte para o idoso devido à sua função protetora, pois é onde o mesmo encontra o apoio, que necessita. Apesar de 37,6% (INE, 1999) dos idosos portugueses viverem com a família, existe a convicção muito forte no público em geral de que existe um grande desinvestimento familiar relativamente aos ascendentes, o que não corresponde à realidade. Por todo a Europa, a família constitui ainda o grande pilar da responsabilidade pelos dependentes idosos. A família continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização do indivíduo.



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

No entanto, face à conjuntura económica e social atual, constata-se que a ideia de que é dever dos filhos tratar dos seus pais na velhice está cada vez mais a ser colocada de lado, tendo esta tarefa sido transferida para a sociedade, sendo encarada como um **dever social**. Assim, os casos em que o idoso permanece junto da família têm vindo a diminuir. O custo inerente ao cuidado a um idoso e as mudanças de valores levam a que a institucionalização seja cada vez mais frequente. A ausência quase total de ajudas eficazes destinadas às pessoas que cuidam dos familiares encontra-se no centro dos problemas e é a principal razão pela qual as famílias muitas vezes são obrigadas a recorrer às instituições de apoio aos idosos.

As exigências da sociedade em relação aos custos de vida que levam à necessidade de se trabalhar cada vez mais, as alterações do estatuto do idoso na sociedade, a própria interpretação por parte da população idosa do encargo que são para os filhos, o evitar de casos de isolamento e abandono dos idosos são outros fatores que levam à procura pela institucionalização



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

## Redes Formais de Apoio ao Idoso

A nível nacional, as respostas sociais institucionais existentes caracterizam-se segundo duas tipologias:

- o **acolhimento permanente** que engloba os equipamentos de colocação institucional de idosos, tais como: os lares, as residências e as famílias de acolhimento;
- o **acolhimento temporário**, de carácter não institucional, que reúne os serviços de apoio e acompanhamento local dos idosos, tais como: os serviços de apoio domiciliário.

Cada vez mais, as instituições tentam oferecer serviços que promovam um envelhecimento bem-sucedido, potenciando a manutenção das competências sociais e de bem-estar dos idosos.

Neste sentido, os equipamentos sociais tendem a focar as suas respostas na promoção do bem-estar físico, social e mental do idoso, o que inclui uma participação ativa deste nos mais variados domínios da sociedade: económico, espiritual, cultural, cívico e social



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Eis as formas de equipamentos e respostas, formais e oficiais, disponíveis em Portugal:

- **Centros de Convívio:** são centros a nível local, que pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de atividades sociais, recreativas e culturais destinadas aos idosos de uma determinada comunidade. Estes promovem uma participação ativa do idoso;
- **Centros de Dia:** constituem um tipo de apoio dado através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo âmbito assenta no desenvolvimento de atividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Os objetivos do Centro de Dia focam-se na: prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; prestação de apoio psicossocial; fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento. O Centro de Dia assegura, entre outros, os seguintes serviços: refeições: convívio/ocupação; cuidados de higiene; tratamento de roupas; férias organizadas.





# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

- **Lares de Idosos:** equipamentos coletivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a facultar respostas a idosos no âmbito do acolhimento, alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, onde se propícia o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes.
- **Residência:** é a resposta social desenvolvida em equipamento constituído por um conjunto de apartamentos, com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial.
- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD):** é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias que, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar de forma temporária ou permanente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária. Este deve proporcionar os seguintes serviços: prestação de cuidados de higiene e conforto; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; confeção, transporte e/ou distribuição de refeições; tratamento de roupas. O SAD pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente: acompanhamento ao exterior; aquisição de géneros alimentícios e outros artigos; acompanhamento, recreação e convívio; pequenas reparações no domicílio; contactos com o exterior.



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

- **Apoio Domiciliário:** consiste na prestação de serviços, por ajudantes e/ou familiares no domicílio dos utentes, quando estes, por motivo de doença ou outro tipo de dependência, sejam incapazes de assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou realizar as suas atividades diárias. É um tipo de apoio que conquistou muitos adeptos, na medida em que se caracteriza pela prestação de um serviço de proximidade com cuidados individualizados e personalizados. Além disso, é preservada a família e a casa que constituem para o idoso um quadro referencial muito importante para a sua identidade social.
- **Acolhimento Familiar de Idosos (AFI):** é a resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias que prestem os cuidados necessários, quando ocorre uma inexistência ou insuficiência de respostas sociais que possibilitem a integração do idoso ou na ausência de família que assegure o pleno acompanhamento.
- **Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos:** é a resposta social que consiste no acolhimento temporário a idosos em situação de emergência social, perspetivando-se o encaminhamento do idoso ou para a família ou para outra resposta social de carácter permanente.



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

- **Centro de Noite (CN):** é a resposta social dirigida a idosos com autonomia que desenvolvem as suas atividades da vida diária no domicílio mas que durante a noite, por motivos de isolamento, necessitam de acompanhamento. É uma estrutura cuja lógica de intervenção tem por base o apoio temporário, que pretende dar resposta a situações de: isolamento geográfico ou social por, respetivamente, residirem longe da comunidade local e pela ausência de redes de suporte informal que possam dar apoio; Solidão, sentimento que pode advir de situações de isolamento; Insegurança, traduzida pela incapacidade em lidar com situações perturbadoras como é por exemplo, a morte ou afastamento da pessoa com quem se residia. Tendo em conta os objetivos que presidem aos centros de noite e, pelo facto de não se dispor ainda de experiência significativa do desenvolvimento desta resposta, as presentes orientações constituem, nesta fase, um quadro referencial que permite enquadrar iniciativas que visem a sua implementação.
- **Unidades de Cuidados Continuados:** constituem respostas residenciais a idosos, que apresentam um maior grau de dependência.



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa o termo **institucionalização** significa “*ato ou efeito de institucionalizar*”. Em Portugal, as instituições destinam-se a abrigar pessoas idosas necessitadas de um lugar para morar, alimentação e cuidados por período integral.

Considera-se institucionalização do idoso quando este se encontra durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo de indivíduos leva uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rutura com o exterior, dado que todos os aspetos do seu quotidiano são regulados por uma única entidade.

As mudanças ocorridas na sociedade, tal como já referido anteriormente, aparecem como as responsáveis pela situação atual de aumento da institucionalização do idoso. As razões para a institucionalização passam sobretudo pelo facto de a família não conseguir dar resposta às necessidades do idoso ou então quando outras respostas sociais não conseguem prestar todos os cuidados solicitados.



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Fatores associados ao risco de institucionalização, sendo alguns dos mesmos:

- As deficiências cognitivas;
- O facto de se viver só;
- A perda de apoios sociais;
- Os problemas com as atividades de vida diária;
- A pobreza;
- As deficiências na rede de suporte informal.

No entanto, evidencia-se o **isolamento** como a causa mais comum para a entrada nas instituições de acolhimento, o que se explica pela inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efetivo em caso de necessidade



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

A entrada do idoso numa Instituição de acolhimento é, por norma, um **momento difícil para o idoso**, em especial quando este ainda possui alguma autonomia ou se a sua entrada se deveu a um acontecimento trágico (por exemplo, a morte de um cônjuge). Por mais qualidade que a instituição possua, vai haver sempre um corte com o passado, passando a existir um afastamento do convívio social e familiar.

A pessoa institucionalizada precisa de se acostumar ao seu novo espaço, às novas rotinas, a novas pessoas com quem irá partilhar o espaço e toda esta nova realidade pode originar situações de angústia, medo, revolta e insegurança.

Porém, a institucionalização não deve ser encarada apenas pela negativa, pois existem idosos que podem sentir-se mais acompanhados, ativos e mesmo mais felizes do que quando se encontravam sós em suas casas. Neste processo de mudança, o indivíduo pode criar os seus próprios mecanismos de adaptação e desenvolver uma sensação de satisfação pela sua nova condição.





# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

É neste aspeto que o modo de organização de uma instituição, as atividades que oferece, a relação de suporte, o grupo de técnicos e colaboradores que possui, entre outros aspetos, é de extrema importância para que o sentimento de satisfação ocorra perante a nova situação de vida do idoso.

Os ambientes para idosos deveriam possuir as seguintes características:

- (a) **Acessibilidade e uso;**
- (b) **facilidade de circulação**, especificamente no que concerne ao conforto, à conveniência e à possibilidade de escolha;
- (c) **conservação de energia;**
- (d) **comunicação**: aspetos sensoriais e relacionamento social;
- (e) **segurança**: sem risco de lesão e acidentes;
- (f) **proteção**: que não cause medo ou ansiedade e que seja previsível (confiável);
- (g) **privacidade**.



# INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Consequentemente torna-se imprescindível um foco no momento de acolhimento ao idoso pois este é, por norma, o primeiro contacto direto que o mesmo tem com o local que vai ser o seu lar. Logo é necessário acompanhá-lo e apoiá-lo, tendo em consideração a sua privacidade, vontade e singularidade.





# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS



# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS

De uma forma resumida e simples, um cuidador é uma pessoa **remunerada ou não remunerada** que ajuda outro indivíduo a realizar as suas atividades de vida diárias (ou AVDs). Normalmente, as pessoas recorrem a cuidadores em casos de doença, idade avançada, deficiências físicas ou mentais. Já em todo o mundo são comuns as empresas de cuidadores (muitas vezes em Portugal referidas como o empresas de “apoio domiciliário”) que fazem a ponte entre os utentes e os cuidadores.



# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS

- **Quem é o cuidador?**

Como vimos em cima, o **cuidador é a pessoa responsável por alguém que não tem autonomia para realizar todas ou algumas das suas atividades diárias**. No caso dos idosos, isto pode dever-se a um síndrome demencial, limitação funcional, entre outras patologias.

- **Quais as funções de um cuidador?**

Ser cuidador é muito mais que cuidar. Um cuidador obedece a um conjunto de funções e tem de ter um perfil comunicativo, afetivo e empático adequados que lhe permita executar a sua função com a dignidade que o utente exige.

- **O perfil do cuidador**

O cuidador precisa de ser dotado de capacidades de comunicação que lhe permitam interagir com a pessoa que recebe os cuidados e não só – deve manter canais de comunicação ativos entre os prestadores de saúde primários (médicos, enfermeiros, entre outros) e a própria família do utente.



# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS - FUNÇÕES

- **Funções primárias**

- Entre outras destacam-se a higiene do utente, a manutenção e higienização do espaço onde se encontra o utente, gestão da lavandaria, compras dos produtos de higiene adequados. Também a agenda do utente deve ser controlada pelo cuidador, levando o utente a respeitar os seus compromissos (uma consulta médica, por exemplo).
- **Funções de monitorização:** Sendo a pessoa que partilha mais tempo com o utente, o cuidador deve ser responsável por fazer uma monitorização básica do estado de saúde do utente, tendo em especial atenção a:
  - Alterações na respiração
  - Temperatura corporal
  - Medição dos sinais básicos de vida (tensão arterial) em vários momentos dia
  - Medição da glicose em vários momentos do dia
  - Alterações na frequência/forma de micção ou defecação
  - Alterações no humor do utente
  - Monitorização do peso do utente





# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS - FUNÇÕES

- **Funções de alimentação**
- Além de ajudar, quando necessário, o utente a alimentar-se de forma adequada, o cuidador deve ser responsável pelo equilíbrio da dieta do utente, baseando-se nas recomendações do médico ou do nutricionista. É até, muitas vezes, o cuidador que prepara as refeições no local, devendo nestes casos ter em especial atenção às indicações dos profissionais e não ceder sempre aos pedidos dos utentes.
- Muitos utentes idosos necessitam de ajuda na deglutição (devido a complicações de um AVC, Parkinson, demência, etc), pelo que o cuidador deve certificar-se que a comida tem a textura e o tamanho adequados para que a deglutição ocorra sem problemas



# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS - FUNÇÕES

- **Funções cognitivas e sociais**

- Estudos mostram existir uma correlação entre o estado de saúde mental e o estado de saúde físico. Nesse sentido, o cuidador tem a responsabilidade de acompanhar o utente em tarefas que lhe permitam realizar alguma estimulação cognitiva, estimular a sua vida social e manter um nível de atividade física adequado à sua condição física.
- A realização de passatempos, manutenção de círculos sociais (com amigos, vizinhos, familiares), realização de atividade física (com a aprovação do médico responsável), realização de saídas ao exterior (mais curtos ou mais longos, conforme possível e se possível). O encontro com outros utentes com as mesmas condições de saúde pode ser benéfico para o utente.



# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS - FUNÇÕES

- **Funções de gestão de medicação**
- Geralmente, um utente da terceira idade a polimedicação pode levar à confusão na gestão da terapêutica. Nesse sentido, apesar de não recomendarmos que a organização dos medicamentos seja feita pelos cuidadores, mas sim por profissionais de saúde qualificados, é importante que o cuidador tenha em atenção a gestão da quantidade de medicação disponível e os prazos de validade.
- É também responsabilidade do cuidador que o utente respeite a toma da medicação nos horários definidos pelo médico.



# CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS

## Cuidadores formais e Cuidadores informais

- **Cuidador informal é um familiar, amigo, vizinho, com quem o utente já tem uma relação pré-estabelecida.** Nestes casos, grande parte das vezes, os cuidadores residem com os utentes. Lembramos que em Portugal, familiares podem usufruir de benefícios fiscais ao assumirem funções de assistência.
- **Cuidador formal é um prestador de serviços com uma estrutura preparada para dar resposta aos utentes.** Lembramos que as empresas que prestam estes cuidados devem ser certificados pela Segurança Social e devem responder à lei Portuguesa em todos os seus procedimentos.







# LUTO

O **luto** é o processo emocional e sentimental que vivencia a ausência e o vazio causado por uma perda. Geralmente, é associado à angústia da perda de algum ente ou pessoa que morreu, mas também vivenciamos o luto em outros tipos de perda.

O processo de luto é totalmente **individual**, mesmo que haja outras pessoas envolvidas na mesma dor. Isso porque cada um tem a sua capacidade própria de interpretar esse vazio e a dor, desde o momento de um choro até os dias que irão seguir.

A expressão do luto pode se dar por **manifestações físicas**, como o choro, e **emocionais**, como a tristeza, raiva e ansiedade. Em paralelo também há quem se manifeste de **maneira silenciosa**.





# LUTO

Um luto pode começar **antes** mesmo da morte de alguém, quando há alguma doença complicada envolvida, por exemplo. O luto antecipado é a resposta a um diagnóstico de uma doença de evolução progressiva e sem cura. Esta forma de luto começa com o diagnóstico de uma doença incurável, e permite que a família se prepare para uma despedida emocional e física de um seu familiar.

No caso de **cuidadores** de pessoas com demência, a ideia da morte está mais presente, é mais real. As perdas que se vão experimentando na relação entre cuidador e familiar têm uma forma mais concreta. Esta forma de luto resulta da perda relacional antes do desaparecimento físico.

Mas há também quem, na psicologia, classifique o luto em **normal**, quando há um repertório de respostas saudáveis que possibilitam a expressão da dor da perda, e o **luto complicado**, em que há uma série de sintomas físicos e mentais resultantes da incapacidade de se expressar, seguido por um isolamento ou período de negação prolongado.



# FASES DO LUTO

Algumas **fases** características do luto são: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Esses estágios, elaborados pela psiquiatra Elisabeth Kubler-Ross, não seguem necessariamente uma ordem.

As pessoas costumam pensar nas fases do luto como semanas ou meses duradouros, mas eles são respostas a sentimentos que podem durar minutos ou horas à medida que entramos e saímos de um e depois de outro.

Além disso, nós não passamos por cada estágio individual de maneira linear. Podemos sentir um, depois outro e voltar ao primeiro.



# FASES DO LUTO

- **Negação:** não conseguir aceitar a perda e recusar-se a acreditar no que acabou de acontecer.

A **negação** é o primeiro dos cinco estágios do luto. Nesse estágio, o mundo se torna sem sentido e avassalador como se a vida não fizesse sentido.

Ficamos em estado de choque e entorpecidos, nos perguntamos como podemos continuar, se podemos continuar, por que deveríamos continuar, em que tentamos encontrar uma maneira de simplesmente passar por cada dia.

Negação e choque nos ajudam a lidar e tornar a sobrevivência possível, estimulam nossos sentimentos de tristeza. Há uma graça na negação, pois é a maneira da natureza de deixar entrar tanto quanto podemos lidar. Ao aceitar a realidade da perda e começar a se fazer perguntas, você está, sem saber, iniciando o processo de cura.



# FASES DO LUTO

- **Raiva:** ainda não houve a aceitação da perda e começam as questões atrás de questões, como, por exemplo, *“porque comigo?”*

A raiva é um estágio necessário do processo de cura. Esteja disposto a sentir sua raiva, mesmo que isso pareça infinito. Quanto mais você realmente sentir isso, mais começará a se dissipar e mais você se curará.

Existem muitas outras emoções sob a raiva e você chegará a elas a tempo, mas a raiva é a emoção que estamos mais acostumados a administrar. A verdade é que a raiva não tem limites.

Pode se estender não apenas aos seus amigos, aos médicos, à sua família, a você e ao seu ente querido que morreu, mas também a Deus. Você pode perguntar: “Onde está Deus nisso?” Por baixo da raiva é a dor, a sua dor.

É natural nos sentirmos abandonados, mas vivemos em uma sociedade que teme a raiva. A raiva é força e pode ser uma âncora, dando estrutura temporária ao nada da perda.



# FASES DO LUTO

- **Negociação:** o facto (isto é, a morte de alguém) ainda não é considerado como consumado. A pessoa procura uma alternativa para voltar à normalidade.

Antes de uma perda, parece que você fará qualquer coisa se apenas seu amado fosse poupado. “Por favor, Deus”. Você negocia “eu nunca mais ficarei bravo com minha esposa se você simplesmente deixá-la viver.”

Depois de uma perda, a negociação pode assumir a forma de uma trégua temporária. “E se eu dedicar o resto da minha vida ajudando os outros? Então eu posso acordar e perceber que tudo isso foi um pesadelo?”

Nós nos perdemos em um labirinto de declarações “Se apenas...” ou “E se...”. Queremos voltar no tempo: encontrar o cancro mais cedo, reconhecer a doença mais rapidamente, impedir que o acidente aconteça.

A culpa é frequentemente a companheira de negociação. Os “se apenas” nos fazem encontrar falhas em nós mesmos e o que “pensamos” é que poderíamos ter feito de forma diferente.

Podemos até negociar com a dor. Faremos qualquer coisa para não sentir a dor dessa perda.



# FASES DO LUTO

- **Depressão:** fase crítica e delicada, em que a pessoa começa a entender o que aconteceu e passa a ter a percepção de que nada será como antes. A sensação de perda imediata de sonhos, projetos, mudanças e insistentes lembranças associadas à pessoa são comuns nesta fase.

Após a negociação, nossa atenção move-se diretamente para o presente. Sentimentos vazios se apresentam e a dor entra em nossas vidas em um nível mais profundo do que jamais imaginamos.

Este estágio depressivo parece durar para sempre. É importante entender que essa depressão pós-morte não é um sinal de doença mental, ela faz parte e é a resposta apropriada para uma grande perda.

Depressão depois de uma perda é muitas vezes vista como não natural, como um estado a ser corrigido, algo para se livrar. Não sentir depressão depois que um ente querido morre seria incomum. Se o luto significa um processo de cura, a depressão é um dos muitos passos necessários ao longo do caminho.





# FASES DO LUTO

- **Aceitação:** é o ciclo final do processo de luto. Não há mais amargura, angústia ou negação. A perda recebe um outro olhar perante a vida e encontra, à sua maneira, a tranquilidade e o equilíbrio.

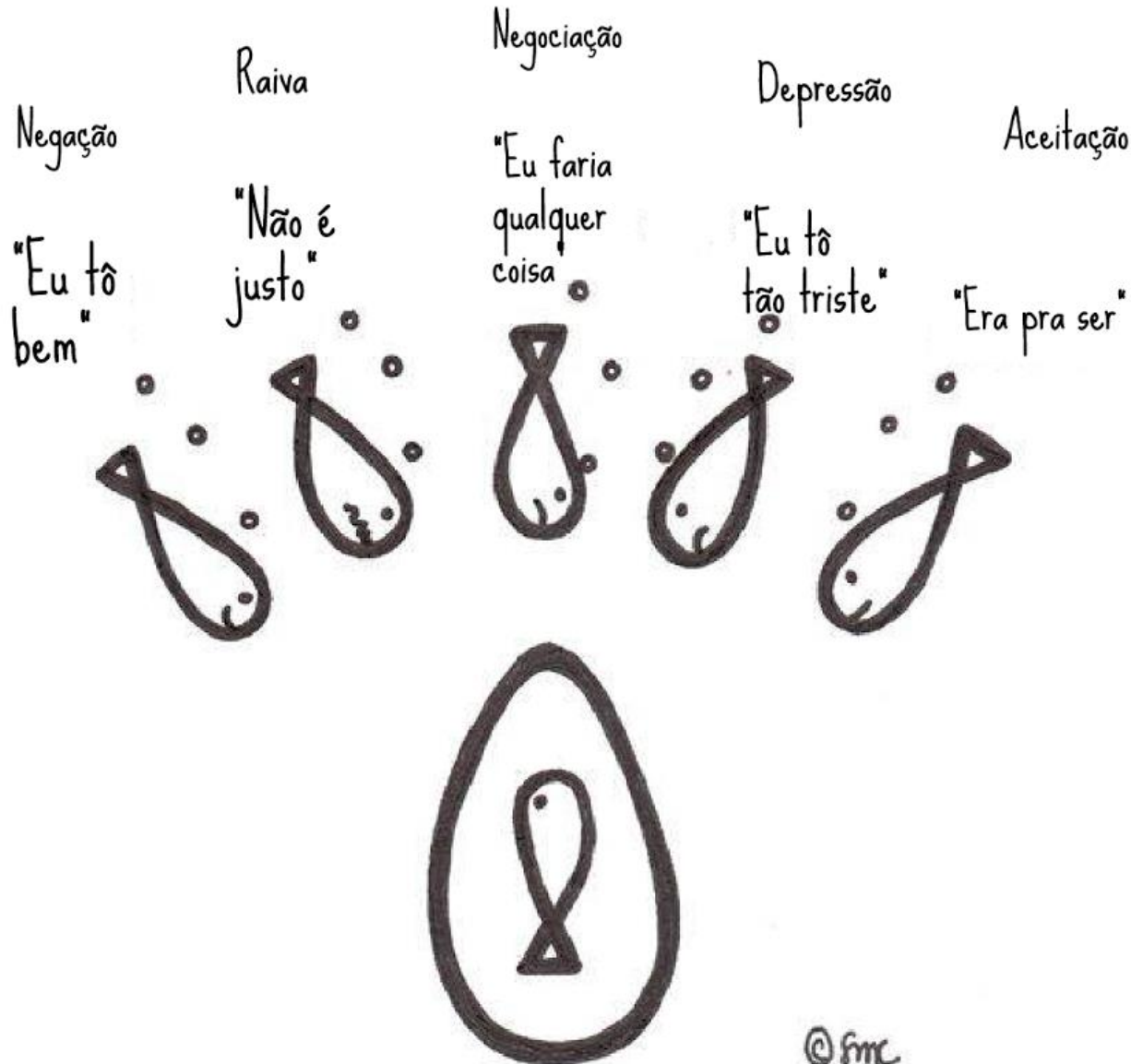
Aceitação é muitas vezes confundida com a noção de estar “bem” ou “ok” com o que aconteceu. Este não é o caso. A maioria das pessoas nunca se sente bem ou está bem com a perda de um ente querido.

Esta fase é sobre aceitar a realidade de que o nosso ente querido se foi fisicamente e reconhecer que esta nova realidade é a permanente.

Jamais gostamos dessa realidade ou faremos isso bem, mas eventualmente a aceitaremos. Nós aprendemos a viver com isso. É a nova norma com a qual devemos aprender a viver com a saudade eterna. Nós devemos tentar viver agora em um mundo onde nosso amado está faltando.



# As 5 fases do luto



# SINTOMAS DO LUTO

## **Psicológico:**

A pessoa em luto vai sentindo, no geral, um grande adormecimento, alternado com expressões de raiva, sentimento de culpa, autorrecriação, ansiedade, solidão, fadiga mental, desamparo, choque, tristeza profunda, angústia, descrença, confusão, a inquietante sensação da «*presença do ente amado*» (como se não tivesse morrido, podendo mesmo chegar a ter alucinações visuais e/ou auditivas) e uma sensação de despersonalização (sentir-se «*desfeito em pedaços*»).

A pessoa tem também sonhos frequentes com o ente amado, bem como sente necessidade de recordar episódios felizes vividos por ambos, tentando visitar os lugares que foram cenário dessas memórias e guardando objetos alusivos a esses episódios. Pode ter também crises de choro compulsivo, nas mais variadas ocasiões, mesmo quando não está inserida num contexto relacionado com o ente amado.



# SINTOMAS DO LUTO

## Físico:

É frequente sentir um «*vazio no estômago*», um «*aperto no peito*», um «*nó na garganta*», uma hipersensibilidade ao ruído, falta de ar, suspiros profundos, fraqueza muscular, falta de energia e a boca seca. Um cansaço progressivo vai liquidando as poucas energias que a pessoa já tem, sobretudo porque se verificam geralmente grandes alterações do sono e do apetite.



# SINTOMAS DO LUTO

## **Social:**

O processo de luto conduz inevitavelmente a alterações de comportamento. E, logo, a alterações nas relações da pessoa em luto com os outros, em ambiente social. Assim, para além da pessoa ter um comportamento «flutuante» (isto é, parece que «flutua sobre os acontecimentos do quotidiano», sem se empenhar, ou envolver, neles), «dormitando» e esquecendo pequenas e grandes tarefas do dia-a-dia (o que causa transtornos no emprego, por exemplo), começa a praticar um progressivo isolamento social, distanciando-se de familiares e/ou amigos, de grupos de convívio e, de uma forma genérica, de ocasiões onde haja aglomerados de pessoas.





“Eu amo tudo o que foi  
Tudo o que já não é  
A dor que já me não dói  
A antiga e errônea fé  
O ontem que a dor deixou,  
O que deixou alegria  
Só porque foi, e voou  
E hoje é já outro dia.”

Fernando Pessoa

