

MANUAL DE FORMAÇÃO



Módulo/Unidade 3552 - Patologia e efeitos psicossociais decorrentes da hospitalização da pessoa idosa

Duração 25 horas

Forma de Organização Presencial eLearning bLearning

Autoria (Formador/a)

cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu



Índice

Introdução	3
Objetivos Gerais.....	4
Patologia na Pessoa idosa.....	4
1.1 Patologia Cardiovascular	5
1.2 Patologia Respiratória	7
1.3 Patologia Hematológica e Oncológica.....	8
1.4 Patologia Neurológica e Sensorial	9
1.5 Acidentes	11
Equilíbrio biopsicossocial da pessoa idosa	11
2.1 A pessoa idosa portadora de doença crónica	11
2.2 Situações de emergência	12
Internamento da pessoa idosa em estado terminal.....	13
3.1 Abordagem multidimensional.....	13
3.2 Cuidados específicos.....	15
Hospitalização - efeitos psicossociais	16
Autonomia da pessoa idosa	17
5.1 Minimizar os efeitos das hospitalizações na vida da pessoa idosa	17
5.2 O apoio extra-hospitalar.....	18
5.3 A alta médica e continuidade da prestação de cuidados.....	19
Bibliografia.....	19

Introdução

No âmbito da unidade de formação de curta duração n.º 3552 – Patologia e efeitos psicossociais decorrentes da hospitalização da pessoa idosa, foi desenvolvido o presente manual de formação, que é uma ferramenta de apoio à aprendizagem e constitui um complemento aos conteúdos programáticos abordados ao longo das sessões de formação da UFCD.

Através da consulta do presente manual pretende-se que os formandos tenham acesso a uma sistematização da informação apresentada no decorrer das sessões de formação. Os objetivos, conteúdos programáticos e carga horária da ação de formação obedecem ao referencial da UFCD, de acordo com o Catálogo Nacional de Qualificações.

Neste módulo será abordado várias temáticas relacionada com várias e diversificadas patologias, a diabetes, como detetar situações de hipoglicemia ou hiperglicemia e como agir e identificar a sintomatologia de acidente vascular cerebral.

Para além da abordagem sobre estas patologias, será transmitido aos formandos a importância da ingestão de água, os sinais de desidratação, a alimentação, cuidados de medicação, e o cuidado em relação à dieta específica do idoso, devendo o cuidador informar-se sobre as patologias da pessoa idosa e se existe uma dieta específica, receitada pelos profissionais de saúde.

Ao longo desta UFCD serão abordados, de forma sucinta, os sinais e sintomas destas patologias e as medidas a adotar para o seu devido tratamento, de acordo com a prescrição médica.

Para além dos conhecimentos acerca dos procedimentos a adotar perante situações de agudização, o formando deve aprender, nesta formação, a importância da sua postura perante o doente, os efeitos que as comunicações verbais e não verbais poderão ter na recuperação do doente.

Objetivos Gerais

Pretende-se com esta Unidade de Formação de Curta Duração fornecer aos formandos conhecimentos e competências necessárias para:

- Identificar as principais patologias que conduzem à hospitalização da pessoa idosa;
- Reconhecer precocemente sinais de alteração ou equilíbrio biopsicossocial da pessoa idosa;
- Adquirir conhecimentos sobre a situação do doente terminal no hospital;
- Identificar consequências psicológicas e sociais da hospitalização da pessoa idosa;
- Reconhecer a autonomia da pessoa idosa.

Patologia na Pessoa idosa

O processo de envelhecimento é algo que devemos aceitar como um processo intrínseco da nossa existência e que é constituído pelas seguintes componentes: o processo de envelhecimento biológico “que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência”; o envelhecimento social “relativo aos papéis sociais” que a sociedade atribui a este nível etário e o envelhecimento psicológico e o processo de envelhecimento psicológico que se relaciona com a “avaliação do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo” e este depende do “contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projeto de vida.”

Para que os cuidadores de idosos, formais ou informais, prestem um apoio eficiente é necessário que conheçam as transformações relacionadas com o processo de envelhecimento e as patologias que poderão estar associadas, com vista à identificação dos procedimentos a adotar perante cada patologia e como personalizar o cuidado de acordo com cada situação. Assim como entender a diferença entre sinais e sintomas no processo de diagnóstico.

1.1 Patologia Cardiovascular

Ao falarmos de envelhecimento e das patologias que podem afetar a população idosa existem algumas que identificamos como mais propensas. Apesar de não serem exclusivas da população idosa, existem alguns fatores de risco mais evidentes para a manifestação de algumas destas patologias na população mais velha. Tais como as doenças cardiovasculares, que se manifestam geralmente por arritmia, enfarte do miocárdio e hipertensão arterial.

❖ **Arritmia:** Os sintomas de arritmia podem variar, contudo destaca se a sensação de batimentos cardíacos “esmagadores” ou acelerados, desconforto com os próprios batimentos ou sensação de falta ou interrupção desses batimentos e o ritmo cardíaco pode ser sentido no tórax, garganta ou pescoço. Esta patologia pode causar no doente a sensação de fadiga, tonturas, desmaios ou palpitações.

As **causas** de arritmia podem ser de origem cardíaca, pulmonar ou sistémica pré-existente, pode resultar como um efeito secundário de medicamentos ou ter origem numa situação de stress ou ansiedade.

❖ **Enfarte Agudo do Miocárdio:** resulta da morte das células do miocárdio por falta de oxigénio, por obstrução total ou significativa da artéria coronária. Uma das principais causas deste episódio é a aterosclerose, uma doença das artérias elásticas, caracterizada pela presença de ateromas (lesões com aspeto de placas) nos grandes vasos, resultando no estreitamento progressivo do calibre arterial e que está na origem de doenças arteriais como a hipertensão arterial, a doença coronária, o aneurisma da aorta ou a doença arterial dos membros inferiores.

Esta doença pode surgir em idades jovens e tem um longo período de progressão, constituindo como **fatores de risco** níveis elevados de colesterol no sangue, níveis baixos de colesterol HDL e níveis elevados de proteína C reativa, hipertensão arterial, diabetes, história familiar de doença coronária, tabagismo, obesidade e idade avançada.

A **adoção de medidas preventivas**, como realização periódica de análises clínicas e hábitos de vida saudáveis poderão diminuir os efeitos desta patologia e aumentar o bem-estar do doente.

Os sintomas de enfarte agudo do miocárdio manifestam-se geralmente por:

- Dor forte no peito, normalmente do lado esquerdo com irradiação para o braço, pescoço e mandíbula ou para a zona abdominal;
- Dor epigástrica (acima do umbigo);
- Dificuldade em respirar;
- Mal estar, náuseas e vômitos;
- Palpitações (sentir as batidas do coração);
- Ansiedade;
- Sensação de morte iminente;
- Sensação de desmaio

Os Sinais de enfarte agudo do miocárdio são:

- Pele pálida, húmida e viscosa;
- Suores;
- Agitação Hipertensão Arterial:

❖ **Hipertensão arterial:** é uma patologia que está na origem de outras doenças, sendo a principal causa de insuficiência renal e cardíaca e um dos principais fatores de risco de enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e aneurisma. É uma doença crónica e é determinada por valores elevados de pressão arterial, a força exercida pelo sangue nas paredes das artérias por onde circula, que leva a que o coração necessite de fazer mais esforço para desempenhar a sua função de fazer circular o sangue por todo o corpo.

A pressão arterial pode ser avaliada em termos de valor sistólico, que se refere ao valor máximo alcançado com a contração do coração, e de valor diastólico, o valor mínimo quando o coração relaxa entre contrações.

1.2 Patologia Respiratória

Outra tipologia de doenças que afetam um número considerável de idosos é a patologia respiratória, que podem ser crónicas, como a bronquite crónica ou asma, ou agudas, resultante por exemplo de infeção respiratória.

As dificuldades respiratórias podem ser consequência de um problema sistémico, sendo agravadas por stress fisiológico ou psicológico.

❖ **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica:** Esta patologia resulta de uma obstrução crónica, não totalmente reversível, à passagem do ar nas vias respiratórias, associada a uma resposta inflamatória do aparelho respiratório. A DPOC é a doença crónica do pulmão mais frequente, que atinge um em cada dez adultos acima dos 40 anos de idade. Os principais **fatores de risco** para o desenvolvimento de DPOC são o tabagismo, a exposição continuada a gases, poeiras ou produtos químicos poluentes e historial familiar desta patologia. Esta doença caracteriza-se por não provocar sintomas na sua fase inicial, provocando apenas uma incapacidade mínima.

O agravamento é progressivo, à medida que o doente vai envelhecendo e/ou surgem infeções respiratórias. Numa fase avançada da doença pode surgir deformidade torácica, grau elevado de incapacidade, hipertensão pulmonar, dilatação ventricular direita, e insuficiência respiratória grave, levando à morte. O **diagnóstico** desta patologia é realizado através de espirometria, que mede o fluxo de ar nos pulmões.

❖ **Bronquite Crónica:** A bronquite pode ser descrita como um processo de inflamação nos brônquios e que provoca um estreitamento dessas vias, dificultando a respiração e dando origem a sintomas como a tosse, resultante da hipertrofia das glândulas que produzem muco.

Este processo pode ser agudo, que ocorre durante um curto período de tempo, ou crónico, em que os sintomas ocorrem durante a maioria dos dias do mês, ao longo de pelo menos três meses do ano em 2 anos consecutivos. A bronquite **pode ser causada** por vírus ou bactérias, pelo consumo de tabaco ou pela inalação de pó ou agentes poluentes.

E com o avanço da doença a limitação ao fluxo de ar aumenta, podendo provocar enfisema pulmonar.

- ❖ **Asma:** é uma doença inflamatória crónica das vias respiratória, uma resposta imunológica resultante da exposição a diversos estímulos, como ácaros do pó, pólen, agentes poluentes e conseqüente dificuldade em respirar. Esta doença pode afetar pessoas de todas as idades e não for devidamente detetada e controlada pode provocar limitações à vida quotidiana dos utentes. Os principais **sintomas** desta patologia são “chiadeira” ou “apito” no peito, dificuldade em respirar (dispneia), e tosse.

1.3 Patologia Hematológica e Oncológica

As patologias hematológicas têm origem no sangue. No âmbito da doença oncológica, a Hematologia clínica intervém no diagnóstico e tratamento de leucemias e linfomas.

- ❖ **Anemia:** ocorre quando a quantidade de hemácias no sangue, glóbulos vermelhos que contêm hemoglobina (proteína que transporta o oxigénio pelo corpo) se encontra abaixo do valor de referência. Esta situação pode resultar da falta de ferro, vitamina B12 ou ácido fólico, como conseqüência de dietas nutricionais deficientes em nutrientes derivados de animais, por abuso excessivo de álcool e surge por vezes durante a gravidez.

A anemia pode ainda ser hereditária ou efeito de doenças crónicas, como doenças renais e do fígado.

- ❖ **Leucemia:** é categorizada como um tumor maligno hematológico e pode ser definido com uma multiplicação anormal e desorganizadas das células do sangue. Esta doença pode ser aguda ou crónica, dependendo da velocidade de instalação e das células envolvidas, podendo ser classificada como leucemia mieloide aguda, leucemia

mieloide crónica, leucemia linfoblástica aguda e leucemia linfocítica crónica.

Os principais **sintomas** de leucemia são: anemia, episódios repetidos de febre, infeção e abscessos, hematomas ou equimoses, principalmente na mucosa oral, retina e membros inferiores e ocasionalmente aumento dos gânglios e do baço.

1.4 Patologia Neurológica e Sensorial

Quando abordamos o tema de patologias neurológicas importa referir que “os doentes idosos estão sujeitos ao mesmo amplo espectro de perturbações mentais que os adultos jovens”, contudo a população idosa apresenta um maior risco de défice cognitivo, e verificam-se um grande número de casos de depressão, ansiedade e abuso de álcool nesta população.

Várias investigações revelam que esta síndrome é relativamente incomum “em pessoas com menos de 60 anos”, pelo que é pertinente identificar a relação desta síndrome com o processo de envelhecimento.

Por vezes revela-se um processo difícil fazer a separação entre as alterações cognitivas resultantes do processo normal de envelhecimento e aquelas que resultam de uma perturbação a nível mental, como o caso da demência, a qual pode ser definida como o “conjunto de situações clínicas, (...) que determinam um declínio progressivo da capacidade de pensar, recordar e aprender e das atividades do dia-a-dia, em resultado de uma doença ou lesão do sistema nervoso central.” De acordo com Barreto (2005), “a demência não deve ser considerada uma doença, mas sim uma síndrome”, um “conjunto de sinais e sintomas mais ou menos homogéneos, que podem ter várias etiologias e englobar várias doenças”.

Para prestar um serviço de qualidade, baseado no bem-estar e segurança do cuidador e do idoso, é fundamental que os formandos adquiram conhecimentos sobre patologias neurológicas, a sua tipologia, sintomas e formas de lidar com alterações de comportamento resultante da doença ou de situações de agudização, tais como agitação, delírio, acusações ou revolta.

Estados da Demência

Tipos de Demência:

- Doença de Alzheimer;
- Doença de Alzheimer Familiar;
- Demência Vascular;
- Doença de Parkinson.

Demência inicial - O doente mantém-se autónomo, os sintomas passam despercebidos à família, com um défice ligeiro da memória, mas agravamento das queixas anteriores, dificuldades no desempenho social ou familiar, esquecimento de nomes de pessoas próximas e perde-se em lugares familiares. Também há a negação em que a pessoa minimiza as suas queixas e tenta encontrar uma justificação plausível. Existe também algumas dificuldades ao nível das atividades de vida diária (conferir trocos, organizar as finanças, utilizar transportes), perda de alguma autonomia e os défices são notados pela família.

Demência moderada - Dificuldades ao nível das atividades básicas de vida diária (vestir a roupa, etc.), graves comprometimentos da memória (dificuldades em recordar momentos importantes).

O doente torna-se repetitivo, confunde objetos habituais (agnosia), não tem consciência dos seus défices (anosognosia); alterações no comportamento e psiquiátricos (agitação/agressividade, apatia, insónia).

Demência grave - O doente fica progressiva e totalmente dependente, a nível da higiene, vestir-se, deslocar-se. Tem um discurso fragmentado, sem capacidade para reter informação e habitualmente deixa de conhecer os familiares. Apresenta agressividade/apatia, desconfiança, alucinações, alterações do ritmo sono-vigília.

Demência muito grave - De forma progressiva, o doente perde totalmente a linguagem e a marcha, fica incontinente. Necessita de ajuda total ao nível das atividades de vida diária.

1.5 Acidentes

Na prestação de apoio a idosos é também essencial saber identificar os principais acidentes que poderão afetar a população idosa, como o risco de quedas, resultantes de alterações a nível da mobilidade da pessoa idosa, da diminuição sensorial, de uma falsa perceção da sua situação, que leva o idoso a minimizar a situação e não pedir ajuda para a execução de uma determinada tarefa que poderá afetar a sua segurança, como por exemplo subir um escadote.

A deteção de fatores de risco e a prevenção deve ser feita no domicílio do idoso e no espaço exterior, de forma a evitar acidentes, mas respeitando a autonomia e poder de decisão da pessoa idosa.

Equilíbrio biopsicossocial da pessoa idosa

A forma como lidamos com o nosso próprio envelhecimento também está implícita na nossa vivência ao longo dos anos, se conseguimos ou não estabelecer e atingir objetivos pessoais, profissionais e familiares, ter um papel social ativo e enquadrado na comunidade, de forma que consigamos vivenciar os nossos últimos anos de vida de uma forma tranquila, sem o sentimento de frustração e ressentimento pelos obstáculos que não conseguimos ou não quisemos ultrapassar ao longo da vida. Neste módulo serão abordados assuntos como as tarefas biopsicossociais e de que forma a realização dessas tarefas atuam como fator de proteção ou de risco para o equilíbrio psicológico e social da pessoa idosa; a mudança de papéis sociais ao longo da vida e os estádios de desenvolvimento e a definição de idade cronológica, jurídica, física e biológica, psicoafectiva e social.

2.1 A pessoa idosa portadora de doença crónica

A pessoa idosa portadora de doença crónica, a nossa resiliência, a capacidade de ultrapassar os desafios, pode ser condicionada por alguns fatores, como por

exemplo o facto de sofrermos de uma patologia com hipótese de cura ou de uma patologia crónica.

Perante uma doença crónica é necessária uma atenção redobrada a sinais e sintomas de agudização da doença e ter conhecimento acerca da forma de tratamento normal da patologia e o que fazer perante o agravamento da doença, com o objetivo de prestar uma assistência eficiente ao idoso e preservar a sua qualidade de vida.

Em situações de descompensação e/ou agudização da doença o cuidador deve encorajar o doente, sem dar falsas esperanças, ajudar a lidar com as emoções, mostrar a sua disponibilidade para ouvi-lo caso queira falar sobre a sua situação, respeitar sempre a privacidade e a confidencialidade das informações transmitidas, estabelecer uma comunicação empática e assertiva, ajudar a manter a autoestima do doente, reforçando os aspetos positivos da sua vivência e o que ainda tem para viver, ajudar o doente a manter-se consciente e calmo.

Algumas das doenças crónicas que poderemos encontrar na população idosa são as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias. Estas doenças não são exclusivas da população idosa, contudo apresentam uma grande incidência nesta faixa etária devido a fatores de risco relacionados com níveis elevados de colesterol, tensão arterial elevada, obesidade, tabagismo e consumo de álcool (atual ou historial desses hábitos em excesso).

2.2 Situações de emergência

Para além da informação sobre que patologias poderão ser crónicas ou não e dos cuidados a ter perante doenças crónicas, é importante que o cuidador saiba identificar possíveis situações de emergência, como acidentes e intoxicações, a forma de prevenção destas situações e os procedimentos a adotar quando a prevenção não se revela eficaz.

Na sequência dessas informações, será disponibilizado aos formandos os dados que é necessário avaliar perante situações de agudização de doenças pré-existentes ou sintomas novos, os sinais vitais e quais os valores de referência.

Internamento da pessoa idosa em estado terminal

Podemos identificar sete medos típicos da velhice, nomeadamente o medo de ficar demente, o medo generalizado de viver, medo da existência, medo do desamparo, medo da doença, medo de mudanças incontroláveis e o medo de tarefas de desenvolvimento. Ao falar de medos em relação à velhice, temos que falar obrigatoriamente do medo em relação à morte, da sua própria morte e de quem lhe é próximo.

Apesar de sabermos que é um processo lógico e natural do nosso ciclo biológico, não estamos verdadeiramente preparados, independentemente do momento da nossa vida em que isso aconteça. A atuação dos profissionais de saúde visa, de uma forma geral, a manutenção da qualidade de vida do doente através do combate à doença. Contudo por vezes não é possível a cura, pelo que é necessário proporcionar aos cidadãos com doença prolongada, incurável e progressiva respostas que promovem o seu bem-estar, dignidade e a autonomia do doente em fim de vida e dos seus familiares, como é o caso dos Cuidados Paliativos.

Esta resposta surgiu nos anos 60, após a insistência de movimentos que alertavam para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a ausência de respostas nos serviços de saúde para estas situações e para a especificidade dos cuidados a prestar a esta população.

3.1 Abordagem multidimensional

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, “cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

O primeiro conceito de cuidados paliativos, em 1990, definia os cuidados totais e ativos dirigidos a doentes fora de possibilidade de cura. Contudo essa

definição era limitativa da importância destes cuidados para os doentes paliativos e para os seus familiares e limitava esses cuidados à fase final da vida, quando “não há mais nada a fazer”. Nos cuidados paliativos o foco da atenção dos profissionais não é a doença, a sua cura, mas sim o doente, “entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito do seu tratamento”. A prestação de cuidados paliativos tem início na fase de diagnóstico da doença, com a prescrição de tratamento pelo profissional de saúde.

Com a progressão da doença e quando o tratamento se revela ineficaz é solicitada a intervenção de uma equipa multiprofissional, capacitada para o cuidado ao doente terminal e à família, desenvolvendo “ações coordenadas e bem desenvolvidas de cuidados paliativos ao longo de todo o processo, do adoecer ao morrer”, “prevenindo uma morte caótica e com grande sofrimento”.

A atualização do conceito de cuidados paliativos veio também cortar com a ideia de que o doente terminal não precisa de medicação, por não apresentar possibilidade de cura. Na fase avançada da doença é necessário proporcionar ao doente bem-estar, até ao final da vida, através de procedimentos, medicamentos e abordagens. Os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades do doente e da família e não com base no seu diagnóstico. O problema da doença terminal atravessa todas as faixas etárias, incluindo a infância e todos os estratos sociais. Esta resposta adequa-se a doentes de cancro avançado, doentes de SIDA em estado avançado, doentes com insuficiência cardíaca, respiratória, hepática, renal em estado avançado, doentes com patologias neurológicas degenerativas e graves e doentes com síndrome demencial em estadio muito avançado.

A prestação de cuidados paliativos requer formação e treino específicos dos profissionais que integram a equipa, e também dos restantes especialistas que compõem o sistema de saúde, como obstetrícia, dermatologia, cirurgia, entre outras.

Em Portugal, foi criada em 2012 a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, uma rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde e é baseada num modelo de intervenção integrada e articulada que envolve vários tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados paliativos, incluindo recursos comunitários e domiciliários. Um dos princípios defendidos pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos é a de que o doente tem direito a escolher o local de

prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes. O que leva à necessidade de existirem várias tipologias de recursos especializados, organizados de forma a dar resposta às necessidades dos doentes o mais próximo possível da sua residência, nomeadamente:

- Unidade de cuidados Paliativos;
- Equipa Hospitalar de suporte em cuidados paliativos;
- Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos.

3.2 Cuidados específicos

A prestação de apoio pela equipa de cuidados paliativos obedece a sete princípios:

- Promove o alívio da dor e de outros sintomas stressantes;
- Reafirma a vida e vê a morte como um processo natural (sentido e término da vida; compreender o processo de morrer como natural e pacífico e tomar decisões importantes para viver melhor o tempo que resta);
- Não pretende antecipar e nem adiar a morte (nenhum tratamento pode significar mais desconforto ao doente de que a sua própria doença);
- Integra aspetos psicossociais e espirituais ao cuidado (cada profissional da equipa tem o seu papel específico, mas agindo de forma integrada e com decisões tomadas em conjunto; discussões de caso);
- Oferece um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até à sua morte (prescrição de sedativos fortes apenas quando não é possível tratar os sintomas de outra forma);
- Oferece um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença (o alvo dos cuidados é o doente e também a sua família; deve existir uma comunicação clara e sincera entre família e equipa; processo de luto sereno);
- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento de vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para uma melhor

compreensão e gestão dos sintomas (plano de cuidados, desde o diagnóstico até à morte).

Como referido anteriormente, a prestação de cuidados paliativos engloba a atuação de vários profissionais, de acordo com as necessidades específicas de cada doente/família, nomeadamente: Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta; Terapeuta Ocupacional; Nutricionista; Assistente Social, Psicólogo, Capelão.

Hospitalização - efeitos psicossociais

Uma situação de hospitalização resulta sempre de uma complicação do estado de saúde de qualquer indivíduo, colocando a pessoa numa situação de fragilidade, física e emocional, que se encontra em situação de dependência, ainda que em alguns casos temporariamente, e que poderá necessitar da ajuda de outras pessoas para a realização das atividades de vida diárias, a nível da higiene, locomoção, eliminação.

Esta situação de fragilidade é agravada quando se trata de pessoas idosas que, sem o devido acompanhamento e explicação da situação que motiva o internamento, estão sujeitas a situações de ansiedade e medo, resultante de qualquer situação nova ou desconhecida, as sequelas, a perda de autonomia, o tempo que demora a regressar à sua casa.

Perante esta fragilidade, o Enfermeiro assume um papel importante ao estabelecer um relacionamento adequado e construtivo com o utente/família, colegas e outros elementos da equipa, de forma a perceber sinais não verbais por parte do doente que revelem desconforto e angústia pela situação de dependência, dúvidas que não são verbalizadas por vergonha ou receio da resposta, situações que podem resultar em transtornos a nível da saúde mental, tal como a depressão.

No desenvolvimento da sua atividade profissional, o Enfermeiro deve estar preparado emocionalmente para não se envolver demasiado com o sofrimento do doente, mas o distanciamento afetivo e emocional e a prestação de cuidados de forma mecanizada podem resultar em negligência nos cuidados, perda de qualidade dos serviços prestados e agravamento da situação emocional do doente.

Ao longo da formação os formandos deverão perceber a importância do acompanhamento da pessoa idosa, desde que é dado o alerta de emergência até ao acompanhamento na hospitalização, respeitando as regras do estabelecimento de saúde e no período pós-alta.

Uma situação de hospitalização leva, na grande maioria das vezes, a que tenhamos que dividir o nosso espaço privado com outras pessoas, em quartos com várias camas. A mudança, ainda que temporária, de rotinas, da existência de ruídos constantes, da necessidade de exposição a pessoas estranhas, nomeadamente aos profissionais de saúde para a realização de exames ou apoio na higiene, levam a situações de stress no doente.

Situações que podem resultar na perturbação do sono. A privação do sono pode resultar em falhas de concentração, cansaço, maior sensibilidade à dor, irritabilidade e alucinações.

Autonomia da pessoa idosa

5.1 Minimizar os efeitos das hospitalizações na vida da pessoa idosa

As **atividades de vida diária** fazem parte dos nossos hábitos quotidianos. São atividades de autocuidado que necessitam ser realizadas para a satisfação das necessidades de cuidados pessoais diários.

Estas atividades visam a autonomia do indivíduo na satisfação das suas necessidades básicas fundamentais. A forma como cada pessoa realiza estas atividades depende de vários fatores, entre os quais o grau de autonomia e a sua etapa de vida (faixa etária).

Durante a hospitalização a pessoa idosa vê-se desenquadrada do seu espaço físico habitual e das suas rotinas, pelo que é necessário que os profissionais do estabelecimento hospitalar criem empatia com o doente, no sentido de lhe transmitir tranquilidade. A necessidade de ter uma dieta diferente da habitual, que realiza na residência, pode levar à diminuição do apetite.

Contudo, mais uma vez, os profissionais devem insistir para que o doente coma e a família/cuidadores devem demonstrar também essa preocupação. Deve existir o envolvimento da pessoa idosa no seu próprio processo de

hospitalização e recuperação. As informações devem ser dadas aos familiares, mas também, e principalmente, ao doente. Pode pensar-se que o idoso não irá entender o que foi transmitido, mas o facto de ser incluído nas conversas sobre o seu estado de saúde proporciona o aumento da autoestima e o sentimento de ainda ser válido.

A **família da pessoa idosa** é a rede informal de apoio pode ser constituída pela família, vizinhos, amigos, pessoas com quem a pessoa se sente bem e a manutenção dessas relações favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos.

Ao longo da vida a pessoa idosa depara-se com várias perdas, dos pais, geralmente do cônjuge, de irmãos, amigos. E também a perda de papéis sociais, o patriarca ou matriarca da família deixa de decidir, por vezes deixa de ter o poder de decisão sobre a própria vida. A manutenção de hábitos anteriores à situação de diminuição de autonomia, como ir ao café ou à padaria, por exemplo, ou manifestar a sua opinião sobre assuntos familiares promove a autoestima do idoso e funciona como um fator de proteção da sua saúde mental.

Durante a hospitalização a família desempenha o duplo papel de prestar apoio emocional ao idoso e o de compreender as informações transmitidas pelos enfermeiros e médicos nos ensinamentos, para a preparação da alta.

5.2 O apoio extra-hospitalar

O recurso a outros recursos da sociedade

Com a tendência cada vez mais acentuada do envelhecimento da população, torna-se necessária uma resposta conjunta e eficaz às problemáticas identificadas em relação aos idosos, neste caso em particular aos idosos dependentes. Podem desenvolver respostas sociais as Instituições Particulares de Solidariedade Social e “outras de fins idênticos e de reconhecido interesse público, sociedades e empresários em nome individual que prestam serviços de apoio à comunidade.

Para o desenvolvimento de respostas sociais a entidade tem que requerer licença ou autorização de utilização na Câmara Municipal da área onde se localiza o equipamento” e formalizar no Centro Local da Segurança Social da

área de instalação do equipamento o pedido de licença de funcionamento. Nesse sentido, segundo o Instituto da Segurança Social, I.P., podemos identificar várias respostas sociais a nível formal, direcionadas às pessoas idosas, nomeadamente: Centros de Convívio – desenvolvidos em equipamentos, de apoio com equipamentos sociais onde se desenvolvem atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade; Centros de Dia – desenvolvidos em equipamentos, que prestam um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar; Centros de Noite – desenvolvidos em equipamentos, que têm como finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte e acompanhamento durante a noite.

5.3 A alta médica e continuidade da prestação de cuidados

Dada a importância da manutenção do bem-estar do idoso após a alta, a equipa de gestão de altas do hospital deve assegurar a continuação dos cuidados, uma intervenção realizada durante a hospitalização e em articulação com o doente, familiares e serviços de saúde. Deve ser realizada uma entrevista com o doente e os familiares com o objetivo de elaborar o diagnóstico da condição socioeconómica, habitacional e relacional que envolve o idoso. Durante a formação será transmitido aos formandos conhecimentos para que estejam aptos a analisar uma nota de alta médica e compreender as informações relativas à continuidade da prestação de cuidados no domicílio ou numa resposta social.

Bibliografia

Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2005, v.15.

Rodrigues, A. (2012) O Medo de Envelhecer (e o Papel do Gerontólogo), Escola Superior de Educação João de Deus cit. in <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3567/1/MONOGRAFIAFINAL.pdf>

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda. Spar, J. & La Rue, A. (2005). Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica. Lisboa: Climepsi Editores