Guia do **Cuidador**

NOVARTIS

Guia do **Cuidador**

NOVARTIS

SUMÁRIO

3 INTRODUÇÃO

4 OS 10 SINAIS
5 Havendo perda de memória diagnosticada como doença, o que fazer?

7 INICIALMENTE
7 O que fazer?
8 Apatia e depressão
8 Insegurança e incerteza
8 Atividades profissionais
9 Gerenciamento de finanças

10 MAIS TARDE...
10 Esquecimento
11 Dificuldade de comunicação
13 Dificuldade com a compreensão e a execução
13 Labilidade emocional e irritabilidade
14 Apatia
14 Ansiedade
15 Desorientação espacial
15 Hiperatividade física
16 Sono e repouso
17 Perambulação
19 Dificuldades muito importantes com as atividades de vida diária
20 Banho
20 Asseio
21 Vestuário
22 Delírios de roubo
23 Interação social prejudicada ou perdida
26 Sinais de alerta

27 CUIDADOS COM O CUIDADOR

28 LEITURA RECOMENDADA

INTRODUÇÃO

A queixa de dificuldade de memória nos indivíduos com 60 anos ou mais tem se tornado cada vez mais frequente nos consultórios médicos e em outros serviços de saúde. Entretanto, ela pode ocorrer em qualquer idade, dependendo da causa do problema. A dificuldade pode se apresentar de maneira diversa de pessoa a pessoa, de situação a situação, variar de intensidade e quantidade; ou seja, há necessidade de se explorarem bem as características das dificuldades de memória, de cognição e de comportamento de maneira individualizada. Além disso, é essencial que se correlacione a história de saúde de cada indivíduo com exames laboratoriais e de neuroimagem. Não existe, pelo menos por enquanto, livro, guia ou programa de computador que realize todas essas funções e substitua a interação médico-paciente.

Comumente, porém, alguns sinais e sintomas podem estar associados a diferentes momentos de evolução das doenças e podem seguir um padrão comum. Por isso, o familiar deve estar alerta para mudanças que podem estar ocorrendo com a pessoa.

A proposta deste guia é, primariamente, informar aquilo ocorre de forma mais frequente quando a queixa de dificuldade de memória evolui para outras áreas da cognição. Isso pode afetar o comportamento e comprometer o dia a dia de seus portadores, ou seja, quando há o diagnóstico de doenças afetando o cérebro, como a doença de Alzheimer (DA). Fornecemos ainda algumas sugestões que visam auxiliar as pessoas com quadros demenciais e seus familiares ou cuidadores no manejo diário das diferentes dependências que, gradualmente, instalam-se na progressão desse quadro clínico. A intenção é dar sugestões práticas para saber o que fazer no dia a dia diante das alterações apresentadas, esperando que elas possam contribuir para melhorar a qualidade de vida daqueles que sofrem com esses problemas e de seus cuidadores.

Ressalto que em nenhum momento este guia tem a finalidade de suprir ou substituir a relação médico-paciente-familiar, sendo apenas mais um instrumento de consulta rápida para auxílio daqueles que se confrontam diariamente com situações novas e, por vezes, desgastantes do cuidar dos pacientes com DA.

Dr. Ivan Okamoto

Mestre e doutor em Neurologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).
Coordenador do Departamento Científico de Neurologia da Cognição da Academia Brasileira de Neurologia. Diretor Científico da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz).
Coordenador do Instituto da Memória da UNIFESP.
CRM SP 62.356

O conteúdo original deste Guia foi elaborado sob supervisão da Enfa. Ceres Eloah de Lucena Ferreti (COREN SP 65.303)

OS 10 SINAIS

Objetivamente, a pergunta inicial é:

Você acha que perder memória ou ficar confuso faz parte do envelhecimento normal?

Não, não faz. Porém muitas pessoas ainda acreditam que o esquecimento e/ou a "rabugice" fazem parte do envelhecimento e, por essa razão, deixam de valorizar sinais que podem contribuir para o diagnóstico precoce do problema, retardando, assim, a possibilidade de tratamento.

Então devemos estar alerta a quais sintomas nesta faixa de idade?

Em primeiro lugar, pequenos esquecimentos acontecem com qualquer um de nós e em qualquer fase da vida. Podem ter muitas causas, como depressão, privação de sono, estresse, efeitos colaterais do uso de medicações, entre outras causas. No entanto, é necessário ter atenção a alguns sinais que servem de alerta para a necessidade de avaliação médica imediata.

1. **Perda de memória.**
2. **Dificuldade na execução de tarefas já conhecidas.**
3. **Problemas com a linguagem.**
4. **Desorientação no tempo e no espaço.**
5. **Pobreza ou declínio de julgamento (perda de crítica).**
6. **Problemas com pensamento abstrato.**
7. **Perda de objetos.**
8. **Mudanças no humor e no comportamento.**
9. **Mudanças na personalidade.**
10. **Perda de iniciativa.**

O mais comum é que a perda de memória seja a queixa inicial, porém nem sempre os sinais anteriormente listados ocorrem na sequência em que aqui aparecem.

IMPORTANTE Deve-se considerar que qualquer um dos sintomas listados merece ser investigado por um médico, principalmente se a dificuldade estiver interferindo no trabalho, na vida social ou nas tarefas domésticas.

Havendo perda de memória diagnosticada como doença, o que fazer?

1. Consultar um médico para que sejam esclarecidas todas as dúvidas referentes ao problema, sua evolução etc. É possível que haja pessoas que sugiram administrar vitaminas, ervas medicinais ou outras drogas a seu parente com déficit de memória, garantindo, assim, que a memória retornará. Pense muito bem sobre isso, pois a relação de confiança médico-paciente-familiar é um dos pontos mais importantes para o sucesso de qualquer tratamento. Seu médico certamente já excluiu ou até tratou problemas que podem sugerir que a pessoa tenha alguma doença degenerativa cerebral, como depressão, deficiência de vitamina B12, problemas com a tireoide, uso de drogas que podem ter ação no sistema nervoso, entre outros. Por isso não tome nem dê medicação alguma por conta própria!

2. Quando existe um diagnóstico de demência confirmado, o preparo da pessoa afetada, bem como de sua família para o futuro, pode ser muito positivo. No entanto, cada caso deve ser analisado com cuidado. Falar sobre o diagnóstico inicial com seu portador e considerar que o problema pode ser progressivo possibilitará que ele tome decisões acerca do tratamento, das finanças e das preferências e que escolha quem, no futuro, poderá ser responsável pela tomada de decisões inerentes às suas atividades civis e cotidianas em caso de essas funções serem comprometidas. Isso dependerá de vários fatores, entre os quais o modo como a pessoa pensou a vida e sua própria finitude, o desejo da família e o conhecimento e a sensibilidade do profissional responsável pelo diagnóstico.

3. Auxiliar a pessoa a manter o alto nível de qualidade de vida o maior tempo possível, por meio de treinamento e reabilitação cognitivos, nos quais são trabalhadas algumas funções e comportamentos, de acordo com a dependência apresentada.

4. Procurar orientação de profissionais que compõem a equipe de saúde numa visão de interdisciplinaridade, que é um processo no qual todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta) contribuem agregando informações com vistas a uma evolução mais estável e benigna do problema.

O impacto desse tipo de diagnóstico pode ser mais ou menos negativo para aqueles que se queixam de déficit de memória. Atualmente, podemos contar com a possibilidade dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos ou da união de ambos. Esse processo é conhecido como

terapia combinada (remédio + orientações) e possibilita o controle de inúmeras alterações que surgem com a evolução desse problema, melhorando a qualidade de vida e retardando ou eliminando o surgimento de outros problemas de difícil controle.

IMPORTANTE É preciso enfatizar que, para o sucesso de qualquer terapêutica, a valorização e a adesão, pelo cuidador, às orientações passadas pela equipe de saúde são as principais metas dos profissionais envolvidos no processo.

Consideremos que o médico, após o diagnóstico de DA, tenha uma conversa de esclarecimento com a família, tenha falado sobre algumas possibilidades de tratamento farmacológico, discutindo os medicamentos disponíveis atualmente e informando sobre a possibilidade de fazer que a progressão do problema seja mais lenta, o que possibilitará manter bom nível de interação da pessoa com seu meio. Entre essas medicações específicas para o tratamento de DA que interferem nos déficits cognitivos e, progressivamente, na independência e autonomia das pessoas afetadas, estão os inibidores da colinesterase que, tomados de modo criterioso, podem afetar a memória e também o funcionamento e o comportamento, como já comprovado por resultados de estudos clínicos realizados mundialmente.

Nesse ponto, você, familiar, precisará estar consciente da importância da sua compreensão sobre o remédio, seus efeitos colaterais e, principalmente, suas expectativas em relação a ele.

O remédio precisa ser entendido como um agente que irá melhorar a transmissão de um neurotransmissor chamado acetilcolina no cérebro dos indivíduos que sofrem de DA. Esse neurotransmissor está associado à memória e ao aprendizado, mas tem sua eficácia comprometida nessa doença.

O tratamento com medicações para DA visam estabilizar a progressão da doença ou, ainda, diminuir a velocidade de perda. Portanto, não devemos esperar o retorno de funções que já foram comprometidas, pois as medicações atuais não têm esse mecanismo. É extremamente importante que isso esteja bem claro e que seja discutido com o paciente, com você e o seu médico, pois evita falsas expectativas e maiores frustrações. A diminuição dessa evolução pode ser considerada um ganho, posto que estamos diante de uma doença crônica e progressiva.

Nas farmácias, temos as substâncias que agem dessa maneira: rivastigmina (vias oral e transdérmica), donepezil (via oral) e galantamina (via oral). Outra substância para o tratamento da DA é a memantina (via oral), que age na transmissão de outro neurotransmissor chamado glutamato.

A escolha da medicação é uma prerrogativa única e exclusiva do médico, que irá avaliar diversos fatores no momento da prescrição.

IMPORTANTE O insucesso do tratamento em algumas pessoas pode estar relacionado com a falta de informação e de adesão por parte de alguns familiares. Assim, equipes de saúde necessitam da parceria dos familiares para garantir a administração correta dos medicamentos prescritos, e todas as dificuldades dos familiares deverão ser discutidas com o médico responsável e os membros da equipe de saúde.

O familiar precisa estar ciente de que o tratamento farmacológico deve ser iniciado o mais cedo possível, pois os benefícios de seu uso foram evidentes nos momentos iniciais e intermediários do problema.

Na sequência, discutiremos de maneira prática os sinais e sintomas mais comuns que surgem a partir das primeiras queixas, além de algumas orientações que podem ser úteis no manejo diário do portador desses quadros demenciais.

INICIALMENTE

A DA pode se apresentar de diversas formas no paciente. O início costuma ser pela perda de memória, mas também pode se manifestar em outras áreas da cognição ou em alterações de comportamento.

Esquecimento: os problemas de memória podem iniciar-se sutilmente e a pessoa muitas vezes tende a compensá-los com anotações, lembretes etc. Quanto maior a escolaridade, mais facilmente haverá compensação dessas perdas. Um bom exemplo é o déficit de linguagem, quando alguém com bom recurso linguístico, ao esquecer um sinônimo, facilmente utiliza outro, garantindo, assim, a comunicação.

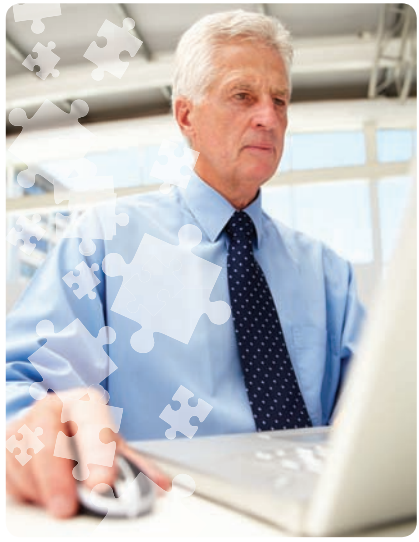
O que fazer?

É possível que a pessoa saiba que "algo errado" está acontecendo com sua memória.

Você deve estimular o diálogo, o uso da agenda diária com anotações de compromissos e observar as dificuldades. Caso ela tenha ciência do diagnóstico, conversar sobre doenças crônicas que podem progredir conforme a adequação de medicações e estímulos recebidos. Como exemplos temos o diabetes *mellitus* e a AIDS, entre outras. Pensando em enfermidades de alta morbidade, que são doenças crônicas com baixo índice de mortalidade, mas que podem trazer dependências importantes para seus portadores, é preciso considerar que todas elas podem evoluir bem ou mal, daí a importância de se utilizarem todos os recursos possíveis e disponíveis atualmente.

Apatia e depressão

A apatia é um comportamento, e a depressão, um distúrbio de humor. A apatia é mais comum em fases intermediárias e moderadas da doença. A depressão pode ter início em todas as fases da doença, podendo variar quanto à duração dos sintomas. Ambas são tratáveis, embora ainda não haja uma medicação específica para a apatia, como o há para a depressão. Do ponto de vista farmacológico, a depressão não apenas é tratável, e sim curável, por isso não deve ser desvalorizada.



Portanto, você deve procurar a avaliação de profissionais que têm essa rotina de atendimento incorporada, pois a experiência deles levará ao diagnóstico e à opção pelo antidepressivo mais adequado.

Insegurança e incerteza

São situações caracterizadas por hesitação em iniciar um projeto ou atividade. Talvez isso se deva à consciência do problema e à percepção de que algo está errado, daí a insegurança.

É fundamental transmitir confiança, estar presente, apoiar, construir junto o que se propõe para o bem cuidar de seu paciente. O estabelecimento de uma relação de confiança entre você e a pessoa será bastante eficiente na melhora da insegurança e da incerteza que ela apresenta.

Evitar comentários sobre a possibilidade de progressão do problema e todas as possíveis limitações impostas por ele deve ser o primeiro passo para transmitir segurança, ou seja, não antecipe situações que poderão ou não ocorrer na evolução da doença.

Atividades profissionais

Para os familiares, dificuldades nesse nível são, muitas vezes, os primeiros sinais de que algo não vai bem. Muitas pessoas chegam a ser demitidas do emprego por não estarem executando suas tarefas corretamente. Orientações nesse sentido variam de acordo com as diferentes competências profissionais, o que, evidentemente, dependerá diretamente da formação da pessoa.

De modo geral, inicialmente, a maior parte das atividades profissionais pode ser mantida, desde que supervisionada. Indivíduos demitidos de seus trabalhos merecem atenção especial, em razão da diminuição da autoestima e do maior risco de depressão.

Buscar uma atividade profissional simples, mesmo que pouco rentável, mas que seja agradável, deve ser uma meta a ser atingida. São exemplos: atividades artesanais, como pintura, escultura, e trabalhos manuais, como tricô, crochê, tear, porcelana e pintura em quadros. Traduções para o português de textos e livros "supostamente encomendados" e contabilidade da empresa doméstica são algumas das atividades que podem ser estimuladas, supervisionadas e que podem trazer grande satisfação e envolvimento.

É preciso encontrar a atividade certa para a pessoa certa, ou seja, a escolha deve ser individualizada, criteriosa e aceita por ela.

Gerenciamento de finanças

Sempre que possível, o diálogo claro sobre os problemas com a memória deverá acontecer para que haja um planejamento consensual na escolha de um membro da família que poderá, no futuro, assumir essas tarefas caso as dificuldades da pessoa aumentem.

O esquecimento progressivo que, em alguns casos, pode marcar a queixa inicial de "problemas com a memória", pode gerar situações difíceis do ponto de vista econômico para quem o apresenta.

O gerenciamento de contas bancárias pode deixar de ser executado de forma eficiente e, em função disso, podem ocorrer grandes saques sem que a pessoa consiga explicar onde e como foi usado o dinheiro retirado de sua conta bancária.

Além disso, indivíduos de má-fé podem se aproveitar desses déficits, tirando proveito da situação. É comum que a pessoa dê muitos presentes, dinheiro em espécie, ou mesmo assine cheques ou procurações que podem cair em mãos de pessoas inescrupulosas.

Orientar-se com um advogado para se informar sobre questões civis e cotidianas, como gerenciamento de contas bancárias, aplicações, imóveis, bens móveis, finanças, pagamento de seguro de saúde, impostos etc., é extremamente importante e útil para todos. Há situações em que será necessária a interdição judicial, prevista em lei para essa doença.

Alguns sinais e sintomas observados inicialmente a essa altura podem ter progredido e outros, iniciado. Quando há progressão da doença, é preciso considerar que, em algum momento, o familiar mais próximo acabará tendo de assumir responsabilidade parcial e/ou total com os cuidados diários.

Nesse ponto, é importante que haja maior atenção na supervisão, pois podem acontecer alterações, como as listadas a seguir. Para todas elas, porém, é possível encontrar, juntamente com o familiar, uma alternativa que possibilite um convívio satisfatório para ambos, a pessoa afetada pelo problema e seu cuidador.

MAIS TARDE...

A DA possui uma evolução individual e particular para cada pessoa.

Esquecimento

O esquecimento é mais importante nesse momento e pode causar maior impacto no dia a dia. Pense que você deve usar estratégias facilitadoras, que estimulem a memória e a independência para execução de atividades que fazem parte da vida, como compromissos, aniversários, pagamento de contas e atividades domésticas mais complexas, como cozinhar, manter a segurança etc.

O uso de agenda de atividades ainda pode ser eficiente, e, de acordo com as dificuldades apresentadas, esses cadernos podem conter o "passo a passo" e a pessoa pode ser guiada por meio de instruções simples ou "dicas" sobre como realizar determinada tarefa.

Isso pode ser bastante funcional, inclusive com receitas de preparação de alimentos ou de outro trabalho artesanal de forma segura e útil.

Será necessário que você ou alguém de sua confiança supervisione essas atividades. Mesmo que você observe que elas não estão sendo finalizadas de forma adequada, deve fazer o reforço positivo, em que são ressaltados os acertos da tarefa executada.

LEMBRE-SE Em momento algum o reforço deve ser feito com palavras ou ações que lembrem condutas tomadas com crianças. A pessoa de quem você está cuidando não é uma criança e não deve ser tratada como tal. Evite, portanto, comentários do tipo "Olha que bonitinho(a)... você conseguiu!". Prefira: "Obrigado(a), ainda bem que você está aqui para me ajudar com isso!".

Buscar ajuda com profissionais que desenvolvam estratégias de enfrentamento e reabilitação cognitiva com técnicas cognitivas e comportamentais pode, juntamente com a correta medicação, possibilitar que a pessoa permaneça por muito mais tempo com estabilização dos problemas, sem progressão acentuada.

Como regra básica, deve-se tentar manter as atividades da pessoa pelo maior período possível, mesmo que o resultado final não seja satisfatório. **A supervisão das funções é muito mais indicada do que a substituição das funções por outra pessoa.**

Dificuldade de comunicação

O fenômeno conhecido por afasia, que se refere às dificuldades com expressão e/ou compreensão da linguagem, pode estar presente em algumas pessoas que apresentam DA.

É uma alteração que pode se manifestar tanto na produção e compreensão da linguagem, quanto na leitura e escrita, e, mais comumente, pode ser causada por lesão estrutural do cérebro acometido pela doença. É aconselhável que, na presença dessa dificuldade, o familiar esteja preparado para ouvir e comunicar-se.

Alguns conselhos úteis

PARA OUVIR

1. **Ser paciente e tolerante, demonstrando que está tentando entender o que a pessoa está dizendo.**
2. **Mostrar interesse pelo que ela está dizendo, mantendo contato visual.**
3. **Oferecer conforto e segurança, encorajando a expressão de seus pensamentos.**
4. **Dar tempo para que ela possa comunicar-se.**
5. **Evitar críticas ou correções de frases mal colocadas.**
6. **Não discutir.**
7. **Oferecer ajuda, se necessário. Se a palavra está errada, mas o cuidador entendeu a mensagem, pensar se há realmente necessidade de correção.**
8. **Objetivar sentimentos por meio das palavras, e não dos fatos.**
9. **Limitar distrações, preferindo ambientes calmos e sem interrupções.**
10. **Estimular a comunicação não verbal (toque carinhoso, gestos).**

PARA SE COMUNICAR COM A PESSOA

1. **Manter-se no campo visual, falando com ela sempre de frente.**
2. **Chamá-la pelo nome, usando tom de voz correto: baixo e delicado e expressão facial amigável.**
3. **Preferir frases curtas e palavras simples.**
4. **Falar de forma lenta e clara.**
5. **Se a pessoa usar aparelho auditivo, estimular seu uso e checar a bateria frequentemente.**
6. **Se houver problemas com a visão, estimular o uso de lentes corretivas (óculos) e manter a prescrição atualizada.**
7. **Oferecer orientações, passo a passo.**
8. **Fazer uma pergunta de cada vez.**
9. **Esperar a resposta pacientemente.**
10. **Repetir informações e perguntas, oferecendo informações simples.**
11. **Transformar perguntas em respostas. Por exemplo: "o banheiro é à direita" em vez de "você quer ir ao banheiro?".**
12. **Se a pessoa estiver procurando por algo, em vez de "está aqui" preferir "aqui está o seu jornal" (ou o que ela estiver procurando).**
13. **Jamais falar sobre a pessoa com alguém como se ela não estivesse presente. Quando a comunicação verbal parece confusa e a compreensão não é eficiente, tentar usar explicações escritas para fazê-la lembrar; e, se ainda assim não conseguir, adiar a conversa.**

Dificuldade com a compreensão e a execução

É preciso estar atento(a) para identificar sinais de dificuldade com a compreensão.

Muitas vezes a pessoa pode deixar de executar uma tarefa por não ter compreendido as instruções para realizá-la. Você deve sempre pensar que pode estar lidando com um problema progressivo e que não há momento certo para o surgimento de uma nova dificuldade cognitiva ou novo comportamento.

Por isso, suas maiores aliadas certamente são a informação e a observação. A partir daí, as intervenções não farmacológicas são importantes para o atendimento das necessidades individuais da pessoa afetada e de sua família.

Labilidade emocional e irritabilidade

São duas situações comuns entre portadores de DA, responsáveis por grandes transtornos no ambiente familiar. A labilidade emocional refere-se a um estado de humor flutuante, quando um indivíduo que está alegre e calmo em um momento pode, no instante seguinte, sem razão aparente, apresentar subitamente uma explosão de irritabilidade ou choro imotivado.

Em primeiro lugar, é preciso estar atento às causas dessas mudanças súbitas, em que o humor "flutua".

Muitas vezes, sem conseguir explicar verbalmente, a pessoa se sente magoada e triste com algo ou alguém em seu próprio ambiente, o que a faz passar do riso ao choro facilmente.

A superestimulação, especialmente para atividades que você gostaria que fossem feitas, pode levar a pessoa à irritação extrema. Assim, é interessante que você se pergunte:

- O que aconteceu antes ou depois do episódio de irritabilidade?
- Como você reagiu ao episódio de labilidade emocional?

Dessa maneira, você encontrará respostas pessoais ou ambientais que ajudarão a manejar essas ocorrências.

Procure saber quais as necessidades de uma pessoa com esse tipo de problema e questione se elas estão sendo atendidas. **Pense que talvez algumas adaptações possam reduzir o comportamento apresentado.**

Em seguida, questione se suas novas adaptações estão ajudando e se você poderia fazer algo diferente.

Pense que a demonstração de afeto é um bom caminho para reduzir a labilidade emocional e que o convívio com a família e os amigos queridos é bastante eficiente.

As atividades físicas e lúdicas também podem ajudar na redução da labilidade de humor e irritabilidade.

Apatia

É um comportamento comum nesses casos e exige que se descartem causas orgânicas que possam explicar a perda de interesse por atividades, amigos etc. Especialmente se a pessoa nunca apresentou esses sinais, a avaliação médica é urgente e necessária, pois o exame clínico, associado à história do início desses sinais e a exames laboratoriais, identifica facilmente a presença ou não de infecções (em geral, do trato urinário ou pulmonar), desidratação, intestino preso há mais de 5 dias, entre outras causas, quando a apatia ou outra alteração de comportamento é o único sinal de que algo não vai bem. Finalmente, a apatia também pode fazer parte da evolução da doença.

Assim, todos os estímulos dirigidos às pessoas apáticas ou deprimidas devem ser realizados, mas com cuidado e critério. Ou seja, a insistência para que a pessoa participe ou realize várias atividades (hiperestimulação) pode acarretar reação inesperada de agressividade e fúria, conhecida como reação catastrófica, que ocorre quando a pessoa apresenta extremos de agressividade física ou verbal, difícil de ser controlada. Dessa maneira, você deve:

- Incentivar atividades agradáveis; manter diálogos carinhosos, que respeitem a competência da pessoa para mantê-los; demonstrar afetividade, mas sem exagero (ou seja, evitar abraçá-la e beijá-la o tempo inteiro). A afetividade deve ser entendida aqui como a capacidade que você tem de fazer a pessoa sentir que é querida e valorizada e, para isso, não há necessidade de "infantilizar" a relação.

- Evitar o isolamento social, estimulando passeios a lugares alegres. Fazer e receber visitas; ir ao cinema e ao teatro; manter as rotinas anteriores ao problema, como almoçar ou jantar fora com amigos ou parentes e fazer pequenas viagens, ou até mesmo tarefas simples como ir a supermercado, *shopping centers* e feiras são alternativas bastante utilizadas e eficientes.

Ansiedade

Nem sempre as rotinas estabelecidas são boas alternativas, e cada caso possui suas particularidades. Pessoas que têm horários e hábitos prévios alterados por cuidadores tendem a mostrar altos níveis de ansiedade, pois continuam buscando as tarefas e atividades que costumavam realizar. Um bom exemplo que ilustra essa afirmação é o de uma pessoa que, ao longo da vida, costumava visitar um parente às terças-feiras à tarde e teve esse hábito modificado por um cuidador para as quintas-feiras pela manhã. A resposta costuma ser negativa, pois a modificação – sem causa

aparente e compreensível – trará maior ansiedade, visto que a pessoa ficará esperando ansiosamente pelo dia da visita.

As rotinas podem ser estabelecidas e ajudam muito aos familiares, porém é preciso não dar a ideia de "imposição", pois, se assim for, as consequências podem ser muito ruins, não apenas em termos de ansiedade, mas também de outras alterações de humor e comportamento, como depressão e agressividade.

Desorientação espacial

Fenômeno bastante comum nas pessoas com DA. Algumas já o apresentam inicialmente, outras, apenas um pouco mais tarde. De qualquer forma, é preciso ter muito cuidado, pois essas pessoas podem se perder em locais familiares e, muitas vezes, desorientarem-se até dentro da própria casa. É preciso, portanto:

- Evitar que saiam sós, mesmo até a padaria ou o mercadinho, pois o risco de se perderem é grande.
- Manter a pessoa sempre identificada. Para isso preferencialmente colocar nome e telefone em pulseira ou no bolso do vestuário ou em etiqueta na parte interna da roupa.
- Dentro de casa, talvez seja interessante sinalizar os ambientes, principalmente banheiros e quartos.
- Evitar situações constrangedoras para o paciente, como risos entre os familiares quando ele se perder dentro de casa. O melhor a fazer é orientar o paciente e levá-lo calmamente ao cômodo desejado e "narrar" o trajeto.

Hiperatividade física

Pode ser causada por vários fatores, entre os quais ansiedade e mudanças na rotina, podendo evoluir para um quadro de agitação e até mesmo de agressividade.

É importante notar que essas pessoas precisam ser observadas quanto às suas reações frente a fatores internos (dor, calor, fome, sede...) e externos (discussões, sons muito altos...). Esses exemplos, se confirmados, podem ser facilmente controlados, bastando que se esteja atento a eles, trabalhando para eliminá-los.

Sono e repouso

Em geral, pessoas idosas precisam de menos horas de sono e, portanto, medidas de higiene do sono devem ser adotadas no sentido de garantir o repouso necessário.

- É interessante, em primeiro lugar, que sejam evitadas bebidas estimulantes do sistema nervoso central, como café preto e chá-mate e chá preto, que devem ser substituídos por café preto descafeinado e chás aromáticos, como camomila, erva-doce, erva-cidreira e maçã.
- Banhos mornos antes de ir para a cama produzem grande relaxamento e tendem a ajudar no processo de indução do sono.
- Banhos de sol na segunda metade da manhã também auxiliam na manutenção adequada do sono e do repouso.
- Levantar entre 7h e 8h e ir para a cama entre 21h e 22h.
- Evitar o sono durante o dia.
- Envolver-se em atividades, se possível orientadas por um(a) terapeuta ocupacional.
- Fazer caminhadas regulares, em terreno plano, após avaliação por cardiologista.

Perambulação

Certamente é um dos problemas mais frequentes e desafiadores. Quando algumas pessoas evoluem da queixa inicial de perda de memória, podem iniciar um comportamento conhecido como perambulação e andam sem parar (alguns, dia e noite), sem razão aparente. Manter a segurança talvez seja o ponto mais importante nesses casos.

Contudo não podemos deixar de considerar que essas pessoas, pelo fato de andarem para lá e para cá, desnutrem-se e desidratam-se facilmente, podendo perder muito peso. Algumas sugestões que podem ajudar nesses casos:

- Retirar tapetes soltos e objetos dos lugares por onde a pessoa passa para evitar quedas.
- Guardar todos os medicamentos e produtos tóxicos que podem ser colocados acidentalmente na boca.
- Manter o ambiente calmo.
- Manter portas fechadas e chaves guardadas em local seguro – pois há o *risco de se perder*!
- Colocar chave tetra ou travas na parte superior da porta.
- Instalar alarme ou campainha que dispara caso a pessoa tente sair.
- Alertar amigos, comerciantes e vizinhos sobre o problema, caso ela saia e se perca.
- Usar pulseira identificada com nome e telefone da pessoa, para o caso de ela se perder.

- Manter o ambiente livre e seguro para a caminhada, lembrando que o ambiente deve ser adaptado à pessoa, e não o contrário.

- Pensar no aumento de calorias na dieta em função do desgaste físico da caminhada. No entanto, é melhor procurar a orientação de um(a) nutricionista para avaliação das necessidades individuais, não apenas de calorias, mas de outros nutrientes importantes.

- Fazer preparações nutritivas que possam ser colocadas na mão da pessoa que perambula, pois, em geral, elas se recusam a sentar à mesa nos horários das refeições. Exemplos: bolinhos de carne com espinafre e arroz, batata com queijo etc.

- Manter medidas de higiene do sono, citadas anteriormente.

- Oferecer líquidos em quantidade suficiente (mais ou menos 1,5 l-2 l/dia), em pequenas quantidades de cada vez, até as 17h. Após esse horário, líquidos apenas para administração de medicações. Usar copos fechados, com tampa e canudinhos, se necessário.

Dificuldades muito importantes com as atividades da vida diária

Quando a doença progride, surgem também dificuldades com as atividades da vida diária (AVDs). Por isso, muitas responsabilidades são assumidas pelo cuidador, como a supervisão de todas as atividades executadas pela pessoa afetada. Isso ocorre em virtude da gradual perda de crítica, julgamento e planejamento, o que, via de regra, incapacita o indivíduo para a tomada de decisões.

Nesse momento, é interessante que você resgate conversas prévias que teve com a pessoa referentes ao planejamento do futuro e converse também com os demais familiares a fim de, juntos, decidirem quem gerenciará finanças, tratamento médico, compras, pagamentos etc.

IMPORTANTE Idealmente, deve-se pensar na divisão de tarefas para que todos os membros da família possam participar de todas as decisões de modo consensual e amenizar o trabalho e a sobrecarga que o cuidar do paciente ocasiona.

Banho

É possível que a pessoa recuse o banho, dizendo que "já tomou" ou simplesmente que não quer e não vai tomá-lo.

Embora esta seja uma das tarefas que mais desgasta o responsável pelos cuidados, é importante que ele saiba que a pele merece cuidados especiais, principalmente a partir da terceira idade (60 anos ou mais), em que há perda de elementos que a protegem (como o colágeno e a elastina), deixando-a mais ressecada e exposta a lesões. Assim, é fundamental que o cuidador tente encontrar uma maneira adequada de conduzir a pessoa ao banho diário de chuveiro.

A criação de uma rotina sistematizada pode ser muito útil nesse momento, porém é preciso que os hábitos anteriores da pessoa possam, na medida do possível, ser respeitados.

Por exemplo, o banho pode ser feito pela manhã ou à tarde e, é claro, que o bom-senso deve prevalecer. O banho deverá ser estimulado/orientado/auxiliado ou feito sempre que se fizer necessário, especialmente se a pessoa apresentar incontinência (perda involuntária) urinária e/ou fecal.

- Deve-se preparar o banho antes de encaminhar a pessoa ao banheiro, sem esquecer-se de verificar a temperatura da água, para evitar queimaduras.

- Deixar no banheiro apenas objetos ou produtos de higiene pessoal necessários ao banho, como xampus, sabonetes, cremes hidratantes, creme de barbear etc.

- O estímulo ao banho para a pessoa resistente deve ser feito com carinho e firmeza. Por exemplo: "Seu banho está pronto, vamos" ou "após o banho, vamos visitar... ou passear... ou caminhar...". A atividade proposta deve ser do agrado do paciente e sempre cumprida.

- Durante o banho, observar as condições da pele e mantê-la bem seca e hidratada.

- Fazer que a pessoa se sinta segura e, para isso, instalar barras de segurança na parede, no interior do boxe, para apoio. Colocar, ainda, tapete antiderrapante para prevenir quedas.

Asseio

Da mesma maneira que a recusa ao banho, pode haver recusa ao asseio – lavagem das mãos antes e após as refeições e uso do banheiro; escovação de dentes ou próteses dentárias; barbear-se; uso do papel higiênico ou até mesmo uso correto do vaso sanitário.

Isso pode ocorrer simplesmente em virtude de a pessoa esquecer como se faz e, portanto, tornar-se incapaz de realizar seu asseio pessoal satisfatoriamente e com independência.

Você deve estar atento(a) para o surgimento dessas dificuldades, pois nesse ponto de evolução do problema algumas medidas precisarão ser tomadas.

- Em primeiro lugar, providencie para que a porta do banheiro possa ser aberta e fechada por dentro e por fora. Isso evitará que a pessoa se tranque e que você não consiga entrar, caso seja necessário, para auxiliar no asseio ou para socorrê-la caso haja algum problema.

- É preciso estar consciente de que, a essa altura, a qualquer momento você precisará auxiliá-la, ou mesmo executar a tarefa, caso perceba que ela não está sendo capaz.

ATENÇÃO! Jamais faça pela pessoa qualquer atividade para a qual ela ainda é capaz. Faça junto com ela, e não por ela, pois isso rouba a independência que ela ainda possui!

Preste atenção em **5 palavras-chaves** para qualquer atividade com pessoas que apresentam algum grau de dependência funcional: **estímulo**, **orientação**, **supervisão**, **auxílio** (se necessário) e **execução** total da tarefa apenas quando, ou se, as pessoas não forem mais capazes.

Vestuário

A pessoa pode se recusar a mudar de roupa e, nesse caso, é preciso pensar em algumas alternativas que possam ser eficientes, garantindo a boa aparência e a higiene pessoal.

- Tentar oferecer três mudas de roupa, já escolhidas previamente por você, combinando cores e adaptadas às condições climáticas, para possibilitar a escolha independente.

- Respeitar preferências prévias. Por exemplo, senhoras que nunca usaram calças compridas não devem, agora, ser obrigadas a usá-las. Seus hábitos anteriores devem ser mantidos e respeitados.

- Preferir tecidos de algodão, evitando fibras sintéticas, pois estas impedem a transpiração e favorecem alergias.

- Pelas mesmas razões, preferir peças íntimas de algodão, evitando tecidos sintéticos e rendas.

- Evitar meias que apertem a perna, pois podem provocar inchaço.

- Evitar vestuário com muitos botões, presilhas, fivelas. Preferir peças com velcro. Caso a pessoa tenha muita dificuldade com o fechamento e a abertura da blusa/camisa, pedir que uma costureira reforme a peça, abrindo-a no meio das costas e colocando velcro nessa abertura. Dessa forma, os botões da parte da frente poderão estar sempre fechados e a peça será colocada ou retirada facilmente.

Delírios de roubo

São os mais comuns, embora existam outros que também causam muitas perturbações aos pacientes e profundo desgaste para seus cuidadores. São crenças fortes, embora não verdadeiras e não compartilhadas por outras pessoas, mas dificilmente modificáveis.

Uma pessoa pode ter mais de um tipo de delírio, como de perseguição, de ciúme, de infestação e de falso reconhecimento, entre outros.

Podem ser situações muito difíceis de serem manejadas. Sem a informação adequada do que está ocorrendo com a pessoa, podem gerar em você reações ásperas.

Por exemplo: um cuidador que não tem informações sobre o que significa delírio de roubo em uma pessoa que está apresentando o problema pode, facilmente, sentir-se ofendido quando for acusado por ela. Em geral, os cuidadores dizem o seguinte: "Não acredito que isso seja devido aos problemas com a memória, ele(a) falou claramente e com muita convicção que eu o(a) havia roubado".

O QUE FAZER?

- Nunca discutir com a pessoa, evitando assim os confrontos verbais, muito perigosos para ambos.
- Propor a ela auxílio para encontrar o objeto tido como "roubado", lembrando que na maior parte das vezes ela é que guardou o objeto e esqueceu onde o colocou.
- Buscar informação e auxílio médico para entender e pôr em prática estratégias para lidar com os delírios, inclusive com medicações.
- Lembrar que a pessoa tem problemas progressivos com a memória e que eles podem causar alterações de humor e comportamento, como os delírios de que está sendo roubada ou de que alguém da família tem intenção de prejudicá-la.

Interação social prejudicada ou perdida

A evolução da DA significa, na maioria dos casos, um problema crônico e progressivo, comprometendo várias funções cognitivas, além da diminuição da capacidade funcional, e apresentando também alterações de humor e de comportamento.

Embora tudo isso implique grandes perdas para a pessoa afetada, não é um problema que exija hospitalização, repouso no leito, nem toda uma parafernália de recursos biotecnológicos para a prática de cuidados intensivos, como drenos, cateteres, tubos, sondas etc. Nesse sentido, podemos ver essas alterações como parte de um problema crônico qualquer, que, se bem controlado, pode possibilitar convívio satisfatório e qualidade de vida para pacientes e cuidadores.

A VIDA PRECISA SER LEVADA DA FORMA MAIS NORMAL POSSÍVEL, DEVENDO-SE:

- Evitar o isolamento social.
- Participar de reuniões familiares, festivas.
- Fazer e receber visitas.
- Estimular o diálogo franco e aberto.
- Sempre que possível, interagir com crianças e animais domésticos.
- Buscar atividades em grupo: jogos, artesanato, pintura etc.

Nesse nível de comprometimento, é importante que sejam estabelecidas algumas rotinas diárias, as quais facilitarão o trabalho de quem cuida e a qualidade de vida de quem é cuidado.

Assim, resumidamente, organize:

ATIVIDADES MATUTINAS

- Higiene oral, banho, vestuário.
- Café da manhã.
- Conversas com amigos, parente.
- Leitura e discussão de jornais, livros, revistas, álbuns de fotos de família (reminiscência).
- Pequeno descanso ou caminhada; banho de sol.
- Alguma atividade.
- Caminhar ou participar ativamente de algum jogo.

ATIVIDADES VESPERTINAS

- Preparar o almoço, almoçar e lavar os pratos.
- Ouvir música, jogar um quebra-cabeça, ler ou ver TV.
- Fazer jardinagem, caminhar ou visitar amigos.
- Fazer um pequeno lanche.

ATIVIDADES NOTURNAS

- Preparar o jantar, jantar e limpar a cozinha.
- Dialogar sobre fatos passados.
- Jogar cartas, ver um filme ou fazer uma massagem.
- Tomar um banho morno, ir para a cama, ler um livro ou revista.

Todas essas sugestões deverão ser avaliadas e sugeridas às pessoas que apresentam esse tipo de problema, respeitando-se hábitos prévios e habilidade atual. Lembrar sempre que todas as atividades devem ser supervisionadas.

Sinais de alerta

Finalizando este pequeno manual, é importante que você saiba que grande parte das alterações de humor e comportamento pode estar associada a doenças sistêmicas que podem ser prevenidas. A febre costuma ser um dos últimos sinais, em indivíduos idosos, de que algo não vai bem, e mudanças súbitas de comportamento podem sinalizar a presença de infecções respiratórias, urinárias, desidratação, fecaloma (que significa fezes em consistência de pedra na ampola retal), que é um fenômeno bastante comum entre pessoas com déficits cognitivos. Para prevenir essas intercorrências você deve:

1. **Não permitir que a pessoa seja alimentada ou tome líquidos quando estiver deitada.**
2. **Evitar que ela seja levada ao leito logo após as refeições.**
3. **Agasalhá-la de acordo com as condições climáticas.**
4. **Dar líquidos em quantidade suficiente.**
5. **Observar as características da urina e, se apresentar odor fétido, for escura, em pouca quantidade ou se a pessoa subitamente começar a perder urina na roupa, procurar um médico imediatamente.**
6. **Observar o hábito intestinal e não permitir que ela fique sem evacuar por mais de 3 dias.**
7. **Fazer controle de pressão arterial, semanalmente ou de acordo com orientações recebidas.**

Por fim, lembre-se: problemas com a memória e outros déficits cognitivos unicamente não levam ao óbito, mas, sim, a complicações que podem surgir em consequência de ocorrências, como as anteriormente citadas, passíveis de serem tratadas e, principalmente, **prevenidas**.

NOVARTIS

CUIDADOS COM O CUIDADOR

Inversão de papéis

O impacto emocional pelo qual você passa certamente independe da história de vida construída ao lado do seu familiar doente. Seja ela positiva ou negativa, trará para você um número sem fim de emoções e sentimentos contraditórios que você precisará entender e aceitar: a inversão de papéis, quando de protegidos passamos a protetores, a sensação de perda, vivenciada pela busca da subjetividade dos sentimentos de alguém que já não consegue demonstrá-los e que parece ter nos deixado sós e carentes de compreensão e amor, embora tenhamos sua presença física.

Sem dúvida alguma, o impacto psicológico pode ter enormes proporções e a isso devemos atentar cuidadosamente.

Respeite seus limites e se permita admitir que você está fazendo seu melhor. Busque ajuda, cuide-se, arranje tempo para você, sua família, cônjuge, namorado(a), amigos.

Tenha certeza de que, se você não se cuidar, dificilmente estará apto(a) a assumir os cuidados com seu parente que está doente.

Liberte-se de sentimentos de culpa e frustração. Apenas garanta que seu parente está sendo bem tratado utilizando-se de todas as alternativas de tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, disponíveis atualmente.

Cuidar de alguém com DA implica grande impasse psicológico, especialmente quando esse problema é progressivo e se tem ciência das inúmeras responsabilidades que, a partir de algum momento, terão que ser assumidas por aquele(a) que será responsável pelos cuidados. Inúmeros são os sentimentos que podem emergir a partir daí.

São sentimentos de impotência, negação, revolta, culpa, frustração, perda e muitos outros que, certamente, obrigam à reflexão. Contudo, e este talvez seja um ganho final inenarrável para o cuidador, é preciso pensar que, quando temos necessidade de avaliar nossos próprios sentimentos e valores para uma tomada de decisão, recebemos também a oportunidade de crescimento.

Leitura recomendada

Ávilla R. Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. Rev Bras Psiquiatr. 2006;28(4):316-20.

Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, Avilla R, Zukauskas PR, Bustamante SEZ et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. Arq Neuro-Psiquiatr. 2002; 60(1).

Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc. 2003;51(5):657-64.

Brodaty H. Are carrier interventions effective? Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association. 2006; 2(3-Suppl 1):S28-S2-04-01.

Caramelli P, Bottino C MC. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD) J Bras Psiquiatr. 2007;56(2):83-87.

Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponibleen: http://www.updatesoftware.com (Traduzida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4.Chichester, UK:John Wiley & Sons, Ltd.).

Doody RS. Stevens JC, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther LMSW, Mohs RC, Thal LJ et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence – based review) Report of Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2001;56:1154-1166.

Ferretti CEL, Bertoluci PHF. A enfermagem no contexto das demências: um modelo assistencial. Alzheimer Hoje. 2002;3:3-15.

Ferretti CEL, Bertolucci PHF, Minett TSC. Identificação de fatores de risco envolvidos com o processo de institucionalização do portador de demência. Revista Ciências da Saúde, 2004; 23(1/2):5-93.

Ferretti CEL. Intervenções de enfermagem nas doenças neurodegenerativas cerebrais. In: KoizumeM S, Diccini S. Enfermagem em neurociência – Fundamentos para a prática clínica. São Paulo: Editora Atheneu, , 2006. cap. 24.

Ferretti CEL, Bertolucci PHF, Minett TSC. Behavior disorders and subjective burden among caregivers of demented patients. Dementia & Neuropsychologia. 2007; 1(2):190-195.

Esta é uma publicação

Direção executiva e comercial: Silvio Araujo | André Araujo
Coordenação editorial: Natalie Gerhardt | Roberta Monteiro | Christine Dieguez
Contatos: acfarmaceutica@grupogen.com.br | www.acfarmaceutica.com.br
São Paulo – (11) 5641-1870 | **Rio de Janeiro** – (21) 3543-0770

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na internet e outros), sem permissão expressa da editora.

Todo o desenvolvimento, fotos e imagens utilizadas nesta publicação são de responsabilidade dos seus autores, não refletindo necessariamente a posição da editora nem do laboratório, que apenas patrocina sua distribuição à classe médica.

Esta publicação contém publicidade de medicamentos sujeitos a prescrição, sendo destinada exclusivamente a profissionais habilitados a prescrever, nos termos da Resolução RDC Anvisa nº 96/08.

2012 © AC Farmacêutica® LTDA. Todos os direitos reservados.

6274129 - EP GUIA DO CUIDADOR 80 1211BR

NOVARTIS

Novartis Biociências S.A.
Setor Farma - Av. Prof. Vicente Rao, 90
São Paulo, SP - CEP 04706-900
www.novartis.com.br
www.portal.novartis.com.br

SIC - Serviço de Informação ao Cliente
0800 888 3003
sic.novartis@novartis.com

"Material destinado exclusivamente a pacientes que receberam prescrição do medicamento".
"Material produzido em fevereiro/2012. Acesse: www.portalnovartis.com.br"

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR

Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Brasília - DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 30.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica Saúde do Idoso
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Sede, 6.º andar, Sala 610
CEP: 70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 3315-2859
Fax: (61) 3315-3403
Home page: http://www.saude.gov.br

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício Sede, 7.º andar, Sala 725
CEP: 70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 3315-2303
Fax: (61) 3315-2862
Home page: http://www.saude.gov.br/sgtes

Supervisão geral:
Luis Fernando Rolim Sampaio
Adson Roberto França Santos

Coordenação Geral:
Antonio Dercy Silveira Filho – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS
José Luiz Telles – Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS

Elaboração:
Ana Cristina Fonseca - Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS
Edenice Reis da Silveira – DAB/SAS/MS

Colaboração:
Ana Paula Abreu- Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS
Catarina Schubert -Área Técnica de Saúde da Criança/DAPES/SAS/MS
Cláudia Araújo de Lima – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS
Cristiane Santos Rocha – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS
Daisy Maria Coelho de Mendonça - DAB/SAS/MS
Daphne Rattner – Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS
Débora Benchimol Ferreira - Consultora Técnica/MS
Deurides Navega Cruz - DAB/SAS/MS
Dillian Adelaine Da Silva Goulart – CGPAN/DAB/SAS/MS
Geisa Maria Grijo Farani de Almeida – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Qualidade de Produtos Farmacêuticos/DAF/SCTIE/MS
Glória Maria Barbosa Brandão - Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark Rio de Janeiro
Janaina Rodrigues Cardoso – Área Técnica de Saúde Bucal/DAB/SAS/MS
Lucinda da Costa Reis Neves - Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES/SAS/MS
Maria Amalia Vidal – Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre - RS
Maria Auxiliadora Zanily – Prefeitura de Campinas
Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva – Consultora Técnica/MS
Maria do Carmo Gomes Kell – Consultora Técnica/MS
Moacir Araújo da Silva – Consultor Técnico/MS
Odilia Brígido de Sousa – Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS
Raquel de Souza Ramos - Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark - Rio de Janeiro
Sheila Miranda da Silva - Área Técnica de Saúde da Pessoa com deficiência/DAPES/SAS/MS
Sheylla Maria de Moura Rodrigues – Núcleo Técnico da Política de Humanização/SAS/MS
Tania Cristina Walzberg - DAB/SAS/MS
Vaneide Marcon Cachoeira - DAB/SAS/MS

Revisor Técnico:
Brasileira Cordeiro Lopes

Criação e editoração eletrônica:
Dino Vinícius Ferreira de Araújo
Julieta Andréa Esmeraldo Carneiro

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
64 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1472-3

1. Educação em Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Atenção à Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0125

Títulos para indexação:
Em inglês: Caretaker's Practical Guide
Em espanhol: Guia Práctico del Cuidador

Sumário

Apresentação 5
1 O cuidado 7
2 O autocuidado 7
3 Quem é o cuidador 8
4 O cuidador e a pessoa cuidada 9
5 O cuidador e a equipe de saúde 10
6 O cuidador e a família 10
7 Cuidando do cuidador 11
7.1 Dicas de exercícios para o cuidador 12
7.2 Avaliação do estilo de vida - Pentáculo 14
8 Grupos de cuidadores 16
9 Serviços disponíveis e direitos do cuidador e da pessoa cuidada 17
9.1 Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) 18
9.2 Benefícios previdenciários 19
9.3 Legislação importante 20
9.4 Órgãos de direitos 20
9.5 Rede de apoio social 20
9.6 Telefones úteis 20
9.7 Recomendações de endereços eletrônicos 20
10 Cuidados no domicílio para pessoas acamadas ou com limitações físicas 21
10.1 Higiene 21
10.1.1 Como proceder no banho de chuveiro com auxílio do cuidador . 21
10.1.2 Como proceder no banho na cama 22
10.2 Assaduras 23
10.3 Cuidados com a boca 23
10.3.1 Doenças da boca 24
10.3.1.1 Cárie dental 24
10.3.1.2 Sangramento das gengivas 25
10.3.1.3 Feridas na boca 25
11 Alimentação saudável 25
11.1 Os dez passos para uma alimentação saudável 26
11.2 Outras recomendações gerais para a alimentação 27
12 Orientação alimentar para aliviar sintomas 29
12.1 Náuseas e vômitos 29
12.2 Dificuldade para engolir (disfagia) 29
12.3 Intestino preso (constipação intestinal) 29
12.4 Gases (Flatulência) 30
13 Alimentação por sonda (dieta enteral) 30
14 Acomodando a pessoa cuidada na cama 32
14.1 Deitada de costas 32
14.2 Deitada de lado 33
14.3 Deitada de bruços 33
15 Mudança de posição do corpo 34
15.1 Mudança da cama para a cadeira 34
15.2 Quando o cuidador necessita de um ajudante para a passagem da cama para a cadeira 35

15.3 Ajudando a pessoa cuidada a caminhar 35
16 Exercícios 36
16.1 Exercícios respiratórios 39
17 Adaptações ambientais 40
18 Estimulando o corpo e os sentidos 41
19 Vestuário 42
20 Como ajudar na comunicação 43
20.1 Alterações que podem ser encontradas na comunicação 44
21 Dificuldade na memória: como enfrentá-la? 45
22 Proteção à pessoa cuidada 45
23 Úlcera de pressão/Escaras/Feridas 46
23.1 Como prevenir as escaras 46
23.2 Tratamento das escaras 48
24 Sonda vesical de demora (sonda para urinar) 48
25 Uripen (sonda para urinar tipo camisinha) 49
25.1 Cuidados no uso de uripen 50
26 Auxiliando o intestino a funcionar 50
27 Ostomia 51
27.1 Cuidados com gastrostomia 51
27.2 Cuidados com ileostomia, colostomia e urostomia 51
27.2.1 Cuidados com a bolsa 52
27.2.2 Quando trocar a bolsa 52
27.2.3 Cuidados no banho 53
27.2.4 Esvaziamento da bolsa 53
28 Problemas com o sono 53
29 Demência 54
30 Cuidados com a medicação 55
31 Emergência no domicílio 56
31.1 Engasgo 56
31.2 Queda 57
31.3 Convulsão 57
31.4 Vômitos 57
31.5 Diarréia 57
31.6 Desidratação 58
31.7 Hipoglicemia 58
31.8 Desmaio 59
31.9 Sangramentos 59
31.10 Confusão mental 59
32 Maus Tratos 60
32.1 O que o cuidador pode fazer diante de situações de maus tratos 60
32.2 Denúncia em caso de maus tratos 61
33 Reconhecendo o fim 61
34 Como proceder no caso de óbito 62
Referências 63

Apresentação

Nos últimos anos, em conseqüência de diversos fatores, como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, as pessoas têm vivido mais tempo. Os avanços na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade.

Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares tem sido mais freqüente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares.

Respondendo a essa demanda, este Guia Prático se destina a orientar cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais. Tem o objetivo de esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado no domicilio; ajudar o cuidador e a pessoa cuidada; estimular o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados, e promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, ressaltando que apesar de todas as orientações aqui contidas, é indispensável a orientação do profissional de saúde.

A elaboração deste guia tomou como referência principal o Manual de Cuidadores Domiciliares na Terceira Idade – Guia Prático para Cuidadores Informais – 2003, da Prefeitura de Campinas – SP. Além disso, incorporou informações da Política de Assistência Social fornecidas pela Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

1 O cuidado

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado.

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

2 O Autocuidado

"Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência". (BOFF, 1999)

Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana.

A pessoa acamada ou com limitações, mesmo necessitando da ajuda do cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo.

O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida.

O segundo capítulo desse guia prático oferece algumas dicas de como o cuidador pode se autocuidar.

3 Quem é o cuidador

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que "cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida". É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem.

Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios.

A seguir, algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

4 O cuidador e a pessoa cuidada

O ato de cuidar é complexo. O cuidador e a pessoa a ser cuidada podem apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez. Esses sentimentos podem aparecer juntos na mesma pessoa, o que é bastante normal nessa situação. Por isso precisam ser compreendidos, pois fazem parte da relação do cuidador com a pessoa cuidada. É importante que o cuidador perceba as reações e os sentimentos que afloram, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível.

O cuidador deve compreender que a pessoa cuidada tem reações e comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado, como quando o cuidador vai alimentar a pessoa e essa se nega a comer ou não quer tomar banho. É importante que o cuidador reconheça as dificuldades em prestar o cuidado quando a pessoa cuidada não se disponibiliza para o cuidado e trabalhe seus sentimentos de frustação sem culpar-se.

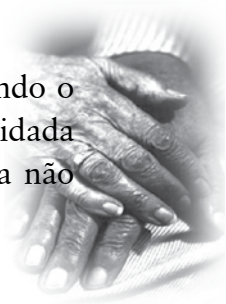
O estresse pessoal e emocional do cuidador imediato é enorme. Esse cuidador necessita manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los, como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

É importante que o cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos de modo a garantir uma certa independência tanto a quem cuida como para quem é cuidado. Por isso, o cuidador e a família devem reconhecer quais as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais as decisões que ela pode tomar sem prejudicar os cuidados. Incentive-a a cuidar de si e de suas coisas. Negociar é a chave para se ter uma relação de qualidade entre o cuidador, a pessoa cuidada e sua família.

O "não", "não quero" ou "não posso", pode indicar várias coisas, como por exemplo: não quero ou não gosto de como isso é feito, ou agora não quero, vamos deixar para depois? O cuidador precisa ir aprendendo a entender o que essas respostas significam e quando se sentir impotente ou desanimado, diante de uma resposta negativa, é bom conversar com a pessoa, com a família, com a equipe de saúde. Também é importante conversar com outros cuidadores para trocar experiências e buscar alternativas para resolver essas questões. Procure se informar sobre grupos de cuidadores, mais detalhes consultar página 16.(capítulo 8)

É importante tratar a pessoa a ser cuidada de acordo com sua idade. Os adultos e idosos não gostam quando os tratam como crianças. Mesmo doente ou com limitações, a pessoa a ser cuidada precisa e tem direito de saber o que está acontecendo ao seu redor e de ser incluída nas conversas. Por isso é importante que a família e o cuidador continuem compartilhando os momentos de suas vidas, demonstrem o quanto a estimam, falem de suas emoções e sobre as atividades que fazem, mas acima de tudo, é muito importante escutar e valorizar o que a pessoa fala. Cada pessoa tem uma história que lhe é particular e intransferível, e que deve ser respeitada e valorizada.

Muitas vezes, a pessoa cuidada parece estar dormindo, mas pode estar ouvindo o que falam a seu redor. Por isso, é fundamental respeitar a dignidade da pessoa cuidada e não discutir em sua presença, fatos relacionados com ela, agindo como se ela não



entendesse, não existisse, ou não estivesse presente. Isso vale tanto para o cuidador e família como para os amigos e profissionais de saúde.

Encoraje o riso. O bom humor é uma boa maneira de contornar confusões e mal entendidos.

5 O cuidador e a equipe de saúde

O cuidador é a pessoa designada pela família para o cuidado do idoso, quando isto for requerido. Esta pessoa, geralmente leiga, assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparada. É importante que a equipe tenha sensibilidade ao lidar com os cuidadores. No livro "Você não está sozinho" produzido pela ABRAz, Nori Graham, Chairman da ADI – Alzheimer Disease International, diz: "uma das maneiras mais importantes de ajudar as pessoa é oferecer informação. As pessoas que possuem informações, estão mais bem preparadas para controlar a situação em que se encontram".

O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc.

As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todos as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar. É bom escrever as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador.

A parceria entre os profissionais e os cuidadores deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalização, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento.

6 O cuidador e a família

A carência das instituições sociais no amparo às pessoas que precisam de cuidados faz com que a responsabilidade máxima recaia sobre a família e, mesmo assim, é geralmente sobre um elemento da família.

A doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, que têm que fazer alterações nas funções ou no papel de cada um dentro da família, tais como: a filha que passa a cuidar da mãe; a esposa que além de todas as tarefas agora cuida do marido acamado; o marido que tem que assumir as

tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, porque a esposa se encontra incapacitada; o irmão que precisa cuidar de outro irmão. Todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos, por isso é importante que a família, o cuidador e a equipe de saúde conversem e planejem as ações do cuidado domiciliar.

Com a finalidade de evitar o estresse, o cansaço e permitir que o cuidador tenha tempo de se autocuidar, é importante que haja a participação de outras pessoas para a realização do cuidado.

A pessoa com limitação física e financeira é a que mais sofre, tendo que depender da ajuda de outras pessoas, em geral familiares, fazendo com que seu poder de decisão fique reduzido, dificultando o desenvolvimento de outros vínculos com o meio social. Para oferecer uma vida mais satisfatória, é necessário o trabalho em conjunto entre o Estado, a comunidade e a família.

A implementação de modalidades alternativas de assistência como hospital-dia, centro de convivência, reabilitação ambulatorial, serviços de enfermagem domiciliar, fornecimento de refeições e auxílio técnico e financeiro para adaptações arquitetônicas, reduziria significativamente a demanda por instituições de longa permanência, as famílias teriam um melhor apoio e a pessoa a ser cuidada seria mantida em casa convivendo com seus familiares, mantendo os laços afetivos.

7 Cuidando do cuidador

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida.

Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar.

A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada.

Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a ajuda da família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, se distrair e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; peça ajuda sempre que algo não estiver bem.
- É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc.

O cuidador pode se exercitar e se distrair de diversas maneiras, como por exemplo:

1. Enquanto assiste TV: movimente os dedos das mãos e dos pés, faça massagem nos pés com ajuda das mãos, rolinhos de madeira, bolinhas de borracha ou com os próprios pés.

2. Sempre que possível, aprenda uma atividade nova ou aprenda mais sobre algum assunto que lhe interessa.
3. Leia, participe de atividades de lazer em seu bairro, faça novos amigos e peça ajuda quando precisar.

7.1 Dicas de exercícios para o cuidador

Exercícios para a coluna cervical (pescoço):

- Flexione a cabeça até encostar o queixo no peito, depois estenda a cabeça para trás como se estivesse olhando o céu.
- Gire a cabeça primeiro para um lado e depois para o outro.
- Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.

Exercícios para os ombros: enchendo os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois fazendo movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.

Exercícios para os braços: gire os braços esticados para frente e para trás, fazendo círculos.

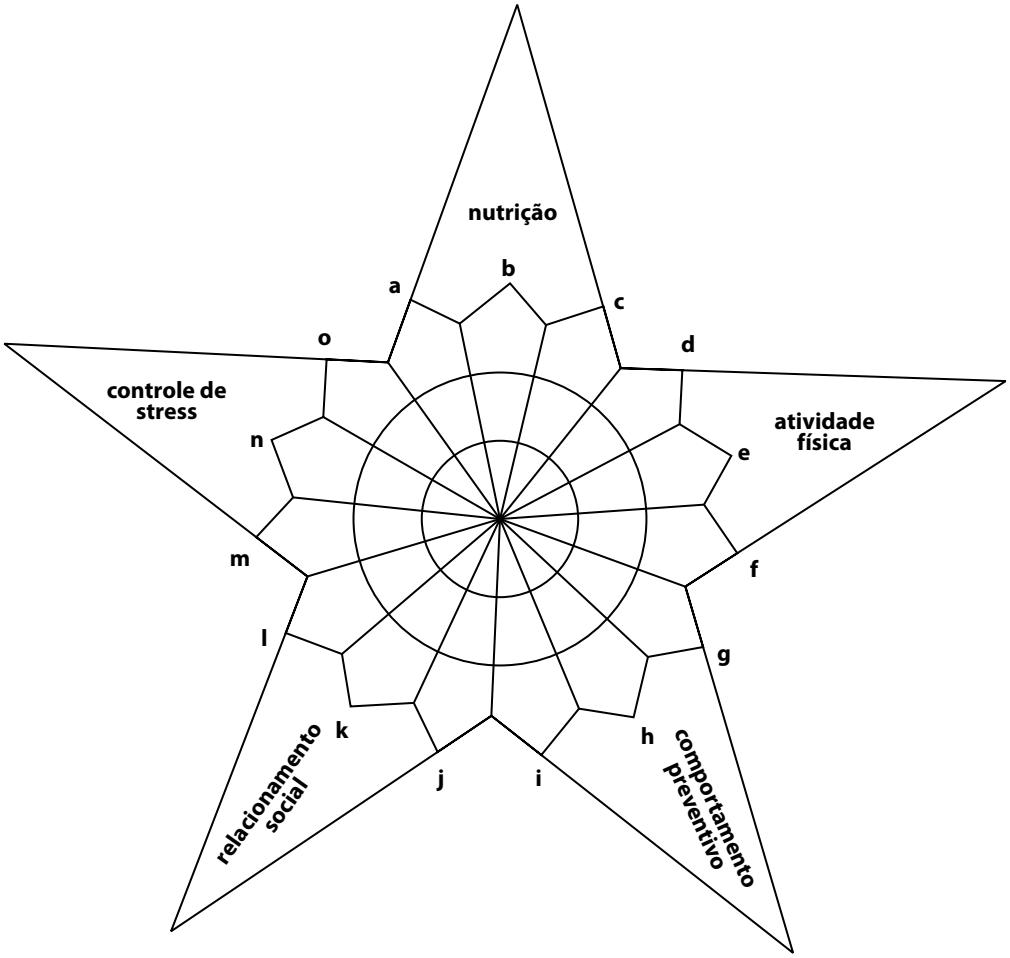
Exercícios para o tronco: em pé, apóie uma das mãos no encosto de uma cadeira ou na própria cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o mesmo movimento com o outro lado.

Exercícios para as pernas: deitado de barriga para cima, apóie os pés na cama com os joelhos dobrados. Mantendo uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e volte para a posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra perna.

Dica: faça atividades físicas, como caminhadas e alongamentos, pois isso ajuda a reduzir o cansaço, tensão e esgotamento físico e mental, além de melhorar a circulação.

7.2 Avaliação do estilo de vida - Pentáculo

O estilo de vida corresponde ao conjunto de ações que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos. Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionados ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:



0 – Absolutamente não faz parte do seu estilo de vida.

1 – Às vezes corresponde ao seu comportamento.

2 – Quase sempre verdadeiro no seu comportamento.

3 – A afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: Nutrição

( ) a) Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras.

( ) b) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.

( ) c) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.

Componente Atividade Física

( ) d) Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias da semana.

( ) e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que evolvam força e alongamento muscular.

( ) f) No seu dia-a-dia você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa escadas ao invés do elevador.

Componente: Comportamento Preventivo

( ) g) Você conhece a Pressão Arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los.

( ) h) Você não fuma e não bebe mais que uma dose por dia.

( ) i) Você respeita as normas de trânsito (pedestre, ciclista ou motorista); se dirigir usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool.

Componente: Relacionamentos

( ) j) Você procura amigos e está satisfeito com seus relacionamentos.

( )k) Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.

( ) l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social.

Componente: Controle do Estresse

( ) m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.

( ) n) Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.

( ) o) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

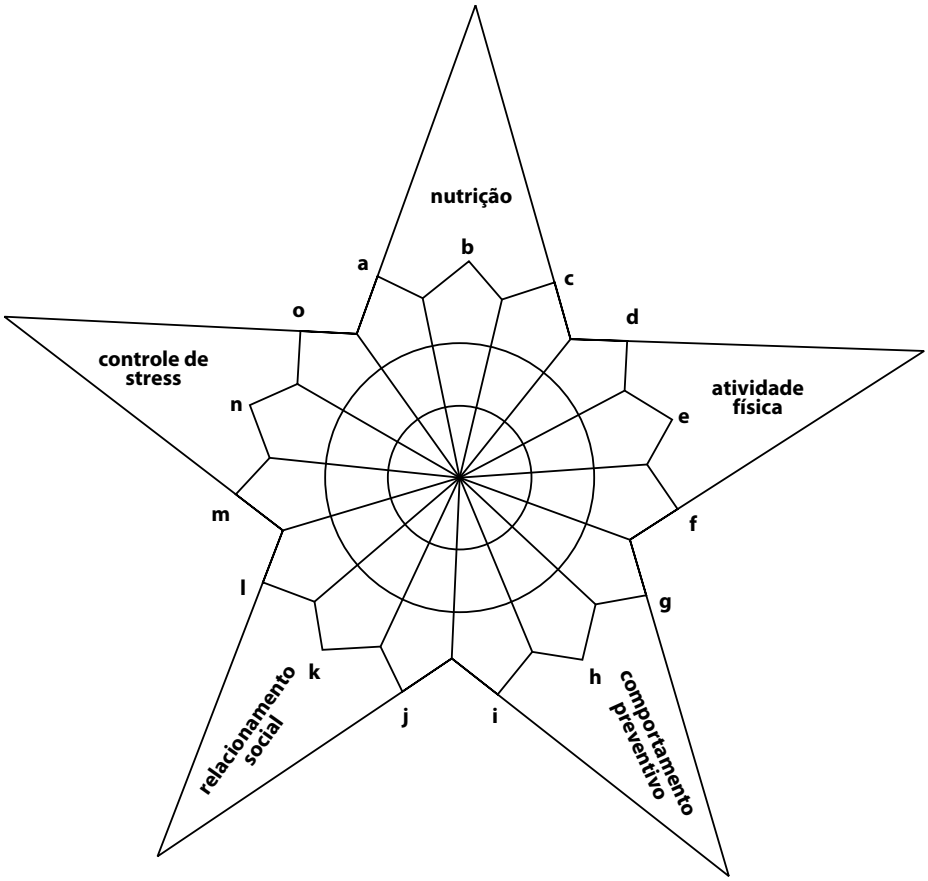
Considerando suas respostas aos 15 itens acima, procure colorir o pentáculo, construindo uma representação visual do seu estilo de vida atual.

Deixe em branco se você marcou zero para o item.

Preencha do centro até o primeiro círculo se marcou 1.

Preencha do centro até o segundo círculo se marcou 2.

Preencha do centro até o terceiro círculo se marcou 3.



Avaliação Data: __/__/___

Preciso melhorar em: _____

8 Grupos de cuidadores

"A partir das semelhanças se gera a esperança e aumento de confiança dos indivíduos em suas próprias capacidades" (ZEUKEFEDD apud KONSEN et al, 2003).

Alguns serviços e ações específicas de atenção às família e aos cuidadores visam oferecer condições adequadas para o cuidado com pessoas dependentes, na perspectiva de preservar o convívio familiar e social, bem como "cuidar de quem cuida". Configuram-se como serviços e ações:

- Capacitação/orientações sobre questões gerais relacionadas ao envelhecimento e específicas sobre cuidados, de acordo com os tipos e graus da dependência, para cuidar melhor e para promover o autocuidado.

- Oferta de serviços de referência e contra-referência objetivando a inserção na rede socioassistencial.

- Atividades e ações que promovam o convívio e o desenvolvimento de atividades visando o socioeducativo; a troca de experiências entre familiares e/ou profissionais cuidadores, o exercício da escuta e da fala, a elaboração de dificuldades e de reconhecimento de potencialidades.

Dentre as atividades, podemos destacar os grupos de cuidadores que são espaços onde, por meio da troca de experiências, os cuidadores conversam, aprendem e ensinam a arte do cuidar. Nesses grupos é possível conversar sobre as boas experiências e também falar sobre as angústias, medos e dificuldades. As pessoas do grupo formam uma rede de apoio, uma vez que todos estão unidos pelo mesmo motivo.

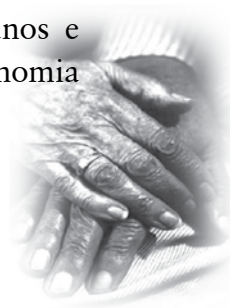
O grupo é aberto a todas as pessoas que estão envolvidas com o ato de cuidar do outro, tais como: cuidadores, familiares e amigos. Compartilhar experiências traz alívio, pois assim o cuidador percebe que não está sozinho, que as dúvidas e dificuldades não são só suas e também que suas experiências podem ser valiosas para outros cuidadores.

A equipe de saúde pode ajudar na organização e formação de grupos de cuidadores. Algumas instituições também têm experiência em organizar esses grupos, como a Pastoral, ABRAz, os Centros de Referência em Saúde da Pessoa Idosa, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), entre outras.

9 Serviços disponíveis e direitos do cuidador e da pessoa cuidada

As atenções da política de assistência social realizam-se por meio de serviços, benefícios, programas e projetos organizados em um sistema descentralizado e participativo (SUAS), destinados a indivíduos e suas famílias, que se encontram em situação de vulnerabilidade ou risco pessoal e/ou social. A proteção social básica prestada pela assistência social visa a prevenção de situações de risco e inclusão social por meio do desenvolvimento de potencialidades e de habilidades e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, por intermédio de ações de convivência e atividades socioeducativas e acesso à renda (Benefício de Prestação Continuada (BPC), Benefícios Eventuais). Esses serviços e benefícios são ofertados e/ou articulados no equipamento de política social básica de assistência social – Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Os indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos, e/ou psíquicos, abuso sexual, cumprimento de medidas socioeducativas, pessoas em situação de rua, de trabalho infantil, entre outras, são atendidas pela política de assistência social, por meio de serviços de proteção social especial ofertados e/ou articulados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, e buscam ampliar sua capacidade de enfretamento dessas questões com autonomia, a eliminação/redução de infrações aos direitos humanos e sociais, e a reconstrução de vínculos afetivos, permitindo a conquista de maior autonomia individual e social.



9.1 Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)

Esse benefício é integrante do Sistema Único de Assistência Social – SUAS na Proteção Social Básica, assegurado por lei e pago pelo Governo Federal. Ele permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna.

O valor do BPC é de um salário mínimo, pago por mês às pessoas idosas e/ou com deficiência que não podem garantir a sua sobrevivência, por conta própria ou com o apoio da família.

Podem receber o BPC:

- Pessoas idosas com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência.
- Quem não tem direito à previdência social.
- Pessoa com deficiência que não pode trabalhar e levar uma vida independente.
- Renda familiar inferior a 1/4 do salário mínimo.

Para fazer o requerimento do benefício, precisa comprovar:

- O idoso que tem 65 anos ou mais.
- O deficiente, sua deficiência e o nível de incapacidade por meio da avaliação do Serviço de Perícia Médica do INSS.
- Que não recebe nenhum benefício previdenciário.
- Que a renda da sua família é inferior a 1/4 do salário mínimo por pessoa.

Se a pessoa tem direito a receber o BPC, não é necessário nenhum intermediário. Basta dirigir-se à agência do INSS mais próxima de sua residência, levando os documentos pessoais necessários.

Os documentos necessários ao requerimento são:

Documentos do requerente:

- Certidão de nascimento ou casamento.
- Documento de identidade, carteira de trabalho ou outro que possa identificar o requerente.
- CPF, se tiver.
- Comprovante de residência.
- Documento legal, no caso de procuração, guarda, tutela ou curatela.

Documentos da família do requerente:

- Documento de identidade.
- Carteira de trabalho.
- CPF, se houver.
- Certidão de nascimento ou casamento ou outros documentos que possam identificar todas as pessoas que fazem parte da família e suas rendas.

Deve também ser preenchido o Formulário de Declaração da Composição e Renda Familiar. Esse documento faz parte do processo de requerimento e será entregue no momento da inscrição.

Após este processo o INSS enviará uma carta para a casa do requerente informando se ele vai receber ou não o BPC. Essa carta também informará como e onde ele receberá o dinheiro do BPC. Se a pessoa tiver direito ao BPC, em até 45 dias após a aprovação do requerimento o valor em dinheiro já estará liberado para saque.

Quem tem direito ao BPC recebe do banco um cartão magnético para usar apenas para sacar o recurso referente ao BPC. Não é preciso pagar por isso nem é obrigatória compra de nenhum produto do banco para receber o cartão.

Fique Atento: Se a pessoa tiver direito a receber o BPC, não é necessário nenhum intermediário.

9.2 Benefícios previdenciários

1. Aposentadoria por idade:

Exigências para requerer esse benefício:

- Ter contribuído para a Previdência Social por pelo menos 15 anos.
- Aos trabalhadores urbanos é exigida a idade mínima de 65 anos para os homens e 60 anos para as mulheres.
- Para trabalhadores rurais a idade mínima é de 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres.

2. Aposentadoria por invalidez:

É um benefício concedido aos trabalhadores que por doença ou acidente do trabalho forem considerados incapacitados para exercer as atividades profissionais.

Exigências para requerer esse benefício:

- Ser considerado pela perícia médica do INSS, total e definitivamente incapaz para o trabalho.

3. Pensão por morte:

Benefício pago à família quando o trabalhador da ativa ou aposentado morre.

Exigências para requerer esse benefício:

- Ter contribuído para o INSS.

Quem pode requerer esse benefício:

- Esposa, marido, companheiro (a), filho menor de 21 anos ou filho inválido, pai, mãe, irmão menor de 21 anos ou inválido.
- Familiar do idoso ou cuidador que por algum motivo não possa receber benefício a que o idoso tem direito deve ir à agencia da previdência social da sua cidade para obter informações.

9.3 Legislação importante:

- Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/03).
- Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n° 8.069 de 13 de julho de 1990).
- Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/06).
- Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94; Decreto nº 1.942/96).
- Legislação do Conselho Nacional de Direitos dos Idosos (Decreto nº 5.109/04).
- Lei de Acessibilidade (Lei nº 10.098/00; Decreto nº 5.296/04).
- Política Nacional para integração da pessoa portadora de deficiência (Lei nº 7853/89; Decreto nº 3298/99).

9.4 Órgãos de Direitos:

- Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos - CNDI.
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente - CONANDA.
- Conselho Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência - CONADE.
- Coordenadoria para Integração da Pessoa com Deficiência - CORDE.

9.5 Rede de apoio social:

- Instituições não-governamentais – ONGs como: Pastoral da Pessoa Idosa, Pastoral da Criança, Associação de Bairro, entre outros.
- Igrejas que realizam trabalhos específicos, inclusive aquelas que prestam serviços no domicílio com ajuda para o banho, curativo e emprestam cadeiras de rodas, muletas etc.
- Centros de Referência, casas-lares, instituições de longa permanência (ILPI), hospital-dia, centros de convivência, centros de reabilitação, centros-dia, entre outros.

9.6 Telefones úteis:

PREVfone - 0800 78 0191

Disque-saúde – 0800 61 1997

SAMU - 192

Corpo de Bombeiros – 193

Polícia – 190

9.7 Recomendações de endereços eletrônicos:

Ministério da Saúde - www.saude.gov.br

Ministério da Previdência Social - www.previdenciasocial.gov.br

Ministério da Educação – www.mec.gov.br

10 Cuidados no domicílio para pessoas acamadas ou com limitações físicas

10.1 Higiene

A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem-estar se constitui um fator importante para recuperação da saúde. O banho deve ser diário, no chuveiro, banheira ou na cama. Procure fazer do horário do banho um momento de relaxamento.

Fique Atento: Algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes, se recusar a tomar banho. É preciso que o cuidador identifique as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para locomover-se, tenha medo da água ou de cair, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. É preciso que o cuidador tenha muita sensibilidade para lidar com essas questões. Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito.

10.1.1 Como proceder no banho de chuveiro com auxílio do cuidador

- Separe antecipadamente as roupas pessoais.
- Prepare o banheiro e coloque num lugar de fácil acesso os objetos necessários para o banho.
- Regule a temperatura da água.
- Mantenha fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar.
- Retire a roupa da pessoa ainda no quarto e a proteja com um roupão ou toalha.
- Evite olhar para o corpo despido da pessoa a fim de não constrangê-la.
- Coloque a pessoa no banho e não a deixe sozinha porque ela pode escorregar e cair.
- Estimule, oriente, supervisione e auxilie a pessoa cuidada a fazer sua higiene. Só faça aquilo que ela não é capaz de fazer.
- Após o banho, ajude a pessoa a se enxugar. Seque bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos, debaixo das mamas, axilas e entre os dedos.

A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo três vezes por semana. Diariamente inspecione o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de quedas de cabelo.

Os cabelos curtos facilitam a higiene, mas lembre-se de consultar a pessoa antes de cortar seus cabelos, pois ela pode não concordar por questão religiosa ou por outro motivo.

O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos, disponíveis no comércio.

10.1.2 Como proceder no banho na cama

Quando a pessoa não consegue se locomover até o chuveiro o banho pode ser feito na cama.

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

Antes de iniciar o banho na cama, prepare todo o material que vai usar: papagaio, comadre, bacia, água morna, sabonete, toalha, escova de dentes, lençóis, forro plástico e roupas. É conveniente que o cuidador proteja as mãos com luvas de borracha. Existe no comércio materiais próprios para banhos, no entanto o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.

1. Antes de iniciar o banho cubra o colchão com plástico.

2. Iniciar a higiene corporal pela cabeça.

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

4. Lavagem dos cabelos:

- Cubra com plástico um travesseiro e coloque a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama.
- Ponha, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia ou balde para receber a água.
- Molhe a cabeça da pessoa e passe pouco xampu.
- Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até que retire toda a espuma.
- Seque os cabelos.

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

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

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

8. Deitar novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Na mulher é importante lavar a vagina da frente para trás, assim se evita que a água escorra do ânus para a vulva. No homem é importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem.

A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, assim se evita umidade, assaduras e feridas (escaras).

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

É importante usar um pano macio para fazer a higiene e lembrar que as partes do corpo que ficam em contato com o colchão estão mais finas e sensíveis e qualquer esfregada mais forte pode provocar o rompimento da pele e a formação de feridas (escaras).

10.2 Assaduras

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

Os cuidados importantes para evitar as assaduras são:

- Aparar os pêlos pubianos com tesoura para facilitar a higiene íntima e manter a área mais seca.
- Fazer a higiene íntima a cada vez que a pessoa evacuar ou urinar e secar bem a região.
- Se for possível exponha a área com assadura ao sol, isso ajuda na cicatrização da pele.

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

10.3 Cuidados com a boca

É muito importante fazer a higiene da boca das pessoas acamadas para evitar cáries, dor de dente e inflamação da gengiva. Se a pessoa consegue escovar os dentes sozinha, deve ser encorajada a fazê-lo. O cuidador deve providenciar o material necessário e ajudá-la no que for preciso.

A higiene bucal de adultos e idosos, independente da pessoa ter ou não ter dentes, deve ser feita após cada uma das refeições e após o uso de remédios pela boca. Se a pessoa cuidada consegue fazer a higiene bucal, o cuidador deve estimulá-la e providenciar os materiais necessários, orientando, dando apoio e acompanhando a atividade.

Se a pessoa não consegue fazer sua higiene bucal sozinha, o cuidador deve ajudá-la da seguinte maneira:

- Colocar a pessoa sentada em frente à pia ou na cama, com uma bacia.
- Usar escova de cerdas macias e sempre que possível usar também o fio dental.
- Colocar pequena porção de pasta de dente para evitar que a pessoa engasgue.
- Escove os dentes.

Como proceder quando a pessoa usa prótese

As próteses são partes artificiais, conhecidas como dentadura, ponte fixa ou ponte móvel, colocadas na boca para substituir um ou mais dentes. A prótese é importante tanto para manter a auto-estima da pessoa, como manter as funções dos dentes na alimentação, na fala e no sorriso. Por todos esses motivos e sempre que possível a prótese deve ser mantida na boca da pessoa, mesmo enquanto ela dorme.

Quando for proceder a limpeza na boca da pessoa que usa prótese, realiza-se da seguinte maneira:

1. Retire a prótese e a escove fora da boca, com escova de dente de cerdas mais duras e sabão neutro ou pasta dental;
2. Para a limpeza das gengivas, bochechas e língua o cuidador pode utilizar escova de cerdas mais macias ou com um pano ou gaze umedecidas em água. O movimento de limpeza da língua é realizado de dentro para fora, sendo preciso cuidar para que a escova não toque o final da língua, pois pode machucar a garganta e provocar ânsia de vômito.
3. Enxaguar bem a boca e recolocar a prótese.

Quando for necessário remover a prótese, coloque-a em uma vasilha com água e em lugar seguro para evitar queda. A água da vasilha deve ser trocada diariamente. Não se deve utilizar produtos como água sanitária, álcool, detergente para limpar a prótese, basta fazer a higiene com água limpa, sabão neutro ou pasta dental.

A limpeza da boca deve ser feita mesmo que a pessoa cuidada não tenha dentes e não use prótese.

10.3.1 Doenças da boca

Algumas doenças e alguns medicamentos podem provocar sangramento e inflamação nas gengivas. Além disso, a boca da pessoa doente ou incapacitada está mais sujeita às feridas, às manchas esbranquiçadas ou vermelha e cárie nos dentes.

10.3.1.1 Cárie dental

A cárie é a doença causada pelas bactérias que se fixam nos dentes. Essas bactérias

transformam em ácidos os restos de alimentos, principalmente doces, que ficam grudados nos dentes. Os ácidos corroem e furam o esmalte dos dentes.

A alimentação saudável e boa higiene da boca e dentes ainda é a melhor e mais eficiente maneira de se prevenir a cárie dos dentes.

10.3.1.2 Sangramento das gengivas

Quando não é feita uma boa limpeza da boca, dentes e prótese, as bactérias presentes na boca formam uma massa amarelada que irrita a gengiva provocando inflamação e sangramento.

Para prevenir e tratar a irritação das gengivas e acabar com o sangramento é necessário melhorar a escovação no local da gengiva que está vermelha e sangrando. Durante a limpeza haverá sangramento, mas à medida que for sendo retirada a placa de bactérias e melhorada a escovação, o sangramento diminui até desaparecer.

Fique Atento: Durante doenças graves e de longa duração pode ocorrer sangramento nas gengivas, por isso é preciso que o cuidador tenha uma atenção redobrada com a higiene da boca da pessoa cuidada. Ao observar sangramento mais constante e presença de pus nas gengivas o cuidador precisa comunicar o fato à equipe de saúde.

10.3.1.3 Feridas na boca

Durante a limpeza da boca o cuidador deve observar a presença de ferida nas bochechas, gengivas, lábios e embaixo da língua e comunicar à equipe de saúde.

Fique Atento: - É comum a pessoa idosa ter uma diminuição da estrutura óssea da boca. Essa perda óssea faz com que a prótese fique frouxa, aumentando o movimento, o desconforto e a possibilidade de lesões na gengiva. Lembrar que dentes quebrados podem ferir a boca.

- É comum que pessoas doentes tenham o apetite diminuído, mas é preciso estar atento, a recusa em se alimentar ou a agitação no horário das refeições pode ser decorrente de prótese mal adaptada, cárie, dentes fraturados, feridas, alterações e inflamação das gengivas.

11 Alimentação saudável

Uma alimentação saudável, isso é, adequada nutricionalmente e sem contaminação, tem influência no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças.

É importante que a alimentação seja saborosa, colorida e equilibrada, que respeite as preferências individuais e valorize os alimentos da região, da época e que sejam acessíveis do ponto de vista econômico.

Para se ter uma alimentação equilibrada, com todos os nutrientes necessários para a manutenção da saúde, é preciso variar os tipos de alimentos, consumindo-os com moderação.

Os nutrientes são as substâncias químicas que o organismo absorve dos alimentos, esses nutriente são indispensáveis para o bom funcionamento do organismo.

Os nutrientes dos alimentos fornecem calorias, que são a quantidade de energia utilizada pelo corpo para a manutenção de suas funções e atividades. Uma alimentação que fornece mais calorias do que o organismo gasta em suas atividades diárias pode provocar o excesso de peso e obesidade. Uma alimentação que fornece menos calorias que o necessário pode levar à perda de peso e desnutrição.

11.1 Os dez passos para uma alimentação saudável

Os **10 passos para uma alimentação saudável** é uma estratégia para buscar uma vida mais saudável, recomendada pelo Ministério da Saúde. Esses passos podem ser seguidos por toda a família.

1º passo: Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os 5 vezes por dia. As frutas e verduras são ricas em vitaminas, minerais e fibras. Coma, pelo menos, 4 colheres de sopa de vegetais (verduras e legumes) 2 vezes por dia. Coloque os vegetais no prato do almoço e do jantar. Comece com 1 fruta ou 1 fatia de fruta no café da manhã e acrescente mais 1 nos lanches da manhã e da tarde.

2º passo: Coma feijão pelo menos 1 vez por dia, no mínimo 4 vezes por semana. O feijão é um alimento rico em ferro. Na hora das refeições, coloque 1 concha de feijão no seu prato, assim você estará evitando a anemia.

3º passo: Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carne com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo 1 vez por semana. Retire antes do cozimento a pele do frango, a gordura visível da carne e o couro do peixe. Apesar do óleo vegetal ser um tipo de gordura mais saudável, tudo em excesso faz mal! O ideal é não usar mais que 1 lata de óleo por mês para uma família de 4 pessoas. Prefira os alimentos cozidos ou assados e evite cozinhar com margarina, gordura vegetal ou manteiga.

4º passo: Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa. O sal da cozinha é a maior fonte de sódio da nossa alimentação. O sódio é essencial para o funcionamento do nosso corpo, mas o excesso pode levar ao aumento da pressão do sangue, que chamamos de hipertensão. As crianças e os adultos não precisam de mais que 1 pitada de sal por dia. Siga estas dicas: não coloque o saleiro na mesa, assim você evita adicionar o sal na comida pronta. Evite temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, lingüiça, etc. Todos eles têm muito sal.

5º passo: Faça pelo menos 3 refeições e 1 lanche por dia. Não pule as refeições. Para lanche e sobremesa prefira frutas. Fazendo todas as refeições, você evita que o estômago

fique vazio por muito tempo, diminuindo o risco de ter gastrite e de exagerar na quantidade quando for comer. Evite "beliscar", isso vai ajudar você a controlar o peso.

6º passo: Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo 2 vezes por semana.

7º passo: Reduza o consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário. A melhor bebida é a água.

8º passo: Aprecie a sua refeição. Coma devagar. Faça das refeições um ponto de encontro da família. Não se alimente assistindo TV.

9º passo: Mantenha o seu peso dentro de limites saudáveis – veja no serviço de saúde se o seu IMC está entre 18,5 e 24,9 kg/m². O IMC (índice de massa corporal) mostra se o seu peso está adequado para sua altura. É calculado dividindo-se o peso, em kg, pela altura, em metros, elevado ao quadrado.

10º passo: Seja ativo. Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro. Suba escadas. Não passe muitas horas assistindo TV.

Essas recomendações foram elaboradas para pessoas saudáveis, mas servem como guia para planejar a alimentação de pessoas que necessitam de cuidados especiais de saúde.

Pessoas que precisam de dietas especiais devem receber orientações específicas e individualizadas de um nutricionista, de acordo com o seu estado de saúde.

11.2 Outras recomendações gerais para a alimentação

Nem sempre é fácil alimentar outra pessoa, por isso o cuidador precisa ter muita calma e paciência, estabelecer horários regulares, criar um ambiente tranqüilo. São orientações importantes:

- Para receber a alimentação, a pessoa deve estar sentada confortavelmente. Jamais ofereça água ou alimentos à pessoa na posição deitada, pois ela pode se engasgar.
- Se a pessoa cuidada consegue se alimentar sozinha, o cuidador deve estimular e ajudá-la no que for preciso: preparar o ambiente, cortar os alimentos, etc. Lembrar que a pessoa precisa de uma tempo maior para se alimentar, por isso não se deve apressá-la.
- É importante manter limpos os utensílios e os locais de preparo e consumo das refeições. A pessoa que prepara os alimentos deve cuidar de sua higiene pessoal, com a finalidade de evitar a contaminação dos alimentos.
- Quando a pessoa cuidada estiver sem apetite, o cuidador deve oferecer alimentos saudáveis e de sua preferência, incentivando-a a comer. A pessoa com dificuldades para se alimentar aceita melhor alimentos líquidos e pastosos, como: legumes amassados, purês, mingau de aveia ou amido de milho, vitamina de frutas com cereais integrais.

- Para estimular as sensações de gosto e cheiro, que com o avançar da idade ou com a doença podem estar diminuídos, é importante que as refeições sejam saborosas, de fácil digestão, bonitas e cheirosas.
- Uma boa maneira de estimular o apetite é variar os temperos e o modo de preparo dos alimentos. Os temperos naturais como: alho, cebola, cheiro-verde, açafrão, cominho, manjericão, louro, alecrim, sálvia, orégano, gergelim, hortelã, noz-moscada, manjerona, erva-doce, coentro, alecrim, dão sabor e aroma aos alimentos e podem ser usados à vontade.
- Se a pessoa consegue mastigar e engolir alimentos em pedaços não há razão para modificar a consistência dos alimentos. No caso da ausência parcial ou total dos dentes, e uso de prótese, o cuidador deve oferecer carnes, legumes, verduras e frutas bem picadas, desfiadas, raladas, moídas ou batidas no liquidificador.
- Para manter o funcionamento do intestino é importante que o cuidador ofereça à pessoa alimentos ricos em fibras como as frutas e hortaliças cruas, leguminosas, cereais integrais como arroz integral, farelos, trigo para quibe, canjiquinha, aveia, gérmen de trigo, etc. Substituir o pão branco por pão integral e escolher massas com farinha integral. Substituir metade da farinha branca por integral em preparações assadas. Acrescentar legumes e verduras no recheio de sanduíches e tortas e nas sopas.
- Sempre que for possível, o cuidador deve estimular e auxiliar a pessoa cuidada a fazer caminhadas leves, alongamentos e passeios ao ar livre.
- Ofereça à pessoa cuidada, de preferência nos intervalos das refeições, 6 a 8 copos de líquidos por dia: água, chá, leite ou suco de frutas.
- É importante que a pessoa doente ou em recuperação coma diariamente carnes e leguminosas, pois esses alimentos são ricos em ferro. O ferro dos vegetais é mais bem absorvido quando se come junto alimentos ricos em vitamina C, como laranja, limão, caju, goiaba, abacaxi e outros, em sua forma natural ou em sucos.
- O consumo moderado de açúcar, doces e gorduras ajudam a manter o peso adequado e a prevenir doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes.
- O cuidador e a família da pessoa cuidada deve observar a data de validade dos produtos, evitando comprar grandes quantidades de alimentos e aqueles com prazo de validade próximo do vencimento.
- Alimentos "*diet*" são aqueles que tiveram um ou mais ingredientes retirados de sua fórmula original, como por exemplo: açúcar, gordura, sódio ou proteínas.
- Produtos "*light*" são aqueles que sofreram redução de algum tipo de ingrediente na sua composição, por exemplo: o creme de leite *light* apresenta menor quantidade de gordura, o sal *light* tem menor quantidade de sódio, refrigerante *light* tem menor quantidade de calorias. Os alimentos *light* em que foram retirados o açúcar podem ser consumidos por diabéticos.
- Quando há necessidade de substituir o açúcar por adoçantes artificiais, recomenda-se variar os tipos. Os adoçantes à base de ciclamato de sódio e sacarina podem contribuir para o aumento da pressão arterial. Os adoçantes à base de sorbitol, manitol e xilitol podem causar desconforto no estômago e diarréia. É importante receber orientação da equipe de saúde, quando for necessário usar adoçantes artificiais.

12 Orientação alimentar para aliviar sintomas

12.1 Náuseas e vômitos

- Oferecer à pessoa com vômitos ou diarréia, 2 a 3 litros de líquidos por dia em pequenas quantidades, de preferência nos intervalos das refeições.
- Oferecer refeições menores 5 a 6 vezes ao dia.
- Os alimentos muito quentes podem liberar cheiros e isso pode agravar a náusea. Os alimentos secos e em temperaturas mais frias são mais bem aceitos.
- É importante que a pessoa mastigue muito bem e devagar os alimentos.
- Logo após as refeições, o cuidador deve manter a pessoa sentada para evitar as náuseas e vômitos.
- Enquanto durar as náuseas e vômitos, deve-se evitar os alimentos muito temperados, com cheiros fortes, salgados, picantes, ácidos, doces e gorduras.

12.2 Dificuldade para engolir (disfagia)

- Oferecer as refeições em quantidades menores de 5 a 6 vezes por dia.
- Oferecer líquidos nos intervalos das refeições, em pequenas quantidades e através de canudos.
- Manter a pessoa sentada ou em posição reclinada com ajuda de travesseiros nas costas, para evitar que a pessoa engasgue.
- A pessoa com dificuldade para engolir aceita melhor os alimentos mais leves e macios, os líquidos engrossados com leite em pó, cereais, amido de milho, os alimentos pastosos como as gelatinas, pudins, vitaminas de frutas espessas, sopas tipo creme batidas no liqüidificador, mingaus, purê de frutas, polenta mole com caldo de feijão.
- As sopas podem ser engrossadas com macarrão, mandioquinha, cará, inhame e aveia.
- Evitar alimentos de consistência dura, farinhentos e secos como a farofa e bolachas. O pão francês e as torradas devem ser oferecidos sem casca, molhados no leite.

12.3 Intestino preso (constipação intestinal)

- O intestino funciona melhor quando a pessoa mantém horários para se alimentar e evacuar.
- Os alimentos ricos em fibras como o arroz e pão integrais, aveia, verduras e legumes, frutas como mamão, laranja, abacaxi, mangaba, tamarindo, ameixa, grãos em geral etc, ajudam o intestino a funcionar.
- Quando a pessoa está com intestino "preso" evite oferecer banana prata, caju, goiaba, maçã, chá preto/mate, pois esses alimentos são ricos em tanino e prendem o intestino.
- Cuidador, ofereça à pessoa uma vitamina laxativa feita com 1 copo de suco de

laranja, 1 ameixa seca, 1 pedaço de mamão, 1 colher de sopa de creme de leite, 1 colher de sopa de farelo de aveia, milho, trigo, soja. O farelo de arroz deve ser evitado, pois resseca o intestino.

12.4 Gases (flatulência)

- A formação de gases causa muito desconforto às pessoas acamadas. Para evitar a formação de gases é importante oferecer à pessoa mais líquidos e uma alimentação saudável, evitando alguns alimentos, como: agrião, couve, repolho, brócolis, pepino, grãos de feijão, couve-flor, cebola e alho crus, pimentão, nabo, rabanete, bebidas gasosas, doces concentrados e queijos amarelos.
- Os exercícios auxiliam na eliminação dos gases.

13 Alimentação por sonda (Dieta enteral)

A dieta enteral é fornecida na forma líquida por meio de uma sonda, que colocada no nariz ou na boca vai até o estômago ou intestino. Assim, é possível fornecer os nutrientes que a pessoa necessita independente da sua cooperação, fome ou vontade de comer.

A alimentação por sonda é usada nas seguintes situações:

- Para ajudar na cicatrização de feridas.
- Para controlar a diarréia, prisão de ventre e vômitos.
- Para preparar o organismo para algumas cirurgias e tratamentos de quimioterapia, radioterapia e diálise.
- Quando a pessoa não pode se alimentar pela boca.
- Quando a quantidade de alimentos que a pessoa come não está sendo suficiente.
- Quando há necessidade de aumentar a quantidade de calorias sem aumentar a quantidade de comida.

Em algumas situações a pessoa recebe alimentação mista, isso é, se alimenta pela boca e recebe um complemento alimentar pela sonda.

A nutrição enteral pode ser preparada em casa ou industrializada. As dietas caseiras são preparadas com alimentos naturais cozidos e passados no liqüidificador e coados, devem ter consistência líquida e sua validade é de 12 horas após o preparo. A dieta industrializada já vem pronta para o consumo, tem custo mais alto e pode ser utilizada por 24 horas depois de aberta.

A alimentação enteral deve ser prescrita pelo médico ou nutricionista e a sonda deve ser colocada pela equipe de enfermagem. A fixação externa da sonda pode ser trocada pelo cuidador, desde que tenha cuidado para não deslocar a sonda. Para fixar a sonda é melhor utilizar esparadrapo antialérgico, mudando constantemente o local de fixação, assim se evita ferir a pele ou as alergias.

O cuidador deve seguir os seguintes cuidados quando a pessoa estiver recebendo a dieta enteral:

- Antes de dar a dieta coloque a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas, e a deixe nessa posição por 30 minutos após o término da alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que em caso de vômitos ou regurgitação, restos alimentares entrem nos pulmões.
- Pendure o frasco de alimentação enteral num gancho, prego ou suporte de vaso em posição bem mais alta que a pessoa, para facilitar a descida da dieta.
- Injete a dieta na sonda lentamente gota a gota. Esse cuidado é importante para evitar diarréia, formação de gases, estufamento do abdome, vômitos e também para que o organismo aproveite melhor o alimento e absorva seus nutrientes.
- A quantidade de alimentação administrada de cada vez deve ser de no máximo 350ml, várias vezes ao dia; ou de acordo com a orientação da equipe de saúde.
- Ao terminar a alimentação enteral injete na sonda 20ml de água fria, filtrada ou fervida, para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda.
- Para as pessoas que não podem tomar água pela boca ofereça água filtrada ou fervida entre as refeições, em temperatura ambiente, por meio de seringa ou colocada no frasco descartável. A quantidade de água deve ser definida pela equipe de saúde.
- A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso.
- A dieta enteral de preparo caseiro deve ser guardada na geladeira e retirada 30 minutos antes do uso, somente a porção a ser dada.
- A dieta deve ser dada em temperatura ambiente, não há necessidade de aquecer a dieta em banho-maria ou em microondas.

Fique Atento: Se a sonda se deslocar ou tiver sido retirada acidentalmente, não tente recolocá-la, chame a equipe de saúde.

Para o preparo e administração de dieta enteral alguns cuidados de higiene são muito importantes:

- Lave o local de preparo da alimentação com água e sabão.
- Lave bem as mãos com água e sabão antes de preparar a dieta.
- Pese e meça todos os ingredientes da dieta, seguindo as instruções da equipe de saúde.
- Utilize sempre água filtrada ou fervida.
- Lave todos os utensílios com água corrente e sabão.
- Lave com água e sabão o equipo, a seringa e o frasco e enxágüe com água fervendo.

Uma maneira simples de verificar se a nutrição enteral está ajudando na recuperação da pessoa é observar freqüentemente se ela está mais disposta, se o aperto de mão é mais firme e se consegue caminhar um pouco mais a cada dia. Caso a pessoa esteja inconsciente, o cuidador pode verificar se a pele está mais rosada, e menos flácida, se os músculos estão ficando mais fortes. Sempre que for possível é bom pesar a pessoa.

Fique Atento: A diarréia pode ser uma ocorrência comum em pessoas que recebem alimentação enteral. Por isso, é preciso ter muita higiene no preparo e administração da dieta.

14 Acomodando a pessoa cuidada na cama

A posição em que a pessoa permanece deitada pode causar dores na coluna e dificuldades respiratórias e dessa maneira diminuir a qualidade do sono. A seguir é descrito como deitar a pessoa cuidada da forma correta nas diversas posições.

14.1 Deitada de costas

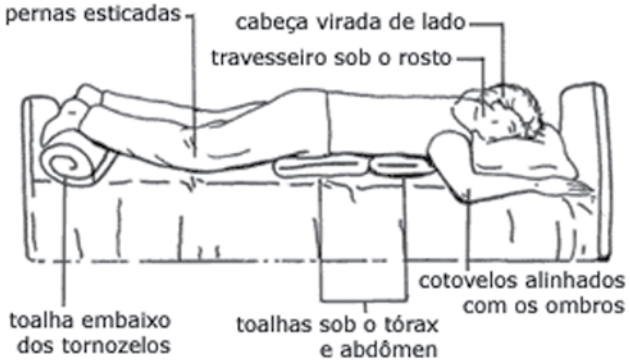
Coloque um travesseiro fino e firme embaixo da cabeça da pessoa de maneira que o pescoço fique no mesmo nível da coluna. Coloque um travesseiro ou cobertor fino embaixo da barriga das pernas, assim diminui a pressão dos calcanhares sobre a cama. Dobre os cotovelos levemente e coloque as mãos da pessoa apoiadas nos quadris. Mantenha as pernas da pessoa esticadas e as pontas dos dedos voltadas para cima. Apóie os pés em uma almofada recostada na guarda final da cama, a uma inclinação de 60º ou 90º.

14.2 Deitada de lado

Coloque a pessoa deitada de um dos lados. Coloque um travesseiro fino sob a cabeça e o pescoço de modo que a cabeça fique alinhada com a coluna. Escore as costas da pessoa com um travesseiro maior, para evitar que ela vire de costas, e coloque outro travesseiro entre os braços da pessoa para dar maior conforto. A perna que fica por cima deve estar levemente dobrada e apoiada em um travesseiro, a fim de mantê-la no nível dos quadris. Dobre levemente o joelho e coloque uma toalha dobrada, ou cobertor ou edredon fino, a fim de manter o tornozelo afastado do colchão.

14.3 Deitada de bruços

Deite a pessoa de bruços, vire a cabeça delicadamente para um dos lados acomodando-a com um travesseiro fino ou toalha dobrada. Ajude a pessoa a flexionar os braços para cima de modo que os cotovelos fiquem nivelados com os ombros. Depois, coloque toalhas dobradas embaixo do peito e do estômago. Por fim, ajeite as pernas apoiando os tornozelos e elevando os pés com uma toalha ou lençol enrolado.



Fique Atento: Ter maior cuidado no posicionamento da pessoa que apresenta parte do corpo que não se movimenta (braço ou perna "esquecida"), para evitar surgimento de feridas e deformidades. No caso de seqüela de derrame, o braço comprometido deve estar sempre estendido e apoiado em um travesseiro e a perna afetada deve ser colocada ligeiramente dobrada e apoiada com um travesseiro embaixo do joelho, impedindo que a perna fique toda esticada.

Fique Atento: Se a pessoa consegue ficar em pé com ajuda do cuidador, mesmo por pouco tempo, é importante que o cuidador encoraje, apoie e estimule a pessoa a ficar nessa posição, pois isso ajuda a melhorar a circulação do sangue e a evitar as feridas.

15 Mudança de posição do corpo

As pessoas com algum tipo de incapacidade, que passam a maior parte do tempo na cama ou na cadeira de rodas, precisam mudar de posição a cada 2 horas. Esse cuidado é importante para prevenir o aparecimento de feridas na pele (úlceras de pressão) - que são aquelas feridas que se formam nos locais de maior pressão, onde estão as pontas ósseas como: calcanhar, final da coluna, cotovelo, cabeça, entre outras regiões.

15.1 Mudança da cama para a cadeira

Quando a pessoa está há muitos dias deitada, é preciso que o cuidador faça a mudança da posição deitada para sentada e depois em pé, pois a pessoa pode sentir fraqueza nas pernas, tonturas e vertigem. Cuidador, siga os seguintes passos:

a) Caso a cama seja de hospital, trave as rodas e abaixe as laterais, mova as pernas da pessoa para o lado, segurando a pessoa com firmeza pelos ombros. Peça a pessoa que se apóie firmemente nos braços e levante o corpo da cama. Com a pessoa já sentada na cama, solicite a ela que apóie os dois pés no chão.

b) Para evitar que a pessoa se desequilibre e caia, permaneça na frente dela enquanto ela se acostuma a ficar sentada e a movimentar as pernas.

c) Quando a pessoa não mais se sentir tonta ou cansada, calce-lhe sapatos antiderrapantes, traga-a para a beira da cama, posicione seus pés firmemente no chão e peça-lhe para tentar se levantar, estando alerta para ajudá-la caso se desequilibre.

d) Se a pessoa precisar de ajuda para ficar de pé, posicione-se de forma que os joelhos da pessoa cuidada fiquem entre os seus. Então abaixe-se, flexionando levemente as pernas, passe os braços em volta da cintura da pessoa e peça-lhe para a pessoa cuidada dar impulso. Erga-se trazendo-a junto.

e) Guie a pessoa até uma cadeira. Posicione-a de costas para a cadeira, com os joelhos flexionados e as costas eretas. Caso a cadeira tenha braços, peça à pessoa cuidada para se apoiar nos braços da cadeira ao sentar.

Caso a pessoa não movimente o braço, é preciso que a poltrona ou cadeira onde essa pessoa vai se sentar tenha apoio lateral resistente para que o braço afetado possa ficar bem apoiado.

15.2 Quando o cuidador necessita de um ajudante para a passagem da cama para a cadeira

Quando a pessoa cuidada tem muita dificuldade para se movimentar, tem falta de equilíbrio ou é muito pesada, o cuidador deve chamar outra pessoa para ajudá-lo na movimentação ou mudança de posição da pessoa cuidada. Explique à pessoa cuidada e também ao ajudante o que será realizado. A seguir é descrito como se deve proceder:

a) A pessoa cuidada cruza os braços e o cuidador pega a parte superior do corpo abraçando o tronco e apoiando as mãos nos braços cruzados da pessoa cuidada.

b) O ajudante segura as pernas da pessoa cuidada.

c) Os movimentos devem ser combinados e realizados ao mesmo tempo, por isso o cuidador deve contar 1, 2 e 3 antes de iniciarem a movimentação da pessoa cuidada. Ao levantar a pessoa, o cuidador e o ajudante devem flexionar os joelhos, de modo a ficar com as pernas levemente dobradas, isto evita forçar a coluna e proporciona maior segurança.

15.3 Ajudando a pessoa cuidada a caminhar

Se a pessoa cuidada consegue andar mesmo com dificuldade, é importante que o cuidador anime, estimule e apóie a pessoa a fazer pequenas caminhadas, de preferência em lugares arejados. A caminhada é uma atividade importante, pois ajuda a melhorar a circulação sangüínea e a manter o funcionamento das articulações, entre outros benefícios.

Para auxiliar a pessoa cuidada a andar é preciso que o cuidador lhe dê apoio e segurança. Para isso o cuidador coloca uma mão embaixo do braço ou na axila da pessoa, segurando com sua outra mão a mão da pessoa cuidada. O cuidador pode também ficar em frente da pessoa segurando-a firmemente pelos antebraços e estimulando-a a caminhar olhando para frente.

A pessoa que sofre de demência deve ser estimulada a fazer o mesmo trajeto durante as caminhadas e o cuidador deve mostrar a ela os pontos de referência, falando o nome das coisas que vão encontrando pelo caminho

Para ajudar a pessoa que possui parte do corpo que não movimenta, o cuidador deve apoiar pelo lado afetado.

Fique Atento: Para evitar escorregões é melhor que o cuidador e a pessoa cuidada usem sapatos baixos, bem ajustados e amarrados. Observe o que está descrito no item Adaptações Ambientais, página 40.

16 Exercícios

Uma das atividades do cuidador é ajudar a pessoa cuidada a se recuperar, isso é, ajudá-la a recuperar movimentos e funções do corpo, prejudicados pela doença. Alguns exercícios podem ser feitos mesmo que a pessoa cuidada esteja na cama ou em cadeira de rodas. Exemplos de alguns exercícios que podem ser feitos com a pessoa cuidada na cama ou na cadeira de rodas:

- Movimente cada um dos dedos dos pés, para cima e para baixo, para os lados e com movimentos de rotação.

• Segure o tornozelo e movimente o pé para cima, para baixo, para os dois lados e em movimentos circulares.

• Dobre e estenda uma das pernas, repita o movimento com a outra perna (sem atritar o calcanhar na cama, que favorece o surgimento de feridas).

• Com os pés da pessoa apoiados na cama e os joelhos dobrados, faça movimentos de separar e unir os joelhos.

- Com os pés apoiados na cama e os joelhos dobrados, solicite que a pessoa cuidada levante os quadris e abaixe lentamente.

- Levante e abaixe os braços da pessoa, depois abra e feche.

- Faça movimentos de dobrar e estender os cotovelos, os punhos e depois os dedos.

- Ajude a pessoa a flexionar suave e lentamente a cabeça para frente e para trás, para um lado e depois para o outro, isto alonga os músculos do pescoço. Estimule para que a pessoa faça os movimentos sozinha, se necessário o cuidador pode ajudá-la. No caso de tonturas suspenda o movimento até melhorar do sintoma.

- Peça à pessoa cuidada que encha as bochechas de ar e depois murche a bochecha para dentro; a seguir peça a ela que coloque a língua para fora e movimente de um lado para o outro; feche os olhos com força fazendo caretas.

É importante que o cuidador estimule a pessoa cuidada a utilizar ao máximo o lado do corpo que está comprometido, realizando com o lado afetado todos os exercícios citados anteriormente. Caso seja necessário, o cuidador pode ajudá-la na realização desses exercícios.

Sempre que possível é bom que a porta do quarto e os móveis estejam do lado mais comprometido, pois isso faz com que a pessoa se volte mais para esse lado estimulando os movimentos do membro afetado.

16.1 Exercícios respiratórios

Quando a pessoa cuidada está com os movimentos limitados ou permanece acamada por longos períodos é comum que se acumule secreção (catarro) nos pulmões. Por isso é importante que o cuidador a estimule e ajude a fazer exercícios respiratórios para eliminar essas secreções, melhorar a entrada de ar nos pulmões e prevenir o aparecimento de pneumonia. A seguir serão descritos alguns exercícios, que dependendo das condições físicas da pessoa cuidada, podem ser feitos com a pessoa deitada, sentada ou em pé:

- Ajude a pessoa a se sentar e peça a ela que coloque as mãos sobre a barriga, puxe o ar pelo nariz, e solte pela boca, de forma lenta e prolongada. Dessa forma ela vai perceber a mão se movimentando para cima quando o pulmão enche e para baixo quando solta o ar.
- Peça à pessoa para puxar o ar pelo nariz e ao mesmo tempo levantar os braços estendidos, depois peça para a pessoa soltar o ar pela boca abaixando os braços.

Fique Atento: É importante oferecer à pessoa cuidada maior quantidade de líquido para facilitar a saída do catarro e estimulá-la a tossir e cuspir. Procure observar a cor do catarro, pois se o catarro estiver amarelo, verde ou com sangue é preciso comunicar à equipe de saúde.

O ambiente da casa precisa estar sempre limpo, arejado e livre de fumaça e poeira. A limpeza do chão e dos móveis deve ser feita diariamente com pano úmido. Os produtos de limpeza com cheiro forte devem ser evitados, pois podem provocar alergias e alterações respiratórias.

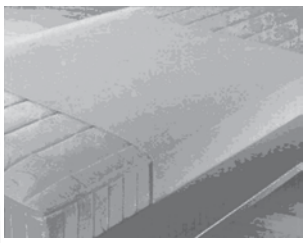
17 Adaptações ambientais

Muitas vezes é preciso fazer algumas adaptações no ambiente da casa para melhor abrigar a pessoa cuidada, evitar quedas, facilitar o trabalho do cuidador e permitir que a pessoa possa se tornar mais independente.

O lugar onde a pessoa mais fica deve ter somente os móveis necessários. É importante manter alguns objetos que a pessoa mais goste de modo a não descaracterizar totalmente o ambiente. Cuide para que os objetos e móveis não atrapalhem os locais de circulação e nem provoquem acidentes.

Alguns exemplos de adaptações:

- As cadeiras, camas, poltronas e vasos sanitários mais altos do que os comuns facilitam a pessoa cuidada a sentar, deitar e levantar. O cuidador ou outro membro da família podem fazer essas adaptações. Em lojas especializadas existem levantadores de cama e cadeiras e vasos sanitários.
- Antes de colocar a pessoa sentada numa cadeira de plástico, verifique se a cadeira suporta o peso da pessoa e coloque a cadeira sobre um piso antiderrapante, para evitar escorregões e quedas.
- O sofá, poltrona e cadeira devem ser firmes e fortes, ter apoio lateral, que permita à pessoa cuidada se sentar e se levantar com segurança.
- Se a pessoa cuidada não controla a saída de urina ou fezes é preciso cobrir com plástico a superfície de cadeiras, poltronas e cama e colocar por cima do plástico um lençol para que a pele não fique em contado direto com o plástico, pois isso pode provocar feridas.



- Sempre que possível, coloque a cama em local protegido de correntes de vento, isso é, longe de janelas e portas.
- Retire tapetes, capachos, tacos e fios soltos, para facilitar a circulação do cuidador e da pessoa cuidada e também evitar acidentes.

- Sempre que for possível é bom ter barras de apoio na parede do chuveiro e ao lado do vaso sanitário, assim a pessoa cuidada se sente segura ao tomar banho, sentar e levantar do vaso sanitário, evitando se apoiar em pendurador de toalhas, pias e cortinas.
- O banho de chuveiro se torna mais seguro com a pessoa cuidada sentada em uma cadeira, com apoio lateral.
- Piso escorregadio causa quedas e escorregões, por isso é bom utilizar tapetes anti derrapantes (emborrachados) em frente ao vaso sanitário e cama, no chuveiro, embaixo da cadeira.
- A iluminação do ambiente não deve ser tão forte que incomode a pessoa cuidada e nem tão fraca que dificulte ao cuidador prestar os cuidados. É bom ter uma lâmpada de cabeceira e também deixar acesa uma luz no corredor.
- Os objetos de uso pessoal devem estar colocados próximos à pessoa e numa altura que facilite o manuseio, de modo que a pessoa cuidada não precise se abaixar e nem se levantar para apanhá-los.
- As escadas devem ter corrimão dos dois lados, faixa ou piso antiderrapante e ser bem iluminadas.

As pessoas idosas ou com certas doenças neurológicas podem ter dificuldades para manusear alguns objetos por ter as mãos trêmulas. Algumas adaptações ajudam a melhorar o desempenho e a qualidade de vida da pessoa:

- Enrole fita adesiva ou um pano nos cabos dos talheres e também no copo, caneta, lápis, agulha de crochê, barbeador manual, pente, escova de dente. Assim os objetos ficam mais grossos e pesados o que facilita à pessoa coordenar seus movimentos para usar esses objetos.
- Coloque o prato, xícara e copo em cima de um pedaço de material emborrachado para que não escorregue.

Fique Atento: No mercado já existem diversos objetos adaptados.

18 Estimulando o corpo e os sentidos

A pessoa que permanece um longo período em uma mesma posição fica com a sua circulação, seus movimentos e sua sensibilidade comprometidos. Massagens, exercícios e até mesmo o toque ajudam a ativar a circulação e a melhorar os movimentos. Podem ser feitos com a mão, com uma esponja macia, toalha ou com panos de várias texturas. Nas massagens é bom usar creme ou óleo.

As massagens podem ser feitas no corpo todo. Os toques e massagens ajudam a pessoa a perceber o próprio corpo e a relaxar, além de ativar a circulação.

Outras maneiras de estimular os sentidos da pessoa cuidada:

- Leia para ela trechos de livro, jornal ou revista.
- Coloque para tocar a música que ela mais gosta de ouvir. Se a pessoa consegue se movimentar, coloque o rádio ou o aparelho de som numa distância que ela consiga ligar e desligar sozinha.
- Mostre gravuras, revistas ou fotos e converse com ela sobre o que está sendo mostrado, quem são as pessoas das fotos, pois isso ajuda a pessoa a manter ativa a memória.
- Estimule a pessoa cuidada a realizar atividades de sua preferência e que lhe proporcionem prazer, respeitando o que ela pode e o que ela não consegue fazer.
- Encoraje a pessoa cuidada, desde que ela se sinta bem, a ajudar nas atividades domésticas simples, como varrer, tirar o pó, pois assim ela se sente útil e participante.
- Se a pessoa cuidada exercia uma atividade profissional, estimule-a a continuar quando possível, pois isso ajuda a ocupar o tempo e diminui o estresse.
- Converse com a família sobre a importância de incluir a pessoa cuidada nas atividades sociais da família e da comunidade, tais como: sair para fazer compras, visitar alguém, ir a uma festa, encontrar os amigos, ir a igreja e se distrair. Os amigos ou parentes que acompanham a pessoa nessas atividades devem respeitar suas limitações e transmitir calma e segurança.

A pessoa cuidada com demência se sente melhor quando existe uma rotina de horários para as atividades do dia-a-dia. Essa rotina é extremamente importante, pois isso ajuda a pessoa a organizar sua mente.

Fique Atento: A falta de interesse em participar de atividades pode significar que a pessoa não está conseguindo realizar ou não gosta da atividade oferecida. Procure conhecer melhor o que a pessoa gosta de fazer e peça ajuda da equipe de saúde para encontrar outras atividades interessantes.

19 Vestuário

A pessoa idosa, doente ou com incapacidade pode ter diminuída a capacidade de perceber ou de expressar as sensações de frio ou calor. Por isso é importante que o cuidador fique atento às mudanças de temperatura e não espere que a pessoa manifeste querer vestir ou despir agasalho. As roupas devem ser simples, confortáveis e de tecidos próprios ao clima, dando-se preferência aos tecidos naturais, como por exemplo o algodão.

Sempre que possível é importante deixar a pessoa cuidada escolher a própria roupa, pois isso ajuda a preservar a sua personalidade, eleva a sua auto-estima e independência.

O uso de chinelo sem apoio no calcanhar deve ser evitado , pois esse tipo de calçado pode enroscar em tapetes, soltar dos pés e provocar quedas.

Os sapatos devem ter solado de borracha antiderrapante e com elástico na parte superior, pois não escorregam e são mais fáceis de tirar e colocar.

As roupas com botões, zíperes e presilhas são mais difíceis de vestir, por isso dê preferência às roupas com abertura na frente, elástico na cintura e fechadas por velcro. As roupas de algodão são melhores e mais práticas, pois são mais resistentes, ventiladas e podem ser lavadas na água quente.

A pessoa que permanece por longo tempo em cadeiras de rodas ou poltrona precisa vestir roupas confortáveis e mais largas nos quadris. É preciso cuidar para que as roupas não fiquem dobradas ao sentar, pois isso pode provocar escaras.

Ao vestir e despir a pessoa que tenha um braço comprometido, vista a manga primeiro no braço afetado e ao retirar a roupa retire primeiro do braço sadio.

A pessoa que tem demência tem mais dificuldade em tomar decisões. Dê a ela uma peça de roupa de cada vez, na seqüência que ela deverá vestir, falando clara e pausadamente o nome da peça.

Para que a pessoa com demência possa encontrar o que precisa mais facilmente, organize os objetos de uso pessoal, colando figuras de peças de roupas e objetos pessoais na parte externa das gavetas ou nas prateleiras.

20 Como ajudar na comunicação

Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pela postura corporal e também pela proximidade ou distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar, ou mesmo o silêncio em uma conversa.

Algumas vezes a pessoa cuidada pode ficar irritada por não conseguir falar ou se expressar, embora entenda o que falam com ela. Para facilitar a comunicação, serão descritas a seguir algumas dicas:

- Use frases curtas e objetivas.
- No caso de pessoas idosas, evite tratá-las como crianças utilizando termos inapropriados como “vovô”, “querido” ou ainda utilizando termos diminutivos desnecessários como “bonitinho”, “lindinho”, a menos que a pessoa goste.
- O cuidador deve repetir a fala, quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes.
- Fale de frente, sem cobrir a boca, não se vire ou se afaste enquanto fala e procure ambientes iluminados para que a pessoa além de ouvir veja o movimento dos lábios da pessoa que fala com ela, assim entenderá melhor.
- Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois a pessoa pode necessitar de um tempo maior para entender o que foi falado e responder.

- Não interrompa a pessoa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua o seu próprio pensamento.
- Caso o cuidador não entenda a fala da pessoa cuidada, peça que escreva o que quer dizer. Se a pessoa cuidada não puder escrever, faça perguntas que ela possa responder com gestos e combine com ela que gestos serão usados, por exemplo: fazer sim ou não com a cabeça, franzir a testa ou piscar os olhos, entre outros.
- Diminua os ruídos no ambiente onde a pessoa cuidada permanece.
- Sempre que a pessoa demonstrar não ter entendido o que foi falado , repita o que falou com calma evitando constranger a pessoa cuidada.
- Procure falar de forma clara e pausada e aumente o tom de voz somente se isso realmente for necessário.
- Verifique a necessidade e condições de próteses dentárias e/ou auditivas que possam estar dificultando a comunicação.
- Converse e cante com a pessoa, pois essas atividades estimulam o uso da voz.
- A música ajuda a pessoa cuidada a recordar pessoas, sentimentos e situações que ocorreram com ela, ajudando na sua comunicação.
- O toque, o olhar, o beijo, o carinho são outras formas de comunicação que ajudam o cuidador a compreender a pessoa cuidada e ser compreendido por ela.

20.1 Alterações que podem ser encontradas na comunicação

Algumas mudanças na maneira da pessoa cuidada se comunicar que podem sugerir alguma alteração do seu estado de saúde. Cuidador, observe alguns exemplos:

- Dificuldade para expressar uma idéia e, no lugar, usar uma palavra ou frase relacionada com essa idéia, por exemplo: em vez de dizer caneta, diz: "aquela coisa de escrever".
- Não entender ou entender apenas parte do que falam com ela.
- Fala sem nexo ou sem sentido.
- Dificuldade para escrever e para entender o que está escrito.
- Não conseguir conversar, parar a conversa no meio, parece que não percebe as pessoas que estão perto dela, ou falar sozinha.
- Dificuldade para expressar as emoções: pode sorrir quando sente dor ou demonstrar tristeza e chorar quando está satisfeita, se agitar ou ficar ansioso ao expressar carinho e afeto.
- As dificuldades de comunicação são sinais freqüentemente presentes na demência e outras doenças neurológicas. Caso o cuidador observe uma ou mais dessas alterações deve procurar a Unidade de Saúde.

É comum as pessoas idosas e também as pessoas com demência, doença de Alzheimer, esquecer de situações vividas, do nome de pessoas e coisas, trocar palavras. Essas situações provocam embaraços e angústia tanto à pessoa cuidada como aos familiares.

É importante que o cuidador ao se referir a alguém conhecido, explique à pessoa cuidada de quem está falando: "Maria, sua filha"; "João, seu vizinho", assim a pessoa vai se situando melhor na conversa e vai relembrando pessoas e fatos que havia esquecido. É preciso falar com simplicidade e pedir que a pessoa toque objetos, retratos e quadros, isso ajuda a "puxar" a memória e a melhorar a conversa.

21 Dificuldade na memória: como enfrentá-la?

Esquecimentos ocasionais, dificuldades de concentração, confundir datas e coisas são situações que podem ocorrer com qualquer pessoa, principalmente quando se está sob pressão ou cansada, ou quando faz-se muitas coisas ao mesmo tempo. Essas situações passam a ser mais freqüentes à medida que a pessoa envelhece, causando estresse tanto na pessoa cuidada quanto na família e no cuidador.

Perdas severas de memória podem estar relacionadas com traumatismos, doenças no cérebro, depressão ou outros transtornos de humor.

Algumas dicas para ajudar na memória:

- Incentive a pessoa cuidada a registrar em papel e fazer listas das coisas que pode esquecer, isso ajuda a organizar as atividades do dia-a-dia e a não esquecer coisas importantes.
- Estimule a pessoa a desenvolver atividades que exercitam a memória, tais como: leitura, canto e palavras cruzadas.

22 Proteção à pessoa cuidada

Pessoas com limitações físicas ou que estejam confusas, desorientadas no tempo ou no lugar não podem ser deixadas sozinhas, pois podem se envolver em acidentes, dentro ou fora de casa.

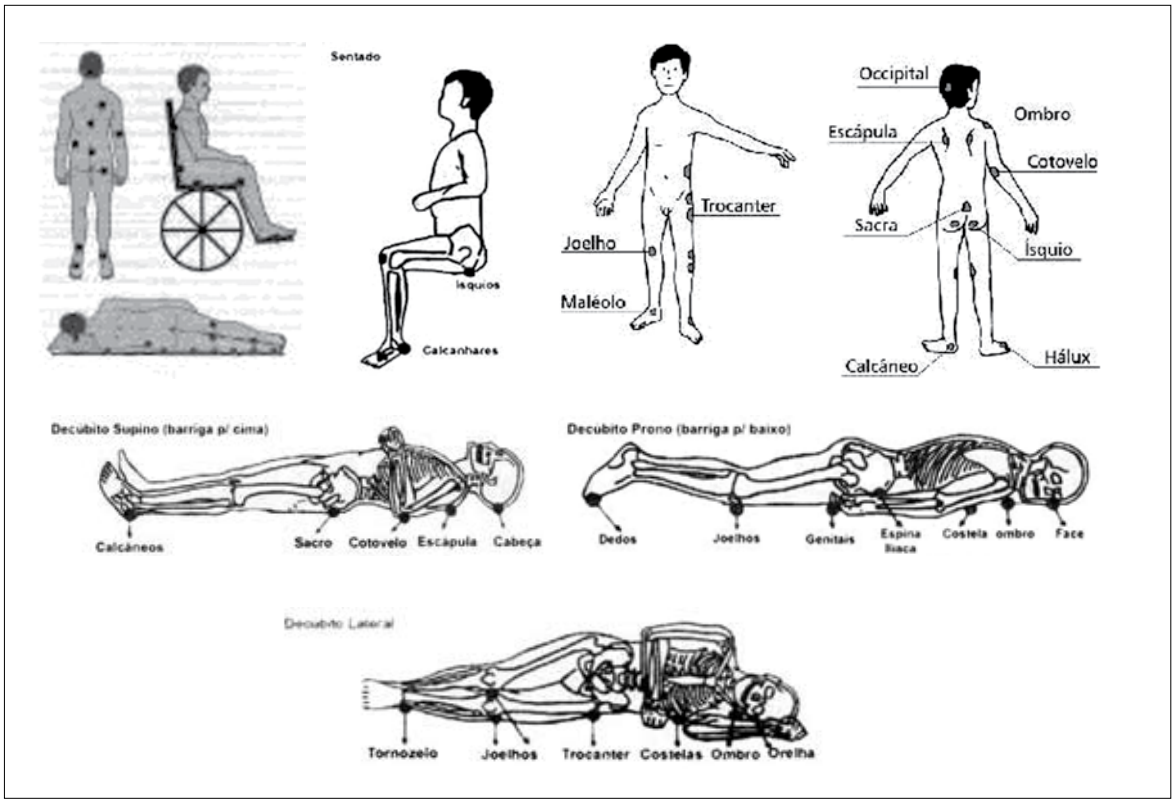
O cuidador e a familia devem organizar o ambiente da casa de forma a prevenir os acidentes:

- Objetos pontiagudos, cortantes, quebráveis, pesados ou aqueles muito pequenos devem ser removidos do ambiente ou guardados em local seguro.
- A pessoa cuidada não deve executar sozinha atividades na cozinha, pois esse é o local da casa onde mais ocorrem acidentes.
- Os produtos de limpeza devem ser mantidos em armários fechados.
- O piso da casa deve ser, preferencialmente, antiderrapante e não deve ser encerado.
- No armário do banheiro devem ser guardados apenas os objetos de higiene de uso diário, como pente, escova de dente, sabonete.
- A cama deve estar encostada na parede e se possível ter uma proteção lateral.
- Mantenha no mesmo lugar os objetos de uso freqüente, assim é mais fácil encontrá-los quando precisar.

23 Úlcera de Pressão/ Escaras/ Feridas

As escaras são feridas que surgem na pele quando da pessoa que permanece muito tempo numa mesma posição. É causada pela diminuição da circulação do sangue nas áreas do corpo que ficam em contato com a cama ou com a cadeira.

Os locais mais comuns onde se formam as escaras são: região final da coluna, calcanhares, quadril, tornozelos, entre outros, conforme indica a figura a seguir:



23.1 Como prevenir as escaras

Estimule a pessoa cuidada a mudar de posição pelo menos a cada 2 horas. À noite, o cuidador pode mudar a pessoa de posição quando acordar a pessoa cuidada para dar medicação, ou fazer outro cuidado.

- Ao mudar a pessoa de lugar ou de posição, faça isso com muito cuidado, evitando que a pele roce no lençol ou na cadeira, pois a pele está muito fina e frágil e pode se ferir. Mantenha a roupa da cama e da pessoa bem esticada, pois as rugas e dobras da roupa podem ferir a pele.
- Cuidador, se a pessoa cuidada fica a maior parte do tempo em cadeira de rodas ou poltrona, é preciso ajudá-la a aliviar o peso do corpo sobre as nádegas, da seguinte maneira:
  - Se a pessoa tem força nos braços: oriente a pessoa cuidada a sustentar o peso do corpo ora sobre uma nádega, ora sobre a outra.
  - Se a pessoa não consegue se apoiar nos braços: o cuidador deve ajudá-la a se movimentar. Procure orientações da equipe de saúde como auxiliar a pessoa cuidada nessa movimentação.

- Alguns apoios podem ajudar a pessoa a se segurar e mudar de posição sozinha, podem ser comprados ou improvisados em casa: barras de apoio para cabeceiras da cama, faixas de pano amarradas na cabeceira, nas laterais ou nos pés da cama ajudam a pessoa a levantar ou mudar de posição na cama.
- O colchão de espuma tipo "caixa de ovo" ou piramidal ajuda a prevenir as escaras, pois protege os locais do corpo onde os ossos são mais salientes e ficam em contato com o colchão ou a cadeira. Quando a pessoa não consegue controlar a saída de urina e/ou fezes, é necessário proteger o colchão com plástico, apenas na região das nádegas, e por cima do plástico colocar um lençol de algodão. A pele não deve ficar em contato com o plástico.

- Proteja os locais do corpo onde os ossos são mais salientes com travesseiros, almofadas, lençóis ou toalhas dobradas em forma de rolo, entre outros.

- Leve a pessoa a um local onde possa tomar sol por 15 a 30 minutos, de preferência antes das 10 e depois das 16 horas, com a pele protegida por filtro solar. O sol fortalece a pele, fixa as vitaminas no corpo e ajuda na cicatrização das escaras.
- Ao colocar a comadre, peça ajuda a outra pessoa e cuide para não roçar a pele da pessoa na comadre.
- A pele da pessoa cuidada precisa ser freqüentemente avaliada e bem hidratada. Para manter a hidratação da pele é preciso:
  - Oferecer líquidos em pequenas quantidades na forma de água, sucos e chás várias vezes ao dia, mesmo que a pessoa cuidada não demonstre sentir sede. Esse cuidado é importante, principalmente para crianças e idosos, pois esses podem rapidamente ficar desidratados.
  - Após o banho, massagear a pele da pessoa cuidada com creme ou óleo apropriado, esse cuidado além de hidratar a pele melhora a circulação do sangue.
- Se a pessoa cuidada utilizar fraldas, é necessário trocá-las cada vez que urinar e evacuar, para evitar que a pele fique úmida

- Procure alimentar a pessoa fora da cama para evitar que os resíduos de alimentos caídos no lençol machuquem a pele e possam provocar escaras. Caso seja necessário alimentar a pessoa na cama, é preciso catar todos os farelos e resíduos de alimentos que possam ter caído.

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

Fique Atento: A escara surge de uma hora para outra e pode levar meses para cicatrizar.

23.2 Tratamento das escaras

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

24 Sonda vesical de demora (Sonda para urinar)

A sonda vesical de demora, ou sonda de Folley, é utilizada quando a pessoa não é capaz de urinar espontaneamente ou de controlar a saída da urina. Essa sonda possui um pequeno balão interno que depois de cheio prende a sonda dentro da bexiga. A parte externa da sonda deve ficar presa na coxa da pessoa de forma a manter a sonda no lugar, permitindo a movimentação. Para fixar a sonda e evitar ferir a pele ou as alergias é melhor utilizar esparadrapo antialérgico, mudando constantemente o local de fixação.

Fora do corpo a sonda liga-se a uma bolsa que armazena a urina e pode ser fixada na lateral da cama, na cadeira de rodas ou na perna da pessoa. Este tipo de sonda só pode ser colocado e retirado pela equipe de saúde.

A sonda de demora faz com que a pessoa urine continuamente e, como essa sonda fica por um tempo dentro da bexiga, é preciso cuidados para se prevenir infecções, sangramentos e feridas:

- Lave as mãos antes de mexer na sonda.
- Limpe a pele ao redor da sonda com água e sabão pelo menos duas vezes ao dia para evitar o acúmulo de secreção.
- Lave a bolsa ou frasco coletor de urina uma vez ao dia, com água e sabão e enxágüe com água clorada.
- Mantenha o frasco ou bolsa coletora abaixo do nível da cama ou do assento da cadeira, e não deixe que ela fique muito cheia. Esses cuidados são necessários para evitar que a urina retorne do frasco para dentro da bexiga.
- Tome cuidado para não puxar a sonda, pois isso pode causar ferimentos na uretra.
- A sonda tem que ficar livre para que a urina saia continuamente da bexiga, por isso, cuide para que a perna da pessoa ou outro objeto não comprima a sonda.
- Se durante algum tempo não houver urina na bolsa coletora, verifique se a sonda está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa. Caso a pessoa não urine num espaço de 4 horas, mesmo ingerindo líquido, procure falar urgentemente com a equipe de saúde.

Uma pessoa produz e elimina, em média, 1.200 a 1.500 ml de urina em 24 horas. Essa quantidade é modificada pela ingestão de líquido, suor, temperatura externa, vômitos ou diarréia.

Fique Atento: Lembre-se que a sonda de demora só pode ser colocada e retirada pela equipe de saúde.

25 Uripen (Sonda para urinar tipo camisinha)

O uripen é uma sonda externa feita de borracha fina, também conhecida como sonda de camisinha, pois é colocada no pênis como uma camisinha. A mangueira do uripen é encaixada a uma bolsa coletora de urina. Existem vários tamanhos de uripen.

25.1 Cuidados no uso de uripen

A colocação do uripen é simples e deve ser orientada pela equipe de saúde.

- A fixação não deve ficar muito apertada.
- Evite fixar o uripen com esparadrapo comum, pois pode causar alergias e lesões no pênis.
- É mais fácil colocar o uripen com o pênis em ereção.
- Manter os pêlos pubianos aparados, pois facilita a utilização do uripen.
- Retire o uripen uma vez ao dia para lavar e secar bem o pênis.

Fique Atento: Examine o pênis com freqüência e se estiver com lesões ou inchado, deixe a pessoa sem o uripen e utilize fraldas, até que as lesões estejam curadas.

26 Auxiliando o intestino a funcionar

Nem sempre é fácil recuperar o controle do funcionamento do intestino, no entanto é possível treinar o intestino a evacuar em determinados períodos. Isso se faz da seguinte maneira:

- Diariamente, antes do banho, massageie a barriga da pessoa cuidada com a mão espalmada como se desenhasse um quadrado, começando pelo lado direito na parte inferior, suba para o lado direito superior, vá para o lado esquerdo superior, desça a mão para o lado esquerdo inferior e volte para o lado inferior direito, pois é dessa forma que o intestino funciona.

Deite a pessoa de barriga para cima, segure suas pernas e estique-as e dobre-as sobre a barriga, essa pressão das pernas sobre a barriga ajuda a eliminar os gazes que causam desconforto.

As pessoas acamadas podem perder o controle sobre o funcionamento do intestino e não sentir quando vão defecar. Isso, além de causar constrangimento à pessoa, dificulta manter sua higiene, o que pode causar assaduras e escaras (feridas).

Também é comum a pessoa acamada sentir desconforto abdominal e irritação pelo mau funcionamento do intestino. O intestino funciona melhor com a pessoa na posição sentada na privada ou penico.

27 Ostomia

Ostomia é uma abertura cirúrgica realizada na parede do abdome para ligar o estômago, ou parte do intestino ou a bexiga, com o meio externo. Existem dois tipos de ostomia: para eliminação de fezes e urina ou para administrar alimentação. A ostomia intestinal e urinária tem uma coloração rosada, brilhante e úmida e a pele ao seu redor deve estar lisa sem vermelhidão. Dependendo do lugar onde foi realizada a abertura a ostomia recebe um nome:

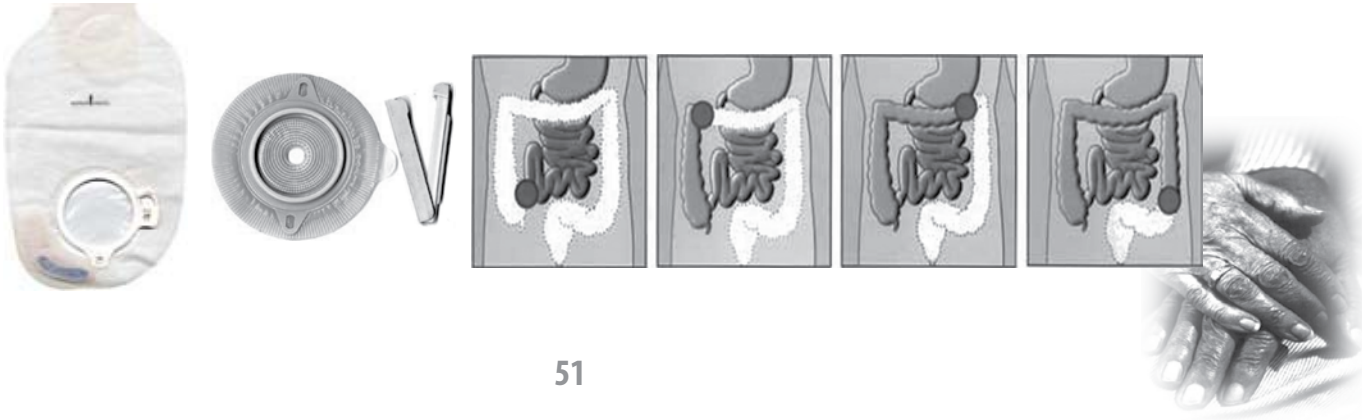
- Gastrostomia ou jejunostomia - liga o estômago ou o jejuno à parede do abdome e serve para alimentar a pessoa por meio da sonda.
- Ileostomia ou colostomia - liga uma parte do intestino à parede do abdome e serve para eliminar fezes.
- Urostomia - liga a bexiga à parede do abdome e serve para eliminar urina.

27.1 Cuidados com gastrostomia

- Limpe com água filtrada sem esfregar a pele em volta da ostomia, retirando secreção ou sujidade.
- Lave a sonda com uma seringa de 50 ml com água, em um único jato.
- Antes de alimentar a pessoa pela sonda, teste a temperatura do alimento no dorso da mão.
- Injete o alimento lentamente na sonda.
- Observe se a pessoa apresenta barriga estofada, sensação de barriga cheia, ou diarréia. A diarréia pode ser causada pela composição do alimento ou pela administração muito rápida do alimento. Essas ocorrências devem ser comunicadas à equipe de saúde.
- Atentar para não injetar líquidos, alimentos ou água na via da sonda que serve para manter o balonete de fixação inflado.
- Caso a sonda saia, não tente reposicioná-la. Entre em contato com a equipe de saúde e feche o orifício.
- Comunique também à equipe de saúde caso observe saída de secreção ou da dieta pelo local de inserção da sonda.

27.2 Cuidados com ileostomia, colostomia e urostomia

Na abertura da ileostomia, colostomia ou urostomia é colada uma bolsa plástica para coletar as fezes ou urina.



27.2.1 Cuidados com a bolsa

- Usar a bolsa adequada para coleta de fezes ou urina seguindo as orientações do profissional de saúde.
- O recorte da bolsa deve ser sempre de acordo com o tamanho e formato da ostomia.
- As bolsas devem ser guardadas em locais limpos, secos e protegidas do sol para evitar umidade e ressecamento que comprometam a capacidade adesiva da bolsa.
- A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado com fezes ou urina.

Fique Atento: A bolsa coletora deve estar bem fixa na pele ao redor da abertura para evitar que as fezes ou urina entrem em contado com a pele e causem irritações. A pessoa com ostomia deve ser avaliada pela equipe de saúde quando a ostomia ou a pele ao redor apresentar vermelhidão, coceira, feridas, pus ou dor e quando não houver eliminação de fezes, gases ou urina.

27.2.2 Quando trocar a bolsa

A bolsa pode ser utilizada por cerca de três dias, devendo ser trocada antes disso quando a resina que cola perder a cor amarela ou quando se perceber deslocamento ou vazamento.

Cuidador, no momento da troca observe os seguintes cuidados:

- Umedeça a pele com água morna e descole delicadamente a bolsa para evitar ferir a pele.
- Não utilize álcool, benzina ou éter, pois esses produtos podem ser absorvidos pela ostomia e ressecam a pele.
- Lave a ostomia e a pele ao redor delicadamente com água e sabonete neutro sem esfregar.
- Seque com pano macio em toques leves. Não é necessário usar nenhum tipo de produto.
- Observe se a ostomia está com coloração saudável, isso é, vermelho vivo ou rosa brilhante.

Para colocar uma nova bolsa:

- Recorte a bolsa de acordo com o tamanho e formato da ostomia.
- Retire o papel que protege o adesivo.
- Coloque a bolsa de baixo para cima e pressione até que esteja bem colada a pele.
- Feche a parte de baixo com o clamp.

Fique Atento: A bolsa não deve ser retirada e recolocada sem que haja necessidade, porque vai perdendo a cola.

27.2.3 Cuidados no banho

A bolsa da ostomia é impermeável, não sendo necessário retirá-la antes do banho. É bom cobri-la com um saco plástico e fita adesiva.

Quando for necessário substituir a bolsa use o momento do banho para fazer a retirada. A água e o sabão não prejudicam a ostomia. Deve-se cuidar para que o jato forte do chuveiro não atinja a abertura da ostomia, pois pode provocar sangramento.

27.2.4 Esvaziamento da bolsa

O esvaziamento da bolsa que coleta urina (urostomia) deve ser feito conforme orientação da equipe de saúde. A bolsa que coleta fezes (colostomia e ileostomia) deve ser esvaziada sempre que for necessário, geralmente uma ou duas vezes ao dia, sempre que estiver com 1/3 do espaço ocupado com fezes ou urina.

28 Problemas com o sono

A falta de sono ou sonolência em excesso interferem na qualidade de vida da pessoa cuidada e do cuidador. A insônia pode se manifestar de várias maneiras: a pessoa pode demorar a dormir ou dormir por pouco tempo, acordar e não conseguir adormecer novamente, ou acordar muito cedo com a sensação de "sono que não descansa". Essas alterações podem estar relacionadas com a doença, com algum medicamento ou com o uso de alimentos excitantes no período da noite, tais como: café, chá, chimarrão e refrigerantes a base de cola.

Como prevenir a insônia:

- Evite, após as 18 horas, dar a pessoa substâncias estimulantes como o chá preto, mate e café.
- Verifique se a pessoa cuidada está sentindo dor, coceira na pele, câimbra ou outro desconforto que possa estar prejudicando o sono.
- À noite, evite dar líquidos a pessoa, pois ao acordar para urinar a pessoa pode demorar a adormecer novamente.
- Converse com a equipe de saúde sobre a possibilidade de mudar o horário da medicação que aumenta a vontade de urinar.
- Mantenha uma iluminação mínima no quarto de modo a facilitar os cuidados e a não interferir no sono da pessoa.
- Evite que a pessoa cuidada permaneça por muito tempo à noite assistindo televisão ou lendo.

- Atividades prazerosas, exercícios leves e massagens ajudam a relaxar e melhoram a qualidade do sono.
- Converse com a pessoa a fim de identificar as causas da insônia ou da sonolência. Pode ser que a pessoa esteja sentindo medo ou angustia ou ter tido desentendimentos familiares.

Fique Atento: Medicamentos para dormir só podem ser administrados se tiverem sido receitados pelo médico. Esteja atento às reações, pois alguns medicamentos podem provocar agitação ou excesso de sono.

29 Demência

A demência é uma doença de causa desconhecida, caracterizada pela morte rápida de muitas células do cérebro. A pessoa com demência vai perdendo a capacidade e as habilidades de fazer coisas simples. A demência provoca perda de memória, confusão, comportamentos estranhos e mudanças na personalidade. Ainda não existe cura para a demência, no entanto há tratamento que alivia os sinais e sintomas da doença.

A pessoa com demência pode apresentar os seguintes sinais e sintomas:

- Falha na memória, a pessoa se lembra perfeitamente de fatos ocorridos há muitos anos, mas esquece o que acabou de acontecer.
- Desorientação, como dificuldade de se situar quanto à hora, dia e local e perder-se em lugares conhecidos.
- Dificuldade em falar ou esquece o nome das coisas. Para superar essa falha, descreve o objeto pela sua função, ao não conseguir dizer caneta, diz: "Aquele negócio que escreve".
- Dificuldade em registrar na memória fatos novos, por isso repete as mesmas coisas várias vezes.
- Alterações de humor e de comportamento: choro, ansiedade, depressão, fica facilmente zangada, chateada ou agressiva, desinibição sexual, repetição de movimentos, como abrir e fechar gavetas várias vezes.
- Dificuldade de compreender o que lhe dizem, de executar tarefas domésticas e fazer sua higiene pessoal.
- Comportar-se de maneira inadequada fugindo a regras sociais como sair vestido de pijama, andar despido, etc.
- Esconder ou perder coisas e depois acusar as pessoas de tê-las roubado.
- Ter alucinações, ver imagens, ouvir vozes e ruídos que não existem.

À medida que a doença progride, os sinais e os sintomas se tornam mais marcantes e incapacitantes.

Cuidador, ao perceber sinais de demência na pessoa cuidada, procure conversar sobre isso com a equipe de saúde. O diagnóstico médico é um aspecto importante no tratamento, pois a demência pode apresentar os mesmos sinais e sintomas de outras doenças.

30 Cuidados com a medicação

O uso correto da medicação é fundamental para a recuperação da saúde e para isso são necessários alguns cuidados:

- Peça ajuda à equipe de saúde para organizar a medicação.
- Mantenha os medicamentos nas embalagens originais, assim fica fácil controlar a data de validade e evita que se misturem.
- Atualmente há no mercado caixinhas porta-medicação, que auxiliam as pessoas a tomar corretamente os medicamentos. Essas caixinhas são divididas por períodos do dia (manhã, almoço, jantar, ao deitar) e ainda podem ser separadas por dia da semana, ou seja, uma caixinha por dia da semana.
- Os materiais e medicações de curativos, tais como: pomada, gaze, luva, tesoura, faixa, esparadrapo, soro fisiológico e outros devem ser guardados em uma caixa com tampa, separados dos outros medicamentos.
- O material e a medicação utilizados para nebulização devem ser guardados secos em uma caixa de plástico com tampa. Caixa de madeira e papelão não são indicadas pois podem favorecer a formação de fungos.
- Converse com a equipe de saúde sobre o planejamento dos horários de medicação. Sempre que possível é bom evitar ministrar medicação nos horários em que a pessoa dorme, pois isso interfere na qualidade do sono.
- Mantenha os medicamentos em local seco, arejado, longe do sol e principalmente onde crianças não possam mexer.
- Evite guardar medicamentos em armários de banheiro e ao lado de filtro de água, pois a umidade pode estragar a medicação.
- Mantenha a última receita junto à caixa de medicamentos, pois isso facilita consultá-la em caso de dúvidas ou apresentá-la ao profissional de saúde quando solicitada.
- Os medicamentos que não estiverem sendo utilizados podem ser devolvidos à Unidade de Saúde.
- Não acrescente, diminua, substitua ou retire medicação sem o conhecimento da equipe de saúde.
- Se após tomar um medicamento a pessoa cuidada apresentar reação estranha, avise a equipe de saúde.
- Produtos naturais, como os chás de plantas medicinais, são considerados medicamentos e alguns deles podem alterar a ação da medicação que a pessoa esteja usando. Se a pessoa cuidada usar algum desses produtos avise à equipe de saúde.
- Acenda a luz sempre que for preparar ou ministrar medicação para evitar trocas de medicamentos.
- Sempre leia o nome do medicamento antes do preparo e de dar à pessoa, pois medicamentos diferentes podem ter a mesma cor e tamanho, e também um mesmo medicamento pode variar de cor e formato dependendo do fabricante, como por exemplo, o comprimido de captopril que pode ser branco ou azul.
- Antes de feriados e finais de semana é preciso conferir se a quantidade de medicamentos fornecidos pela Unidade de Saúde é suficiente para esses dias.
- Não se use medicamentos que foram receitados para outra pessoa.

31 Emergência no domicílio

Emergência é sempre uma situação grave que acontece de repente e que requer uma ação imediata com a finalidade de resguardar a vida da pessoa. A pessoa cuidada por estar mais frágil e debilitada pode, de uma hora para outra, ter uma piora súbita em seu estado geral ou sofrer um acidente.

Esteja atento para perceber uma emergência e procure ajuda para lidar com essa situação de maneira firme e segura. Portanto, a emergência requer cuidados imediatos, com a finalidade de evitar complicações graves ou a morte da pessoa cuidada.

A pessoa idosa pode ter mais de uma doença crônica, como por exemplo: diabetes e hipertensão arterial, seqüelas de derrame e Parkinson e por isso seu estado geral pode se alterar muito rapidamente.

O aparecimento súbito de sinais que a pessoa não tinha anteriormente, tais como: sonolência excessiva, confusão mental, agitação, agressividade pode indicar uma situação de emergência.

É importante manter em local visível e de fácil acesso os números de telefones dos serviços de pronto-socorro, como o SAMU 192, para onde se possa ligar em casos de emergência.

31.1 Engasgo

O engasgo ocorre quando um alimento sólido ou líquido entra nas vias respiratórias, podendo desencadear:

Aspiração – quando líquidos ou pedaços muito pequenos de alimentos chegam aos pulmões, o que pode provocar pneumonia por aspiração.

Sufocamento – ocorre quando pedaços maiores de alimentos ou objetos param na garganta (traquéia) e impedem a passagem do ar.

Cuidador, ao perceber que a pessoa cuidada está engasgada, tente primeiro retirar com o dedo o pedaço de alimento que está provocando o engasgo. Caso não consiga, coloque a pessoa em pé, abrace-a pelas costas apertando com seus braços a "boca" do estômago da pessoa. (Manobra de Heimlich)

Cuidador, ao alimentar a pessoa acamada, coloque-a na posição mais sentada possível com a ajuda de almofadas e travesseiros e não dê líquidos e alimentos à pessoa que estiver engasgada.

31.2 Queda

As quedas são os acidentes que mais ocorrem com as pessoas idosas e fragilizadas por doenças, ocasionando fraturas principalmente no fêmur, costela, coluna, bacia e braço.

Após uma queda é importante que a equipe de saúde avalie a pessoa e identifique a causa, buscando no ambiente os fatores que contribuíram para o acidente. Assim, podem ajudar a família a adotar medidas de prevenção e a tornar o ambiente mais seguro.

Ao atender a pessoa que caiu, observe se existe alguma deformidade, dor intensa ou incapacidade de movimentação, que sugere fratura. No caso de suspeita de fratura, caso haja deformidade, não tente "colocar no lugar", procure não movimentar a pessoa cuidada e chame o serviço de emergência o mais rápido possível.

31.3 Convulsão

A convulsão ou ataque epilético é o resultado do descontrole das ondas elétricas cerebrais e pode acontecer por diversas causas. Não é doença contagiosa, portanto ninguém se contamina ao atender e tocar a pessoa durante a convulsão. Na crise convulsiva a pessoa pode cair, perder a consciência, movimentar braços e pernas contra sua vontade e de maneira desordenada, urinar e defecar involuntariamente.

Ao atender a pessoa durante a crise convulsiva, apóie a cabeça da pessoa e gire para o lado, para evitar que a saliva seja aspirada e vá para os pulmões. Proteja a pessoa para ela não se machucar, afastando móveis e objetos.

Ao terminar a crise a pessoa acorda confusa, desorientada, sentindo dores no corpo e sem saber o que aconteceu. Tranqüilize a pessoa e procure ajuda da equipe de saúde.

31.4 Vômitos

Os vômitos podem estar relacionados à doença ou a uma reação do organismo a um alimento ou medicamento.

Vômitos freqüentes causam desidratação principalmente em crianças, idosos e pessoas debilitadas. Para evitar que a pessoa fique desidratada é preciso repor com soro caseiro ou de pacote, o líquido e sais minerais perdidos pelo vômito.

Ao atender a pessoa acamada que esteja vomitando, vire-a de lado para evitar que o vômito seja aspirado e chegue aos pulmões.

31.5 Diarréia

Diarréia são fezes líquidas em maior número do que a pessoa evacuava normalmente. As crianças e os idosos com diarréia podem facilmente ficar desidratadas.

A alimentação da pessoa com diarréia não deve ter alimentos fibrosos como: verduras, legumes, frutas, feijão e alimentos doces.

Nos primeiros sinais de diarréia e vômitos, prepare soro caseiro ou de pacote e ofereça à pessoa em pequenos goles.

Se a pessoa cuidada, mesmo tomando soro, continuar com vômito ou estiver com sinais de desidratação, sangue nas fezes, vermelhidão na pele, febre e calafrios, é preciso que seja avaliada pela equipe de saúde. Pessoas com diabetes ou que tomem remédio para o coração podem apresentar complicações mais cedo.

31.6 Desidratação

A desidratação acontece quando a pessoa perde líquidos e sais minerais pelo vômito e diarréia.

A pessoa desidratada pode apresentar pele seca, olhos fundos, pouca saliva e urina. Nas crianças pequenas a moleira fica afundada. Sonolência, cansaço, piora do estado geral, pressão baixa, confusão mental são sinais de desidratação grave.

Se a pessoa não consegue beber água ou soro, ou os vômitos/diarréia não param, procure a equipe de saúde, pois pode ser necessário aplicar soro na veia.

31.7 Hipoglicemia

A hipoglicemia é a diminuição do nível do açúcar no sangue. Isso acontece nos diabéticos quando faz muito exercício físico em jejum ou se fica longo tempo sem se alimentar.

No Diabético também pode ocorrer hipoglicemia quando a pessoa recebe uma dose de insulina ou de medicamentos para o controle do Diabetes maior que o necessário ou quando consome bebida alcoólica em excesso. A hipoglicemia pode ocorrer em qualquer hora do dia ou da noite, mas em geral acontece antes das refeições.

Os sinais e sintomas de hipoglicemia são: cansaço, suor frio, pele fria, pálida e úmida, tremor, coração disparado, nervosismo, visão turva ou dupla, dor de cabeça, dormência nos lábios e língua, irritação, desorientação, convulsões, tontura e sonolência.

Converse com a equipe de saúde para aprender a verificar a glicemia em casa. Se a glicemia estiver abaixo de 50 a 60 mg/dl ou a pessoa estiver sentindo os sintomas referidos acima ofereça-a bala ou meio copo de água com duas colheres de sopa de açúcar.

Se ela estiver desmaiada ou se recusar a colaborar, coloque um lenço entre as arcadas dentárias e introduza colheres de café com açúcar entre a bochecha e a gengiva, massageando-a por fora.

Assim que a pessoa melhorar, ofereça a ela uma refeição. Se os sintomas não desaparecerem é preciso procurar imediatamente a equipe de saúde ou um serviço de urgência.

31.8 Desmaio

Desmaio é a perda temporária da consciência, pode ocorrer quando a pessoa tem uma queda da pressão arterial, convulsões, doenças do coração, hipoglicemia, derrame e outras. Por esse motivo é preciso identificar a causa do desmaio.

Enquanto a pessoa estiver inconsciente, não ofereça líquidos ou alimentos, pois ela pode engasgar. Verifique se a pessoa apresenta ferimentos ou fraturas. Peça ajuda para levantar a pessoa e colocá-la na cama. Mantenha a pessoa deitada, com a cabeça no mesmo nível do corpo.

Se a pessoa que desmaiou for diabética, espere recuperar a consciência, e então ofereça a ela um copo de água com açúcar. Se for possível, meça a pressão e sinta os batimentos do pulso. Se a pessoa não melhorar, procure imediatamente a equipe de saúde.

31.9 Sangramentos

É a perda de sangue em qualquer parte do corpo. Pode acontecer externamente ou internamente, resultante de feridas, cortes, úlceras ou rompimento de vasos sangüíneos. O sangramento interno é mais grave e mais difícil de ser identificado. .

Procure localizar de onde vem o sangramento e estancá-lo, apertando o local com as mãos. Para evitar contaminação proteja o local com um pano limpo. Para diminuir o sangramanto, utilize compressa com gelo ou água gelada, mantendo elevado.

Se a hemorragia acontecer num órgão interno que se comunica com o exterior o sangramanto será percebido na boca, nariz, fezes, urina, vagina ou pênis, dependendo do local onde rompeu o vaso sangüíneo. No sangramento do intestino é possível perceber fezes escuras e com cheiro fétido, o sangue que vem do estômago escuro como borra de café ou vermelho vivo e pode ser observado no vômito. O sangue que sai do pulmão é vermelho vivo e com bolhas de ar. Na hemorragia de bexiga o sangue sai pela urina. O sangue que sai pela vagina pode ser de uma hemorragia da vagina, do útero ou das trompas. Qualquer tipo de sangramento deve ser avaliado pela equipe de saúde.

31.10 Confusão mental

Na confusão mental a pessoa fica agitada, irritada, desorientada, não sabe onde está e fala coisas sem sentido, parece ativa num momento e logo a seguir pode estar sonolenta e com a atenção prejudicada.

A confusão mental pode acontecer no infarto do coração, desidratação, traumatismo do crânio, infecção, pressão baixa, derrame ou outra doença grave.

É preciso que a pessoa seja avaliada pela equipe de saúde. Com o tratamento dessas doenças geralmente a pessoa sai do estado de confusão.

32 Maus tratos

Maus tratos são atos ou omissões que causem dano, prejuízo, aflição, ou ameaça à saúde e bem-estar da pessoa. O mau trato pode ocorrer uma única vez ou se tornar repetitivo, pode variar de uma reação brusca, impensada, até uma ação planejada e contínua e causar sofrimento físico ou psicológico à pessoa cuidada. Os maus tratos tanto podem ser praticados pelo cuidador, por familiares, amigos, vizinhos, como por um profissional de saúde.

Os maus tratos podem estar relacionados a diversas causas, tais como: conflitos familiares, incapacidade técnica do cuidador em desempenhar as atividades adequadamente, problemas de saúde física ou mental da pessoa cuidada ou do cuidador, desgaste físico e emocional devido a tarefa de cuidar, problemas econômicos, etc.

A violência e os maus tratos podem ser físicos, psicológicos, sexuais, abandono, negligências, abusos econômico-financeiros, omissão, violação de direitos e autonegligência.

- **Abusos físicos, maus tratos físicos ou violência física** – são ações que se referem ao uso da força física como beliscões, puxões, queimaduras, amarrar os braços e as pernas, obrigar a tomar calmantes etc.
- **Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos** – correspondem a agressões verbais ou com gestos, visando aterrorizar e humilhar a pessoa, como ameaças de punição e abandono, impedir a pessoa de sair de casa ou trancá-la em lugar escuro, não dar alimentação e assistência médica, dizer frases como "você é inútil", "você só dá trabalho" etc.
- **Abuso sexual, violência sexual** – é o ato ou jogo de relações de caráter hétero ou homossexual, sem a permissão da pessoa. Esses abusos visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de convencimento, violência física ou ameaças.
- **Abandono** – é uma forma de violência que se manifesta pela ausência de responsabilidade em cuidar da pessoa que necessite de proteção, seja por parte de órgãos do governo ou de familiares, vizinhos amigos e cuidador.
- **Negligência** – refere-se à recusa ou omissão de cuidados às pessoas que se encontram em situação de dependência ou incapacidade, tanto por parte dos responsáveis familiares ou do governo. A negligência freqüentemente está associada a outros tipos de maus tratos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais.
- **Abuso econômico/financeiro** – consiste na apropriação dos rendimentos, pensão e propriedades sem autorização da pessoa. Normalmente o responsável por esse tipo de abuso é um familiar ou alguém muito próximo em quem a pessoa confia.
- **Autonegligência** – diz respeito às condutas pessoais que ameacem a saúde ou segurança da própria pessoa. Ela se recusa a adotar cuidados necessários a si mesma, tais como: não tomar os remédios prescritos, não se alimentar, não tomar banho e escovar os dentes, não seguir as orientações dadas pelo cuidador ou equipe de saúde.

32.1 O que o cuidador pode fazer diante de situações de maus tratos

- Ter consciência de que maus tratos existem e que têm um efeito destrutivo na qualidade de vida das pessoas.

- Refletir diariamente se, mesmo sem querer, realizou algum ato que possa ser considerado como maus tratos, procurando desculpar-se junto à pessoa cuidada. Identificar as razões e buscar a ajuda da equipe de saúde.
- Caso assista ou tenha conhecimento de alguma forma de maus tratos à pessoa cuidada, denunciar, esse fato.

32.2 Denúncia em caso de maus tratos

Quanto mais dependente for a pessoa, maior seu risco de ser vítima de violência. O cuidador, os familiares e os profissionais de saúde devem estar atentos à detecção de sinais e sintomas que possam denunciar situações de violência. Todo caso suspeito ou confirmado de violência deve ser notificado, segundo a rotina estabelecida em cada município, os encaminhamentos devem ser feitos para os órgãos e instituições descriminados a seguir, de acordo com a organização da rede de serviços local:

a) Delegacia especializada da mulher

b) Centros de Referência da mulher

c) Delegacias Policiais

d) Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa

e) Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

f) Ministério Público

g) IML e outros

O Ministério Público é um dos principais órgãos de proteção, que para tanto, poderá utilizar medidas administrativas e judiciais com a finalidade de garantir o exercício pleno dos direitos das pessoas vítimas de violência. Portanto, devem a sociedade civil, conselhos estaduais e municipais e demais órgãos de defesa dos direitos, procurar o Ministério Público local toda vez que tiver conhecimento de discriminação e violência.

33 Reconhecendo o fim

Diante da possibilidade de morte de alguém querido a família ou o cuidador passa pelo sentimento de incapacidade e isso gera sentimentos contraditórios, tais como raiva, culpa, alívio, etc.

A raiva é um sentimento que aparece quando se percebe que não se pode mudar o rumo das coisas e prolongar a vida. A culpa está relacionada com o sentimento de não ter cuidado mais e melhor. Por outro lado, a morte de alguém que está sofrendo pode representar um alívio para a família e para o cuidador.

Esses são sentimentos comuns e normais nessa situação, dificilmente são reconhecidos ou aceitos. É preciso que o cuidador e os familiares reconheçam seus limites e entendam que mesmo que estejam fazendo tudo o que é necessário para o bem-estar da pessoa, pode ser que ela não recupere a saúde.

Ao longo da vida passa-se por várias situações: algumas coisas são perdidas e outras ganhas, tais como: ao crescer se perde a infância e se ganha a adolescência , ao mudar de casa ou de trabalho se pode ganhar mais espaço ou melhor salário, mas se perde o lugar que gostava ou se deixam os amigos, ao terminar um relacionamento amoroso e iniciar outro, os sentimentos também são contraditórios. Se sente tristeza pela perda do amor antigo , apesar de estar feliz com novo amor. Todas essas situações podem parecer insuportáveis e insuperáveis.

Esse momento de sofrimento pela perda de alguém é melhor suportado quando se tem com quem partilhar, pois esconder os sentimentos, chorar escondido, negar a perda não torna o sofrimento mais suportável.

Nessas horas cada pessoa tem seu jeito de procurar consolo para seu sofrimento como por exemplo, rezar, mudar de ambiente, pensar sobre a vida, conversar sobre a situação, reencontrar velhas amizades, cuidar de si mesmo e reorganizar a vida.

34 Como proceder no caso de óbito

- **Óbito na residência, sem assistência médica** – Procurar na sua cidade o serviço de verificação de óbitos para a emissão do atestado de óbito, caso não haja esse serviço, o atestado deverá ser emitido por médico do serviço de saúde pública mais próximo ao local onde ocorreu o falecimento, ou na falta desse, por qualquer outro médico da localidade. Em todos os casos deverá constar no atestado que a morte ocorreu sem assistência médica.
- **Óbito no hospital** – No próprio hospital o familiar/cuidador receberá orientações necessárias sobre como proceder para obter a declaração de óbito.

Após a emissão da declaração de óbito, a família ou responsável pelo falecimento deverá levar o documento ao Cartório de registro mais próximo a fim de registrar o óbito. Esse registro resultará na Certidão de Óbito emitida pelo Cartório, documento essencial para que se proceda ao sepultamento e todas as outras providências necessárias.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. *Convivendo com alzheimer*: manual do cuidador. Disponível em: <http://www.alzheimer.med.br/declaracao.htm>. Acesso em: 8 abr. 2005.

_____. *Doença de alzheimer*: orientações ao familiar: cuidador. Disponível em: <http://www.alzheimer.med.br/declaracao.htm>. Acesso em: 8 abr. 2005.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar*: ética do humano. Petrópolis: Vozes, 1999. (Compaixão pela Terra).

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providencias. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. *Idosos*: problemas e cuidados básicos. Brasília, 1999.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006. Aprova a norma operacional básica de recursos humanos do Sistema Único de Assistência Social - NOB-RH/SUAS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e Norma Operacional Básica – NOB/SUAS*. Brasília, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Cartilha do BPC*. Brasília, 2006.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. *Manual para cuidadores informais de idosos*: guia prático. Campinas, 2004.

_____. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual de cuidados domiciliares na terceira idade*: guia prático para cuidadores informais. Campinas, 2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual para cuidadores informais de Idosos*: guia prático. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/saude/FO087.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2005.

CURITIBA. Secretaria de Estado do Emprego e Relações do Trabalho; Secretaria de Estado da Saúde. *Curso cuidador de idoso*. Curitiba, 1999.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência da Saúde da Comunidade. Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Idoso. *Manual de atenção ao idoso da rede da SES-DF*. Brasília, 2006.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. *Manual para cuidadores de idoso*. Florianópolis, 2006.

FURNAS CENTRAIS ELÉTRICAS. Departamento de Saúde de FURNAS Centrais Elétricas. *Manual cuidado social, um caminho a seguir*. Rio de Janeiro: Comitê FURNAS da ação da Cidadania do Escritório Central, 2006.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Superintendência Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Candido Santiago. Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás. *Formação inicial e continuada de trabalhadores*: cuidador de idosos. Goiânia, 2007.

KONSEN, A. et al. (Orgs.). *Cuidando de quem cuida*. Rio Grande do Sul: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

NEVES, Eloita P. Reflexões acerca dos conceitos autocuidado e competência: poder para o autocuidado. *Revista Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, dez. 1987.

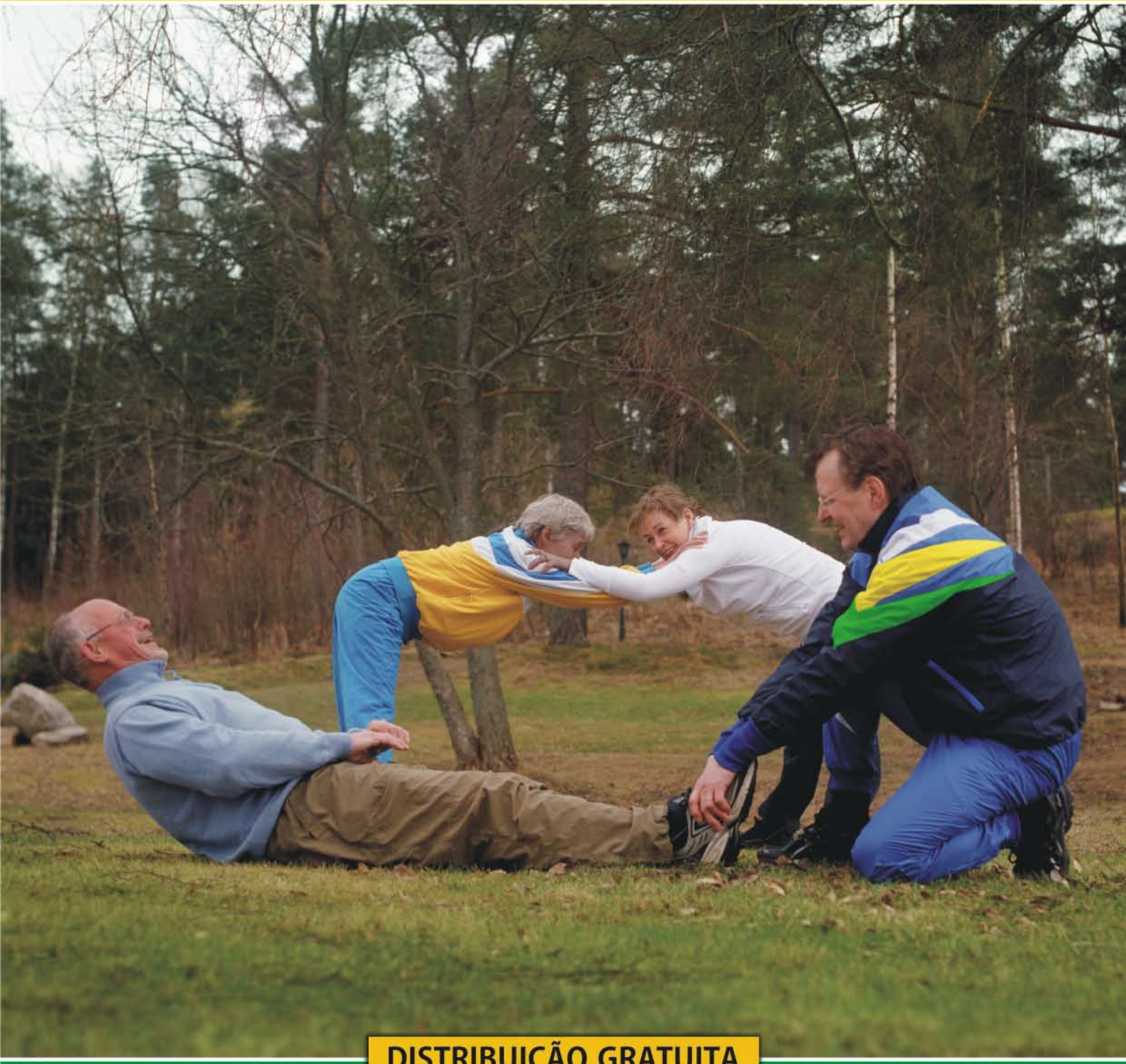
PORTO ALEGRE. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. *Cuidando de quem cuida*: manual para quem cuida de uma pessoa que precisa de cuidados permanentes. Porto Alegre, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Caracterização das pessoas com perdas funcionais e dependência na área de abrangência do PSF do município de São Paulo*: relatório e pesquisa. São Paulo, 2004. Mimeografado.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Hipoglicemia*. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/diabetes/hipog.php>. Acesso em: 14 ago. 2007.

CUIDAR MELHOR E EVITAR A VIOLÊNCIA

Manual do Cuidador da Pessoa Idosa



DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Presidente da República
LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Secretário Especial dos Direitos Humanos
PAULO DE TARSO VANNUCHI

Secretário Especial Adjunto dos Direitos Humanos
ROGÉRIO SOTTILI

Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos
PERLY CIPRIANO

Cuidar Melhor e Evitar a Violência

Manual do Cuidador da Pessoa Idosa

Tomiko Born
Organizadora

Brasília, 2008

Presidência da República

Secretaria Especial dos Direitos Humanos

Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 209
70064-900 – Brasília – DF
Fones: (61) 3429-3014 – Fax: (61) 3225-0440
E-mail: cndi@sedh.gov.br
Site: www.planalto.gov.br/sedh
Site: www.direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso

Reprodução autorizada, desde que citada a fonte de referência.

Distribuição gratuita.

Impresso no Brasil / Printed in Brasil

Copyright © 2008 by Secretaria Especial dos Direitos Humanos

Tiragem: 20.000 exemplares

Elaboração e Apoio:
Programa Providência de Elevação da Renda Familiar

Born, Tomiko

Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa / Tomiko Born (organizadora) – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
330 p.; 30 cm.

1. Conselhos do Idoso 2. Direitos humanos 3.Idoso, cidadania 4. Idoso, aspectos sociais 5. Pessoa Idosa, cuidador I. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos II. Título: Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa

CDU 035
613.98

Apresentação

A presente publicação, **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**, é mais um esforço da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) para implementar o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa e atende as recomendações de inúmeros encontros realizados em todo o país.

Nos últimos anos, cresce no Brasil a consciência de que a violência contra a pessoa idosa é um problema grave e complexo e que a sua abordagem exige a formulação de várias estratégias, conforme prevê o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. A formação de cuidadores é, sem dúvida, uma delas, pois, conforme revelam estudos nacionais e internacionais sobre o tema, uma grande parte da violência contra essa população acontece dentro da família ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos freqüentemente, por falta de preparo do cuidador.

Vários profissionais, cuidadores e pessoas idosas acompanharam de perto a formulação deste manual, participando em duas oficinas, em Brasília, e em outros pontos do território nacional.

O manual foi elaborado por profissionais com formação em Geriatria e Gerontologia que dedicaram horas preciosas de trabalho para compartilhar seus conhecimentos e sua experiência com o cuidador da pessoa idosa.

Este manual deverá ser utilizado nos cursos promovidos pelos Centros de Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa, ação conjunta da SEDH/PR com Organizações Governamentais e Organizações não Governamentais. Será um instrumento que o cuidador institucional, domiciliar e familiar das pessoas idosas utilizará como um guia para proporcionar melhores cuidados, participando dos esforços para reduzir a violência contra essa população e garantir-lhe um envelhecer com dignidade.

A todos que participaram desse verdadeiro mutirão o nosso muito obrigado.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos
da Presidência da República

Presidência da República
Secretaria Especial dos Direitos Humanos
Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

COORDENAÇÃO GERAL
Jurilza Maria Barros de Mendonça

ORGANIZAÇÃO DA PUBLICAÇÃO
Tomiko Born

EXECUÇÃO DO PROJETO
Programa Providência

REVISÃO
Tomiko Born
Matheus Papaléo Netto
Renato Botaro

APOIO TÉCNICO
Albamaria Paulino Abigalil
Cleyton Edney Ribeiro Medeiros
Lívia Reis de Souza
Telmara Galvão
Sebastião Rui Oliveira de Souza

ILUSTRAÇÕES
Queila Moreira Soares
Dalila Ottoni de Carvalho
José Ricardo de Freitas

COLABORADORES

1. CARLOS HENRIQUE ALVES DE REZENDE – Médico. Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Professor associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. E.mail: charezende@ufu.com.br
2. CLAUDIA BURLÁ – Médica Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Secretária Geral e Vice Presidente da International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG 2005 -2009). E.mail: cburla@terra.com.br
3. CLAUDIA VELLOSO SILVA DE MELO – Médica especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Estágio de pós-graduação em Geriatria da Universidade de Brasília (HUB-UNB). Especialista em Saúde do Idoso – Geriatria e Gerontologia – CIAPE.
4. CLARI MARLEI DALTROZO MUNHOZ – Assistente Social, Mestrado em Gerontologia Social pela Universidade Autônoma de Madri. Presidente do Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal. E.mail: clarimarlei@gmail.com
5. DENISE RODRIGUES YUASO – Fisioterapeuta. Mestre em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Doutoranda em Uroginecologia pela UNIFESP. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia e do Curso de Pós Graduação em Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, SP. E.mail: dyuaso@scamilo.edu.br
6. EINSTEIN CAMARGOS – Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília (UNB). Geriatra do Centro de Medicina do Idoso (HUB/UNB). Preceptor do Programa de Residência Médica em Geriatria do Hospital Universitário de Brasília/Universidade de Brasília – HUB/UNB. E.mail: einstein@unb.br
7. FERNANDA MARIA LOPES ROCHA – Fisioterapeuta. Mestre em Gerontologia Social pela Universidade Autônoma de Madrid. Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) e do Curso de Especialização em Saúde do Idoso do Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento (CIAPE). E.mail: fernanda@ciape.org.br

8. FRANCISCA MAGALHÃES SCORALICK – Médica Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e pelo Ministério da Educação (MEC). Geriatra do Hospital das Forças Armadas (HFA). E.mail: franciscascoralick@uol.com.br

9. HELITH MORENO – Fisioterapeuta. Especialista em Gerontologia pela UNIFESP/EPM. Assistência Social Dom José Gaspar/Jardim de Repouso São Francisco.

10. IDIANE ROSSET CRUZ – Enfermeira. Doutoranda do Programa Doutorado Interunidades da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

11. JOHANNES DOLL – Pedagogo. Gerontólogo (Universidade de Heidelberg). Doutor em Filosofia pela Universidade de Koblenz-Landau, Alemanha. Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E.mail: doll@ufrgs.br

12. JUDY ROBBE – Fundadora e coordenadora do Grupo de Apoio Harmonia do Viver, para familiares de idosos com Demência. E.mail: robbe@uai.com.br

13. JULIANA JUNQUEIRA MARQUES TEIXEIRA – Médica especialista em Geriatria e Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Pós-graduada em Geriatria pela Universidade de Brasília.

14. LAURA ROSA ALMEIDA P. FERREIRA – Assistente social. Curso de Aperfeiçoamento em Gerontologia pela UNB. Coordenadora da Proteção Especial da Alta Complexidade na Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social SEDES-PA. E.mail: laurarosa a@ ig.com.br

15. LEDA ALMADA CRUZ DE RAVAGNI – Mestre em História pela Universidade de Paris X. Presidente da Associação Nacional de Gerontologia / Distrito Federal. E.mail: leda.almada@hotmail.com

16. LEONARDO DA COSTA LOPES – Médico especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Médico da Divisão de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP). Médico colaborador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). E.mail: lclusp@usp.br

17. LEONARDO S. ROCHA PITTA – Médico especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e em Clínica Médica e Medicina Interna. Pós-graduação em Geriatria pelo Hospital Universitário de Brasília/Universidade de Brasília-HUB/UnB. E.mail: leonardo_ pitta@yahoo.com.br

18. LIGIA PY – Psicóloga. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Doutora em Psicologia pela UFRJ. Professora Colaboradora do Instituto de Psicologia/UFRJ. E.mail: ligiapy@oi.com.br

19. LUCIANA DE MOURA RIBEIRO – Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde do Idoso pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Instrutora do Curso Cuidador de Idosos pelo Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento/CIAPE. Tutora do Curso de Pós-graduação on-line em Saúde do Idoso da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. E.mail:lmouraribeiro@gmail.com

20. LUCIANA KUSUMOTA – Enfermeira. Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E.mail: kusumota@eerp.usp.br

21. LUCIANA LÍLIAN LOUZADA – Médica especialista em Clínica Médica. Residente de Geriatria pela Universidade de Brasília.

22. LUCIANA PAGANINI PIAZZOLLA – Médica especialista em Geriatria e Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Professora de Semiologia Médica da Universidade Católica de Brasília. Médica Colaboradora da Residência Médica de Geriatria do Centro de Medicina do Idoso – Hospital Universitário de Brasília/ Universidade Nacional de Brasília. E.mail: lupaganini@ig.com.br

23. LUCILA BOMFIM LOPES PINTO – Terapeuta Ocupacional. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestre em Psicologia. Professora da Universidade de Fortaleza. Membro do Conselho Estadual dos Direitos do Idoso do Ceará.

24. LUCY GOMES VIANNA – Médica. PhD University of London. Professora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília. Professora Titular de Clínica Médica, Universidade de Brasília.

25. MAIRA ROZENFELD OLCHIK – Fonoaudióloga Clínica. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande Sul. Professora de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. E.mail: mairarozenfeld@hotmail.com

26. MARCEL HIRATSUKA – Médico especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Médico preceptor de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador do Projeto Saúde Não Tem Idade. E.mail: geriatriahcpreceptoria@yahoo.com.br

27. MARCO POLO DIAS FREITAS – Médico especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestre em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor do Programa de Residência Médica em Geriatria do Hospital Universitário de Brasília / Universidade de Brasília. E.mail: marcopolo.freitas@gmail.com

28. MARIA APARECIDA FERREIRA DE MELLO – Terapeuta Ocupacional. Doutora em Ciências da Reabilitação. Fundadora e Presidente do Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento (CIAPE).

29. MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO – Antropóloga e sanitarista, pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. E.mail: cecília@claves.fiocruz.br

30. MARIA HELENA LARCHER CALIRI – Enfermeira. Doutora em Enfermagem, especializada em feridas crônicas. Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E.mail: mhcaliri@eerp.usp.br

31. MARIA LUCIANA C. DE B. LEITE – Assistente Social. Especialização em Gerontologia e Saúde do Idoso/UFG. Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, do Hospital Regional do Guará, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Vice Presidente da Associação Nacional de Gerontologia/DF.

32. MARIANA CABRAL RUBACK ACCIOLY – Médica, Especialista em Clínica Médica, Residente de Geriatria pela Universidade de Brasília.

33. MARÍLIA ANSELMO VIANA DA SILVA BERZINS – Assistente social. Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. E.mail: mberzins@superig.com.br

34. MÁRLON JULIANO ROMERO ALIBERTI – Médico especialista em geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Médico geriatra do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Coordenador médico do Hospital Dia Geriátrico do HCFMUSP e do Projeto Saúde Não Tem Idade. E.mail: marlon.aliberti@yahoo.com.br

35. MAURO RODRIGUES DE SOUZA – Auditor-Fiscal do Trabalho – SRTE/DF.

36. MYRIAN NAJAS – Nutricionista. Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo. E.mail: myriannajas@uol.com.br

37. NEUZA MOREIRA DE MATOS – Enfermeira. Mestre em Gerontologia, UCB. Docente do curso de Graduação em Enfermagem, UCB. Enfermeira do Centro de Referência em Saúde do Idoso da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga, DF.

38. PAULA REGINA DE OLIVEIRA RIBEIRO – Defensora Pública do DF Coordenadora do Núcleo de Defesa do Idoso e Conselheira Nacional dos Direitos do Idoso.

39. PAULA REGINA MACHADO – Assistente Social. Especialista em Gerontologia pela IMSERSO/ Universidade de Madri. Coordenadora do Centro de Apoio e Prevenção contra a Pessoa Idosa em Pernambuco. E.mail: paulaidoso@hotmail.com

40. ROSALINA A. PARTEZANI RODRIGUES – Enfermeira. Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Professora Titular junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E.mail:rosalina@eerp.usp.br

41. SÉRGIO MÁRCIO PACHECO PASCHOAL – Médico especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médico geriatra do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador da Área Técnica de Saúde do Idoso da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo. E.mail:smppacheco@hotmail.com

42. SILVIA ZAVALLONI PROTO HUMES – Médica Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Residente em Geriatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de Medicina da Universidade de São Paulo. Colaboradora da disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP. Coordenadora do Programa Saúde Não Tem Idade. Médica do Fleury Medicina & Saúde. E.mail: silvia.humes@uol.com.br

43. SUELI MARQUES – Enfermeira. Professora Doutora junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de conhecimento: Enfermagem Clínica e Enfermagem Gerontológica e Geriátrica.

44. SUSANNA RE – Psicóloga. Gerontóloga (Universidade de Heidelberg). Doutora em Filosofia pela Universidade de Heidelberg. Pesquisadora do Instituto de Gerontologia da Universidade de Heidelberg, Alemanha. E.mail: susanna.re@re-wilbers.de

45. TATIANE M. M. NISHIMURA – Fisioterapeuta. Especialista em Gerontologia pela UNIFESP/EPM. Assistência Social Dom José Gaspar / Jardim de Repouso São Francisco.

46. TEREZINHA TORTELLI – Enfermeira. Especialista em Gerontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Secretária Executiva da Pastoral da Pessoa Idosa. Conselheira no Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. E.mail:tortelli@pastoraldapessoaidosa.org.br

47. TOMIKO BORN – Assistente Social. Mestre em Ciências pela Columbia University School of Social Work (Nova York). Consultora colaboradora da Secretaria Especial dos Direitos Humanos. E.mail: thborn@nowtech.com.br

48. VEJUSE ALENCAR DE OLIVEIRA – Assistente social do SESC-CE. Presidente do Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – CE.

Observação:

Os textos "Cuidando de quem cuida", "Cuidar e promover a independência e a auto-estima da pessoa idosa" e "O cuidador familiar da pessoa idosa" foram extraídos, traduzidos e adaptados a partir de temas contidos na publicação "*Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda – Guía para cuidadores y familiares*", *do Instituto de Migraciones y Servicios Sociales* (IMSERSO), 1998, mediante autorização expressa, datada de 10/07/2008, do Secretário Geral do *Ministerio de Educación, Política Social y Deporte*, da Espanha.

Sumário

Introdução 19

Direitos e Políticas Públicas

Os direitos da pessoa idosa na legislação 25
Paula Regina de Oliveira Ribeiro

Direitos humanos e políticas públicas 30
Marília Anselmo Viana da Silva Berzins

Os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa 34
Mauro Rodrigues de Souza

Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. É possível prevenir e superar ... 38
Maria Cecília de Souza Minayo

Violência contra a pessoa idosa: o que fazer? 46
Marília Anselmo Viana da Silva Berzins

O cuidador

O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades 53
Leda Almada Cruz de Ravagni

O cuidador familiar da pessoa idosa 59
Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born

O cuidador principal, e sua relação com os demais cuidadores 64
Judy Robbe

Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa 70
Clari Marlei Daltrozo Munhoz
Leda Almada Cruz de Ravagni
Maria Luciana C. de B. Leite

Cuidar e promover a independência e a auto-estima da pessoa idosa 79
Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born

Cuidando de quem cuida 91
Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born

Os cuidados

Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência **113**
Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação **121**
Lucy Gomes
Neuza Moreira de Matos

Convulsões **126**
Silvia Zavalloni Proto Humes

Delirium ***132***
Marco Pólo Dias Freitas

Depressão **141**
Luciana Lílian Louzada

Insônia **145**
Einstein Camargos

Pneumonia **151**
Marcel Hiratsuka

Hipertensão e crise hipertensiva **157**
Cláudia Velloso Silva de Melo

Diabetes mellitus, hiperglicemia e hipoglicemia **165**
Francisca Magalhães Scoralick

Febre na pessoa idosa **173**
Juliana Junqueira Marques Teixeira

Infecção do trato urinário na pessoa idosa **177**
Mariana Cabral Ruback Accioly

Incontinência urinária e fecal **183**
Márlon Juliano Romero Aliberti

Tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária **191**
Denise Rodrigues Yuaso

Obstipação e fecaloma **192**
Leonardo da Costa Lopes

Perda de apetite e emagrecimento **197**
Carlos Henrique Alves de Rezende

Desidratação **203**
Leonardo S. Rocha Pitta

Problemas musculoesqueléticos **209**
Luciana Paganinni Piazzolla

Finitude e os cuidados ao fim da vida **217**
Claudia Burlá
Ligia Py

Identificação e prevenção das úlceras por pressão **229**
Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Cuidados com a administração de medicamentos **232**
Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Manobra Heimlich para intervir em caso de engasgo **240**
Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Noções de cuidado no asseio cotidiano **244**
Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Nutrição e alimentação da pessoa idosa e técnicas para evitar engasgos **252**
Maira Rozenfeld Olchik
Myrian Najas

Mobilidade, posicionamento e transferência **261**
Helith Moreno
Tatiane M. M. Nishimura

Prevenção de quedas e outros tipos acidentes 271
Denise Rodrigues Yuaso
Fernanda Maria Lopes Rocha

O que todo cuidador de pessoas idosas deve saber sobre Tecnologia Assistiva... 283
Maria Aparecida Ferreira de Mello

Como lidar com a inatividade e a tristeza na pessoa idosa com dependência 290
Luciana de Moura Ribeiro

Comunicação com a pessoa idosa dementada..... 298
Johannes Doll
Susanna Re

Como melhorar a atenção e memória na pessoa idosa 311
Laura Rosa Almeida P. Ferreira
Lucila Bomfim Lopes Pinto
Vejuse Alencar de Oliveira

A importância da espiritualidade e da religiosidade na pessoa idosa 319
Ir. Terezinha Tortelli FC

Orientações práticas: como proceder em casos de interdição e óbito 323
Paula Regina Machado

Anexo

Onde denunciar maus-tratos contra a pessoa idosa 325
Centros de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa
Conselhos Estaduais de Idosos

Introdução

"Muitos brasileiros estão enfrentando sozinhos as dificuldades trazidas pela velhice dos pais. Este isolamento tem um preço alto: por desconhecerem a realidade comum a todos os cuidadores, sofrem por coisas que não deveriam fazê-los sofrer. É um mundo de dor solitária e desnecessária."

(Marleth Silva)

Por que este manual?

O presente manual do(a) cuidador(a) da pessoa idosa foi elaborado por iniciativa da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, na perspectiva de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa.

É possível que algumas pessoas, ao folhearem as páginas deste manual perguntem qual a relação de cuidados qualificados à pessoa idosa com o enfrentamento à violência. Mas logo num dos primeiros textos – *Violências e maus tratos contra a pessoa idosa, é possível prevenir e superar*, escrito por Maria Cecília de Souza Minayo, encontrarão respostas para seu questionamento.

Estudos e pesquisas sobre violências contra a pessoa idosa, tanto no Brasil, como no exterior, revelam que freqüentemente elas são praticadas por pessoas muito próximas da pessoa idosa, seja no seu domicílio, numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI) ou em outros serviços para pessoas idosas. É a violência que ocorre num contexto de cuidado que é prestado à pessoa idosa, por cuidadores familiares ou profissionais.

Em relação aos familiares que se tornaram cuidadores de pessoas idosas, verifica-se que muitos assumiram este encargo sem ter recebido formação anterior e são obrigados a continuar com esta responsabilidade, durante longo tempo, acumulando cansaço, sem receber apoio e nem orientação para enfrentar as mudanças que vão ocorrendo na saúde da pessoa idosa.

Outras vezes, a violência parte dos cuidadores empregados em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) ou no domicílio da pessoa idosa, o

que aponta para um sério problema resultante de falta de cursos para qualificação de cuidadores. Por este motivo, muitos que se empregam como cuidadores, não receberam preparação necessária para esta função e nem encontram no seu emprego quem os possa orientar, no seu dia-a-dia, para lidar com situações novas e complexas. Pode-se imaginar que, nessas condições, o cuidado prestado à pessoa idosa tende a ser de baixa qualidade, torne-se estressante e seja gerador de violências contra a pessoa idosa.

Pensando nesse conjunto de problemas, pedimos a um grupo de profissionais que se dedicam ao estudo do envelhecimento e ao atendimento à pessoa idosa que escrevessem sobre os temas que constam deste manual. Pudemos contar com uma preciosa colaboração dessas pessoas, que se esforçaram para comunicar conhecimentos complexos sobre os vários aspectos do envelhecimento no Brasil, em linguagem simples e direta. Eles procuraram dar também, orientação concreta para que o cuidado à pessoa idosa possa ser realizado de forma a atender as suas múltiplas necessidades, de uma maneira adequada e sem prejudicar a saúde física e emocional do cuidador.

Por meio dos textos deste manual, o cuidador receberá esclarecimentos sobre alguns problemas de saúde mais comuns observados pelos profissionais especializados no atendimento à pessoa idosa e poderão verificar que muitas situações que considerava **natural** ou **normal** em qualquer pessoa de idade avançada podem ser **comuns**, isto é, ocorrem com freqüência, mas não são **naturais**, nem **normais**. Sabemos que, muitas vezes, não sabendo distinguir o que é próprio do envelhecimento e o que é doença, familiares e cuidadores deixam de prestar a necessária assistência à pessoa idosa, resultando, portanto em negligência.

Em vários capítulos, o cuidador encontrará explicações sobre problemas que freqüentemente geram mal estar e violência dentro da família. Como exemplo, podemos citar as mudanças súbitas de comportamento, a incontinência urinária, as demências, a depressão, o delirium (um quadro de confusão mental aguda).

Além das explicações e informações básicas sobre problemas de saúde, o cuidador encontrará também orientações concretas para que o processo de cuidar não aumente a dependência, mas possibilite o aproveitamento e desenvolvimento da capacidade física e mental da pessoa idosa.

Tornar a moradia mais segura, proporcionar alimentação adequada, assistir a pessoa idosa na sua mobilidade, saber comunicar com a pessoa que sofre de demência, cuidar adequadamente do asseio cotidiano, são alguns detalhes de um cuidado qualificado que os cuidadores familiares ou profissionais podem

proporcionar à pessoa idosa, o que em última análise, significa respeitar a dignidade da pessoa idosa.

Sob o título Orientações Práticas o cuidador encontrará informações sobre o processo de interdição da pessoa idosa, quando ela não apresentar mais condições para responder pelos seus atos da vida civil. Encontrará também instruções sobre as providências que devem ser tomadas quando ocorrer o falecimento da pessoa que se encontra sob seus cuidados.

Tradução de textos

Constam também deste manual três textos que foram traduzidos de uma publicação espanhola, *Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda, Guía para cuidadores y familiares* (Quando as pessoas idosas necessitam de ajuda. Guia para cuidadores e familiares). Dois deles são dedicados ao cuidador familiar e apresentam sugestões concretas para que este cuidador organize-se para realizar suas tarefas de forma adequada, poupando sua saúde e proporcionando boa qualidade de atendimento à pessoa idosa. O outro texto oferece orientação concreta para que o processo de cuidar promova a independência e a auto-estima da pessoa idosa.

A participação dos cuidadores

No esforço de garantir que tanto o conteúdo como a linguagem utilizada nos textos atendessem às necessidades dos cuidadores, foram organizadas oficinas de cuidadores e de técnicos para leitura e análise prévia dos textos, em São Paulo, Fortaleza, Recife, Teresina, Juiz de Fora, Brasília e Cornélio Procópio.

Numa segunda etapa, os representantes dessas oficinas se reuniram em Brasília durante dois dias para apresentar os resultados das suas oficinas e sugerir várias modificações nos textos, além de outros temas que não haviam sido abordados.

A quem se destina

Este manual destina-se a duas categorias de cuidadores: 1) o **cuidador familiar**, isto é, uma pessoa que cuida de uma pessoa idosa da sua própria família, também denominado **cuidador informal**; 2) **o cuidador formal**, ou seja, aquele que realiza esta função mediante uma remuneração e **trabalha na moradia da pessoa idosa ou numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI).** O leitor encontrará algumas páginas que visam especificamente ao cuidador familiar, mas a maioria das páginas destina-se às duas categorias de cuidadores.

Além de cuidadores, os gestores de instituições de longa permanência para idosos e de programas de atendimento domiciliar à pessoa idosa e os profissionais que de alguma forma estão em posição de orientar ou supervisionar os cuidadores encontrarão material valioso para a sua prática.

Material didático

Acreditamos também que este manual poderá ser adotado como um material didático em cursos de formação ou capacitação de cuidadores, colaborando para a melhoria do preparo dos cuidadores em todo o território brasileiro.

Agradecimentos

Ao grande número de profissionais que aceitou a incumbência de escrever sobre temas de grande complexidade, numa linguagem acessível aos cuidadores brasileiros.

Aos cuidadores de idosos que participaram das oficinas de leitura e análise de textos.

Aos profissionais que organizaram as oficinas regionais e participaram da oficina em Brasília.

A todas as pessoas que acompanharam a elaboração do manual com sugestões e críticas.

Agradecimentos ao IMSERSO

Expressamos também nossos sinceros agradecimentos ao *IMSERSO – Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Educación, Politica Social y Deporte,* do governo da Espanha, por ter autorizado a tradução de trechos de *Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda, Guía para cuidadores y familiares*.

Tomiko Born
Organizadora

Direitos e Políticas Públicas

Os direitos da pessoa idosa na legislação

Paula Regina de Oliveira Ribeiro

1. Na Constituição Federal

A proteção ao idoso tem assento constitucional e esta vem estampada logo no art. 1º da Constituição Federal – CF ao estabelecer que a República Federativa do Brasil tem como fundamentos, dentre outros, a cidadania e a dignidade da pessoa humana.

Esses fundamentos inauguram uma série de direitos protetivos que visam a garantir ao idoso, além das garantias constitucionais asseguradas a qualquer cidadão, direitos específicos. Vejamos.

A CF assevera que um dos objetivos fundamentais da República é o de construir uma sociedade livre, justa e solidária, promovendo o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (art. 3º, I e IV).

Ainda, como direitos e garantias fundamentais, determina em seu art. 5º que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, prosseguindo que a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado (XLVIII).

O inciso XXX do art. 7º, ao tratar dos direitos sociais, proíbe a diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil.

Aos maiores de 70 (setenta) anos é facultado o direito de votar (art. 14, §1º, II, b).

Continuando a proteção etária, a pessoa idosa tem direito ao seguro social ou aposentadoria, variando as idades, se homem ou mulher, se trabalhador urbano ou rural (art. 201).

Para a pessoa idosa que não integre o seguro social, a Constituição assegura a prestação de assistência social à velhice. Tal proteção deve se dar com os

recursos orçamentários da previdência social e prevê, entre outras iniciativas, a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa idosa que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família (art. 203, V).

Especial destaque na proteção constitucional à pessoa idosa é o papel da família. A família é a base da sociedade e merece atenção especial do Estado. A partir dessa conceituação, o Estado deverá assegurar assistência a cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (art. 226).

Além disso, da mesma forma que os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Ainda com respeito ao aspecto familiar, é dever da família, bem como do Estado e da sociedade, amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (art. 230), sendo que os programas de amparo aos idosos serão executados, preferencialmente, em seus lares (§ 1º).

A Constituição Federal garante, ainda, aos maiores de sessenta e cinco anos a gratuidade dos transportes coletivos (art. 230, § 2º).

Ao Ministério Público, a CF reserva a defesa dos direitos coletivos da sociedade (art. 127), incluindo-se idosos e, no campo individual, os idosos podem contar com o apoio da Defensoria Pública (art. 134).

2. No Estatuto do Idoso

Há diversas outras leis que tratam dos direitos dos idosos, como a Política Nacional do Idoso. Entretanto, o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/03 é o expoente máximo da legislação protetiva ao idoso. Vejamos.

O Estatuto visa a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (art. 1º).

Em seu art. 3º, preconiza que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade (prioridade esta assegurada após a criança e o adolescente conforme art. 227 da CF), a efetivação do direito à vida, à saúde , à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade,

ao respeito e à convivência familiar e comunitária, especificando, ainda, no parágrafo primeiro do mesmo artigo, o que vem a ser a sobredita prioridade.

O Estatuto veda qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão ao idoso, sendo todo o atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, punido, bem como é dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso (art. 4º).

Todo o cidadão que tenha testemunhado ou tenha conhecimento de qualquer forma de violação ao Estatuto tem o dever de comunicar o fato à autoridade competente, sob pena de ser responsabilizado, o mesmo se aplicando à pessoa jurídica (arts. 5º e 6º).

No título dos direitos fundamentais do idoso, temos os seguintes capítulos:

a) **do direito à vida – arts. 8º e 9º** – O direito ao envelhecimento é um direito de todo ser humano, daí o Estatuto considerá-lo um direito personalíssimo;

b) **do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade – art. 10** – O respeito e a dignidade decorrem do pleno exercício de sua liberdade, entendendo-se liberdade como autonomia, como capacidade de exercer com consciência os seus direitos, sendo dever de todos colocar o idoso a salvo de qualquer tratamento desumano ou constrangedor;

c) **dos alimentos – arts. 11 a 14** – interessante destacar neste item é que agora a obrigação alimentar passa a ser solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores, ou seja, os pais podem escolher dentre os filhos para prestar alimentos;

d) **do direito à saúde – arts. 15 a 19** – destaca-se aqui o dever do Poder Público em fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação e reabilitação. Além disso, há a previsão de atendimento domiciliar, incluindo a internação, para o idoso que dele necessitar e esteja impossibilitado de se locomover;

e) **da educação, cultura, esporte e lazer – arts. 20 a 25** – a fim de inserir o idoso no processo cultural, o Estatuto garante que a participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinqüenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais;

f) **da profissionalização e do trabalho – arts. 26 a 28** – na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo exigir;

g) **da previdência social – arts. 29 a 32** – a data-base dos aposentados e pensionistas passa a ser o dia 1º de maio;

h) **da assistência social – arts. 33 a 36** – é assegurado aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos e que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo;

i) **da habitação – arts. 37 e 38** – o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos;

j) **do transporte – arts. 39 a 42** – seguindo o que determina a CF, é assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos, bastando, para tanto, que o idoso apresente qualquer documento pessoal que identifique sua idade, sendo reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os mesmos. A legislação local poderá dispor sobre as condições para o exercício de tal gratuidade às pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos. O idoso que comprove renda de até 02 salários mínimos também tem direito ao transporte coletivo interestadual gratuito, sendo assegurada a gratuidade de duas vagas por veículo e o desconto de 50% no valor da passagem que exceder à reserva de vagas.

Quanto ao acesso à justiça, o Estatuto assegura prioridade na tramitação dos processos. Tal prioridade será requerida à autoridade judiciária competente, mediante prova de sua idade. Ressalte-se que essa prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos. A prioridade também se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária, sendo garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis (arts 70 e 71).

O Estatuto cria, ainda, uma série de crimes específicos, merecendo destaque os seguintes:

a) art. 96 – prevê pena de reclusão de 6 meses a 01 ano e multa a quem discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte e ao exercício da cidadania. Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar ou menosprezar pessoa idosa. Essa pena, porém, será aumentada de 1/3, se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente;

b) art. 97 – prevê pena de detenção de 6 meses a 01 ano e multa a quem deixar de prestar assistência ao idoso em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde ou não pedir socorro de autoridade pública, quando possível fazê-lo sem risco pessoal. Essa pena é aumentada de metade, se da omissão resultar lesão corporal grave e triplicada, se resultar morte;

c) art. 98 – prevê pena de detenção de 6 meses a 03 anos e multa a quem abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei;

d) art. 99 – quem expõe a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, incorre em pena de detenção de 2 meses a 01 ano e multa. Se do fato resultar lesão corporal de natureza grave, a pena passa a ser de reclusão de 01 a 4 anos e se resultar em morte, de 4 a 12 anos de reclusão;

e) art. 102 – quem se apropria de bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade é apenado com reclusão de 1 a 4 anos e multa;

f) art. 104 – prevê pena de detenção de 6 meses a 2 anos e multa a quem reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida;

g) art. 106 – quem induz pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente é apenado com reclusão de 2 a 4 anos.

Direitos humanos e políticas públicas

Marília Anselmo Viana da Silva Berzins

Quando se fala em *Direitos Humanos* algumas pessoas associam este conjunto de direitos à defesa de pessoas fora da lei. Esta é uma associação equivocada, pois dá a sensação para a maioria das pessoas que os direitos humanos são contrários à sociedade ao privilegiar pessoas criminosas. Os direitos humanos são pertencentes e inerentes a toda sociedade. Este principio chama-se *universalidade.* Isso quer dizer que todos nós, independente da condição social, da raça, da idade, do local onde nasceu, estamos protegidos pelos direitos humanos simplesmente pelo fato de sermos pessoas humanas. O fundamento dos direitos humanos baseia-se no fato de que todas as pessoas merecem igual respeito umas das outras. Isso nos sugere que quando formos capazes de agir em relação ao outro da mesma forma que gostaríamos de que agissem conosco, estaremos observando um outro principio que é o da *igualdade*.

Por direitos humanos ou direitos da pessoa humana podemos entender como sendo aqueles direitos correspondentes às necessidades essenciais da pessoa humana e devem ser atendidos para que possamos viver com dignidade. O direito à vida, à liberdade, à igualdade e, também ao pleno desenvolvimento da personalidade são alguns exemplos desses direitos. Todas as pessoas devem ter asseguradas desde o seu nascimento e durante toda a sua vida, as mínimas condições necessárias para viver com dignidade. Pessoas idosas e seus cuidadores estão também protegidos pelos direitos humanos. As necessidades básicas das pessoas idosas e dos seus cuidadores devem ser atendidas para que o direito à vida possa ser respeitado. A vida é um direito humano fundamental, assim como envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental.

Na Constituição Federal de 1988 estão reafirmados os direitos humanos. Esta Constituição dá uma forte ênfase aos direitos humanos. Ela é a mais avançada em matéria de direitos individuais e sociais na história do Brasil. Por isso, foi denominada e Constituição Cidadã. O Estatuto do Idoso promulgado em 2003, bem depois da Constituição Federal, também reafirma os direitos humanos (Ver assunto *Os direitos da pessoa idosa na legislação*). Destacamos estes artigos do estatuto:

- *Art. 2º. "O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana..."*
- *Art. 10. "É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis."*

Vivemos num estado democrático. Isso que dizer que o Brasil é um país onde a democracia é a forma de organização social e política. Portanto, todas as pessoas devem ser tratadas em situação de igualdade. É isso que nos diz a Constituição Federal "todos são iguais perante a lei".

Um dos papeis que o estado democrático deve desenvolver é o planejamento e execução das **políticas públicas**. Elas nada mais são do que as ações que o governo realiza com a finalidade de atender aos interesses e necessidades dos cidadãos. Ou em outras palavras: as políticas públicas são as decisões de governo em diversas áreas (saúde, habitação, assistência social, educação, transporte etc.) que influenciam a vida de um conjunto de cidadãos.

Para que as políticas públicas sejam efetivas e possam alcançar os resultados esperados, elas devem contar com a participação dos cidadãos, inclusive fiscalizando a sua realização. A participação das pessoas nos negócios do Estado é uma forma de exercer a cidadania. Isso é muito importante e é um mecanismo reconhecido nos estados democráticos.

As políticas públicas surgem muitas vezes provocadas pelos cidadãos que sentem a necessidade de algum serviço especifico ou da falta de solução para problemas que estão passando. A sociedade civil, por meio das suas mais diversas organizações, pressiona o estado para ofertar uma política pública. Um exemplo disso foi o "movimento das mães trabalhadoras" que pressionaram os governos para a instalação das creches. Hoje, as creches são equipamentos de educação para as crianças e espaços seguros onde as mães que trabalham foram podem deixar seus filhos. As creches fazem parte das políticas públicas de educação e também atendem as necessidades sociais de mães trabalhadoras.

O envelhecimento populacional é um fato real em nossa sociedade. Lembro que envelhecer não é problema. O envelhecimento deve ser entendido como triunfo e uma grande conquista da humanidade. Já acrescentamos mais anos à nossa existência. Está faltando dar dignidade a esses anos que foram ganhos. Precisamos juntar esforços coletivos para que as pessoas que alcançaram mais anos nas suas vidas possam viver em condições de dignidade, respeito e solidariedade.

Muitas pessoas idosas necessitam de cuidados para continuar a viver em suas casas e na comunidade onde estão inseridos. A família mudou muito nas últimas décadas. Um fator importante e decisivo para a mudança da estrutura familiar foi o fato da mulher, tradicional cuidadora, sair de casa para trabalhar. Outro fato também a ser considerado é a redução do número de filhos das famílias brasileiras. Hoje em dia, a média de filhos por família é apenas dois. Esses e outros fatores estão exigindo da sociedade vários rearranjos na responsabilidade de quem cuida da pessoa idosa que precisa ser ajudada. Hoje, o ***cuidador ou cuidadora de idosos*** já é uma pessoa ou profissional bem conhecida das nossas famílias e da sociedade moderna. No passado, esta pessoa ou profissional era inexistente ou desconhecida. Com o aumento do número de pessoas idosas dependentes (fisicamente), esta função está sendo cada vez mais requisitada pelas pessoas idosas e pelas famílias.

Chegou o momento do Poder Público também se responsabilizar pelos cuidados da pessoa idosa que necessita deles por períodos prolongados ou curtos. A mobilização do segmento idoso por meio dos conselhos, fóruns, associações e outras formas de organização está pressionando os governos para a oferta de uma política pública que proporcione os serviços de cuidador de idosos. Esta é uma necessidade urgentíssima!

O Estatuto do Idoso no artigo 3º diz que é *obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação dos seus direitos*. É preciso estruturar serviços públicos no campo da saúde, da assistência social e dos direitos humanos para suprir a necessidade desse grupo de idosos, chamados de vulneráveis, dependentes, frágeis ou em situação de fragilidade. É preciso criar novas formas de articulação em rede, oferecendo o ***cuidador formal*** para as famílias que dele necessitarem. Pode ser até mesmo para dar um "respiro" às famílias nos finais de semana, noites e etc. Para que isso ocorra é necessário conceber e organizar, do ponto de vista das políticas públicas, ações eficientes e eficazes.

Na cidade de São Paulo, a Prefeitura Municipal, desde o ano de 2004 desenvolve o **Projeto Acompanhante de Idosos/Anjos Urbanos**. Trata-se de uma política pública que oferece uma profissional (mulher) para exercer as atividades de acompanhante e cuidadora na casa de pessoas idosas que moram sozinhas ou não têm a presença constante dos seus familiares. É um projeto inovador, pois demonstra a responsabilidade do Poder Público na provisão dos cuidados aos seus cidadãos. A supervisão do trabalho é feita pela equipe de saúde da unidade básica, da Estratégia Saúde da Família ou pela Unidade de

Referência de Saúde do Idoso. O Projeto é muito bem avaliado pelas pessoas idosas que dele se utilizam e pela comunidade onde as acompanhantes de idosos estão inseridas. Várias instituições já avaliaram o projeto como sendo uma experiência exitosa na temática do envelhecimento. Vários desafios se apresentam ao Projeto Acompanhante de Idosos/Anjos Urbanos. Talvez, o maior deles seja a sua universalização na cidade de São Paulo, chegando a todas as pessoas idosas que dele necessitarem. Entretanto, ele já aponta para várias possibilidades. Uma delas refere-se ao fato de que em outros municípios a experiência pode ser repetida. Precisa para tanto da vontade política e da mobilização da comunidade local para que famílias e pessoas idosas possam ser atendidas na sua integralidade.

Os Direitos Humanos e o respeito não envelhecem! Viver mais vem acompanhado de muitos desafios. Ao se viver mais, espera-se que a dignidade, o respeito e condições favoráveis sejam também incorporados à vida cotidiana das pessoas idosas. A integralidade do cuidado requer do poder público a organização de serviços e, sobretudo, a oferta de políticas públicas eficientes para consolidar a prática de proteção e respeito aos direitos humanos dos cidadãos idosos. Cuidador de idoso e direitos humanos estão na mesma relação de prestar cuidado para pessoas idosas. Por fim, queremos ressaltar o fato de que em 2008 estamos comemorando 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Isso é um fato para ser celebrado por toda a sociedade. As pessoas idosas têm direito a ter direitos. Quem precisa de cuidados deve ter garantido esse direito.

Sugestões para leituras:

Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.

Constituição da República Federativa do Brasil. 05 de outubro de 1988.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. ONU. 10 de dezembro de 1948.

Os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa

Mauro Rodrigues de Souza

A atividade de Cuidador de Idosos foi recentemente classificada como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, passando a constar na tabela da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código 5162-10.

Embora este enquadramento não represente novos direitos trabalhistas ao cuidador de pessoas idosas, representa grande ganho à categoria, pois é ponto inicial para a regulamentação da atividade.

A classificação da CBO garante que o desempenho do cuidador na atividade possa ser comprovado junto aos órgãos oficiais, tais como, Ministério do Trabalho e Emprego, Previdência Social, Receita Federal, IBGE, etc... Assim, a atividade poderá constar nas estatísticas oficiais de forma específica e não de forma genérica, sem as distinções que merece, como era feito até então.

Fica então a pergunta: quais são os direitos trabalhistas do cuidador de idosos?

Enquanto não for aprovada legislação própria que garanta direitos específicos aos cuidadores de idosos, estes permanecem submetidos às normas gerais, comuns a todos os demais trabalhadores, as quais variam de acordo com a forma com que desempenham suas atividades. Assim, primeiramente deve ser identificado o tipo de contrato de trabalho em que se enquadra o cuidador de idosos, seja empregado comum (o dito celetista), autônomo, doméstico ou voluntário.

Vamos identificar cada um deles.

1. O Cuidador de idosos com vínculo empregatício e regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT

É aquele que firma o contrato individual de trabalho previsto no artigo 442 da CLT, caracterizado como o "acordo tácito ou expresso correspondente à relação de emprego".

Empregado, segundo o que dispõe o artigo 3º da CLT é "*toda pessoa física que prestar serviço de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário*". Já empregador, segundo o artigo 2º do mesmo diploma legal, é "*a empresa, individual ou coletiva, que, assumindo os riscos da atividade econômica, admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviços*".

Dos conceitos acima, podemos extrair os elementos que caracterizam a figura do empregado, que são os abaixo relacionados.

a) **Pessoa física** – A relação de emprego exige que o trabalho seja sempre prestado por pessoa física. Já o empregador pode ser pessoa física ou jurídica (um hospital, por exemplo).

b) **Pessoalidade** – O trabalho em um determinado contrato só pode ser efetuado pela pessoa que foi contratada. Se ela for substituída por outra, novo contrato surgirá.

c) **Não-Eventualidade** – Trabalho eventual é aquele prestado de forma esporádica, passageira, sem intenção de permanência. Assim, trabalho não-eventual é o prestado de forma contínua, com ânimo de permanência e regularidade.

d) **Onerosidade** – O empregado, ao emprestar sua força de trabalho para o patrão, não o faz de forma gratuita, e sim visando a uma contraprestação pelo esforço despendido, que se materializa na figura do salário.

e) **Subordinação** – Ao concordar com o contrato de trabalho o empregado compromete-se a acolher o poder de direção empresarial do patrão, ficando a ele subordinado juridicamente.

Presentes essas cinco características, configurado está o contrato de emprego, passando o empregado, no caso o cuidador de idosos, a ser protegido pelo manto da CLT, exceto nos casos nela previsto, os quais veremos mais adiante.

Ressalte-se que mesmo as instituições de beneficência e as entidades sem fins lucrativos são consideradas empregadoras, de acordo com a CLT, que assim dispõe:

> "art.2º .....
>
> § 1º Equiparam-se ao empregador, para os efeitos exclusivos da relação de emprego, os profissionais liberais, **as instituições de beneficência**, as associações recreativas **ou outras instituições sem fins lucrativos**, que admitirem trabalhadores como empregados" (grifamos)

Assim, tais entidades estão obrigadas a cumprir todos os direitos previstos na legislação trabalhista, tais como: assinatura de CTPS, recolhimento de FGTS, pagamento de horas-extras, adicional noturno, adicional de periculosidade e insalubridade (de acordo com laudo específico), repouso semanal e em feriados, etc.

2. O cuidador autônomo de pessoa idosa

Trabalho autônomo é aquele em que o trabalhador presta serviço sem subordinação ao seu tomador, ou seja, a direção da prestação do serviço é de responsabilidade do contratado, o qual pode, inclusive, fazer-se substituir por outrem, tendo em vista que o trabalho autônomo não exige necessariamente a pessoalidade. Pode inclusive o trabalhador autônomo constituir pessoa jurídica, pois essa modalidade de contrato não exige que o trabalhador seja pessoa física (*intuito personae*).

Assim sendo, cuidador de pessoas idosas autônomo é toda pessoa física ou jurídica que exerce habitualmente e por conta própria atividade profissional remunerada, prestando a terceiros serviço especializado de cuidado de idosos, sem relação de emprego e sem qualquer subordinação jurídica. Seus serviços ocorrem geralmente de forma eventual – ou esporádica.

As disposições da legislação trabalhista não são aplicáveis ao autônomo, por faltar em seu contrato o elemento da subordinação acima explicado. Seus contratos não são regidos pela CLT, e sim pelo Código Civil Brasileiro.

Os Cuidadores de Pessoas Idosas autônomos estão obrigados a recolher a contribuição sindical ao órgão representativo de sua classe e a contribuição social para a Previdência Social, na categoria "autônomo".

3. O cuidador de pessoas idosas doméstico

Empregado doméstico é a pessoa física que presta, com pessoalidade, onerosidade e subordinadamente, serviços de natureza contínua e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família, em função do âmbito residencial destas.

No tocante à natureza do serviço prestado, a legislação não discrimina, especifica ou restringe o tipo de trabalho prestado, bastando que se enquadre no conceito acima explicitado.

Assim se enquadra na categoria de trabalhador doméstico o cuidador de idoso pessoa física, que presta serviço de natureza contínua e de finalidade não lucrativa à pessoa ou família, no âmbito residencial desta, mediante salário. Portanto, para que o cuidador de idoso se enquadre nesta

categoria, é necessário que tenha sido contratado e seja remunerado pela própria pessoa ou por familiar dela, sem que para sua contratação haja qualquer aferição de lucro.

A CLT exclui o empregador doméstico de sua proteção. Seus direitos trabalhistas estão previstos nas Leis nº 5.859/72, 7.418/85, 11.354/06 e no Art. 7º, Parágrafo único da Constituição Federal, sendo eles: Carteira de trabalho assinada, licença-maternidade (120 dias), licença-paternidade, aviso-prévio, repouso semanal remunerado, salário não inferior ao mínimo, férias anuais com remuneração acrescida de um terço (atualmente as férias são de trinta dias), décimo-terceiro salário, irredutibilidade de salário, inscrição na previdência social, vale-transporte, descanso remunerado em feriados e estabilidade à gestante (desde a confirmação da gravidez até 05 meses após o parto).

O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, ainda não consiste em direito garantido aos domésticos, mas pode ser concedido por opção de seu empregador. Neste caso, o cuidador de idosos que trabalhou com CTPS assinada durante quinze meses de um período de vinte e quatro meses também fará jus ao recebimento de seguro-desemprego, num total de três parcelas de um salário mínimo cada.

4. O cuidador de pessoas idosas voluntário

Trabalho voluntário é aquele prestado com ânimo e causa puramente benevolentes, de forma gratuita.

Assim, cuidador de pessoas idosas voluntário é aquele que, por livre vontade e de forma gratuita, desempenha suas atividades em residências ou entidades sem qualquer fim lucrativo.

O contrato firmado entre o cuidador de pessoas idosas e a entidade onde vai prestar serviço é contrato de trabalho voluntário e não de emprego, pois não estará presente o elemento da onerosidade, como explicamos anteriormente.

É importante ressaltar que algumas instituições "maquiam" relações de trabalho contratando cuidadores de forma supostamente voluntária, porém, concedendo-lhes valores a título de bolsas de trabalho ou similares, mas que na realidade não passam de salários disfarçados. Neste caso, o cuidador se caracteriza como empregado e faz jus a todos os direitos previstos na legislação trabalhista. A gratuidade do serviço, porém, não impede que o voluntário seja ressarcido de determinadas despesas oriunda da prestação do serviço, como, por exemplo, transporte e alimentação.

Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. É possível prevenir e superar

Maria Cecília de Souza Minayo

Introdução

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) consagrou os direitos da pessoa idosa, mas existem ações e omissões que contrariam esses direitos. Consideramos o tema da "Violência Contra a Pessoa Idosa" como a análise do avesso dos direitos consagrados no Estatuto do Idoso. Por isso, esta reflexão tem como parâmetro a cidadania, a saúde pública, a promoção da saúde e a qualidade de vida. Desta forma, quando falamos de violência queremos dizer que é possível preveni-la e reduzi-la. Pretendemos mostrar que existem ações e omissões que contrariam os direitos, mas são passíveis de serem superadas, quando a sociedade, as comunidades e as famílias buscam respeitar as pessoas idosas.

Definições

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os maus-tratos aos idosos podem ser definidos como:

> **Ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional da pessoa idosa, impedindo o desempenho de seu papel social.**

Neste texto, usaremos como sinônimos os termos maus tratos, abusos e violências. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva da pessoa idosa em relação àquelas que as cercam, sobretudo os filhos, cônjuges, parentes, cuidadores, a comunidade e a sociedade em geral.

Existe uma forma de classificação contemplando os vários tipos de maus tratos. Embora essa categorização não seja exaustiva, contempla os mais freqüentes abusos e nos facilita a compreensão do fenômeno. Especificar, definir e diferenciar esses problemas é importante porque quando achamos que tudo é violência, nada é violência. Essa classificação também é reconhecida pela Orga-

nização Mundial de Saúde e é utilizada por pesquisadores do mundo inteiro. Compreende:

- abusos físicos;
- abusos psicológicos;
- abandonos;
- negligências;
- abusos financeiros;
- auto-negligências.

Os abusos físicos constituem a maior parte das queixas das pessoas idosas e costumam acontecer no seio da família, na rua, nas instituições de prestação de serviços, dentre outros espaços. Às vezes, o abuso físico resulta em lesões e traumas que levam à internação hospitalar ou produzem como resultado a morte da pessoa. Outras vezes ele é quase invisível. As estatísticas mostram que, por ano, cerca de 10% das pessoas idosas brasileiras morrem por homicídio. E a incidência comprovada de abusos físicos no mundo está entre 5% a 10%, dependendo da cultura local.

O abuso psicológico corresponde a todas as formas de menosprezo, de desprezo e de discriminação que provocam sofrimento mental. Por exemplo, ele ocorre quando dizemos à pessoa idosa, expressões como essas: "Você já não serve para nada"; "você já deveria ter morrido mesmo"; "você já é a bananeira que deu cacho" ou coisas semelhantes. Há muitas formas de manifestação do abuso psicológico: às vezes, o fazemos com palavras e outras com atos. Estudos médicos mostram que o sofrimento mental provocado por esse tipo de maus-tratos podem provocar depressão e levar ao suicídio. É importante ressaltar, em relação a abusos psicológicos, que os muito pobres e dependentes financeira, emocional e fisicamente são os que mais sofrem. Isso ocorre, no caso dos doentes, porque eles não podem dominar seu corpo ou sua mente; e no caso dos muito pobres, porque não têm dinheiro para se sustentar, sendo considerados um peso para muitas famílias.

O abandono é uma das maneiras mais perversas de violência contra a pessoa idosa e apresenta várias facetas. As mais comuns constatadas pelos cuidadores e pelos órgãos públicos que notificam as queixas: colocá-la num quartinho nos fundos da casa retirando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a um abrigo ou a qualquer outra instituição de longa permanência contra a sua vontade, para se livrar da sua presença na casa, deixando a essas entidades o domínio sobre sua vida, von-

tade, saúde e seu direito de ir e vir; permitir que o idoso sofra fome e passe por outras necessidades básicas. Outras formas também bastante freqüentes de abandono são as que dizem respeito à ausência de cuidados, de medicamentos e de alimentação aos que têm alguma forma de dependência física, econômica ou mental, antecipando sua imobilidade, aniquilando sua personalidade ou mesmo promovendo seu lento adoecimento e morte.

Negligência é outra categoria importante para explicar as várias formas de menosprezo e de abandono. Sobre as negligências poderíamos começar por aquelas cometidas pelos serviços públicos. Por exemplo, na área da saúde, o desleixo e a inoperância dos órgãos de vigilância sanitária em relação aos abrigos e clínicas. Se não houvesse tanta omissão, se conseguiriam evitar tragédias como a que aconteceu no Rio de Janeiro, na Casa de Saúde Santa Genoveva e acabou virando símbolo da soma de vários tipos de negligência: do estado que não fiscaliza, das instituições que fazem desse serviço um negócio e das famílias para quem é muito cômodo acreditar que tudo ficará bem com seu idoso quando o entrega num desses locais de assistência que se diz especializada. Após as investigações, os pesquisadores e fiscais verificaram que aquela situação vinha se repetindo há quase 10 anos e só se tornou escândalo pela morte simultânea de mais de 100 velhinhos num curto espaço de tempo. Os que sobreviveram ofereceram à sociedade um espetáculo cruel de desnutrição, magreza, tristeza e solidão.

Além de exemplos cruéis e radicais como o mencionado, há ainda vários tipos de negligências que ocorrem cotidianamente no atendimento dos serviços de saúde. É o caso das longas esperas em filas, dos pedidos de exames que demoram meses, quando as doenças vão avançando de forma degenerativa, por exemplo. Mas o campeão das reclamações é o INSS. As várias formas de negligência dos serviços públicos têm por base a impessoalidade no trato. Também nas famílias e instituições de longa permanência, principalmente os idosos dependentes são afetados por falhas na administração de medicamentos, nos cuidados com o asseio corporal, e na adequação das casas a suas necessidades como já mencionamos. Muitos outros exemplos poderiam ser acrescentados aos que aqui foram mencionados, porque são conhecidos dos dedicados profissionais de saúde, de assistência e pelos operadores de direito que levam a sério o cuidado com a pessoa idosa.

Falaremos também dos abusos financeiros que se referem, principalmente, às disputas de familiares pela posse dos bens ou a ações criminosas cometidas por órgãos públicos e privados em relação às pensões, aposentado-

rias e outros bens da pessoa idosa. Estudos mostram que no mundo inteiro as pessoas idosas são vítimas de abusos financeiros. Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), (consolidando dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso de São Paulo, publicada em 2004), comprova que mais de 60% das queixas desse grupo à polícia tiveram essa causa. Também em delegacias de outros locais do país o mesmo problema foi constatado e foram cometidos por familiares em tentativas de conseguir por força procurações para ter acesso a bens patrimoniais dos velhos; na realização de vendas de seus bens e imóveis sem o consentimento deles; por meio da expulsão do idoso de seu espaço físico e social no qual viveram até então, ou por seu confinamento em algum aposento mínimo em residências que por direito lhe pertence, dentre outras formas de coação. Tais atos e atitudes dos filhos e de outros parentes visam, quase sempre, a tomada de bens, objetos e rendas, sem o consentimento desses proprietários.

Geralmente, as queixas de abuso econômico e financeiro se associam com várias formas de maus tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas ou até a morte.

Mas não é apenas a partir das famílias que os abusos econômicos e financeiros contra pessoas idosas ocorrem. Eles estão presentes também nas relações do próprio estado, frustrando expectativa de direitos ou se omitindo na garantia dos mesmos. Acontecem, freqüentemente, nos trâmites de aposentadorias e pensões e, sobretudo, nas demoras de concessão ou correção de benefícios devidos, mesmo quando desde 1994, a Lei 8.842 lhes garante prioridade no atendimento em órgãos públicos e privados, em instituições prestadoras de serviços e em suas necessidades assistenciais. Nas delegacias de atenção e proteção ao idoso e nos núcleos de atendimento do Ministério Público, uma das solicitações mais comuns é que esses agentes colaborem na solução de problemas com aposentadorias e pensões.

Diferentes formas de violência econômica e financeira, combinadas com discriminações e maus tratos são praticados também por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. E os campeões das queixas são os planos de saúde que aplicam aumentos abusivos e freqüentemente se recusam a bancar determinados serviços essenciais aos cuidados médicos da pessoa idosa. Os velhos são vítimas ainda de estelionatários e de várias modalidades de abuso financeiro cometidos por criminosos que se aproveitam de sua vulnerabilidade física e econômica em

agências bancárias, caixas eletrônicas, nas lojas, na rua, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção ao idoso assinalam a freqüência de suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos, de forma violenta ou sorrateira.

Por fim, falaremos da autonegligência que conduz ou à morte lenta, ou à tentativa de suicídio e mesmo, à autodestruição. A Organização Mundial de Saúde trabalha com o conceito de suicídio e tentativa de suicídio, como sendo formas radicais de autonegligência. Ou seja, neste caso, não se trata do "outro" que abusa, mas do idoso que se maltrata. O que não quer dizer que, freqüentemente atitudes de autodestruição não sejam decorrência de negligências, abandonos e outros tipos de maus-tratos.

Geralmente, a autonegligência ocorre quando a pessoa idosa está tão desgostosa da vida, que pára de comer direito, pára de tomar remédio, pára de cuidar de sua aparência física, pára de se comunicar, manifestando clara ou subliminarmente a vontade de morrer. No Brasil, os processos de autonegligência quase não são notificados, o que não quer dizer que inexistam. É importante que estejamos atentos, pois, embora as taxas de suicídio da população brasileira – que seriam o indicador mais cabal de autonegligência ou de autodestruição – sejam relativamente baixas, observamos um crescimento leve, mas persistente desse fenômeno nas faixas etárias das pessoas idosas. Os índices de ocorrência já são o dobro da média nacional. Na maioria dos países europeus, as taxas de suicídio em pessoas idosas são altíssimas e os estudiosos consideram que as principais causas para isso são: o abandono familiar, a solidão, o sofrimento insuportável por doenças degenerativas e a perda do gosto pela vida, fenômenos que se manifestam freqüentemente de forma combinada.

Violências visíveis e invisíveis

As violências contra a pessoa idosa podem ser visíveis ou invisíveis: as visíveis são as mortes e lesões; a invisíveis são aquelas que ocorrem sem machucar o corpo, mas provocam sofrimento, desesperança, depressão e medo e das quais falamos no item anterior.

Em relação às causas visíveis que levam à morte ou provocam lesões e traumas, a Organização Mundial de Saúde trabalha com duas categorias: acidentes e violências. No caso do idoso, essa classificação é fundamental, pois, freqüentemente os acidentes são frutos ou estão associados a maus-tratos e abusos. As últimas estatísticas confirmadas para o ano de 2005, por exemplo –

e, certamente, a situação não se modificou muito – mostram que tivemos cerca de 15.000 pessoas idosas que morreram por essas causas ao ano. Isso significa que 41 pessoas desse grupo etário morreram por dia por violências e acidentes, sendo hoje a 6ª causa de morte da população acima de 60 anos.

Quais são as principais subcausas desses óbitos? A primeira são os acidentes de trânsito, correspondendo a cerca de 30% de todas as mortes; a segunda, são as quedas, com cerca de 18% do total; a terceira são os homicídios, respondendo por 10% e a quarta, os suicídios, 7,5%. Em todos os tipos de mortes, a população masculina de idosos é muito mais vitimizada que a feminina.

No trânsito, as pessoas idosas no Brasil passam por uma combinação de desvantagens: dificuldades de movimentos próprias da idade que se somam a muita falta de respeito e mesmo a violências impingidas por motoristas. Há também negligências do poder público quanto às sinalizações, à conservação das calçadas e à fiscalização das empresas quanto ao cumprimento do Estatuto do Idoso.

Uma das grandes queixas das pessoas mais velhas se refere às longas esperas nos pontos de ônibus e aos arranques desferidos por motoristas que não as esperam se acomodar em assentos. Uma das formas de violência da qual as pessoas idosas mais se queixam é o tratamento que recebem nas travessias e nos transportes públicos. Nesse último caso, o privilégio da "gratuidade do passe", a que têm direito por lei, se transforma em humilhação e discriminação.

As mortes, as lesões e os traumas provocados pelos meios de transporte e pelas quedas, dificilmente podem ser atribuídos apenas a causas acidentais. Pelo contrário, precisam ser compreendidos como atos ou negligências danosas cometidos por autoridades e pessoas para que estas sejam responsabilizadas e assim, haja possibilidade de mudanças. As quedas nos espaços públicos se juntam aos problemas de insegurança, aumentando as dificuldades das pessoas idosas de se locomoverem. Na rua, principalmente as calçadas e as travessias são feitas e pensadas para os jovens e não para as pessoas idosas. As calçadas brasileiras são um atentado à vida e as travessias também. Os sinais de trânsito geralmente privilegiam os carros e as subidas nos degraus dos ônibus públicos não facilitam a vida dos que já não tem tanta mobilidade.

Vamos agora para as nossas casas. Hoje em 26% dos lares brasileiros existe pelo menos uma pessoa idosa e 95% delas vivem em casas próprias ou de seus familiares. Mas, assim como nossas cidades, também nossas casas pouco estão preparadas para acolher e responder às necessidades das pessoas ido-

sas. As duas maiores causas de mortes violentas revelam isso. Por exemplo, a maioria das quedas que provoca a morte ou leva a internações e incapacitações ocorre em casa, no trajeto do quarto para a cozinha e do quarto para o banheiro. Geralmente, pisos escorregadios, móveis muito leves nos quais as pessoas tentam se apoiar e caem e a ausência de barras de apoio no banheiro, constituem risco de acidentes que podem levar a fraturas dos membros superiores e inferiores e até de crânio, sobretudo, nos casos de pessoas idosas com dificuldade de movimento e fragilidade visual. Seria muito importante que o poder público promovesse uma política social voltada para a reforma e adequação das residências onde residem pessoas idosas, de forma a torná-las um ambiente saudável e preventivo de acidentes. E o setor de construção civil precisa ser incluído nessa política de forma definitiva pois,cada vez mais, os lares brasileiros abrigarão pessoas idosas.

Em relação a internações por violência e acidentes, no ano de 2005, houve cerca de 110.000 hospitalizações de pessoas idosas, sendo a maioria por quedas. Nos casos de internação por essa causa, a maioria das vítimas são mulheres. Há estudos demonstrando que, se uma pessoa idosa cai, ou ela morre na hora ou costuma sofrer lesões graves, sendo que em mais da metade dos casos, vem a falecer no primeiro ano depois da queda. As que sobrevivem, freqüentemente sofrem incapacitações e ficam mais dependentes ainda, trazendo grande custo financeiro para o sistema de saúde e imenso custo social para as famílias. Freqüentemente, quando um desses acidentados volta para casa, algum familiar tem que parar de trabalhar e se transformar em cuidador permanente. Seria muito mais barato tanto para os governos como para as famílias, investir num processo constante e persistente de prevenção.

Conclusões

Aqui foram colocadas algumas rápidas reflexões sobre as violências que sofrem as pessoas idosas e para as quais chama atenção o artigo 3º. do Estatuto do Idoso. Muitas seriam as conclusões que poderíamos tirar para a atuação das próprias pessoas idosas, do Estado, da Sociedade e especificamente das Famílias. Trataremos apenas de três pontos inadiáveis.

Dado o número, a importância e a presença da pessoa idosa hoje, em todas as esferas da sociedade brasileira, existe uma necessidade inadiável de investir no seu protagonismo. Estudos mostram que as pessoas idosas mantêm famílias, estão presentes no mundo do trabalho, votam e discutem a política

são, portanto, atores sociais e assim devem ser reconhecidos. Elas são cidadãs que podem e devem participar na formulação das políticas e dos programas que lhes dizem respeito e que são importantes para o país, assim como ser incluídas na solução dos problemas. No caso das violências, é preciso que os órgãos representativos das pessoas idosas invistam na compreensão dos problemas, na formulação de denúncias qualificadas e na solução das questões.

O segundo ponto diz respeito à formação de cuidadores, não somente do cuidador profissional, mas do cuidador familiar. Tendo em vista que mais de 95% das pessoas idosas estão nos lares, e que uma boa parte delas necessita de auxílio para o desempenho das atividades básicas, temos que estabelecer mecanismos de proteção e de formação para esse cuidador familiar. Se é verdade que para nossos idosos a casa, idealmente, é o melhor lugar para estar, esse fato merece consideração e foco das políticas públicas específicas, preventivas e de atenção. De um lado, para que sejam criadas ou adaptadas e disponibilizadas tecnologias de assistência domiciliar e de outro, para que os cuidadores familiares não se tornem uma geração de estressados.

Por fim, queremos ressaltar a necessidade de investir na prevenção das dependências. Embora o número de pessoas idosas que hoje necessita de cuidados especiais seja relativamente pequeno em comparação com o número total da população brasileira acima de 60 anos, os custos dos serviços de saúde para uma pessoa idosa são muito elevados. Mais ainda, os equipamentos hospitalares e ambulatoriais ainda não estão devidamente preparados. Uma política bem delineada e intersetorial de inserção social, de atividade física e até laboral, de lazer, de participação social dentre outros elementos, levará a que o número de dependentes constitua uma razão menor da hoje existente. A tendência de crescimento do número da pessoa idosa e das pessoas idosas com mais idade é real e está desafiando a sociedade brasileira como uma questão social.

Violência contra a pessoa idosa: o que fazer?

Marília Anselmo Viana da Silva Berzins

Muita coisa pode ser feita para minimizar, reduzir ou cessar a violência contra a pessoa idosa. Os diversos abusos, as violências, as negligências, as violações dos direitos, as discriminações e os preconceitos que as pessoas idosas sofrem na vida cotidiana precisam ser prevenidos e superados. Todas essas formas de violência e maus-tratos representam um grave problema para o bem-estar desse segmento etário. Os diversos abusos sofridos podem causar sofrimento psicológico, lesões, doenças, isolamento e podem até mesmo, levar à morte. Não podemos concordar que pessoas idosas sejam desrespeitadas e nem maltratadas. Isso não pode ocorrer no silêncio dos lares e nem tampouco na vida pública. Pessoas idosas, a sociedade civil e o Estado precisam ser parceiros para o rompimento do pacto do silêncio que ainda impera na violência à pessoa idosa.

O tema da violência contra a pessoa idosa comporta uma complexidade muito grande de fatores. A intervenção para a superação da violência requer de todos os atores um envolvimento ético, criterioso e baseado na prática do respeito e da dignidade humana. Damos a seguir alguns princípios que podem orientar a intervenção.

- Toda pessoa idosa, até que se prove o contrário, é competente para tomar decisões sobre a sua vida. Deve-se respeitar o principio da autonomia – capacidade de decidir – da pessoa idosa. Envelhecimento não é sinônimo da perda do poder de decisão.
- A melhor forma de intervir na violência é a prevenção, oferecendo recursos eficientes e adequados para que as pessoas idosas, famílias, cuidadores, instituições e profissionais possam identificar e intervir na violência.
- Quando houver a suspeita da ocorrência de violência contra a pessoa idosa, lembrar que a suspeita por si só não é prova da existência da violência. É preciso investigar para se chegar à confirmação da violência.

- Para se intervir na violência contra a pessoa idosa, diversos atores devem dar a sua colaboração, principalmente os profissionais da saúde, da assistência social, do direito e da justiça, etc. É imprescindível o estabelecimento de critérios éticos para evitar incômodos ou danos à pessoa idosa que já está passando por situações difíceis e constrangedoras.
- Avaliar o risco de vida ou lesão grave para a vítima e decidir sobre a necessidade ou não de uma intervenção urgente.
- Promover uma intervenção que considere e leve em conta a figura do agressor.

Nas situações de violência é muito importante considerar os fatores que envolvem a família, o agressor – pode ser o próprio cuidador - e a pessoa idosa. As violências não ocorrem de forma desvinculada das relações familiares. A intervenção deve ser feita considerando-se a complexidade destes fatores.

É importante lembrar

Além desses princípios orientadores, sempre que a pessoa idosa sofrer maus-tratos, de familiares ou de terceiros, ela mesma ou qualquer um que tenha conhecimento da situação deve procurar ajuda nos serviços de saúde, da justiça ou segurança pública da cidade para que as providências cabíveis sejam tomadas. Toda delegacia de segurança pública deve estar preparada e treinada para atender as situações de violência contra a pessoa idosa, assim como os profissionais de saúde das unidades de saúde da cidade. A ajuda pode ser buscada em outros locais como os relacionados a seguir.

Quando procurar o Ministério Público

O Promotor de Justiça pode adotar medidas para proteger as pessoas idosas que estejam em situação de risco como, por exemplo:

- abandonadas pela família;
- vítimas de maus-tratos por parte de seus familiares;
- negligenciadas pelos familiares e/ou pelo cuidador;
- maltratadas nas instituições de longa permanência para idosos (asilos e casas de repouso).

Em qualquer desses casos, alguém da família, amigo ou vizinho pode procurar o Promotor de Justiça de sua cidade para fazer uma solicitação de intervenção.

Quando procurar a Delegacia de Polícia

- Se a pessoa idosa for vítima de algum crime, como furto, roubo, lesão corporal, maus-tratos, cárcere privado etc.;
- Se sair para suas atividades diárias e não retornar a sua residência, configurando um possível desaparecimento;
- Se a pessoa idosa perder documentos ou o cartão de benefícios do INSS.

Quando procurar a Defensoria Pública

A Defensoria Pública é um órgão público que tem por finalidade prestar assistência jurídica às pessoas carentes. Ela deve ser procurada na necessidade de orientação jurídica ou atuação em juízo, em casos como: pensão alimentícia, interdição, alvará, despejo, consignação em pagamento etc.

Há outros serviços que são oferecidos para ajudar nos encaminhamentos em que se suspeite ou se confirme a violência contra a pessoa idosa. Cada município organiza os seus próprios serviços, tais como os abaixo relacionados.

Disque Idoso ou Disque Denúncia

É o oferecimento de um número telefônico gratuito para receber denúncias e informar onde se pode encontrar ajuda. Geralmente, as denúncias podem ser feitas de forma anônima, sigilosa ou com a identificação de quem a faz. A pessoa que atende as ligações é treinada para informar e encaminhar as providências necessárias. Em boa parte dos municípios já há a oferta deste serviço cujo número de telefone é bastante divulgado.

Centro de Referência da Violência

Já existe em várias cidades, centros de referência de violência para o atendimento das pessoas idosas vítimas de violência. Os centros de referência

são constituídos de uma equipe de profissionais de diversas categorias (assistente social, psicólogo, advogado etc.) que se especializaram no atendimento à violência.

Observatório Nacional do Idoso
www. direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso

É um serviço de iniciativa da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, em parceria com o Centro Latino-Americano de Violência e Saúde e seu principal objetivo é ser um dispositivo de observação, acompanhamento e análises das políticas e estratégias de ação de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

Contém informações sobre os Centros Integrados, as análises e pesquisas relacionadas à atenção e prevenção à violência contra a pessoa idosa, um fórum de discussão, notícias, links de interesse, "fale conosco" e uma biblioteca digital com artigos, recortes de revistas e jornais, manuais e cartilhas, além de relatórios e monografias sobre o tema.

Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa

O Estatuto do Idoso responsabiliza os Conselhos de Idosos – Nacional, Estadual e Municipal – pela defesa e proteção dos direitos das pessoas idosas. Os conselhos podem receber denúncias de violação de direitos e encaminhá-las aos órgãos competentes do município para as providências que devem ser tomadas. Se na sua cidade ainda não houver conselho do idoso, procure o conselho estadual.

Centro de Referência da Assistência Social – CRAS

Os Centros de Referência da Assistência Social - CRAS são unidades públicas responsáveis pela oferta de serviços continuados de proteção social básica de assistência social às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, oferecendo serviços, projetos e benefícios. Os CRAS são vinculados à Secretaria de Assistência Social da cidade e onde têm profissionais habilitados para esclarecimento das dúvidas e necessidades das pessoas que se dirigem a este serviço público.

Unidades de Saúde

As unidades de saúde – UBS, Estratégia Saúde da Família, Ambulatórios de especialidades, Serviços de emergência etc – têm a responsabilidade de atender pessoas vítimas de violência. A violência, nas suas mais diversas manifestações é uma questão de saúde pública, notoriamente reconhecida pela Organização Mundial de Saúde.

Finalizando

A violência contra a pessoa idosa é um problema que precisa ser superado com o apoio de toda a sociedade. Todos nós devemos criar uma cultura em que envelhecer seja aceito como parte natural do ciclo de vida, as atitudes antienvelhecimento sejam desencorajadas, as pessoas idosas tenham o direito de viver com dignidade, livres de abuso e exploração e seja dada a elas a oportunidade de participar plenamente da vida social.

Silêncio é cumplicidade. Denuncie a violência contra a pessoa idosa!

O CUIDADOR

O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades

Leda Almada Cruz de Ravagni

Introdução

Este capítulo tratará do cuidador da pessoa idosa na sociedade brasileira contemporânea, especialmente do cuidador formal, isto é, daquele que recebeu formação especial para trabalhar como cuidador e pode se empregar como um assalariado, na moradia de uma pessoa idosa, numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI) ou em outros serviços para pessoas idosas.

Sabemos que a velhice não deve ser considerada uma doença, mas a idade acarreta perdas funcionais no indivíduo e torna necessária uma adequação no seu estilo de vida e novas formas de relacionamento com o meio. (ver assunto *Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência*).

A situação complica-se quando ocorre a perda da saúde e da independência, exigindo cuidados especiais. Estes eram tradicionalmente realizados pela família, mais especificamente por um membro feminino – mulher, filha, irmã, ou uma parenta solteira, que dedicava sua vida a este trabalho, muitas vezes sem reconhecimento, e normalmente sem remuneração. Na falta de condições ou na inexistência do núcleo familiar, o atendimento à pessoa idosa era realizado por instituições de longa permanência para idosos, as quais, muitas vezes, aumentavam a sua dependência.

As grandes mudanças que ocorreram nas últimas décadas, na sociedade brasileira, especialmente a migração das famílias do campo para as cidades e o aumento do número de mulheres que trabalham fora, a substituição da família extensa pela família nuclear e a elevação da expectativa de vida do brasileiro, encontraram as famílias despreparadas para enfrentar este problema.

As leis brasileiras de proteção à pessoa idosa – Política Nacional do Idoso (artigo 3º I) e o Estatuto do Idoso (artigo 3º), baseadas na Constituição Brasileira (artigo 230), reafirmam que é obrigação da família cuidar da pessoa idosa. Mas as leis deixam claro também que essa obrigação é exercida juntamente com a

comunidade, a sociedade e o poder público. No entanto, até agora, a maior carga de responsabilidade recai sobre a família, especialmente sobre a mulher, que sem preparo anterior, se vê transformada em cuidadora da pessoa idosa. Este cuidador é denominado cuidador informal para diferenciar do cuidador formal, cujas características já mencionamos anteriormente, no início deste capítulo.

A capacitação de recursos humanos, isto é, do "cuidador", tanto o informal como o formal, tornou-se uma necessidade com o envelhecimento da população, o que passou a ser feito através da organização de cursos, que oferecem treinamentos em serviços de apoio às atividades da vida diária, de ajuda no processo saúde/doença, e de agir como fator facilitador da integração idoso/família e idoso/sociedade. Através desta formação o cuidador terá condições de exercer com maior capacidade sua obrigação, favorecendo, desta forma, a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Quais os pré-requisitos para se tornar um cuidador?

Como já mencionamos anteriormente, existem duas categorias de cuidador:

- **cuidador informal** – membro familiar, esposa(o), filha(o), irmã(ão), normalmente do sexo feminino, que é "escolhido" entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Podemos colocar neste grupo a amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa idosa, sem receber pagamento, como voluntária.

O fato de ter sob sua responsabilidade o cuidado de uma pessoa idosa, não significa que possui conhecimentos básicos e indispensáveis de como cuidar de "seu idoso". Na maioria das vezes é levada(o) pela intuição, pela emoção, sentimentos de amor, carinho. O fato de ter uma história comum com a pessoa cuidada pode tornar mais difícil e estressante realizar os cuidados. Agrava o seu desgaste, sua incerteza de estar agindo corretamente e o pouco domínio de técnicas que permitem cuidar melhor da pessoa idosa, com menor desgaste físico e emocional. (Ver assunto *O cuidador principal é sua relação com os demais cuidadores*).

- **cuidador formal** é o profissional, que recebeu um treinamento específico para a função e exerce a atividade de "cuidador" mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser con-

tratado para exercer suas funções na residência de uma família, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ou acompanhar a pessoa idosa em sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas, etc.).

Reconhecimento da ocupação de cuidador formal

A função de cuidador da pessoa idosa é uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho, pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que reconhece, nomeia e codifica as ocupações existentes no mercado de trabalho brasileiro. Esta ocupação está descrita na CBO 2002 na categoria da **família ocupacional de cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos sob o número 5162-10.**

O cuidador que trabalha para uma pessoa jurídica, isto é, hospital, clínica ou ILPI terá um contrato de acordo com a CLT. Se ele trabalha em residência familiar será regido pela legislação de empregado doméstico. O registro na carteira profissional é feito na ocupação de ***serviço doméstico: cuidador de idoso*** e para o pagamento do INSS utiliza-se o código 1600. (Ver assunto *Os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa*).

Sendo reconhecida apenas como ocupação e não como profissão, os cursos que capacitam o cuidador da pessoa idosa não estão ainda regulamentados. Não existe uma padronização e normas fixas sobre o conteúdo ou de horas mínimas obrigatórias para eles. Até o presente, o programa e o tempo de duração estão ao critério do profissional ou da entidade que os organizam. O mesmo acontece com relação às exigências sobre o perfil do aluno.

Mas, desde 1998, quando foi realizado em caráter experimental o curso "O processo de cuidar do idoso" pela Secretaria de Assistência Social, ocorreram inúmeros encontros com organizações, que oferecem cursos de formação para o cuidador da pessoa idosa, com o objetivo de definir diretrizes para esses cursos.

Em relação à idade, ficou estabelecido que o futuro cuidador formal deve ser maior de 18 anos. Quanto à escolaridade mínima, deve ter completado o correspondente ao ensino fundamental.

O curso deve ter o mínimo de 100 horas de duração, com 80 aulas teóricas e 20 práticas. Nele devem ser abordados os diversos aspectos do envelhecimento, as condições para manter uma boa saúde, as doenças mais comuns que ocorrem na velhice, as relações interpessoais: idoso x família x cuidador,

informações sobre rede de serviço e legislação, a ética e a função do cuidador e, finalmente, o auto-cuidado do cuidador. Nas aulas práticas devem ser trabalhadas e observadas as diversas funções do cuidador da pessoa idosa, de modo a colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Através deste curso o aluno sairá com **habilidades técnicas** e **conhecimentos** necessários para exercer suas funções.

Além destes requisitos, o cuidador deverá ter outras **qualidades** como as descritas abaixo.

Qualidades físicas e intelectuais – Deve ter boa saúde física para ter condições de ajudar e apoiar o idoso em suas atividades de vida diária. Também tem que ter condições de avaliar e tomar decisões em situações de emergência que necessitam de iniciativas e ações rápidas.

Capacidade de ser tolerante e paciente – Deve compreender os momentos difíceis que a família e a pessoa idosa podem estar passando, com a diminuição de sua capacidade física e mental, de seu papel social, que pode afetar seu humor e dificultar as relações interpessoais.

Capacidade de observação – O cuidador deve ficar atento às alterações que a pessoa idosa pode sofrer, tanto emocionais quanto físicas, que podem representar sintomas de alguma doença.

Qualidades éticas e morais – O cuidador precisa ter respeito e dignidade ao tratar a pessoa idosa e nas relações com ele e com sua família. Deve respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferência e sobretudo exercendo a ética profissional.

Responsabilidade – Lembrar sempre que a família ao entregar aos seus cuidados a pessoa idosa está lhe confiando uma tarefa que, neste momento, está impossibilitada de realizar, mas que espera seja desempenhada com todo o carinho e dedicação. Como em qualquer trabalho, a pontualidade, assiduidade e o compromisso contratual devem ser respeitados.

Motivação – Para exercer qualquer profissão, é necessário gostar do que faz. É importante que tenha empatia por pessoas idosas, entender que nem sempre vai ter uma resposta positiva pelos seus esforços, mas vai ter a alegria e satisfação do dever cumprido.

Bom senso e apresentação – O cuidador, como qualquer trabalhador, deve ir trabalhar vestido adequadamente, sem jóias e enfeites, que podem

machucar a pessoa idosa, com cabelo penteado e, ser for longo, com ele preso, sem maquiagem forte, pois não está indo a uma festa. As unhas devem estar cortadas e limpas. De preferência, deve usar uniforme.

Quais as principais tarefas do cuidador formal?

O cuidador é contratado para cuidar da pessoa idosa. Muitas famílias, ignoram as tarefas que lhe cabe e também cobram dele os afazeres domésticos. O perigo é que ao fazer estes serviços, ele deixa de atender a pessoa idosa. Cabe ao cuidador da pessoa idosa esclarecer ao familiar suas obrigações e atividades inerentes à ocupação, no momento de ser contratado.

Podemos destacar como próprias de sua ocupação as tarefas abaixo descritas.

1. **Ajudar, estimular** e realizar, caso seja indispensável, as **atividades de vida diária**, ou seja, a higiene pessoal e bucal, alimentação, locomoção, etc.
2. **Cuidar do vestuário** (organizar a roupa que vai ser usada, dando sempre à pessoa idosa o direito de escolha), manter o armário e os objetos de uso arrumados e nos locais habituais; e cuidar **da aparência da pessoa idosa** (cuidar das unhas, cabelos) de modo a aumentar a sua auto-estima.
3. **Facilitar e estimular a comunicação** com a pessoa idosa, conversando e ouvindo-a; acompanhando-a em seus passeios e **incentivando-a a realizar exercícios físicos**, sempre que autorizados pelos profissionais de saúde, **e a participar de atividades de lazer**. Desta forma, ajudará a sua inclusão social e a melhorar sua saúde.
4. **Acompanhar a pessoa idosa aos exames, consultas e tratamentos** de saúde, e transmitir aos profissionais de saúde as mudanças no comportamento, humor ou aparecimento de alterações físicas (temperatura, pressão, sono, etc.).
5. **Cuidar da medicação oral da pessoa idosa**, em dose e horário prescritos pelo médico. Em caso de injeções, mesmo com receita médica, **é proibido** ao cuidador aplicá-las. Deverá recorrer a um profissional da área de enfermagem.
6. Estimular a auto-suficiência da pessoa idosa, por isto, o cuidador deverá, sempre que possível, **fazer com ela e não para ela.**

Observação importante

Muitas vezes surgem dúvidas sobre as responsabilidades que o cuidador da pessoa idosa pode assumir. A CBO 2002 afirma que "no caso de atendimento a indivíduos com elevado grau de dependência, exige-se formação na área de saúde, devendo o profissional ser classificado na função de técnico/auxiliar de enfermagem".

Sugestões para leituras:

CAOVILLA, Vera Pedrosa e CANINEU, Paulo Renato – **Você não está sozinho**, São Paulo ABRAZ, 2002.

SILVA, Marleth. **Quem vai cuidar dos nossos pais?** Rio de Janeiro: Record, 2006.

O cuidador familiar da pessoa idosa

Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born

Introdução

Uma grande parte das pessoas de idade avançada goza de uma boa saúde que lhes permite viver de forma independente e realizar múltiplas atividades sem precisar de ajuda. No entanto, algumas necessitam de ajuda para atividades necessárias para a sua vida diária, que podem incluir desde uma pequena ajuda (acompanhamento num deslocamento) até um grau importante e contínuo de ajuda (por exemplo, na higiene pessoal). Talvez necessitem também de ajuda para que mantenham uma boa relação com seus semelhantes e com o mundo em que vivem. Em geral, quem vive até uma idade avançada pode acabar necessitando de ajuda de algum grau de outros membros da família, amigos ou vizinhos para os vários aspectos da sua vida diária.

Na maior parte dos casos, a família cuida com dedicação e afeto de seus familiares, atendendo assim a suas necessidades. A ajuda das famílias é, em princípio, a melhor que se pode oferecer aos idosos. Receber esta ajuda proporciona segurança a pessoas idosas.

Entretanto, aqueles que cuidam nem sempre estão preparados para realizar essas tarefas e lidar com as tensões e esforços decorrentes do cuidar. Cuidar implica muitas e variadas atividades. É difícil assinalar quais são exatamente essas tarefas, pois depende de cada família e de quem é cuidado. No quadro abaixo constam algumas das tarefas mais freqüentes

Tarefas habituais de um cuidador familiar

- Ajuda nas atividades domésticas (cozinhar, lavar, limpar, passar ferro).
- Assiste a pessoa idosa na sua locomoção fora de sua casa (acompanhar ao médico, ir à igreja, fazer um passeio).
- Assiste a pessoa idosa a movimentar-se dentro de sua casa.
- Ajuda na higiene e cuidados pessoais (pentear, tomar banho, etc.).
- Ajuda na administração do dinheiro e bens.

- Administra medicamentos.
- Ajuda nos cuidados de enfermagem.
- Procura proporcionar conforto e tranqüilizar a pessoa idosa em situações de crise (por exemplo, quando fica agitado ou ansioso).
- Ajuda na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para expressar-se.
- Faz pelo seu familiar pequenas tarefas da vida diária (por exemplo, leva-lhe um copo de água, acomoda-o em frente à televisão, etc.).

Porque cuidamos das pessoas idosas da nossa família?

É possível que você responda ***porque é minha obrigação.*** A maior parte das pessoas que cuidam de uma pessoa idosa (pai, mãe, marido, mulher) concorda que se trata de um dever moral e que existe uma responsabilidade social e familiar e normas sociais que devem ser respeitadas. Porém, não é esta a única razão que nos leva a cuidar da pessoa idosa. Outros motivos assinalados pelos cuidadores são:

- motivação altruísta, ou seja, para manter o bem estar da pessoa idosa, com quem nos identificamos;
- reciprocidade, já que fomos antes cuidados por ela;
- gratidão que recebemos daqueles que cuidamos;
- sentimentos de culpa do passado;
- evitar a censura da família, de amigos e de conhecidos, caso não cuidemos dos nossos familiares idosos.

Embora estes possam ser os motivos para que cuidemos dos nossos familiares idosos, o peso de um ou de outro influirá na qualidade, na quantidade e no tipo de ajuda que oferecemos.

1. Quem são os cuidadores familiares?

Na maior parte das famílias, um único membro assume a maior parte da responsabilidade do cuidado. Geralmente, as mulheres assumem essa responsabilidade: esposas, filhas, noras, irmãs. São geralmente pessoas entre 45 e 65 anos de idade. Outras características encontradas são as seguintes:

- em cada família há um cuidador principal – normalmente a esposa, a filha, ou a nora que assume o encargo de cuidador, (ver o assunto *O cuidador principal, e sua relação com os demais cuidadores*);
- no início, o cuidador pensa que seu encargo é temporário, mas acaba descobrindo que é para muito tempo e que a responsabilidade tende a aumentar;
- os cuidadores, habitualmente mulheres, atendem também às necessidades do resto da família (cônjuge e filhos). Quando as exigências dessas pessoas são muito grandes, pode tornar-se difícil dar conta de todas as responsabilidades.

O parentesco ou a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada também influencia a maneira como se vive e se aceita a situação de cuidar, conforme pode-se verificar nas situações descritas em seguida:

- a esposa ou esposo como cuidador. Quando o marido tem problemas de saúde e necessita de ajuda para suas atividades da vida diária, geralmente o cuidador principal é a mulher. Em muitas famílias brasileiras, devido a fatores culturais, verifica-se que nem sempre o marido é capaz de ser o cuidador, quando a mulher necessita de ajuda;
- As filhas e filhos como cuidadores. Quando os cuidadores são a filha ou o filho da pessoa cuidada, existe um vínculo natural entre ambos que pode favorecer a disposição para o cuidado. Na maioria dos casos, representa um forte impacto emocional dar-se conta de que o pai, a mãe ou ambos já não podem cuidar de si mesmos, quando até há pouco eram totalmente independentes. Além disso, os filhos geralmente sentem-se apanhados de surpresa e receiam que as novas responsabilidades possam prejudicar seus planos para o futuro.

2. Conseqüências de cuidar de uma pessoa idosa

Cuidar de uma pessoa idosa da família é, geralmente, uma experiência duradoura que exige uma reorganização da vida familiar, profissional e social. Quem assiste a familiares idosos costuma indicar que sua vida foi afetada de diversas maneiras desde que começou essa atividade. Vejamos quais são essas mudanças.

Relações familiares – uma das mudanças que os cuidadores manifestam claramente sobre a sua situação se refere às relações familiares. Devido

ao desacordo entre a pessoa que cuida e os outros familiares, podem aparecer conflitos familiares sobre a atitude e o comportamento dos últimos em relação à pessoa idosa ou pela forma de se proporcionar os cuidados. Às vezes, o mal estar com outros membros da família é devido aos sentimentos do cuidador principal de que o resto da família não é capaz de apreciar o esforço que realiza. Outra mudança típica na família é a inversão de papéis, por exemplo, a filha se transforma na cuidadora da sua mãe, variando assim a direção habitual em que se produz o cuidado de pais e filhos. Esta mudança de papéis requer uma nova mentalidade quanto ao tipo de relação que existia anteriormente entre pais e filhos e exige do cuidador um esforço de adaptação. Esta mudança é mais intensa quando a pessoa cuidada sofre de demências em fase média ou adiantada.

Reações emocionais – Os cuidadores experimentam um grande número de emoções e sentimentos, alguns positivos como a satisfação por poder contribuir para o bem estar de uma pessoa querida. Outras são freqüentemente negativas, como a sensação de impotência, sentimentos de culpa, solidão, preocupação ou tristeza.

Conseqüências sobre a saúde – Os cuidadores percebem que uma situação de cuidado prolongado afeta sua saúde. Estão cansados e têm a sensação de que sua saúde começou a piorar desde que começou a cuidar do familiar idoso.

Conseqüências sobre a vida profissional – Os cuidadores que trabalham fora de casa experimentam um conflito entre as tarefas de cuidador e as obrigações profissionais, sentindo que está falhando tanto no trabalho (faltas, perda de pontualidade), como no cuidado familiar. Não é raro ter de diminuir suas horas de trabalho ou abandonar o emprego. Freqüentemente, surgem dificuldades econômicas ou por receber menos devido à diminuição das horas de trabalho ou por ter mais gastos com o cuidado da pessoa idosa.

Diminuição de atividades de lazer – Os cuidadores informam que houve uma redução do tempo dedicado à vida social e de lazer e, como conseqüência, sentem-se isolados de seus amigos e do mundo que os cerca.

Concluindo, a quantidade de trabalho necessário para cuidar de uma pessoa idosa, a pressão psicológica e o esforço despendido para atender a todos esses problemas cotidianos é comum a todos os cuidadores. Por esse motivo, quem cuida de familiares idosos pode sofrer de problemas de saúde, psicológicos, (sentimentos de mal estar, depressão, sensação de sobrecarga) e sociais (relações familiares tensas, problemas profissionais). Conhecer quais são essas mudanças é muito útil para verificar até que ponto cuidar da pessoa idosa

está afetando a nossa vida e, assim, buscar algumas práticas para melhorar, na medida do possível, esta situação.

3. Como o cuidador é afetado

A situação de cuidar afeta cada cuidador de forma distinta, dependendo da enfermidade da pessoa que recebe os cuidados, a gravidade dessa enfermidade, a lucidez mental dela, assim como da saúde e da resistência do próprio cuidador. Aquelas pessoas, cuja saúde está mais deteriorada e são mais dependentes exigem uma carga maior de trabalho do cuidador. Mas, também, muitas outras circunstâncias que foram colocadas em destaque, no quadro seguinte, podem influenciar o bem-estar do cuidador.

O bem-estar do cuidador depende de:

- da saúde do cuidador;
- da ajuda que recebe de outros familiares;
- da ajuda que recebe da rede de apoio (atendimento domiciliário, centro-dia; unidades de saúde);
- do apoio emocional, agradecimento e reconhecimento de outros familiares;
- a informação que tem sobre como cuidar e resolver problemas do cuidado;
- sua capacidade para atuar diante de comportamentos difíceis, aborrecimento ou passividade que pode manifestar a pessoa cuidada (agitação, mau-humor, inatividade, alucinações, insônia, depressão, etc.);
- sua forma de enfrentar a situação de cuidado e superar situações difíceis.

Como vimos até o momento, são muitas as razões por que alguns cuidadores encontram-se mais satisfeitos do que outros. Neste momento, é possível que você tenha pensado sobre sua vida e tenha se comparado com outras pessoas que vivem a mesma situação. Além disso, pode ser que conheça um pouco mais como esta situação está atingindo sua vida e que existem circunstâncias que merecem ser mudadas para que a sua vida e dos seus familiares possa ser melhor.

O cuidador principal e sua relação com os demais cuidadores

Judy Robbe

Introdução

Nada prepara uma família para o aparecimento de um agressor como a demência que penetra sutilmente em seu meio, lentamente roubando da pessoa idosa as suas memórias preciosas, seus conhecimentos e finalmente a sua independência.

Muitas vezes, mesmo percebendo mudanças de comportamento ao longo do tempo, a família se assusta com o diagnóstico. Cada familiar reage do seu jeito às palavras do médico, que fala de uma doença neurológica progressiva, sem cura, que irá causar total dependência.

Nas famílias mais antigas o pai era o provedor e a mãe cuidava dos afazeres domésticos. Apesar das modificações ocorridas hoje nesses papéis, cada membro continua com atribuições determinadas em função do seu lugar na família e de suas características pessoais. Quando um dos familiares adoece e não pode mais cumprir o seu papel, há um desequilíbrio que desencadeia uma crise, obrigando a uma reorganização familiar.

Surge o cuidador principal

É aquele que fica responsável por quase todo o trabalho diário com a pessoa idosa doente. O papel de Cuidador é o de suprir as necessidades desta pessoa durante o período de doença ou incapacidade. O seu principal objetivo será assegurar, na medida do possível, o conforto físico e segurança do doente. Será também de ajudá-lo a preservar a sua calma emocional e auto-estima.

Características do cuidador principal

Por causa da sua aptidão para cuidar, a maioria daqueles que assume este lugar é mulher, geralmente uma filha e às vezes uma nora. Grande parte dos cuidadores está na faixa dos 45 a 50 anos, tem filhos adultos ou quase

adultos, é aposentado – ou um dos cônjuges é aposentado, ou ambos estão prestes a aposentar-se (Neri, 1994).

No caso de **demência** uma palavra que aparece sempre é "dedicação" – um conceito que pode ser interpretado de várias maneiras, porém essencialmente significa expressões de amor, gratidão, apoio e obrigação para com alguém. É muito fácil as pessoas dedicadas se tornarem "escravizadas" pelo conceito da dedicação e é comum ver cuidadores se esforçando e trabalhando além dos limites aceitáveis em nome da dedicação.

São comuns as reclamações do cuidador principal de frustração, decepção, culpa, raiva, cansaço, falta de tempo para si, além de ansiedade, depressão e outros problemas de saúde. Falam também da perda da liberdade, perda da mãe ou pai causada pela inversão de papéis, perda do companheiro, perda financeira, perda da privacidade se a pessoa idosa for morar com o cuidador, perda de tempo para si mesma, além de brigas com irmãos.

Porém, **resiliência** (capacidade rápida de recuperar-se ou de se adaptar a mudanças) é frequentemente uma forte característica deste cuidador e existem possíveis ganhos relacionados com o "cuidar" do seu familiar, como: uma experiência rica de vida, crescimento pessoal, o amadurecimento dos filhos, se sentir mais forte como pessoa, uma mudança de valores, tornar-se mais humana, e aprender a conhecer os seus próprios limites.

O avanço da demência é medido em estágios (ver assunto *Comunicação com a pessoa idosa dementada*) e para o planejamento de cuidados diários, é comum combinar os estágios abaixo, determinados pelo nível de perda funcional.

1. **ESQUECIMENTO** – Leve perda de memória – nenhuma perda funcional.
2. **CONFUSIONAL** – Perda das Atividades de Vida Diária (AVDs) instrumentais.
3. **DEMENCIAL** – Perda das AVDs básicas.
4. **FINAL** – Não consegue movimentar-se sozinho para realizar um propósito.

Durante o **ESTÁGIO DO ESQUECIMENTO** a pessoa idosa sofre mudanças na memória de curto prazo, sente frustração com as suas próprias falhas, porém procura mostrar a todos que está bem e que mantém a autonomia. Acontece um "conflito interno" porque a pessoa não reconhece as mudanças como sinais de doença e é comum apresentar Depressão. Em geral recusa buscar ajuda ou tratamento nesta fase.

O marido reclama que a **Esposa Cuidadora** "pega no meu pé" e "me controla o tempo todo" e para os filhos estes conflitos podem parecer problemas conjugais. A verdade é que o parceiro sadio que convive 24 horas com a pessoa

doente percebe que ela/ele comete erros e que a sua memória de curto prazo não é a mesma. Mudanças de humor e afetividade podem ser confundidas com desinteresse pelo cônjuge e os sintomas serem vistos como sendo propositais.

São tarefas do Cuidador neste estágio:

- reconhecer as mudanças de personalidade;
- reconhecer o esquecimento;
- conversar com a pessoa doente sobre o problema;
- consultar profissionais de saúde;
- administrar os medicamentos;
- oferecer apoio emocional;
- supervisionar as compras;
- aos poucos – assumir a direção do carro;
- remover perigos da casa;
- pensar em informar os amigos;
- se identificar como Cuidador.

Ao longo do **ESTÁGIO CONFUSIONAL** o sentido de tempo é diminuído, a pessoa idosa não consegue lidar bem com dinheiro ou fazer compras de maneira adequada. Caso tenha automóvel, pequenos acidentes são comuns e dirigir não é mais recomendável.

A participação social pode ficar prejudicada – ou porque a pessoa idosa não quer que os amigos percebam as suas falhas e se recolhe em casa, ou porque amigos e familiares não entendem os seus comentários jocosos ou indecorosos e os convites para participar de eventos diminuem. No caso do casal, isto pode gerar conflitos, pois o cônjuge sadio vê estes comportamentos como sendo propositais e egoístas.

O cuidador deve:

- reconhecer as perdas na pessoa idosa;
- procurar um diagnóstico formal;
- fazer planejamento legal e financeiro;
- procurar informações sobre a doença;
- informar o resto da família;
- procurar formas de descansar;
- procurar compreender o que provoca certos comportamentos;
- estruturar o ambiente;

- aprender técnicas de comunicação na demência;
- administrar os medicamentos;
- oferecer apoio emocional;
- supervisionar as compras;
- aos poucos – assumir a direção do carro;
- remover perigos da casa;
- pensar em informar os amigos;
- se identificar como Cuidador.

Podem ressurgir velhos conflitos entre a pessoa idosa e o seu Cuidador, causados pela mudança de papéis especialmente quando este Cuidador era quem recebia antes os cuidados, como no caso da esposa do marido autoritário, dominador. A pessoa idosa se recusa a entregar responsabilidades que não mais sabe cumprir com medo do estigma e perda de prestígio e vê o seu Cuidador como "controlador".

Dica para o Cuidador: buscar o apoio dos filhos (caso seja cônjuge cuidador) para que eles participem mais e assumam algumas destas responsabilidades.

Surgem também conflitos entre o Cuidador Principal e outros familiares neste estágio. Alguns negam que os sintomas indicam demência. Outros não concordam com o tratamento dispensado e querem levá-lo a outro médico. Uns acreditam que seja hora de contratar um acompanhante, outros discordam. Há discussões principalmente entre filhos sobre dinheiro e herança.

Dica para o Cuidador: marcar reuniões regulares dos membros da família, com a presença de um moderador, para planejar os cuidados.

Por muitas razões o **ESTÁGIO DEMENCIAL** é o mais trabalhoso e o mais difícil. A pessoa idosa, já com maior grau de dependência, requer ajuda para a sua higiene e cuidados pessoais, porém muitas vezes recusa e resiste agressivamente ao auxílio do cuidador. O aumento do egoísmo faz com que ela considere cada vez menos o outro. O medo faz com que o portador de demência se apegue ao cuidador, solicitando sua atenção a toda hora.

Surgem idéias de institucionalização que alguns familiares vêem como "falhar", ou "vergonha" e ainda outros como "impensável". Pode haver uma sensação de perda de controle da situação causada pelo desgaste. Pesquisas mostram que mais de 10 horas por dia são dedicados aos cuidados, sem remuneração, sem folga ou férias, o que obviamente terá um efeito negativo na saúde e bem-estar do Cuidador Principal.

Como agir:

- contratar acompanhantes, se possível – dividir o papel de Cuidador;
- cuidar da própria saúde;
- insistir na divisão das tarefas com outros familiares;
- desenvolver atividades independentes;
- usar serviços de um Centro de Convivência, se possível;
- dar atenção aos gatilhos de distúrbios de comportamento;
- aprender mais sobre a progressão da doença;
- administrar todos os medicamentos;
- ser o elo entre a pessoa idosa e os familiares e profissionais de saúde.

O declínio na linguagem verbal, especialmente no caso da demência frontotemporal requer muita paciência e boa vontade do cuidador para interpretar as necessidades da pessoa. O cônjuge sadio percebe uma resistência à intimidade conjugal. Os familiares se encontram em fases diferentes de compreensão e a dor causada pela doença no seu meio há vários anos e o esgotamento do Cuidador Principal se torna um problema sério.

O ESTAGIO FINAL é caracterizado por:

- perda total da capacidade de movimentar-se sozinho para realizar algo proposto;
- perda da comunicação verbal;
- dependência total nas atividades da vida diária;
- não reconhecer familiares;
- imobilidade;
- complicações clínicas;
- perda de peso;
- irritações de pele;
- infecções repetidas;
- aspiração – podendo levar à pneumonia (ver assunto *Pneumonia*);
- volta aos reflexos primitivos de sugar, andar sem parar, distúrbios de sono com aumento de atividades noturnas, e também por um estado vegetativo.

Dicas para o Cuidador

Oferecer muito amor e carinho e procurar satisfazer a necessidade espiritual da pessoa idosa. Preferir a comunicação não verbal através do toque. Manter o ambiente calmo e harmonioso. Dividir as tarefas com outras pessoas e insistir que o idoso neste estágio continua necessitando da presença regular de familiares, mesmo que não possa reconhecê-los.

Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa

Clari Marlei Daltrozo Munhoz
Leda Almada Cruz de Ravagni
Maria Luciana C. de B. Leite

Introdução

Antigamente a família era formada pelo casal e filhos e a autoridade do pai era inquestionável já que cabia a ele a manutenção orçamentária do lar. Era o sistema patriarcal. Com o correr do tempo ocorreram mudanças, a mulher teve de contribuir para o orçamento doméstico, sendo obrigada a deixar de ser apenas "dona de casa" e ir procurar trabalho fora de casa. Em conseqüência disto, as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos passaram a ser compartilhadas com o marido. Também, a modificação ocorrida na legislação que autorizou o divórcio e permitiu novo casamento, fez que muitas vezes morassem sob o mesmo teto pessoas sem laços consangüíneos, como o caso de filhos do primeiro matrimônio de um dos membros do casal.

Outras modificações surgem com o envelhecimento dos pais, os quais devido à longevidade, exigem maiores cuidados, e muitas vezes são levados para o seio familiar fazendo com que um mesmo espaço seja compartilhado por três e até quatro gerações.

Entretanto, nem sempre o convívio sob o mesmo teto representa contato pessoal e relações afetivas, pois isto não é um sentimento imposto, mas construído ao longo da existência. Também a vida moderna, com vários compromissos, onde as comunicações são muitas vezes realizadas através dos meios tecnológicos, que a pessoa idosa não domina, leva-a a distanciar-se dos outros membros da família.

Assim, mesmo que a família seja considerada a melhor alternativa para efetivar o cuidado à pessoa idosa, como é determinado pela legislação vigente (Estatuto do Idoso, art. 3º), nem sempre se pode garantir que ela venha lhe oferecer um atendimento ideal.

Quando os filhos super protegem seus pais, tomando decisões e não respeitando sua autonomia, podem ser geradas situações de conflito nas relações familiares. Este fato ocorre principalmente quando por algum motivo, surge a necessidade da pessoa idosa deixar sua residência. Esta nova situação poderá lhe ocasionar problemas como a perda de identidade e suas referências, causando-lhe, pouco a pouco, a diminuição do nível de auto-estima, bem como de sua autonomia e independência.

Morar sozinho, ou distante, não é sinônimo de abandono ou solidão, mas pode dar um sentimento de liberdade e de satisfação de poder administrar o seu cotidiano, ou seja, uma nova forma de envelhecer.

Para a pessoa idosa, a família é importante e, manter os laços afetivos tem um grande significado. Mais que o apoio material ela espera da família, compreensão, paciência, interesse em escutá-la, respeito a suas idéias, crenças e opiniões, não se sentindo menosprezada ou qualificada de obsoleta ou "velha". Por outro lado, na nossa cultura ocidental e cristã, os filhos sentem normalmente a responsabilidade de cumprir o papel de assistir aos pais na velhice. Mas nem sempre os filhos podem dispor de tempo para estar presente, o que é substituído pelos modernos meios de comunicação. É a "*intimidade à distância*".

Mudanças na estrutura familiar

- do modelo patriarcal, para o núcleo familiar de casal e filhos, em menor número;
- integração crescente da mulher no mercado de trabalho, e sua contribuição na renda familiar;
- autoridade, poder e obrigações nas tarefas domésticas compartilhadas pelo casal;
- núcleo familiar constituído por pessoas sem vinculo consangüíneo;
- convivência inter-geracional, às vezes num mesmo espaço, formando a estrutura familiar verticalizada;
- longevidade dos pais, exigindo mais cuidados e alterando os papéis na estrutura familiar;
- relações familiares muitas vezes substituídas por meios modernos de comunicação – *a intimidade à distância.*

A pessoa idosa, em algumas circunstâncias, depende da família economicamente, principalmente quando necessita de fazer uso de medicamentos de alto custo, o que compromete bastante a sua renda. A situação se agrava quando surge alguma doença incapacitante, ocasionando a perda e/ou a diminuição do nível de autonomia e independência para realizar atividades da vida diária, tais como: comer, caminhar, realizar suas necessidades fisiológicas e higiênicas, tarefas domésticas, atividades sociais e de lazer. Se os laços afetivos não são suficientemente fortes, o cuidar da pessoa idosa passa a ser para a família uma obrigação imposta pelas circunstâncias, não uma escolha. Isso depende do tipo de relações familiares existentes anteriormente, como o distanciamento, por diversos motivos, entre a pessoa idosa e a família, que pode considerá-la uma desconhecida, que não pertence mais ao grupo.

A pessoa idosa torna-se dependente da família, pela incapacidade na realização das atividades da vida diária e por suas necessidades econômicas.

Normalmente, o cuidado com a pessoa idosa recai num dos membros femininos da família (ver assunto *O cuidador principal, e sua relação com os demais cuidadores*). Como a esposa, nora ou filha solteira, ou naquela que tem maior afinidade com a pessoa idosa, ou melhores condições materiais e/ou financeiras, tais como: casa maior, menos obrigações fora ou dentro do espaço sócio-familiar, que já está aposentada ou mora próximo à pessoa idosa, etc. O importante é que todos os membros da família se envolvam no cuidado com a pessoa idosa, uma vez que poderá ser uma tarefa cansativa e desgastante que não deve ficar sob a responsabilidade de uma só pessoa.

Também, o cuidador familiar não deve considerar-se o único com capacidade de exercer esta função e nem que é capaz de fazê-lo sozinho. Ele precisa reconhecer seus limites, e saber o momento de pedir ajuda, de outra forma, poderá sofrer da síndrome "*eu tenho que fazer tudo*". Isto ocasiona sentimentos de culpa e de raiva ao mesmo tempo. Raiva para com a pessoa idosa, por ter que sacrificar muitas vezes sua vida pessoal (marido, namorado, filhos, amigos, lazer, carreira profissional), e dos outros membros da família, por ter depositado nele(a) essa tarefa. O sentimento de culpa desponta diante da suposição de não estar cumprindo com seu papel familiar, que muitas vezes é ocasionado pela falta de conhecimento ou de informação de como lidar com a pessoa idosa. A conseqüência de tudo isto, mais a sensação de impotência e frustra-

ção, poderá desencadear um quadro de estresse e depressão, ou até levá-lo(a) a cometer alguma forma de violência *involuntária* contra a pessoa idosa. (Ver assunto *Cuidando de quem cuida*).

O cuidador familiar

- normalmente **é do** *sexo* feminino (esposa, filha, nora, etc);
- necessita da ajuda de todos os membros da família;
- deverá conhecer o seu limite, para não sofrer estresse e/ou depressão, ou ter comportamentos agressivos de violência involuntária contra a pessoa idosa;
- solicitar suporte dos familiares, amigos, vizinhos e da rede formal de apoio quando sentir necessidade no cuidado com a pessoa idosa;
- procurar adquirir conhecimentos ou informações de como cuidar da pessoa idosa, cuja falta poderá trazer-lhe insegurança e um sentimento de culpa, de não estar fazendo o melhor.

Quando a família dispõe de recursos financeiros suficientes poderá contratar um profissional, o ***cuidador formal***, para ajudar o cuidador familiar ou para se ocupar da pessoa idosa. Inicia-se então uma relação trabalhista, que demandará um conhecimento e aceitação, da pessoa idosa e da família, dos deveres e direitos desta função, bem como uma postura ética do cuidador.

O Cuidador Formal poderá enfrentar situações bastante delicadas e estressantes no exercício de sua função. A ausência total dos familiares, por considerarem cumprido seu papel ao entregarem a pessoa idosa em "suas mãos" pode ocasionar-lhe insegurança e solidão. Outro aspecto é a super proteção da família à pessoa idosa, interferindo no seu trabalho, como por exemplo, a exigência de dar à pessoa idosa medicamento não prescrito pelo medico ou não deixar que se cumpra as determinações dos demais profissionais da saúde, por acreditar que não está fazendo nenhum efeito benéfico. Situação mais séria acontece, quando nas disputas familiares, o cuidador é solicitado a tomar partido ou servir de "espião" para um dos lados. Outro momento delicado, normalmente vivido pelo cuidador, é quando a família desconhecendo suas obrigações, determina que ele realize também as tarefas domésticas, prejudicando e abandonando o cuidado com a pessoa idosa de quem é responsável.

Entretanto, existem famílias que reconhecem a necessidade e a importância da capacitação do profissional que cuida da pessoa idosa, incentivando-o a participar de cursos e eventos ligados à área, liberando-o da sua jornada de trabalho e até financiando a sua inscrição.

Quando o cuidado à pessoa idosa é prestado por Cuidador Formal.

A família ajuda quando:

- auxilia no cuidado para com a pessoa idosa;
- supervisiona as suas funções, sem interferir, dando-lhe condições para realizar o seu trabalho;
- reconhece seus direitos e deveres;
- trata-o como um profissional respeitando os seus direitos trabalhistas;
- incentiva e dá oportunidade para o cuidador se capacitar.

A família dificulta o trabalho, quando:

- abandona a pessoa idosa ou fica ausente às necessidades dela;
- interfere em seu trabalho, impossibilitando ou atrapalhando suas funções;
- coloca-o no meio das disputas familiares;
- quando determina que realize tarefas que não são de sua competência e nem inerentes a sua atividade;
- não respeita o acordo trabalhista firmado.

Quando a família não possui estrutura, nem conta com o suporte do Estado e de organizações comunitárias para cuidar do familiar idoso no domicilio, uma das alternativas é recorrer a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos(ILPI) Apesar disso, o familiar responsável por tal decisão pode sofrer criticas de outros membros da família, muitas vezes ausentes, bem como da sociedade que consideram esta medida como um ato de abandono, caracterizando-se o desconhecimento da Política Nacional do Idoso, que preconiza no Decreto 1948/96, artigo 3º, Parágrafo único, que *a assistência na modalidade asilar pode ocorrer também no caso de carência de recursos financeiros próprios ou da família.* Neste momento, é fundamental que a pessoa idosa, na medida do possível, possa ser co-responsável pela escolha do local onde irá viver, sendo respeitada no seu direito de autonomia.

Ao proceder à internação da pessoa idosa numa ILPI, não cessa a responsabilidade da família para com ela. O não cumprimento do que está prescrito e firmado no contrato de prestação de serviços, apresentado pela ILPI, caracteriza uma situação de negligência e abandono, podendo a Instituição comunicar o fato às autoridades competentes, conforme prescreve o art. 50 do Estatuto do Idoso. Também, caberá à família, de acordo com suas possibilidades, prover as necessidades da pessoa idosa com recursos não disponibilizados pela instituição, como também participar de reuniões e demais atividades realizadas pela ILPI.

Quando o cuidado à pessoa idosa ocorre numa Instituição de Longa Permanência para Idosos.

A família ajuda quando:

- assina o contrato e cumpre o que está prescrito e firmado;
- ajuda a prover as necessidades da pessoa idosa, que não são atendidas pela ILPI;
- acompanha a pessoa idosa quando hospitalizado;
- participa das reuniões e eventos realizados pela ILPI;
- respeita as deliberações dos profissionais da Instituição;

A família dificulta quando:

- abandona a pessoa idosa, não mantendo contato nem realizando visitas por um longo período;
- apropria-se dos proventos da pessoa idosa;
- não participa das reuniões e nem comparece quando chamada pelos profissionais da ILPI;
- apenas "critica" a ILPI, sem buscar efetivar sua co-participação na rotina da instituição ou mesmo quando não valoriza e/ou incentiva a pessoa idosa a participar;
- quando tem a concepção de que ao deixar a pessoa idosa numa ILPI, principalmente quando paga pela permanência dela, não tem deveres e responsabilidades, apenas direitos, deixando a pessoa idosa numa situação de "assistido";
- não respeita as regras da ILPI, principalmente no que se refere às restrições de dietas alimentícias e incentiva a auto-medicação.

Em caso de internação hospitalar da pessoa idosa a presença da família é fundamental, pois nesse momento ela se apresenta em maior nível de fragilidade, não apenas pela doença, como também pela necessidade da internação, que ocasiona uma mudança na sua rotina de vida e o receio de desenvolver um quadro de dependência, de isolamento, além da perspectiva da morte.

Se a família não tiver condições de acompanhá-la em tempo integral, deve viabilizar a contratação de um cuidador profissional. Desta forma, a pessoa idosa não se sentirá abandonada. Também a presença de um cuidador, familiar ou formal, poderá evitar o agravamento da perda de autonomia da pessoa idosa que ocorre, principalmente, se o tempo de permanência no hospital for muito longo, por ela não ter condições de realizar atividades que antes eram exercidas sem dificuldade.

Por outro lado, a família é muito importante para a equipe medica, pois dando indicações sobre as características e sintomas que a pessoa idosa apresenta, irá ajudar no seu diagnóstico.

Entretanto, pode ocorrer que a família represente um problema para a unidade de saúde, quando, por exemplo, abandona a pessoa idosa ou recusa a determinação de alta hospitalar, alegando a insuficiência de recursos, incapacidade e insegurança para exercer os cuidados que ela necessita e a incerteza de que terá a assistência do Estado na continuidade do tratamento. Cabe aos profissionais de saúde verificar a veracidade da justificativa apresentada pela família e proporcionar-lhe orientação para cuidar da pessoa idosa, evitando a necessidade de uma nova internação.

Quando o cuidado à pessoa idosa é exercido numa Unidade de Saúde (US).

A família ajuda quando:

- se informa sobre a rotina da unidade de saúde, conhecendo as funções e os limites, visando a co-participação no atendimento à pessoa idosa durante sua permanência na US;
- toma conhecimento e respeita o regulamento da US, mantendo um bom relacionamento com a equipe de saúde;
- demonstra interesse em aprender a cuidar da pessoa idosa de acordo com as suas possibilidades, para atender as necessidades dela após a volta ao domicilio, evitando a re-internação;

- viabiliza um acompanhante familiar, ou na impossibilidade, viabiliza a contratação de um cuidador formal;

A família dificulta, quando;

- recusa-se a levar a pessoa idosa ao domicilio, mesmo com alta médica;
- recusa-se a deixar a pessoa idosa na US, com receio de que ela morra sozinha ou deixe de ser o provedor financeiro da família (está gastando muito);
- não transmite à equipe médica informações sobre mudanças na pessoa idosa ou na família, que podem estar afetando a saúde da pessoa idosa;
- dá informações incorretas ou omite dados sobre endereço, estrutura familiar, situação habitacional ou financeira .

Para concluir, podemos dizer que a família pode ser um elemento de ajuda à pessoa idosa, dando-lhe condições para uma melhor qualidade de vida, quando permite que ela continue a sentir-se útil e participante do convívio familiar e quando atende, diretamente ou através de um cuidador formal, às necessidades materiais e biopsicossociais da pessoa idosa. Ou, ao contrário, pode prejudicar a pessoa idosa, dando origem à dependência e depressão, fatores de doença e até de óbito.

A família

ajuda a pessoa idosa quando:

- mantém os laços afetivos;
- respeita a sua vontade, opiniões e crenças;
- tem paciência e compreensão a suas limitações físicas e mentais;
- apóia em suas necessidades;
- possibilita o convívio familiar e a faz sentir-se útil e importante.

prejudica a pessoa idosa quando:

- a abandona ou a ignora;
- a menospreza, considerando-a "velha imprestável";
- super protege, diminuindo seu nível de autonomia e independência.

Sugestões para leituras:

MORAGAS, Ricardo Moragas, "Gerontologia Social, envelhecimento e qualidade de Vida", trad. Nara C. Rodrigues, São Paulo, Paulinas, 1997.

PACHECO, Jaime Lisandro, (et al) (org) – "Tempo: rio que arrebata" – Holambra/ setembro, 2005.

PAPALÉO NETTO, Matheus, "Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada", São Paulo, Atheneu, 1996.

SILVA, Marleth, "Quem vai cuidar dos nossos pais?" – Rio de Janeiro, Record 2006.

Cuidar e promover a independência e a auto-estima da pessoa idosa

Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born

1. Os riscos do cuidado e da ajuda.
2. Como estimular e desenvolver a autonomia.
3. Como aumentar a auto-estima.

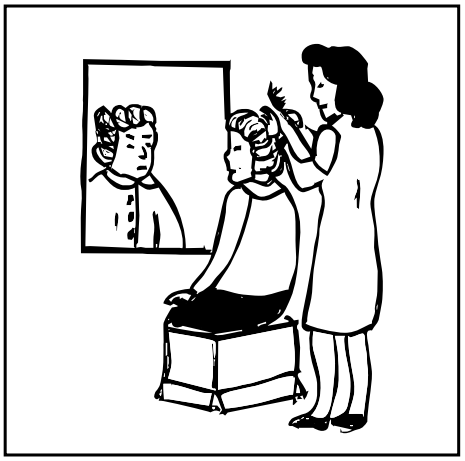
1. Os riscos do cuidado e da ajuda

Os cuidadores lutam, geralmente, com muitas dificuldades para poder ajudar as pessoas idosas nas atividades da vida diária como caminhar, banhar-se, vestir-se e comer e, ao mesmo tempo, realizar as tarefas domésticas, considerando que as tarefas de cuidar aumentam na medida em que piora o estado de saúde da pessoa cuidada.

O cuidado e a ajuda podem gerar dependência

Entretanto, a piora da saúde não é o único motivo porque as pessoas idosas deixam de realizar as atividades que fizeram ao longo da vida. As atitudes e a forma de agir dos familiares e de outras pessoas próximas delas têm uma grande influência sobre o grau de autonomia e independência que ela demonstram.

Freqüentemente, os familiares tendem a reagir às dificuldades das pessoas que cuidam, fazendo as coisas por elas. Por exemplo, quando uma pessoa tem dificuldades para deslocar-se, o cuidador se apressa em ajudá-la, embora fosse possível ela se deslocar sozinha com menos ajuda, talvez levando mais tempo. Os sentimentos de pena, de temor ou de responsabilidade, juntamente com o de não desejar ver sofrer a pessoa idosa, são algumas razões que podem fazer com que se preste ajuda imediata ou excessiva.



Aumenta a dependência

Promove a autonomia

Quando as pessoas de mais idade perdem alguma capacidade para realizar as atividades da vida diária, costumam receber com prontidão, a atenção ou a ajuda de quem os cuida. Dessa maneira, as pessoas idosas, quando se comportam de modo dependente, conseguem a atenção e o apoio dos que cuidam dela e, assim, não são estimuladas a se esforçar para serem autônomas e independentes. As atitudes e os comportamentos dos cuidadores são decisivos para favorecer a independência das pessoas idosas.

Vejamos dois exemplos de pessoas que mostram atitudes e comportamentos distintos, face ao cuidado de pessoa idosa com problemas de dependência. No primeiro exemplo fomenta-se a dependência e no segundo, a independência. Cada uma destas duas formas de pensar sobre os problemas de autonomia das pessoas idosas tem conseqüências distintas sobre a maneira como cada cuidador tratará dessas pessoas.

Luisa que cuida de sua mãe com problemas de artrite, pensa: *Não consegue mais tomar banho sozinha! Ela está muito doente e frágil. De agora em diante, vou ter que dar banho nela....*

Que implicações tem este comentário?

Quando diz *Não consegue mais tomar banho sozinha,* está dizendo que sua mãe não pode mais depender de si mesma.

Quando diz *Terei que dar banho nela,* obriga-se a dedicar mais tempo ao cuidado.

Dessa forma, não permite que a pessoa a que cuida realize as atividades que pode realizar de forma independente. Assim, a pessoa idosa perderá cada vez mais suas habilidades por falta de prática.

Veja como pensa Maria Aparecida, cuidadora da mãe que sofre de uma doença que dificulta sua mobilidade: *É verdade que minha mãe está muito frágil, mas ela é uma pessoa que toda vida foi muito limpa... Com certeza ainda pode fazer alguma coisa para tomar banho. Pelo menos, ensaboar-se ou enxugar-se com sua toalha. Espero que continue fazendo tudo que puder fazer por si mesma. Ela vai sentir-se melhor assim. Eu vou observar durante o banho para ver o que pode continuar a fazer. E vou ajudá-la somente no que necessita.*

Que implicações tem esta forma de pensar da cuidadora?

Quando diz *É verdade que está muito frágil,* está consciente das limitações da pessoa de quem cuida.

Quando diz *Com certeza ainda há algo que pode fazer,* deixa aberta a possibilidade de poder ainda depender de si mesma, em alguma coisa.

Quando diz *eu vou observar durante o banho para ver o que pode fazer,* verifica até que ponto realmente necessita de ajuda.

Dessa maneira, ao ajudá-la somente no que necessita e animando-a para que faça tudo que ainda é capaz de fazer, passa a agir, decidindo com atenção no que vai consistir sua ajuda e o que vai deixar que a sua mãe faça. A pessoa idosa continua exercendo suas capacidades, sentindo-se autônoma e segura para determinadas atividades.

O quadro abaixo mostra outras frases que refletem atitudes e comportamentos dos familiares e cuidadores. Uns fomentam a autonomia pessoal e outros podem aumentar a dependência das pessoas cuidadas.

Comentários que favorecem dependência ou independência	
Favorecem a dependência	**Favorecem a independência**
Apresentação pessoal	
Não se preocupe com seu aspecto. Você não vai sair.	Você podia fazer a barba. Acho que vai sentir-se melhor
Incontinência	
Vou trocar sua roupa. *Você está molhada.*	*Você pode ir trocar de roupa.* *Quando terminar, eu o ajudo a limpar o piso.*
Atividade	
Fique na cama. Não tem mesmo *nada para fazer.*	Que tal se você se levanta e vamos passear *um pouco*
Alimentação	
Eu lhe dou a comida. *Já estamos atrasados.*	*Hoje, vamos comer mais cedo, para podermos chegar na hora.*
Higiene e banho	
Me dá a toalha. *Eu a enxugo.*	*Eu lhe dou a toalha, para que vá se enxugando de cima para baixo.* *E eu vou enxugando as pernas.*
Vestir-se	
Deixe que eu a vista. *É mais rápido*	*Vamos escolher a roupa que vai pôr e você vai-se vestindo.* *Se precisar de ajuda, você me chama.*

A auto-estima é a confiança que temos em nós mesmos e que faz com que possamos sentir que somos úteis e temos valor para nós e para os outros. As enfermidades e o envelhecimento podem fazer com que a auto-estima diminua. Além disso, as pessoas idosas que necessitam de cuidados podem ver diminuídas suas possibilidades de se decidir e de organizar sua vida por si mesmas, o que afeta seus sentimentos de valor pessoal.

Os cuidadores estão geralmente preocupados para que a atenção que dispensa à pessoa idosa seja da melhor qualidade possível e, nesse empenho, por vezes decidem por ela ou não percebem a importância de respeitar ques-

tões como o pudor ou a intimidade em situações como o banho ou a troca de roupas. Estes comportamentos podem fazer com que as pessoas idosas se sintam cada vez mais incapazes e percam confiança em si mesmo.

A atitude e a forma de atuar dos cuidadores podem contribuir para que pessoas idosas mesmo que sejam muito dependentes mantenham a confiança em si mesmas e na sua dignidade como pessoas. Por exemplo, alguns familiares tendem a resolver os problemas das pessoas idosas (assuntos bancários, consultas médicas) sem que elas participem de nada. *Não se preocupe, Isso eu resolvo,* são comentários que ilustram essa forma de agir.

Por outro lado, os cuidadores que estimulam a auto-estima consideram as pessoas que cuidam e lhes oferece sua ajuda para que elas continuem organizando e resolvendo seus problemas. *Se necessita de ajuda para pedir os documentos do banco, você me avisa e eu a ajudarei no que for necessário. Não se esqueça de que você queria fazer algumas perguntas ao médico. Se quiser, posso ir com você.* Estas frases exemplificam formas de atuar dos cuidadores que oferecem sua ajuda para que seus familiares continuem sendo responsáveis por tudo aquilo que lhe diz respeito.

2. Como estimular e desenvolver a autonomia

Esperamos ter sido capazes de transmitir a enorme importância que sua forma de pensar e agir tem para favorecer a independência da pessoa idosa. Nas páginas seguintes encontrarão algumas idéias que têm sido úteis a outras pessoas para manter e desenvolver comportamentos autônomos.

Talvez você se preocupe que seguindo estas recomendações vá levar mais tempo para cuidar da sua pessoa idosa. Dá para compreender sua preocupação, pois no começo provavelmente vá gastar um pouco mais de tempo. Entretanto, vai sentir-se recompensado com este esforço, na medida em que, provavelmente, vai aumentar sua satisfação ao ver como a pessoa idosa mantém uma certa autonomia e se sente melhor ao se ver como uma pessoa útil e capaz de realizar atividades. É uma questão de **paciência e tempo**. Não desanimar e ser persistente é o melhor caminho para favorecer a autonomia da pessoa sob seus cuidados. Agindo assim, verá que, em pouco tempo dedicará menos esforço para ajudá-lo nas atividades da vida diária. As sugestões que apresentamos poderão ser úteis.

Seja persistente

Observe e trate de descobrir tudo que seu idoso pode fazer sozinho

Como os cuidadores dedicam muito tempo e esforço para aliviar os problemas e dificuldades das pessoas de que cuidam, eles podem prestar mais atenção nas dificuldades do que nas capacidades dos seus idosos.

Entretanto, os cuidadores que estimulam a autonomia, ainda que não se esqueçam das limitações das pessoas idosas, são especialistas em identificar e potencializar as possibilidades e habilidades das pessoas cuidadas. Atividades como lavar-se, pentear-se ou tomar banho são aprendidas na infância e praticadas diariamente. Por isso, são atividades muito bem aprendidas. Isto significa que mesmo que uma pessoa idosa tenha dificuldades para realizar uma atividade como banhar-se, não terá esquecido tudo que está envolvido em banhar-se e, portanto, poderá realizar alguns passos desta atividade com independência. Pode ser que não seja capaz de despir-se por completo ou entrar no boxe do chuveiro, mas poderá ensaboar-se e enxugar parte do corpo. O que queremos lhe dizer é que se quiser descobrir as capacidades da pessoa de quem cuida, poderá fazer observando todas as tarefas (ensaboar-se, enxugar-se, vestir o roupão, abotoar-se, etc.) que seu idoso realiza para seu cuidado pessoal. Esta análise detalhada será mais útil, quanto maior for a dependência do seu idoso.

Não faça por seu idoso nada que ele possa fazer por si mesmo

É preferível deixar que seu idoso continue fazendo tudo que possa, por si mesmo. Por exemplo, se seu idoso vai descer do carro e tem certa dificuldade para mover-se, deixe que saia com seus próprios meios, mesmo que tenha de fazer um pouco de esforço. Além disso, se você viu que ele foi capaz de fazer, lembre-o disso na próxima vez e anime-o a repetir.

Ajude nas tarefas que são mais difíceis (fechar botões, por exemplo) mas, colabore com ele (animando-o, dizendo-lhe como fazer) para que continue realizando por si mesmo as tarefas que ele pode fazer com mais facilidade. Se, você faz tudo por ele, seu idoso vai acabar esquecendo até as coisas mais fáceis. Agir assim não é fácil, sobretudo quando verificamos que o idoso sofre um pouco com o esforço que tem de fazer ou, fica aborrecido, pois está acomodado. Se seu idoso resiste ou arranja desculpas para não seguir a sua forma de agir, responda-lhe levando em conta as sugestões que se encontram no quadro seguinte.

Como responder a objeções ou dificuldades do seu idoso para ser mais independente

Quando exigimos mais esforço ao idoso ou quando procuramos mudar seus costumes, ele responde negando-se, protestando ou mostrando-se aborrecido com o cuidador: *"Se você sempre deu banho em mim, por que agora não quer mais? Você não sabe como eu estou; se soubesse, não me pediria para fazer..."*. Estas são algumas reações quando se lhe pede que faça algumas tarefas de cuidado pessoal. Sobretudo, quando o seu idoso já apresenta perdas na sua capacidade mental, ele pode chegar a demonstrar raiva e querer agredir o cuidador ou machucar-se a si mesmo. No lugar de reagir diretamente a suas objeções, será mais útil seguir as seguintes sugestões:

- **responder-lhe com frases que mostrem confiança nas suas possibilidades**: *Eu sei que é um pouco difícil. Mas eu sei que poderá fazer;*
- **propor a atividade como algo que vai ser experimentado e no qual você irá ajudá-lo**: *Vamos ver o que pode fazer. Eu o ajudarei;*
- **seja constante.** Se não conseguir a colaboração do seu idoso nas primeiras tentativas, veja novamente as sugestões deste capítulo, deixe passar um tempo e tente outra vez.

Ajude seu idoso somente no que for necessário

Os cuidadores sabem que não é facil ser paciente e constante. Entretanto, pensam que embora no começo possa ser mais trabalhoso para eles, é a melhor ajuda que podem proporcionar à pessoa de que estão cuidando.

Lembre-se que se seu objetivo for conseguir que seu idoso desenvolva ao máximo sua capacidade, é importante que lhe proporcione somente a ajuda de que necessita, deixando-lhe sempre, o tempo necessário para que o faça. Quando seu idoso necessita de alguma ajuda para sua vida diária, você pode seguir uma das seguintes orientações:

Ajude-o verbalmente – você pode dizer concretamente o que quer que faça. Por exemplo, se quiser fomentar a autonomia ao vestir-se, em lugar de dizer *vista-se sozinho* é melhor dizer *pega agora a camisa ponha o braço esquerdo na manga esquerda.*

Ajude-o a começar – Em alguns casos, é necessário dar uma pequena ajuda física, tal como dar uma palmadinha nas costas, tocar ligeiramente o ombro e o braço, etc. É bom fazer, ao mesmo tempo, algum comentário para animar. Se quiser ajudar o idoso a comer sem ajuda, podemos dizer-lhe pegue a colher e ao mesmo tempo tocar no seu ombro. Quando pegar a colher, deve demonstrar-lhe sua satisfação: *muito bem, que bom que você pode comer sem ajuda.*

Ajude-o a fazer a atividade – As vezes, quando as capacidades das pessoas idosas são muito pequenas, não é suficiente animar com palavras ou com um pequeno impulso físico. Neste caso, torna-se necessário prestar assistência física durante a atividade. Uma forma de agir nesses casos seria animá-lo para que realize a ação, descrevendo-a (*agora, pegue a colher*) e, ao mesmo tempo guiá-lo fisicamente, desde o início, até o fim da ação (pegar a mão da pessoa idosa e levá-lo até a colher) e, finalmente, felicitar a pessoa quando conseguiu terminar a ação desejada.

Prepare a situação para que seja mais fácil – Muitas vezes, os familiares dos idosos fazem adaptações na casa pensando em facilitar sua vida e dar mais segurança, por exemplo, colocando barras de apoio no Boxe do chuveiro e na sua entrada. Entretanto, algumas vezes se surpreendem quando descobrem que essas adaptações não dão os resultados esperados. Para conseguir que o seu idoso utilize as adaptações, apresentamos algumas sugestões.

Mantenha rotinas, sempre que for possível – As coisas que são feitas sempre no mesmo lugar e na mesma hora do dia são as que mais facilmente se mantém. Se, por exemplo, seu idoso está acostumado a tomar diariamente o café da manhã na cozinha e para isso deve caminhar alguns metros, é melhor manter este costume, comentando como é bom para ele começar o dia dando esse pequeno passeio e acompanhando-o durante o café da manhã. Se você

quiser que o idoso volte a tomar banho com a maior independência possível, marque com ele uma hora do dia para ajudá-lo no banho e seja constante.

Considere as preferências do idoso – Se o próprio idoso tomou a decisão, há mais possibilidades de que ele faça algo do que se tenham decidido por ele. Se você quiser animá-lo para que volte a fazer algo que deixou de fazer, deve levar em conta as circunstâncias e a maneira como o fazia anteriormente. Por exemplo, pensemos que ele deixou de se barbear e você pensa que seria bom que continue fazendo. Você pensa que seria mais seguro fazer com um barbeador elétrico e que faça a barba num lugar com bastante luz natural. Provavelmente sua reflexão está correta. Mas, o que acontece com o seu idoso? Com toda certeza, ele tem suas preferências. Ele fazia a barba todos os dias? Onde e quando? As respostas a perguntas como estas irão ajudá-lo a criar uma situação favorável para que volte a barbear-se.

Em resumo, leve em conta o seu idoso ao animá-lo para que seja mais ativo. Fale com ele sobre as mudanças em que pensou e veja com ele as possíveis vantagens ou inconvenientes das mesmas. É possível que o estado mental do seu idoso não permita esta conversa. Então, leve em conta seus gostos e interesses anteriores. Isso o ajudará a criar situações para que se desenvolva com toda a independência que lhe for possível.

Procure evitar mudanças bruscas no ambiente - A ordem e a rotina nas atividades e acontecimentos da vida diária contribuem para que os idosos se sintam mais seguros e se desenvolvam com mais independência no seu ambiente conhecido. Por exemplo, se as rotinas habituais como levantar-se da cama, alimentar-se são realizadas sempre no mesmo horário, isso faz com que o idoso pense nelas para participar na medida das suas possibilidades. Quando for necessário mudar a rotina (mudanças de remédio, de casa, etc.) informe seu idoso e faça-o sentir-se seguro, sem grandes explicações. Isto é especialmente importante se o seu idoso estiver com demência.

Considere a segurança, mas pense também na autonomia – Em muitos casos, os cuidadores de pessoas dependentes estão muito preocupados em evitar qualquer risco possível. Mas, às vezes, junto com os riscos, eliminam-se as oportunidades de autonomia. Um filho ou filha que começa a fazer compras diárias para sua mãe depois que ela teve um problema de saúde, que não a permite mais cozinhar, depois que sofreu uma queimadura, são exemplos deste tipo de situações. Estes comportamentos, que geralmente são vistos pelas pessoas idosas como um gesto de atenção e de interesse para com elas significam um aumento das tarefas para os cuidadores e um incentivo à dependência das pessoas idosas. Encontrar um equilíbrio entre a segurança e a independência de

seu idoso não é fácil. Entretanto, vale a pena tentar. Algumas idéias que podem promover a autonomia sem riscos são:

a) pense nas conseqüências – antes de começar a fazer alguma atividade para a pessoa idosa pense nas conseqüências para você e para ela;

b) facilite a tarefa – Procure e ponha em prática mudanças que façam com que a pessoa idosa inicie a atividade e a realize completamente ou em parte. Por exemplo, no caso de compras ele ou ela pode responsabilizar-se por parte das tarefas (compras diárias), enquanto você pode participar em outras maiores (compra semanal ou mensal). Em qualquer caso, fale com ele ou ela para a divisão de responsabilidades;

c) adapte a casa – Estude a possibilidade de fazer adaptações para tornar a casa mais segura. Especialmente importante é o banheiro onde devem ser colocados pisos antiderrapantes e barras de apoio;

d) dê à pessoa idosa a oportunidade de exercitar suas capacidades – Cada pessoa idosa, mesmo que seja dependente, é diferente de todas as outras. Portanto, cada uma delas deve ser considerada na hora de favorecer sua autonomia. Quem sabe, ao ler isto, pense: *mas, ela não pode fazer nada*, *necessita de ajuda para tudo!* Possivelmente, não pode fazer algumas coisas que fazia antes (sair sozinha à rua, por exemplo) ou necessita de ajuda para seu cuidado pessoal (banhar-se ou vestir-se). Mas, se você valoriza a autonomia da pessoa idosa, deverá permitir que faça por si mesma, ainda que seja difícil, aquelas atividades (por exemplo, levantar-se devagarzinho da cadeira, andar com bengala), ou parte delas (por exemplo, secar-se ao sair do banho) que ainda é capaz de fazer. Para isso é importante que respeite o tempo que a pessoa idosa necessita para fazer as coisas, reconheça seu esforço e anime-a a continuar.

É importante premiar a autonomia – As pessoas idosas ganharão cada vez mais autonomia na medida em que obtiverem reconhecimento pelo seu esforço para ser mais independente. Você pode fazer com que a pessoa idosa seja cada vez mais autônoma, se mostrar sua satisfação pelo que é capaz de fazer, *imediatamente após* ter feito algo. Por exemplo, se a pessoa idosa se esforçou para arrumar-se para ir passear, mostre-lhe sua satisfação, descrevendo o motivo da sua satisfação (Estou tão contente de ver como você se arrumou sozinho).

3. Como aumentar a auto-estima da pessoa idosa

As pessoas idosas que têm uma boa opinião de si mesmas, estão satisfeitas com sua vida e tratam de manter-se independentes o maior tempo possível.

Os cuidadores podem influir por meio do seu trato diário para que as pessoas idosas conservem seus sentimentos de utilidade e de valor pessoal. As recomendações abaixo podem ajudar a consegui-lo.

Permita que a pessoa idosa tome as decisões que afetam sua vida – A pessoa idosa sentirá que continua exercendo controle sobre sua vida, na medida em que pode decidir sobre questões que a afetam. Se precisar tomar uma decisão, anime-a a fazer e não o faça você mesmo. Pergunte lhe sempre sobre suas preferências e opiniões em relação a decisões sobre sua vida diária (horário, atividades, etc.).

Se você, outra pessoa próxima ou o médico acham que para seu bem-estar, a pessoa idosa deve fazer mudanças na vida (fazer coisas por si mesma, assumir responsabilidades, etc.) consulte-a sobre isso para que o veja como objetivos próprios. Ajude-a a perceber as conseqüências positivas que pode ter ao fazer as mudanças, ofereça sua ajuda e respeite sua decisão.

Algumas das situações em que essa consulta é especialmente necessária são:

a) quando é preciso fazer mudanças na casa;

b) quando é necessário utilizar serviços e ajudas externas à própria família, como contratar uma pessoa para ser cuidadora ou solicitar algum serviço comunitário;

c) quando for necessário mudar-se para a casa de um filho ou filha ou a uma ILPI.

Se a pessoa idosa tem uma grande dificuldade para manter uma conversa, é aconselhável explicar-lhe, de maneira muito simples, as decisões e mudanças que são necessárias e as razões delas.

Faça com que a pessoa idosa sinta-se útil – A auto-estima da pessoa idosa melhorará, se continuar sentindo-se útil e necessária para as pessoas queridas. Por isso, é muito importante que você lhe atribua tarefas e pequenos encargos que sabe que ela pode realizar e reconheça os esforços que faz para realizá-los.

Se a pessoa idosa sob seus cuidados necessita de muita ajuda, pode ser útil simplificar as tarefas que pede a ela. Qualquer tarefa por menor que seja pode ser realizada de forma gradual, passo a passo. Por exemplo, se a pessoa idosa sofre de demência e tem problemas para se lembrar, você pode pedir que prepare a salada, dizendo-lhe de forma gradual os passos que tem

de seguir (lavar o alface, partir o alface, fatiar os tomates, etc.). É muito importante que a anime depois de cada passo, antes de continuar com o seguinte.

Incentive a pessoa idosa a assumir responsabilidades – É importante que a pessoa idosa tenha responsabilidades que possa assumir. Por isso é bom que na sua vida cotidiana tenha certas obrigações de acordo com sua capacidade. Arrumar seu quarto diariamente, por a mesa, cuidar das plantas podem ser exemplos de pequenas responsabilidades. Lembre-se que é mais fácil manter costumes do que adquiri-los. Por isso, se a pessoa idosa teve sempre determinadas responsabilidades que ainda hoje pode exercer (comprar pão, fechar com a chave a porta da rua à noite, etc.) você pode contribuir para que as mantenha, valorizando-as e informando a importância de que as realize.

Respeite sua intimidade – Muitas das tarefas relativas ao cuidado implicam em uma grande proximidade física entre a pessoa idosa e seu cuidador (banhar-se, vestir-se,etc.) É possível que as vezes, os cuidadores tenham dificuldades em torná-las compatíveis com o respeito à intimidade da pessoa cuidada. Costumes como bater à porta do quarto e do banheiro e esperar resposta, dizer à pessoa idosa que nos chame quando necessitar de ajuda para completar o banho ou vestir-se, levar em conta seus desejos de ficar sozinha, são exemplos que podem servir de orientação aos cuidadores a fim de preservar a intimidade da pessoa cuidada.

Importante lembrar

Os familiares com sua forma de agir podem melhorar a independência e autonomia das pessoas idosas.

Os cuidadores que estimulam a autonomia:

1. procuram deixar a pessoa idosa fazer tudo que ela pode realizar sozinha;
2. oferecem ajuda de acordo com a capacidade da pessoa idosa;
3. adaptam os lugares segundo as necessidades da pessoa idosa;
4. respeitam e dão valor às tentativas da pessoa idosa.

Para favorecer a auto-estima, os cuidadores proporcionam oportunidades para que as pessoas idosas:

1. sintam-se úteis;
2. tomem suas próprias decisões;
3. assumam responsabilidades;
4. conservem sua intimidade pessoal.

Cuidando de quem cuida

Tradução e adaptação do Manual espanhol por Tomiko Born

Introdução

Autores de vários temas deste manual falam da necessidade do auto-cuidado do cuidador. Este auto-cuidado é importante não só para o cuidador, mas também para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa. Este capítulo traduzido do espanhol foi inserido neste manual porque orienta, de forma detalhada, como o cuidador pode se organizar para poder cuidar de si mesmo.

Na parte final do capítulo acrescentamos, também, alguns parágrafos destinados a orientar os cuidadores formais, isto é, aqueles que estão empregados na casa de pessoas idosas ou em serviços comunitários como a instituição de longa permanência para idosos.

1. Os cuidadores familiares que cuidam de si mesmos.
2. Quando devem cuidar de si mesmos:
   - parar e pensar
   - prestar atenção nos sinais de ALERTA
3. Como agem os cuidadores quando resolvem cuidar-se:
   - pedem ajuda a outros membros da família
   - procuram serviços que existem na sua cidade
   - põem limites ao cuidado
   - planejam o futuro
   - cuidam da própria saúde
4. Aprender o que fazer para se sentir bem:
   - controlar o mau-humor e a irritabilidade
   - procurar aliviar a tristeza e a depressão
   - afastar o sentimento de culpa
   - direitos dos cuidadores familiares

1. Os cuidadores familiares que cuidam de si mesmos

As consequências de cuidar de uma pessoa idosa variam de pessoa a pessoa devido às diferenças que há tanto entre os cuidadores como entre as pessoas que recebem os cuidados. No entanto, uma característica comum é que podem levar a uma situação de tensão e estresse devido ao cansaço, problemas físicos, sentimentos de impotência, sentimentos de culpa, irritabilidade, tristeza, etc. Resumindo, pode provocar um desgaste físico e emocional mais ou menos continuado.

Muitos familiares que cuidam de pessoas idosas mencionam dois motivos por que decidiram cuidar mais de si mesmos. O primeiro motivo é manter sua própria saúde e bem-estar. Cuidar de uma pessoa supõe um excesso de trabalho e como conseqüência, não se encontra tempo suficiente para atender às próprias necessidades. É possível que não descanse suficientemente, não tenha tempo para dedicar-se a atividades que lhe dão prazer, que não visite os amigos ou simplesmente, não saia de casa. Não é estranho que muitos que cuidam de pessoas idosas sintam-se, em determinados momentos, cansados, tenham um mal-estar muito grande, solidão e tristeza. O segundo motivo para cuidar mais de si mesmo é o próprio bem-estar da pessoa cuidada. Provavelmente, você mesmo já percebeu que nos dias em que está mais relaxado, descansado e de bom humor, acha mais fácil, menos difícil realizar as tarefas de cuidar. Isto significa que se você estiver bem, melhor será o cuidado da pessoa idosa.

Você pode pensar *Como vou cuidar de mim, se estou todo o tempo ocupada, cuidando da minha mãe, do meu pai*? Estes e outros comentários semelhantes – *não posso ir passear um dia inteiro, nem tirar férias, nada. Estou sempre esgotada. Estou sempre correndo, nunca tenho tempo* – são freqüentes entre os cuidadores familiares. É normal pensar assim. Tem toda razão. Entretanto, também, há pessoas que concluíram que é importante cuidar de si mesmas e fizeram algumas mudanças na sua vida. Se você também decidiu seguir o mesmo caminho, leia com cuidado as linhas seguintes.

2. Quando devem cuidar de si mesmos

2.1. Parar para pensar – dedique um tempo para refletir até que ponto você precisa cuidar mais de si mesmo. Converse também com seus amigos e outros membros da família.

2.2. Prestar atenção nos sinais de ALERTA – muitos cuidadores, sem perceber, vão exigindo mais e mais de si mesmos para cuidar da pessoa idosa e

terminam esquecendo de si mesmos. Felizmente, nosso organismo tem mecanismos para nos informar que estamos exigindo demais e faz isso, emitindo certos sinais que são como uma luz vermelha ou aviso PARE, dizendo que algo vai mal. Estes sinais nos informam que estamos muito cansados ou sobrecarregados por uma situação e está na hora de nos cuidarmos melhor.

Alguns cuidadores acabam tendo tanta prática que quando, por exemplo, têm dores de cabeça ou percebem que se aborrecem facilmente, sabem que é um aviso para cuidar mais de si mesmos.

Para saber como você está e se deve começar a dedicar mais atenção a si mesmo, propomos um exercício que pode orientá-lo. Leia a lista de possíveis sinais de esgotamento e estresse e marque aqueles que se aplicam ao seu caso.

Possíveis sinais de ALERTA

- Problemas de sono (despertar de madrugada, dificuldades para conciliar o sono. Estar sempre com sono, etc.).
- Perda de energia, fadiga crônica, sensação de cansaço contínuo, etc. Isolamento.
- Consumo excessivo de bebidas com cafeína, álcool ou cigarro. Consumo excessivo de pílulas para dormir ou outros medicamentos.
- Problemas físicos: palpitações, tremor das mãos, moléstias digestivas.
- Problemas de memória e dificuldades para concentrar-se.
- Menor interesse por atividades e pessoas que anteriormente eram objetos de interesse.
- Aumento ou diminuição de apetite.
- Atos rotineiros repetitivos como, por exemplo, fazer limpeza continuamente.
- Aborrecer-se facilmente.
- Dar demasiada importância a pequenos detalhes.
- Mudanças freqüentes de humor ou de estado de ânimo.
- Tendência a acidentar-se.
- Dificuldade para superar sentimentos de depressão ou nervosismo.
- Não admitir a existência de sintomas físicos ou psicológicos ou justificá-los alegando outras causas, alheias ao cuidado.
- Passar a tratar as outras pessoas da família com menos consideração.

3. Como agem os cuidadores familiares quando decidem cuidar-se

3.1. Pedem ajuda a outros familiares – Você pode pensar, *pedir ajuda? É obrigação dele/dela!* Você tem toda razão, a responsabilidade de cuidar não é apenas sua. Entretanto, você vai concordar que não dá para obrigar ninguém a assumir esta responsabilidade. É algo que assumimos de forma voluntária porque acreditamos que devemos fazer. Por este motivo, é mais fácil que outras pessoas da família colaborem com o cuidado na medida em se conta com elas e que percebam que sua colaboração é importante. De toda forma, conseguir sua ajuda não é fácil.

Muitos cuidadores familiares que contam com a ajuda de outros membros da família tiveram de conquistá-la. Vejamos como essas pessoas costumam agir.

3.2. Os cuidadores familiares que conseguem maior colaboração dos outros familiares são normalmente, aqueles que dizem claramente que **tipo de ajuda necessitam** e não esperam que os outros adivinhem. Não esperam que os outros descubram ou adivinhem quais são suas necessidades e dizem de forma concreta o que necessitam dos outros para atender tanto à pessoa idosa como a suas próprias necessidades (por exemplo, ter tempo livre para descansar).

Desta forma, você não consegue ajuda.

Assim, você facilita a ajuda.

Os cuidadores conseguem também mais ajuda quando compreendem e aceitam que **algumas pessoas estão mais dispostas a ajudar** do que outras, que nem todas podem oferecer o mesmo e, levando em conta essas coisas,

procuram adaptar-se a **possibilidades concretas** das pessoas a quem pedem ajuda. Por fim, muitos cuidadores familiares descobriram que é importante que aqueles que ajudam saibam o que sua ajuda significa para eles e, portanto, procuram expressar sua satisfação e agradecimento pela ajuda. Assim, é mais provável que eles continuem colaborando com o cuidado.

3.3. Quando não é fácil conseguir ajuda.

É possível que apesar de tudo, as outras pessoas da família não parecem dispostas a nos ajudar ou mesmo, neguem-se a fazê-lo. Não é fácil manter o ânimo nessas circunstâncias, mas pode nos ajudar, se pensar que essas pessoas podem ter suas razões para agir dessa maneira, mesmo que não saibamos quais são essas razões. Algumas pessoas não são capazes de enxergar o problema em toda sua magnitude e importância ou talvez sintam-se culpadas por não poder colaborar mais no cuidado à pessoa idosa dependente e, por isso, tendem a fugir, fazendo-se de desentendidos. Nestes casos, alguns cuidadores familiares buscam outras soluções, como pensar quais outras pessoas poderiam ajudá-los, tentar novamente e, desta forma, é provável que até acabem conseguindo ajuda.

3.4. Uma fórmula – as reuniões de família.

Já que cuidar de uma pessoa idosa é uma responsabilidade de toda a família, uma boa fórmula para distribuir esta responsabilidade pode ser as reuniões de família. Desta forma, é possível falar abertamente sobre as várias necessidades previstas no cuidado à pessoa idosa e acertar o que cada membro da família pode fazer. Embora essas reuniões possam ser promovidas e organizadas pelos próprios familiares, nos casos em que as relações na família sejam conflitivas pode ser conveniente pedir a ajuda de um psicólogo, de uma assistente social ou em alguns casos de um padre ou pastor para coordenar a reunião, procurando chegar a um acordo sobre a distribuição das responsabilidades, da melhor forma possível. É claro que cada família é diferente e não existe uma única fórmula para todos os casos.

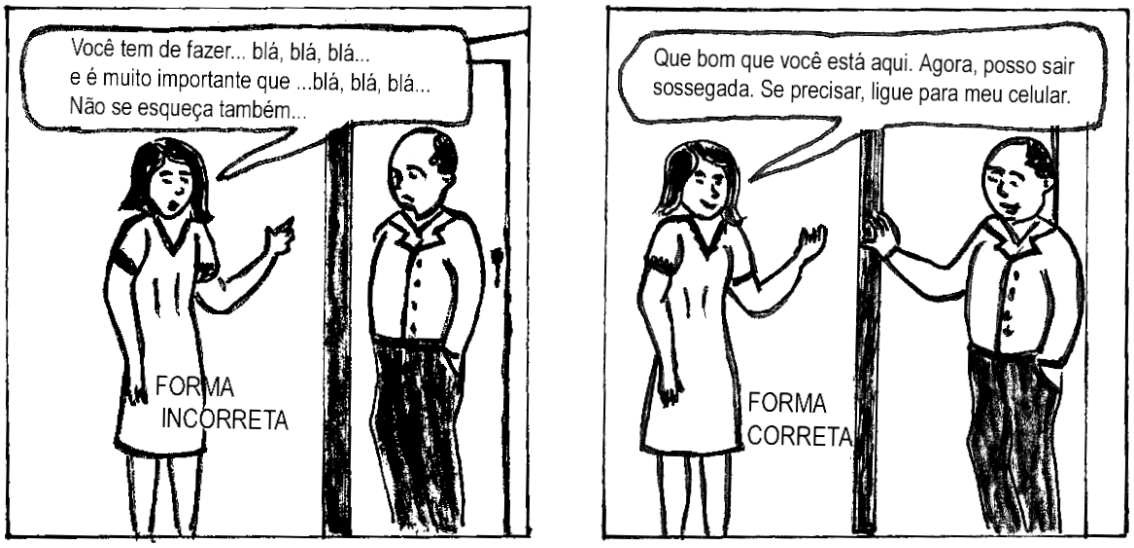
3.5. Estabelecer limites ao cuidado.

Alguns cuidadores familiares exageram nas suas responsabilidades, proporcionando cuidados superiores ao necessário. Em alguns casos, os cuidadores familiares, acostumados a atender a pessoa idosa, pensam que podem fazer melhor e mais rapidamente que qualquer outra pessoa. Uma boa fórmula para combater esta tendência é aceitar **ajuda**. Em outras ocasiões, é a pessoa idosa

que pede mais cuidados e atenção do que realmente necessita. Neste caso, para o bem do cuidador e da pessoa cuidada, o cuidador pode estabelecer limites, aprendendo a dizer NÃO.

3.6. Aceitar ajuda

Isto significa **saber aceitar ajuda** de outras pessoas (familiares, amigos, vizinhos), mas, também, **aceitar a maneira como nos ajudam.** Se você é o cuidador ou cuidadora principal da pessoa idosa e, portanto, tem mais experiência nas tarefas de cuidar, pode sugerir aos outros como fazer melhor, no lugar de querer que façam igualmente como você. Desta forma, além de evitar conflitos, conseguirá, mais facilmente, que os demais colaborem com você.



Saiba aceitar diferentes formas de ajuda

3.7. Saber dizer NÃO.

É importante colocar limites ao cuidado quando lhe pedem mais atenção do que a necessária. Algumas pessoas, ao terem que suportar os sofrimentos de sua enfermidade, exigem mais ajuda do que necessitam, enquanto outras sentem raiva por estar com problemas de saúde física e expressam este sentimento contra as pessoas que estão mais próximas, isto é, as pessoas que cuidam delas. Muitas vezes, estes pedidos excessivos vão aumentando aos poucos e os cuidadores familiares só percebem quando começam a ficar incomodados e frustrados com a pessoa idosa, mas sem compreender as razões por que se sentem assim.

Para resolver este tipo de situação, é preciso pensar em estabelecer limites para que continue existindo uma boa relação com a pessoa a quem cuida-

mos. É fundamental saber **dizer não** de forma adequada, de modo que não nos sintamos mal por isso, nem magoemos a pessoa idosa.

Como dizer não ou recusar pedidos

- Simplesmente dizer *não*, dar alguma razão, mas não pedir desculpas.
- Assumir a responsabilidade de dizer *não.*
- Repetir simplesmente *não* mesmo que os outros insistam.
- Se tivermos dúvidas sobre qual deve ser a nossa resposta, podemos pedir mais informações e tempo para pensar.

Se a pessoa idosa exige demais...

... você pode pôr limites.

Para saber se os pedidos da pessoa idosa são exagerados, leia a lista abaixo e veja se você se vê em algumas dessas situações.

Saber quando pôr limites ao cuidado

- Se negam a gastar seu dinheiro em serviços necessários (por exemplo, contratar alguém para ajudar o cuidado).
- Ocasionam despesas injustificadas (por exemplo, fazem muitos telefonemas).
- Queixam-se amargamente em situações inevitáveis.
- Culpam o cuidador familiar por erros que ele cometeu sem querer.
- Fingem sintomas para chamar mais atenção (por exemplo, quando o cuidador sai de casa).
- Reprovam os cuidadores familiares quando estes põem limites razoáveis aos seus pedidos.
- Chamam a atenção do cuidador familiar por pequenos erros.
- Prolongam conversas por meio de papos sem fim.
- Acordam o cuidador familiar à noite, mais do que o necessário.
- Pedem mais ajuda do que necessitam.
- Recusam ajudas que facilitariam as tarefas de cuidar (cadeiras de rodas ou muletas, barras de apoio no banheiro).
- Empurram ou batem no cuidador familiar.
- Pedem uma quantidade de ajuda superior à capacidade do cuidador familiar (por exemplo, quando este tem problemas de saúde).

3.8. Planejar o futuro.

Anteciparmo-nos aos problemas é uma boa forma de cuidar de nós mesmos e da pessoa idosa. Prevendo as situações difíceis, podemos evitar muitos problemas. Uma boa formula é planejar o futuro. É conveniente fazê-lo o mais cedo possível, com a participação, na medida do possível da pessoa idosa em todas as decisões (legais, econômicas ou de outro tipo) e tomando as decisões antes que a situação se torne muito crítica.

Seja como for, deve-se levar em conta que muitos dilemas enfrentados por aqueles que cuidam da pessoa idosa não têm uma solução única. Uma mesma situação (a internação da pessoa idosa numa ILPI, distribuição das tarefas de cuidar entre os membros da família, herança) pode ter várias formas de resolver, cada qual com vantagens e inconvenientes.

3.9. Cuidar da própria saúde.

Cuidar de uma outra pessoa implica numa série de exigências que podem prejudicar notavelmente o cuidador familiar, tanto do ponto de vista físico como psicológico. Às vezes, nos descuidamos daquelas atividades que nos permitem recuperarmo-nos do cansaço e tensão de cada dia. Por isso, os cuidadores familiares que se sentem melhor são aqueles que mantém hábitos de vida que lhes permitem estar em melhores condições físicas e psicológicas para cuidar de si mesmos e da pessoa idosa. Em seguida mencionaremos algumas recomendações que podem ajudá-los.

- Dormir o suficiente – Dormir é uma das necessidades vitais. Sem um sono reparador, as pessoas podem ter vários problemas como falta de atenção, tendência a acidentar-se, irritabilidade, adormecer em situações perigosas, etc. Para os cuidadores familiares, a falta de sono é um problema freqüente, pois cuidar de uma pessoa idosa pode significar atendê-la também à noite. Isso pode levar a um aumento da tensão emocional do cuidador familiar que pode prejudicar sua forma de relacionar-se com a pessoa idosa, o que, por sua vez, lhe dá sentimentos de culpa por não a tratar tão bem como gostaria.

- Há várias razões por que o cuidador familiar não dorme o suficiente. Em cada caso a solução será diferente. Se a causa do problema é que a pessoa idosa necessita ser atendida à noite e, se houver outras pessoas morando em casa, podem-se organizar turnos para aliviar este trabalho, ou contratar os serviços de um profissional, alguns dias por semana. É possível, também, que você tenha demasiadas tarefas durante o dia e, por isso, não disponha de tempo para dormir suficientemente. Se for assim, é bom saber que você não precisa fazer tudo que pensou fazer, quando levantou de manhã, mas somente aquilo que é absolutamente necessário. Dedique algum momento durante o dia para descansar, quem sabe, quando a pessoa idosa estiver dormindo, após o almoço. Outra causa freqüente pode ser a perambulação do idoso à noite. (Ver assunto *Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação*)

- Fazer exercícios físicos com regularidade – O exercício físico é uma forma útil para combater tanto a depressão como a tensão emocional. É uma forma saudável de eliminar as tensões que vão se acumulando durante o dia. Entretanto, sabemos que pode ser difícil encontrar um tempo para fazer algum tipo de exercício e, por isso, só pensar nisso

já o deixa estressado. Por esta razão, vamos sugerir algumas idéias que podem ajudá-lo a adquirir o costume de fazer exercício físico, de forma bem simples.

Em primeiro lugar, não pense que fazer exercício físico sempre supõe ir a uma academia ou praticar esportes. Existem outras formas de fazer exercícios físicos, mais de acordo com as suas possibilidades. Por exemplo, fazer uma caminhada é uma das formas mais simples de fazer exercício. Por isso, podem se aproveitar as saídas necessárias (para ir à padaria, ao banco, à lotérica) para caminhar um pouco, inclusive, dando uma volta maior. Igualmente, se as condições físicas da pessoa idosa permitirem, podem sair juntos para passear, mesmo que seja por um breve espaço de tempo. Outra possibilidade é dançar ao som de uma música que seja do seu agrado.

- Evitar isolamento – Muitos cuidadores familiares, como conseqüência de um excesso de trabalho, se distanciam de seus amigos e familiares. Isto pode levar a uma situação de isolamento que aumenta, no cuidador familiar, a sensação de sobrecarga e de estresse, que podem causar problemas físicos e psicológicos. Para evitar que isso ocorra, uma boa solução é que o cuidador familiar disponha de algum tempo livre para fazer alguma atividade que lhe dá prazer, ler, fazer palavras cruzadas, algum trabalho manual, encontrar-se com amigos. Se você tem dificuldades para encontrar tempo e necessita que outras pessoas o substituam durante alguns momentos, seria bom também pedir ajuda a seu grupo de amigos. De toda forma, mantenha contato com seus amigos e dedique algum tempo para se encontrar com eles. Em seguida, vocês encontram outras sugestões para combater o isolamento.

- Sair de casa – Dedique algum tempo para estar fora de casa. Talvez você pense "Seria bom, mas com quem deixo meu marido, pai, mãe?". Sabemos que não é fácil, mas é importante procurar alternativas, já que se não tivermos momentos de estar fora de casa, visitar alguém, passear, encontrar com amigos, podemos ficar com a sensação de estar numa prisão. Para evitar isso, podemos pensar que parentes e amigos poderiam ficar algum momento do dia com pessoa idosa. Peça a eles. De vez em quando, você pode encontrar, também, alguém da sua família que pode se oferecer para que você possa descansar um fim de semana. Quem sabe há algum serviço de voluntários ou da sua igreja que possa prestar esse serviço. É aconselhável que estes momentos

de descanso que já são conhecidos, em alguns países como RESPIRO, tenham lugar com certa regularidade, para que seja possível descansar e recuperar-se.

- Manter interesses e passatempos – Introduza, na sua vida diária, momentos de descanso, sem precisar sair de casa ou deixar a pessoa idosa sozinha, por meio de formas simples de distrair-se e tomar um RESPIRO para relaxar. Por exemplo, respirar profundamente durante uns instantes, ficar algum tempo na janela e procurar ver longe, pensar em algo agradável, interromper suas atividades e descansar um pouco, comer uma fruta ou tomar um suco. É bom também fazer relaxamento. Talvez você já conheça algum exercício ou se não conhecer, seria bom aprender. No final deste capítulo são apresentadas algumas técnicas que podem ser facilmente aprendidas.
- Organizar seu tempo – A falta de tempo é uma das maiores preocupações dos cuidadores familiares: tempo para suas necessidades, para cuidar da pessoa idosa, para atender a outras pessoas da família, para suas responsabilidades profissionais, para encontrar-se com amigos, etc. O tempo é sempre limitado e exerce uma grande pressão sobre os cuidadores familiares, que se sentem, muitas vezes, sufocados pelas múltiplas obrigações e tarefas que devem realizar ao mesmo tempo. Tentar combinar da melhor maneira possível as nossas obrigações, necessidades e a quantidade de tempo que temos, pode nos ajudar a aproveitar melhor o tempo e, assim, viver melhor. Para isso vamos propor, a seguir, algumas idéias que cuidadores familiares experimentaram.

Como organizar o tempo

- Pergunte: *é necessário fazer isto?* Desta forma, pode-se decidir quais atividades são importantes e quais não são.
- Marque objetivos realistas antes de comprometer-se.
- Conte com os outros membros da família. Consulte-os, peça sua opinião, veja no que eles podem ajudar e inclua a ajuda deles no seu plano de vida.
- Informe a pessoa idosa sobre as mudanças e decisões.
- Elabore um plano de atividades.

Como fazer um plano de atividades

1. Faça uma lista de todas as tarefas que devem ser realizadas.
2. Organize-as segundo a ordem de importância.
3. Anote para cada tarefa o tempo aproximado de que irá necessitar.
4. Faça outra lista com as atividades que gostaria de realizar.
5. Organize-as segundo a importância que têm para você.
6. Anote para cada atividade o tempo aproximado que irá necessitar.
7. Faça agora uma lista única com as tarefas que deve realizar e com aquelas que gostaria de realizar, segundo a ordem de importância.
8. Se não há tempo para todas as tarefas e atividades que escreveu, deixe para outro momento as que estão no fim da lista. Dedique-se a elas quando tiver tempo extra.

4. Aprender o que fazer para se sentir bem

Os sentimentos que temos quando cuidamos de uma pessoa idosa são diversos, podendo ser tanto positivos como negativos em relação à pessoa que estamos cuidando e em relação a nós mesmos. Os sentimentos positivos favorecem nossa sensação de bem-estar e os negativos podem ter efeitos prejudiciais. O desejável não é não ter sentimentos negativos, pois é lógico e natural que apareçam, mas ter consciência de que existem, reconhecê-los e, por fim, saber controlá-los.

Os cuidadores familiares que reconhecem que é normal ter pensamentos e emoções negativas em relação à situação em que se encontram e em relação à pessoa idosa, são justamente aqueles que não se sentem culpados por isso. Ao reconhecer e aceitar estes sentimentos negativos, fica mais fácil expressá-los. Dessa forma, não guardam ou reprimem as emoções, mas as expressam de forma saudável, em algumas ocasiões e as compartilham com amigos, familiares e outros cuidadores.

Como o reconhecimento de nossos sentimentos é o primeiro passo para ter controle sobre eles, vamos ver quais são os mais freqüentes entre os cuidadores familiares, por que motivo eles aparecem e, depois ver o que pode

ser feito para controlá-los. Os sentimentos mais comuns entre as pessoas que cuidam de uma pessoa idosa da família são: aborrecimento, tristeza e sentimentos de culpa.

Controlar o aborrecimento e a irritabilidade – Os cuidadores familiares podem sentir aborrecimento ou irritação por diversos motivos: certos comportamentos da pessoa idosa, a falta de colaboração de outros familiares, a sensação de estar preso à situação de cuidar. São reações normais, facilmente compreensíveis por qualquer pessoa, pois em algumas situações, a maioria de nós tem dificuldade para manter a calma. Para lidar com esses sentimentos, seguem abaixo algumas sugestões.

Como agir quando se sentir aborrecido

- Pense que os comportamentos irritantes ou perturbadores da pessoa idosa podem ser uma conseqüência da sua enfermidade e não tem intenção de aborrecê-lo. Não interprete imediatamente que sua intenção é de ofendê-lo.
- Pense que o que o aborrece não é a pessoa em si, mas apenas seu comportamento num determinado momento.
- Ponha em prática procedimentos para conseguir que os comportamentos da pessoa idosa deixem de ser irritantes.
- Comente sua experiência com outras pessoas que tenham problemas semelhantes. Você se sentirá melhor.
- Fique consciente de que está aborrecido e reconheça seu direito de estar assim.
- Expresse suas frustrações, temores, ressentimentos ou mal-estar sem perder o controle. As explosões de raiva são a conseqüência de sentimentos negativos acumulados durante muito tempo.

Aliviar a tristeza e a depressão – É possível que você sinta tristeza diante do declínio das capacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa, pela perda da sua companhia ou do apoio que recebia dele ou dela e pela diferença entre sua vida antes e depois. São sentimentos lógicos e naturais. Além disso, outras circunstâncias da sua vida (cansaço, conflitos familiais, ou com seu cônjuge, falta de contato com outras pessoas) podem contribuir para aumentar seus

sentimentos de desânimo. Se você tem esses sentimentos com freqüência as sugestões no quadro seguinte podem ajudá-lo.

Se tiver sentimentos de tristeza ou desânimo, experimente esta forma de agir.

- Identifique em quais situações ou momentos se sente triste ou deprimido.
- Se possível, evite estas situações e se não for possível, tente mudá-las.
- Continue fazendo atividades que lhe dão prazer (ler, conversar com amigos, passear, escutar música, dedicar-se a passatempos, etc.) A atividade é inimiga natural da depressão.
- Não queira fazer mais do que é humanamente possível. Não marque metas excessivas. Evite dizer a si mesmo frases que comecem por *deveria.*
- Não pretenda resolver todos os seus problemas de uma vez. Aborde um problema de cada vez e, se for complicado, divida-o em partes pequenas para resolvê-lo.
- Busque o lado positivo das coisas que acontecem a sua volta.
- Mantenha o senso de humor.
- Faça exercício físico, se possível, ao ar livre. Obterá benefícios físicos e psicológicos.

Afastar os sentimentos de culpa –Como outras pessoas na mesma situação, é possível que de vez em quando você tenha sentimentos de culpa. Diversos motivos podem facilmente provocar esses sentimentos. Por exemplo, quando um cuidador é demasiado exigente consigo mesmo, freqüentemente acaba experimentando sentimentos de culpa. Se um cuidador familiar pensa que tem que atender a todas as necessidades e desejos da pessoa idosa, é bem provável que não possa cumprir todas e, finalmente, sinta-se culpado por isso. Nestes casos, o cuidador familiar está pensando que *deveria* (*deveria ser capaz de fazer..., deveria atender mais..., deveria ter mais paciência,* etc.). Além disso, existem outras razões freqüentes por que o cuidador familiar sente-se culpado, como veremos no quadro seguinte.

Por que os cuidadores familiares têm sentimentos de culpa

- Sentimentos, atitudes e comportamentos ocorridos com a pessoa que atualmente está sendo cuidada.
- Pensar que é responsável pela doença da pessoa idosa.
- Desejar que a pessoa idosa morra (para que deixe de sofrer ou para liberar o cuidador familiar).
- Manifestar aborrecimento ou desgosto diante dos comportamentos irritantes da pessoa idosa (por exemplo, por que repete as mesmas perguntas ou se comporta agressivamente).
- Discussões ou brigas com outros familiares que não colaboram no cuidado. Descuidar outras obrigações familiares ou pessoais.
- Sugerir a internação da pessoa idosa numa ILPI, pensando que isto significa sacrificar o bem-estar da pessoa idosa em favor do seu bem-estar.
- Agir de forma contrária a nossos valores. Em geral se espera que não sejamos egoístas. Por este motivo, quando os cuidadores familiares gastam seu tempo para encontrar com amigos, com passatempo, etc, podem sentir-se culpados.

Mesmo que seja difícil fazer desaparecer totalmente os sentimentos de culpa, é sempre possível tentar diminui-los.

Como afastar os sentimentos de culpa

- Procure verificar se sente-se culpado em algumas ocasiões por algo relacionado com a pessoa idosa e em que situação isso ocorre.
- Aceite-os como algo normal e pense que são compreensíveis.
- Expresse estes sentimentos. Fale com outras pessoas (familiares, amigos, outros cuidadores) sobre eles.
- Procure as razões destes sentimentos. Pode ser útil analisá-los com outras pessoas.
- Admita as suas limitações para satisfazer todas as necessidades do seu idoso.

Uma última forma de prevenir os sentimentos de culpa consiste em equilibrar as obrigações e os direitos dos cuidadores familiares. Pense que você também tem seus direitos.

Os direitos dos cuidadores familiares

- O direito de ter tempo para mim mesmo e dedicar-me a atividades em meu próprio benefício, sem sentimentos de culpa.
- O direito de ter sentimentos negativos por ver um ente querido enfermo ou por ver que vai perdê-lo.
- O direito de resolver por mim mesmo aquilo que tenho capacidade de resolver e o direito de pedir informações sobre aquilo que não compreendo.
- O direito de buscar soluções razoavelmente adequadas para as minhas necessidades e para os meus entes queridos.
- O direito de ser tratado com respeito pelas pessoas a quem solicito conselho e ajuda.
- O direito de cometer erros e de ser desculpado.
- O direito de ser reconhecido como membro importante e indispensável da minha família, inclusive quando meus pontos de vista não coincidem com os dos outros.
- O direito de querer bem a mim mesmo e admitir que faço o que é humanamente possível.
- O direito de aprender e de ter tempo necessário para aprender.
- O direito de admitir e de expressar sentimentos, tanto positivos, como negativos.
- O direito de dizer ***não*** quando as exigências são excessivas, inapropriadas ou pouco realistas.
- O direito de ter a minha própria vida.

Aprenda e pratique relaxamento – Leia o exercício descrito a seguir e procure praticá-lo diariamente

Respirando lenta e profundamente

Escolha um lugar tranqüilo. Coloque-se em uma posição cômoda (sentado ou deitado). Solte os cintos, tire relógios, óculos e sapatos. Feche os olhos. Preste atenção na sua respiração, veja se respira pelo nariz ou pela boca. Agora comece a prestar atenção no seu corpo, verificando se existe alguma zona que está tensa. Sinta a tensão, mas não tente forçar a desaparecer. Volte a prestar atenção na sua respiração e vá respirando lenta e profundamente, tomando o ar pelo nariz e expulsando-o pela boca. Enquanto expulsa o ar, preste atenção nos seus músculos, notando como vão se soltando. Continue a respirar profunda e ritmicamente, notando como se sente através de todo o corpo. Cada vez que inspira ou puxa o ar, sinta como entra o ar e quando o expulsa, sinta como, pouco a pouco vai saindo do seu corpo. Continue tomando o ar e expulsando-o de forma lenta, rítmica e profunda. Repita várias vezes. Enquanto expulsa o ar preste atenção no seu corpo, especialmente nos músculos. É possível que você tenha sensação de calor neles (por exemplo, mãos e braços quentes) ou também é possível que note que eles estão mais leves ou, ao contrário, mais pesados. Sejam quais forem as sensações que você tem, desfrute delas enquanto continua respirando lenta e profundamente.

Pratique este exercício durante uns minutos todos os dias e, aprenda também, novos exercícios.

Importante lembrar

- Os cuidadores que se cuidam, estão em melhores condições físicas e psicológicas para manter seu bem-estar e continuar cuidando da pessoa idosa.
- Existem vários sinais de alarme que indicam ao cuidador familiar que necessita cuidar mais de si mesmo.
- São várias as formas do cuidador familiar cuidar de si mesmo:
  - pedir ajuda;
  - participar de uma associação de ajuda;
  - por limites à quantidade de cuidados que presta;
  - cuidar de sua própria saúde;
  - saber como enfrentar seus sentimentos negativos e controlar o estresse.

Uma das melhores formas de conseguir que o cuidado da pessoa idosa se realize nas melhores condições possíveis e de prevenir problemas, é planejar o futuro.

Orientações para gestores de ILPI e outros serviços comunitários para a pessoa idosa

- Informe os candidatos ao emprego de cuidador a respeito da sobrecarga emocional no emprego, para que haja uma expectativa realista. Uma visão prévia realista do trabalho ajudará o novo funcionário para que não fique frustrado e desiludido com o emprego.
- Proporcione informação adequada, educação, treinamento e acesso a outros apoios ao cuidador. A falta de conhecimentos contribui para o desgaste do cuidador e para a qualidade inferior de cuidados. Proporcione informações sobre exaustão e estratégias para enfrentamento.
- Proporcione grupos de apoio para os cuidadores. Planeje reuniões regulares para discutir como os cuidadores estão lidando com os seus sentimentos em relação às pessoas idosas. Mas evite tornar essas reuniões em sessões de controle. Estimule comunicações entre o pessoal. Proporcione oportunidades para que os funcionários possam desabafar. O humor ajuda a reduzir o estresse; ria com eles.
- Crie um sistema de premiação e reconhecimento, a fim de aumentar a auto-estima. Proporcione *feedback* positivo.
- Estimule os funcionários para que pratiquem exercícios de relaxamento e alongamento.

Sugestões para o auto-cuidado do cuidador formal

- Organize-se para ter pequenas pausas. Descanse, faça um pequeno passeio ou pratique exercícios de relaxamento. Descubra o que você pode fazer para relaxar. Encontre meios de tornar o seu trabalho mais agradável. Peça para alguém cuidar das suas tarefas, enquanto você faz algum trabalho menos estressante.
- Peça ajuda dos colegas. Reúna-se com eles para apoio e encorajamento.

- Experimente fazer as tarefas de modo diferente.
- Peça ajuda quando se sentir estressado. Ajudem-se mutuamente.
- Preste atenção ao que sente. Identifique o que lhe causa mais estresse.
- Não se deixe atingir pessoalmente pelo comportamento das pessoas que você cuida.
- Valorize o positivo; preste atenção, diariamente, em alguma coisa boa que acontece no seu trabalho; identifique os aspectos positivos do seu trabalho.

A importância da supervisão

A Classificação Brasileira de Ocupação 2002, que descreve a ocupação do cuidador, assinala que tanto no domicílio da pessoa idosa como em instituições, o cuidador exerce suas atividades com **alguma forma de supervisão.** A supervisão é importante para garantir a qualidade dos cuidados proporcionados à pessoa idosa e orientar o cuidador para que ele/ela possa realizar o seu trabalho com menos desgaste pessoal.

Os cuidados

Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência

Sérgio Márcio Pacheco Paschoal

Introdução

Mulheres e homens estão vivendo mais, graças ao desenvolvimento da sociedade, melhoria das condições de vida da população e também ao progresso das ciências.

Os estudos sobre o envelhecimento mostram que a saúde na velhice depende muito de hábitos de vida saudáveis e de cuidados que a pessoa recebeu ao longo de toda a vida, a partir da infância e até mesmo antes de nascer. Esses estudos permitem afirmar que velhice não é doença. No entanto, sabemos também, que as pessoas idosas são, em geral, mais vulneráveis, isto é, ficam mais sujeitas a adoecer e, quando adoecem, demoram mais para sarar. Esta é a razão por que o Brasil passou a realizar campanhas de vacinação contra a influenza (gripe) das pessoas de 60 anos e mais.

Aumento de doenças crônicas

Numa população envelhecida, isto é, onde há grande proporção de pessoas de 60 anos e mais, em relação aquelas que têm menos de 15 anos, **há aumento de doenças crônicas**, isto é, doenças que não tem cura, como pressão alta, diabetes, reumatismos, doenças do coração, do pulmão, do fígado, demência, câncer etc. que podem deixar marcas e complicações, levando a incapacidades, dependência, necessidade de cuidados de longa duração e instituições de longa permanência. Podemos dizer que tanto as causas de doenças, como de morte sofreram mudanças.

Além disso, pode ocorrer diminuição da rede social de apoio e do suporte social, perda de papéis sociais das pessoas idosas, isolamento, solidão, depressão, perda da autonomia (capacidade de comandar a própria vida) e falta de um sentido para a própria vida. **Um grande desafio que a longevidade aumen-**

tada coloca é o de conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida melhor.

Na nossa realidade, a maioria das pessoas incapacitadas é cuidada pelas famílias.

Qual a qualidade desse cuidado? Por quanto tempo conseguem suportar tal encargo?

Causas de piora da capacidade funcional

O processo natural do envelhecimento diminui a função de cada órgão de nosso corpo (coração, pulmão, rins, cérebro, fígado etc.). À medida que o tempo passa, cada órgão vai, pouco a pouco, quase sem percebermos, perdendo um pouco de função. A este processo chamamos de perda da capacidade funcional ou capacidade de funcionamento. Além desse desgaste natural de cada órgão, o próprio progresso no tratamento da saúde tem contribuído para o aumento no número de pessoas idosas incapacitadas. Hoje existem técnicas (respirador artificial, cirurgias etc.) que conseguem manter as pessoas vivas mesmo que elas fiquem muito dependentes. Além disso, certas formas de tratamento, também podem levar a incapacidade ou dependência, por exemplo, amputação de um pé diabético, radioterapia ou quimioterapia para um câncer.

Relação do estado de saúde com fatores pessoais e externos

Vocês já devem ter observado que cada pessoa enfrenta seus problemas de saúde de forma diferente. Tanto **os fatores pessoais** como idade, sexo, situação econômica, bem como **os fatores externos** ou seja, as circunstâncias em que vive, vão fazer com que ela se torne mais ou menos incapaz. Assim, ambientes diferentes podem ter um impacto diferente sobre o mesmo indivíduo. Um ambiente com barreiras (ruas esburacadas, casas mal construídas, casas com acesso difícil, escadas mal construídas) ou sem facilitadores (rampas, corrimãos, barras de apoio, elevador etc.), vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho. A sociedade pode limitar o desempenho de um indivíduo, criando barreiras, ou não fornecendo facilitadores.

Os fatores pessoais são o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo.

Fragilização, diminuição da autonomia e dependência

Para pessoas dependentes, que apresentam dificuldade no seu funcionamento devido a alguma doença crônica, um grande objetivo é diminuir a dependência o mais possível e – quem sabe? – restabelecer a independência. Ao mesmo tempo, manter ou restaurar a autonomia. **Autonomia e independência são dois indicadores de uma vida mais saudável**. Nos casos muito avançados, onde a melhora for impossível, devemos esforçar-nos ao máximo, para não haver piora do estado funcional. Se o indivíduo não consegue melhorar, pelo menos que não piore de situação. (Ver assunto *Cuidar e promover a independência e a auto-estima da pessoa idosa*).

Autonomia é a capacidade de decisão, **de comando**; poder comandar a própria vida; ser dono do próprio nariz. **Independência é a capacidade de realizar algo com seus próprios meios**, sem necessitar de ajuda de outras pessoas. É necessário que a pessoa idosa participe das decisões que devem ser tomadas e que sua opinião seja sempre levada em conta. Só fazer por ela apenas aquilo que ela não consegue fazer de forma alguma; caso necessite de alguma ajuda, ajudá-la a fazer aquilo de que precise (NUNCA fazer por ela o que ainda consegue fazer).

Verificar o grau de dependência

É fundamental que se avalie o grau de habilidade funcional. É preciso avaliar o **auto-cuidado e a capacidade de viver em seu próprio meio**, ou seja, quanto o indivíduo consegue fazer, sem ajuda, atividades importantes para a sua sobrevivência: alimentar-se, usar o banheiro, ter continência (urinária e fecal), andar, vestir-se, banhar-se, arrumar-se (fazer a barba, pentear o cabelo, cortar as unhas). É importante saber quais destas atividades executa sozinho, sem ajuda (independente), quais necessita de supervisão ou de ajuda parcial (parcialmente dependente) e quais não executa, necessitando de alguém que faça por ela, pois, sem o qual não irá preencher suas necessidades (totalmente dependente).

Estas são as atividades básicas da vida diária (ABVD's).

É preciso avaliar, também, atividades mais complexas, que possibilitam à pessoa idosa permanecer em seu meio: cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar

roupa, ir às compras, cuidar das finanças domésticas, tomar remédio e outras mais. Pessoas idosas independentes nessas atividades são capazes de morar sozinhas. Caso contrário, estamos lidando com pessoas dependentes na execução das assim chamadas **atividades instrumentais da vida diária (AIVD's).**

Ter conhecimento do grau de dependência é fundamental para se planejar o tratamento. Este conhecimento permite também prever como a pessoa idosa poderá estar dentro de alguns meses. É importante, também, para se calcular a carga de trabalho do cuidador: pessoas idosas mais dependentes exigirão mais (física, emocional e socialmente) de seus cuidadores. Por exemplo, numa instituição de longa permanência, permite calcular melhor quantos cuidadores serão necessários, conforme o grau de dependências das pessoas idosas internadas.

Verificar, a seguir, se a pessoa está, ou não, dementada. Demência é uma doença devastadora, pois impede uma vida autônoma, torna o indivíduo que sofre desta doença dependente das outras pessoas, cria grandes conflitos familiares e é uma das maiores causas de estresse e nervosismo por parte de quem cuida. (ver os assuntos *O cuidador principal e sua relação com os demais cuidadores* e *Comunicação com a pessoa idosa dementada*).

Observar também a parte afetiva. Depressão é muito freqüente entre as pessoas idosas, principalmente entre os que apresentam alto grau de dependência. Para piorar, a depressão aumenta a dependência ainda mais, pois os deprimidos tornam-se negligentes com sua própria saúde, não tomam remédio, perdem o interesse e o prazer por todas as coisas, não seguem as condutas propostas, tornam-se desmotivados para qualquer atividade, ficam desorientados no tempo e no espaço, necessitando de cuidados cada vez maiores.

Seguir as recomendações da equipe de saúde, que acompanha a pessoa idosa dependente é muito importante para a melhora da pessoa que está sendo cuidada. Muitas pessoas esquecem certas orientações, confundem doses, horários e nomes de remédios; resistem a mudar de comportamento ou de hábitos e estilos de vida. Muitas vezes, os esquecimentos, as confusões e as resistências partem do cuidador. Adaptar o ambiente e torná-lo mais adequado, por exemplo. Eliminar os famosos tapetinhos e impedir o uso dos chinelos... como é difícil! As pessoas se apegam a eles como se fossem a própria identidade. A colocação de barras de apoio, corrimãos, pisos anti-derrapantes, rampas etc. dá origem a mil desculpas, principalmente econômicas, para não realizá-las.

Importância da reabilitação

A reabilitação em medicina (exercícios físicos, fisioterapia, terapia ocupacional etc.) tem como objetivo otimizar uma função que foi perdida, ou prejudicada. Após trauma, doença séria, ou outra condição clínica, que reduzem a habilidade funcional de um indivíduo, o objetivo é restaurar a função perdida ou prejudicada. Assim, melhorar a função e garantir independência no desempenho de atividades é visto como a chave para garantir uma vida mais feliz para as pessoas com incapacidade.

Esse processo exige a mobilização do que restou de capacidade num indivíduo (**capacidade residual**), para que desempenhe atividades, da melhor forma possível, em seu meio ambiente (**função ótima**).

Resistências à reabilitação pelos familiares e pela pessoa idosa

Muitas vezes é difícil mobilizar essa capacidade na pessoa idosa para alcançar esse resultado, pois os familiares – e até mesmo as próprias pessoas idosas – se conformam com as perdas funcionais, tanto as que surgiram devido ao processo de envelhecimento funcional, quanto as decorrentes de uma doença grave, de uma internação, de uma intervenção, ou catástrofe.

Para que investir em reabilitação, se "o velho tem desempenho pior que o do jovem?". O que se espera do velho, senão ser velho, decadente, incapacitado, dependente? Como do velho se espera apenas que seja velho, em geral se dá menor importância às suas necessidades de reabilitação, deixando a pessoa idosa conviver com os danos residuais crônicos advindos de seqüelas e complicações de suas doenças. É verdade que a sociedade coloca à disposição da população idosa incapacitada uma reabilitação de curta duração, como terapia de fala (expressão e compreensão – com o fonoaudiólogo) imediatamente após um derrame (acidente vascular encefálico). Mas, é pouco e quase mais nada se oferece. Para complicar, profissionais de reabilitação podem também mostrar maior interesse em trabalhar com os mais jovens, que dão maior retorno positivo, ao invés de pessoas idosas incapacitadas.

Para que a reabilitação tenha bons resultados, a dimensão psicossocial precisa ser avaliada. Não há apenas incapacidade física. Esquecemo-nos, com freqüência, da incapacidade psicológica, afetiva e social e, também, das conseqüências das incapacidades físicas na parte psicológica e na parte social.

Assim, não basta avaliar a habilidade funcional (física) e as atividades; é preciso compreender as sensações e as avaliações que as pessoas incapacitadas fazem a respeito de sua capacidade funcional e das atividades que executam (ou não).

A importância da independência física pode variar entre as pessoas idosas, em função da relação com cuidadores, da disponibilidade de ajuda paga (cuidador remunerado), do prazer de fazer determinada atividade (trabalho doméstico, por exemplo) e de forças culturais (o que o homem gosta de fazer; o que a mulher gosta de fazer). Se eu não gosto de lavar louça, acho bom que alguém lave a louça para mim. **Assim, a importância que a independência tem é relativa, variando de pessoa para pessoa**. Muitos não se importam de serem dependentes em determinados aspectos de suas vidas. Outros querem ter independência total. Há, também, uma variação individual bem grande acerca do quanto de desempenho de uma atividade que torna o indivíduo satisfeito ou insatisfeito. Quanto de uma atividade eu quero fazer sozinho e quanto eu não me importo de ser ajudado. Uma limitação funcional específica (necessitar de ajuda para tomar banho, ou para se vestir) pode ser péssima para um indivíduo e aceita pacificamente por outro. Essas questões devem ser avaliadas e compreendidas pelo cuidador e devem ficar claras na relação entre a pessoa com dependência e a que cuida.

Pode-se, por exemplo, realizar intervenções de fisioterapia que diminuam bastante os danos de um derrame ou que melhorem a habilidade funcional, mas essas intervenções podem não dar uma vida satisfatória para muitos pacientes; as pessoas podem ser infelizes de qualquer maneira. Alguns podem preferir que haja adaptação às circunstâncias, aceitando a limitação; outros desejam aumentar a independência, ou diminuir a dependência; outros, ainda, só aspiram à independência total. Para estes últimos, as intervenções de reabilitação são fundamentais; para aqueles, os resignados, intervenções outras, mais do ponto de vista psíquico e social, é que são desejadas.

Aprender a conviver com a dificuldade, a deficiência e a incapacidade

Começamos este capítulo falando sobre a importância da independência e da autonomia na vida da pessoa idosa, assim como em outras fases da vida. Mas, agora, vamos nos lembrar que todas as pessoas, sem exceção, têm ganhos e perdas no decorrer da vida. Perdida uma habilidade, pode-se aprender uma nova. Se for colocado como único objetivo a restauração total da função, a

volta à capacidade e independência totais, poderá haver enorme frustração, tanto dos profissionais, quanto das pessoas idosas como de seus cuidadores. É necessário que os familiares e os cuidadores e a pessoa idosa possam pensar sobre estas questões, para que possam ajudar a pessoa idosa a aceitar suas limitações e a incentivem no processo de adaptação, quando não houver possibilidade de retorno integral ao estágio funcional anterior à perda. Isso tudo influencia a maneira como os indivíduos vão fazer avaliação sobre a qualidade de suas vidas.

Importante lembrar

1. Longevidade: ocorre aumento de doenças crônicas, com suas seqüelas e complicações, levando a incapacidades, dependência e necessidade de cuidados de longa duração e de instituições de longa permanência.
2. Autonomia: capacidade de decisão, de comando; comandar a própria vida; ser dono do próprio nariz.
3. Independência: capacidade de realizar as atividades com seus próprios meios, sem necessidade da ajuda de alguém.
4. Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's): alimentar-se, usar o banheiro, ter continência, andar, vestir-se, banhar-se, arrumar-se (fazer a barba, pentear o cabelo, cortar as unhas).
5. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's): cozinhar, arrumar a casa, lavar roupa, telefonar, fazer compras, cuidar das finanças domésticas, tomar remédio e outras mais.
6. É importante saber quais destas atividades executa sozinho, sem ajuda (independente), quais necessita de supervisão ou de ajuda parcial (parcialmente dependente) e quais não executa, necessitando de alguém que faça por ele, pois, se não, não irá preencher suas necessidades (totalmente dependente).
7. A avaliação do grau de dependência é fundamental para se planejar o tratamento, servindo, ainda, como parâmetro objetivo, para se estabelecer a evolução (está melhorando, ou piorando, ou ficou estável).
8. É importante mobilizar o que restou de capacidade num indivíduo (**capacidade residual**), para que desempenhe atividades, da melhor forma possível, em seu meio ambiente (**função ótima**).

9. Só fazer pela pessoa dependente aquilo que ela não consegue fazer de forma alguma; caso necessite de alguma ajuda, ajudá-la a fazer aquilo de que precise (NUNCA fazer por ela o que ela ainda consegue fazer).
10. Não basta avaliar a habilidade funcional (física) e as atividades isoladamente; o psico-social precisa ser avaliado. É necessário compreender as sensações e as avaliações que as pessoas incapacitadas fazem a respeito de sua capacidade funcional e das atividades que executam (ou que não executam).
11. Todas as pessoas têm ganhos e perdas no decorrer da vida. Perdida uma habilidade, pode-se aprender uma nova.

Sugestão para leituras:

Paschoal SMP. Autonomia e Independência. In: Papaléo Netto M (editor). *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996. p. 313-23.

Caldas CP. O Autocuidado na Velhice. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J., Gorzoni ML. (editores). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1117-21.

Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação

Lucy Gomes
Neuza Moreira de Matos

Introdução

Uma pessoa idosa que você está cuidando, pode de repente, mudar seu comportamento, mostrando, por exemplo, muita irritação, agressividade, agitação ou começar a segui-lo por toda a casa. Você está diante de um quadro que vamos tratar neste capítulo como "Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação".

Antes de mais nada, é importante sabermos que não podemos culpar a idade avançada por essa mudança de comportamento e, muito menos a própria pessoa idosa, pois ela não se comporta dessa maneira, porque quer.

O que pode provocar mudanças de comportamento

São várias as causas possíveis de mudanças de comportamento, desde problemas no cérebro da pessoa idosa, outros problemas físicos, até mudança de ambiente. Essas causas serão discutidas nas linhas seguintes, quando falaremos das alterações de comportamento mais comuns e apresentaremos orientações para quem cuida da pessoa idosa.

Irritação, agitação e agressividade

Se uma pessoa idosa que não sofria de problemas mentais, de repente fica agitada ou agressiva, devemos pensar na existência de causas físicas: infecção do trato urinário, (comumente conhecida como infecção urinária), pneumonia, desidratação, constipação etc. (ver assuntos *Infecção do trato urinário na pessoa*

idosa; Pneumonia; Desidratação; Obstipação e fecaloma). A agressividade que surge pode ser verbal (uso de palavrões, acusações indevidas de infidelidade e de roubo) ou física (unhar, bofetear ou cuspir). Aqueles que convivem ou cuidam da pessoa idosa (cônjuge, familiares ou cuidador formal) são alvos diretos desses distúrbios de comportamento, o que muitas vezes acaba levando os familiares a decidirem internar a pessoa idosa numa instituição de longa permanência (ILPI).

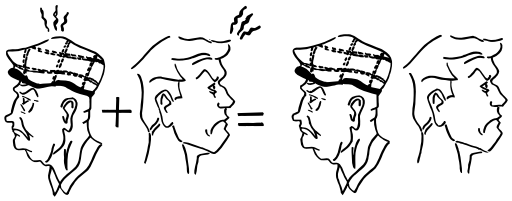
As causas comuns de **agitação, irritação e agressividade** na pessoa idosa são:

1) introdução ou suspensão de medicamentos;
2) doenças infecciosas, sendo as mais freqüentes, infecção do trato urinário e pneumonia (ver assuntos *Infecção do trato urinário na pessoa idosa* e *Insônia*);
3) problemas do coração, como infarto do miocárdio ou arritmia;
4) acidente vascular encefálico (derrame);
5) obstipação intestinal (fezes endurecidas);
6) desidratação (a pessoa idosa sente menos sede e, conseqüentemente, toma menos água; pode ocorrer também quando a pessoa tem diarréia);
7) forte batida na cabeça ou quedas nos últimos 90 dias;
8) perda de familiares, brigas na família ou mudanças de ambientes.

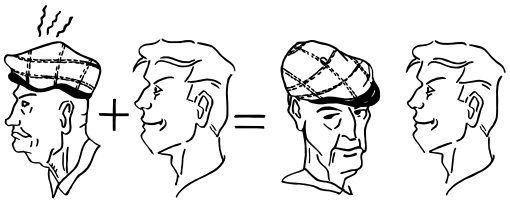
Como o cuidador deve comportar-se

Inicialmente, o cuidador deve procurar compreender o que está ocorrendo.

- não deve responder às provocações e acusações;



- evitar agitar-se, gritar ou reagir com fúria;
- procurar encarar a pessoa idosa sem ressentimento;



- lembrar que explicações não serão compreendidas;
- conscientizar-se de que não é culpa da pessoa idosa.

O cuidador deve proteger a pessoa idosa, com as seguintes ações:

- retirar de perto da pessoa idosa objetos que possam perfurar ou cortar (facas, objetos pontiagudos ou pesados) ou qualquer outro objeto que ofereça risco;
- colocar a pessoa idosa que se debate em local amplo e com poucos móveis;
- evitar conter ou amarrar a pessoa idosa, para que não piore seu estado;
- somente como medida extrema de proteção da pessoa idosa, imobilizá-la na cama ou cadeira, com os devidos cuidados para não a machucar;
- **o cuidador deve proteger-se, pois a pessoa idosa pode ter muito mais força do que aparenta;**
- **sempre que possível, revezar com alguém, principalmente entre os membros da família e amigos, para que conversem com o paciente, com carinho e ternura;**
- **deve pedir ajuda aos mais próximos ou aos profissionais habilitados (ambulância do Serviço de Saúde ou Corpo de Bombeiros), quando sentir que não dispõe mais de paciência, tolerância ou segurança para o cuidado da pessoa idosa naquele momento.**

O cuidador deve prestar atenção nos seguintes itens:

- relatar ao médico ou à equipe de saúde se houve introdução ou suspensão de alguma medicação, observando se o horário da agitação coincide com aquele logo após administração da medicação;
- relatar a presença de engasgos e tosse na hora das refeições, pois aumenta a probabilidade de pneumonia aspirativa;
- relatar se a pessoa idosa toma no mínimo dois litros de líquido diariamente, ou se teve diarréia;
- relatar se a pessoa idosa evacua regularmente, se foi operado recentemente, se passou longo período de imobilidade ou já sofreu anteriormente com fezes endurecidas;
- relatar se sofreu queda nos últimos três meses ou trauma (bateu fortemente a cabeça em algum lugar); se sofreu queda ou trauma, o cuidador deve marcar no calendário a data do acidente e deve observar qualquer alteração de comportamento que tenha ocorrido nos 90 dias seguintes;
- relatar se houve mortes ou brigas na família nos últimos meses;
- relatar se houve mudança de ambiente, sem aviso prévio à pessoa idosa.

Comportamentos repetitivos e perambulação

Comportamentos repetitivos e perambulação são freqüentes em pessoas idosas dementadas, principalmente naquelas com doença de Alzheimer. Durante a perambulação, a pessoa idosa procura ou segue o cuidador através da casa, vagueia pela casa ou no entorno dela, ou ainda, caminha sem nenhum propósito específico. No comportamento repetitivo, a pessoa idosa realiza tarefas repetidas, como limpar a casa ou lavar as mãos, de forma não eficaz. Pode repetir frases como: "me leva para casa.. quero ver minha mãe.... estou com febre...". Estas alterações comportamentais de perambulação e repetição motora podem aumentar durante ou após o pôr-do-sol e é conhecida como **síndrome do entardecer** ou **síndrome do pôr-do-sol**, quando a pessoa idosa sente necessidade de segurança e que pode ser manifestado com tentativas de sair de casa, agitação, perambulação e comportamento repetitivo.

As causas comuns de comportamentos repetitivos e perambulação são:

1) doença de Alzheimer ou outras demências;
2) não ter dormido tempo suficiente nos últimos dias, dificuldades para dormir e sonolência diurna (ver assunto *Insônia*);
3) doenças mentais prévias.

O que o cuidador deve fazer?

- o cuidador deve manter a pessoa idosa ocupada, introduzindo atividades agradáveis e tranqüilizantes nos horários próximos ao pôr-do-sol ou naqueles em que mais freqüentemente aparecem perambulação ou comportamentos repetitivos (como por exemplo, realizar pequenos lanches, fazer caminhada, colocar a música de preferência da pessoa idosa, realizar pequenas atividades na cozinha e jardinagem, cuidar ou ter contato com animais, passear de automóvel);
- acender as luzes antes que escureça;
- criar um ambiente tranqüilizador, abaixando o som de rádio e televisão e evitando muitas atividades e conversas perto da pessoa idosa;
- proporcionar segurança, ficando ao seu lado, segurando suas mãos, conversando sobre assuntos agradáveis e realizando atividades juntos;
- manter equilíbrio entre repouso e atividades, evitando estresse ou sobrecarga de atividades para a pessoa idosa;

- tomar cuidados especiais para a hora de dormir: (por exemplo, ofereça refeição leve, faça a pessoa idosa escovar os dentes, vestir roupa de dormir; proporcione uma pequena leitura, reze ou ore e conduza para a cama, somente na hora de dormir); não ofereça líquidos que contenham cafeína como café, coca-cola, chá preto, chocolate; propicie ambiente tranqüilo, confortável e sem barulho;
- proporcionar diferentes atividades durante o dia para a pessoa idosa: além de assistir televisão, ouvir rádio ou ficar sentada na varanda observando o movimento da rua, caminhar, tomar banho de sol e fazer alguns exercícios dentro de seus limites, se possível ao ar livre; (ver assunto *Como lidar com a inatividade ea tristeza na pessoa idosa com dependência*);
- manter rotinas simples, com as mesmas pessoas e ambiente conhecido, evitando mudança de ambiente e alteração brusca de rotina, como ir morar em casa diferente ou modificar a posição dos móveis do quarto da pessoa idosa;
- rezar/orar com a pessoa idosa (se for religiosa);
- fazer massagem leve, de conforto.

Importante lembrar

1. As alterações de comportamento na pessoa idosa podem ter várias causas e o cuidador deve procurar saber o que está acontecendo.
2. O cuidador deve se lembrar que aquele comportamento não é de propósito para agredi-lo, provocá-lo ou aborrecê-lo.
3. O cuidador deve proteger a pessoa idosa, retirando objetos que possam machucá-la.
4. O cuidador deve proteger-se, pois a pessoa idosa pode ter mais força do que aparenta.
5. O cuidador deve pedir ajuda de alguém próximo ou de serviço de socorro, quando sentir que está perdendo o controle da situação.
6. O cuidador deve freqüentar grupos de ajuda, como os de cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer, a fim de obter orientação para cuidar melhor da pessoa idosa e de si mesmo.

Convulsões

Silvia Zavalloni Proto Humes

O que é uma convulsão?

Convulsão ou crise epiléptica é definida como uma alteração repentina e involuntária do comportamento, do nível de consciência, do padrão motor e/ou da sensibilidade. Essas alterações são causadas por uma descarga excessiva e ao mesmo tempo, de um grupo de neurônios de uma região do cérebro qualquer. Acredita-se que cerca de 5% a 10% da população sofrerá pelo menos uma crise durante a vida.

A crise epiléptica pode surgir espontaneamente ou ser desencadeada por febre alta, distúrbio hidroeletrolítico (desidratação, alteração na concentração de alguns elementos do sangue como sódio, potássio, cálcio e magnésio), lesões neurológicas (derrames, sangramentos no sistema nervoso, traumatismos, tumores), efeito de medicamentos, intoxicações exógenas (uso e/ou abuso de substâncias químicas), ingestão de álcool ou drogas. Em muitos casos, a causa é identificada, tratada e a crise não deverá voltar. Outras vezes, não se identifica a causa, mas, ainda assim, muitos desses pacientes não voltarão a ter crises. Por fim, alguns indivíduos apresentam crises epilépticas espontâneas, recorrentes, isto é, que voltam a aparecer e são, portanto, considerados epiléticos.

Quais são os tipos de crises epilépticas?

A crise epiléptica pode se manifestar de várias formas: movimentos generalizados ou de apenas uma parte do corpo, sensações corporais na ausência de estímulos e com ou sem perda de contato com o meio ambiente.

Os principais tipos são:

1. Crise tônico-clônica generalizada

É a mais conhecida, caracterizada por perda da consciência (perda do contato com o meio ambiente), abalos musculares intensos nos quatro membros, respiração ruidosa e forçada, dentes fortemente cerrados, salivação intensa na

forma de espuma (como não há movimento de deglutição durante a convulsão, existe acúmulo de saliva na boca). Os dentes cerrados, a respiração irregular e a boca cheia de saliva resultam na perda desse líquido sob a forma de espuma e uma respiração ruidosa. Além disso, durante a convulsão há relaxamento do esfíncter anal e uretral. Se a bexiga estiver repleta de urina ou o reto com fezes, poderá ocorrer eliminação involuntária dessas secreções. As crises duram em geral poucos minutos e, após terminar, a pessoa ficará durante mais algum período sonolenta e confusa.

2. Crise parcial complexa

Manifesta-se por perda de contato com o meio ambiente, movimentos automáticos (movimentos repetidos que a pessoa não consegue controlar que podem ser dos lábios, dos braços ou pernas, movimentos de mastigação ou de engolir) e confusão mental após a crise, que em geral duram de um a dois minutos.

3. Crise de ausência

Ocorre um desligamento completo durante alguns segundos (até 30 segundos) e interrupção das atividades em curso, podendo ocorrer várias vezes ao dia.

4. Crise mioclônica

Ocorrem contrações musculares súbitas e breves que se assemelham a choques; podem ser da musculatura facial, do tronco, de um membro, grupo muscular ou músculo; não há perda da consciência e ocorrem mais freqüentemente ao despertar ou ao adormecer.

5. Crises parciais simples

Não há perda do contato com o meio ambiente, são crises motoras ou sensoriais em que pode haver movimentos involuntários de qualquer parte do corpo, no caso das motoras, ou alterações visuais (manchas pretas), gustativas (gosto de metal, doce queimado etc.) ou olfativas (odor desagradável), no caso das sensoriais.

Quais são as causas das crises epilépticas?

Existem as crises epilépticas idiopáticas em que a causa não é identificada e que são mais freqüentes, pois são responsáveis por cerca de 70% das crises convulsivas; e as crises epilépticas secundárias, nas quais há lesões

cerebrais anatômicas ou do funcionamento cerebral, ocorridas em qualquer momento da vida, sendo que a crise é conseqüência da alteração existente.

Entre as causas secundárias de crises epilépticas podemos destacar:

- trauma (recente ou remoto);
- hemorragia intracraniana (acidente vascular cerebral hemorrágico – AVCH – ou popularmente, "derrame");
- anormalidades estruturais do cérebro (aneurisma, má formação de vasos, tumores, doenças degenerativas ou congênitas);
- infecções (meningites, encefalites ou abscesso cerebral);
- hiperglicemia ou hipoglicemia (ver assunto *Diabetes mellitus, hiperglicemia e hipoglicemia*);
- distúrbios hidroeletrolíticos (aumento ou diminuição de sódio no sangue, diminuição de cálcio ou magnésio);
- disfunção renal (uremia);
- insuficiência hepática;
- medicamentos e drogas (anfetaminas, cocaína, abstinência de sedativos, abstinência alcoólica, teofilina, antidepressivos tricíclicos, lidocaína e vários outros);
- encefalopatia hipertensiva;
- isquemia grave do sistema nervoso central (acidente vascular cerebral isquêmico – AVCI – também conhecido como "derrame").

Em pacientes que já têm o diagnóstico de epilepsia, o uso irregular da medicação, interrupção abrupta ou troca repentina da medicação, eventos estressantes, ansiedade e privação de sono, são causas possíveis da crise.

Qual é o tratamento da crise epiléptica e da epilepsia?

Na grande maioria dos casos, as crises epilépticas cessam sozinhas, uma vez que, em geral, são de curta duração. O atendimento médico inicial visa buscar causas reversíveis imediatas (como a hipoglicemia), manobras de suporte avançado de vida (garantir que o doente continue respirando, suporte suplementar de oxigênio, suporte cardiovascular) e usar medicamentos que abortem a crise, como os benzodiazepínicos (por exemplo, diazepan). Após isso, o atendimento médico visará a busca da causa da crise epiléptica (citadas anteriormente).

Não existe cura para a epilepsia, porém o tratamento médico pode reduzir ou controlar as crises, sendo que para a maioria dos pacientes os sintomas podem desaparecer totalmente. Setenta por cento das pessoas com epilepsia têm suas crises controladas com medicamento antiepilépticos (ou anticonvulsivantes).

Os antiepilépticos são medicamentos com a finalidade de conter, controlar ou estabilizar um quadro epiléptico, que agem no sistema nervoso inibindo ou interferindo em processos neuroquímicos, visando impedir a atividade neuronal anormal que gera uma crise ou seu desencadeamento. Como eles não agem imediatamente, é somente o seu uso contínuo que evitará as crises.

O primeiro passo para o controle das crises é o uso correto das medicações, respeitando rigidamente as orientações do médico em relação à dosagem e aos horários em que devem ser tomadas. Também são necessárias para o sucesso do tratamento, a regularização dos hábitos do sono e dos níveis de ansiedade (ficar sem dormir, sono com muitas interrupções e situações de estresse podem ser desencadeantes de crises epilépticas, mesmo em pacientes medicados adequadamente).

Para os demais trinta por cento dos pacientes que não têm suas crises controladas com medicamento, há alternativas que podem até incluir o tratamento cirúrgico, no qual o cirurgião remove o local associado à origem das crises.

A epilepsia não está relacionada a problemas psicológicos graves e não é um tipo de deficiência mental sendo que, se tratada adequadamente, o paciente epiléptico poderá gozar uma vida normal.

O que fazer quando uma pessoa apresenta uma crise?

As crises são fenômenos auto-limitados, isto é, tem duração limitada e não há medidas que ajudem a abreviá-las. Durante uma crise, procurar manter a serenidade.

São medidas importantes durante a crise:

- voltar a cabeça e o corpo da pessoa para o lado para evitar a aspiração de saliva ou alimentos caso apresente vômitos. A saliva e outras secreções não transmitem epilepsia;
- não tentar conter a pessoa, isso pode dificultar a respiração ou causar fraturas ósseas;
- não interferir de maneira alguma nos movimentos;

- proteger a cabeça da ocorrência de traumatismo, utilizando algum objeto macio (por exemplo, colocar um travesseiro, casaco ou pano embaixo da cabeça da pessoa em crise);
- retirar ou afrouxar peças de roupas que possam dificultar a respiração (podem estar aderidas ao tórax impedindo sua expansão). **Retirar pulseiras, colares, relógios, óculos para evitar traumas para o paciente;**
- não é necessário colocar objetos ou sua mão na boca da pessoa que está convulsionando (você corre o risco de se machucar ou machucar a boca da pessoa ou quebrar- lhe os dentes ou a mandíbula, sem que haja maior benefício em manter-lhe a boca aberta). Em uma crise epiléptica a língua continua em sua posição normal e o indivíduo pára de respirar por causa da intensa descarga elétrica cerebral, o que faz com que algumas vezes apresente coloração azulada da pele e mucosas. Não há necessidade de segurar a língua da pessoa em crise, você corre o risco de ter seu dedo mordido, com a possibilidade de sua amputação. A língua não corre o risco de ser engolida durante a crise. Ela é feita de músculo e fica endurecida durante a crise, assim como os outros músculos do corpo, além de ser presa às estruturas da boca. A mordedura da língua não causará maiores problemas além do corte, e este cicatrizará sozinho em um a dois dias;
- procurar manter livre a área ao redor, para evitar que a pessoa se machuque; afastar os curiosos, dar espaço para a pessoa;
- não jogar água ou forçar a pessoa a beber algo durante a crise (ela pode engasgar ou até se afogar com essa atitude);
- não há benefícios em fornecer medicação pela boca durante a crise, ela não faz efeito na hora em que é tomada, seu uso contínuo é que evitará as crises. Colocar a medicação na boca da pessoa durante a crise só lhe trará riscos, pois ela poderá engasgar, já que não estará consciente e não poderá engolir;
- cessando os movimentos, manter a pessoa em decúbito lateral (virada de lado) para prevenir a aspiração de secreções (engasgos);
- aguardar ao lado da pessoa até que a respiração se normalize e ela queira se levantar;
- reduzir estimulação sensorial (diminuir luz, evitar barulho);
- é normal ocorrer sonolência depois da crise;
- permitir que a pessoa descanse ou até mesmo durma após a crise;

- toda pessoa que apresenta convulsão, mesmo em tratamento, deverá ser encaminhada ao médico;
- deve-se também estar atento para a possibilidade da repetição da convulsão. Nesse caso, a vítima precisa ser levada imediatamente para receber atenção de um médico;
- caso a crise não cesse em até cinco minutos, tempo que habitualmente dura a convulsão, providencie transporte imediato para remoção ao hospital mais próximo.

As medicações usualmente utilizadas para o tratamento da epilepsia não causam dependência, mas não devem ser suspensas sem a orientação específica do médico (sob o risco de nova crise convulsiva).

Como são medicamentos que podem afetar o funcionamento do fígado, deve-se evitar o uso de bebidas alcoólicas e nunca suspender a tomada da medicação se for fazer ingestão de álcool. Nessas pessoas, a bebida alcoólica pode causar crises epilépticas e, além disso, a falta do medicamento aumenta muito a chance de uma crise.

Importante lembrar

1. Crise epiléptica (ou convulsão) é uma alteração repentina e involuntária do comportamento, dos movimentos, do nível de consciência e/ou da sensibilidade. As crises epilépticas duram alguns minutos e cessam sozinhas.
2. Durante uma crise, o cuidador deve manter a serenidade e tomar as seguintes providências:
   - coloque o corpo e a cabeça da pessoa para o lado;
   - proteja a cabeça; não tente conter a pessoa;
   - afrouxe roupas e retire pulseiras, relógios, óculos, colares;
   - não coloque objetos na boca nem tente segurar a língua;
   - procure manter a área ao redor livre; não interfira nos movimentos;
   - não jogue água nem bata no rosto da pessoa em crise;
   - não forneça medicamento durante a crise; afaste curiosos;
   - reduza estimulação sensorial;
   - permita que a pessoa descanse após a crise;
   - procure atendimento médico, principalmente nos casos de crises recorrentes, isto é, que voltam a aparecer ou caso a crise não cesse após cinco minutos.

Delirium

Marco Pólo Dias Freitas

Introdução

A palavra *delirium* deriva do latim *delirare*, cujo significado literal é estar "fora dos trilhos"; ou seja, "estar perturbado, desorientado". O *delirium* é uma condição clínica também conhecida como confusão mental aguda, na qual o paciente perde temporariamente o contato com a realidade.

Familiares quando estão diante de uma pessoa idosa com *delirium* tendem a interpretar a situação como sendo de um quadro de demência ou próprio "da idade", expressando frases como: "mamãe não está dizendo coisa com coisa"; "acho que o vovô está ficando gagá"; "A Dona Maria ficou esclerosada" ou "é assim mesmo, quando a gente envelhece vai ficando assim, meio fraco da cabeça". Essas frases refletem uma dura realidade – o pouco reconhecimento que essa enfermidade tem entre os profissionais de saúde e, conseqüentemente, entre as pessoas da comunidade.

Muitas vezes, o *delirium* é a primeira manifestação de uma alteração aguda grave do estado de saúde da pessoa idosa, como uma infecção, um infarto do coração ou um derrame (acidente vascular cerebral). Toda vez que estivermos diante de uma pessoa idosa com *delirium*, ou confusão mental aguda, temos que ter em mente que se trata de uma situação de risco, cujas providências precisam ser tomadas rapidamente. O cuidador desempenha um importante papel no reconhecimento da ocorrência de *delirium* e suas observações são fundamentais para que se faça um diagnóstico rápido e preciso.

O *delirium* pode ter várias causas e manifestar-se de diversas maneiras. Entretanto, um familiar ou um cuidador atentos e com conhecimentos básicos sobre essa enfermidade dificilmente a deixarão passar despercebida.

O que é *delirium*

Delirium é o termo médico utilizado para descrever um quadro de confusão mental aguda, que pode ocorrer em todas as idades, porém é mais comum

em pessoas idosas. **É definido cientificamente como sendo uma síndrome cerebral orgânica transitória, caracterizada por distúrbio global da cognição e atenção, redução do nível de consciência, redução ou aumento da atividade psicomotora e alteração do ciclo sono-vigília. Ou seja, é uma doença que pode ter várias causas, provoca alterações reversíveis no cérebro da pessoa, de forma a fazê-la ficar confusa, ora agitada, ora sonolenta, podendo trocar o dia pela noite.**

O *delirium* começa de uma hora para outra (início súbito), e seu curso é flutuante, varia de intensidade ao longo do dia, intercalando momentos de melhora e de piora. Observamos os momentos de piora principalmente durante a noite, ocorrendo também quando a pessoa idosa acorda e no final da tarde. É muito comum a pessoa idosa não reconhecer onde está e pedir para "ir embora". Nas pessoas idosas que já têm demência, é freqüente a ocorrência de confusão mental aguda no final da tarde. Esse fato é conhecido como "síndrome do pôr do sol". (ver assunto *Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação*). Assim como nem todo *delirium* ocorre em pessoa idosa, nem toda pessoa idosa terá *delirium*. O *delirium* é conseqüente à redução do funcionamento normal do cérebro e resulta da interação de fatores predisponentes com fatores precipitantes. Uma pessoa idosa precisa estar com um determinado grau de comprometimento de seu estado geral, de forma que uma piora súbita de sua saúde possa desencadear o *delirium*.

Os fatores predisponentes refletem a vulnerabilidade do indivíduo, o estado em que o indivíduo se encontra logo antes da incidência dos fatores precipitantes. Os fatores predisponentes mais importantes são: demência; doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, insuficiência cardíaca, doença isquêmica do coração, câncer, uso simultâneo de vários medicamentos, principalmente aqueles que agem no sistema nervoso central, por exemplo, benzodiazepínicos, antialérgicos, relaxantes musculares, analgésicos fortes e medicamentos para gastrite, insuficiência renal ou hepática crônicas, desnutrição, desidratação e deficiências da visão ou da audição e idade avançada.

Os fatores precipitantes são aqueles que agem de forma aguda na causa do *delirium*, são mudanças recentes capazes de desencadeá-lo. Os mais importantes são: infecção, principalmente pneumonia e infecção urinária, e introdução de um novo medicamento. Outros fatores precipitantes são: descompensação aguda de uma doença crônica não transmissível, por exemplo, diabetes, infarto do coração, insuficiência cardíaca, derrame (acidente vascular cerebral), enfisema pulmonar ou bronquite crônica, insuficiência renal ou hepática agu-

das; insuficiência respiratória aguda; desidratação e desnutrição agudas durante uma internação; abstinência do uso de álcool ou drogas; abstinência do uso de benzodiazepínicos; imobilização ou uso de dispositivos imobilizadores (contenção física ou uso de catéteres); fatores ambientais, como local não familiar, privação do sono, alteração dos horários de rotina, mudanças freqüentes de aposento, sobrecarga sensorial (barulho, excesso de luz durante a noite) ou privação sensorial (retirada de óculos ou prótese auditiva); fatores psicossociais, como depressão, estresse psicológico, dor ou falta de apoio social. Todas essas condições, em conjunto ou isoladas, podem desencadear o *delirium*.

É importante ressaltar que quanto menos vulnerável for o indivíduo, ou seja, quanto menos graves e em menor número forem os fatores predisponentes, mais intensos ou múltiplos terão que ser os fatores precipitantes para que ocorra o *delirium*. Por exemplo, se para um senhor de 70 anos de idade, hipertenso controlado, com vida ativa, que caminha cinco vezes por semana, o fator precipitante do *delirium* foi um infarto do coração; para uma senhora de 67 anos de idade, viúva, hipertensa e diabética com controle precário e sintomas de depressão, um quadro de infecção urinária não complicada pode ser suficiente para desencadear o *delirium*.

Os exemplos citados são apenas ilustrativos, na vida real, o que encontramos são situações um pouco mais complicadas. Por isso, é muito importante ter informações sobre a condição de base da pessoa idosa antes da ocorrência da confusão mental aguda e procurarmos identificar todos os possíveis fatores desencadeantes do *delirium*.

Como suspeitar de *delirium* em uma pessoa idosa

Situações como desconexão com a realidade, dificuldade de fixar a atenção e alteração do nível de consciência, ocorridas de forma súbita ou rapidamente progressiva e de curso flutuante, são condições muito prováveis da ocorrência de *delirium*. Em uma pessoa idosa com demência essas condições já poderão estar alteradas, o que leva a suspeita de *delirium* é uma mudança rápida de estado do paciente, mais facilmente identificada por uma pessoa que conviva com esta pessoa idosa.

A característica marcante é a flutuação dos sintomas, que dificulta muitas vezes o diagnóstico de *delirium* por parte do médico. O prejuízo do pensamento encontra-se invariavelmente presente. O pensamento torna-se fragmentado e vago e fica lento ou acelerado, nas formas leves, e sem lógica ou coerência, nas

formas graves. A memória fica comprometida e está diretamente associada ao prejuízo da atenção e nível de consciência. Ilusões e alucinações visuais podem estar presentes, mas não necessariamente em todos os casos.

Freqüentemente, o paciente fica com prejuízo na orientação, apresentando dificuldade para identificar o local em que está e para lembrar-se da data e da hora aproximada, se é dia ou noite, por exemplo. Muitas vezes, o paciente apresenta dificuldade para lembrar-se de palavras comuns, às vezes troca palavras ou as expressa de forma errada, tanto na fala quanto na escrita. O estado de alerta ou vigilância está reduzido ou aumentado. É comum o paciente ficar sonolento durante o dia e acordar várias vezes durante a noite, ou não conseguir dormir. Pesadelos são freqüentes.

O *delirium* pode manifestar-se basicamente por três formas: hipoativa (quieta), hiperativa (agitada) ou mista (alternância entre quietude e agitação), sendo que as formas mais comuns são a mista e a hipoativa, e esta a menos diagnosticada. Na forma hipoativa a pessoa idosa fica mais quieta e desatenta, tende a ficar mais sonolenta e a fala é lenta e pausada. A pessoa idosa com *delirium* hipoativo chama pouco a atenção de quem está a sua volta, por isso, é muito comum que esse tipo de manifestação não seja reconhecido pelo cuidador e, conseqüentemente, pouco diagnosticado pelo médico.

O *delirium* hiperativo é a forma de manifestação mais facilmente reconhecida, pois a pessoa idosa fica agitada, às vezes reage a situações rotineiras como tomar banho, alimentar-se ou tomar medicação. A pessoa idosa é taxada de agitada ou agressiva. E quando essa mudança de estado não é reconhecida como *delirium* hiperativo, quase invariavelmente leva ao uso de medicamentos sedativos, que muitas vezes piora o quadro de *delirium* e dificulta a identificação da doença aguda que o desencadeou.

Manifestações de raiva, medo, ansiedade, euforia e alterações como, rubor facial (a face fica vermelha), aceleração do coração e suor excessivo, podem estar presentes no *delirium*, usualmente na forma hiperativa.

No *delirium* misto ocorre uma alternância entre as duas formas, muitas vezes com predomínio da hipoativa. Como a pessoa idosa muda de estado várias vezes durante o dia, o cuidador que desconhece essa enfermidade tende a compreender a situação como o resultado de situações inusitadas, por exemplo, dieta, presença ou ausência de visita, fatores socioculturais, ou até mesmo devido à própria vontade do paciente, que está assim "por que quer". O desconhecimento e as interpretações equivocadas retardam o diagnóstico e o tratamento, e só prejudicam o paciente.

O que fazer quando uma pessoa idosa está com *delirium*

O primeiro passo diante de uma pessoa idosa que se encontra muito quieta ou agitada e com confusão mental de início agudo é suspeitar de *delirium* e encaminhá-la imediatamente para avaliação médica, para a confirmação diagnóstica, tendo em vista que o *delirium* é uma condição de emergência médica, pois, denota uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa associada a um comprometimento agudo do seu estado de saúde, que pode ser grave.

O cuidador não deve dar qualquer tipo de remédio para a pessoa idosa sem a orientação de um médico, exceto aqueles que já usa de rotina. O cuidador e um familiar devem acompanhar a visita ao médico. É muito importante que se informe como se deu a mudança do estado atual de saúde da pessoa idosa e sua condição de base, antes do fato presente. É de fundamental importância que seja reportada a condição funcional da pessoa idosa antes e após o quadro agudo, ou seja, o que a pessoa idosa dava conta de fazer sozinha e não consegue mais em função da doença atual.

Caso a pessoa idosa já tenha o diagnóstico de *delirium*, é muito importante que ela seja constantemente acompanhada por uma pessoa conhecida, cuidador ou familiar. O melhor tratamento para o *delirium* é o tratamento da doença aguda ou correção da alteração (fatores precipitantes) que o ocasionou, por isso a importância do acompanhamento médico.

A pessoa idosa com *delirium* não deve ser confrontada quando se apresenta confusa. Isso de nada adianta para a sua recuperação e pode piorar ainda mais a sua confusão. Deve-se ter em mente que a melhora da doença aguda implica a melhora do *delirium.* Na maioria das vezes, medicamentos para tratar especificamente a confusão mental não estão indicados, a não ser em casos que possam comprometer a continuidade do tratamento da doença aguda, a segurança da própria pessoa idosa ou das pessoas a sua volta.

Caso a pessoa idosa esteja hospitalizada, é importante evitar trocas freqüentes de acompanhante. Se permitido pelo hospital, devem-se levar fotos de familiares e pessoas amigas, calendário e relógio, para ajudar a pessoa idosa a se localizar no tempo e no espaço. Óculos e próteses auditivas devem ser mantidas com a pessoa idosa. Os horários de sono devem ser respeitados, com redução de ruídos e adequação dos horários de medicação, para proporcionar um sono ininterrupto. Remédios para dormir quase nunca são usados, e podem apresentar efeito contrário e piorar ainda mais a confusão mental. Como a pessoa idosa muitas vezes fica apática, deve-se evitar a desidratação com oferta adequada

de líquidos; não espere a pessoa idosa queixar-se de sede, é bem provável que ela não o fará. Qualquer forma de contenção física deve ser proibida e o uso de dispositivos como acesso venoso (soro na veia), cateter urinário e cateter nasal devem ser usados somente quando forem realmente indispensáveis.

O que pode ser feito para prevenir o *delirium*

Tão importante quanto saber quais as doenças crônicas que a pessoa idosa tem é saber como é seu estado funcional. Por exemplo, se a pessoa idosa é capaz de tomar conta de sua própria vida, lidar com dinheiro, sair de casa sozinho e tomar uma condução, fazer pequenas tarefas domésticas ou preparar pequenas refeições. Além disso, se a pessoa idosa é capaz de cuidar de si mesma, tomar banho sozinha, caminhar dentro de casa, ir ao banheiro sem ajuda, alimentar-se com as próprias mãos. A perda da funcionalidade é muitas vezes negligenciada e considerada como resultado do próprio envelhecimento ("da idade"), tanto por familiares quanto por profissionais de saúde e constitui-se num grave erro.

É muito comum que as primeiras manifestações de uma doença aguda ou a descompensação de uma doença crônica sejam, justamente, a diminuição ou perda da capacidade funcional da pessoa idosa, antecedendo, às vezes a ocorrência do *delirium*. Dar importância às alterações da condição funcional e reportar essas alterações à equipe de saúde. É, portanto, de extrema relevância para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e recuperação do comprometimento funcional da pessoa idosa, o que evita o aumento de sua vulnerabilidade e diminui o risco para ocorrência do *delirium*.

Os estudos de prevenção do *delirium* foram desenvolvidos, principalmente, durante o período de hospitalização de pessoas idosas, entretanto, as medidas também se aplicam para outros ambientes, como o domicílio e as instituições de longa permanência. As medidas de prevenção são muito semelhantes àquelas usadas para o tratamento e devem ser aplicadas para todas as pessoas idosas, principalmente para as mais frágeis – aquelas com várias doenças crônicas, com demência, com dificuldade de andar ou de se comunicar, que usam vários medicamentos e aquelas com idade mais avançada. Os fatores de risco para a ocorrência de *delirium* e as respectivas medidas de prevenção são apresentados no quadro a seguir.

Quadro – Fatores de risco para *delirium* e medidas de prevenção

Fatores de risco	Medidas de prevenção
Privação do sono	Abordagem do sono sem uso de medicamento, estratégia para redução de ruídos. Adequação dos horários de medicação e outros procedimentos (p. ex., banho) para possibilitar um período ininterrupto de sono
Desidratação	Identificação precoce e reposição de líquidos, de acordo com a orientação médica
Deficiências visual e auditiva	Manter óculos e próteses auditivas com o idoso, e que ele possa usá-los
Imobilização	Mobilização precoce (caminhada com auxílio ou exercícios à beira do leito) Evitar o uso de dispositivos imobilizadores (acesso venoso, sondas, coletores) Qualquer forma de contenção física não deve ser usada
Medicamentos sedativos ou psicoativos	Restringir o uso de medicamentos sedativos-hipnóticos ou psicoativos. Usar a menor dose possível, diminuir ou descontinuar a medicação não imprescindível, conforme a orientação médica.

FONTE: Adaptado de Freitas MPD & Menezes AL. Grandes Síndromes Geriátricas – *Delirium*: Diagnóstico e Tratamento. In: *Moraes EN (org.). Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. P. 351-58.

O *delirium* quando acontece uma vez, tem grande chance de se repetir, principalmente se ocorrer um evento semelhante ao que o desencadeou. Por isso, é muito importante que as medidas de prevenção sejam instituídas, por exemplo, no momento de uma hospitalização, ou logo que a pessoa idosa comece a ter alguma alteração do estado de saúde, como uma infecção urinária ou pulmonar.

Os sintomas do *delirium* tendem a desaparecer assim que a doença que o desencadeou é tratada. Alguns sintomas podem permanecer por mais tempo, mas com melhora dia após dia. Ter tido um episódio de *delirium* não significa que a pessoa idosa está ou ficará demente. A maioria melhora em algumas semanas. Entretanto, no caso de persistirem alguns sintomas por mais de três meses, principalmente de esquecimento para fatores recentes e alterações do comportamento, o idoso deverá ser reavaliado por um médico, pois poderá se tratar de um quadro inicial de demência.

Importante lembrar

1. Delirium é uma doença grave que se manifesta de uma hora para outra, provocando mudanças temporárias no cérebro da pessoa.
2. A pessoa com delirium mostra-se confusa, ora agitada, ora sonolenta, podendo trocar o dia pela noite.
3. A pessoa com delirium costuma ter melhoras e pioras ao longo do dia. As pioras geralmente são à noite, no entardecer e ao despertar.
4. Há causas predisponentes, isto é o estado geral da pessoa idosa e causas precipitantes como infecções (do trato urinário, pneumonia); descontrole de doenças crônicas, uso de novos remédios, mudanças de ambiente, falta de dormir, desidratação e desnutrição.
5. O delirium pode manifestar-se de três formas: hipoativo, quando a pessoa fica quieta e desatenta, sonolenta e com a fala lenta e pausada; hiperativo quando a pessoa fica agitada e agressiva, podendo recusar tomar banho, alimentar-se e tomar remédios; misto, quando a pessoa fica ora agitada e agressiva, ora quieta e desatenta.
6. É preciso prestar muita atenção na forma hipoativa que muitas vezes não chama a atenção de cuidadores e familiares.
7. O cuidador não deve dar remédio para a pessoa idosa sem orientação médica, a não ser aqueles que já estava tomando.
8. A pessoa idosa não deve ser confrontada quando se mostra confusa.
9. Caso a pessoa idosa esteja hospitalizada, deve-se evitar trocar acompanhantes com freqüência.
10. Deve-se proibir a contenção física da pessoa com delirium.
11. Oferecer líquidos, mesmo que a pessoa idosa não peça, a fim de evitar a desidratação.
12. O delirium quando acontece uma vez, pode voltar a se repetir. Por isso, é importante adotar as medidas de prevenção que estão indicadas neste capítulo.

Sugestões para leituras:

Fabbri RMA. *Delirium*. In: Freitas EV et al. (editores). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2002. P. 168-75.

Freitas MPD & Menezes AL. Grandes Síndromes Geriátricas – *Delirium*: Diagnóstico e Tratamento. In: *Moraes EN (org.). Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2008. P. 351-58.

Saldanha AL. As Síndromes Geriátricas: Incapacidade Cognitiva. In: *Saldanha AL & Caldas CP (org.). Saúde do Idoso: a Arte de Curar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. P. 170-74.

Depressão

Luciana Lílian Louzada

Todo idoso é triste?

A depressão não faz parte do processo de envelhecimento normal. A depressão é uma doença que pode acometer o jovem, adulto ou a pessoa idosa e merece ser tratada.

Quem tem mais depressão?

A depressão é mais comum entre as mulheres, na viuvez, nas pessoas idosas que vivem em instituição de longa permanência, em quem não tem companheiro, em quem teve pouca instrução, em quem já teve depressão antes ou mesmo em quem tem depressão na família.

O que aumenta a probabilidade de depressão?

Existem situações que podem aumentar a probabilidade de desenvolver depressão, como a incapacidade física e ter de depender de outras pessoas, alguns medicamentos (inclusive remédios para dormir e para pressão alta), traumas psicológicos (devido a abusos, violências, guerras), aposentadoria, perda de ente querido, dificuldades financeiras, divórcio e algumas doenças. Isso não quer dizer que aqueles que têm ou que tiveram alguma dessas condições terão esta doença, porque depende também da predisposição de cada indivíduo.

Possíveis causas

É sempre importante que a suspeita de depressão seja avaliada pelo médico, pois existem algumas causas que podem ser tratadas, promovendo a melhora ou mesmo a cura da depressão. Dentre elas podem ser mencionadas a demência, o câncer, problemas na tireóide, derrame, e outras. **Os medicamentos também podem ser causa de depressão**, mas nunca se deve retirar ou alterar os medicamentos que estão sendo usados, pois essa decisão deverá ser sempre do médico que acompanha o caso.

Quando suspeitar de depressão?

Uma pessoa deprimida nem sempre vai estar chorosa ou isolada. Ela pode apresentar outros sintomas, como os citados abaixo.

Tristeza: todas as pessoas têm momentos de tristeza que podem durar alguns dias ou semanas e por motivos específicos. Um bom exemplo é quando uma pessoa querida morre, quando então a tristeza pode durar semanas ou meses, sem ser depressão. O que chama atenção na depressão é aquela tristeza persistente que dura a maior parte do dia, todos os dias. A pessoa sente-se triste ou chora muito, por qualquer motivo, o que é percebido por pessoas de seu convívio.

Desinteresse: prazer ou importância diminuídos por atividades que a pessoa gostava de fazer como, por exemplo, ir à igreja, fazer crochê, ler o jornal, palavras cruzadas, cozinhar e atividades domésticas.

Irritabilidade: a pessoa perde a paciência com familiares e com o cuidador, e se aborrece por qualquer motivo. Não suporta mais barulho, muita gente entrando e saindo, os netos e a bagunça dentro de casa.

Isolamento social: a pessoa deprimida não quer sair de casa para passear ou interagir com familiares e amigos. Ao contrário, prefere ficar em seu quarto sozinha até mesmo durante as refeições.

Dores: dores pelo corpo sem causa aparente ou sem diagnóstico podem ser depressão. Um fato importante é que essas dores não aliviam com uso de remédios para dor, e podem ser motivos de queixas e lamúrias durante o dia e à noite.

Desânimo, fadiga ou perda de energia: o doente sempre sente-se cansado, sem ânimo para nada e prefere ficar o dia todo na cama ou sentado de pijama na frente da televisão.

Sentimento de fracasso: pode sentir-se inútil, incapaz e pode fazer comentários como "Eu criei sete filhos e agora não sirvo pra nada." ou "Trabalhava todo dia debaixo do sol quente e agora não consigo nem pegar numa enxada".

Pessimismo: sentimento de que tudo está ruim, tudo vai dar errado e sua situação nunca vai melhorar.

Alteração do apetite: diminuição ou aumento do apetite a maior parte dos dias com perda ou ganho de peso.

Distúrbio do sono: passa a dormir mal (insônia) ou dormir demais (hipersonia).

Agitação ou lentidão: sensação de inquietação e agitação ou, ao contrário, de estar mais lentificado.

Capacidade diminuída de pensar: dificuldade para se concentrar ou mostra-se indeciso.

Alucinações: por vezes pode apresentar distúrbios alucinatórios como, por exemplo, enxergar pessoas que já morreram, ouvir vozes ou sentir cheiros estranhos e delírios. Estes sinais devem ser imediatamente relatados ao médico.

Pensamento freqüente de morte: pode significar depressão importante. O doente pode até planejar sua morte e, em caso extremo, até tentar suicídio. Já o medo de morrer não é tão importante.

Como cuidar?

O paciente deprimido não deve ser discriminado, sendo rotulado como preguiçoso, com moleza e querendo chamar a atenção. A paciência nestes casos é fundamental, pois nesses momentos o choro, a necessidade de alguém por perto e o medo podem se converter em irritação e agressividade. São exatamente nesses momentos que ocorrem os maus-tratos e a violência contra a pessoa idosa, cometidas geralmente por cuidadores ou familiares que não encaram a depressão como doença. Deve-se sim incentivá-lo, mas jamais obrigá-lo a comer, a fazer atividades e a sair para passear, se ele não quiser. (ver assunto *Como lidar com a inatividade e a tristeza na pessoa idosa com dependência*).

Conseqüências

Quando a depressão não é tratada, pode levar a sérias conseqüências como diminuição de sua capacidade e independência, piora da memória, má qualidade de vida, ou até suicídio. O sofrimento da família leva-a, muitas vezes, a decidir pela internação do idoso em instituição de longa permanência para idosos.

A medicação

Deixar o remédio em lugar fresco e certificar que está sendo tomado todos os dias e nos horários que foram receitados pelo médico. Prestar bastante atenção em possíveis efeitos colaterais e avisar sempre o médico. Se a pessoa idosa tomar outros remédios, sempre avisar o médico para evitar interação medicamentosa.

A medicação demora em torno de três semanas para começar a fazer efeito; então, tem que ter paciência. Se a pessoa idosa estiver melhorando, nunca suspenda a medicação porque ela pode ter uma recaída (efeito rebote). O tratamento é longo e, às vezes, para o resto da vida. Logo, só o médico pode trocar ou suspender a medicação. Leve sempre para a consulta a caixa e as cartelas de comprimidos para que o médico veja. Se houver risco de suicídio, não deixar a medicação sob o alcance da pessoa idosa.

Sinais de alerta

Quando levar a pessoa idosa ao médico para uma reavaliação?

Quando ela perder o interesse por tudo, ficar falando na morte, que a vida não vale a pena e que ela prefere morrer. Nesses casos deve-se esconder produtos tóxicos como água sanitária, soda cáustica, veneno de rato, inseticida e remédios; além de objetos cortantes como faca, gilete, tesoura e arma de fogo. Nessa fase nunca deixar a pessoa idosa sozinha e levá-la o mais urgente possível ao seu médico para uma reavaliação.

Importante lembrar

1. Depressão não faz parte do envelhecimento normal.
2. Algumas situações podem aumentar a probabilidade de uma pessoa idosa ter depressão: incapacidade física e dependência, alguns remédios, trauma emocional, aposentadoria, perda de entes queridos, problemas financeiros e algumas doenças.
3. Quando uma pessoa idosa apresenta alguns sintomas que fazem suspeitar de depressão, essa pessoa deve ser examinada por um médico, pois algumas causas podem ser tratadas.
4. A pessoa idosa deprimida não deve ser discriminada e nem considerada preguiçosa ou que está querendo chamar a atenção dos outros.
5. O cuidador e os familiares precisam ter paciência com a pessoa idosa deprimida e devem lhe oferecer amparo, evitando que ela fique irritada e agressiva.
6. O remédio contra a depressão leva cerca de três semanas para começar a ter efeitos. O tratamento é longo e pode ser por toda a vida.
7. É importante prestar atenção nos sinais de alerta: quando a pessoa idosa perder o interesse por tudo, ficar falando na morte, que a vida não vale a pena e que ela prefere morrer. Não a deixar sozinha, retirar os objetos perigosos de perto dela e levar ao médico para uma reavaliação.

Insônia

Einstein Camargos

Introdução

A insônia caracteriza-se pela falta de sono ou por uma dificuldade prolongada para adormecer por vários dias. Uma noite mal dormida não significa necessariamente que o indivíduo possua insônia. Da mesma maneira, uma pessoa idosa que sempre "dormiu com as galinhas", ou seja, sempre dormiu muito cedo e acorda sempre de madrugada, não significa que tem problemas de sono. Por isso, sempre é bom perguntar qual era o padrão anterior de sono e compará-lo com o atual, para definir se existe ou não problema para dormir.

O sono não é o resultado de um simples desligar da tomada, mas sim um conjunto de "interruptores" que ao invés de desligar devem ser ativados para proporcionar uma boa noite de sono. Diversos problemas podem interferir nesse processo.

Queixas do sono são muito freqüentes na população em geral e, principalmente entre as pessoas idosas, podendo ocorrer em até 35% das pessoas acima de 60 anos.

A falta de sono prejudica as atividades durante o dia, atrapalha a memória e pode agravar episódios de depressão. As queixas de sono (excesso ou falta) não devem ser avaliadas isoladamente, pois, em grande parte das vezes, os problemas do sono são decorrentes de outros problemas de saúde, como a depressão, uso de remédios que atrapalham o sono, horários inconstantes de deitar e acordar, problemas urinários noturnos e, inclusive, alimentação exagerada noturna.

Causas mais comuns de distúrbio do sono

Existe uma vasta classificação para os problemas relacionados ao sono, e a insônia é somente uma parcela destes problemas. A seguir serão expostos os problemas de sono mais comuns na faixa etária geriátrica.

1. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS). As expressões "dorme tão bem que ronca alto" ou "dorme de noite e até de dia!" nem sempre significam sono de boa qualidade. Quem ronca pode sofrer da SAOS, que prejudica o

organismo em toda sua extensão, causando pressão alta, arritmia cardíaca, problemas de memória e atenção, "derrame cerebral", alterações do humor, dentre outras doenças. Às vezes, um simples descontrole da pressão sangüínea pode ser decorrente de uma noite mal dormida. Nestes casos, uma avaliação com o médico é de extrema importância, pois existem tratamentos para esta síndrome, melhorando o ronco e também suas conseqüências. Importante lembrar que remédios que fazem dormir, como os famosos remédios controlados como o "diazepam", podem piorar o ronco ou a apnéia e aumentar a probabilidade de complicações como, por exemplo, a morte súbita. Na maioria dos casos a atividade física e a perda de peso (para quem está acima do peso) colaboram significativamente no controle dos roncos e da apnéia. Assim, aquele indivíduo que ronca já pode ter um benefício imediato com o exercício físico e uma dieta equilibrada.

2. Síndrome das pernas inquietas. Também muito freqüente entre as pessoas idosas e que pode atrapalhar o sono noturno. Essas pessoas se queixam de sensações desagradáveis nas pernas, como "comichão", "formigamento", "agonia", "sensação de água fria" etc. Isso faz com que a pessoa mexa as pernas para aliviar, o que atrapalha o início do sono. Como existem causas para esta síndrome, também é necessário que a pessoa idosa faça uma avaliação médica para pesquisar estas possíveis causas, como a anemia e o diabetes. Também é uma doença que tem tratamento fácil e eficaz.

3. Desordens do ritmo biológico. Aspectos importantes que regulam o ritmo do sono são as referências ambientais, ou seja, fatores ambientais que ocorrem no decorrer das 24 horas e que colaboram para um sono de boa qualidade. Um bom exemplo destes fatores é a alimentação em horários regulares e a manutenção dos horários de dormir e de se levantar. Isso permite que o organismo mantenha um equilíbrio na liberação de hormônios, inclusive da melatonina, considerada por muitos como o "hormônio do sono". Pessoas que não mantêm o horário de dormir, que dormem com a luz acesa ou que dormem muito durante o dia, podem apresentar problemas relacionados ao ritmo biológico. Neste caso, a manutenção dos horários e rotinas no decorrer do dia e da noite podem colaborar para um bom sono.

4. Problemas do sono em pessoas idosas com demência. Também muito freqüentemente observado por quem cuida de pessoas idosas, principalmente portadores de demência de Alzheimer. Aquela pessoa idosa que acorda à noite com agitação, confusão mental e às vezes agressividade, pode causar transtornos a si, a toda família e aos cuidadores. Geralmente estes transtornos são motivos de internação em instituições de longa permanência para idosos e responsáveis pelo uso exagerado de remédios calmantes. Essas confusões noturnas devem ser

informadas ao médico que cuida da pessoa idosa e, sempre que possível, devem ser tratadas como um grande problema a ser resolvido, pois essas pessoas idosas são mais suscetíveis a quedas e acidentes domésticos. Geralmente o tratamento desta desordem é difícil e prolongado, mas na maioria das vezes eficaz.

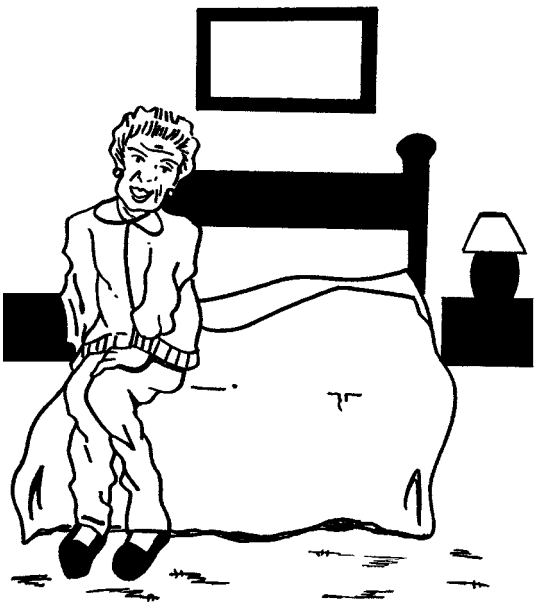
Condutas que devem ser observadas

As informações que devem ser passadas ao médico ou profissional que está acompanhando a pessoa idosa são fundamentais. Muitos cuidadores "preferem" que o idoso passe a maior parte do tempo dormindo, para ter "menos trabalho". Mas, no fim, isso pode se tornar um verdadeiro pesadelo, uma vez que a falta ou excesso de sono podem prejudicar significativamente a memória e causar episódios de confusão mental. Além do mais, os familiares geralmente gostam de ver seu parente o mais ativo possível e de preferência exercendo sua autonomia. Se o cuidador puder levar para a consulta médica um diário do sono da pessoa idosa, isso pode colaborar. Anote os horários que a pessoa idosa vai para a cama, quanto tempo passa dormindo e a que horas acorda. Pesadelos noturnos podem significar episódios de hipoglicemia (ver assunto *Diabetes mellitus, hiperglicemia e hipoglicemia*) ou uso de determinadas medicações. Movimentos anormais durante o sono também podem representar problemas, como convulsões ou terror noturno e que se beneficiariam de tratamento especializado. O número de vezes que a pessoa idosa acorda à noite também é importante.

Lembre-se, uma noite que a pessoa idosa não dormiu bem, não significa que ela tem problemas de sono. A insônia só se torna presente quando ocorre mais freqüentemente, mais de três vezes por semana.

Alguns aspectos são importantes para quem quer dormir bem ou que ache o sono insuficiente. É o que é conhecido como Higiene do Sono.

- O quarto de dormir não deve ser utilizado para trabalhar, estudar ou comer. Ainda que essas atividades sejam incomuns para as pessoas idosas, é bastante freqüente entre os cuidadores, que "aproveitam" as horas para estudar, ler ou ver televisão no quarto da pessoa idosa.



- Quem tem problemas para dormir deve evitar assistir à televisão antes de dormir. Filmes ou programas violentos ou com aspectos emocionais fortes devem ser evitados, pois podem gerar ansiedade, medo e dificuldade para iniciar o sono. Além disso, pode haver confusão e associação da imagem com pessoas próximas (parentes).
- Não tente resolver problemas ou ter conversas muito emotivas com a pessoa idosa antes dela dormir. Além de inibir o início do sono, as emoções podem desencadear pesadelos e sensações desagradáveis durante o sono.
- Oriente a pessoa idosa a não cochilar durante o dia. Esse é um ponto bastante importante. O cochilo faz com que aquele hormônio do sono, a melatonina, seja liberado na hora errada, levando à falta deste hormônio à noite. O cochilo, para quem gosta ou tem o hábito de exercê-lo, deverá ser somente após o almoço e no máximo 30 minutos. Nunca deve ocorrer no final da tarde ou no início da noite. Quem não tem o hábito de cochilar, não deve fazê-lo, pois provavelmente interferirá no sono à noite. Lembre-se de que o termo "cochilo" pode ser também aqueles fechamentos de olhos diante da televisão, caso eles sejam freqüentes.
- Promova exercícios físicos freqüentes para a pessoa idosa, mas os evite até 6 horas antes de ir para a cama, pois podem deixar a pessoa muito "acesa". A atividade física deve ser realizada e estimulada entre as pessoas idosas somente após uma avaliação médica adequada. A atividade física neste caso significa uma caminhada, natação, hidroginástica ou mesmo ginástica estática. O exercício libera substâncias (endorfinas), que ajudam nas queixas de dor e que posteriormente relaxam os músculos, aliviando a tensão e melhorando o sono.
- Oriente a pessoa idosa para evitar bebidas alcoólicas, café, chá preto e fumo. O álcool, apesar de relaxar inicialmente, promove um sono de péssima qualidade, uma vez que não permite o aprofundamento do sono, possibilitando, em quem tem ronco, piora da apnéia. O café e os chás pretos devem ser evitados à noite e tomados de forma modesta durante o dia. O fumo, como o álcool, colabora negativamente com o sono, pois deixa o organismo mais "aceso", além de colaborar para diversas outras doenças associadas, como o câncer.
- Mantenha um quarto agradável. Quarto barulhento, muito quente ou frio pode atrapalhar o sono. Em muitos locais, como instituições de

longa permanência para idosos e instituições hospitalares, o barulho já faz parte da rotina de trabalho dos profissionais e perturbam bastante o sono de quem deseja e precisa dormir. Um quarto silencioso, escuro e com temperatura agradável pode facilitar em muito o início e a manutenção do sono.

- Oriente a pessoa idosa a dormir somente o necessário, evitando permanecer na cama sem sono. Aquela pessoa que após despertar, fica deitada, seja por que gosta ou por que depende de outra pessoa para ajudá-lo a levantar-se, tem mais probabilidade de apresentar problemas de sono à noite, permanecendo cada vez mais na cama sem efetivamente estar dormindo. Assim, cria-se um círculo vicioso que se torna difícil de romper. Devemos lembrar também que o fato de passar muito tempo na cama possibilita o aparecimento de feridas na pele, as chamadas úlceras por pressão.
- Evite administrar remédios à noite, pois ao ser acordada a pessoa idosa pode ficar confusa ou mesmo ter dificuldades para reiniciar o sono. O uso de remédios no meio da noite deverá ocorrer somente em casos especiais e a partir da prescrição médica. Muitos cuidadores e auxiliares de enfermagem não têm essa preocupação, inclusive utilizando remédios diuréticos à noite, permitindo que a pessoa idosa acorde para ir ao banheiro ou fique com a fralda encharcada de urina, aumentando também a possibilidade de outros problemas.
- Faça com que a pessoa idosa possa expor-se ao sol ou à luminosidade durante o dia, principalmente no final da tarde, tomando cuidado com a pele. A luz inibe a liberação de melatonina e a estimula durante a noite, o que colabora significativamente para a qualidade do sono. Se a pessoa idosa tem dificuldade para sair de casa, procure colocá-la diante da janela ou providencie lâmpadas mais fortes para o quarto, de preferência fluorescentes. Isso também colabora para uma melhora do sono. Lembre-se que a luz é excelente durante o dia, mas péssima à noite.

Em um mundo cada vez mais violento, barulhento e agitado, dormir bem passou a ser uma grande vantagem dos que querem envelhecer com saúde e principalmente das pessoas idosas que querem ter uma boa qualidade de vida. Por isso, fica a recomendação para cuidadores e familiares de pessoas idosas: durmam bem e cuidem do sono de quem está sob seus cuidados.

Importante lembrar

1. Dormir bem é importante para a qualidade de vida da pessoa idosa, pois a sua falta prejudica as atividades durante o dia, atrapalha a memória e pode agravar a depressão.
2. Pode-se dizer que uma pessoa tem insônia, quando passa mais de três noites sem conseguir dormir.
3. Em grande parte, os problemas do sono são decorrentes de outros problemas de saúde.
4. Para garantir bom sono para a pessoa idosa é importante seguir as recomendações da Higiene do Sono, dadas acima, evitando ao máximo, os famosos remédios para fazer dormir.

Pneumonia

Marcel Hiratsuka

Introdução

A pneumonia é uma inflamação dos pulmões. Este órgão é responsável pela oxigenação do sangue e, portanto, é essencial para a vida. **As doenças pulmonares ocorrem em todas as idades, mas as pessoas idosas são as que sofrem os quadros mais graves com maior risco à vida. A pneumonia é uma das principais causas de óbito entre as pessoas idosas, sendo a quinta causa de morte mais comum nesta população.**

Existe um aumento de casos de pneumonia durante o outono e inverno, principalmente durante os períodos de epidemia de gripe.

Certos hábitos de vida como fumar, ser dependente de bebidas alcoólicas, sofrer de desnutrição, ter doenças pulmonares crônicas (como enfisema, bronquite e fibrose cística)e outras doenças como câncer, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, insuficiência hepática, diabetes, doença de Alzheimer e doenças do sistema imunológico (como AIDS) têm mais facilidade de ter pneumonia. Pessoas idosas hospitalizadas e moradoras de instituições de longa permanência para idosos (ILPI) também são mais susceptíveis à pneumonia.

Causas

Existem vários agentes causadores de pneumonia, mas os principais são os **vírus** e as **bactérias**. Outras causas mais raras são algumas substâncias químicas, fungos e até mesmo vermes.

Os dois principais meios de aquisição de pneumonia: **a inalação e aspiração**.

A ***inalação*** é a transmissão através de pequenas partículas suspensas pelo ar e que por meio da respiração chegam aos pulmões. Geralmente, essas partículas são transmitidas de pessoa-a-pessoa através da tosse de indivíduos contaminados com a bactéria ou vírus. Outra possibilidade é a utilização de

aparelhos contaminados, como por exemplo, inaladores, nebulizadores e respiradores mecânicos.

A ***aspiração*** ocorre quando partículas da boca, ao invés de serem engolidas, desviam-se e vão para as vias aéreas. Essas partículas podem ser alimentos ou mesmo a própria saliva, que transportam as bactérias aos pulmões.

Sintomas, sinais e diagnóstico

Os sintomas da pneumonia surgem agudamente, cerca de algumas horas a dias. Os mais comuns são:

- tosse;
- expectoração, em geral com catarro espesso de coloração amarelada /esverdeada;
- falta de ar;
- respiração rápida (maior que 16 movimentos respiratórios por minuto);
- dor no peito;
- febre (temperatura acima de 37,8º C) ou temperatura baixa.

No entanto, nas pessoas idosas esses sintomas de pneumonia podem não estar presentes. É comum que apresentem um quadro de:

- confusão mental;
- declínio funcional: dificuldade de realizar as atividades do dia-a-dia, devido à queda do estado geral, fraqueza, cansaço, perda de apetite ou sonolência excessiva.

Sempre que houver esses sintomas, o médico deverá ser consultado. O profissional pode encontrar ao exame, o aumento da freqüências cardíaca e respiratória e sons típicos de pneumonia (conhecidos como roncos e estertores) através da escuta dos pulmões.

A radiografia (ou raio-X) do tórax é um exame simples e deve ser feito para o diagnóstico de pneumonia. Por meio dela pode ser identificado um foco de pneumonia (vide figura 1), e a gravidade da doença.

No hemograma (exame de sangue) pode haver um aumento de leucócitos que são células responsáveis pela defesa do corpo. Nos casos mais graves há uma diminuição da oxigenação do sangue (medido através da oximetria de pulso e da gasmetria arterial). A identificação da bactéria causadora da pneu-

monia através da cultura do sangue é importante, mas, somente em 30% dos casos é isolado o agente A análise do escarro não é um exame útil, pois naturalmente existem bactérias na boca e portanto não indicam doença.

Classificação

A pneumonia pode ser classificada em:

- ***Pneumonia Adquirida em Comunidade:*** é o tipo mais comum e aquela que acomete a pessoa que não foi recentemente hospitalizada.
- ***Pneumonia Hospitalar:*** É a pneumonia adquirida durante uma internação (após 48 horas de hopitalização até 30 dias após a alta). As pneumonias hospitalares prolongam o tempo de internação e aumentam a mortalidade e por serem bactérias hospitalares necessitam tratamento diferenciado.
- ***Pneumonia Aspirativa:*** Pneumonia causada pela aspiração de objetos, alimentos, refluxo gástrico, vômito ou pela própria saliva, geralmente devido a um distúrbio da deglutição. É uma pneumonia comum em pacientes internados e institucionalizados.

Tratamento

Alguns aspectos do estado do paciente são importantes para avaliar a gravidade da pneumonia:

- dificuldade para respirar;
- alterações de pressão arterial e freqüência cardíaca;
- sonolência;
- presença de doenças como câncer, doença cerebral ou insuficiência cardíaca, renal ou hepática.

A observação desses aspectos do paciente, juntamente com os exames de laboratório e a presença de complicações (por exemplo, derrame pleural – líquido no pulmão) são importantes para a indicação de internação hospitalar para o tratamento.

Os antibióticos são essenciais na terapêutica das pneumonias. Eles devem ser administrados nas primeiras 24 horas após o diagnóstico, mesmo sem o agente causador ter sido identificado. **A escolha do antibiótico baseia-se no**

local onde a infecção foi adquirida (comunidade, instituição de longa permanência ou hospital), a possibilidade de aspiração, a presença de outras doenças e a gravidade da infecção. Em geral, o tratamento dura de 7 a 14 dias.

Para que um tratamento seja bem sucedido são essenciais a hidratação (oferecer bastante líquido), alimentação balanceada e nutritiva e a suplementação de oxigênio adequada.

A fisioterapia respiratória também é importante, principalmente nos casos em que o paciente é incapaz de eliminar a secreção pulmonar, com tosse ineficaz e dificuldade para movimentar-se. (Freqüentemente, são necessárias aspiração de vias aéreas, exercícios respiratórios com máscaras, suplementação de oxigênio e até mesmo ventilação mecânica).

O fonoaudiólogo é um profissional importante nos casos de pneumonias aspirativas. Tanto para a identificação de distúrbios da deglutição, quanto na sua programação da reabilitação para permitir a realimentação por boca sem o risco de novos episódios de aspiração.

Prevenção

O número de mortes por pneumonia vem diminuindo nas últimas décadas. Isso é resultado não apenas da melhora no tratamento com antibióticos, mas também do desenvolvimento de meios de prevenção.

A principal prevenção é a vacinação contra influenza (gripe) e contra pneumonia, comprovadamente eficazes em diminuir casos de pneumonia e reduzir o número de casos graves. Todas as pessoas idosas devem receber a vacina contra pneumonia a cada 5 anos. A vacina contra gripe é anual e todas as pessoas idosas devem recebê-la nos meses de abril ou maio. Aqueles que trabalham ou têm contato próximo com pessoas idosas também devem receber a vacina contra a gripe.

A interrupção do fumo é importante na prevenção contra pneumonia. Outros cuidados gerais com a saúde como evitar bebidas alcoólicas, controle adequado das doenças crônicas e a prática de exercícios regulares também atuam na prevenção contra pneumonias.

Para prevenção de pneumonias aspirativas, é importante uma boa higiene oral, com escovação dos dentes após as refeições, uso de anti-sépticos e o tratamento dentário das cáries. A alimentação, principalmente se for no leito, deve ser em posição adequada com o tronco ereto, para evitar o desvio do alimento

para as vias aéreas (ver assunto *Nutrição e alimentação da pessoa idosa e técnicas para evitar engasgos*). Nos casos mais graves deve-se elevar a cabeceira da cama, mesmo durante o sono.

Conclusão

A pneumonia é uma doença freqüente e grave. Portanto, é muito importante as pessoas idosas, seus cuidadores, familiares e profissionais ligados à saúde da população idosa terem conhecimentos sobre esta enfermidade que é curável, mas oferece risco à vida.

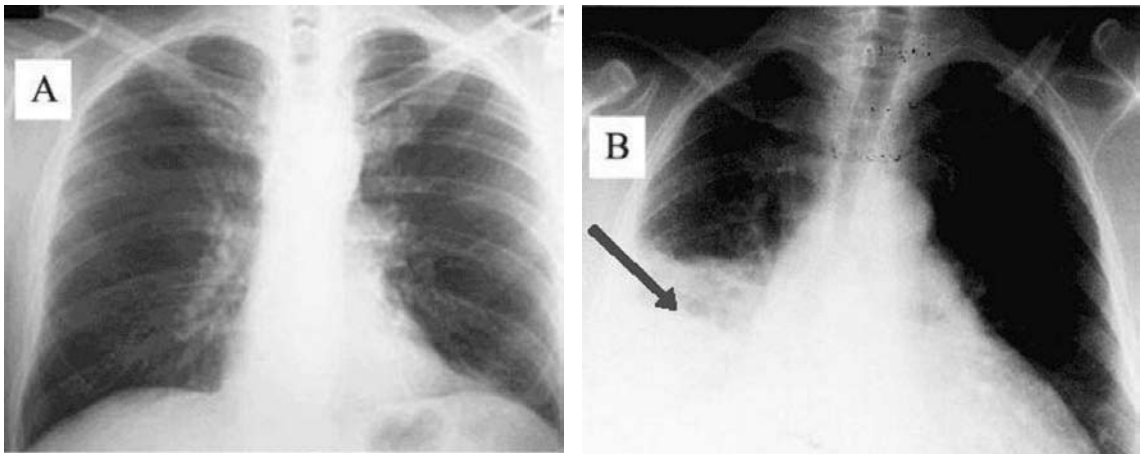


Figura 1. A) Radiografia de tórax normal. B) Radiografia de tórax com pneumonia em base inferior direita do pulmão.

Importante lembrar

1. A pneumonia é uma doença grave e freqüente entre as pessoas idosas.
2. Os casos de pneumonia aumentam no outono e no inverno.
3. A pneumonia pode ser adquirida por inalação, isto é, pelas bactérias ou vírus que são transportados pelo ar que respiramos. Outro meio de desenvolver a pneumonia é pela aspiração, quando certas partículas como alimentos, refluxo gástrico, vômito ou a saliva se desviam e vão para as vias respiratórias.
4. Certos hábitos de vida como fumar, ser dependente de bebidas alcoólicas, não praticar exercícios, facilitam a instalação de pneumonia.
5. Pessoas idosas que sofrem de desnutrição, problemas pulmonares crônicos e outras doenças também tem facilidade de ter pneumonia.

6. Pessoas idosas hospitalizadas ou moram em instituições de longa permanência para idosos estão também sujeitas a ter pneumonia, daí a importância de vacina contra pneumonia nessas pessoas.
7. As pessoas idosas quando tem pneumonia, podem não apresentar os sintomas típicos da doença, mas, outros sinais como confusão mental, fraqueza, cansaço, perda de apetite e sonolência excessiva.
8. O raio x é um exame simples e deve ser feito para diagnóstico da pneumonia.
9. O tratamento é feito com antibióticos. A hidratação (oferecer muito líquido), alimentação balanceada e nutritiva e suplementação de oxigênio fazem parte importante do tratamento.
10. Para prevenir a pneumonia aspirativa é importante a higiene oral, após cada refeição, uso de anti-séptico e o tratamento de cáries. É importante também o posicionamento correto da pessoa idosa à mesa da refeição ou na cama.

Hipertensão e crise hipertensiva

Cláudia Velloso Silva de Melo

Introdução

A expressão "pressão alta" é muito conhecida por quem está envolvido com os cuidados à saúde. Entretanto, trata-se de uma condição pouco compreendida. Muitos não conseguem explicar direito por que a pressão de uma pessoa sobe, por que alguns indivíduos são controlados com um remédio e alguns precisam de várias medicações, ou por que é necessário mudar diversos hábitos para tratar desse problema. Se não for capaz de dizer o que é a tão famosa pressão, poderá reconhecer quando está alta ou não?

A hipertensão arterial (pressão alta) é uma doença muito freqüente, ocorrendo nas diversas partes do mundo, em pobres ou ricos, brancos ou negros e em jovens ou em pessoas idosas, embora possa apresentar características especiais em cada situação.

Devido a características próprias do envelhecimento, as pessoas idosas são mais sensíveis à elevação da pressão que, principalmente nesta faixa de idade, traz muitos riscos à saúde e inclusive à vida. As pessoas idosas apresentam mais doenças crônicas e morrem mais por problemas do coração. Ainda assim, algumas pesquisas revelam que muitas pessoas, inclusive com mais de 60 anos, desconhecem ser hipertensas ou não estão recebendo tratamento apropriado, principalmente pela falta de compreensão do problema e a ausência de sintomas na maioria dos casos.

Portanto, na assistência à saúde da pessoa idosa, é muito importante reconhecer a presença de hipertensão arterial, orientar adequadamente a pessoa e auxiliar no tratamento de forma mais eficaz.

Definição. O que é pressão arterial e hipertensão?

Os seres humanos possuem dois tipos de vasos sanguíneos: os vasos arteriais e as veias. As artérias saem do coração e são responsáveis pela chegada do sangue (repleto de oxigênio e demais nutrientes) aos diversos órgãos do corpo.

A pressão arterial pode ser explicada como a força com que o sangue circula nas artérias. Existe um limite onde essa "força" é suficiente para que o sangue chegue a todos os órgãos, sem causar danos na parede interna dos vasos. Quando a pressão se eleva, o sangue pode causar lesões. E as alterações podem ocorrer ao longo de todo o organismo, em um processo lento, mas contínuo e progressivo.

Quando se diz que a pressão de alguém é alta, significa que a pressão nas artérias está elevada. Hipertensão arterial é o nome da condição clínica que se apresenta como a tendência à elevação da pressão em certas pessoas. É uma doença que precisa ser reconhecida e adequadamente tratada.

Classificação. Quais são os tipos de hipertensão arterial?

Na maior parte das pessoas hipertensas (cerca de 90% dos casos), não se pode detectar a causa da doença, que é denominada **Hipertensão Arterial Primária, ou Essencial**. Estudiosos acreditam que o indivíduo apresenta um código genético no qual há predisposição para a hipertensão. É o caso de famílias onde várias pessoas tem hipertensão. Em algum momento da vida, diversas alterações vão ocorrer no organismo, resultando no aparecimento da pressão elevada. O nível da pressão pode oscilar e, algumas vezes ficar mais alto, outras vezes retornar temporariamente ao normal. Entretanto, é importante ter um controle desses níveis, pois a **hipertensão essencial é uma doença crônica e incurável, porém tratável**.

Existem casos nos quais é possível detectar a causa ou o mecanismo que levou à pressão alta. Estas situações são conhecidas como **hipertensão arterial secundária e, quando adequadamente diagnosticadas e tratadas, potencialmente podem evoluir para a cura**. Daí a necessidade de acompanhamento médico.

Dentre os problemas que podem causar aumento da pressão estão:

- problemas e doenças nos rins ou nas artérias renais;
- problemas hormonais, como doenças da tireóide;
- síndrome da apnéia do sono (roncos e paradas respiratórias durante o sono);
- uso de remédios e drogas (como alguns antiácidos, corticóides, anabolizantes, anticoncepcionais orais, antiinflamatórios, alguns

remédios para emagrecer, descongestionantes nasais, cocaína, entre várias outras).

Diagnóstico. Como saber se alguém tem hipertensão?

A única forma de determinar o nível da pressão arterial é através de sua medição, por meio de aparelhos específicos. Existem os digitais vendidos em farmácias ou lojas especializadas, que podem ser manuseados pela própria pessoa, familiares ou cuidadores.

Entretanto, toda pessoa idosa deve passar regularmente por uma avaliação do profissional de saúde para medida adequada da pressão arterial, com o aparelho chamado esfigmomanômetro.

Somente após uma análise apropriada será possível afirmar se a pessoa está com os níveis elevados e é hipertensa. Portanto, toda pessoa idosa deve contar com médico que a assista, a fim de realizar consultas periódicas para diagnóstico, além de revisão e controle de eventuais problemas encontrados.

Alguns cuidados devem ser observados na medida da pressão arterial:

- não beber café ou fumar cigarro 30 minutos antes de ter a pressão medida;
- ir ao banheiro antes da verificação;
- antes do teste, ficar sentado confortavelmente por, pelo menos, 5 minutos;
- vestir algo com mangas curtas de maneira que o braço fique descoberto;
- fazer, pelo menos duas medidas, com intervalo de dois minutos ou mais entre elas;
- fornecer o resultado da medida da pressão em números.

Algumas pessoas costumam apresentar pressão alta durante a consulta devido à ansiedade, o que pode ocorrer comumente em pessoas idosas. Essa condição é conhecida como **hipertensão do jaleco branco** e deve ser avaliada apropriadamente, para evitar tratamentos ou ajustes desnecessários de medicação. Portanto, medidas em ambientes diferentes do consultório ou a realização da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), podem auxiliar a detectar tal situação.

A medida da pressão é registrada em dois valores:

- o valor maior corresponde à pressão arterial sistólica (PAS), que é a força com que o sangue circula impulsionado pela batida do coração (durante sua contração);
- o valor menor corresponde à pressão arterial diastólica (PAD), obtida durante o intervalo entre uma contração e outra (relaxamento cardíaco).

São realizados constantemente estudos no mundo inteiro para avaliar qual é o nível de pressão que deve ser considerado elevado por causar impacto negativo na saúde do indivíduo, merecendo assim a recomendação de tratamento. **Atualmente, é considerada normal a pressão arterial sistólica que atinge o máximo de 120 mmHg (120 milímetros de mercúrio) ou 12 (doze), como se fala mais comumente, e/ou a pressão arterial que atinge o máximo de 80 mmHg (80 milímetros de mercúrio) ou 08 (oito), segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2006. Reforçando, a pressão normal é aquela que atinge no máximo 120/80 mmHg (ou doze por oito).**

Níveis de PAS entre 120 e 139 mmHg e/ou de PAD 80 e 89 mmHg são considerados pré-hipertensão. Ainda não são suficientes para o diagnóstico de hipertensão, mas podem evoluir para tal.

Valores acima de 140 mmHg para PAS e/ou 90 mmHg para PAD são considerados hipertensão arterial.

Quadro clínico. Quais são os sinais e as conseqüências da pressão alta?

O principal desafio relacionado à hipertensão é o fato de se tratar, não raramente, de doença sem sintomas. As alterações orgânicas mencionadas anteriormente ocorrem de forma lenta e, quando chegam a manifestar-se, geralmente estavam presentes silenciosamente por muitos anos. Nesse momento, as lesões são freqüentemente irreversíveis. Portanto, não se pode confiar na declaração de que o indivíduo "sabe quando sua pressão está alterada".

As manifestações, quando presentes, estão relacionadas à lesão de órgãos importantes, ou seja, estruturas que são mais sensíveis às lesões causadas pela pressão elevada. São elas:

- no coração: sua irrigação pelas artérias coronárias pode apresentar obstrução, o que leva à angina e, em casos mais graves, ao infarto do miocárdio (músculo do coração, responsável pelo funcionamento adequado deste). O infarto pode levar à morte súbita ou a diversas complicações com limitações na qualidade de vida. O coração fica sobrecarregado porque tem que vencer a pressão elevada, o que pode levá-lo à fadiga e falência, conhecida como insuficiência cardíaca;
- nos rins: todo o funcionamento renal pode ser comprometido e, diante destas lesões, contribuir para a piora da hipertensão;
- no cérebro: a hipertensão aumenta o risco de acidente vascular encefálico (derrame), condições em que ocorre falta de oxigenação ou sangramento em alguma área cerebral, o que leva à perda de sua função e, freqüentemente, resulta em um quadro grave, com conseqüências graves ou até a morte. Também são comuns as perdas cognitivas (refletidas por redução de memória, de raciocínio e da capacidade de realizar tarefas ou atividades do dia a dia);
- nos olhos: o comprometimento dos vasos da retina pode levar à perda transitória ou definitiva da visão;
- nas artérias periféricas: como as artérias das pernas, onde as lesões resultam em obstruções que dificultam a deambulação e causam dor.

Tratamento. Como deve ser feito o tratamento da pessoa idosa hipertensa?

Não há diferença no diagnóstico ou na classificação da hipertensão em pessoas idosas, como se costumava ouvir dizer "que a pressão normal para a pessoa idosa é mais alta do que a dos jovens". Há poucos anos, a abordagem da hipertensão e a redução dos níveis pressóricos nas pessoas idosas era motivo de controvérsia. Entretanto, diversos estudos comprovaram os benefícios do tratamento desta enfermidade nas faixas etárias mais avançadas. A própria idade já é um fator de risco para complicações cardiovasculares e valores elevados da pressão têm efeito significativo na saúde desta população.

Porém, a pessoa idosa hipertensa deve ser avaliada por profissional especializado para que o tratamento ocorra de forma mais adaptada ao organismo envelhecido, respeitando-se algumas limitações, além de adequada consideração a demais problemas de saúde eventualmente presentes.

Todas as pessoas idosas deverão ser orientadas a adotar um estilo de vida saudável. Profissionais de saúde, familiares e cuidadores deverão desempenhar importante papel de incentivar e viabilizar medidas como:

- manter um peso saudável;
- realizar atividades físicas regularmente;
- seguir um programa alimentar apropriado;
- ingerir alimentos com menos sódio (sal);
- reduzir o consumo de bebidas alcoólicas;
- não fumar;
- usar regularmente os medicamentos prescritos;
- realizar consultas e acompanhamento regular com o médico.

As medicações serão escolhidas de acordo com a análise médica do estágio da doença, dos resultados obtidos com as medidas de estilo de vida saudável e da presença de outras condições clínicas. O paciente e aqueles que o acompanham devem estar atentos a possíveis reações ou efeitos colaterais e, principalmente, a crises de quedas importantes ou persistentes da pressão. Portanto, o médico deverá orientar qual o nível a ser atingido e, sempre que possível, a pressão deverá ser medida em casa ou em postos de saúde nos intervalos da consulta. Sempre que for medida, a data e os valores deverão ser anotados em um caderno ou papel específico para tal, que deverá ser levado na próxima avaliação.

Como proceder quando a pressão tem uma elevação repentina muito importante?

Aumento súbito dos níveis de pressão, intenso, inesperado e acompanhado de sintomas é denominado crise hipertensiva. Devido ao caráter agudo, ao alto risco de lesão de estruturas nobres e à possibilidade de morte, a pessoa idosa, seus familiares e cuidadores devem estar atentos e orientados para reconhecer tal crise. Valores de pressão diastólica como 120 mmHg são considerados muito altos e justificam medidas urgentes. Algumas vezes, valores menores entre 100 e 110 mmHg, mas acompanhados de sintomas como confusão mental, perda de força ou consciência, palpitações, dor no peito exigem também as mesmas condutas.

A primeira etapa é distinguir uma falsa crise (pseudocrise hipertensiva), que é muito comum e trata-se de aumento transitório da pressão devido à situação de estresse físico ou emocional. É importante mencionar que, freqüen-

temente, a pessoa idosa apresenta uma queixa, como dor de cabeça, desconforto digestivo, cólicas ou tonteira, mas que não está relacionada ao aumento da pressão. Provavelmente, a pressão elevou-se por causa do desconforto ou do evento ocorrido. Portanto, informações apropriadas quanto ao surgimento de sintomas recentes e alteração da pressão são muito importantes. **Em casos de "falsa crise de pressão alta", não se recomenda o uso de medicação anti-hipertensiva devido ao risco de queda intensa e persistente da pressão arterial** e também a ausência de acometimento de outros órgãos**. A indicação é tratar o problema que iniciou o processo**, orientar o paciente e os acompanhantes e manter o tratamento adequado do quadro de base, assim como da hipertensão.

Como pacientes nesta faixa etária apresentam diversas queixas e várias outras doenças, o médico deve ser procurado no serviço de pronto-socorro a fim de realizar avaliação cuidadosa do paciente.

Em qualquer situação, a pessoa idosa deve ser examinada de forma particular e cuidadosa, pois é mais vulnerável às conseqüências de uma crise hipertensiva. Lembrar que reduções muito rápidas da pressão podem piorar o quadro geral, uma vez que podem causar queda de oxigenação em outros órgãos.

Finalizando, o controle da pressão alta é hoje muito fácil de ser alcançado. A maioria das medicações é efetiva e com poucos efeitos colaterais. É muito importante que a pessoa idosa mantenha medidas regulares de pressão e quando for às consultas que as leve anotadas, juntamente com os medicamentos que está tomando. Nunca deve tomar medicamentos para pressão que seus parentes ou amigos usam, sem a devida indicação médica. Também não deve suspender o medicamento ou modificar a dose tomada sem o conhecimento médico ou de algum profissional de saúde.

Lembre-se, a pressão alta é uma doença que "cobra a conta" anos depois e, geralmente, com "juros e correção".

Importante lembrar

1. A hipertensão é uma doença silenciosa, isto é, sem sintomas.
2. A hipertensão quando não controlada pode lesar de forma lenta e silenciosa o coração, os rins, o cérebro, os olhos, as artérias periféricas.
3. A única forma de verificar a pressão arterial é por meio de aparelhos específicos. Por isso, não se pode confiar na declaração de que o indivíduo sabe quando está com pressão alta.

4. Toda pessoa idosa deve passar regularmente por uma avaliação por um profissional de saúde para verificar sua pressão arterial.
5. Para tratamento da hipertensão, a pessoa idosa deve manter peso adequado, fazer atividades físicas com regularidade, ter alimentação adequada, reduzir sal, não fumar, nem beber, usar os remédios receitados e ir regularmente ao médico.
6. Quando uma pessoa idosa apresenta um aumento repentino e inesperado de pressão, acompanhado de sintomas como confusão mental, perda de força ou consciência, palpitação, dor no peito, o estado é muito grave e é preciso procurar atendimento médico imediato no Pronto Socorro.

Diabetes mellitus, hiperglicemia e hipoglicemia

Francisca Magalhães Scoralick

Introdução

O *diabetes mellitus* é uma das doenças crônicas mais comuns nas pessoas idosas. Além de freqüente, é uma doença que afeta vários órgãos e está associada a muitas complicações. Neste capítulo discutiremos duas complicações do diabetes: a hiperglicemia e a hipoglicemia, ou seja, a elevação da glicose e a queda da glicose no sangue.

O que é glicose?

Glicose é a fonte essencial de energia para todas as células do corpo humano. Quando se come um alimento parte dele se transforma em glicose que é absorvida pelos intestinos e distribuída através da corrente sanguínea para as células. Quando comparada a um carro, a glicose é como a gasolina necessária para o funcionamento do veículo. Assim como existem outros tipos de combustíveis para o carro, existem várias fontes de glicose para o organismo. A frutose (açúcar das frutas), a lactose (açúcar encontrado no leite) e a sacarose (combinação da glicose com frutose, o açúcar de mesa). Todos eles são chamados de **carboidratos simples que, quando digeridos, são absorvidos de forma rápida pelo organismo**. Existem ainda os **carboidratos complexos, normalmente conhecidos como amido**. Um carboidrato complexo é composto por várias moléculas de glicose e, por isso, ao ser digerido, deve ser transformado em glicose simples para que então possa ser absorvido e utilizado como fonte de energia.

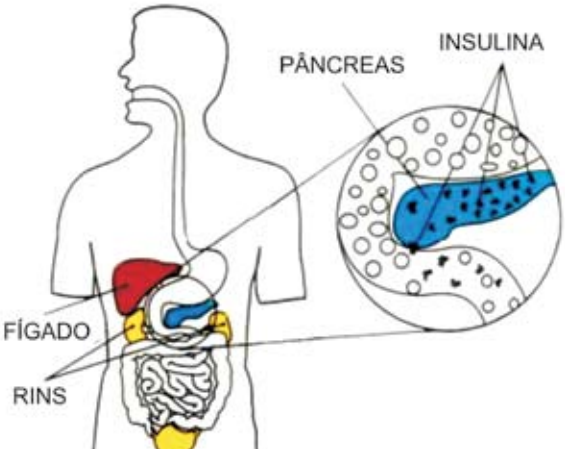
Os carboidratos complexos, que são encontrados na maioria dos grãos (trigo, milho, aveia, arroz) e alimentos como batatas e bananas, levam mais tempo para serem absorvidos, porém não diferem do açúcar do açucareiro, uma vez que o produto final é o mesmo: a glicose. Além dos carboidratos, a proteína (carnes, aves, peixes, laticínios, feijão, ovos) e a gordura também

podem ser usados como fonte de glicose. Porém, apenas 50% das proteínas e 5 a 10 % das gorduras são convertidos em glicose.

Sempre que você comer, parte da comida será digerida e transformada em glicose, a principal fonte de energia do seu corpo. Os carboidratos têm um efeito mais direto nos níveis de glicose no sangue. A proteína e a gordura têm um efeito mais lento e indireto nesses níveis. Se entender isso, você poderá saber como o alimento afetará os níveis de glicose da pessoa idosa diabética, que está sob seus cuidados.

O que é insulina?

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, órgão que se localiza atrás do estômago e ao lado do fígado e rins. Para a glicose penetrar em cada célula do corpo e ser utilizada como energia é necessário que haja insulina. Sem ela a glicose se acumula no sangue e, com o tempo, os altos níveis de glicose no sangue podem causar problemas sérios à saúde.



Quando o pâncreas reduz a produção de insulina, ou deixa de produzir esta substância, ou ainda, quando a insulina funciona de forma inadequada, é necessário o uso de medicamentos que estimulam o pâncreas a aumentar sua produção (hipoglicemiantes orais) ou fazer uso da própria insulina por meio de injeção.

Além de facilitar a entrada de glicose nas células e aumentar a utilização de glicose pelos vários tecidos do corpo, a insulina faz com que o fígado armazene glicose que vai ser utilizada entre as refeições.

O que é *diabetes?*

Diabetes mellitus ou diabetes, é uma doença que resulta da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações. Caracteriza-se por um excesso de açúcar no sangue (hiperglicemia), com alterações no metabolismo de açúcares (carboidratos), gorduras (lipídios) e proteínas.

Ele afeta principalmente o metabolismo da glicose, pois a insulina tem a função de estimular a utilização e a transformação das moléculas de glicose em energia a fim de que seja aproveitada pelas células. Quando a insulina produzida pelo pâncreas se torna insuficiente, a glicose é impedida de ser absorvida pelas células, o que provoca a elevação de seus níveis sanguíneos, cuja taxa normal, no sangue colhido em jejum, não deve ultrapassar 126 mg/dL.

Uma pessoa é considerada diabética quando o resultado do exame do sangue, que foi colhido em jejum, indicar glicose superior a 126 mg/dL ou acima de 200 mg/dL, se o sangue foi colhido duas horas após uma refeição. Em sua grande maioria, as pessoas idosas diabéticas, apresentam o *diabetes* tipo II, ou seja, há produção de insulina pelo pâncreas porém, esta é insuficiente e não é utilizada de forma adequada. Geralmente são pessoas obesas, que não praticam exercícios com regularidade, tem uma dieta alimentar inadequada e história familiar de diabetes. O diabético tipo I geralmente é jovem, magro e não produz insulina, por isso faz uso da insulina como tratamento.

Qual a importância de fazer o controle da glicose?

As alterações extremas dos níveis de glicemia são prejudiciais ao organismo. A baixa taxa de glicose no sangue (hipoglicemia) é tão perigosa quanto o excesso dela (hiperglicemia), pois levam a complicações em vários órgãos e até situações de emergência, ou seja, risco de morte.

A hiperglicemia (alta taxa de glicose no sangue) pode prejudicar tanto as artérias quanto os nervos, resultando em um pobre fluxo sangüíneo para mãos e pés, além de pernas, braços, rins e órgãos vitais, como coração, cérebro. Pouco fluxo de sangue para estas áreas aumenta o risco de infecções, problemas cardíacos, derrame, cegueira, amputações de pé ou perna e doença renal. Além disso, pode ocorrer diminuição da sensação nos pés e sem que se perceba, pode haver danos a partir de ferimentos leves. Finalmente, veias e nervos lesados podem levar a problemas sexuais, como a dificuldade de ereção, de difícil tratamento. Por todas estas razões, deve-se fazer grandes esforços para evitar altos níveis de glicose no organismo. Além destas complicações, o aumento rápido da glicose no sangue pode causar desidratação aguda, alteração da consciência, confusão mental e até o coma.

A hipoglicemia (baixos níveis de glicose no sangue) pode ser perigosa, especialmente quando for muito acentuada e se prolongar por muito tempo. O cérebro utiliza o açúcar como fonte única de energia e se ficar sem combustível por mais do que alguns minutos, pode sofrer danos graves e irreversíveis. É por esta razão que os baixos níveis devem ser tratados rapidamente.

Hiperglicemia

Devido a estas complicações citadas anteriormente, é extremamente importante evitar a hiperglicemia, reconhecê-la e tratá-la. Qualquer valor acima de 126 mg/dL de glicose em jejum ou acima de 200 mg/dL de glicose após uma refeição é considerado nível elevado de glicose. É importante definir com auxílio do médico que nível deve ser considerado valor de alerta da hiperglicemia no caso da sua pessoa idosa.

A pessoa idosa diabética em tratamento com medicamentos orais e/ou com insulina injetável pode apresentar glicose elevada no sangue por diversas razões:

a) quando a dose de insulina for insuficiente;
b) quando o uso isolado do antidiabético oral (comprimidos) já é ineficaz há algum tempo;
c) quando a pessoa idosa não segue a nutrição adequada e comete abusos alimentares;
d) em situações de estresse físico ou emocional (por exemplo, na ocorrência de gripes e outras infecções, cirurgias, etc.);
e) quando o uso de outros medicamentos interferem no metabolismo da glicose.

Como reconhecer a hiperglicemia?

Os diabéticos que controlam a glicose rotineiramente podem detectar aumentos da glicemia sem que tenham sintomas de hiperglicemia. Uma forma muito simples e prática para acompanhar e controlar a glicemia é utilizar uma tabela de controle de glicemia, onde são anotados dados sobre o nível do açúcar no sangue, de acordo com a solicitação médica. O médico deve ser informado se a glicemia estiver sempre alta ou se isto ocorre em apenas determinadas horas do dia. A manifestação da hiperglicemia, ou seja, o que o diabético sente quando está com hiperglicemia, pode variar: desde não sentir nada até o coma. Com freqüência, as pessoas idosas não apresentam os sintomas comumente apresentados pelos adultos jovens, principalmente se for uma pessoa idosa diabética que também sofre de algum tipo de demência (como a demência de Alzheimer) ou que sofreu um derrame. Nestas pessoas idosas é comum a hiperglicemia se manifestar como:

- piora da confusão mental (ver assunto *Delirium*);
- perda de urina de forma involuntária na roupa;
- dores musculares;
- desânimo;
- alteração do sono (insônia noturna e sonolência pela manhã).

Os sintomas de hiperglicemia comumente apresentados pelos adultos jovens e que também podem aparecer em pessoas idosas com descontrole da glicose são:

- cansaço e sede constantes;
- excesso de urina e fome exagerada;
- visão distorcida;
- indigestão, vômitos e dor abdominal;
- sonolência;
- desmaios e coma nos casos mais graves.

É importante ressaltar que muitas vezes a pessoa idosa pode ter hiperglicemia sem qualquer queixa ou alteração visível, por isso, a importância do controle regular da glicose (tanto em jejum quanto após as refeições).

Hipoglicemia

Hipoglicemia significa baixo nível de glicose no sangue, ou seja, quando a glicemia está abaixo de 60 mg/dL.

A insulina ou a medicação por via oral para controle do *diabetes,* ao mesmo tempo em que ajudam a controlar a doença, podem baixar o nível de glicose no sangue, especialmente naqueles diabéticos com a alimentação insuficiente e que usam vários medicamentos. Pessoas que tomam medicamentos orais para o diabetes, ou em uso de insulina, devem sempre estar atentas às possibilidades de ocorrer a hipoglicemia.

Metade dos casos de hipoglicemias graves ocorrem entre meia noite e oito horas da manhã (geralmente de madrugada, por volta das quatro horas). Um nível glicêmico normal antes de dormir não garante que o nível não vá descer demais algumas horas mais tarde. Testar a glicemia antes de ir para a cama e fazer um bom lanche antes de dormir evita baixos níveis antes das oito da manhã.

Diante de uma hipoglicemia, a pessoa apresenta dois tipos de sintomas: 1) aqueles relacionados à diminuição de glicose cerebral; 2) os decorrentes da produção de adrenalina na tentativa de elevar a glicose. **Entre os primeiros,**

os mais freqüentes são visão borrada, tonturas, fraqueza, dor de cabeça, pensamento lento, formigamentos, sensação de fome, dificuldade de concentração, irritabilidade, alterações de comportamento e, em casos mais graves, convulsão e coma.

Entre os sintomas causados pela liberação de adrenalina os mais freqüentes são: o excesso de suor, tremores e palpitações. Os sintomas variam de acordo com a pessoa e nas pessoas idosas é comum a queixa de pesadelos noturnos, distúrbio do sono e confusão mental aguda (*delirium*) (ver assunto *Delirium*).

Na presença de alguns desses sintomas deve-se oferecer imediatamente à pessoa idosa algum alimento ou bebida doce. Importante procurar sempre a melhor orientação com o médico, sobre como evitar a hipoglicemia.

A glicose pode ser mais difícil de controlar quando o diabético estiver doente, como uma gripe ou resfriado, infecção urinária, com dor forte ou após cirurgias. Nessas ocasiões o cuidador deve ter sempre à mão alimentos especiais para o caso da pessoa idosa ter uma hipoglicemia.

As seguintes orientações podem ajudar o cuidador a manter o controle do *diabetes*:

- relatar qualquer doença ao médico. Procurar o médico logo, caso você precise de orientações sobre como tratar a doença ou se não houver melhora em 6-8 horas;
- testar a glicemia freqüentemente, ao menos a cada 4 horas, até que os resultados estejam normais, se a pessoa idosa não conseguir ingerir fluídos ou alimentos por mais de 4 horas, se tiver febre, se a doença durar mais de 24 horas, se estiver desidratado (uma boa dica é a quantidade de urina, quanto menos, maior o risco de desidratação), se tiver dor abdominal grave ou se tiver outros sintomas inexplicáveis;
- medir a febre a cada 6 horas, se tiver suspeita de febre;
- quando falar com o médico tenha em mãos os resultados dos testes de glicemia e a temperatura;
- continuar a aplicar a insulina, mesmo se a pessoa idosa não estiver ingerindo alimentos sólidos. A necessidade de insulina pode permanecer a mesma ou até aumentar se a pessoa idosa estiver doente;
- caso a pessoa idosa tome antidiabéticos orais, continue com a dose normal. No caso de vômitos, leve-a ao médico. Se a glicemia estiver menor do que 70 mg/dL e a pessoa idosa ingerir um antidiabético

oral, pode ocorrer hipoglicemia. Nessa situação, leve-a ao médico;

- continue a alimentar a pessoa idosa e faça-a tomar líquidos, mesmo se estiver vomitando, se tiver diarréia ou se a glicemia estiver alta. Ofereça pelo menos 45-50g de carboidratos a cada 3-4 horas para evitar a hipoglicemia. Caso os alimentos normais não sejam bem tolerados, ofereça líquidos contendo carboidratos ou alimentos leves.

Os seguintes alimentos (nas quantidades mencionadas) contêm 15g de carboidrato:

- 1/2 copo de refrigerantes normais;
- 1/2 xícara de gelatina normal;
- 1 copo de bebida isotônica (do tipo Gatorade®);
- 1/2 copo de suco de fruta;
- 1 fatia de torrada;
- 6 bolachas "*cream cracker*".

Um bom alimento é um copo de leite. O leite contém lactose que se transforma em glicose (açúcar), além de gordura e proteína que fazem a glicemia subir lentamente e a mantém estável. Leite desnatado ou semi-desnatado tem a mesma quantidade de lactose. Um pouco de sorvete também funciona bem. Outras opções a se considerar são as bolachas salgadas integrais, algo fácil de ter à mão.

Alimentos dietéticos: *Diet* X *light*

De acordo com o Ministério da Saúde, alimentos dietéticos são aqueles produzidos de forma que sua composição atenda às necessidades de indivíduos com exigências físicas, metabólicas, fisiológicas e/ou de doenças específicas. Nesses casos podem ser incluídos os indicados para as dietas com restrição de açúcar ou de sal, gorduras, colesterol e proteínas. Vale frisar que isso não quer dizer que, apenas por ser *diet*, um produto esteja liberado para os diabéticos, pois pode conter açúcar e terem dele retirado apenas o colesterol, por exemplo. Para que o portador do diabetes possa consumir um alimento dietético, ele deve verificar se está assinalado na embalagem **que o mesmo não contém açúcar.**

O glicosímetro

Além dos testes feitos em laboratório através da solicitação do médico é possível realizar esta medida em casa através de um aparelho chamado de glicosímetro.

O glicosímetro é um aparelho portátil, que mede de maneira confiável a glicose a partir de uma gota de sangue extraída da ponta do dedo por uma picada. A gota de sangue é colocada sobre uma fita reagente descartável e o aparelho calcula em poucos segundos a glicose daquele momento. O glicosímetro é muito útil para que o paciente possa registrar sua glicemia no exato momento em que aparecem os primeiros sinais da hipoglicemia, ou hiperglicemia, permitindo a sua confirmação.

Importante lembrar

1. Diabetes mellitus é uma das doenças mais comuns nas pessoas idosas.
2. Geralmente as pessoas idosas sofrem de diabetes do tipo II. Neste tipo, há produção de insulina pelo pâncreas, mas em quantidade insuficiente ou o organismo não a utiliza de forma adequada.
3. O controle da glicose no sangue é muito importante, pois o diabetes quando não controlado pode causar vários problemas e muitas complicações.
4. A hiperglicemia (elevação da glicose) e a hipoglicemia (queda de glicose) são duas complicações que exigem cuidados imediatos.
5. A hiperglicemia pode ocorrer por vários motivos como por exemplo, insuficiência dos remédios anti-diabetes que a pessoa está tomando, alimentação inadequada, infecções, situação de estresse emocional.
6. A hiperglicemia pode ter conseqüências muito sérias nos órgãos vitais, coração, cérebro, pode aumentar riscos de infecção, causar cegueiras, derrames, amputação de pé ou perna e doença renal.
7. A hipoglicemia pode também ser perigosa quando for muito acentuada e permanecer por muito tempo, causando danos irreversíveis no cérebro.
8. A insulina ou o medicamento por via oral para controlar o diabetes podem baixar o nível de glicose nas pessoas que não recebem alimentação suficiente e que usam vários medicamentos.
9. Metade dos casos de hipoglicemia graves ocorre entre meia noite e oito da manhã. Por isso, a pessoa idosa deve tomar um bom lanche antes de dormir.
10. É importante que o cuidador e os familiares do idoso aprendam a reconhecer os sinais tanto de hiperglicemia como de hipoglicemia e estejam preparados para oferecer o cuidado imediato que a pessoa necessita ou encaminhar ao médico.

Febre na pessoa idosa

Juliana Junqueira Marques Teixeira

Introdução

Febre ou pirexia é a elevação da temperatura do corpo. É considerada uma reação orgânica (reação do corpo) decorrente de várias causas, principalmente processos infecciosos, cujo significado deve ser avaliado por médico. A reação descrita como um aumento na temperatura corporal nos seres humanos para níveis até 37,5 graus centígrados (ou Celsius) chama-se estado febril. Ao ultrapassar esses níveis já pode ser caracterizado como febre e é um mecanismo de adaptação própria dos seres vivos. Na prática, no caso da pessoa idosa, essa divisão entre febre e estado febril não é rigorosamente utilizada.

A pessoa idosa apresenta modificações no seu corpo (fisiológicas e anatômicas) que podem interferir na medição da temperatura, como:

- sudorese (suor), que é um mecanismo que permite a liberação do excesso de calor do corpo para regulação da temperatura e que se encontra prejudicada na pessoa idosa;
- pele mais fina e que apresenta menor capacidade de retenção de calor, o que dificulta a manutenção da temperatura corporal em relação à temperatura ambiente;
- circulação, cujos vasos respondem com vasodilatação ou vasoconstrição de forma mais lenta, dificultando a adequação à necessidade de perda ou retenção de calor.

A febre é uma reação do corpo contra organismos estranhos. Apesar dela ser freqüentemente causada por infecções como, por exemplo, pneumonia e infecção do trato urinário, nem sempre ela é indicadora de infecção. Ela pode também resultar de alguma alergia, calor excessivo (ficar muito tempo debaixo de sol forte ou mesmo dentro de casa), até mesmo efeito colateral de drogas.

Importância da febre na pessoa idosa

É preciso prestar muita atenção ao avaliar a febre na pessoa idosa, pois ela pode estar ausente mesmo em situações de extrema gravidade. De uma maneira geral, apenas as infecções graves na pessoa idosa se apresentam com uma elevação substancial da temperatura do corpo. Cerca de 30% das pessoas idosas na vigência de um processo infeccioso, como pneumonia, infecção urinária, tuberculose ou até um abscesso intra-abdominal, não alteram a temperatura do corpo ou, até mesmo, apresentam hipotermia (temperatura dos tecidos profundos abaixo de 35ºC). Por isso, qualquer elevação de temperatura acima dos limites normais indica sério sinal de alerta, devendo ser imediatamente diagnosticada a causa e origem do processo.

A febre pode ser benéfica e é parte da reação do corpo a uma doença; no entanto, se a temperatura estiver acima de 42ºC, então pode causar danos sérios aos neurônios (células do cérebro), com risco de afetar a meninge, caracterizando a fase da chamada de hipertermia maligna.

A temperatura do nosso corpo normalmente flutua ao longo do dia, e o mesmo acontece com a febre (costuma ser mais baixa de manhã e aumentar à tarde). Se esse padrão característico estiver ausente, a temperatura aumentada do corpo pode ter como causa insolação, que é uma disfunção mais séria. A insolação é causada pelo excesso de exposição ao sol e é acompanhada de desidratação.

Alterações corporais que podem acompanhar um idoso com febre

O estado febril não se caracteriza somente pelo aumento da temperatura, mas também por outras alterações que podem estar também presentes, como:

- nos sistemas circulatório e respiratório – aumento ou redução da freqüência cardíaca, palpitação, aumento da freqüência respiratória, dificuldade para respirar (respiração pela boca), dor no peito, tosse, aumento ou queda da pressão arterial;
- no sistema digestivo – boca seca, dor abdominal, náuseas, vômitos, azia, flatulência (formação de gazes), dificuldade de deglutição (para engolir), incontinência fecal (ver texto sobre Incontinência urinária e fecal);
- na pele e tecido subcutâneo – cianose (cor azulada da pele) , palidez, eritema (pele avermelhada),

- no sistema urinário – incontinência urinária ou retenção/dificuldade para urinar, redução do débito urinário ou aumento da freqüência urinária (aumento ou diminuição de urina);
- nos sistemas nervoso e musculoesquelético – tremores, espasmos, alterações de marcha, tontura, confusão mental (agitação psicomotora ou apatia), ansiedade, sonolência, amnésia, alteração da fala, dor de cabeça, falta de apetite.

Maneiras de medir a temperatura corporal

A febre pode ser medida de diversas maneiras: através da boca, da axila ou do ânus, utilizando um termômetro. Na pessoa idosa a temperatura axilar por si só já reflete uma boa medida.

Temperatura corporal de acordo com seu nível

Costuma-se dividir os graus de temperatura corporal de acordo com a tabela abaixo.

Temperatura axilar do corpo	
Normal	Entre 36º e 36.9º C
Estado febril	Entre 37º e 37.5º C
Febre baixa	Entre 37.6º e 38º C
Febre moderada	Entre 38.1º e 39º C
Febre alta	Acima de 39.1º C

Tratamento

Embora a febre seja uma reação imunológica (reação de defesa) do organismo contra algum mal, a medicina moderna desenvolveu alguns remédios chamados de antipiréticos (contra febre) que podem reduzir a temperatura a níveis tolerados. Os mais comuns são o paracetamol e a dipirona.

É importante, além da avaliação médica, promover os seguintes cuidados para uma pessoa idosa com febre:

- melhorar a hidratação do paciente através da oferta de suco de frutas, água e chá morno;

- promover um banho de esponja com água morna (não existe vantagem em usar álcool no banho com esponja e isso geralmente faz a pessoa sentir-se mal pelo seu cheiro forte);
- administrar a dose recomendada de algum antitérmico para reduzir a febre, de acordo com informação médica ou de um profissional de saúde;
- repouso no leito;
- evitar uso de muita roupa ou muitos cobertores;
- evitar exercícios intensos ou pesados.

Por fim, deve-se dar bastante atenção à febre da pessoa idosa, pois diferentemente da criança, o organismo envelhecido apresenta pouca reserva funcional (capacidade de reação) e quanto antes for identificada a causa, melhor será o resultado.

Importante lembrar

1. A febre é uma reação do corpo contra organismos estranhos.
2. A febre é freqüentemente causada por infecções, mas pode ser também uma reação alérgica, exposição a muito sol, a muito calor ou efeito colateral de um remédio.
3. É preciso dar muita atenção à febre da pessoa idosa, porque o seu organismo oferece pouca capacidade de reação e, por isso, a febre pode não aparecer até mesmo em casos graves como pneumonias, infecção do trato urinário ou tuberculose.
4. É importante descobrir logo a causa da febre, para que a pessoa idosa possa receber o tratamento adequado.
5. Dar o remédio antitérmico na dose certa, conforme orientação recebida de profissional da saúde.
6. Proporcionar outros cuidados como repouso no leito, oferecer bastante líquido (suco de frutas, água, chá morno, etc.), banho de esponja com água morna, sem utilizar álcool, evitar muitas roupas ou cobertores.

Infecção do trato urinário na pessoa idosa

Mariana Cabral Ruback Accioly

Introdução

Sabemos que os indivíduos não envelhecem todos da mesma forma. O envelhecimento humano é um processo lento, gradativo, individual e diversificado; sofre influência de fatores genéticos, dos hábitos de vida, da alimentação, do ambiente e das doenças presentes. As características principais da velhice são a redução da capacidade de adaptação ambiental, a diminuição da velocidade de desempenho e o aumento da suscetibilidade a doenças.

Processos infecciosos em pessoas idosas são bastante freqüentes, em especial a infecção do trato urinário (ITU), comumente chamada de infecção urinária. Fatores de risco como imobilidade, menopausa, insuficiência de hormônios e o uso de fraldas facilitam esse acometimento.

Reconhecidamente a infecção do trato urinário, sintomática ou assintomática (bacteriana), é a infecção mais freqüente, independentemente do sexo, acometendo aproximadamente 20% das mulheres e 10% dos homens idosos. Esta prevalência praticamente duplica após os 80 anos, podendo alcançar cerca de 50% das pessoas idosas debilitadas ou hospitalizadas.

Qual é a composição do aparelho urinário?

O aparelho urinário é composto por dois rins (que produzem a urina), dois ureteres (que comunicam os rins com a bexiga), uma bexiga (reservatório temporário da urina), uma uretra (comunica a bexiga com o exterior) e uma próstata (no homem).

O que é infecção do trato urinário?

É a invasão do sistema urinário, previamente estéril, por bactérias ou mesmo por fungos e vírus.

Dependendo do local onde ocorre pode ser classificada em:

- bacteriúria assintomática: presença de bactérias na urina mas sem sintomas;
- cistite: inflamação ou infecção da bexiga;
- uretrite: inflamação ou infecção da uretra, freqüentemente causada por agentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis;
- prostatite: inflamação ou infecção da próstata por agentes infecciosos;
- pielonefrite aguda (PNA): infecção bacteriana aguda do rim, ou seja do trato urinário superior, acompanhada de sintomas locais e sistêmicos de infecção. Esta infecção normalmente é grave e necessita intervenção médica o mais rápido possível;
- ITU recorrente ou recidivada: é aquela ITU que reaparece após a cura aparente ou depois de terminar o tratamento. Pode ocorrer após algumas semanas do fim do tratamento, especialmente em mulheres. Mais de 80% de todas recorrências são por reinfecção.

As ITUs podem ser com ou sem sintomas e complicadas ou não complicadas. Essa avaliação é feita pelo médico que irá abordar individualmente cada caso.

O que favorece a infecção do trato urinário na pessoa idosa?

Causas freqüentes:

- baixa imunidade relacionada à idade;
- problemas na função ou na anatomia do trato geniturinário;
- incontinência urinária (perda incontrolada de urina);
- imobilidade;
- pouca ingestão de líquidos ou desidratação;
- deficiências nutricionais;
- hábitos precários de higiene;
- presença de outras doenças como, por exemplo, *diabetes;*
- presença de sondas de bexiga, uso de fraldas, absorventes ou calças plásticas;
- presença de cálculos renais (pedras nos rins) ou na bexiga;
- deformidades na bexiga;
- *Diabetes mellitus*;

- uso prévio ou irregular de antibióticos (favorecem o aparecimento de infecções causadas por germes mais resistentes);
- na mulher enfraquecimento dos músculos da pelve ("bexiga caída"), redução da capacidade da bexiga e da secreção vaginal, contaminação por fezes, atrofia do tecido da uretra pela queda dos níveis hormonais;
- no homem aumento da próstata, o que dificulta o esvaziamento da bexiga e favorece a permanência de urina por mais tempo, bem como o desenvolvimento das bactérias.

O que sente a pessoa com ITU?

- dor ao urinar com ardência e queimação;
- urgência para urinar;
- freqüência miccional aumentada (vai várias vezes ao banheiro);
- urina em pequena quantidade;
- sensação de não esvaziamento da bexiga;
- febre;
- incontinência urinária (perda involuntária de urina).

A pessoa idosa pode não apresentar os sintomas típicos da doença. Na verdade, muitas das vezes, as pessoas idosas apresentam outros sintomas que não são observados com freqüência em jovens como:

- mal-estar indefinido;
- falta de apetite;
- fraqueza;
- calafrios;
- confusão mental (*delirium*).

Qual é a bactéria mais frequente na ITU?

O agente bacteriano mais comum nas infecções de urina é a *E. coli* (90%). Geralmente esta bactéria se encontra no intestino. Assim, pessoas com incontinência fecal ou com má higienização apresentam ainda mais possibilidades de infecção por essa bactéria.

Como é feito o diagnóstico da infecção de urina?

O diagnóstico é feito pela história clínica, exame físico e por exames laboratoriais que são solicitados pelo médico, dentre eles:

- exame de urina, que pode demonstrar pus, sangue ou aglomerados de bactérias;
- cultura da urina, que irá demonstrar qual é a bactéria causadora da infecção e permitirá a realização do antibiograma (abaixo);
- antibiograma, que fornecerá a indicação dos medicamentosos (antibióticos) que serão eficazes no tratamento e os antibióticos a que as bactérias já são resistentes;
- exames de imagem, que algumas vezes são necessários para complementar a avaliação médica como, por exemplo, a ultra-sonografia (ecografia), a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Esses exames são bastante específicos e utilizados em poucos casos.

Como as pessoas idosas podem apresentar sintomas pouco característicos, a urocultura pode ter grande importância nestes pacientes.

Como é feito o tratamento das infecções de urina?

Nas infecções urinárias não complicadas, algumas questões são importantes:

- quem necessita de tratamento com antibióticos?
- quais antibióticos devem ser usados e qual a duração do tratamento?
- que medidas clínicas, além de antibióticos, podem ter utilidade?
- quais as orientações higiênicas e dietéticas?

Os pacientes idosos com bactéria na urina, mas que não tem sintomas não devem ser tratados com antibióticos, pois existe o risco desnecessário de seleção de bactérias mais resistentes, da interação medicamentosa e da reação alérgica às drogas, além dos custos do tratamento. No entanto, esta conduta será tomada pelo médico da pessoa idosa e de forma individualizada.

A infecção do trato urinário a nível renal ou quadro febril suspeito de origem urinária deve receber tratamento imediato pelos riscos de infecção generalizada. Geralmente este tratamento é feito com a pessoa idosa em regime de internação hospitalar e com antibióticos intravenosos.

O tempo de tratamento das cistites é diferente do adulto jovem. Na pessoa idosa o uso de antibióticos deverá ser de no mínimo 7 a 10 dias, e nunca de apenas 3 dias.

Nos casos de prostatite bacteriana o tratamento deverá ser realizado por quatro a sete semanas, no mínimo.

O tratamento é feito com antibióticos escolhidos pelo médico do paciente e adequados para cada bactéria e para cada paciente. É sempre importante ter em mãos uma lista com nomes de antibióticos já utilizados pelo paciente durante os últimos meses e principalmente se ocorreu algum episódio de alergia à medicação.

A prevenção da infecção do trato urinário está indicada principalmente em mulheres com ITU recorrente, que apresentem mais do que duas infecções por ano, ou quando da presença de fatores que mantém a infecção, como cálculos.

Quais são as medidas de prevenção?

Algumas atitudes são muito importantes:

- ingerir bastante líquido (média de 2 litros por dia);
- evitar reter a urina, urinando sempre que a vontade surgir;
- praticar relação sexual protegida;
- urinar após relações sexuais;
- evitar o uso indiscriminado de antibióticos, sem indicação médica.

Para as mulheres:

- limpar-se sempre da frente para trás, após usar o toalete;
- lavar a região perianal após as evacuações;
- evitar o uso de absorventes internos;
- evitar a realização de "duchas", "chuveirinhos";
- evitar o uso constante de roupas íntimas de tecido sintético, preferir as de algodão;
- usar roupas mais leves para evitar transpiração excessiva na região genital;
- evitar o uso indiscriminado de antibióticos.

Estas são as medidas preventivas a serem adotadas especialmente em pessoas que apresentam infecções urinárias de repetição.

Algumas outras medidas de prevenção podem ser orientadas pelo médico, como uso constante de antibióticos, cremes vaginais, hormônios etc., mas isso só em alguns casos.

Importante lembrar

1. A pessoa idosa apresenta alterações no aparelho urinário que favorecem a ocorrência da infecção urinária.
2. Nem sempre a infecção urinária irá se manifestar através de sinais e sintomas típicos, o que pode dificultar o seu reconhecimento e diagnóstico.
3. O diagnóstico e tratamento são realizados pelo médico. Não é correto realizar a auto-medicação ou repetir uma receita médica anterior na suspeita da infecção.
4. As bactérias mais freqüentes são aquelas presentes no trato digestivo, daí a importância de uma higiene pessoal adequada.
5. As medidas de prevenção são fundamentais no acompanhamento dos pacientes, principalmente naqueles que apresentam infecções de repetição.

Incontinência urinária e fecal

Márlon Juliano Romero Aliberti

Introdução

A falta de controle da bexiga e do intestino é o que chamamos de incontinência urinária e incontinência fecal, respectivamente. A mais comum é a incontinência urinária. As duas podem acontecer ao mesmo tempo e é conhecida como incontinência mista.

Alterações do trato urinário e intestinal que ocorrem no processo de envelhecimento associados a problemas de saúde que são comuns entre as pessoas idosas como por exemplo, diabetes, derrame cerebral, demências e uso de várias medicações, explicam por que a incontinência acomete mais essa parcela da população.

As mulheres são mais atingidas devido aos traumas durante o parto e às características da uretra que é mais curta, deixando o trato urinário mais exposto ao meio externo.

A incontinência é um problema de saúde que afeta a qualidade de vida das pessoas idosas em seus aspectos psicológicos e físicos, podendo prejudicar a sua independência e dignidade.

Essa alteração pode levar a pessoa idosa a experimentar situações como a depressão, o isolamento social, a rejeição da família e a perda de confiança em si, além de provocar problemas econômicos, pelo aumento de gastos com a sua saúde. Também facilita o aparecimento de infecções, feridas na pele, formação de escaras, interfere no sono, pode levar a quedas e aumenta o risco da pessoa idosa ser internada pela família numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI).

Causa também grande impacto na família, chegando até a cenas de desespero. Pode gerar sentimentos de raiva e de frustração nos familiares em geral e nos cuidadores por terem de enfrentar esta situação um tanto quanto desconfortável. Mas, passada esta fase, poderão entender e aceitar com mais naturalidade o problema, não esquecendo do imenso trabalho que é cuidar da

incontinência, e a preocupação de não deixar o ambiente nauseante e nem a pessoa idosa com assaduras e feridas.

Muitas pessoas idosas não procuram a ajuda de um profissional, devido a sentimentos de repulsa, humilhação e vergonha. Preferem, assim, manter o sintoma em segredo, acreditando que nada poderá ser feito. Porém, é importante sabermos que **a incontinência não é um acontecimento normal de quem envelhece e uma busca ativa de explicação e solução pode levar a bom sucesso na resolução desse problema.**

Incontinência Urinária

A incontinência urinária é a condição na qual a perda de urina não intencional é um problema social e/ou higiênico que pode ser demonstrada, por exemplo, com as roupas molhadas.

Essa situação geralmente vem antes da incontinência fecal.

Calcula-se que pelo menos uma em cada três pessoas idosas tenha algum grau de dificuldade para controlar a urina. Semanalmente, cerca de uma em cada dez pessoas idosas perde a urina sem querer, molhando as roupas. Praticamente, a metade das pessoas idosas que moram nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) apresenta esse problema.

Existem vários tipos de incontinência urinária, mas é comum que o idoso que está perdendo urina tenha mais de um tipo diferente ao mesmo tempo. Veja abaixo como se classifica a incontinência urinária.

1 Transitória: é causada por algum agente externo que normalmente, tem tratamento e cura. São causas possíveis os seguintes agentes: infecção urinária, estado de confusão mental, medicamentos, depressão, diabetes descompensado, fezes impactada no intestino, deficiência do hormônio estrogênio etc. Todos esses fatores devem ser investigados e afastados pelo médico quando o paciente chega com a queixa de incontinência urinária.

2 Permanente: esse tipo é dividido em quatro categorias diferentes, a saber:

- de estresse: a musculatura que envolve a uretra é responsável por evitar que a urina escape da bexiga. Quando esta musculatura se torna flácida, mesmo com um mínino de esforço, pode causar um pequeno vazamento. Exemplo: atividades como tossir, espirrar, gargalhar, pegar objetos pesados, podem forçar esta musculatura

e provocar a perda de urina. É comum este tipo de incontinência nas mulheres durante ou após o parto ou na menopausa.

- de urgência: caracteriza-se por uma necessidade urgente de ir ao banheiro que aparece de repente, mesmo quando a bexiga ainda não está cheia. Perdas de moderadas a grande de urina molham a roupa antes que a pessoa idosa chegue ao banheiro. Ocorre em pessoas idosas com boa saúde e em algumas doenças como: demências, doença de Parkinson e derrame cerebral. É a forma mais comum de incontinência da pessoa idosa.
- por transbordamento: aqui existe uma incapacidade de contrair a bexiga de maneira adequada. A bexiga fica cheia de urina e a pessoa não percebe. Pequenas perdas de urina na roupa podem ocorrer. Causas comuns podem ser: diabetes, problemas da coluna vertebral e de crescimento da próstata. Esse tipo é muito comum nos homens com a próstata aumentada de tamanho.
- funcional: perda de urina em pessoas idosas que não conseguem usar o toalete. Acha-se relacionada aos casos de demência, incapacidades físicas (por exemplo, dificuldade para caminhar), fatores psicológicos e ambientais (banheiros mal localizados, por exemplo) que levam a dificultar o uso do banheiro.

É importante saber que, pelo menos, duas em cada três pessoas idosas que perdem urina sem querer, podem ser curadas quando avaliadas de maneira correta por um profissional da saúde capacitado.

Veja abaixo algumas questões em que o cuidador deve prestar atenção quando estiver diante de uma pessoa idosa com incontinência urinária, para respondê-las ao médico.

Dez perguntas importantes para avaliar a pessoa idosa com perda de urina

1. Ocorre a perda de urina todos os dias ou só de vez em quando?
2. Acontece apenas quando tosse, espirra ou aperta a barriga?
3. A pessoa idosa sente vontade, mas não consegue chegar a tempo no banheiro?
4. A pessoa idosa tem dificuldade de tirar a roupa para urinar?
5. Na incontinência, a urina sai para valer ou fica pingando na roupa?

6. A pessoa idosa se perde e não acha o banheiro?
7. Ocorre apenas de dia ou só à noite?
8. Quais os medicamentos que a pessoa idosa toma?
9. A pessoa idosa relata dor ao urinar, urina muitas vezes ao dia?
10. A urina está com a cor mais escura ou o cheiro forte?

Para responder estas perguntas com maior fidelidade, o cuidador deverá, durante alguns dias, fazer um relatório, um diário sobre a incontinência, ou seja, registrar todas as vezes que a pessoa idosa urinar, no vaso ou como incontinência, para poder entender um possível padrão, qualificando melhor esta intercorrência. Assim, o médico poderá fazer um correto diagnóstico e terá melhores condições de indicar os meios para solucionar este problema, de maneira mais eficaz.

Dicas para o cuidador.

1. Em primeiro lugar, nunca cause constrangimento ou mostre raiva contra a pessoa idosa, pois além de não ser culpa dela, pode deixá-la também muito triste, pouco cooperativa e até muito mais deprimida ou agitada;
2. Se a pessoa idosa se perde, não sabendo onde fica o banheiro e não chega a tempo, acontecendo assim a incontinência, uma das dicas é sinalizar bem a porta do banheiro, com palavras grandes e chamativas (rosa-choque, verde e azul exuberantes, vermelho...) ou colocar a própria figura de um vaso sanitário. À noite, deixe a luz do banheiro acesa. Acomode a pessoa idosa num quarto mais perto do banheiro. Em alguns casos, o ideal seria deixar o recipiente chamado de papagaio ou comadre junto à cama. Finalmente, facilitar o uso do vaso sanitário com assentos altos e adaptados e barras de apoio laterais (ver assunto *Prevenção de quedas e outros tipos de acidentes*);
3. É uma <u>má idéia</u> diminuir a ingestão de líquidos, para a pessoa idosa urinar menos. Esta atitude pode causar desidratação e, piorar ainda mais sua saúde. Algumas vezes, com a orientação do médico é aceitável um ajuste nos horários da oferta dos líquidos, normalmente com mais incentivo durante o dia para evitar a perda de urina à noite;
4. Durante o dia, procure levar a pessoa idosa ao banheiro em intervalos regulares. O diário poderá ser útil para identificar os melhores

horários. Procure vestir a pessoa idosa com roupas fáceis de serem retiradas ou de abrir. O velcro é uma ótima opção, no lugar do zíper ou dos botões.

5. O uso de fralda descartável geriátrica pode ser útil à noite, apesar do constrangimento e da vergonha que a pessoa idosa possa sentir. Quando bem explicado e feito de maneira carinhosa, sempre há boa aceitação. Observar se a fralda não amanhece muito cheia ou vazando, pois talvez seja necessária uma troca no meio da madrugada;

6. Se a pessoa idosa não consegue ir até o banheiro para urinar por diversos problemas e a incontinência é mais severa, o uso de fralda geriátrica é imperativo, durante todo o dia (dia e noite). Deve-se atentar, então, para alguns cuidados como a troca de fraldas em intervalos regulares. Nunca deixar fraldas molhadas no corpo por muito tempo, evitando assaduras e feridas na pele. Uma boa higiene com uso de água e sabonete, em cada troca, é muito importante para retirar resíduos de fezes e de urina. Nas mulheres, a má higiene pode, inclusive, ser causa de infecção urinária. Ao fazer a limpeza, sempre limpar a região anal de frente para trás, isto é, da vagina para o ânus, evitando levar fezes para o canal da uretra, pois isso contamina a urina;

7. Em pessoas idosas com demência ou dificuldade para se comunicar, lembrar que a agitação pode ser um sinal de que ela quer urinar ou evacuar. Se já usa a fralda, pode ser sinal de trocá-la;

8. Sentar a pessoa idosa no vaso sanitário e ficar junto a ela conversando calmamente, ouvir música, abrir a torneira da pia (para o ruído tentar estimular a micção), verificar que o ambiente esteja calmo e que não existam outras pessoas no recinto (que poderiam estar inibindo-a), são medidas adicionais, porém, fundamentais no sucesso do enfrentamento dessa crucial questão;

9. Se a sonda vesical de demora tiver que ser usada, em função de escaras ou outras condições, ela deve estar conectada a um coletor fechado e não deve ser lavada com anti-sépticos, nem deve ser fechada por alguns períodos. Lembrar que deve ser trocada, no máximo, a cada três semanas, por profissional, com rigorosa técnica de assepsia;

10. Quando indicada pela equipe de saúde, a cateterização intermitente deve ser feita com treinamento adequado da pessoa idosa (com

boa visão, habilidade manual e capacidade mental preservada) ou cuidador disposto a aprender. Tal procedimento é repetido quatro ou mais vezes durante o dia e deve ser realizado com rigorosa assepsia para prevenir infecções vesicais;

11. O uso do coletor externo, o condom, também conhecido como uripen, é uma outra opção que pode ser indicada pela equipe de saúde. Porém, só oferece vantagens para o homem devido à anatomia do órgão genital externo. O cuidador deve estar atento a complicações como lesões de pele por alergia;
12. O treinamento do ato de urinar, feito por fisioterapeutas, em pacientes lúcidos através de exercícios específicos para fortalecer a musculatura pélvica apresenta excelentes resultados e devem ser indicados (ver assunto *Tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária*);
13. Algumas medicações podem ajudar no controle da incontinência urinária e devem ser prescritas por um médico;
14. Existe uma alta probabilidade de obter sucesso, para isso, é preciso manter uma postura otimista e procurar o auxílio de uma equipe de saúde treinada nesse problema.

Incontinência Fecal

A incontinência fecal é a perda involuntária ou inapropriada das fezes. Normalmente é mais grave que a urinária e, quando se instala, dificilmente pode ser totalmente corrigida.

Apesar de pouco estudada, calcula-se que até quase um terço da população idosa sofra de incontinência fecal. Naquelas que moram em instituições de longa permanência para idoso (ILPI) há uma proporção maior.

Existem várias causas para essa alteração como: doenças do intestino, uso de medicações como os laxantes, incapacidade funcional de chegar ao banheiro, quadros de confusão mental, lesão de um nervo da região genital que é comum nas mulheres durante o parto e outras.

Lembrar que na pessoa idosa sadia o ritmo intestinal pode não ser diário (ver assunto *Obstipação e fecaloma*). Recebendo esta informação, a pessoa idosa não se sente mal, mesmo que não evacue diariamente, sabendo que não se trata de prisão de ventre. Os problemas se iniciam quando a pessoa idosa e o

cuidador pensam que o correto é evacuar diariamente, fazendo, com isso, uso de laxantes. A própria presença de impactação fecal ou fecaloma pode induzir ao que se chama de **incontinência fecal paradoxal**, caracterizada por perda de fezes líquidas ou semi-sólidas, várias vezes ao dia, mesmo que o final do intestino esteja com fezes endurecidas paradas.

A imobilização também pode ser uma das causas da prisão de ventre. Evite a imobilidade e sempre faça caminhadas diárias com a pessoa idosa.

Outra dica é a rotina de levá-la ao banheiro, sempre no mesmo horário, para evacuar.

O cuidador deve observar também alterações no ritmo intestinal, se era mais constipado e ficou mais diário e pastoso ou vice-versa, pois poderá significar alguma doença em curso, ou problemas com a dieta da pessoa idosa. Não deixe de relatar tais alterações para o médico.

Quando se trata de incontinência fecal, a antecipação do acidente ainda é a melhor maneira de abordar o problema. Porém depois de instalado, o mais importante é não deixá-lo de lado, pois toda incontinência deve merecer adequada investigação da equipe de saúde que procurará encontrar todas as condutas a serem adotadas.

Saiba que existem diversas maneiras de proporcionar à pessoa idosa e seus familiares medidas de conforto e dignidade no enfrentamento desse obstáculo à qualidade de vida. Nunca esconda o problema, pois ele pode se agravar. Siga as orientações dadas nesse manual e se surgirem outras dúvidas não deixe de procurar a equipe de saúde.

Importante lembrar

1. Incontinência urinária e fecal é a perda do controle da bexiga e do intestino.
2. O que mais atrapalha no tratamento da incontinência é a vergonha das pessoas idosas em contar esse problema para a equipe de saúde, por achar que nada pode ser feito.
3. Saiba que não se trata de um acontecimento normal da velhice e em muitos casos têm cura.

Algumas dicas para os cuidadores

1. Nunca cause constrangimento ou fique com raiva da pessoa idosa;
2. Arrume o ambiente do banheiro com sinalizadores, barras de proteção, boa iluminação e acesso fácil para a pessoa idosa;
3. Procure levar a pessoa idosa ao banheiro em intervalos regulares durante o dia;
4. Procure vestir a pessoa idosa com roupas fáceis de serem retiradas;
5. Explique de maneira carinhosa para a pessoa idosa quando o uso de fralda geriátrica for necessário;
6. Tenha uma postura otimista e procure sempre a ajuda de uma equipe de saúde para solucionar suas dúvidas.

Tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária

Denise Rodrigues Yuaso

O tratamento se inicia com exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e orientações gerais.

Pode ser aplicado individualmente ou em grupo, conforme o grau de debilidade e entendimento da pessoa idosa. É importante que no início do tratamento a pessoa idosa seja esclarecida sobre o processo de envelhecimento, mecanismo de continência e incontinência, exercícios para o assoalho pélvico e a eficácia de sua realização, a fim de facilitar a mudança de hábitos, como auxiliar da terapêutica.

Os exercícios perineais são o principal componente da terapia conservadora para o tratamento da incontinência urinária e utilizam o princípio da contração voluntária repetida dos músculos do assoalho pélvico. É necessário que o paciente tenha sua função cognitiva íntegra e boa conscientização corporal.

Orientações de exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico feminino

Os exercícios podem ser realizados em várias posições: deitada, sentada e em pé.

- A paciente deverá contrair a musculatura perineal (mesma sensação de interrupção da urina voluntariamente) e manter por 5 segundos contraindo, depois deve relaxar por 10 segundos. Repetir por 10 vezes.
- A paciente deverá contrair a musculatura perineal (mesma sensação de interrupção da urina voluntariamente) e relaxar seguidamente (contrações rápidas). Repetir por 10 vezes.

Os exercícios perineais são eficazes quando bem indicados e não apresentam efeitos colaterais, porém devem ser orientados pelo fisioterapeuta, pois a sua indicação, tipos e tempo de tratamento vai depender da avaliação inicial da musculatura do assoalho pélvico.

Obstipação e fecaloma

Leonardo da Costa Lopes

Introdução

Obstipação intestinal, também chamada de constipação ou simplesmente "prisão de ventre" é um problema de saúde comum em pessoas idosas. Cerca de 40% das pessoas idosas sofre com a obstipação intestinal. Cerca de 10% delas acredita ser este o seu principal problema de saúde. É uma situação que prejudica a qualidade de vida e provoca grande desconforto.

A freqüência de evacuações é muito variável de pessoa para pessoa, podendo ser considerado normal de 3 evacuações ao dia até 3 evacuações por semana. Por isso, é importante saber qual o comportamento intestinal normal da pessoa idosa que estamos atendendo, antes de concluir que ela está com um problema de saúde. É importante lembrar que não é necessário evacuar diariamente. A freqüência de evacuações pode variar numa mesma pessoa, de acordo com a alimentação, a disponibilidade de sanitários e seu estado emocional. Quando a pessoa idosa está com obstipação, ela elimina fezes endurecidas, através de grande esforço para evacuar, numa freqüência inferior a 3 vezes por semana. Algumas pessoas idosas necessitam até de ter as fezes removidas com as mãos para obter alívio.

São muitas as causas da obstipação intestinal, mas freqüentemente não é provocada por doença grave. Sabemos que a movimentação intestinal na pessoa idosa é mais lenta que no jovem. Na maior parte das vezes, a obstipação é provocada por erros alimentares, por alimentação pobre em fibras ou baixo consumo de água. Mas também pode ser provocada por outras causas, como:

a) problemas hormonais;
b) doenças renais;
c) tumores no intestino;
d) hemorróidas ou fissuras no ânus;
e) derrame cerebral ou Doença de Parkinson;
f) depressão ou ansiedade;
g) e até pelo diabetes.

Uma outra causa muito importante são medicamentos utilizados pela pessoa idosa que podem alterar o funcionamento intestinal, como:

a) antiácidos;
b) suplementos de cálcio e ferro (que podem estar presentes em vários complexos de vitaminas);
c) medicamentos para depressão;
d) medicamentos para alergia;
e) medicamentos para pressão alta;
f) analgésicos;
g) e até mesmo laxantes, quando usados de modo abusivo.

É importante alertar sempre o médico a respeito destes possíveis efeitos das medicações.

Alguns sinais de alerta devem ser procurados pelo cuidador de uma pessoa idosa com obstipação, principalmente se for de início recente:

a) alteração do calibre das fezes (fezes mais finas);
b) dor ao evacuar;
c) sangramento nas fezes;
d) dor abdominal intensa;
e) aumento do tamanho do abdome;
f) náuseas ou vômitos.

Estes sinais podem indicar o surgimento de doença grave. Neste caso, sempre deve ser buscada ajuda médica.

A freqüência de evacuações deve ser observada pelo cuidador. Deve-se lembrar que a obstipação crônica pode provocar complicações, como:

a) perda de apetite e de peso;
b) hemorróidas e fissuras no ânus;
c) formação de divertículos no intestino (pequenas bolsas) que podem se romper ou inflamar, o que é uma situação grave.

A primeira iniciativa no tratamento da obstipação deve ser a de aumentar alimentos com fibras nas refeições. Sabemos que as pessoas normalmente consomem 2 a 3 vezes menos fibras do que deveriam. Os alimentos com maior teor de fibras são:

a) frutas;
b) vegetais verdes;
c) arroz integral;
d) aveia;

e) farelo de trigo;
f) soja;
g) feijão;
h) ervilhas;
i) lentilha.

O tratamento com fibras deve ser realizado inicialmente por 2 a 3 semanas para que se possa avaliar seu efeito.

Outra importante medida é aumentar o consumo de líquidos, por volta de 1,5 a 2 litros por dia. O baixo consumo de água pela pessoa idosa pode provocar mais facilmente o ressecamento das fezes, que podem se tornar petrificadas e muito grandes, até que não possam mais ser eliminadas, obstruindo o intestino. A isto chamamos **fecaloma**. Nesta situação, a pessoa idosa pode sentir dor abdominal, sensação de inchaço, perda de apetite, náuseas e pode até ficar confuso. Algumas vezes, pode ocorrer diarréia, depois de vários dias sem que a pessoa idosa evacue. Chamamos a isto de **diarréia paradoxal**. Nesta situação é importante procurar auxílio médico, porque o tratamento pode ser demorado e doloroso, às vezes até necessitando de cirurgia, quando for impossível remover as fezes por outros meios. Este "bolo de fezes" pode ainda obstruir a saída da bexiga, impedindo a pessoa idosa de urinar e ferir também a parte interna do intestino, provocando sangramentos.

Exercícios físicos também são um meio adequado de prevenir e tratar a obstipação. Sabemos que o intestino de pessoas imobilizadas funciona mais lentamente, como acontece com pessoas idosas com doenças neurológicas graves. Além disso, as pessoas idosas apresentam uma redução na força dos músculos do abdome, que são importantes no momento de fazer esforço para evacuar. Exercícios que possam treinar esta musculatura também podem ajudar para uma evacuação mais fácil. A obesidade normalmente torna a musculatura abdominal mais fraca; a perda de peso, portanto, também pode auxiliar.

Deve-se estimular a freqüência da pessoa idosa ao vaso sanitário, de modo rotineiro, por exemplo, logo ao acordar ou 5-10 minutos após uma refeição. Mesmo no caso de pessoas idosas acamadas, deve-se estimular a ida ao banheiro, porque a evacuação contínua em fraldas favorece a obstipação, já que é muito mais difícil evacuar na posição deitada que sentada. Isto também pode facilitar a formação de **fecalomas**, principalmente nas pessoas idosas que não pedem para ir ao banheiro ou apresentam demência mais avançada. Vale lembrar que o banheiro deve estar adaptado para a pessoa idosa que o utiliza (ver assunto *Prevenção de quedas e outros tipos de acidentes*).

Algumas vezes será necessário o uso de medicamentos para tratar a obstipação. Eles devem ser sempre receitados por médicos, pois são selecionados caso a caso e de acordo com potenciais efeitos colaterais. É muito comum observar pessoas idosas que usam laxantes há anos, como auto-medicação, e isto é desaconselhável, porque podem provocar diarréia que provoca desidratação, reduzir a absorção de vitaminas pelo organismo, ou alterar o funcionamento de nervos do intestino, como ocorre com os laxantes ditos "naturais" (exemplo: sene e cáscara sagrada). Com o uso prolongado, estes estimulantes provocam dependência e a pessoa idosa passa a necessitar de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito. Devemos também lembrar que no caso de pessoas idosas acamadas, os laxantes devem ser usados com muito cuidado, porque podem provocar incontinência fecal, (ver assunto *Incontinência urinária e fecal*) o que, além de desagradável, favorece o surgimento de infecções urinárias e úlceras na pele.

Alguns laxantes aumentam o tamanho das fezes, favorecendo sua eliminação. São os que contém fibras e que fazem papel semelhante ao das fibras ingeridas na alimentação. Estes laxantes precisam ser tomados com muita água, para não aumentarem a obstipação. Mesmo assim, podem provocar formação de gases intestinais (flatulência), dores abdominais e sensação de inchaço. Outros atuam amolecendo as fezes e facilitando sua eliminação. Há ainda laxantes que aceleram a movimentação do intestino. Alguns supositórios também podem ser úteis, pois estimulam o funcionamento intestinal. Em casos mais graves, pode ser necessária a lavagem intestinal (**enema**), quando se introduz pelo ânus uma determinada quantidade de líquido ou de algum medicamento, por exemplo, glicerina. Este líquido dilata o reto e estimula o intestino a funcionar.

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4

Figura 5

Figura 1. A movimentação intestinal na pessoa idosa é mais lenta.
Figura 2. Alimentar-se com mais fibras pode resolver a obstipação.
Figura 3. Deve-se estimular a ida ao banheiro, mesmo no caso de pessoas idosas com dificuldade de mobilidade.
Figura 4. Ingerir muito líquido pode evitar a formação de fecalomas.
Figura 5. Praticar exercícios físicos é uma forma saudável de prevenir a obstipação.

Importante lembrar

1. A obstipação intestinal é um problema de saúde comum nas pessoas idosas e que afeta a qualidade de vida.
2. Para se ter saúde, não é necessário evacuar diariamente.
3. As principais causas de obstipação na pessoa idosa são as alterações alimentares, a falta de ingestão de líquidos, o uso de alguns medicamentos e a falta de exercícios.
4. Normalmente a obstipação não é provocada por doença grave, mas há alguns sinais de alerta que o cuidador deve observar.
5. Aumentar fibras na alimentação é uma medida que pode resolver grande parte dos casos de obstipação.
6. Criar o hábito de freqüência ao vaso sanitário é outra medida eficaz para evitar a obstipação prolongada.
7. Idosos com obstipação prolongada podem acumular no intestino um grande bolo de fezes (fecaloma) que pode obstruir o intestino e provocar muita dor.
8. Evite oferecer laxantes às pessoas idosas, de modo contínuo, sem indicação médica. Eles podem provocar várias complicações.

Perda de apetite e emagrecimento

Carlos Henrique Alves de Rezende

Introdução

A maioria dos idosos não modifica seu peso por períodos de cinco a dez anos. Entretanto, mudanças podem ocorrer. De fato com o processo de envelhecimento várias mudanças podem ocorrer.

As mudanças no corpo das pessoas são sinais claros de envelhecimento. Não só os sinais externos, como as rugas, os cabelos brancos, mas também mudanças internas indicam que a idade avança.

Acontece uma diminuição dos músculos, o que é chamado de sarcopenia. Quanto menos os músculos são usados, mais eles se atrofiam e menor é a necessidade de energia. Isto pode reduzir o apetite e a quantidade necessária de alimentos.

A água corporal também diminui e a gordura aumenta, acumulando-se principalmente no tronco, tornando-se mais visível na barriga.

Com a redução da água e dos músculos, e aumento da gordura no corpo, as pessoas idosas podem se tornar mais frágeis e com maiores possibilidades de adquirir doenças.

Outra modificação importante é a diminuição da massa óssea, conhecida por osteopenia e osteoporose, quando os ossos ficam enfraquecidos e mais sujeitos a fraturas. A partir dos 40 anos de idade, isso já começa acontecer, principalmente entre as mulheres, por causa das alterações hormonais decorrentes da menopausa. Essas alterações ósseas contribuem para uma diminuição da altura, em torno de um centímetro a cada dez anos, a partir dos 40 anos. (Ver assunto *Problemas musculoesqueléticos*).

Todas essas modificações podem ser menores entre as pessoas que não se contentam em ficar paradas. As atividades físicas podem retardar a velocidade dessas mudanças e até melhorar, como no caso da atrofia dos músculos e da fraqueza dos ossos.

As alterações corporais das pessoas idosas, juntamente com outras do funcionamento do organismo, devem ser conhecidas a ponto de se avaliar se o peso da pessoa idosa está adequado.

Como saber se o peso está adequado?

Existe uma medida denominada Índice de Massa Corporal (IMC) que é calculada da seguinte forma:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

Pela divisão do peso da pessoa idosa pela sua altura ao quadrado.

Os valores obtidos, de acordo com as mudanças do corpo das pessoas idosas, são diferentes daqueles usados para verificar se o adulto jovem está normal, magro ou obeso. Assim, de acordo com a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), recomenda-se que se registrem as medidas chamadas antropométricas na caderneta da pessoa idosa, a cada seis meses, o que permite o acompanhamento do seu estado nutricional. Além disso, pode-se avaliar aumento ou perda de peso, que podem indicar variações do estado de saúde. Dessa forma, os valores estabelecidos para as pessoas idosas estão no quadro I abaixo.

Quadro I – Valores de IMC e diagnóstico nutricional da pessoa idosa

IMC	Diagnóstico nutricional
Menor que ou igual a 22	Baixo peso
Maior que 22 e menor que 27	Adequado ou eutrófico
Maior que ou igual a 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care, 21 (1): 55-67, 1994.

O acompanhamento desses valores é importante principalmente para observar se a pessoa idosa está emagrecendo, sem causa aparente, o que é chamado de perda involuntária de peso. A perda de peso é observada principalmente pelos familiares e cuidadores. O cuidador pode notar, por exemplo, que as roupas começam a ficar mais folgadas, o que pode ser um sinal de emagrecimento. Quando o IMC for de 22 ou menos, o emagrecimento mostra que alguma coisa séria está acontecendo na pessoa idosa, como por exemplo desnutrição.

Por que a perda involuntária de peso é preocupante?

O grande problema do emagrecimento sem que este seja desejado (ou seja, quando obtido por meio de dieta ou exercícios), é a sua relação com aumento de doenças e até da possibilidade de morrer.

A perda involuntária de peso pode acelerar a redução da musculatura (sarcopenia), diminuindo a resistência a doenças, tanto infecciosas, como degenerativas (câncer, por exemplo), pode causar depressão e aumentar complicações de doenças já existentes. Uma pessoa idosa emagrecida tem mais riscos de ter doenças. Por sua vez, as doenças podem provocar mais emagrecimento e assim, a morte pode ser uma possibilidade, obviamente indesejável.

Quando a pessoa idosa tem doenças e toma muitos medicamentos (polifarmácia) o diagnóstico de perda involuntária de peso fica mais complicado. Da mesma forma, isso acontece com as pessoas idosas com problemas cognitivos, como no caso das demências.

Atenção maior também deve ser dada a pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência (ILPI), porque os estudos mostram que o risco de morrer é maior, em situações de perda involuntária de peso entre essas pessoas. Se elas tiverem úlceras por pressão, que consomem muito das reservas do organismo, os riscos de emagrecimento também aumentam.

Como se define perda involuntária de peso?

Quando houver emagrecimento de 5% do peso habitual em 1 mês, ou 10% em 6 meses.

Por exemplo, se o peso usual ou habitual da pessoa idosa for de 60 kg e dentro de um ano ele passa a pesar 57 kg ou 54 kg, é preciso se preocupar com as possíveis causas desse emagrecimento.

A porcentagem da perda de peso pode ser calculada da seguinte forma:

$$\% \text{ perda de peso} = \frac{(\text{peso usual} - \text{peso atual})}{\text{peso usual}} \times 100$$

O emagrecimento das pessoas idosas pode ser pouco valorizado pela família e até mesmo por profissionais que lidam com o envelhecimento. Mas o

cuidador deve ser muito observador e não deixar de perceber se isso está acontecendo com a pessoa de quem está cuidando. Não se pode esquecer que os estudos revelam que uma redução de 5% do peso em um ano ou de 10% entre cinco a dez anos, aumenta muito o risco de doenças e de morte.

Quais são as causa mais comuns de perda involuntária de peso?

Em aproximadamente 25%, ou seja, um em cada quatro idosos pode apresentar perda involuntária de peso, cujas causas desse emagrecimento ficam sem ser esclarecidas, apesar de serem muito estudadas.

Entre as diversas causas possíveis encontram-se as relacionadas a problemas psicossociais, como a perda do cônjuge, os problemas econômicos, a solidão, a desmotivação, a internação em uma instituição de longa permanência, a depressão, as demências. Assinale-se, também, que pessoas idosas muito dependentes para as atividades de vida diária podem correr maior risco de emagrecimento como, por exemplo, as que apresentam seqüelas de derrame ou outras doenças que prejudiquem os movimentos, pois dificultam a sua alimentação. Outra causa que pode assumir muita importância é a diminuição da visão, pois esta pode prejudicar a alimentação, tanto para fazer compras e preparar alimentos, como nos momentos de se alimentar.

Deve ser assinalado que a própria idade avançada pode ser causa involuntária de perda de peso. Assim, podem ser fundamentais a diminuição do paladar e do olfato, que podem reduzir o apetite, levando ao emagrecimento.

Além de todos estes fatores, os hábitos de vida pouco saudáveis, como o sedentarismo (falta de exercícios físicos), fumo (tabagismo) e alcoolismo são causas freqüentes de emagrecimento. A alimentação merece atenção especial. Problemas no preparo e tipo de alimentos, falta de apetite (anorexia) e os problemas econômicos podem levar a uma alimentação inadequada, levando ao emagrecimento.

Como já foi dito, a pessoa idosa que toma muito remédio pode emagrecer por causa dos efeitos sobre a nutrição. Assim, alguns medicamentos podem causar perda de apetite (anorexia), boca seca (xerostomia), gosto ruim (disgeusia), problemas para engolir (disfagia), náuseas e vômitos.

O emagrecimento pode ser tão grave, que pode levar a pessoa idosa a uma desnutrição.

No quadro II abaixo estão listadas as causas mais comuns de perda involuntária de peso em pessoas idosas, lembrando que em 25% dos casos, não se descobre porque a pessoa idosa emagrece.

Quadro II – Causas mais comuns de perda de peso involuntária em pessoas idosas

- Neoplasias (câncer).
- Problemas psiquiátricos (principalmente depressão).
- Problemas nutricionais ou alcoolismo.
- Problemas neurológicos.
- Doenças digestivas.
- Doenças das glândulas (especialmente da tireóide).
- Doenças do coração e da circulação.
- Doenças respiratórias.
- Doenças dos rins.
- Infecções crônicas.
- Medicamentos.
- Problemas sociais.

Quando existe mais de uma dessas causas juntas, o risco de emagrecimento aumenta.

No caso de emagrecimento, o cuidador deverá, em primeiro lugar, observar a alimentação da pessoa idosa, verificando seu apetite e qualquer alteração no seu hábito alimentar e digestivo (náuseas, vômitos, diarréia, intestino preso, sangue nas fezes).

Modificações do comportamento (agressividade) ou do humor (tristeza) da pessoa idosa também devem ser observadas.

O cuidador deverá sempre ter conhecimento de toda a medicação usada pela pessoa idosa, para informar o profissional de saúde, para que ele possa avaliar se o emagrecimento está relacionado ao uso de algum desses medicamentos.

As informações do cuidador ao profissional de saúde são muito importantes e podem ser resumidas no quadro III a seguir.

Quadro III - Resumo de informações que devem ser fornecidas pelo cuidador ao profissional da saúde

- Observação do emagrecimento (notou se a roupa ficou larga, quantos quilos, em quanto tempo, ou cálculo do IMC).
- Informações sobre o paladar e olfato da pessoa idosa, condições da boca e dentição, se tem alterações digestivas, qual a capacidade funcional da pessoa idosa (se come sozinha, por exemplo), doenças.
- Informações psico-sociais isolamento (solidão), acesso ao alimento, pobreza, demência ou depressão).
- Uso de remédios.

Depois da investigação das causas do emagrecimento pelo médico, ou por nutricionista, a importância da observação e da ação do cuidador continua muito grande. Isto porque o cuidado com a atenção, alimentação, medicação, exercícios físicos leves (caminhada) deverá ser feito conforme as orientações, melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa e evitando mais doenças e o risco de morte. Para isso não se pode esquecer da boa comunicação e do respeito do cuidador para com a pessoa idosa, sabendo ouvi-la e compreendê-la com a capacidade de se colocar no lugar dela.

Importante lembrar

1. O emagrecimento da pessoa idosa sem ser desejado é preocupante, pois pode aumentar a possibilidade da pessoa idosa ficar doente e até morrer.
2. Perda involuntária de peso é o emagrecimento de 5% do peso habitual em um mês ou de 10% em seis meses.
3. A perda involuntária de peso pode diminuir a resistência a doenças infecciosas e degenerativas, pode causar depressão e aumentar complicações de doenças já existentes.
4. O emagrecimento involuntário pode ter várias causas: problemas psico-sociais, uso de muitos remédios, doenças, condições da boca e dos dentes.
5. A primeira coisa a observar quando houver emagrecimento involuntário é a alimentação da pessoa idosa, verificando seu apetite e alterações no hábito alimentar.

Desidratação

Leonardo S. Rocha Pitta

Introdução

A água assim como o ar e o alimento são essenciais para a manutenção da vida. O corpo humano tem na sua constituição cerca de 2/3 de água para o adequado equilíbrio da saúde. Ela mantém o bom funcionamento dos órgãos assim como a composição do sangue que é o fluido responsável pelo transporte dos nutrientes que vem dos alimentos e do oxigênio que chega pelo ar.

Os líquidos entram no organismo por um caminho através da ingestão pela boca, sendo absorvidos em todo o sistema digestivo. Essa é a maneira correta, eficiente e saudável de aquisição de água. Por outro lado, a saída de água ocorre de varias maneiras como urina após a filtração pelos rins, pelas fezes, formando o bolo fecal, pelo suor da pele, que aumenta com a temperatura e pela respiração, pois, quando respiramos junto com o ar que é exalado perde-se uma boa quantidade de água. Com isso notamos que a água, que é essencial para a vida, é mais facilmente perdida do que absorvida.

Com o envelhecimento a necessidade de água e líquidos não diminui e ela continua sendo fundamental para a manutenção da vida.

A pessoa idosa sente menos sede?

Esse é um ponto importante, porque a sensação de sede é um estimulo gerado nos órgãos e interpretado no cérebro conforme a necessidade do corpo para a aquisição de água. Ou seja, existindo a necessidade de ingestão de água alguns órgãos do corpo humano mandam a informação para o cérebro que é interpretada como sensação de sede. Esta sensação faz com que o individuo procure, de alguma forma, repor a água que está faltando e o estimulo cerebral de sede passa.

Na pessoa idosa a necessidade de água continua com a mesma importância da pessoa jovem, porém existem alterações no corpo que fazem com que as informações geradas pelos órgãos cheguem com menos intensidade ou sejam

interpretadas de forma diferente no cérebro. Com isso, o estimulo da sede não é desencadeado com a mesma eficiência e não gera a busca pela água.

Essa alteração não ocorre em todas as pessoas idosas, mas serve para nos alertar da importância da água, mesmo em quem não tem sede. A água é importante mesmo quando a pessoa idosa não tem sede.

Como oferecer água?

Diante da suspeita ou de evidências da existência de desidratação, a água, sucos e outros líquidos devem ser oferecidos nas quantidades abaixo sugeridas:

- água filtrada ou fervida;
- no mínimo dois litros de água por dia;
- cerca de oito copos de 250 ml;
- aumentar a quantidade em dias quentes.

Pode-se alternar a água com sucos, chás ou outros líquidos como sopas, vitaminas, chás e gelatinas.

Pessoas Idosas com dificuldade de engolir

Naquelas que tem dificuldade de engolir líquidos e água, como ocorre nas pessoas idosas com demências ou seqüelas de derrame, existem técnicas de oferta que podem ser tentadas para evitar ocorrência de pneumonias de aspiração e os engasgos freqüentes. Uma situação que com calma e tranquilidade pode ser controlada, através das medidas abaixo relacionadas:

- oferecer líquidos sempre em pequenas quantidades, várias vezes ao dia;
- nunca dar líquidos ou alimentos quando a pessoa idosa estiver deitada, pois essa postura facilita muito a aspiração do alimento para o pulmão. Sempre colocar a pessoa em posição sentada ou o mais próximo disso;
- alguns instrumentos podem ajudar, como colheres pequenas e seringas sem agulha para colocar pequenas porções de água na boca da pessoa idosa e aguardar que lentamente ela absorva, repetindo o processo várias vezes por dia;
- pode-se adicionar espessantes ao líquido ofertado com produtos próprios comprados prontos em farmácias ou com uso de gelatina ou

farináceos, que tornam o liquido de consistência mais pastosa, o que facilita a absorção e tende a minimizar os engasgos;

- quando houver tubos de alimentação, como a gastrostomia, sondas naso-gástrica ou naso-enteral, os cuidados de higiene com o material a ser acoplado ao tubo é de fundamental importância e a posição deitada deve ser sempre evitada.

Quando diminui a água no corpo – Desidratação

A desidratação é um problema que ameaça diretamente a vida e pode levar uma pessoa à morte. Ela ocorre quando a quantidade de água necessária para manter o corpo em atividade diminui, de forma a colocar em risco o funcionamento dos órgãos.

Identificar rapidamente a pessoa idosa desidratada é a melhor forma de prevenir complicações e iniciar o tratamento para corrigir a causa.

Como reconhecer a pessoa idosa desidratada

Os sinais podem ser variados, mas no geral ocorre fraqueza e indisposição para a realização das tarefas do dia-a-dia; dores de cabeça; tonturas; boca seca com pouca saliva; choro sem lágrimas; redução da interação com o ambiente e com o cuidador; diminuição do volume de urina, tornando-se de cor amarela escura e cheiro forte; aumento do número de respirações por minuto; aumento dos batimentos cardíacos; diminuição da pressão arterial e, em casos mais graves, letargia ou sonolência excessiva e confusão mental.

É importante lembrar que a desidratação pode provocar sonolência excessiva e uma menor vontade de ingerir alimentos e líquidos, piorando o quadro e, em casos extremos, levar ao coma.

As pessoas idosas acamadas que possuem um grau de dependência maior para as atividades da vida diária devem ser observadas com mais atenção, pois algumas com doenças graves perdem a capacidade de falar e de manifestar verbalmente suas queixas de saúde. Nesses casos uma observação na mudança do estado geral de saúde como início de gemedeiras, diminuição do volume da urina e aumento da freqüência cardíaca demonstra a necessidade de aumentar a oferta de líquidos.

Sinais e sintomas de desidratação nas pessoas idosas gravemente dependentes

Embora as principais manifestações de desidratação já tenham sido destacadas, é importante ressaltar aquelas que são mais comuns em pessoas idosas gravemente dependentes, tais como:

- gemedeiras;
- diminuição do volume e escurecimento da urina;
- aumento da freqüência cardíaca;
- aumento da freqüência respiratória;
- piora da agitação psicomotora;
- piora da apatia;
- piora da dependência de forma súbita em horas ou de um dia para outro; e
- mudança na condição geral de saúde.

Em última análise: "A pessoa idosa está diferente".

Causas de Desidratação

Várias situações do dia-a-dia podem levar à desidratação, que podem passar despercebidas como a não oferta de líquidos à pessoa idosa, uso de medicamentos como os diuréticos que aumentam a eliminação de água pela urina, alimentos com alto teor de sal que também aumentam o volume da urina, temperaturas altas como as que ocorrem no verão e em algumas regiões do Brasil durante todo o ano.

Situações desencadeadas por doenças como a febre que aumenta a perda de líquidos pelo suor e pela respiração, infecções em geral, desde a gripe até outras mais graves, todas elas aumentam a necessidade de água no corpo.

Em especial destaque a diarréia, que é a grande causa de desidratação na população de qualquer faixa etária. A pessoa idosa que apresenta diarréia tem que ser observada com toda a atenção, pois pode desidratar com muita facilidade.

Causas que aumentam a perda de água e que são menos notadas

Entre as principais causas que aumentam a perda de água e que são menos notadas estão:

- pouca ingestão de água (menos de 2 litros/dia);
- uso de medicamentos como os diuréticos (remédios que fazem urinar);
- alimentos com muito sal;
- temperaturas altas e clima seco (estação do verão e o clima das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil)

Causas que aumentam a necessidade de água devido a doenças

As principais manifestações clínicas ou doenças que aumentam a necessidade de ingestão de líquidos são: febre, vômitos, diarréia, infecções agudas em geral e diabetes.

A diarréia é a grande causa de desidratação na qual a perda de líquidos é muito intensa tanto pelas fezes como pelos vômitos, e é comum em pessoas idosas. Durante os quadros agudos ou crônicos de diarréia, a quantidade de líquidos ingeridos deve aumentar para repor o que esta sendo perdido.

Uma maneira correta de repor água é usando o soro de reidratação oral que é distribuído nos Postos de Saúde ou pode ser preparado em casa e ofertado em pequenas porções varias vezes ao dia e principalmente após as evacuações. Nas pessoas idosas com pressão alta ou diabetes procure não exagerar no soro de reidratação, pois pode haver descompensação dessas doenças. Prefira a reposição com outros líquidos, como por exemplo, a água pura, sucos e mesmo a água de coco.

Preparo do soro caseiro

- 1 litro de água filtrada e fervida;
- 2 colheres de sopa cheias de açúcar;
- 1 colher de café de sal.

É importante ressaltar que em caso de desidratação grave, no qual a pessoa idosa apresenta sonolência excessiva com dificuldade para ingerir líquidos um atendimento médico deve ser realizado.

Importante lembrar

1. A água é essencial para a vida, como o ar que respiramos.
2. Os líquidos entram no organismo pela boca e são absorvidos pelo sistema digestivo.
3. A água sai pela urina, fezes, suor e respiração. Portanto, ela é mais facilmente perdida do que absorvida.
4. A pessoa idosa necessita de água como a pessoa jovem, mas algumas pessoas idosas não percebem que estão com sede.
5. Deve-se oferecer oito copos de água por dia (2 litros) e aumentar nos dias quentes. Pode-se alternar com sucos, chás ou outros líquidos como sopas e vitaminas.
6. Nas pessoas idosas com dificuldades de engolir, deve-se ter certos cuidados como oferecer líquidos vários vezes ao dia, em pequenas quantidades, evitando dar o líquido com a pessoa deitada.
7. A desidratação é um problema sério que pode levar à morte.
8. É importante reconhecer os sinais da pessoa idosa desidratada: fraqueza, dores de cabeça, tontura, diminuição da urina, sonolência excessiva.
9. Nas pessoas muito dependentes podemos também observar gemidos, agitação, apatia, aumento maior de dependência.
10. Em caso de desidratação grave deve-se procurar atendimento médico.

Problemas musculoesqueléticos

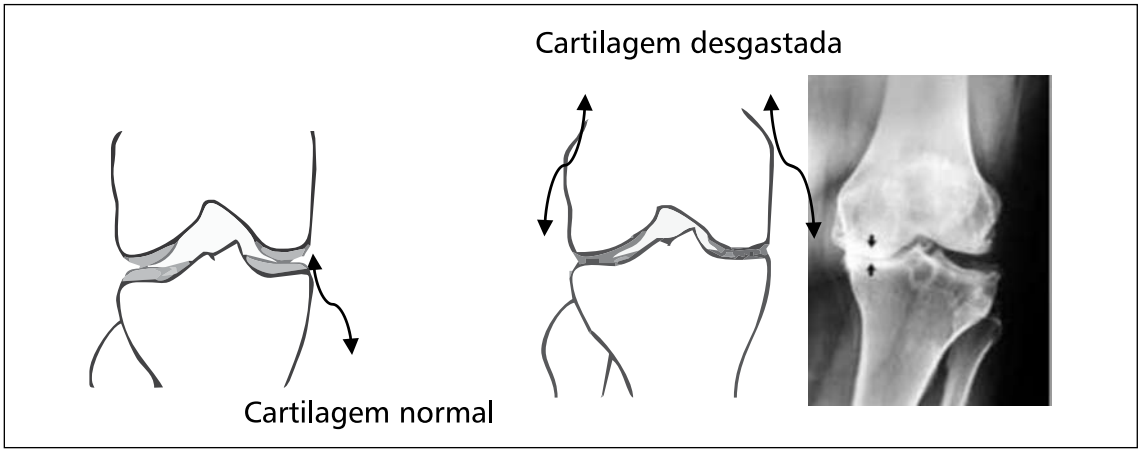
Luciana Paganinni Piazzolla

Os problemas musculoesqueléticos são muito comuns em pessoas idosas. Dores nas juntas ou articulações, nas costas ou na região lombar, nos joelhos, são algumas de várias queixas que podem muitas vezes significar alguma doença. Assinale-se, no entanto, que nem tudo que dói é "reumatismo".

Diversas doenças causam dores nas articulações e antes que se use qualquer medicamento sem indicação, a dor deve ser avaliada pelo médico. É comum as pessoas com doenças reumatológicas apresentarem artrite, que é caracterizada por vermelhidão e inchaço nas juntas com limitação dos movimentos da articulação acometida. Estes sintomas podem também ser acompanhados de rigidez matinal, ou seja, estas articulações podem, no período da manhã, tornarem-se mais endurecidas, voltando a se movimentar normalmente após um período de aproximadamente 30 minutos.

Artrose ou Osteoartrite

A doença mais comum na pessoa idosa é a osteoartrite ou popularmente chamada de artrose. Na osteoartrite ocorre um desgaste da cartilagem, uma espécie de gelatina que protege as juntas, entre as extremidades dos ossos. Quando há sua destruição, os ossos entram em contato entre si, formando pequenos nódulos nas articulações das mãos ou proeminências na coluna vertebral, o chamado "bico de papagaio".

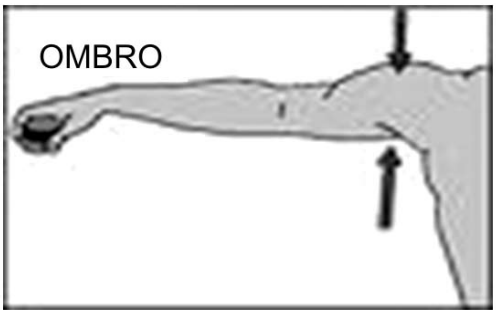


A osteoartrite é uma doença muito dolorosa e que pode causar dificuldades na caminhada, na movimentação do corpo durante atividades de subir e descer escadas, ou até para realizar trabalhos domésticos. Além disso, pode haver maior probabilidade de queda trazendo conseqüências como, por exemplo, fraturas. A dor é lenta, progressiva e pode acompanhar estalidos das articulações. Embora muitas pessoas preocupam-se com o estalido, isso não quer dizer gravidade ou intensidade de doença.

A osteoartrite pode atacar uma ou mais articulações, seja nas mãos, punhos, quadris, joelhos ou coluna.

Não existe cura ou tratamento específico. Nas crises de inchaço e vermelhidão, ou seja, artrite, é recomendado aplicar compressas geladas e analgésicos. O uso de antinflamatórios não deve ocorrer sem prescrição médica. O apoio da fisioterapia para melhorar a força e o músculo é fundamental. O uso da acupuntura pode ajudar no controle da dor.

Um aspecto bastante importante na osteoartrite é o peso. Por isso, pessoas que tem excesso de peso têm uma melhora significativa das dores, quando emagrecem. Portanto, o apoio de um profissional de nutrição e a reeducação alimentar fazem parte do tratamento da osteoartrite, principalmente dos joelhos.



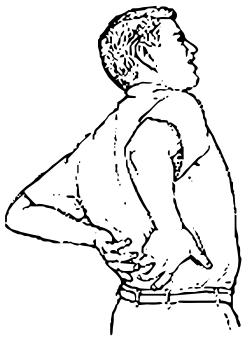
Ombro Doloroso

A dor no ombro é muito comum em pessoas idosas que realizam atividades domésticas, fazem trabalhos pesados, que sofreram traumas ou outras doenças que irradiam ou caminham para o ombro.

O ombro é formado por uma articulação (junta) e vários músculos. Ainda que muitas pessoas chamem a dor no ombro de "bursite", inflamações em qualquer desses músculos ou tendões podem levar a dor. A inflamação pode ser causada pelo uso exagerado do ombro em atividades praticadas por algumas profissões, como por exemplo, as lavadeiras, passadeiras, costureiras etc. Também pode ocorrer um desgaste no músculo ou tendão, causando um rompimento parcial ou total. O tendão funciona como um elástico que prende o mús-

culo, e quando ele se rompe, o músculo encurta, podendo causar problemas nos movimentos e dor. O paciente pode apresentar dificuldade para estender roupas, pentear cabelos, vestir-se. Pode ocorrer perda de mobilidade, rigidez da articulação e dificuldade de dormir no lado afetado. É importante também que essa dor seja avaliada por um médico, pois algumas vezes a dor no ombro pode significar comprometimento de outro órgão ou sistema. Um exemplo é a dor que ocorre na vesícula biliar e é refletida no ombro.

O tratamento do ombro doloroso depende de sua causa. A fisioterapia é importante para fortalecimento dos músculos do ombro. Em alguns caso, as cirurgias de ombro podem tornar-se necessárias, geralmente, quando o rompimento do músculo é agudo.



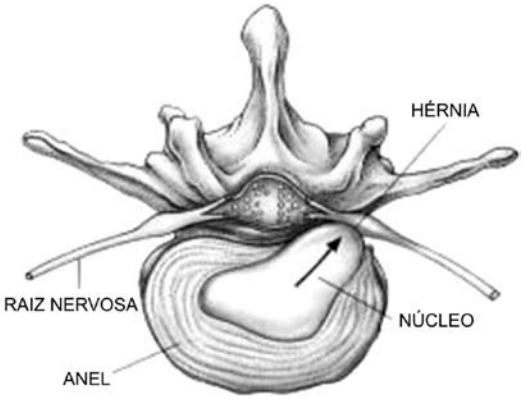
Dor lombar

A dor lombar é extremamente comum na pessoa idosa, e muitas vezes se inicia na adolescência por problemas posturais e sobrecarga muscular. Cerca de 50% das pessoas idosas, em algum momento da vida, queixa-se de dores nas costas.

As "dores nos rins" são freqüentemente associadas às dores nas costas e na maioria das vezes não têm relação com a verdadeira dor. Com essa falsa impressão as pessoas usam e abusam de remédios, chás e poções que aumentam a produção de urina sem necessariamente tratar a principal causa: muscular.

As causas de dor lombar são diversas: hérnia de disco, osteoartrite, distensão muscular, infecção, fratura por osteoporose, câncer, psicossomática, erros de postura e outras.

A hérnia de disco pode, além da dor, causar dormência nas pernas ou braços, o que provoca sensação de medo, pois a pessoa idosa associa a queixa a problemas neurológicos, como o "derrame cerebral".



O tratamento da dor lombar nem sempre é feito com antiinflamatórios. O objetivo é aliviar a dor, reabilitar a postura e fortalecer a musculatura. A prescrição de medicamentos deve ser feita apenas pelo médico. A reabilitação postural global ou RPG pode ser usada no tratamento das dores lombares em casos específicos e com indicação médica.

Uma opção de atividade física que pode beneficiar a pessoa idosa que sofre de dor lombar é a hidroginástica, que além de colaborar na redução de peso e no fortalecimento muscular, tem menor possibilidade de dano por impacto.

Para prevenir a dor lombar algumas sugestões:

- sentar-se na cadeira com as costas apoiadas e à mesa com o cotovelo na mesma altura;
- ao dormir, procure deitar-se de lado com um pequeno travesseiro entre as pernas. Utilize um travesseiro adequado para o pescoço;
- ao limpar sua casa evite carregar pesos somente de um lado do corpo, dividindo-o entre os dois braços. Para utilizar vassouras, aumente o tamanho do cabo;
- guarde seus utensílios mais usados no armário, na altura de seus braços e evite colocar em baixo os utensílios que você usa diariamente;
- para executar tarefas que exijam a posição em pé, como lavar e passar roupas ou lavar a louça, apóie um dos seus pés em algum degrau (uma caixa, por exemplo);
- evite saltos altos e procure utilizar saltos baixos e de base quadrada.

Gota

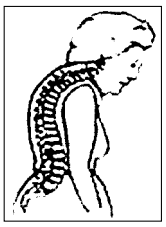
A probabilidade de o indivíduo ter gota aumenta com a idade. A gota é uma doença reumatológica com deposição de uma substância, monourato de cálcio, nas articulações. Essa substância vem do ácido úrico, que em excesso, causa acúmulo nas juntas dos pés, cotovelos, pavilhão auditivo e tendões. Esse depósito inflama-se causando um ataque de dor lancinante. Os homens de meia idade são os mais acometidos. Além disso, aqueles que sofrem de doenças como hipertensão arterial, obesidade e apresentam níveis de colesterol alto devem prestar muita atenção, pois estão mais sujeitos a ter gota.

O ácido úrico vem de alimentos como carnes vermelhas, cerveja, alimentos ácidos (tomate, frutas cítricas) e grãos. O indivíduo que possui ácido úrico alto deve controlar sua alimentação e muitas vezes utilizar medicamentos que diminuem a quantidade de ácido úrico no sangue. Para os ataques de dor deve-se procurar o médico o mais rápido possível. Apesar de não ser curável, a gota pode ser controlada e as crises espaçadas, mas para isso, seguir o tratamento é fundamental. Se não tratada, a doença pode levar a deformidade da junta acometida e levar à incapacitação funcional permanente.

Fibromialgia

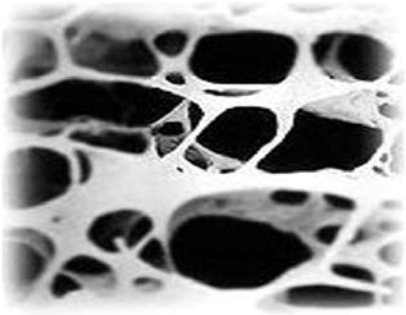
A fibromialgia é uma doença que causa dor difusa em vários pontos do corpo. Prejudica o sono e causa fadiga.

Não existem exames de laboratório que comprovem a doença. O tratamento consiste, mais uma vez, em adaptar a pessoa idosa na realização de suas tarefas através de atividade física leve e constante, promovendo um trabalho muscular contínuo, mas que não cause cansaço. Os medicamentos visam promover um relaxamento muscular e melhora dos sintomas depressivos associados. A educação sobre a doença é fundamental para melhora clínica, visto que não existem terapias perfeitas e a doença não é progressiva. Nas crises de dor deve-se evitar atividades físicas para não piorar o quadro agudo.

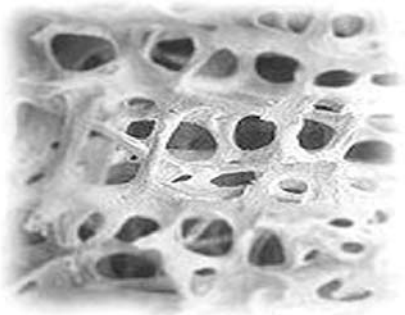


Osteoporose

A osteoporose é uma doença no esqueleto que se caracteriza por um osso mais fraco e quebradiço. Isso acontece devido a muitos fatores: idade, alimentação, baixa exposição solar, menopausa, imobilização, uso de álcool ou cigarro. O osso é um tecido em permanente renovação, num equilíbrio constante. Com o aumento da idade há um desequilíbrio deste processo, pois há mudanças na qualidade do osso, menor velocidade de formação óssea e maior velocidade de desgaste. Aliado a isso, com o processo normal de envelhecimento há uma menor absorção de vitamina D e menor ingestão de cálcio, os quais são fundamentais para formação do osso. Algumas doenças e medicamentos podem acelerar este processo, como, por exemplo, doenças da tireóide e o uso de corticóides.



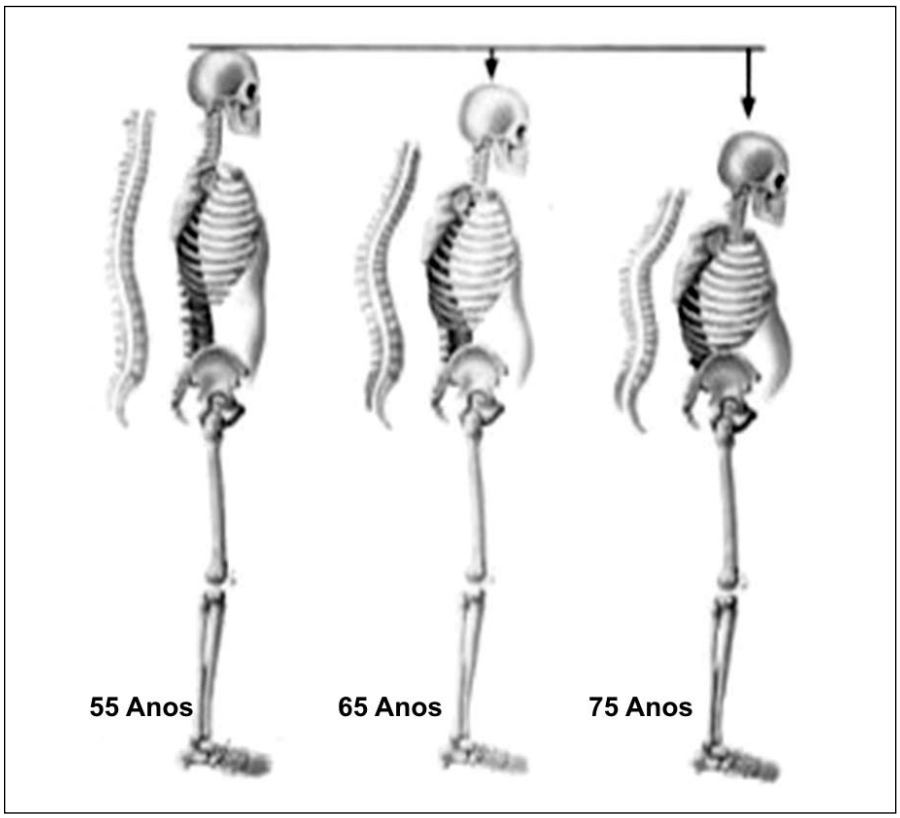
Osso com Osteoporose



Osso normal

Como a osteoporose é uma doença assintomática, (não provoca dores ou dá outros sinais) geralmente é diagnosticada tardiamente, muitas vezes quando a pessoa idosa sofre uma fratura. A osteoporose é mais freqüente entre as mulheres, mas, também nos homens está havendo aumento desta doença. Uma, dentre quatro fraturas de quadril ocorrem em homens.

Dentre os diversos problemas que pioram a osteoporose está a imobilização. O indivíduo que fica acamado ou restrito a uma cadeira de rodas tem este processo acelerado. A maior complicação da osteoporose é a fratura, que pode deixar a pessoa idosa imobilizada ou causar prejuízos nas suas funções, como, por exemplo, a de andar. A prevenção e detecção precoce da osteoporose pode amenizar estas conseqüências.



Como é diagnosticado?

O diagnóstico é realizado pela densitometria óssea. Atualmente, a densitometria óssea da coluna lombar e fêmur é considerada o melhor método para o diagnóstico da osteoporose, para a avaliação do risco de fraturas e para o acompanhamento da evolução da doença.

Como é feito o tratamento?

O tratamento é relativamente fácil, porém, depende muito da adesão do paciente. Os alimentos ricos em vitamina D e cálcio devem ser oferecidos diariamente em doses de 1500 mg por dia (vide tabela de alimentos). A exposição solar deve ser feita pela manhã ou final da tarde, com exposição de braços e pernas. Quem não consegue produzir vitamina suficiente, pode obtê-la através de alimentos ricos em vitamina D, como peixes gordurosos, gema do ovo, cogumelos e fígado, além de outros produtos enriquecidos com vitamina D, como a maioria dos leites, alguns pães e cereais (verifique os dados na embalagem).

O uso dos medicamentos próprios para osteoporose devem ser tomados com copo d'água bem cheio e em jejum. Existem dosagens semanais, diárias e mensais.

Tabela de alimentos

Alimento	Teor de cálcio em mg/g de alimento	Tamanho da porção em g para substituir 240 g de leite
Leite integral	1,25	240
Iogurte	1,25	240
Queijo branco	10	30
Feijão branco	1,03	437,7
Brócolis	0,49	321
Couve	0,72	275,1
Espinafre	1,35	1.375,7
Batata doce	0,27	1.605,0

Fonte: Sociedade Brasileira de Endocrinologia

Importante lembrar

1. As causas dos problemas musculoesqueléticos são diversas.
2. O mais indicado é evitar uso abusivo de medicamentos, principalmente os antiinflamatórios e procurar o médico para estabelecer um tratamento.
3. Métodos físicos podem ser usados para analgesia (aliviar a dor). O frio pode ser usado nos casos de dor aguda, ou seja, em dores repentinas de início recente. O calor já deve ser utilizado em casos crônicos, ou seja, quando a dor dura mais tempo. O uso de toalhas envolvendo a bolsa de água quente ou gelada evita o contato direto com a pele, prevenindo queimaduras.

Sugestão para leitura:

Guimarães, R.M., Cunha, U.G.V. Sinais e Sintomas em Geriatria. 2º edição. São Paulo. Editora Atheneu, 2004. – Médica geriatra pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Professora de Semiologia Médica da Universidade Católica de Brasília.

Finitude e os cuidados ao fim da vida

Claudia Burlá
Ligia Py

Introdução

Nós, seres humanos, sabemos que a vida é finita, que tudo o que vive morre e que um dia nós também vamos morrer. A angústia está justamente no conhecimento da nossa finitude e na nossa total incapacidade de saber quando e como vamos morrer.

Existem muitas coisas influenciando e determinando o processo do morrer. Por exemplo: com o avanço da ciência na área médica, é possível diagnosticar as doenças mais precocemente e com maior precisão, facilitando o tratamento que já pode dispor de novas e potentes medicações oferecidas no mercado. Com isso, aumentou a nossa expectativa de vida. Doenças que levavam à morte, sem qualquer possibilidade de tratamento, hoje podem ser tratadas e controladas. Porém, não podem ser curadas, acarretando, como conseqüência para a pessoa acometida, seqüelas que podem gerar incapacidades e criar graus variáveis de dependência para as suas necessidades básicas, como alimentação, higiene, gerenciamento da sua vida pessoal, inclusive da suas finanças. É então que se faz necessária a presença do cuidador, tendendo rapidamente a tornar-se um acompanhamento permanente. Nesse momento, a perda da autonomia se estabelece e a pessoa idosa se torna um ser dependente. (Ver assunto *Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência*).

Para fazer frente às necessidades de pacientes que perdem qualquer possibilidade de tratamento voltado para a cura, surgem os cuidados paliativos, com ações destinadas ao bem-estar físico e espiritual das pessoas idosas, com alívio da dor e de outros sintomas, oferecendo-lhes conforto e maiores possibilidades de aproximação com seus familiares e amigos.

Neste livro, queremos estar conversando com você, cuidador ou cuidadora de pessoas idosas, com um profundo respeito por você na escolha dessa função que nem sempre é movida por um desejo, uma vocação, mas às vezes acontece movida por uma necessidade. Queremos compartilhar com

você nossas inquietações a respeito do envelhecimento, da finitude de tudo o que amamos, da nossa presença na cena da morte de pessoas idosas a quem dedicamos dias e noites em constantes cuidados, tantas vezes com o esquecimento do cuidado que devemos a nós mesmos.

A finitude da vida

Uma vez o Professor Jeckel Neto perguntou assim: "Por que falar de envelhecimento e morte? Por que ouvir os outros falarem disso?" E ele mesmo respondeu que é "porque ouvir e falar de envelhecimento e morte mostra como a solidão não é somente a ausência de gente ao redor ... porque traz histórias de solidariedade, carinho, cuidado e amor" ...

Pois é. Então, falando aqui com você, de envelhecimento e morte, ficamos pensando algumas coisas. Por exemplo, nas pessoas idosas que estão chegando ao fim da vida, experimentando a mais pura solidão diante da sua morte que ninguém e nada podem evitar. E nós, ali com ela, cuidando, fazendo parte daquela cena que nos perturba a alma: a chegada da morte na velhice se mostrando a nós, como se fosse um espelho da nossa própria caminhada longa, até o fim da nossa vida. Nada agradável, não é mesmo? E até dá medo. Um medo que a humanidade experimenta há tempos, medo da velhice confundido com medo da morte. Se a velhice é entendida como decadência; perda de capacidades, de vigor e beleza. E a morte, que, na verdade, dela nada sabemos, que dá medo, por vezes até pavor dessa grande desconhecida ... que não está no nosso inconsciente, que só nos damos conta de que acontece, se é com os outros, ou, então, se nos sentimos muito ameaçados.

Quando nos deparamos com a realidade da morte, nós costumamos entrar na mais profunda solidão, ficamos muito tristes e nos entregamos aos nossos pensamentos que podem voar para muito longe, até às pessoas que mais amamos, que nos dá arrepios ao pensá-las fora de nós. E aí? O que é isso, a vida? Para que viver se vamos morrer? Eis aí um grande mistério: certeza absoluta da nossa morte e o esquecimento da nossa mortalidade, para darmos vazão aos planos para o futuro, aos sonhos, aos triunfos do prazer e do amor, sobre os ressentimentos deixados pelas raivas, pelos maus-tratos, pelo abandono que nos causam um profundo e inevitável sofrimento. Ficamos pensando, também, que tudo o que ganhamos nós vamos perder, desde a nossa vida que recebemos gratuitamente no nascimento, até a hora da nossa morte, quando vamos perder a própria vida. Ficamos pensando que perdemos

a infância, a juventude, os amores, o trabalho, os familiares, os amigos ... E aí, o que nós ganhamos com isso? Não, não ganhamos mesmo, de novo, o que nós perdemos: "o que passou, passou", cantamos no samba. Mas, se perder é inevitável, que tal nos colocarmos à tarefa de ir ganhando o tempo todo, como que enchendo o nosso reservatório de ganhos para nós termos o que perder? Talvez a pior situação seja a daquela pessoa que não tem o que perder, porque ela jamais ganhou coisa alguma.

Finitude e velhice

E, pensando na velhice e na finitude da vida, é bom nós nos lembrarmos de que essas preocupações nos angustiam porque pensamos no futuro, nós voamos na nossa imaginação para muito além do momento presente, do dia de hoje, pensando no que vamos fazer amanhã, depois de amanhã ... nos dias que ainda vêm. É como aquela música do Lupiscínio que diz assim: "mas como é que a gente voa quando começa a pensar..." Aliás, o tempo passado tem também uma grande importância, especialmente na velhice, porque durante a vida toda, nós vamos acumulando experiências que vão nos dando "dicas", um tipo de apoio ao que nós fazemos e planejamos ainda fazer. Isso porque nós podemos nos basear nas nossas experiências já vividas, com prazer ou com sofrimento, coisas que já experimentamos e já vimos os outros experimentarem.

É isso, os idosos continuam atravessando o tempo de vida junto com as outras pessoas, aprendendo sempre, pensando num futuro que nós queremos que aconteça. Mas, se eles perguntam: " – Quanto tempo tenho?" Nenhum de nós sabe responder a essa pergunta. Ninguém pode dar a resposta. Na verdade, não temos garantia alguma de que vamos estar vivos daqui a pouco. É pensando nisso, que se torna tão importante o limite da vida. É importante para que nós, na certeza de que somos mortais, possamos buscar um sentido para a nossa vida. Afinal, se ela não dura para sempre, então, ela é mesmo muito valiosa. E nós, que não temos responsabilidade alguma pelo fato de termos nascido, acabamos sendo responsáveis por fazer alguma coisa pela nossa vida, que faça com que ela valha a pena ser vivida.

E vamos lá! Acompanhando gente envelhecida morrendo, temos uma excelente oportunidade de prestar atenção à solidariedade, ao cuidado que prestamos, à nossa capacidade de fazer e contar histórias de amor ao próximo, aquele que ali está tão junto de nós e que depende de nós para suprir as mínimas necessidades de um ser humano.

O valor da vida de quem cuida

A finitude da vida, ao vivo e a cores esmaecidas na cena da morte das pessoas idosas, nos leva a perceber as dificuldades das relações familiares, onde a vida começa, no nascimento das crianças, mas nem sempre é o cenário para a vida das pessoas idosas acabar. Tantas e tantas pessoas idosas morrem sem um membro sequer da sua família. Somos nós, cuidadores, a sua família, criada na dependência e na aproximação da morte. De novo, lembramos o Professor Jeckel Neto: "... porque ouvir e falar de envelhecimento e morte faz compreender a esperança e fortalece a fé". **Somos nós, cuidadores, que vamos dar conta de sustentar a esperança, não de cura, mas uma esperança fincada na fé no outro ser humano que somos nós, cuidadores, capazes de compreender, acarinhar, cuidar, vale dizer, capazes de amar.**

É bom nos lembrarmos de que a finitude, quando nos mostra os limites inexoráveis da vida, nos mostra também os saltos que podemos ir dando para não desistirmos da busca de um sentido para a nossa vida. Temos muito incentivo para construir a nossa competência profissional, mas talvez precisemos dar um jeito de nos motivarmos para desenvolver uma competência existencial, de tal modo que, vivendo à procura de um sentido, façamos da nossa vida algo que realmente valha a pena.

Cuidados ao fim da vida das pessoas idosas

Viver sabendo que o fim está muito próximo é o doloroso caminho das pessoas que receberam o diagnóstico de uma doença incurável e que estejam na expectativa da morte. O medo do sofrimento na fase final pode causar uma chegada antecipada de vários sintomas. Como podemos imaginar a sensação de acordar pela manhã todos os dias, sabendo da possibilidade da morte iminente? **Assim, é urgente uma mudança na postura dos familiares e dos cuidadores dessas pessoas, pois entender a linguagem do coração e da emoção se torna mais importante e desafiante do que descobrir novos problemas orgânicos através de exames complementares. Se formos capazes de entender a sua linguagem, particularmente a linguagem não-verbal, vamos estar no ponto de partida para a percepção do que está ocorrendo. O olhar, o toque, a respiração, o movimento espontâneo, enfim, qualquer forma de comunicação se torna efetiva para as ações procederem de forma adequada.**

A evolução para a morte de uma pessoa idosa acometida de doença crônica acontece com ela já num estado de fragilidade, com um declínio progressivo das suas funções orgânicas até a falência total. É essencial que essa fase seja reconhecida como a chegada ao fim da sua vida, para acompanhá-la e atendê-la, prestando-lhe cuidados até o momento da sua morte. O diagnóstico correto dos problemas que a afligem é um facilitador da melhor abordagem e do controle adequado dos sintomas presentes, podendo trazer-lhe alívio, conforto e maiores possibilidades de aproximação dos familiares e amigos.

Por vezes, o estado de saúde da pessoa de quem cuidamos se agrava e ela vai para um hospital. Não nos esqueçamos de que o ambiente hospitalar, em alguns casos, afasta a pessoa doente de seus entes queridos, causando um enorme isolamento nessa fase final da vida, justamente quando algumas questões precisam ser resolvidas entre os familiares. A equipe de saúde deve ter a sensibilidade de reconhecer essas necessidades pessoais e ser uma grande facilitadora do processo de despedida. Uma sintonia fina deve estabelecer-se entre profissionais do hospital, cuidador, paciente e familiares, visando uma ação integrada, com fundamento na prática dos cuidados paliativos, visando enfrentarem juntos o processo da morte, aceitando-o como irreversível, mas propício à generosa oferta de cuidados.

À medida que a morte se aproxima é necessário que haja um acompanhamento fiel e dedicado do cuidador e dos profissionais de saúde envolvidos. Os cuidados devem ser reavaliados freqüentemente, pois novas necessidades se apresentam ao longo do lento processo de morrer. Acompanhar uma pessoa acometida de uma doença incurável até a sua fase avançada é uma experiência revestida de intensa significação, especialmente quando a pessoa apresenta um comprometimento de sua consciência. **A capacidade de interação com o mundo fica prejudicada, requerendo disponibilidade intensa de familiares e cuidadores. Essa é a hora de grandes resgates e resoluções de pendências, algo que a doença crônica, diferentemente das mortes súbitas e inesperadas, permite.**

Paciente terminal

O uso da expressão "paciente terminal" para indicar aquela pessoa com doença avançada e incurável não significa que nada mais há para se fazer. Pelo contrário, **é exatamente essa pessoa, no auge da sua fragilidade, extremamente dependente para as suas necessidades e, por vezes, com alto**

grau de rejeição social, que mais exige cuidado e assistência especializada. No período antes da morte, todas as suas funções vão declinando até haver uma falência orgânica total, para a qual qualquer medida para tentar reverter a situação é absolutamente inútil. É então que os cuidados paliativos entram em cena como a melhor e mais apropriada abordagem para o atendimento.

A prática dos cuidados paliativos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem preconizando e atualizando a definição dos cuidados paliativos para os pacientes nessas circunstâncias: "uma abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares em face de problemas associados a doenças que põem em risco a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e de uma avaliação absolutamente precisa e do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais."

Vemos que a OMS dá igual importância à intervenção médica, aos remédios para aliviar dores e desconfortos, aos aspectos emocionais, às questões sociais e à espiritualidade do paciente e seus familiares. Com isso, a OMS deixa claro que a chegada da morte é uma questão crucial da existência dos seres humanos e a ciência médica apenas pode – e deve – aplicar seus conhecimentos para ajudar o paciente naquilo que é da sua estrita competência. A mais, é a afeição, o respeito, a solidariedade, a compaixão e a espiritualidade que podem dar conta do cuidado devido ao paciente idoso ao fim da vida.

Imaginamos que deva ser da sua experiência de vida, caro cuidador, cara cuidadora, que a maioria das pessoas idosas da atualidade têm uma fé religiosa. Então, é você que tem o dever de providenciar a assistência espiritual específica dessa pessoa. E, se a pessoa ao fim da vida não tem uma fé, cabe a você respeitá-la e cuidar da espiritualidade dela como um caminho inesgotável de busca de sentido, que tem, por exemplo, na compaixão e na solidariedade, pilares fortes para a compreensão desse sentido. (Ver assunto *A importância da espiritualidade e da religiosidade na pessoa idosa*).

Os familiares na cena da morte

A angústia presente na cena da morte não é só da pessoa idosa que sofre com a evolução de uma doença crônica. Também os familiares ficam profundamente afetados com a expectativa de uma morte anunciada. Se você

é um cuidador familiar, além do desgaste físico gerado pela ação de cuidar de uma pessoa em fase avançada de doença, há todo um desgaste emocional e financeiro que vai desestruturando mais e mais a família ao longo do tempo. As relações familiares podem nos ensinar a falar mais com o coração. Não há medicação que alivie o sofrimento de uma pendência não resolvida com um ente querido. O processo da morte por doença crônica facilita e propicia a resolução das pendências, frustrações, a falar aquilo que deveria ter sido dito em outros momentos e, principalmente, favorece uma mudança de atitude. Demonstrações de afeição, carinho, amor, amizade e respeito têm um espaço privilegiado na dinâmica do cuidado. Quando o sofrimento é da esfera física, existem medicamentos que aliviam, porém não há qualquer remédio para a solidão, o isolamento social, o medo, o desespero ou culpa. Encarar esses sentimentos é uma tarefa difícil que requer sensibilidade, experiência, treinamento e maturidade.

Para o alívio dos sintomas físicos, o controle deve ser dinâmico, com avaliações médicas periódicas, onde você, cuidador ou cuidadora, tem um papel fundamental para a informação detalhada, clara e correta das mudanças que se sucedem no quadro em que o paciente se encontra.

Controle de sintomas

Freqüentemente, o processo da morte causa uma angústia, uma tristeza enorme e até uma perda do pensamento lógico dos familiares. Nesse momento, o cuidador precisa ajudar e ser ajudado, para que as decisões sejam conduzidas pelo bom senso e focadas no alívio. Sintomas orgânicos como dor e falta de ar jamais devem ser aceitos como inerentes ou naturais ao processo de morte. Não podemos deixar uma pessoa morrer sentindo dor ou qualquer desconforto físico. Isto é um compromisso da competência em saúde e da nossa humanidade.

Dor

Dor é aquilo que a pessoa diz que a incomoda. É importante determinar a origem e o tipo da dor. A expectativa de sentir dor gera uma angústia muito grande no paciente e seus familiares É mais difícil controlar um episódio de dor do que prevenir a sua recorrência. Assim, um dos aspectos mais importantes no controle da dor é a administração regular de analgésicos. Além disso, assumem grande importância as medidas que não dependem

de medicamentos, como relaxamento, meditação e suporte espiritual. Vale a pena você saber que existe um mito em relação ao uso da morfina. Quando corretamente indicada, a morfina se torna uma grande aliada no combate à dor física. Ao usar a morfina são necessárias medidas de controle da prisão de ventre, pois este é um efeito colateral previsível.

Falta de ar

A falta de ar é um dos sintomas mais comuns ao fim da vida e um dos que mais causam angústia. É bom você ficar atento para informar o médico que vai tentar determinar a causa: se é decorrente de uma infecção, uma compressão ou um distúrbio metabólico. Também a ansiedade provocada por esse sintoma deve ser controlada e há medicamentos para isso. O uso do oxigênio tem um efeito mais psicológico que prático. Muitas vezes, você usa um ventilador ou simplesmente abre a janela, e leva um conforto muito grande à pessoa.

Ansiedadade e agitação

A ansiedade e a agitação podem ser causadas por dor ou, em casos de pacientes com demência, pela incapacidade de comunicar os problemas que estejam causando desconforto. Incluem-se dentre esses, retenção urinária, impactação fecal, ferida cutânea, transtorno de sono. (ver assuntos: *Obstipação e fecaloma; Insônia; Identificação e prevenção de úlceras por pressão*). Uma música ambiente suave pode ajudar a tranqüilizar o paciente.

Náusea

Muitos pacientes apresentam náusea até o momento final da vida, sem ter vômito. A causa mais freqüente de náusea é a prisão de ventre que se torna crônica e é um sintoma freqüentemente negligenciado. É fundamental prevenir a formação de fecaloma com uso regular de laxativos e emolientes de fezes. É preciso prestar atenção ao paciente, se ficar sem evacuar por mais de três dias. Caso isso aconteça, o médico deve ser informado para serem tomadas as medidas necessárias, talvez até de retirada do fecaloma.

Confusão mental

A confusão mental é muito freqüente na fase final da doença e provoca um profundo impacto na família, que levará consigo a lembrança do seu parente

num estado de transtorno mental. Quando você observar que o paciente passa de um estado de lógica e percepção da realidade para um quadro de agitação, falando coisas sem sentido, não reconhecendo o lugar em que se encontra, procure informar o médico e peça esclarecimento. Você vai ver que a intervenção só é necessária se o paciente estiver incomodado e os familiares se apresentarem muito ansiosos. Se o paciente, apesar do problema, estiver confortável, o melhor é manter a calma e orientar a família.

Falta de apetite ou recusa alimentar

A falta de apetite ou recusa alimentar é outro sintoma muito comum ao fim da vida e causa mais transtornos aos familiares que ao paciente. Em princípio, você deve sempre respeitar o desejo do(a) paciente, especialmente se ele/ela estiver lúcido(a). É importante você saber que a pessoa deixa de comer devido à doença e que não ficará mais doente pela falta de alimento. Preste atenção: na fase final, este é um conceito básico. O aconselhamento médico é importante para tranqüilizar a família. Como sugestão para você aumentar a ingestão de alimentos, ofereça uma pequena quantidade de bebida alcoólica, a preferida dele, cerca de meia hora antes da refeição, para estimular o apetite; ou ofereça alimentos cheirosos e saborosos, sempre em pequenas quantidades. A utilização de alimentação artificial deve ser criteriosamente avaliada, devendo ser discutida pelo médico com o(a) paciente e seus familiares, pois os tubos causam muito desconforto, além do custo envolvido.

Outros lembretes

A hidratação básica pode ser feita por você, oferecendo líquido constantemente e colocando pequenos cubos de gelo na boca do paciente, ao longo do dia. Também a boa higiene bucal é uma medida de conforto. Lembre-se de que a sensação de boca seca e o hálito forte são fontes de extremo desconforto para a pessoa doente.

O poder do toque é mágico. A sensação de companhia, de não estar só, é altamente terapêutica para a pessoa doente. A solidão que é isolamento, enfraquece a alma. As pessoas assim solitárias se tornam vulneráveis e facilmente se entregam ao desespero e à desesperança. A vida, de fato, perde o colorido e o sentido. Dizemos popularmente que *a união faz a força* e, nesse momento de total entrega do corpo ao cuidado do outro, a presença física passa a ter uma dimensão infinita.

Você está percebendo que os cuidados paliativos são um conjunto orquestrado para oferecer alívio e conforto ao paciente. Seguindo uma boa orientação, você poderá ser de suma importância para a pessoa idosa ao fim da vida; você poderá ser o companheiro inesquecível para os familiares que perdem um dos seus, muitas vezes, um ente querido, outras vezes, uma pessoa por quem não sentiam afeição e é você, ao final, que irá significar a presença da solidariedade e da compaixão.

Considerações finais

A aproximação da morte, reconhecida e adotada sem negação da realidade que está acontecendo, facilita a escolha do tipo de atendimento que deve ser prestado, evitando-se, assim, as tão temidas futilidades terapêuticas.

A pessoa idosa no seu processo de morrer está viva, é um ser humano com uma história, entregando o seu legado e permitindo aos seus familiares e cuidadores uma despedida. Isso fará parte do luto pela perda dessa pessoa. Há, também, um luto antecipatório que ela mesma deve fazer pela perda da sua vida, assim como quem lidou com ela também vai fazer, no percurso dessa morte anunciada.

Pessoas idosas requerem um tempo para tentar resolver as pendências e se despedir dos seus entes queridos. O tempo é o bem mais precioso que temos, mas infelizmente só o valorizamos após uma ameaça de perdê-lo. A sensação de tempo perdido denota um tempo não vivido, sem ganho de experiência, troca de afeto e realizações. O tempo nunca pára, daí nós vivermos a nossa vida sentindo que ela nunca irá acabar e não nos importando em preencher alguns vazios, desprezando o tempo não usufruído com prazer. No momento em que se dá a sentença de que o tempo é limitado, a noção e a dimensão do tempo passam a ter um destino: o de não se perder tempo, quando cada minuto irá valer mais do que os sessenta segundos habituais.

Cuidadores requerem tempo para cuidar de si, tempo que, com grande freqüência, não é encontrado. Cuidar de quem sofre é sofrer junto; cuidar de quem sofre é exercício de muito amor. Como não há como extrair amor das profundidades do nosso mundo interno se ele não estiver lá, o cuidador de pessoas idosas morrendo, tem que ajudar a si mesmo, cuidando de si, de sua auto-estima, de seu amor por si mesmo como ser humano destinado a amar-cuidar seus semelhantes.

Concluímos com uma oração encontrada em Leo Pessini:

ninguém pode anestesiar nossa dor,
porque ninguém pode roubar nosso amor.

Os quadros seguintes descrevem algumas medidas simples, mas de extrema valia que podem ser executadas por qualquer pessoa e em qualquer ambiente.

Para a pessoa idosa: o que fazer quando o tempo pode ser curto

- Passe o tempo com as pessoas que lhe são importantes.
- Se for possível, grave ou escreva os desejos, pensamentos e necessidades.
- Aceite as desculpas e tente reorganizar as pendências.
- Tente corrigir erros do passado.
- Aceite ajuda.
- Tente manter a paz de espírito.
- Expresse os seus desejos, mesmo os mais difíceis de serem ditos.
- Escolha alguém da sua confiança para dizer o que deve ser feito após a sua morte.

Cuidados especiais para o(a) cuidador(a)

- Não se esqueça de se alimentar e ingerir líquidos.
- Não fique o dia inteiro ao lado do seu ente querido que está morrendo.
- Crie um tempo para caminhar, meditar e rezar.
- Fique próximo de pessoas amigas e que lhe querem bem.
- Procure um apoio espiritual que lhe dê conforto e paz de espírito.
- Não tenha medo de expor suas angústias e medos. Chore. As lágrimas podem significar amor e não fraqueza.
- Tolere o silêncio. Esta é uma importante forma de comunicação.
- Evite o uso abusivo de medicamentos não prescritos e o uso de álcool.
- Tente descansar em alguma hora do dia. A exaustão compromete o cuidado.

Sugestões de cuidados para o momento final da vida de uma pessoa idosa

- Manter o ambiente limpo, arrumado, ventilado e organizado.
- Permitir a entrada de luz natural de modo a acompanhar a evolução do dia.
- Manter música instrumental como parte do ambiente.
- Evitar brigas, discussões ou um ambiente tenso.
- Manter um colchão confortável, mudando o(a) paciente de posição a cada duas horas ou sempre que houver um incômodo. Se a pessoa estiver dormindo tranqüilamente, evite a movimentação.
- Se for possível, manter a cabeceira da cama mais elevada.
- Providenciar o banho diário.
- Manter a boca umedecida com pequenos fragmentos de gelo e saliva artificial.
- Fazer um rodízio das visitas, evitando várias pessoas em um mesmo momento.
- Manter os olhos lubrificados com lágrima artificial.
- Manter a integridade da pele, evitando a formação de feridas.
- Fale sempre o que irá fazer, mesmo que o(a) paciente esteja dormindo.
- Alimentar somente com o(a) paciente acordado(a) e com o tronco elevado; se possível, sentar.
- Não se privar de dizer o que tem vontade, abraçar e beijar.
- Evitar o pânico no momento da morte; lembrar que a morte é a despedida final da vida e, se possível, deve acontecer num ambiente sereno propício à celebração daquela vida que ali se acaba.

Sugestão para leitura:

Pessini, Leo; Bertachini, Luciana. (orgs.) *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola, 2004, 319 p. (Um convite para quem cuida de alguém ao fim da vida, para pensar e agir com conhecimento e ternura).

Identificação e prevenção das úlceras por pressão

Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Introdução

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

Identificação

O início das úlceras é evidenciado por manchas vermelhas ou roxas que não desaparecem após a mudança de posição, bolhas que vão escurecendo ou até mesmo perda da pele ou uma crosta preta (que é a escara). Também a pele mais quente ou mais endurecida nestes locais pode evidenciar o início de uma lesão e se não tratada, a ferida pode atingir até os ossos. Se a pessoa não tem controle da urina e fezes e tem dificuldades para ter uma boa alimentação o problema pode se agravar. No entanto, certas medidas podem ser usadas para diminuir o problema.

Prevenção

Para a prevenção das úlceras é preciso saber que o fator principal é o excesso de pressão local. Assim, as pessoas têm que ser mudadas freqüentemente de posição, não podem ficar deitadas ou sentadas em superfícies duras, devendo-se usar colchão e/ou almofada tipo caixa de ovo ou de ar e as proemi-

nências ósseas tem que ser protegidas com almofadas ou travesseiros macios e os pés precisam ser elevados (Figura 1).

Figura 1. Proteção das proeminências ósseas com almofadas e travesseiros

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

Também a forma inadequada de movimentar a pessoa contribui para o surgimento da úlcera. Deve-se evitar arrastá-la ou deixar que a pele fique se esfregando contra os lençóis, causando fricção. O uso de um forro sobre o lençol debaixo do doente permite que este seja levantado durante a mudança de posição e não arrastado, porém a movimentação precisa ser feita por pelo menos duas pessoas (Figura 2).

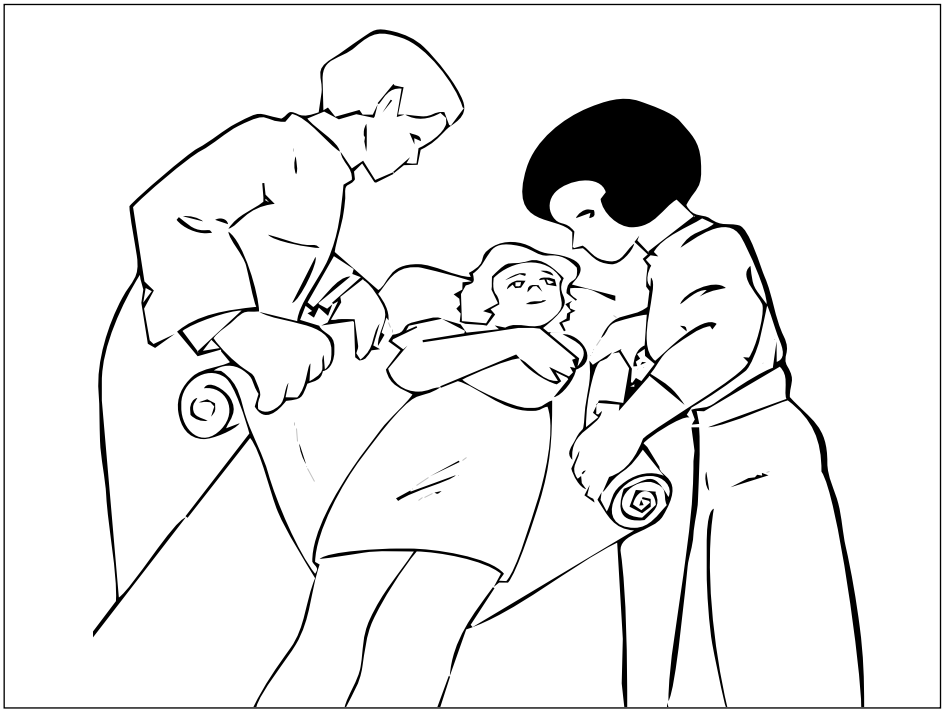


Figura 2. Movimentação do acamado para evitar arrastar na cama

Recomenda-se também evitar que as costuras de lençóis fiquem em contato com a pele, assim como dobras de forros de cama e botões nas roupas.

O exame diário e freqüente da pele auxilia a identificar o início da úlcera precocemente e a avaliar o que precisa ser mudado no cuidado para que a úlcera não ocorra ou que seja resolvida antes do seu agravamento.

A pele ressecada ou úmida pelo suor ou urina facilita o desenvolvimento da úlcera. Deve-se diminuir o uso de sabonetes na higiene corporal, não usar água quente e passar creme hidratante no corpo todo, diariamente. A troca freqüente das roupas pessoais e da cama auxilia na diminuição da umidade da pele e a prevenir a úlcera.

As pessoas que não estão aceitando a alimentação ou que estão emagrecidas têm maior risco para ter a úlcera por pressão e precisam receber uma complementação alimentar para que não fiquem com deficiências que podem tornar a pele mais frágil. Consulte um profissional para a avaliação nutricional e questione sobre a necessidade do uso de suplementos ou substitutos alimentares

Se observar que mesmo seguindo estas recomendações a úlcera se desenvolver ou se agravar, procure um profissional de saúde para orientações quanto ao tratamento.

Fonte das figuras:

CALIRI, MHL. Guia para prevenção de Úlcera de Pressão ou Escara. Orientação para pacientes adultos e famílias. RP 1998.

Cuidados com a administração de medicamentos

Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Definição

Medicamento é toda substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças ou seus sintomas em seres humanos.

Por que utilizar medicações*?*

As medicações são usadas não só no tratamento de doenças ou incapacidades, mas também na prevenção de certas doenças, no alívio da dor e do sofrimento, permitindo que pessoas em estado terminal possam viver com mais dignidade e menos sofrimento.

Muitas medicações têm contribuído para aumentar o tempo de vida, melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas. No entanto, quando não são usadas adequadamente, podem apresentar conseqüências graves.

Considerações sobre o uso de medicações em pessoas idosas

O uso de medicações pelos idosos torna-se preocupante na medida em que estes desenvolvem múltiplos problemas de saúde, levando-os ao consumo de uma grande variedade e quantidade de medicamentos. Com o envelhecimento o número de doenças crônicas tende a aumentar, e para cada doença crônica são utilizadas em média 1 ou 2 medicações.

Os pacientes idosos usam em média três a quatro tipos diferentes de medicamentos ao dia, em horários diversos. Sabe-se também que quanto maior o número de medicamentos utilizados, maior a chance de erro na sua admi-

nistração, seja na dose, no horário ou no tipo de remédio. Isso pode acontecer tanto por parte do idoso, na auto-administração da medicação, quanto por parte do cuidador, que pode estar sobrecarregado com outras tarefas.

Muitos idosos costumam consultar com médicos de diferentes especialidades, recebendo múltiplas prescrições. Muitas vezes, nem todos os médicos envolvidos sabem de todos os medicamentos que os idosos estão tomando, o que pode levar a redundâncias e interações medicamentosas (quando um medicamento intensifica ou diminui os efeitos do outro, podendo prejudicar o paciente).

O uso incorreto de medicações entre os idosos é uma importante causa de internações, e até mesmo de morte. Estudos mostram que menos de 30% dos idosos usam suas medicações corretamente.

A atenção com o idoso dementado deve ser redobrada pelo cuidador, pois se trata de uma pessoa que não preserva suas capacidades funcionais, entre elas a habilidade e a memória necessárias para a auto-administração de medicamentos.

Grande parte dos cuidadores ajuda os amigos ou familiares na administração de medicamentos. Muitos cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer ou outros tipos de demência relatam problemas para administrar a dose certa no horário correto a esses pacientes.

As mudanças que ocorrem com o envelhecimento e as incapacidades fazem com que as pessoas sofram mais facilmente problemas relacionados às medicações. Contudo, esses problemas podem ser prevenidos na maioria das vezes, desempenhando o cuidador papel fundamental nesta prevenção, ajudando a identificar quando um determinado problema pode estar relacionado a alguma medicação em especial.

Um problema comum entre as pessoas idosas e pessoas com incapacidades é o uso de múltiplos medicamentos ao mesmo tempo. Sabe-se que quanto mais medicações uma pessoa usa, maior o risco de ocorrerem problemas relacionados ao uso de medicações (interações medicamentosas).

Problemas comuns associados ao uso de medicamentos

Necessidade de novo medicamento

Ocorre quando o paciente necessita de alguma medicação que não foi prescrita. Freqüentemente a dor e a depressão não são diagnosticadas ou tra-

tadas de forma correta na pessoa idosa, sendo consideradas aspectos normais do envelhecimento. Isso pode prejudicar o desempenho nas atividades diárias e sociais da pessoa idosa.

Uso de medicações desnecessárias

Ocorre quando não há uma razão médica para o uso da medicação (polifarmácia). Com isso podem ocorrer efeitos tóxicos, além do custo desnecessário ao paciente.

Uso de medicações erradas

Observa-se quando a pessoa faz uso de medicação não adequada para seu problema e os resultados positivos esperados não ocorrem ou são superados pelos efeitos colaterais . Por isso é importante que tanto o paciente quanto o cuidador entendam o que e quanto devem esperar do uso de uma determinada medicação.

Dose muito baixa

Pode ocorrer quando é prescrita uma dose muito baixa ou quando o paciente resolve tomar uma quantidade menor do remédio prescrito. Quando isso ocorre a medicação pode não trazer o benefício esperado.

Dose muito alta

Quando é prescrita ou o paciente simplesmente ingere uma quantidade de medicação maior do que o necessário. Esse problema é comum entre os idosos, uma vez que com o envelhecimento o organismo pode alterar a forma de metabolizar os medicamentos. Uma dose normal para um adulto jovem pode significar uma dosagem alta demais para um idoso.

Efeitos colaterais do medicamento

São reações desagradáveis ou prejudiciais causadas pela medicação.

Podem ocorrer quando a pessoa é alérgica a determinado remédio; quando acontece uma interação com outro remédio, fazendo com que o efeito seja diferente do esperado, quando não é administrada a dose certa ou quando a dosagem é aumentada ou diminuída muito rapidamente.

A pessoa não usa a medicação da forma prescrita

Ocorre quando a pessoa acha que a medicação causará algum efeito desagradável, acha inconveniente tomá-la ou confunde a maneira de tomar a

medicação. Este último caso é muito comum entre hipertensos idosos, muitos dos quais pensam que não devem tomar a medicação quando a pressão estiver normal ou que devem tomá-la apenas se tiverem algum sintoma que acham que pode estar associado à pressão alta, como a dor de cabeça, que é geralmente a causa (e não a conseqüência) do pico da pressão sanguínea. Muitas vezes o idoso deixa de tomar algum remédio devido ao custo, mas tem vergonha de dizer aos profissionais de saúde.

Remédio natural não significa ser seguro e efetivo

Em alguns casos as ervas ou chás podem ser benéficos. No entanto, em outros casos, podem trazer importantes reações adversas. Portanto, todos os remédios utilizados, naturais ou não, devem ser informados ao médico.

Prevenindo problemas relacionados às medicações

É importante que o cuidador entenda o que são os problemas relacionados às medicações, reconheça sinais e sintomas, bem como identifique as medidas que podem ser tomadas para evitar esses problemas.

É importante lembrar que os efeitos das medicações podem ter um impacto direto nas atividades diárias do idoso ou da pessoa dependente. Podem ser considerados efeitos ou sintomas de problemas relacionas às medicações:

- sonolência excessiva;
- confusão mental;
- depressão;
- delírio;
- insônia;
- tremores;
- incontinência urinária;
- fraqueza muscular;
- perda de apetite;
- quedas e fraturas;
- mudanças na fala e na memória.

Quando esses sintomas forem identificados, o cuidador deve ficar alerta, pois pode estar ocorrendo algum problema relacionado à medicação.

Medidas para o uso correto das medicações

Na tentativa de evitar problemas maiores e de promover o uso correto das medicações, o que é fundamental para o bom andamento dos cuidados, algumas medidas são sugeridas:

- coloque os medicamentos em uma caixa com tampa (plástica ou papelão), ou vidro com tampa, tomando o cuidado de usar caixas diferentes para medicamentos dados pela boca, para material de curativo e material/medicamentos para inalação. Assim, torna-se mais higiênico e evita-se confundir o meio de administração do medicamento;
- converse com o médico ou enfermeira responsável sobre a possibilidade de dividir as medicações em horários padronizados quando necessário, como por exemplo café da manhã, almoço e jantar, e faça uma lista do que pode e do que não pode ser dado no mesmo horário. Para facilitar, você pode dividir a caixa em compartimentos, e colocar os respectivos medicamentos nos respectivos horários. Evite sempre que possível medicações durante a madrugada;
- para facilitar a administração dos medicamentos você pode usar o Plano de Medicação Diária (impresso com vários relógios desenhados-modelo a seguir), o qual com a orientação do médico, enfermeira ou farmacêutico, distribui a medicação em horários padronizados. Este Plano de Medicação deverá ficar em lugar de fácil visualização, como por exemplo, a porta da geladeira. Ou ainda, é possível comprar ou confeccionar caixas, com dias da semana e turnos separados para colocar os remédios, facilitando sua administração tanto pelo cuidador como pelo idoso que ainda for capaz;
- mantenha os medicamentos nas caixas/frascos originais para evitar misturas e realizar o controle da data de validade quando não houver uma embalagem adequada e com informações claras, na qual os remédios possam ser colocados;
- mantenha os medicamentos em local seco, arejado, longe do sol, de crianças e animais domésticos;
- deixe somente a última receita junto à caixa de medicamentos. Isto evita confusão quando há troca de medicamentos ou receitas, facilita a consulta em caso de dúvidas ou quando solicitado pelo profissional

de saúde. Para evitar confusão, você pode devolver os medicamentos que não estão sendo utilizados para o centro de saúde;

- não acrescente, substitua ou retire medicamentos sem antes consultar um profissional de saúde; lembre-se que medicamentos prescritos para outras pessoas podem não ter o mesmo efeito, ou não serem indicados para o paciente em questão;
- caso o paciente utilize vários medicamentos por dia, utilize um calendário ou um caderno onde você possa colocar a data, o horário, e colocar um visto nas medicações já dadas. Isso evita a administração de doses ou medicações repetidas;
- evite dar medicações no escuro, para não correr o risco de trocas perigosas;
- se o idoso apresentar dificuldades para engolir comprimidos, ou alimentar-se por sonda, converse com o médico ou enfermeira sobre a possibilidade de dissolvê-lo em água ou suco, e caso não seja possível, peça para o profissional trocar o medicamento;
- não use como referência a cor ou tamanho do comprimido, pois esta pode mudar de acordo com o laboratório fabricante;
- o cuidador deve sempre avisar o médico ou enfermeira quando o paciente parar de tomar algum medicamento prescrito;
- o cuidador não deve aceitar empréstimos de medicamento quando o do seu paciente acabar. Muitas vezes o medicamento tem o mesmo nome, mas a sua concentração é diferente. Seja prevenido e sempre confira a quantidade de medicamento antes de feriados ou finais de semana, para não correr o risco de faltar;
- mantenha uma lista atualizada sobre todas as medicações em uso (conforme modelo a seguir). Isso pode facilitar as informações na hora da reconsulta, além de fazê-lo entender melhor e manter um controle sobre os medicamentos que estão sendo usados;
- sempre esclareça suas dúvidas com a enfermeira ou o médico.

Sugestões para leituras:

Sá SPC; Lindolpho MC; Santana R et al. **Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência – atuação da enfermagem no programa**

interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.9 n.3 Rio de Janeiro 2006.

Manual de cuidados domiciliares na terceira idade. Guia prático para cuidadores informais – Secretaria Municipal de Saúde, Campinas – SP.

Quadro A - Relógio para controle de medicamentos

Horário		Medicamento	Dose

Quadro B - Ficha para controle de medicações

Nome:_____ Data: _____

Nome do remédio	Serve para quê?	Qual a dosagem?	Toma em qual horário do dia?	Qual a cor e formato do remédio?	Quais os efeitos colaterais ou orientações?

Manobra Heimlich para intervir em caso de engasgo

Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Engasgo

Pode ocorrer sempre que um alimento (líquido ou sólido) ou um objeto é colocado na boca, engolido e ao invés de ir para o estômago, se extravia e vai para o pulmão, o que chamamos de aspiração. Dessa forma, o alimento ou objeto pode impedir a passagem de ar para os pulmões podendo levar à sufocação ou asfixia.

Pode, então, ser causado por:

- pedaços grandes de alimentos mal mastigados (principalmente carne);
- balas, doces, bombons, líquidos;
- ingestão excessiva de álcool;
- prótese dentaria;
- vômito, etc.

Condutas para prevenir o engasgo:

- cortar os alimentos em pedaços pequenos e orientar o idoso para mastigá-los bem, vagarosamente, especialmente se a pessoa usa dentadura;
- evitar rir e conversar enquanto estiver mastigando e engolindo;
- evitar ingestão excessiva de álcool.

Como identificar uma situação de sufocação/asfixia por engasgo

Quando uma pessoa engasga pode apresentar os seguintes sinais (Figura 1):

- tosse;
- agitação;
- dificuldade para falar ou não consegue falar;
- dificuldade para respirar;
- leva a mão à garganta.

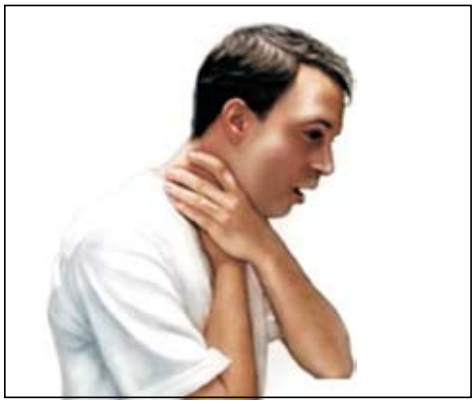


Figura 1: Sinais de sufocação/asfixia por engasgo

Como proceder em caso de engasgo:

- em caso de vômitos, manter a cabeça do idoso virada para um dos lados, evitando que ele engula o vômito e este vá para o pulmão;
- nunca tente puxar os objetos da garganta ou abrir a boca para examinar o seu interior, pois esta conduta pode empurrar o objeto para dentro e dificultar, ainda mais, a sua saída ou provocar o vômito e agravar a situação do idoso;
- estimular o idoso a tossir com força, pois este é o recurso mais eficiente quando não há asfixia/sufocação;
- enquanto o idoso estiver tossindo ou ainda emitir algum tipo de som, não devemos interferir, pois isto é um processo normal de defesa do organismo, para tentar liberar a passagem de ar para os pulmões;
- se o idoso não consegue tossir com força, falar ou emitir sons é um sinal de que o objeto/alimento está impedindo totalmente a passagem de ar, o que significa que há asfixia/sufocação.

E se estiver ocorrendo asfixia/sufocação:

- se você notar que o objeto está impedindo totalmente a passagem de ar para o pulmão, ou seja, **que o idoso não respira, deve de ime-**

diato chamar pelo serviço de emergência e, em seguida, aplicar no idoso a manobra conhecida como de "HEIMLICH".

Manobra Heimlich com o idoso consciente em pé ou sentado (Figuras 2, 3 e 4):

- fique de pé, atrás, com seus braços ao redor da cintura do idoso;
- coloque a sua mão fechada com o polegar para dentro, contra o abdome do idoso, ligeiramente acima do umbigo e abaixo do limite das costelas; agarre firmemente seu pulso com a outra mão;
- exerça pressão contra o abdome rapidamente para trás e para cima;
- repita até que o objeto seja expelido.

Caso o idoso não consiga ficar em pé, ou se você não tem força suficiente esta manobra poderá ser realizada com ele sentado ou deitado.

Figuras 2 e 3: Manobra Heimlich com o idoso consciente em pé.

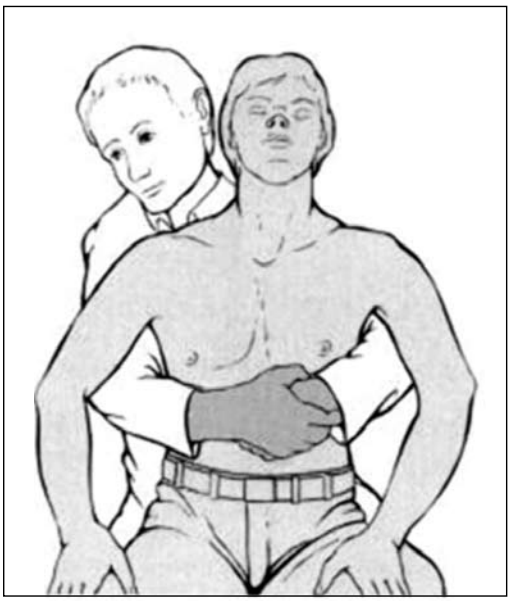


Figura 4: Manobra Heimlich com o idoso consciente sentado

Manobra Heimlich com o idoso consciente deitado (Figura 5)**:**

- coloque o idoso deitado de costas com a face para cima;
- ajoelhe-se com as pernas afastadas, na altura dos joelhos do idoso;
- coloque o punho de uma mão com os dedos estendidos no abdome do idoso, ligeiramente acima do umbigo e abaixo do limite das costelas; a outra mão em cima da primeira;
- exerça pressão contra o abdome rapidamente para cima;
- repita até que o objeto seja expelido.

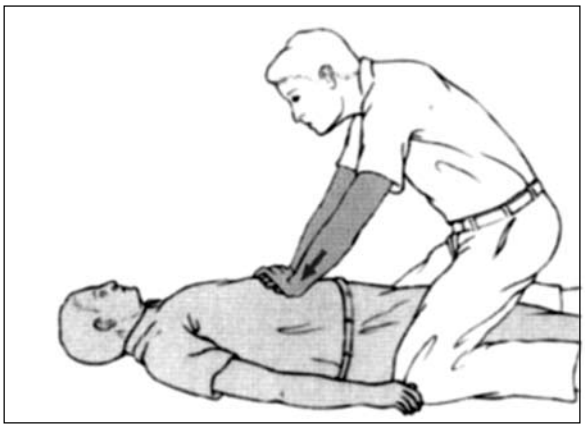


Figura 5: Manobra Heimlich com o idoso consciente deitado

NÃO ESQUEÇA

Em primeiro lugar, mande alguém ligar para um serviço móvel de socorro (por exemplo, o SAMU "192") enquanto você começa a prestar o socorro mais imediato.

Sugestão para leitura:

AMERICAN HEART ASSOCIATION Suporte Básico de Vida para provedores de saúde. Emergency Cardiovascular Care Programs, 1997-99.

Fontes das figuras:

www.ibvivavida.org.br/Utilidade_Publica.asp

www.lxjovem.pt/index.php?id_tema=473

Noções de cuidado no asseio cotidiano

Idiane Rosset Cruz
Luciana Kusumota
Maria Helena Larcher Caliri
Rosalina A. Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Introdução

Dentre as atividades do cuidador estão o auxílio e/ou a realização da higiene pessoal da pessoa idosa que tem dificuldades ou que não consegue cuidar-se sozinha. Mas é de extrema importância lembrar que, mesmo que sejam poucas as habilidades e os desejos dessas pessoas, estas devem ser estimuladas e respeitadas durante este processo.

Existe um aspecto prático da realização dos cuidados no asseio cotidiano a ser ressaltado, principalmente no banho e troca de fraldas, que é manter a privacidade da pessoa idosa, durante os cuidados, não expondo desnecessariamente sua intimidade. Para tanto, deve-se manter o local tranqüilo e protegido de visitas inesperadas ou mesmo de pessoas conhecidas ou da família.

Quando a pessoa idosa não quiser fazer a sua higiene e nem deixar o cuidador fazê-lo, deve-se manter postura determinada, explicar a sua importância, evitando a confrontação e a discussão e conduzindo com firmeza, passo a passo, a execução de toda a tarefa.

Durante a realização do asseio cotidiano (banho, troca de fraldas e higiene bucal) deve-se aproveitar para fazer a avaliação de todos os segmentos do corpo da pessoa idosa, avaliando a pele (temperatura, hidratação, cor, presença de manchas roxas, lesões, dor, coceira, fragilidade), pelos e cabelos (cor, quantidade, presença de falhas, caspas, coceira, piolho), unhas (tamanho, podem se apresentar quebradiças, espessas, com micose "unheiro"), boca e lábios (cor, presença de lesões e ressecamento nos lábios e gengivas, ajuste de próteses, restos de alimentos, hálitos e condições dos dentes). Caso encontre problemas durante a avaliação, é importante procurar ajuda com o profissional da saúde, que possa orientá-lo quanto às providências a serem tomadas.

As unhas devem ser cortadas semanalmente e os cortes do cabelo e da barba devem ser feitos periodicamente. É importante lembrar que o cuidador também deve manter suas unhas aparadas e ter cautela ao manusear a pessoa idosa, evitando ferimentos, pois com o envelhecimento a pele se torna mais fina e muito sensível. O cuidador deve sempre lavar suas mãos antes e após realizar qualquer cuidado com a pessoa idosa, mesmo quando usa as luvas descartáveis, e ainda sempre que estiver manuseando algum material sujo e for trocar por outro limpo, para evitar contaminações da pessoa idosa e de si mesmo.

O banho da pessoa idosa deve ser realizado com a finalidade de proporcionar conforto e bem-estar, remover sujidades aderidas à pele e odores desagradáveis, estimular a circulação, remover células mortas e microorganismos, e favorecer a transpiração. Deve ser realizado todos os dias, no horário de preferência da pessoa idosa ou que melhor convir.

Banho no chuveiro

O banho de chuveiro é o tipo de banho mais adequado, pois promove a higiene mais completa e maior sensação de bem-estar para a pessoa idosa, principalmente em locais de intenso calor no ambiente. Pode ser promovido para pessoas idosas que andam sozinhas, com andador, com muletas, de cadeira ou com ajuda. Contudo é necessário tomar alguns cuidados para a segurança da pessoa idosa:

- providenciar colocação de barras de apoio ao lado do vaso sanitário e nas paredes internas do boxe;
- providenciar a colocação de suporte de sabonete e outros acessórios ao alcance da pessoa idosa;
- garantir piso não escorregadio ou uso de tapete antiderrapante;
- garantir boa iluminação;
- na medida do possível ter espaço livre (cerca de 1,5 m) para movimentação da pessoa idosa e cuidador dentro do banheiro;
- na medida do possível adequar a altura da pia/lavatório e do vaso sanitário para que fiquem acessíveis à pessoa idosa;
- eliminar degraus no acesso ao banheiro;

- garantir a presença do chuveiro de mão para facilitar o banho;
- sempre verificar se a temperatura da água está adequada ao clima. Dê preferência à água morna, pois quanto mais quente, maior o ressecamento da pele;
- separar todo o material necessário: toalhas, chinelos com fechamento atrás (para evitar quedas), xampu, creme hidratante, sabonete, roupas limpas, pente ou escova de cabelo, assim não se corre o risco de ter que deixar a pessoa idosa sozinha em um lugar potencialmente perigoso (molhado). Dê preferência aos sabonetes hidratantes para promover a hidratação da pele;
- colocar uma cadeira de base firme, no interior do boxe;
- procurar dar o banho sempre no mesmo horário e local e da mesma maneira; pois na medida do possível, a pessoa idosa, que tem condições, pode realizar a sua própria higiene corporal;
- no preparo do banho, todas as ações devem ser explicadas à pessoa idosa de forma clara e pausadamente, passo a passo e o cuidador deve incentivá-la e motivá-la ao seu próprio cuidado;
- sempre ajudar a pessoa idosa ao entrar e sair do boxe e sentar-se na cadeira de forma segura;
- assegurar privacidade à pessoa idosa que pode banhar-se sozinha. Contudo, o cuidador deve ficar alerta aos chamados ou indícios de algum problema. Mantenha a porta destrancada para livre acesso, se necessário.

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

Banho no leito

Este tipo de banho deve ser realizado quando a pessoa idosa é totalmente dependente de outra pessoa e tem muitas dificuldades de se mover, ou quando a pessoa idosa é muito pesada e tem muitas dores ao mudar de posição. É importante ter outra pessoa para ajudar além do cuidador, dando mais segurança à pessoa idosa, evitando acidentes e cansaço físico. Existem também alguns requisitos para promover o banho de leito com segurança e conforto à pessoa idosa:

- aproveite o momento do banho para fazer movimentos com o corpo da pessoa idosa e massagens, para estimular a circulação sangüínea e evitar atrofias dos músculos. Se perceber manifestações de dor durante a movimentação da pessoa idosa, peça avaliação de algum profissional da saúde;
- separar todo o material necessário: bacias com água morna, retalhos de tecido, toalhas de banho, forros plásticos, lençóis, roupas limpas, comadre ou urinol, xampu, creme hidratante, sabonete, escova e creme dental, pente ou escova de cabelo, luvas descartáveis, evitando ter que interromper o banho após seu início. Dê preferência aos sabonetes hidratantes para promover a hidratação da pele;
- providenciar um ambiente sem corrente de ar, fechando janelas e portas. Desta forma, também irá dar privacidade à pessoa idosa;
- garantir boa iluminação;
- quanto à arrumação da cama, os pontos principais a serem seguidos são: utilizar lençóis limpos, secos, passados à ferro; não deixar migalhas de pão, fios de cabelos, etc., nos lençóis da cama; limpar o colchão, quando necessário; observar o estado de conservação do colchão, travesseiros e impermeável, e providenciar a troca quando necessário; não arrastar as roupas de cama no chão, nem sacudi-las no ar; não alisar com as mãos, as roupas de cama, mas ajeitá-las pelas pontas;
- no preparo do banho todas as ações devem ser explicadas à pessoa idosa de forma clara e pausadamente, passo a passo e o cuidador deve incentivá-la e motivá-la para seu próprio cuidado;
- é recomendado para o banho de leito que vá despindo a pessoa idosa de acordo com a parte do corpo que será higienizada, nunca deixando a pessoa idosa totalmente despida.

Inicia-se oferecendo a comadre ou urinol à pessoa idosa. Deve-se proceder mantendo a pessoa idosa de costas, auxiliando na retirada das roupas e protegendo-a com o lençol. Segue-se a seqüência para o banho de leito: 1) face, também neste momento pode ser realizada a higiene bucal, 2) cabeça, 3) pescoço, 4) tronco, 5) braços e axilas, 6) mãos, 7) pernas, 8) pés e 9) genitais e região anal.

Auxilie ou faça por ela a higiene bucal e face, a seguir coloque o forro plástico embaixo da cabeça da pessoa idosa para a lavagem dos cabelos, utilizando os materiais disponíveis e secando bem. O corpo será higienizado com os retalhos umedecidos e ensaboados, tomando sempre o cuidado de remover a espuma do corpo da pessoa idosa com a toalha úmida e, em seguida, secar com uma toalha seca, principalmente nas dobras e entre os dedos. As mãos e pés podem ser colocados dentro da bacia com água e sabão, enxaguados e secados. Faça a higienização da parte da frente do corpo e a seguir peça ajuda de outra pessoa para deitar a pessoa idosa de lado, segurando-a nesta posição para a higienização da parte de trás, nas costas. Aproveite para trocar os lençóis da cama neste momento, esticando bem os limpos até não deixar pregas e rugas, que podem machucar a pessoa idosa. Se estiver sozinho, posicione a pessoa idosa de costas para cima e deixe a troca dos lençóis para depois que terminar o banho. A higiene dos genitais e região anal deve ser feita para finalizar o banho e em todas as vezes que a pessoa idosa tiver eliminação urinária e fecal, evitando assim umidade e assaduras.

Troca de fraldas

O uso de fraldas descartáveis geriátricas pode ser útil, para as pessoas idosas que apresentam incontinência urinária e/ou fecal, ou seja, não conseguem controlar a eliminação de urina e/ou fezes (ver assunto *sobre Incontinência urinária e fecal*). O uso de fraldas pode causar constrangimento e vergonha para a pessoa idosa. Contudo uma boa conversa entre o cuidador, os familiares e a pessoa idosa, explicando a sua importância e a sua necessidade, de forma cautelosa, freqüentemente promove o entendimento e melhor aceitação por ela. Alguns cuidados são importantes quando se menciona o uso e troca de fraldas:

- não se deve colocar fraldas na pessoa idosa, simplesmente para ter menos trabalho com o seu cuidado. Se a pessoa idosa tem controle das suas eliminações, procure levá-la, em intervalos regulares, ao banheiro, durante o dia. As anotações podem ser úteis para identificar os melho-

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

- se a pessoa idosa não consegue controlar suas eliminações e ir até o banheiro, o uso da fralda geriátrica é indispensável, durante todo o dia e noite;
- deve-se realizar a troca das fraldas, em intervalos regulares. Todas as vezes que o idoso urinar ou defecar, a fralda deve ser trocada. Nunca deixe fraldas molhadas no corpo por muito tempo, evitando assaduras e feridas na pele;
- é necessário realizar uma boa higiene íntima (dos genitais e região anal), em todas as trocas de fralda. Separar todo o material necessário: jarro com água morna, retalhos de tecido, papel higiênico ou lenços umedecidos, toalha de banho, forros plásticos, comadre, sabonete, luvas descartáveis, fralda limpa, evitando ter que interromper a higiene após seu início. Dê preferência aos sabonetes hidratantes e use em pequena quantidade a cada higiene íntima;
- se a pessoa idosa tiver úlceras por pressão (escaras) próximas à área genital, precisa-se avaliar a necessidade de trocar os curativos durante a higiene íntima e troca da fralda;
- providenciar um ambiente sem corrente de ar, fechando janelas e portas. Desta forma também irá dar privacidade ao idoso;
- garantir boa iluminação;
- coloque as luvas descartáveis. Retira-se a fralda suja e o excesso de fezes, quando houver, usando papel higiênico ou lenços umedecidos. Em seguida, o ideal é lavar a área genital com uso de uma comadre embaixo do idoso, jogando água morna com um jarro e sabonete para retirar os resíduos das fezes e da urina. Procurre secar cuidadosamente as dobras para evitar assaduras. Após retirar a comadre, vire a pessoa idosa de lado, posicione a fralda limpa aberta embaixo da pessoa idosa, retorne-a à posição dorsal e acomode a fralda, abra as "fitas" nas laterais (não deixe que elas toquem na pele da pessoa idosa) e feche-as em direção ao centro;
- na mulher idosa, é muito importante lembrar-se de fazer a higienização da área genital, sempre da frente para trás, isto é, da vagina para

o ânus, evitando levar fezes para o canal da urina, que pode provocar infecção urinária;

- lembre-se de fechar a fralda de forma que não esteja muito apertada, pois quando a pessoa idosa está deitada, sua cintura está mais fina e ao sentar-se ou levantar, a pressão na barriga aumenta e pode ser muito desconfortável se a fralda estiver muito apertada;
- quando não se pode, por algum motivo importante, realizar a lavagem da área genital em todas as trocas das fraldas, deve-se pelo menos fazer a higiene íntima com lenços umedecidos, mas nunca retirar a fralda suja e colocar a limpa, sem antes ter feito a higiene, mesmo quando a pessoa idosa só tenha urinado na fralda;
- também é possível realizar a higiene íntima no banheiro, utilizando-se do chuveiro de mão ou ducha higiênica e assim, somente para colocação da fralda limpa será preciso deitar a pessoa idosa na cama.

Higiene bucal

O cuidado com a boca (cavidade oral) é muito importante. A higiene bucal envolve a lavagem das próteses (dentaduras e pontes), dentes naturais, gengivas, bochechas (mucosa oral) e língua a fim de evitar o acúmulo de alimentos entre os dentes e infecção, o que oferece uma sensação de bem-estar à pessoa idosa (ver assunto *Pneumonia*).

Deve ser realizada rigorosamente, principalmente após as refeições (café da manhã, almoço, jantar e lanche noturno). Quando possível deve ser estimulada e/ou ensinada para o idoso realizar, usando escovas (macia para as gengivas e dura para as próteses), creme e fio dental, além de água limpa para o enxágüe e bacia para desprezar o bochecho, se necessário. A solução antisséptica bucal também pode ser utilizada, principalmente quando não se tem a possibilidade de realizar a higiene com a escova, recomenda-se então envolver gazes em espátulas ou palitos de sorvete ("bonequinhas") para remover a sujidade da boca.

O "mau hálito" que, às vezes está presente, pode ser eliminado com a realização da higiene e uso da solução antisséptica bucal após as refeições.

As gengivas, língua e bochechas devem ser higienizadas com escova macia, para evitar ferimentos ou com as "bonequinhas". Os lábios devem ser protegidos com vaselina líquida ou manteiga de cacau, quando estiverem ressecados.

É extremamente importante observar as condições de conservação das próteses. Isto porque próteses desajustadas na boca, fazem com que a pessoa idosa deixe de comer certos alimentos, principalmente os de difícil mastigação, além de provocar ferimentos nas gengivas que facilitam ocorrência de infecção e aparecimento de tumores a longo prazo. Elas devem ser lavadas com escovas duras a cada realização da higiene bucal e no período noturno devem ser retiradas da boca e colocadas em um copo com água filtrada ou fervida.

Nutrição e alimentação da pessoa idosa e técnicas para evitar engasgos

Maira Rozenfeld Olchik
Myrian Najas

Introdução

A velhice não pode ser encarada apenas como um problema que preocupa a sociedade, mas sim como um processo que pode ser desejado por todas as pessoas. Para isso, é importante que se conheçam as necessidades e os problemas enfrentados pelas pessoas idosas, e assim encontrar soluções. Ou seja, como conseguir envelhecer bem, com independência, mantendo a maior capacidade possível. Esta, sem dúvida deve ser a nossa maior meta na vida, mas nem sempre isto é possível, pois convivemos com um número cada vez maior de doenças crônicas como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as osteoartroses, as demências, dentre outras, justamente por termos hoje pessoas vivendo muito mais tempo.

Neste contexto, precisamos compreender a importância de conhecermos todas as maneiras que podem fazer com que uma pessoa idosa com 70, 80, 90 ou 100 anos tenha a sua qualidade de vida preservada o máximo possível. Assim, a importância do cuidador no manejo da alimentação desta parcela da população é muito importante uma vez que cuidar bem da alimentação é uma das recomendações para promover a saúde da pessoa idosa.

O objetivo deste capítulo é descrever os dez passos para uma alimentação saudável para a pessoa idosa; conhecer os cuidados com a alimentação por sonda (quando a pessoa idosa não consegue mais comer pela boca); e também aprender a identificar o engasgos que podem levar a pessoa idosa a aspirar a comida e, consequentemente, fazer pneumonias (ver assunto *Pneumonia*).

Alimentação saudável

Uma alimentação saudável deve ocupar lugar de destaque em nossa vida diária, pois ela é certamente um das formas para se ter uma vida melhor.

Para que uma alimentação seja saudável, ela deve ter uma combinação correta de alimentos, procurando sempre utilizar um maior número de cores, ou seja, quanto mais colorido for o prato, maior é a chance dele fornecer todas as "vitaminas" etc. que o nosso corpo precisa.

Outro ponto que faz com que uma alimentação seja mesmo saudável é a forma como ela é apresentada para a pessoa idosa. É desejável que tenha uma boa apresentação no prato, seja saborosa e seja servida num ambiente agradável, tranqüilo e bem iluminado, preferencialmente servida no mesmo horário da família, para que ela possa continuar sempre integrada à rotina da casa. Se a pessoa idosa apresentar um estado de confusão mental, é mais indicado que faça as refeições em lugar mais calmo, com pouco barulho, sob a orientação da cuidadora.

Conhecendo a composição dos alimentos e entendendo as calorias

O ser humano necessita de energia para manter a temperatura do seu corpo, o funcionamento do seu coração, pulmão, rins, fígado, etc., e também para realizar todas as suas atividades da vida diária. Esta energia vem dos alimentos que comemos, e no nosso organismo são transformados em "calorias".

Cada um dos alimentos é formado por nutrientes que são substâncias com certas características nutritivas conhecidas como: proteínas, gorduras, hidrato de carbono, vitaminas, minerais e água. Cada um destes nutrientes tem uma função diferente no corpo e para avaliarmos como é a nossa alimentação diária, é bom conhecer como eles se dividem nos alimentos.

Em todos os alimentos encontramos estes nutrientes, mas alguns possuem mais do que os outros e por isso são chamados de alimento fonte. Por exemplo, nas carnes o nutriente mais abundante são as proteínas; por isso, elas são conhecidas como alimento fonte de proteína.

Segundo a quantidade de um determinado nutriente, os alimentos podem ser classificados em:

1) alimentos fontes de proteínas

A função destes alimentos é construir os órgãos, músculos, sangue, cabelos, unhas etc. e recuperar as feridas. Esses alimentos são as grandes fontes de proteínas, que podem ser de dois tipos: animais e vegetais. As primeiras são encontradas nas carnes de boi, aves, peixes, leite e substitutos, como queijo e iogurte. As proteínas vegetais encontram-se em feijão, ervilha, soja, lentilha, etc.

2) alimentos básicos

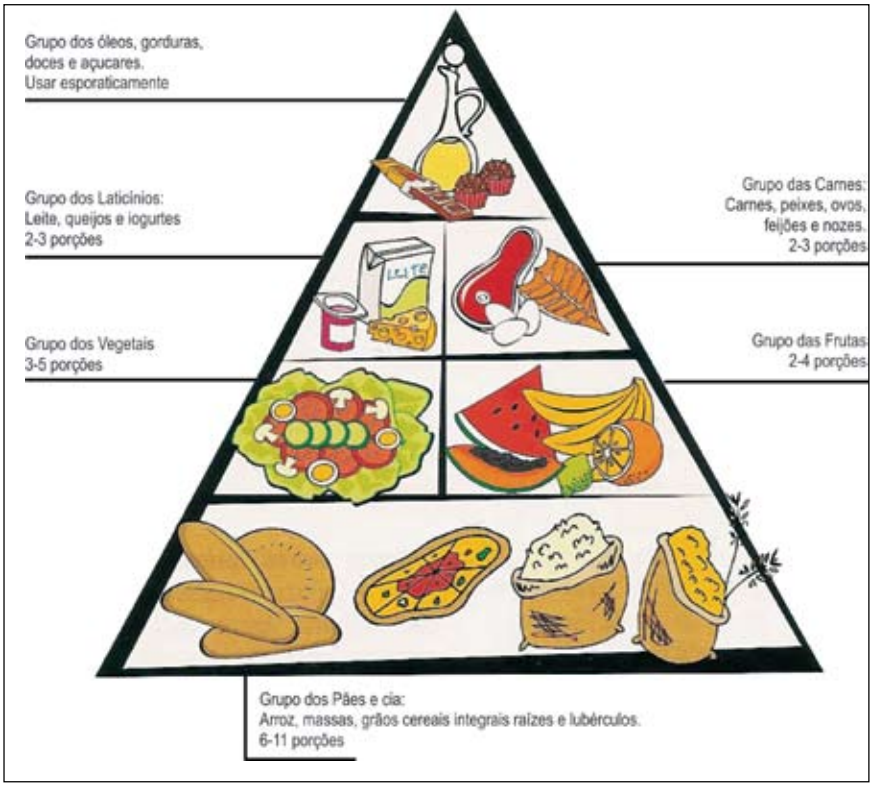
Fornecem energia para que possamos realizar nossas atividades diárias, como trabalhar, andar, comer e dormir. São grande fonte de hidratos de carbono e devem ser ingeridos em maior quantidade durante todo o dia. Suas fontes são: arroz, macarrão, batata, mandioca, pães, açúcares, mel, doces.

3) gorduras

As gorduras são grande fonte de energia, contém certas vitaminas e também são necessárias para o corpo. Devemos preferir os óleos vegetais como milho, soja, canola, girassol, azeite de oliva, mas a quantidade deve ser pequena, evitando-se, o quanto possível, o uso de frituras.

4) alimentos reguladores

São alimentos importantes para regular as funções do corpo e transportar nutrientes. São aqueles que contém vitaminas, sais minerais e fibras, encontrados nas frutas como laranja, banana, maçã; verduras, como alface, agrião, escarola, couve, brócolis, legumes como chuchu, cenoura, beterraba, pepino, etc.



Pirâmide dos alimentos

Agora que conhecemos os grupos de alimentos, fica mais fácil entender os dez passos para uma vida e alimentação saudável sugerida pelo Ministério da Saúde, em 2006.

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
2. Inclua diariamente seis porções dos alimentos básicos ou grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
3. Coma diariamente os alimentos reguladores, pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
5. Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves, antes da preparação, torna esses alimentos mais saudáveis!
6. Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.
9. Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
10. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Como evitar engasgos por meio de alimentação adequada e cuidados no posicionamento da pessoa idosa e do cuidador

Primeiramente, vamos entender como funciona a deglutição normal de todas as pessoas, isto é, como engolimos normalmente. Em seguida, veremos

as mudanças que ocorrem com o envelhecimento que podem levar a pessoa idosa a ter engasgos e, finalmente, conheceremos quais as orientações que o cuidador pode adotar para melhorar ou mesmo evitar os sintomas deste problema tão comum nesta parcela da população.

A deglutição normal é dividida em três fases. A primeira fase que chamamos de oral preparatória, é quando colocamos o alimento na boca. Nesta etapa mastigamos bem, formamos uma massa com o alimento e quando esta estiver pronta, a língua sobe e joga o alimento para a segunda fase.

> ***"Tente engolir a sua saliva, você irá perceber como a sua língua sobe até no céu da boca. É assim que acontece com os alimentos."***

Nesta fase inicial da deglutição podemos orientar a pessoa idosa a mastigar mais ou engolir bem devagar, sempre utilizando os comandos verbais e assim reduzir os riscos de engasgos.

O cuidador deve tomar muito cuidado quando escolher os alimentos, evitando ao máximo, os alimentos de dupla consistência (sólido e líquidos) como, por exemplo, a canja de galinha.

Outras orientações importantes nesta fase inicial são: não colocar pedaços grandes de alimentos na boca; não falar ao mesmo tempo em que se mastiga e, procurar realizar as refeições em ambiente tranqüilo. Estas condutas podem diminuir as chances de engasgos para todas as pessoas idosas.

A segunda fase da deglutição é chamada de reflexa, é quando o alimento já mastigado faz a passagem da faringe até o esôfago, quando tudo acontece automaticamente.

> ***"Se você colocar a mão no seu pescoço irá sentir uma espécie de cano, é exatamente por ai que passam os alimentos mastigados***."

A última fase da deglutição é chamada de esofágica, considerada involuntária e inconsciente, ou seja, não podemos dar nenhuma orientação para a pessoa idosa ter melhor controle nesta fase. Com ela a deglutição normal termina.

Qualquer alteração nessas fases pode comprometer a deglutição. Os engasgos são apenas um sinal de que algo não está bem na deglutição. Portanto, sempre que uma pessoa idosa estiver engasgando, o cuidador deve informar imediatamente a família ou algum profissional da equipe que esti-

ver acompanhando esta pessoa idosa. Quando os engasgos não são tratados, podem aumentar os riscos de desnutrição, desidratação ou aspiração de alimentos e/ou saliva (quando o alimento ou saliva vai para a via errada, ao invés de ir para o estômago vai para o pulmão) o que pode ocasionar uma pneumonia. Qualquer alteração no transporte dos alimentos da boca até o estômago caracteriza o que chamamos de disfagia.

Envelhecer não causa necessariamente problemas de deglutição, mas muitas pessoas idosas apresentam doenças em que a disfagia aparece como um sintoma de: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Parkinson, Alzheimer, Esclerose Lateral Amiotrófica, traumas e tumores. Atenção, cuidador, não são apenas as doenças que podem causar problemas para engolir, mas também a má adaptação da prótese dentária, a pouca quantidade de saliva por uso de medicações, a diminuição da força da língua, dentre outros, que podem comprometer na deglutição e causar engasgos.

As mudanças na consistência dos alimentos, ou seja, cozinhar por mais tempo com maior quantidade de água, também pode ser uma estratégia boa a ser utilizada pelo cuidador, mas lembre-se que isto tem que ser informado para a equipe de saúde, pois pode alterar o valor calórico que a pessoa idosa está comendo e fazê-la perder peso.

E, por último, quando nenhuma das soluções conseguir garantir a deglutição sem o risco de aspiração, é indicado o uso de sonda.

Ao realizar mudanças na alimentação, estamos interferindo muitas vezes nos hábitos das pessoas idosas. Portanto, elas podem achar difícil aceitar e seguir essas mudanças, pois, muito mais do que a alimentação, está sendo alterado um costume alimentar. E estes hábitos estão também ligados ao prazer que se tem numa refeição. Por isso, não devemos modificar a alimentação antes que seja necessário.

A seguir, estão descritas de forma mais sistemática algumas orientações para auxiliar o familiar e/ou o cuidador a identificar sinais de alterações de deglutição, bem como orientações para ajudar a pessoa idosa durante a alimentação.

1. Observar sinais que devem chamar a atenção

- É importante saber que ENGASGAR NÃO É NORMAL. Muitas vezes as pessoas vão deixando o engasgo ocorrer já que não é freqüente, porém o principal é saber que se há engasgo é porque a comida pode estar percorrendo o caminho errado. Tosses secretivas e pigarros durante a alimentação também devem chamar a atenção.

- Observar pneumonias de repetição, que podem ser um sinal de que existe aspiração de alimento.
- Desidratação e desnutrição podem ser sintomas de alterações de deglutição.
- Em alguns casos, mais raros, a aspiração pode ser silenciosa, ou seja, sem engasgo, porém, aparecem outros sinais como dificuldades respiratórias, mudanças no ritmo cardiáco e cansaço (durante a alimentação), febre, mudança no nível de consciência que podem indicar que algo não está bem.
- Sempre que houver mudança no nível de consciência, como por exemplo, em pessoas idosas com demência, as consistências alimentares devem ser reavaliadas.

2. Como auxiliar para alimentar de forma adequada

- Posicionar a pessoa idosa adequadamente: sentada, com os pés apoiados no chão; quando houver engasgos, abaixar a cabeça levemente em direção ao peito.
- Nunca oferecer o alimento na posição horizontal ou mal sentada, sugere-se elevar o tronco e/ou usar rolos de toalhas ou almofadas para apoiar a cabeça.
- A higiene oral deve ser realizada sempre, após a ingestão de alimentos. Também quando houver saliva em excesso, é muito importante limpar a cavidade oral, evitando que pequenos resíduos de alimentos possam ser aspirados.
- Observar o ambiente da refeição que deve ser longe de outros estímulos, sem distrações.
- Algumas pessoas idosas são mais lentas e outras mais rápidas. Se o ritmo não atrapalhar na deglutição, deve ser respeitado. Porém, é importante observar se a lentidão não faz com que parte do alimento seja esquecido na boca ou se a rapidez não faz com que o alimento seja mal mastigado.
- O uso de utensilios adequados facilita a boa alimentação; caso a pessoa idosa degluta melhor com pequenas quantidades, deve-se oferecer-lhe uma colher menor.
- O volume, sabor e temperatura devem estar adequados para facilitar a melhor deglutição.

3. **O que fazer para ajudar durante as refeições**

- Auxiliar com ordens verbais durante as refeições.
- Evitar dupla consistência (sopa com muitos pedaços, pois pessoas idosas com dificuldades cognitivas podem se confundir).
- Evitar que a pessoa idosa se deite logo após alimentar-se, devendo permanecer sentada, pelo menos, durante 30 minutos.

Quando as orientações acima não são suficientes e a alimentação deixa de ser segura, é indicada a introdução da sonda nasoenteral, como complementação da alimentação ou como única fonte alimentar. Esta opção só deve ser realizada por diversos profissionais, entre eles a fonoaudióloga, que poderá realizar manobras, exercícios e/ou troca de consistência alimentar orientando quanto à segurança da alimentação, juntamente com a nutricionista sobre a quantidade a ser ingerida via oral e/ou sonda, sendo esta uma opção que pode ser utilizada por um determinado período ou definitivamente.

Quando e como a alimentação por sonda deve ser utilizada

Quando a pessoa idosa, por motivo de doença, problemas de deglutição, ou por uma perda de peso muito grande não conseguir mais comer pela boca, ela pode ser alimentado por via de um tubo, também chamado de sonda, que é colocada pelo nariz e transporta o alimento líquido ou liquidificado até o estomago.

O objetivo da dieta que vai ser passada pela sonda é melhorar ou corrigir o estado nutricional das pessoas idosas que não podem se alimentar normalmente pela boca. Portanto, o cuidador deve ter muito controle com a higiene, o preparo e com a forma em que os alimentos ou preparações serão oferecidos à pessoa idosa.

As dietas oferecidas pela sonda podem ser preparadas em casa ou compradas prontas (industrializadas). A escolha de qual tipo usar deve ser feita pelo médico ou nutricionista.

As preparadas em casa devem ser feitas com os alimentos fonte de proteínas, carboidratos, gorduras, fibras, vitaminas e minerais e os ingredientes devem ser liquidificados e coados em peneira fina.

Já as industrializadas possuem várias especificações e serão indicadas conforme a doença que a pessoa idosa apresentar.

Para a administração da alimentação por sonda, o cuidador deve tomar alguns cuidados:

- os alimentos devem ser guardados na geladeira;
- os alimentos devem ser passados pela sonda, bem lentamente;
- o intervalo entre as refeições deve ser de aproximadamente 2 a 3 horas;
- após cada refeição, lavar a sonda com 20 ml de água;
- sempre oferecer os alimentos pela sonda com a pessoa idosa sentada de forma bem reta.

Todos estes cuidados e orientações podem tanto evitar que ocorram engasgos, como, também, permitem um tratamento mais eficiente para os casos de disfagia.

Importante lembrar

1. Conseguir identificar os problemas, e saber pedir ajuda aos profissionais da saúde deve ser uma meta no trabalho do cuidador.
2. Quanto mais rápido ele perceber os problemas de alimentação e nutrição que podem prejudicar a saúde da pessoa idosa, mais eficiente será a solução para recuperar ou manter a boa qualidade de vida dessa pessoa.
3. Conhecendo as técnicas que garantam uma alimentação segura, é possível proporcionar à pessoa idosa uma alimentação saudável por mais tempo.

Sugestão para leituras:

Anderson L., Dibble M.V., Turkki P.R., Mitchell H.L., Rynbergen H.J. Nutrição. 17 ed. Editora Guanabara 1998.

Furkim AM. Manual de cuidados com pacientes disfágicos. São Paulo: Lovise, 1999.

Guia alimentar – Saiba como ter uma alimentação saudável http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_bolso2.pdf

Mobilidade, posicionamento e transferência

Helith Moreno
Tatiane M. M. Nishimura

Introdução

Este material foi elaborado para quem cuida de pessoas idosas, que necessitam de auxílio e seu objetivo é auxiliar na promoção da saúde e prevenção de incapacidades. No entanto, este manual não dispensa a atuação de um profissional capacitado. No envelhecimento, a capacidade de se adaptar às mudanças diminui devido à perda gradativa das funções orgânicas, além das transformações psicossociais que o indivíduo sofre no decorrer do tempo. Isso faz parte do processo natural do envelhecimento, o que não significa doença.

Esse declínio gradativo da saúde de modo geral pode diminuir a capacidade da pessoa idosa de realizar as funções do dia-a-dia, que pode torná-la dependente de outras pessoas. (Ver assunto *Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência*).

No entanto, quando ocorre o envelhecimento associado à doença e aos maus hábitos de saúde, tais como sedentarismo, alimentação inadequada, dentre outros, o declínio na saúde é mais acentuado e, dependendo da evolução da doença, a pessoa idosa poderá tornar-se acamada. A longa permanência no leito leva a uma diminuição dos movimentos, o que implica em uma série de conseqüências.

A. **Diminuição da circulação** – o sangue circula mais lentamente, o que pode levar à síncope do coração, à hipotensão postural e à trombose ou obstrução de veias;

B. **Escaras ou úlceras por pressão** – uma mesma postura por tempo prolongado comprime a pele sobre proeminências ósseas. Tal pressão diminui a circulação do sangue e necrosa a pela na região;

C. **Pneumonias** – o pulmão se expande menos e a pessoa idosa perde proteções como a tosse, aumentando os problemas respiratórios;

D. **Deformidades** – a pessoa idosa imóvel ou acamada por dois dias perde em massa muscular, o equivalente ao que um adulto jovem perderia em uma semana. Membros atrofiados dificultam a mobilidade para higiene e transferência da pessoa idosa, além de causar dor.

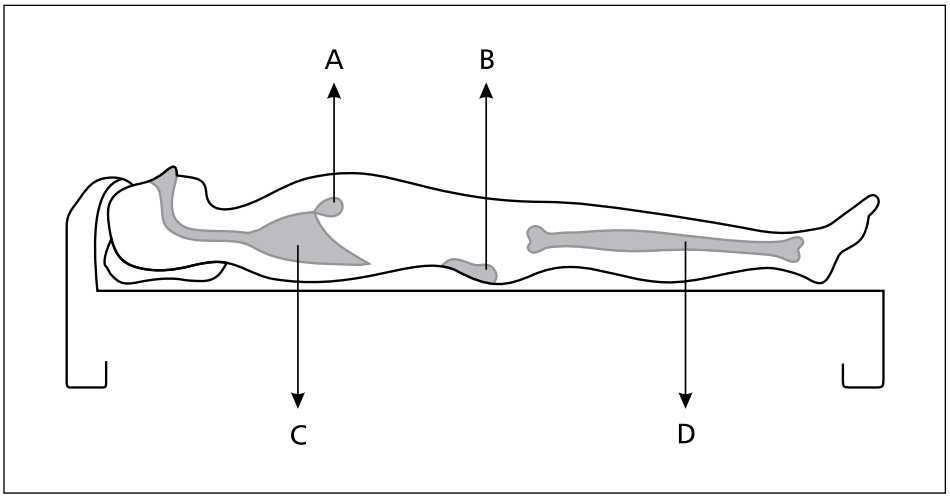


Figura 1. Algumas conseqüências do imobilismo na pessoa idosa.

O cuidador de uma pessoa idosa tem um papel determinante na prevenção de imobilismo, pois com algumas medidas diárias pode evitar tais conseqüências, diminuir o tempo que será gasto com o cuidado ao longo do tempo, reduzir despesas com medicamentos, internações hospitalares e curativos, melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e até mesmo evitar a morte por complicações.

O "bom cuidador" de uma pessoa idosa é aquele que avalia e sente diariamente seu "paciente", realizando suas tarefas com qualidade e carinho, independente do vínculo que os une.

Mobilidade

A capacidade de mover-se é função essencial para qualquer ser vivo. Cruze suas pernas e braços e mantenha a posição por 2 horas contínuas. O que você sentiu? – Uma pessoa que se tornou acamada por alguma doença que a impossibilitou de se locomover deve sentir a mesma sensação.

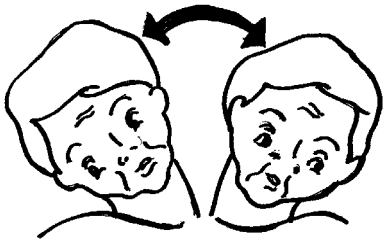
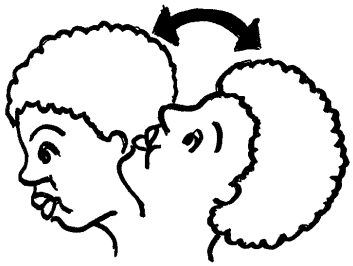
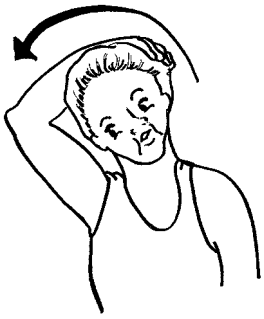
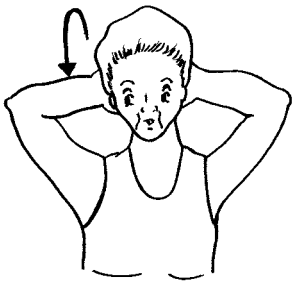
Por isso, é importante sempre estimular o movimento, mesmo nas coisas simples do dia-a-dia, preservando a **participação** da pessoa idosa nas atividades básicas, como **cuidados com a higiene pessoal, alimentação** ou outras atividades que sejam **seguras.** Quanto mais se fizer pela pessoa idosa, sem levar em conta a sua potencialidade, mais rápida será a progressão do imobilismo.

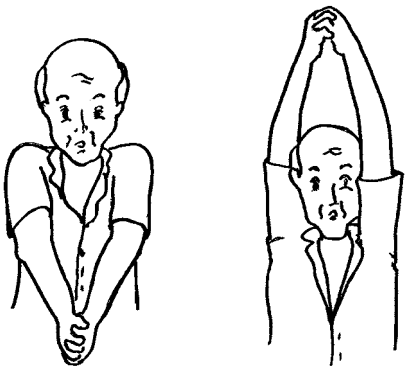
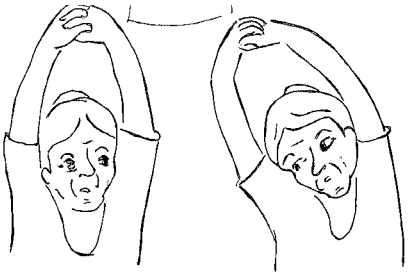
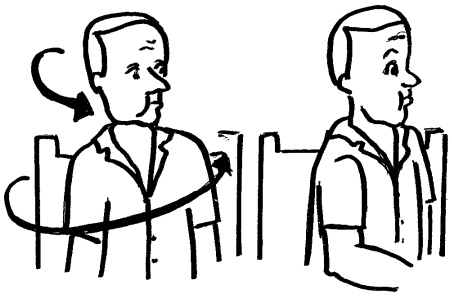
A atividade com exercícios dirigidos para a mobilidade também é muito importante, pois nutre e mantém a amplitude de movimento das articulações, evitando deformidades, dor ou contraturas, isto é, que os músculos fiquem rígidos e dificultem o movimento normal da parte do corpo que foi afetada.

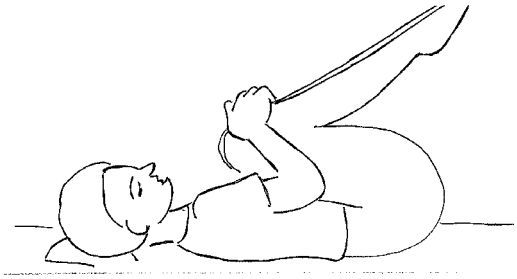
Introduza exercícios na rotina da pessoa idosa, sempre respeitando a mobilidade da articulação, o ritmo dela e mantendo intervalos de tempo durante a atividade. Tendo estes cuidados, você poderá evitar lesões na pessoa idosa.

Os exercícios para mobilidade descritos a seguir podem ser realizados de forma ativa, quando a pessoa idosa consegue realizá-los sozinha; de forma assistida, quando necessitar de algum auxílio; ou de forma passiva, quando a pessoa idosa já não for capaz de realizar o movimento.

Programa de exercícios para realizar com a pessoa idosa:

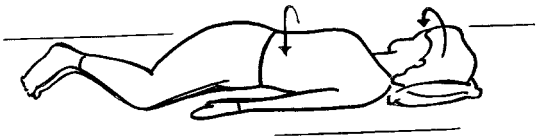
Cabeça	
  • Realize de forma lenta; • Repita cada movimento (2 séries de 10 vezes cada)	 1. Apóie sua mão na cabeça e aplique força no sentido da seta até sentir o músculo; mantenha a posição por 15 segundos; repita do outro lado.  2. Apóie suas mãos entrelaçadas na cabeça e aplique força no sentido da seta, até sentir o músculo se alongando; mantenha por 15 segundos.

Membros Superiores	
 • Segure o braço à frente do corpo; • Puxe o cotovelo por 15 segundos.	 • Coloque a mão no centro das costas e com a outra mão empurre o cotovelo para baixo; • Mantenha por 15 segundos.
 • Com as mãos entrelaçadas na frente do corpo, leve acima da cabeça e desça lentamente. Respire profunda e lentamente; • Realize 2 séries de 5 vezes	 • Movimente o punho em todas as direções. • Abra e feche as mãos no seu ritmo. • Realize cada movimento por 10 segundos.
Tronco	
 • Leve as mãos acima da cabeça e movimente o corpo para o lado. • Mantenha por 15 segundos e repita para o outro lado. • Realize o movimento 10 vezes alternando os lados.	 • Sentado, gire o corpo para o lado. • Vire a cabeça para o mesmo lado. • Mantenha por 15 segundos e repita para o outro lado. • Realize o movimento 10 vezes alternando os lados.



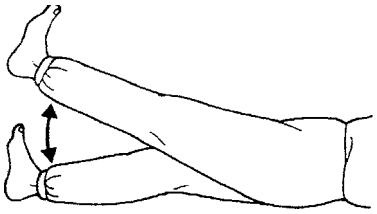
- Deitado, puxe o joelho em direção ao peito;
- Mantenha a postura por 20 segundos, repita 5 vezes.

- Deitado de costas com as pernas dobradas, deixe as pernas caírem para o lado esquerdo;

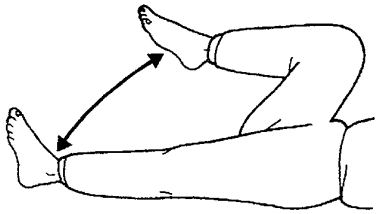


- Segure por 15 segundos e repita para o lado oposto;

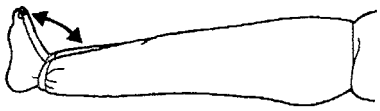
Membros Inferiores



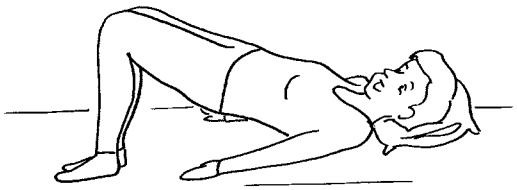
- Deitado, levante a perna esticada lentamente.
- Repita 10 vezes com uma perna, em seguida com a outra.



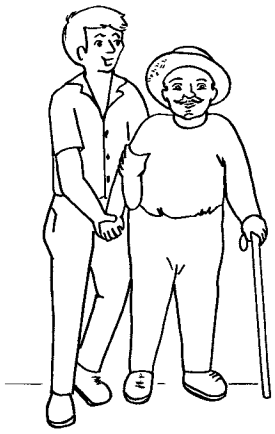
- Deitado, dobre o joelho em direção ao corpo, em seguida estique.
- Repita 10 vezes com uma perna, em seguida com a outra.



- Deitado, movimente o pé para cima e para baixo;
- Repita 10 vezes em cada tornozelo.



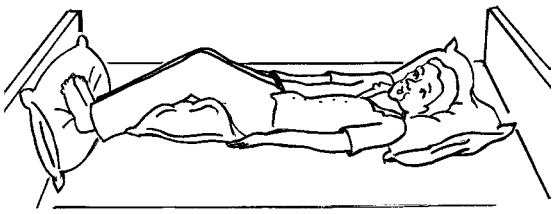
- Deitado, afaste o quadril da cama e retorne lentamente;
- Repita 10 vezes o movimento.

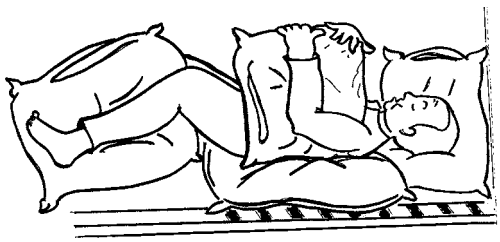
Caminhada	
	• Caminhada é função essencial para execução das necessidades básicas. Portanto, deve-se estimular a pessoa idosa o máximo possível. • Incentive a pessoa idosa a caminhar fora de casa ou em um cômodo seguro (mínimo 20 minutos, 3 vezes por semana). • Verifique se ela está com roupas confortáveis, utilizando calçados adequados (fechados e antiderrapantes). • Conduza a pessoa idosa, mantendo-se ao lado – ofereça apoio se necessário ou bengalas / andadores.

Posicionamento

O posicionamento adequado da pessoa idosa é importante, pois se permanecer numa postura com ponto de pressão sobre estruturas ósseas, o sangue pára de circular, ficando com áreas de vermelhidão ou azulada, tendo grande chance de abrir úlceras por pressão ou escaras.

Baseado nisso, devemos tomar cuidado com o posicionamento, utilizando travesseiros, rolos de lençol ou cobertores e colchões caixa de ovo: o quadro abaixo ilustra como posicionar corretamente a pessoa idosa, mantendo o alinhamento do corpo de forma a proteger as proeminências ósseas, representadas com pontos.

Decúbito dorsal	Verifique:
	• Posicionamento dos joelhos semiflexionados; • Evitar ao máximo que a pessoa idosa escorregue na cama; • Cama seca e higiene sempre.

Decúbito lateral	Verifique:
	• Se o corpo não está pesando sobre o ombro; • Evitar corpo muito fletido (posição fetal).

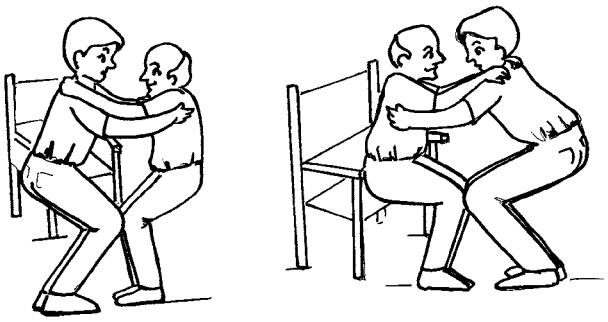
Sentado	
	• Coluna ereta e bem apoiada; • Evitar pés caídos (de bailarina), podendo colocar um apoio como uma caixa; • Posicionamento favorável aos estímulos do ambiente.

Transferências

Não é muito raro que a evolução de algumas doenças faça com que a pessoa idosa dependa mais do cuidador para desempenhar suas tarefas simples do dia-a-dia, como, por exemplo, mudar de posição na cama ou transferir-se para uma cadeira de banho.

A mudança de postura é a verdadeira arma para se evitar **deformidades** ou úlceras por pressão. É indispensável e um sinal de qualidade do cuidado da pessoa idosa. Nunca devemos deixar uma pessoa idosa na mesma posição por um tempo longo. O ideal é que se mude de postura de **2 em 2 horas** para evitar tais complicações.

Deve-se dar o auxílio suficiente para que a pessoa idosa consiga participar das transferências com segurança, e quando ela não for capaz, a transferência deve ser realizada pelo cuidador – a postura do cuidador é muito importante para evitar lesões de trabalho.

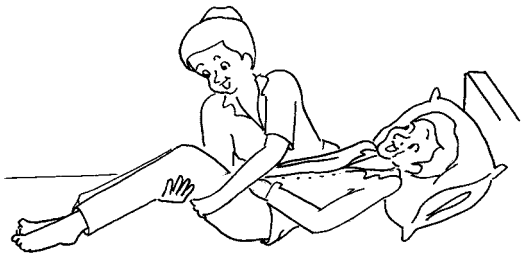


Mantenha os joelhos sempre semiflexionados e aumente a distância entre os seus pés para evitar lesão na coluna. Procure utilizar o peso do seu corpo para transferir a pessoa idosa.

As grandes articulações como quadril, ombros, joelhos são pontos facilitadores durante as transferências. Procure posicionar sempre suas mãos próximas a essas regiões.

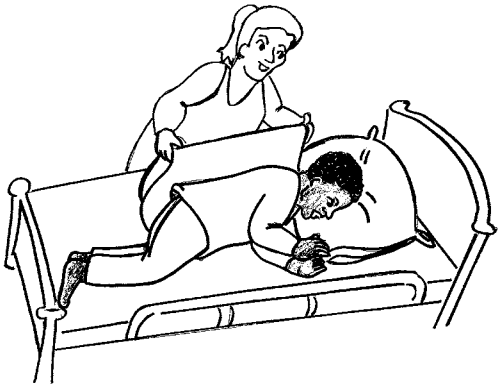
A seguir serão descritas formas de auxiliar ou até mesmo de realizar a transferência da pessoa idosa.

Decúbito dorsal (barriga para cima) para lateral



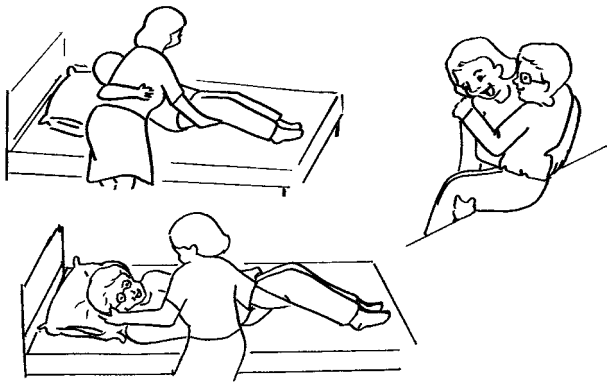
Fase 1. Dobre as pernas da pessoa idosa.

Fase 2. Coloque uma mão abaixo do ombro, no lado oposto ao que ela será virada. A outra mão ficará no quadril do mesmo lado. Vire a pessoa idosa em direção ao seu corpo.



- Outra alternativa, é colocar um forro, isto é, um lençol dobrado que atravessa a cama, sob a pessoa idosa.
- Para transferir, eleve e puxe o forro cuidadosamente, fazendo com que a pessoa idosa vire para o lado.

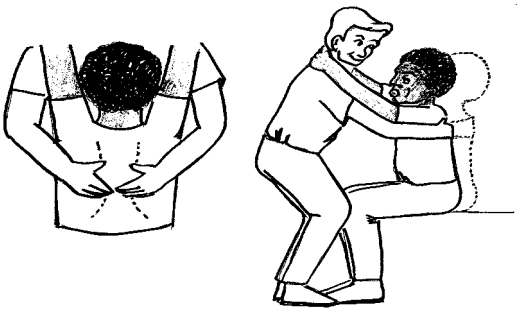
Decúbito lateral para sentado



- Partindo de decúbito lateral, coloque uma mão na nuca e a outra sob o quadril, trazendo a pessoa idosa para a posição sentada.

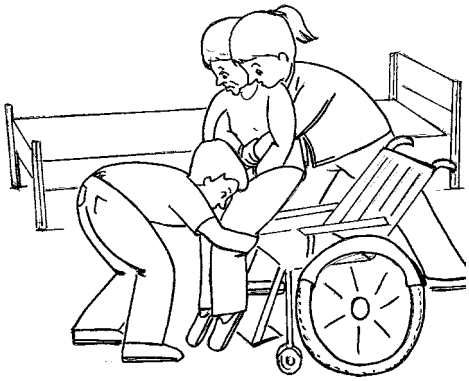
Sentado para em pé

- Partindo da posição sentada na beira do leito, coloque um antiderrapante ou calçado fechado antiderrapante na pessoa idosa, mantendo apoio dos pés no chão;
- Deixe a cadeira próxima da cama na diagonal;
- Fixe os joelhos suportando as pernas da pessoa idosa e coloque suas mãos no quadril da pessoa idosa;
- Puxe a pessoa idosa e leve-a com o peso do seu corpo para a cadeira



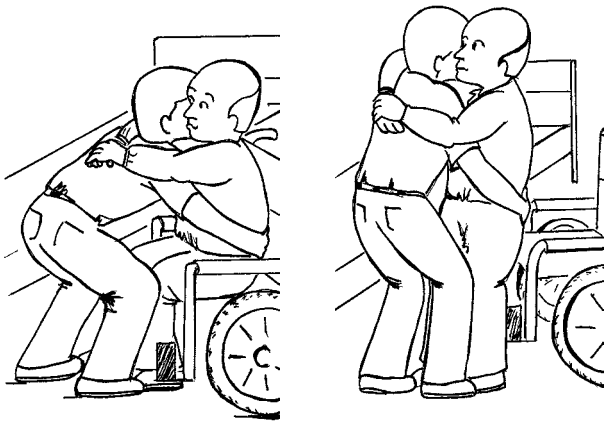
- Pode também posicionar as mãos atrás dos ombros da pessoa idosa para puxá-la;
- Tome os mesmos cuidados da transferência anterior.

Passando da cadeira para a cama



Com auxílio de duas pessoas:

- Um cuidador segura a pessoa idosa colocando suas mãos abaixo dos braços e o outro cuidador, sob os joelhos;
- Deixe a cadeira travada próxima da cama, na lateral.
- Em um movimento coordenado dos cuidadores, transfira a pessoa idosa, colocando-a na cama.



Sozinho

- Fique na frente da pessoa idosa com as suas pernas fixando os joelhos da pessoa idosa.
- Segure no quadril da pessoa idosa, leve o tronco da pessoa idosa para frente e com o movimento do seu corpo eleve a pessoa idosa para posição de pé e, em seguida, gire em direção da cama.

Sugestões para leituras:

Organização Mundial de Saúde. Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral – Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde / OMS; trad Magna França Lopes. – Porto Alegre: Artmed, 2003.

TONIOLO JN, PINTARELLI VL, YAMATTO TH. À Beira do Leito: Geriatria e Gerontologia na Prática Hospitalar – Barueri, SP: Manole, 2007.

Prevenção de quedas e outros tipos acidentes

Denise Rodrigues Yuaso
Fernanda Maria Lopes Rocha

Introdução

O processo de envelhecimento e a presença de doenças, podem levar as pessoas idosas a apresentarem dificuldades nos movimentos.

As quedas são bastante comuns, podendo resultar em várias conseqüencias, desde simples hematomas e medo de cair novamente, até complicações mais sérias, incluindo fraturas e morte.

É importante ressaltar que muitos indivíduos idosos, após uma queda, mesmo aqueles que não sofreram grandes danos, começam a ter sua mobilidade diminuída pelo medo de nova queda, passando então a apresentar outros problemas sérios em função desse comportamento. Como por exemplo, restrição da mobilidade, a super proteção dos familiares, o isolamento social, depressão e outros.

É possível minimizar a possibilidade de quedas em pessoas idosas quando conhecemos os principais fatores desencadeantes e adotamos as medidas pertinentes.

Mas por que a pessoa idosa cai?

Principais causas de quedas:

1- Intrínsecas: São alterações próprias do processo de envelhecimento (diminuição de força dos músculos, equilíbrio e flexibilidade) e doenças que podem estar presentes, como: osteoartrose (desgaste das articulações), doença de Parkinson (instabilidade postural), e outras, além dos efeitos adversos da medicação.

Principais fatores são:

- Diminuição da visão, audição e sensibilidade;
- Alteração da marcha (passos curtos, arrastados, base alargada);
- Reflexos estão mais lentos, fraqueza dos músculos;

- Deformidades nos pés (calosidades, joanetes, problemas nas unhas, etc.);
- Efeitos colaterais dos medicamentos: à medida que envelhecemos, o nosso organismo enfrenta, progressivamente, maiores dificuldades na aceitação de medicamentos. Além disso, os idosos, em função de serem acometidos por várias doenças ao mesmo tempo, usam várias medicações. Essas medicações podem interagir entre si, modificando o efeito desejado, seja aumentando sua ação, diminuindo-a ou até mesmo anulando o efeito esperado.

2- Extrínsecas: Riscos ambientais, ou seja, aquelas causas de quedas, que podemos evitar com cuidados simples no ambiente dentro e fora de casa (Fig. 1).

Principais fatores de risco que causam quedas no ambiente:

- tapetes soltos, pisos escorregadios, com água ou muito encerados;
- móveis instáveis, cadeiras de balanço, camas e sofás muito baixos;
- chinelos e sapatos com solado que escorregam ou são mal adaptados aos pés;
- ambiente com objetos espalhados que podem fazer tropeçar (fios e tacos soltos, brinquedos, móveis);
- ambiente com pouca luz;
- expor-se a situações de risco, tais como subir em escadas para pegar alguma coisa em armários, molhar plantas e abaixar-se, com dificuldade de equilíbrio.

Figura 1: Exemplo de um ambiente inadequado que oferece vários fatores de risco às quedas.

Adaptação Ambiental: Prevenção de Quedas

A adaptação ambiental está relacionada com mudanças no meio ambiente ou no espaço físico que facilitem a acessibilidade e mobilidade de pessoas que tenham algum tipo de dificuldade física, comportamental ou sensorial (visão, audição).

- É fundamental conhecer a capacidade de mobilidade da pessoa idosa, para que possam ser realizadas adaptações que resolvam os seus problemas específicos.
- Um dos primeiros passos a dar, quando temos a missão de reorganizar o dia-a-dia para facilitar o convívio, diz respeito à organização da casa.
- As casas normalmente são construídas e mobiliadas de uma maneira que as tornam verdadeiras armadilhas que favorecem os riscos de acidentes, especialmente para crianças e idosos.
- Não se costuma pensar na prevenção de acidentes quando se constrói ou se decora uma residência.
- É importante lembrar que o ambiente domiciliar é construído ao longo de toda a vida levando-se em conta as expectativas pessoais. Portanto, é necessário paciência e compreensão ao modificar um ambiente, mesmo que para maior segurança do próprio idoso.

A palavra-chave no gerenciamento do enfrentamento da prevenção de acidentes é **BOM-SENSO.**

Algumas orientações devem ser repassadas ao idoso:

- usar óculos quando necessário;
- sempre que levantar da cama, esperar alguns minutos assentado, para evitar "queda de pressão", tonteira e queda;
- deixar próximo e visível, telefones úteis, como: dos filhos, bombeiro, familiares, etc.;
- ter por perto, campainha ou sino para chamar ajuda do cuidador e/ou familiar, quando necessário.

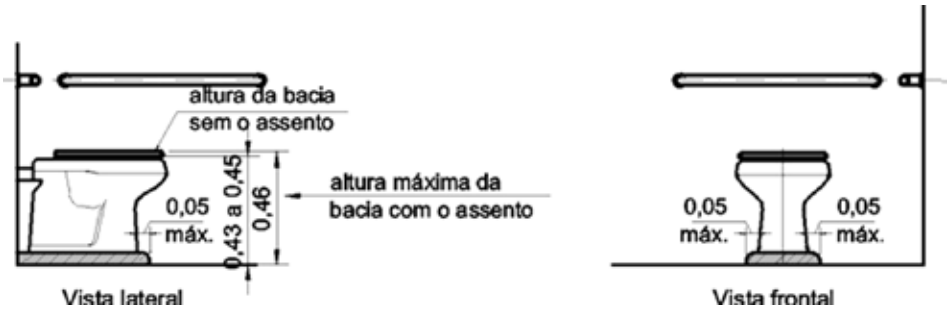
Principais ajustes ambientais para evitar quedas e outros tipos de acidentes, que devem ser realizados pelo cuidador e/ou idoso:

- retirar fios soltos, objetos espalhados no chão e tapetes;
- equipar escadas e rampas com antiderrapantes e instalar corrimão em ambos os lados;
- camas e poltronas com altura adequada (mais altas que o padrão, pois fica mais fácil para subir e descer);
- cadeira própria para banho, se necessário;
- ambiente com boa iluminação e abajur próximo ao leito para evitar quedas durante a noite;
- utilizar armários e prateleiras em alturas mais próximas, para evitar ficar na ponta dos pés e subir em bancos etc. A altura de utilização de armários deve estar entre 0,40 e 1,20 m do piso acabado;
- não utilizar recipientes de alimentos para guardar produtos químicos (inseticida, álcool, etc);
- utilizar tabela com controle dos medicamentos para evitar repetir medicação ou ficar sem tomar.

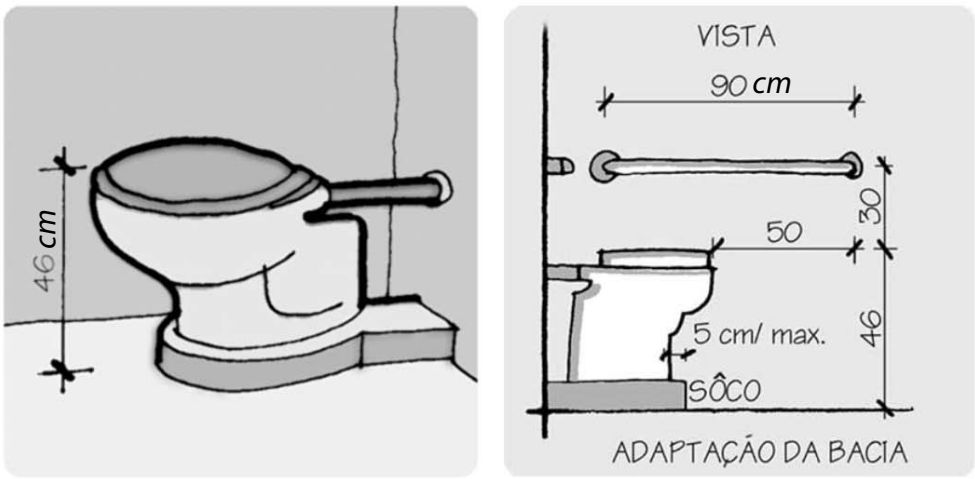
Sugestões para modificações dos ambientes específicos

Banheiro:

- o banheiro é um dos locais mais perigosos de uma casa, assim especial atenção deve ser dedicada às medidas preventivas de acidentes;
- a altura de instalação do vaso sanitário sobre o sóculo, deve estar a uma altura entre 0,43 e 0,45 m do piso acabado e no máximo 0,46 m com o assento (Figs. 2, 3, 4 e 5);



Figuras 2 e 3: Adequação de altura da bacia sanitária com sóculo.
Fonte: ABNT NBR 9050/2004.



Figuras 4 e 5: Adequação de altura da bacia sanitária com sóculo/sôco.

Fonte: Casa Segura, uma arquitetura para a maturidade.

- os elevadores de vaso sanitários também podem ser usados, por serem de fácil colocação, adaptável em sanitários convencionais e encontrados em lojas de materiais de construção (Fig. 6 e 7);

Figuras 6 e 7: Modelos de elevadores de vaso sanitário.

- o vaso sanitário deve estar guarnecido com barras de apoio que facilitem o ato de levantar e sentar (Fig. 7);
- o boxe do chuveiro e o vaso sanitário devem estar equipados com essas barras, que devem ser robustas e chumbadas na parede ou no chão. Além de fornecerem base efetiva de apoio e equilíbrio, essas barras desencorajam a pessoa idosa de se apoiar em suportes de toalha ou mesmo nas cortinas plásticas da banheira ou no boxe, propiciando quedas acidentais, de sérias conseqüências;

- barras de apoio devem ser instaladas também na pia e no percurso normal para o acesso aos equipamentos como o vaso sanitário (Fig. 8), boxe do chuveiro (Fig. 10), etc. De preferência, devem usar-se as barras coloridas contrastantes com as paredes para facilitar rapidamente sua identificação;
- as barras de apoio devem ter largura entre 3,0 a 4,5 cm. Deve ser deixado um espaço livre de no mínimo 4,0 cm entre a parede e a barra. (Fig. 9).

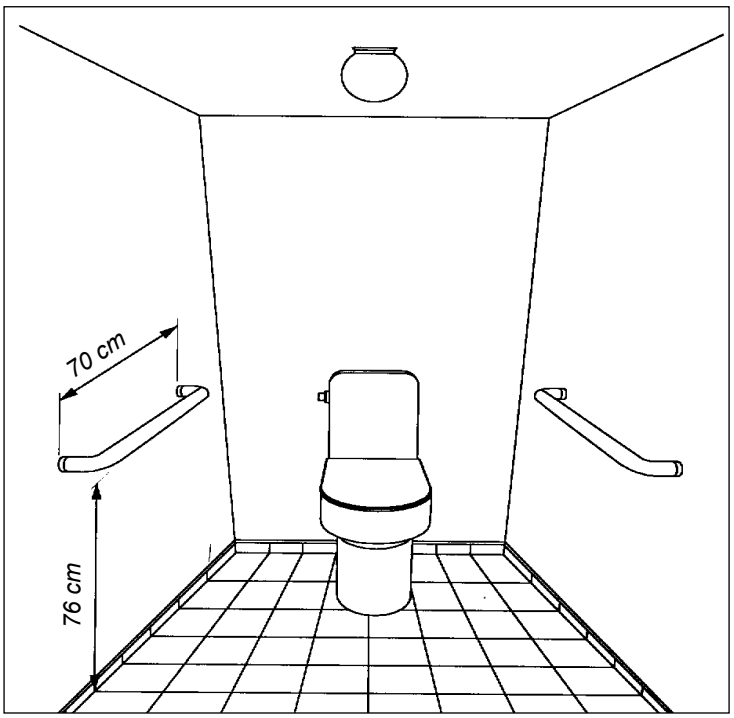


Figura 8

Vista Lateral

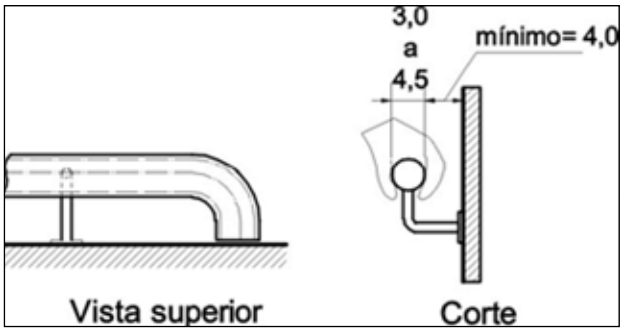


Fig. 9. Modelo de fixação de barras de apoio.

Fonte: ABNT NBR 9050/2004.

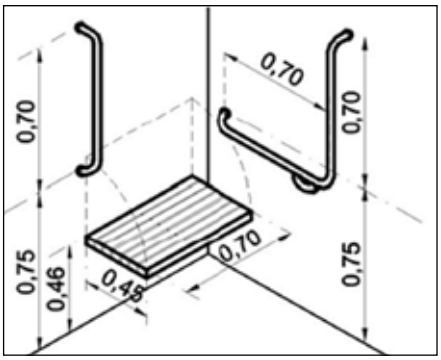


Fig. 10. Modelo de barras de apoio para boxe de chuveiro.

Fonte: ABNT NBR 9050/2004.

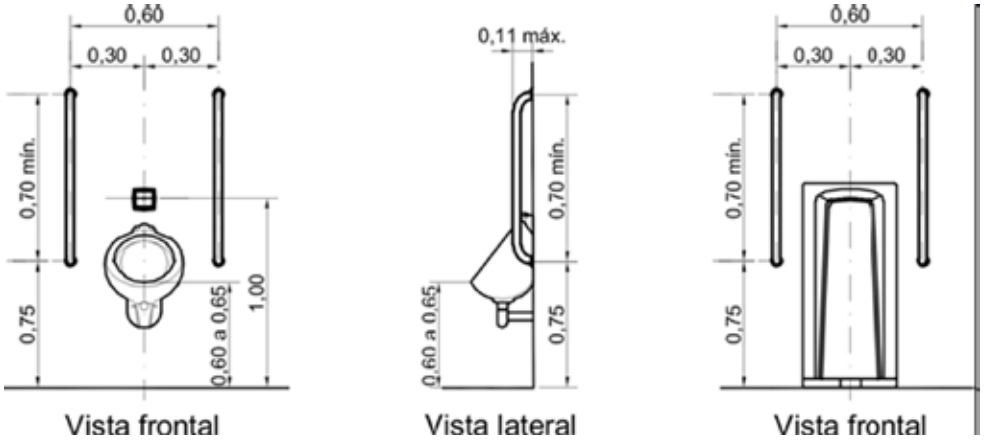


Fig. 11. Modelo de vaso sanitário provido de barras de apoio.

Fonte: ABNT NBR 9050/2004.

- alterar o lavatório de forma a permitir o uso de um banco ou cadeira. Colocar um espelho que possa ser utilizado quando o idoso estiver assentado em frente à pia (Fig. 12);

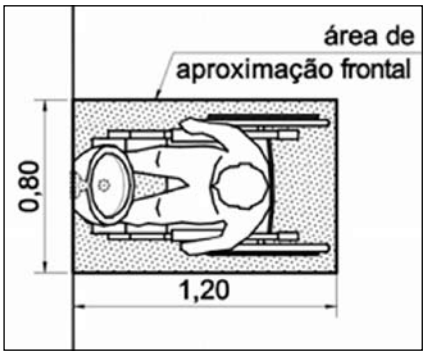


Fig. 12. Área de aproximação da cadeira junto ao lavatório.

Fonte: ABNT NBR 9050/2004.

- a tranca da porta do banheiro deve permitir abertura, também pelo lado de fora;
- no caso do uso de banheiras nunca encher mais que 1/3 da capacidade e nunca deixar o paciente só. Existem cadeiras próprias para serem utilizadas dentro das banheiras, conferindo segurança e comodidade;
- normalmente os pisos de banheiro são de material escorregadio. É importante que sejam colocadas faixas de material antiderrapante ou, se possível, que o piso seja trocado por material rugoso;
- as maçanetas e torneiras devem ser de fácil manuseio, evitando-se as arredondadas e lisas dando preferência às do tipo alavanca, confeccionadas em material leve;
- o uso do chuveiro manual é bastante válido e certos pacientes desfrutam melhor esse momento, com a possibilidade de direcionarem o jato durante o banho;
- os bidês são dispensáveis e a sua retirada exclui um fator de risco nas quedas, especialmente traumas de crânio e da região torácica. A sua retirada ainda aumenta a área livre de circulação, facilitando o uso de aparatos úteis como cadeiras de rodas e cadeiras de banho;
- vale aqui a regra de simplicidade e praticidade. Tudo que for supérfluo e desnecessário deve ser retirado do ambiente em questão.

Cuidados com pessoas idosas que apresentem dificuldades para enxergar:

- garantir uma boa iluminação dos ambientes;
- utilizar cortinas claras;
- utilizar cores de maneira a dar contrastes.

Cuidados no dormitório:

- aumentar a altura da cama para facilitar a subida e descida;
- adequar grades de segurança na cama, quando necessário;
- instalar interruptor de luz ao lado da cama, ou colocar abajur;
- utilizar borracha adesiva no chão sob os tapetes, ou removê-los;
- não encerar pisos para que não fiquem escorregadios.

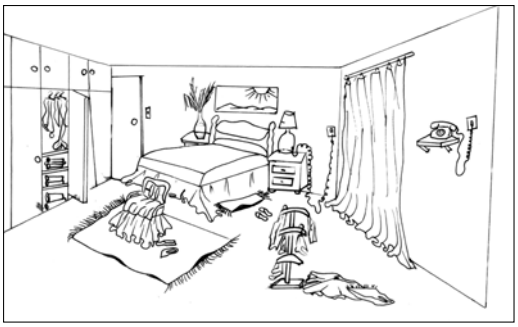


Figura 13 ERRADO

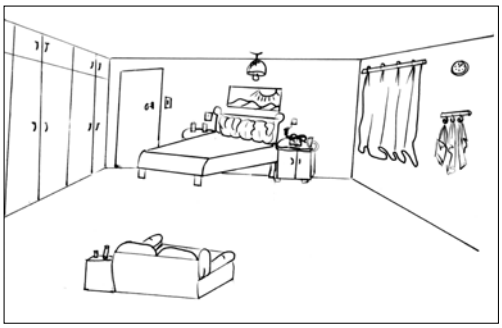


Figura 14 CERTO

Para facilitar uma ajuda noturna:

- telefone sem fio quando puder;
- campainha ou "sininho" ao lado da cama, para pedir ajuda;
- redistribuir as roupas nos armários, colocando as mais utilizadas na altura dos olhos para melhor visualização;
- usar um relógio com números grandes.

Cuidados na cozinha:

- ajustar a altura dos armários, gavetas e portas para mais baixos. A altura de utilização do armário deve estar entre 0,40 e 1,20 m do piso acabado;
- adequar a iluminação, usar cores para dar contraste (cores claras);
- usar torneiras fáceis de abrir e fechar, de preferência em forma de alavanca.

Cuidados na sala:

- no sofá, colocar uma tábua embaixo da almofada ou travesseiro para elevar a altura do assento, para não ficar muito baixo;
- cadeiras com braços para apoio ao levantar;
- evitar cadeira de balanço, pois facilitam quedas;
- redistribuir os móveis no espaço de maneira a permitir a circulação livre. Evitar móveis de vidro;
- embutir os fios soltos, prendê-los e eliminar os desnecessários;
- usar interruptores com cores que contrastem com a parede, para facilitar a sua visualização.

Cuidados com os degraus:

- usar rampas, quando possível;
- instalar corrimão nos dois lados;
- iluminar bem os degraus;
- identificar as bordas dos degraus com uma faixa amarela antiderrapante.

Ao realizar tarefas domésticas, a pessoa idosa deverá:

- usar banco para assentar-se ao lavar e/ou passar as roupas;
- ter um bom acesso à lavanderia;
- ter boa iluminação na lavanderia;
- ter fácil acesso aos produtos de limpeza;
- em caso de muita dificuldade, outra pessoa que não a idosa deverá realizar o serviço.

Cuidados que devem ser tomados pelas pessoas idosas, nas ruas e locais públicos não adaptados:

- usar sapatos bem adaptados aos pés e com antiderrapantes;
- evitar usar sandálias ou chinelos, que são mais difíceis de se adaptar aos pés;
- ter sempre no bolso, carteira ou bolsa, uma relação de contatos em caso de emergência: nome, telefone, endereço, carteira do convênio se tiver;
- também ter sempre em mãos: o seu tipo sanguíneo e comunicado se, é alérgico a alguma coisa, se é diabético e outras informações importantes;
- evitar calçadas irregulares;
- evitar andar no meio das ruas;
- só atravessar na faixa de pedestre com o sinal fechado para os carros;
- ao fazer sinal para o ônibus ou táxi, segurar em um suporte, se tiver (ex. bengala, andador), para evitar desequilíbrio;
- ao subir e descer do ônibus pedir ajuda, sempre que necessário, e esperar o veículo estar totalmente parado para levantar e sair;
- no calor usar roupas leves e tentar ter sempre em mãos uma garrafinha de água para hidratar.

Alguns cuidados específicos com pessoas idosas dementadas:

- todas as soluções, medicações e produtos tóxicos devem ser removidos e guardados em local seguro e trancado;
- tesouras, lâminas de barbear, lixas metálicas e outros objetos potencialmente perigosos devem ser removidos sem concessões;
- pílulas e objetos pequenos brilhantes e coloridos são uma verdadeira tentação para que sejam colocados na boca;
- todos os aparelhos elétricos, secadores, rádios, aquecedores etc. devem ser removidos assim como fios e extensões;
- os objetos de uso pessoal e de higiene devem somente atender às necessidades básicas e elementares: uma toalha, sabão líquido, escova e pasta dental e papel higiênico. Todos os outros objetos devem estar em local seguro.

CUIDADOS ADICIONAIS

- Quando as pessoas idosas levantam-se subitamente da cama para a posição em pé, podem ter uma queda brusca da pressão arterial e sofrer risco de acidentes.
- Todas as pessoas idosas devem passar de uma posição para a outra gradativamente.
- Deve primeiro sentar, respirar calmamente de 5 a 10 vezes e aí sim, ficar em pé.
- Toda pessoa idosa que cai deve ser examinada por um médico, uma vez que a causa do acidente pode dever-se a uma série de condições, como arritmias (irregularidade nos batimentos do coração), acidente vascular cerebral (derrame), etc.
- O uso de acessórios para marcha, como bengalas e andadores deve ser prescrito e orientado por fisioterapeutas para a maneira correta no uso desses recursos. Juntamente com a adoção de um programa de atividade física, com vistas a fortalecer a musculatura e a correção da postura, são medidas positivas e de alta valia na qualidade de vida de todos.
- O principal objetivo para prevenir quedas acidentais é manter as pessoas independentes e ativas pelo maior tempo possível.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO RESULTAM EM QUALIDADE DE VIDA
E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL!

Sugestões para leituras:

Bechtlufft L. F.; Tirado M. G. A., Grenfell M. C.; Rocha T. L.; **Cartilha Prevenção de Quedas em Idosos**. Trabalho de conclusão do curso de Terapia Ocupacional da UFMG-2003.

Yuaso, DR.; Gomes, G.C. Fisioterapia motora em pacientes idosos. In: Papaléo Netto, M. (ed). **Tratado de Gerontologia.** 2ª. ed. Ed. Atheneu. 2007.

Tideiksaar, R. **As quedas na velhice: prevenção e cuidados**. 2ª. ed. Editora Andrei. São Paulo. 2003.

O que todo cuidador de pessoas idosas deve saber sobre Tecnologia Assistiva

Maria Aparecida Ferreira de Mello

Introdução

Envelhecer em nossa sociedade, que valoriza tanto a juventude e tudo o que ela representa não tem sido fácil para muitas pessoas, principalmente para aquelas que têm alguma deficiência. Ser velho em nossa sociedade está muitas vezes relacionado a um significado de menos valia, levando muitas pessoas a negarem o seu próprio processo de envelhecimento. Cuidar da pessoa idosa não é somente colocar os idosos limpinhos e alimentados, assentados fazendo nada ou vendo televisão, mas sim abraçar a idéia de que a diversidade representa a realidade, cada idoso é um ser único e com necessidades próprias. As pessoas idosas enfrentam freqüentemente barreiras para acessar e participar de auto-cuidado, brincadeiras, lazer, trabalho e educação.

A utilização de tecnologia assistiva (TA) é uma estratégia necessária para a inclusão ativa das pessoas idosas na sociedade, seja nas instituições de longa permanência, na sua própria casa e até mesmo nos hospitais. A qualidade da participação das pessoas idosas nas atividades desenvolvidas na vida cotidiana é influenciada pelo grau de autonomia e independência que elas têm na realização das mesmas. À medida em que aumenta a proporção de pessoas idosas numa população, eleva-se o número de idosos com perda da capacidade funcional, ou seja, de autonomia e independência para as atividades do dia-a-dia, não somente de auto-cuidado, mas também de lazer e até de caráter profissional. A perda da capacidade funcional pode ser evitada ou atenuada por meio de medidas de prevenção de incapacidades e intervenções reabilitadoras de caráter interdisciplinar. Entre estas se inclui a prescrição de tecnologia assistiva.

Mas, o que é tecnologia assistiva?

Por exemplo, nas últimas 24 horas você:

- usou óculos ou lente de contato?
- assistiu programa de televisão com "closed caption"?

- telefonou para alguém apertando o botão "redial"?
- abriu o portão da garagem com controle remoto?
- entrou em uma loja ou escritório onde a porta se abria automaticamente com um sensor?
- utilizou uma ferramenta de busca na internet para localizar informação que você não conseguia lembrar?

Como você fez?

Se vivenciou algum dos exemplos citados acima, você teve ao menos um encontro com a tecnologia assistiva.

Cada exemplo ilustra como a tecnologia pode ser utilizada para facilitar as habilidades do ser humano. A essência da tecnologia assistiva envolve a utilização de ferramentas ou estratégias que aumentam e potencializam a habilidade humana. Vamos explorar os fundamentos da tecnologia assistiva considerando algumas perguntas básicas.

- O que é tecnologia assistiva?
- Quem pode se beneficiar da tecnologia assistiva?
- Como eu sei se alguém precisa de tecnologia assistiva?
- Por que a tecnologia assistiva é útil?

Tecnologia Assistiva inclui tanto procedimentos envolvidos no uso das ajudas técnicas (avaliação de necessidades para uma correta prescrição, que normalmente é realizada por um terapeuta ocupacional, desenvolvimento de produtos, quando não se acha pronto para a compra de algo que atenda à necessidade da pessoa idosa, etc.), técnicas que facilitam o desempenho de uma tarefa específica (por exemplo, linguagem de sinais), quanto o produto em si, que então recebe a denominação de ajuda técnica (cadeira de rodas, por exemplo). A gama de ajudas técnicas disponíveis inclui aparelhos de tecnologia simples (equipamentos adaptados, tais como talheres com engrossadores) até aparelhos de tecnologia mais complexa, tais como micro interruptores, aparelhos eletrônicos de comunicação, controle elétrico do meio ambiente e de mobilidade. Veja na tabela I, que é apresentada ao final deste assunto, as ajudas técnicas mais necessitadas por idosos brasileiros.

Uma forma simples de definir TA é: *tecnologia assistiva é qualquer coisa que melhora o desempenho funcional de uma pessoa com deficiência*. O que faz um objeto tornar-se tecnologia assistiva é o fato dele melhorar o desempe-

nho de uma pessoa com incapacidade ou dificuldade para realizar uma tarefa específica. Portanto, o mesmo equipamento pode ser classificado como tecnologia assistiva numa dada situação e não ser em outra. Por exemplo, uma tendinite crônica me levou a não poder usar um *mouse* de computador regular há vários anos. Desde essa data a utilização de um *notebook* com *mouse* plano se tornou a forma em que posso usar o computador sem problemas. Portanto, para mim, o *notebook* é tecnologia assistiva, mas o mesmo *notebook* pode não ser tecnologia assistiva para você. Essas questões relativas à definição só são importantes quando estamos lidando com equipamentos que teoricamente não foram desenvolvidos para a população de pessoas com deficiência. Melhor dizendo, ninguém tem dúvida de que uma cadeira de rodas ou andador sejam exemplos de tecnologia assistiva! Mas por que definir se um produto é ou não é tecnologia assistiva é tão importante? No Brasil alguns produtos classificados como tecnologia assistiva podem ser concedidos pelo Serviço de Saúde Pública, ou até mesmo pelas companhias de seguro de saúde. Outros sofrem isenção fiscal. Se não soubermos classificar apropriadamente, poderemos estar privando as pessoas idosas de algum benefício.

Segundo o DECRETO Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, Tecnologia Assistiva é chamada "ajuda técnica", conforme o

> Art. 19.
>
> " Consideram-se ajudas técnicas, para os efeitos deste Decreto, os elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, com o objetivo de permitir-lhe superar as barreiras da comunicação e da mobilidade e de possibilitar sua plena inclusão social. Parágrafo único. São ajudas técnicas: I – próteses auditivas, visuais e físicas; II – órteses que favoreçam a adequação funcional; III – equipamentos e elementos necessários à terapia e reabilitação da pessoa portadora de deficiência; IV – equipamentos, maquinarias e utensílios de trabalho especialmente desenhados ou adaptados para uso por pessoa portadora de deficiência; V – elementos de mobilidade, cuidado e higiene pessoal necessários para facilitar a autonomia e a segurança da pessoa portadora de deficiência; VI – elementos especiais para facilitar a comunicação, a informação e a sinalização para pessoa portadora de deficiência; VII – equipamentos e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa portadora de deficiência; VIII – adaptações ambientais e outras que garantam o acesso, a melhoria funcional e a autonomia pessoal; e IX – bolsas coletoras para os portadores de ostomia."

O uso de tecnologia assistiva (ajudas técnicas) que ajuda a melhorar a realização do desempenho de tarefas do cotidiano é um fator determinante na promoção da independência e na melhora da qualidade de vida de idosos com dificuldades. O uso de ajudas técnicas e modificações ambientais podem aliviar dor e estresse nas articulações, conservar energia e ajuda a manter a independência, prevenir quedas, além de melhorar a qualidade de vida do usuário e de seus cuidadores. Estudos têm demonstrado que quanto mais velha é a pessoa idosa, maior será o número de ajudas técnicas que ela precisará. O grupo de idosos que utiliza o maior número de ajudas técnicas é aquele que apresenta dificuldades visuais; em segundo lugar, o grupo que apresenta incapacidade física (dificuldade de movimentar alguma parte do corpo ou mesmo todo o corpo, pode ser também a ausência de parte do corpo – amputações), e em terceiro, o grupo que apresenta deficiência cognitiva (confusão mental, perda de memória, entre outras). Outra pesquisa mostra que entre os idosos acima de 76 anos, os equipamentos de auto-ajuda mais usados são os para o banho, seguidos pelos equipamentos de mobilidade (andador, bengala, cadeira de rodas), e pegadores em 18% dos casos. Dentre os equipamentos de mobilidade, as bengalas são os mais utilizados. Será que os idosos que cuidamos não estão precisando de alguma tecnologia assistiva? Há programas governamentais (procurar no posto de saúde serviços de concessão de órteses e próteses) que proporcionam vários itens, gratuitamente, às pessoas necessitadas dos mesmos.

Estimativas atuais sugerem que há mais de 30.000 aparelhos de tecnologia assistiva projetados para melhorar a funcionalidade na vida de pessoas com deficiências.

Tecnologia Assistiva inclui produtos e serviços

O sucesso no uso de TA não depende somente de ter acesso a ajuda técnica (o equipamento ou adaptação em si), mas também em ter acesso aos diversos tipos de assistência.

Definir qual ajuda técnica é mais adequada em cada caso é um processo que deve ser feito de forma cuidadosa, refletida e rigorosa. Normalmente um Terapeuta Ocupacional deve fazer parte desse processo, assim como o cuidador que lida diariamente com a pessoa idosa. Deve-se ouvir a opinião dos técnicos especialistas na ajuda técnica em questão, dos familiares e do próprio idoso. A ajuda técnica é um recurso, algo pessoal, que deve ser o mais

adequado possível à situação funcional da pessoa e que exige cuidados de manutenção. Os equipamentos/ajudas técnicas devem ser seguros(as), resistentes, duráveis e esteticamente aceitáveis pelo próprio usuário, membros da comunidade onde atua (amigos, colegas de atividades, etc) e familiares. Todos esses itens são considerados nos serviços de Tecnologia Assistiva. Esses fatores assistenciais estão especificados a seguir.

Serviço de Tecnologia Assistiva

Serviço de Tecnologia Assistiva significa qualquer serviço que auxilia diretamente uma pessoa idosa ou portadora de deficiência na seleção, aquisição, ou a utilizar qualquer aparelho de tecnologia assistiva (ajuda técnica). Serviços de Tecnologia Assistiva incluem:

a) a avaliação das necessidades de uma pessoa com incapacidade, incluindo a avaliação funcional do idoso em seu meio ambiente de costume;

b) compra, aluguel ou outra forma de adquirir os aparelhos de tecnologia assistiva para idosos com deficiências;

c) selecionar, projetar, adequar, manter, arrumar ou substituir aparelhos de tecnologia assistiva;

d) coordenar e utilizar outras terapias, intervenções, ou serviços com aparelhos de tecnologia assistiva, tais como aqueles associados com programas de educação e reabilitação;

e) treinamento ou assistência técnica para pessoas idosas com deficiências ou, se apropriado, para a família e cuidador do idoso; e

f) treinamento ou assistência técnica para profissionais (incluindo pessoas que fornecem cuidados ou serviços de reabilitação), empregados, ou outras pessoas que fornecem serviços ou estão envolvidos na maior parte da vida daquela pessoa idosa.

As definições de aparelhos de tecnologia assistiva (ajudas técnicas) e de serviços de tecnologia assistiva, fornecem uma perspectiva mais transparente dos processos que capacitam pessoas idosas com deficiências a adquirirem e utilizarem tecnologia assistiva de forma adequada, garantindo a melhora de sua capacidade funcional.

Quem pode beneficiar-se da Tecnologia Assistiva?

Em toda a vida, cada um de nós irá passar por situações nas quais nós mesmos, ou, alguém que conhecemos, poderá sofrer limitações funcionais devido a:

- envelhecimento;
- doença;
- acidente;
- incapacidade.

Essas situações de limitações funcionais irão afetar a habilidade de realizar funções básicas da vida, tais como ouvir, ver, cuidar de si mesmo (auto-cuidado), mover-se, trabalhar, e aprender. Alguns de nós podem ter nascido com uma incapacidade ou doença, que nos forçará a superar limitações por toda nossa vida, outros terão que aprender como responder a desafios que surgirão de um acidente ou simplesmente devido ao processo de envelhecimento. Como resultado, tecnologia assistiva tem o potencial de atingir a todos, ou indiretamente, como forma de ajuda a alguém que conhecemos.

Como sabemos se alguém precisa de tecnologia assistiva?

A necessidade da tecnologia assistiva é demonstrada freqüentemente através das dificuldades que se repetem ou falhas para completar uma atividade. Há duas respostas para um desempenho inadequado: remediação e compensação. Se selecionarmos a primeira opção, significa fornecer treinamento e instruções adicionais para ajudar a pessoa a melhorar seu desempenho. Entretanto, se falha a instrução para capacitar a pessoa para realizar a atividade de forma efetiva, devemos considerar os métodos compensatórios. Compensação tem como foco utilizar a tecnologia ou outras estratégias para acomodar as dificuldades para desempenhar atividades especificas (ex.: fornecer um cartaz indicando o banheiro ao reconhecer que uma pessoa idosa foi incapaz de aprender qual porta é o banheiro). Portanto, a tecnologia assistiva deveria ser considerada sempre que um problema de desempenho é identificado.

Por que a tecnologia assistiva é útil?

O valor e significado da tecnologia assistiva pode ser compreendido na relação da melhora do desempenho versus problemas no desempenho. Isto

é, uma pessoa encontra uma atividade que ela é incapaz de completar com sucesso. Segue-se então a identificação de uma ajuda técnica adequada, sua aquisição, treinamento e auxílio no seu uso. Assim, a pessoa torna-se capaz de completar a mesma atividade que antes lhe era impossível. Como um resultado, aparelhos e serviços de tecnologia assistiva melhoram o desempenho de pessoas idosas com deficiências, capacitando-as a completar atividades de forma mais efetiva, eficiente e independente que antes não lhes eram possível.

Tabela 1. Exemplos de ajudas técnicas mais necessárias para pessoas idosas:

Tipo de ajuda técnica	**Itens**
Corrimãos/ barras de apoio	Barras de apoio no banheiro (entrada, boxe e proximidade do vaso sanitário e da pia); corrimão nos corredores de entrada ou internos nas áreas de ambulação.
Outros equipamentos para banheiro	Elevadores da altura do assento do vaso sanitário, escova de banho com cabo alongado, cadeira de banho (com e sem rodas), duchas manuais.
Equipamentos e acessórios de mobilidade	Andadores com rodízios dianteiros e não dobráveis; bengalas de quatro pontos; cadeiras de rodas reclináveis, com angulação da inclinação em relação ao solo ajustável de acordo com a tarefa a ser desenvolvida; cadeiras de rodas motorizadas; assentos, ou cadeiras estofadas que auxiliam o indivíduo a passar de sentado para de pé; aparelho para erguer o indivíduo durante as transferências ("lifter"); elevadores domiciliares ou cadeiras deslizantes para substituição das escadas.
Equipamentos para comunicação	Aparelhos auditivos; fones de ouvido para TV ou rádio; pranchas alternativas de comunicação; campainhas visuais.
Equipamentos para alimentação	Pratos com abas aumentadas; pratos com ventosas ou forro antiderrapante; talheres adaptados; copos com duas alças; copos com recorte para o nariz.
Equipamentos para vestimenta	Calçadeira com cabo alongado; abotoador de botões e zíper; calçador de meias; vareta de auxílio à vestimenta.
Outros	Almofadas para prevenção de úlceras por pressão; pegadores ("reachers"); camas com altura e/ou inclinação regulável; colchões caixa de ovo e/ou de gomos de ar; porta medicamentos programáveis; lupas.

Como lidar com a inatividade e a tristeza na pessoa idosa com dependência

Luciana de Moura Ribeiro

Introdução

No mundo moderno, com o advento das máquinas e da produção, o homem tem se dedicado bastante às atividades de caráter laborativo, como a criação de equipamentos, bens de consumo e conhecimentos. A busca de um trabalho bem remunerado e a realização profissional ocupam o primeiro lugar em suas prioridades, ficando para segundo plano as atividades que proporcionam prazer, alegria, realização pessoal e saúde mental. Nessa perspectiva, de valorização da produtividade das pessoas pela sociedade e por elas próprias, a pessoa idosa se sente, muitas vezes, descartada e posta à margem desta sociedade. Deste modo, se essa pessoa apresentar incapacidades físicas ou psíquicas, ela pode ainda experimentar tristeza profunda, ansiedade e irritabilidade, culminando no desenvolvimento de um quadro depressivo. É sabido que a depressão vem preocupando especialistas e a população em geral devido ao seu crescente aumento, sobretudo nas pessoas idosas.

As incapacidades que podem acometer as pessoas idosas, principalmente a incapacidade funcional, como a dificuldade de se locomover sozinhas, de realizar suas atividades por seus próprios meios, banhar-se, vestir-se, alimentar-se e cuidar de sua higiene pessoal acaba tornando-as dependentes de um cuidador.

A pessoa idosa dependente pode sentir que perdeu o controle sobre sua vida, pois agora não é ela quem decide o "momento" e a "maneira" de

realizar as atividades cotidianas como comer, tomar banho, vestir-se, etc. Por causa dessa situação de dependência, ela pode se sentir triste, deprimida, irritada, tornando-se efetivamente incapaz de tomar decisões e necessitando de maior ajuda.

Cuidar da pessoa idosa dependente e deprimida aumenta a sobrecarga e o sofrimento de quem é responsável pelo seu cuidado: o cuidador. Por isso, além de proporcionar à pessoa idosa os cuidados médicos adequados, é também importante a organização de atividades que a façam sentir-se mais capaz e útil e que lhe proporcionem momentos agradáveis. Essas atividades vão auxiliar na promoção e manutenção de boa saúde mental, conseqüentemente, tornando-a mais disposta, alegre e menos dependente.

Infelizmente, além de pouco valorizadas e incentivadas em nossa sociedade, as atividades de lazer são de difícil acesso às pessoas idosas dependentes. Uma vez que não existem atividades voltadas diretamente para as necessidades dessa população, elas precisam ser planejadas para cada pessoa idosa com a ajuda do seu cuidador. Sendo assim, este capítulo pretende orientar o cuidador a desenvolver formas de atividades para auxiliar essa pessoa idosa dependente e triste.

É importante lembrar que, apesar da desvalorização social, as atividades de lazer, lúdicas e recreacionais fazem parte da vida e da natureza humana, em todas as suas fases (infância, adolescência, maturidade e velhice). Portanto, o desinteresse "total" pela realização e participação nessas atividades, como vem sendo observado principalmente nas pessoas idosas dependentes, não é característica natural do processo de envelhecimento. Ao contrário, só traz malefícios e mais tristeza. Atividades diversificadas, como as recreacionais, físicas e sociais são peças essenciais para a complexa engrenagem do bem estar da pessoa idosa.

O envolvimento da pessoa idosa em algum desses programas pode ajudá-la a se sentir mais útil e independente, especialmente quando estimulada a fazer escolhas sozinha, ainda que sejam necessárias adaptações na realização das atividades através de dispositivos auxiliares (engrossador de cabos, bengalas, cadeiras de rodas, mesas adaptadas, computadores, etc.). Um programa de atividades é um caminho para alívio de tensão e aborrecimento, estimulando o prazer e proporcionando oportunidades de auto-expressão e uso da criatividade.

Um programa de atividades completo deve incluir vários dos seguintes tipos de atividade:

Atividade física Atividade mental / estimulação cognitiva Atividades individuais e grupais Atividades voluntárias Atividades culturais Atividades criativas Atividades prazerosas Atividades competitivas	Atividades espirituais Atividades sociais Atividades de auto-cuidado Atividades ligadas à manutenção da saúde Atividades sensoriais Atividade intergeracional Atividades com animais

Três condições devem ser levadas em consideração ao se planejar atividades com pessoas idosas: 1. conhecer os seus hábitos de vida, 2. identificar as diversas formas de atividades e 3. *cautela* na realização prática das atividades. A seguir cada um desses aspectos será melhor explicado.

1. Conhecer os hábitos de vida da pessoa idosa

Os itens abaixo trazem perguntas simples, mas necessárias para se descobrir os interesses das pessoas idosas. Procure investigá-las e comece a conhecer mais sobre os hábitos da pessoa idosa que você cuida:

1.1. Quais são os hábitos atuais da pessoa idosa, seu estilo de vida, preferências culturais e religiosas, atividades que realiza na sua vida cotidiana?

1.2. Quais foram seus trabalhos, ocupações e interesses passados? A pessoa idosa ainda possui esses interesses nos dias atuais?

Lembrando que, se as atividades do passado não ferem interesses atuais, elas ainda poderão proporcionar dicas sobre o passado do indivíduo, gostos e desgostos que vão auxiliar na descoberta de novas atividades.

1.3. O que a pessoa idosa tem vontade de fazer na sua fase atual da vida?

1.4. O que a pessoa idosa pode fazer "agora", utilizando suas habilidades mentais e físicas?

1.5. Quais os fatores que ajudam ou impedem o desempenho, em geral: problemas de saúde, dificuldades de visão e audição, mobilidade, meio ambiente, habilidades sociais, capacidade de se comunicar, motivação e estado mental.

Agora que já possuem informações importantes sobre a pessoa idosa e até já devem estar pensando sobre possíveis atividades, algumas formas de atividades serão acrescentadas para auxiliar no seu direcionamento.

2. Formas de atividades

2.1. Atividades que ajudem a restaurar antigos papéis e que são familiares para essas pessoas idosas – antigos papéis podem ser reconstruídos e re-adaptados quando a pessoa idosa achar que isso é importante para ela. Desta forma, a pessoa idosa dependente pode se sentir útil.

2.2. Atividades atrativas e interessantes que não retirem a condição de adulto – isso significa não oferecer atividades infantilizadas.

2.3. Atividades que proporcionem prazer, e tenham componentes divertidos – o humor é um grande componente da auto-estima e da produção de substâncias cerebrais que protegem contra a depressão.

2.4. Atividades que promovam dignidade – atividades que aproveitem habilidades residuais e que ajudem na construção da confiança pessoal.

2.5. Atividades que auxiliem na independência da pessoa idosa – ser independente é o grande desejo de todas as pessoas em qualquer fase da vida e na velhice esse aspecto é muito importante pelas possíveis incapacidades adquiridas. Adaptar atividades e fornecer condições para que a pessoa idosa realize-as sem auxílio ou com o mínimo de auxílio deve ser o objetivo maior.

2.6. Atividades que incorporem a necessidade de estrutura e repetição – a repetição é importante para pessoas idosas que possuem diminuição da compreensão, principalmente nas demências.

2.7. Atividades que promovam o desenvolvimento e manutenção de auto-estima e proporcionem reconhecimento de outras pessoas – ter o reconhecimento de outras pessoas possibilita um reforço positivo para essa pessoa idosa.

2.8. Atividades que reconheçam e explorem o ambiente – estar inserido em locais diferentes promovendo um convívio social, com novas pessoas e novos ambientes.

2.9. Atividades que promovam uma oportunidade para compartilhar seus conhecimentos e experiências com outras pessoas – dessa forma a pessoa idosa pode se sentir útil, inserida dentro de um grupo que a aceite.

2.10. Atividades que promovam a socialização – Atividades onde as pessoas idosas se encontrem com outras e realizem-nas juntos.

Como vocês já devem ter percebido existe um ingrediente para o cuidador que é essencial e pode ser desenvolvido com o tempo: a criatividade. O conhecimento sobre a pessoa idosa, o respeito aos seus hábitos e pensamentos, mais a criatividade e o bom humor são fatores de sucesso para auxiliar o idoso dependente e triste a realizar alguma atividade em sua vida.

3. Colocar em prática as atividades, com cautela:

Por último, após as escolhas das atividades, precisamos colocar em prática com alguns cuidados relatados abaixo, lembrando que os cuidados dependem do grau de dependência e comprometimento de cada pessoa idosa:

3.1. Manter a atividade relativamente fácil e livre de fracassos.

3.2. Fazer um intervalo entre as atividades.

3.3. Simplificar a atividade dividindo-a em partes: fragmentá-la em partes mais simples. Dar instruções passo a passo. Deixar à mostra somente itens necessários para aquele passo que está sendo executado. Mantenha a atividade curta, não espere que a pessoa idosa permaneça sentada por longos períodos. Pare antes de sua perda de interesse.

3.4. Demonstrar o que é para ser feito, principalmente pessoas idosas com demência ou com um grau de apatia grande.

3.5. Repetir freqüentemente atividades bem sucedidas.

3.6. Ser constante: realizar a atividade da mesma maneira e no mesmo tempo de cada dia, isso pode ajudar o indivíduo a se organizar, quando a pessoa idosa for confusa e desorganizada mentalmente.

3.7. Adequar as atividades às habilidades individuais.

3.8. Quando as atividades forem em grupo, adaptá-las às necessidades do grupo: evitar regras rígidas, ajustar as atividades para adequar ao humor e habilidades dos participantes em diferentes situações. Desenvolver novas técnicas para que todos possam participar. Substituir movimentos rápidos por lentos (caminhadas ao invés de corridas).

3.9. Oferecer um "mínimo de ajuda": deixar a pessoa idosa fazer a atividade por si mesmo. A ajuda pode ser importante para que a pessoa idosa com incapacidade possa completar o projeto, pelo provimento de suporte, orientação e assistência quando necessários.

3.10. Ser positivo nas suas expectativas: reconhecer que as pessoas idosas têm muito a oferecer .

3.11. Elogiar e estimular os esforços feitos: Animar a pessoa freqüentemente. Usar o toque para expressar seu apoio, encorajamento e satisfação. A atividade pode ser facilmente esquecida, mas a sensação agradável permanece.

3.12. Proporcionar um ambiente calmo e acolhedor.

3.13. Prever resistência ou dificuldades.

3.14. Proporcionar atividades não ameaçadoras: não pedir às pessoas idosas para fazerem atividades que vão além de suas capacidades. Nunca pedir a uma pessoa idosa que alguma vez se sobressaiu em um ofício ou áreas específicas para repeti-la, pois muitas reconhecem suas perdas de habilidades e isso pode ser muito ameaçador. Busque encontrar atividades associadas. Um violonista pode não saber mais tocar seu instrumento, mas pode gostar de ouvir músicas clássicas.

3.15. Pedir sugestões e conselhos, quando estiver planejando as atividades: oferecer à pessoa idosa a oportunidade de fazer algumas escolhas sobre as atividades. Deixar claro que a sua opinião é importante para você.

3.16. Ser flexível e criativo na escolha das atividades: algumas vezes, o indivíduo aproveitará bem a atividade num dia e perderá o interesse no próximo dia. Habilidades e capacidades físicas e interesses podem oscilar de dia para dia, de hora para hora. Tenha paciência e estimule dentro dos limites e do respeito.

Atitudes pessoais que fazem a diferença

Como cuidadores, nós precisamos desenvolver uma atitude positiva a respeito do envelhecimento. Devemos avaliar nossos próprios sentimentos e atitudes em relação à velhice e às incapacidades. É importante perceber como repassamos nossos sentimentos para as pessoas idosas que cuidamos. Nosso desafio é criar um ambiente ativo, acolhedor e seguro, que ressalte as qualidades e minimize as fraquezas.

As atitudes daqueles que trabalham com pessoas idosas têm grande influência na atitude própria da pessoa idosa e sua habilidade para se adaptar às mudanças e às perdas. Se nós apresentamos uma atitude de esperança e estímulo, a pessoa idosa terá maior esperança nela mesma. Existem evidências de que as atitudes dos profissionais que trabalham com as pessoas idosas – cuidadores, assistentes sociais, clínicos, terapeutas, e outros – são freqüentemente negativas. Atitudes pessimistas, falta de conhecimento, falta de sensibilidade e medo do envelhecimento podem causar negligência e qualidade inferior nos cuidados. Se somos pessimistas sobre o que e como fazer com as pessoas idosas, se temos preconceitos, então provavelmente não temos boas condições para envolvê-las em atividades para promover melhoria de sua capacidade funcional. Nossas atitudes com relação ao envelhecimento podem afetar negativamente como nós tratamos as pessoas idosas em geral e como nós estimulamos a realização de atividades.

O simples fato da pessoa viver até uma idade mais avançada mostra que ela possui muita "força" emocional e física. Entretanto, nos tornamos tão preocupados com a doença da pessoa incapacitada que não conseguimos enxergar as qualidades positivas desse envelhecimento. Se conseguirmos adquirir uma imagem positiva a respeito do envelhecimento, poderemos ajudar o indivíduo a se ajustar com sucesso às suas dificuldades e incapacidades dentro de algum programa de atividade com prazer, alegria e vontade próprias.

Pronto!!! Agora é só seguir as condições para realização de atividades citadas no texto e usar e abusar da criatividade. A boa vontade, aliada ao conhecimento, criatividade e atitudes pessoais, vão auxiliar muito essas pessoas idosas dependentes e tristes!

Importante lembrar

1. Tristeza e inatividade não são necessariamente características do envelhecimento.
2. Os sentimentos de tristeza das pessoas idosas podem aumentar sua necessidade de ajuda.
3. É importante motivar a pessoa idosa a praticar algum exercício físico (ginásticas fáceis, pequenos passeios, caminhadas, dentre outros).
4. Durante a avaliação, a identificação das *atividades significativas* garante o sucesso do tratamento.
5. Uma atividade aparentemente muito simples para você pode ter um grande significado para a pessoa idosa.
6. Não subestime as atividades escolhidas pela pessoa idosa, pois elas devem proporcionar prazer a ela.
7. Se você tem algum preconceito em relação ao envelhecimento, faça as pazes com essa etapa da vida que tem muito a oferecer.
8. O fato da pessoa idosa possuir incapacidades físicas ou psíquicas não tira o seu direito de ter acesso a programas de atividades.

Sugestões para leituras:

ALVES. R. *Se eu pudesse viver minha vida novamente*... Campinas, SP: Verus Editora, 2004.

CUTLER, H.C; LAMA, D. *A arte da felicidade*: *um manual para a vida*. Ed. Martins Fontes. São Paulo. 2000.

ALBOM, M. *A Última Grande Lição. O Sentido da Vida*. Ed. Sextante, 13 ed. Rio de Janeiro. 1998.

Comunicação com a pessoa idosa dementada

Johannes Doll
Susanna Re

Introdução

O homem é um ser social. Sozinho, ele não consegue viver e sobreviver. Por isso, as relações sociais, os contatos humanos e a comunicação entre as pessoas são tão importantes para nossa vida. Falar com outras pessoas, trocar idéias e opiniões, dizer como estamos nos sentindo, tudo isso é muito importante para nos sentirmos bem. Percebemos como isso é importante para nós quando temos dificuldade de nos comunicar. Por exemplo, quando estamos junto com outras pessoas que não falam nossa língua. Nesta situação nos sentimos sozinhos, excluídos. Notamos esta dificuldade também com crianças pequenas, que não conseguem falar ainda. Quando choram, é difícil saber qual o problema: dor de barriga? Cansaço? Fome? É exatamente nestes momentos, que percebemos como é importante poder falar, dizer claramente do que se trata, manter a comunicação com outros.

Encontramos a dificuldade de comunicação também quando lidamos com pessoas com demências. Principalmente nas fases avançadas, a comunicação com o doente fica muito complicada. Isso é percebido pelos dois lados, tanto pelo cuidador, quanto pelo doente. Neste artigo vamos falar sobre isso. Na primeira parte vamos analisar a comunicação, como ela funciona e quais dificuldades podem existir. Para podermos entender melhor as dificuldades de comunicação com pessoas dementadas, vamos falar na segunda parte sobre as demências e como elas afetam a comunicação. Na terceira parte queremos apontar para possibilidades de lidar com estas dificuldades de comunicação, pensar no que se pode fazer concretamente. E no final vamos resumir as idéias deste capítulo.

A comunicação, suas possibilidades e dificuldades

Por que nós falamos tanto? Para que servem, afinal, todas estas conversas? Na verdade, nossa comunicação serve para várias e diferentes funções. Em primeiro lugar, a comunicação humana serve para transmitir informações

importantes. Por exemplo, eu posso explicar a uma outra pessoa, onde ela pode comprar um determinado produto mais barato. Ou como fazer um bolo. Isso é muito prático, pois não precisamos inventar a roda sempre de novo, podemos aproveitar dos conhecimentos e das descobertas de outras pessoas. Outro aspecto importante da nossa comunicação é a possibilidade de alertar para um perigo. Por exemplo, quando queremos atravessar uma rua e estamos distraídos, alguém pode nos alertar – "Cuidado, vem um carro". Neste momento, a comunicação pode salvar vidas.

Outra função importante da comunicação é o planejamento conjunto. Conversando sobre o que precisa ser feito, podemos organizar o trabalho, dividir tarefas, combinar coisas para o futuro. Esta capacidade de prever e planejar coisas futuras é uma das características mais importantes do ser humano e o fez sobreviver, mesmo em situações bastante adversas, como, por exemplo, sobreviver no deserto, ou no gelo.

Mas a comunicação não se restringe a aspectos práticos e funcionais. A comunicação entre as pessoas também cria e mantém um sentimento de pertença. Por exemplo, quando os torcedores de um time de futebol vão conversar sobre o último jogo do seu time e descrever com todos os detalhes o que aconteceu, isso não serve tanto para passar informações. Afinal, todo mundo viu o jogo. Mas esta conversa reforça o sentimento de pertencer ao mesmo grupo, nos dá identidade. Por isso gostamos também de contar e ouvir histórias. Compartilhando, por exemplo, as histórias da nossa família, dos nossos pais e avós reforça-se a nossa identidade de pertencer a esta família.

A comunicação entre as pessoas também serve para expressar os sentimentos. Podemos dizer aos outros, como nos sentimos, se estamos gostando de uma coisa ou não. Isso é bom para quem expressa seus sentimentos – ele pode compartilhar o que sente com os outros – e é também importante para os outros, pois podem interagir com a pessoa de forma adequada. Se alguém me vai dizer que está triste, posso consolar esta pessoa. Mas se a pessoa não comunica seus sentimentos, não posso fazer nada, e talvez até piorar a situação. Talvez eu perceba, pelo rosto fechado, que alguma coisa não está bem, mas se a pessoa não me diz a razão, dificilmente posso adivinhar do que se trata.

Este último exemplo mostra outro aspecto importante da comunicação humana: nós nos comunicamos através de diferentes canais ou linguagens. Existe a comunicação através da fala, usando palavras e frases. Mas além da comunicação verbal existe também a comunicação não-verbal através de gestos, através do nosso corpo, através da nossa expressão facial. Isso significa,

que mesmo quando não podemos (mais) usar a comunicação verbal, existem ainda outras formas de comunicação. Mesmo se esta outra comunicação através da nossa linguagem corporal seja menos precisa e mais difícil de interpretar. Por exemplo, através da minha expressão facial, posso muito bem expressar sentimentos, como alegria, satisfação, tristeza, dor. Mas fica muito mais difícil expressar as razões para estes sentimentos. Nesta parte, a comunicação verbal pode ser mais precisa e clara.

Apesar da importância, a comunicação entre as pessoas nem sempre é fácil, como sabemos muito bem. Às vezes, a pessoa não consegue entender o que a outra diz, às vezes, uma pessoa fala uma coisa e a outra entende algo bem diferente. Mas quais são as dificuldades da compreensão entre as pessoas? Em primeiro lugar, precisamos falar a mesma língua do outro. Isso parece óbvio. Quando alguém fala japonês e eu não entendo japonês, não posso me comunicar com ele. Pelo menos não através da língua falada. Posso entender alguns sinais e gestos, como um sorriso, a mão aberta (sinal de paz), apontar para uma coisa (chamar atenção). Mas a comunicação entre nós vai ficar muito reduzida.

Mas a dificuldade de compreensão não fica reduzida a outras línguas. Existem diferenças entre as regiões do Brasil que podem dificultar a compreensão. E existem línguas profissionais específicas que outras pessoas quase não conseguem entender. Exemplos disso são a linguagem jurídica ou médica. O uso de linguagens específicas possui sua importância, pois é possível expressar assuntos de forma mais precisa. Os profissionais destas áreas que vivem usando esta linguagem acham seu uso normal. E quem não domina e não entende, nem sempre ousa perguntar. Assim pode acontecer que um profissional explique algo ao seu cliente ou paciente e este, para não parecer ignorante, escuta sem compreender ou perguntar.

Encontramos uma dificuldade parecida quando pessoas falam sobre um assunto e alguém não compartilha o conhecimento básico sobre este assunto. Por exemplo, quando pessoas falam sobre uma novela que todo mundo viu e chega alguém que nunca viu esta novela, provavelmente não vai entender o que as outras pessoas falam, pois não conhece as figuras, a história, os assuntos desta novela. Isso significa que duas pessoas falando sobre um assunto precisam compartilhar algum conhecimento básico sobre o assunto para uma pessoa poder compreender o que a outra disse. Assim, alguém que sempre viveu na cidade e chega no interior ouvindo os camponeses falando sobre a terra, o plantio, os animais, provavelmente não vai entender muita coisa. Falta uma referência comum. Parece que as pessoas vivem em mundos diferentes e

a comunicação entre mundos diferentes não é fácil, cada elemento novo ou diferente precisa ser explicado.

Encontramos outra dificuldade da comunicação no fato que, muitas vezes, é difícil ter certeza do que a outra pessoa quis dizer. Por exemplo, quando encontramos um amigo e ele nos pergunta: Como vai? Esta pergunta não é tão clara quanto parece à primeira vista, pois existem diferentes possibilidades de interpretar a pergunta. Pode ser que nosso amigo queira simplesmente nos cumprimentar. Neste caso, podemos responder com a mesma pergunta, ou simplesmente dizer, tudo bem. Mas também pode ser que ele realmente queira saber como nos sentimos, como estamos. Neste caso, podemos explicar para ele, de forma detalhada, a nossa situação atual. Então, a nossa resposta vai depender de como nós interpretamos a pergunta do amigo.

Com isso podemos ver que a comunicação exige quase sempre uma interpretação por parte de quem está ouvindo uma mensagem. Quando interpretamos a fala do outro de forma diferente do que ele queria ser entendido, chegamos rapidamente a uma incompreensão. Vamos continuar com nosso exemplo de "Como vai?". Se nosso amigo queria simplesmente nos cumprimentar, e nós vamos contar em todos os detalhes a nossa situação atual, o amigo vai se perguntar, porque estamos contando toda esta história para ele. Talvez ele vá ficar impaciente, pois não queria ouvir tantos detalhes da nossa vida. Outro exemplo para esta dificuldade na comunicação pode ser a pergunta: "O almoço está pronto?". Isso pode ser simplesmente uma pergunta. Mas a pessoa que está preparando o almoço pode entender, interpretar esta pergunta como uma crítica: já é tão tarde e o almoço ainda não está pronto! Dependendo da interpretação, ela vai responder simplesmente "sim" ou "não", ou ela vai ficar irritada com a impaciência de quem perguntou.

A necessidade de interpretar as falas ou pronunciamentos das outras pessoas abre também espaço para ouvir ou não ouvir determinadas comunicações. Especialmente quando se trata de temas sensíveis ou questões que não queremos ouvir ou queremos ouvir uma determinada opinião. Aqui entra também a própria questão da pessoa com quem estamos falando. Se é uma pessoa bem conhecida e se já temos uma certa opinião sobre a pessoa, temos uma tendência de interpretar tudo que a pessoa disse no sentido da idéia que temos da pessoa. Por exemplo, se temos um familiar que sempre implica, temos a tendência de interpretar que tudo que esta pessoa diz é para implicar com a gente, mesmo se não era o objetivo da própria pessoa. Podemos criar certas barreiras que nos impedem de ouvir de outras pessoas coisas que não esperamos.

Neste sentido, temos que ficar bem atentos aos nossos próprios sentimentos a respeito da pessoa com quem estamos nos comunicando e tentar ficar o mais aberto possível para outras e novas comunicações.

Até agora falamos de forma geral sobre comunicação, possibilidades e dificuldades. De certa forma, na comunicação com pessoas dementadas encontramos os mesmos problemas e as mesmas possibilidades, só agora de forma um pouco diferente. Por isso, vamos a seguir analisar o que significa uma demência para a capacidade de comunicar-se com outras pessoas.

A demência e sua influência na comunicação

Quando as pessoas ficam mais velhas, aumenta o risco de uma demência. (Mesmo assim, a maioria das pessoas idosas não é portadora de uma demência). Mas afinal, o que significa uma demência? Muito tempo atrás, acreditava-se que a perda da memória e a diminuição das capacidades cognitivas (pensar, memorizar, aprender coisas novas) fosse uma característica natural das pessoas idosas. A senilidade era vinculada automaticamente à velhice. Hoje sabemos que não é bem assim. Uma demência é uma doença que atinge principalmente a memória e as capacidades de pensar e refletir. Ela pode ser causada por diferentes fatores. Com poucas exceções, a grande maioria das demências é crônico-degenerativa, isto é, a doença vai se agravando aos poucos. Dependendo do tipo de demência, o desenvolvimento da doença pode ser diferente. O avanço pode depender tanto de fatores orgânicos, como derrames, quanto de fatores externos, como mudanças no ambiente, estresse, etc. Entre as demências, a do tipo Alzheimer é a mais comum e é encontrada em quase dois terços de todos os casos. Do início dos primeiros sintomas, como esquecimento, até o estado grave e a morte podem ocorrer muitos anos. No caso da demência do tipo Alzheimer, este processo dura geralmente entre cinco e nove anos. O avanço é gradativo, mas geralmente se divide em três fases, embora a passagem de uma para outra fase não possa ser demarcada claramente.

Fase inicial

Na fase inicial, percebem-se pequenos esquecimentos e falhas da memória. As pessoas têm, muitas vezes, dificuldades de aprender coisas novas. Também podem ter dificuldades na fala, nem sempre conseguem encontrar as palavras adequadas ou demoram em construir uma frase completa. As memórias

mais antigas geralmente não são afetadas, enquanto existem dificuldades de se lembrar de coisas que aconteceram pouco tempo atrás. Nesta fase, os próprios doentes percebem geralmente estes problemas e, muitas vezes, procuram compensar ou esconder o problema. Por exemplo, podem usar frases fixas e estereotipadas para conversar com outros para não demonstrar a dificuldade de formular frases completas. Como as pessoas percebem seus problemas nesta fase inicial, podem ficar tristes e depressivas.

Fase intermediária

Na fase intermediária, os problemas se agravam. O esquecimento avança e pode também abranger memórias mais antigas. A capacidade de compreender uma situação mais complexa ou resolver tarefas do cotidiano fica cada vez mais comprometida. Por exemplo, a seqüência de vestir roupas pode-se tornar difícil, as pessoas confundem o que tem que fazer primeiro e o que depois. Nesta fase podem aparecer dificuldades na percepção, na leitura ou na compreensão de falas e podem surgir alucinações. Nesta fase, as pessoas doentes podem desenvolver medo exagerado de ser ameaçada, roubada ou maltratada. Muitas vezes, as pessoas não sabem ou entendem mais, onde elas estão, que dia é, que horas são. Muitas vezes, não reconhecem mais ou confundem as pessoas ao seu redor. Podem alterar fases de muita agitação e inquietude com fases de letargia e apatia.

Na fase tardia

Na fase tardia, todas as funções cognitivas e de memória declinam até o desaparecimento. Nesta fase, as pessoas começam a esquecer sua própria história, sua biografia, começam a esquecer quem elas são. Elas perdem sua própria identidade. A capacidade de fala se reduz ao uso de palavras isoladas ou partes de frases. Muitas vezes não falam mais. Geralmente não compreendem mais o que outras pessoas dizem para elas. Nesta fase, as pessoas doentes se tornam totalmente dependentes e precisam de cuidado constante.

É muito importante aprendermos sobre o desenvolvimento da demência para poder entender as reações das pessoas doentes. Por exemplo, não é fácil para uma filha que cuida dos seus pais com demência, quando o próprio pai ou a própria mãe não reconhece mais a filha. Nesta situação deve ficar claro para a filha, que este não reconhecimento não é uma rejeição da filha e do seu cuidado, mas o resultado de uma doença que não depende da vontade do doente.

Até hoje, não existe uma cura da demência do tipo Alzheimer. Existem alguns remédios que podem diminuir o avanço da doença. Mas há várias formas de ajudar as pessoas doentes a viverem melhor, com mais qualidade de vida. Um dos fatores mais importantes é criar e manter um ambiente tranqüilo e seguro para as pessoas. Na fase inicial, podem-se usar auxílios que ajudam a pessoa dementada a orientar-se, como calendários grandes em vários lugares da casa para lembrar-se do dia, ou relógios grandes e de fácil leitura para lembrar-se do horário. Adaptar e organizar o ambiente, em que a pessoa com demência vive, pode trazer muitos benefícios, tanto para o doente, quanto para o cuidador. Organizar o espaço de forma agradável, facilmente compreensível, seguro, com estímulos adequados (fotografias, lembranças) ajuda o doente a se sentir bem e acolhido. Manter as estruturas das rotinas diárias torna o mundo para a pessoa com demência previsível e, por isso, mais tranqüilo. Esta estrutura beneficia o próprio cuidador, pois com o doente mais tranqüilo, o processo de cuidar se torna bem menos estressante.

Como se comunicar com uma pessoa com demência?

A comunicação de uma pessoa com demência e seus familiares, amigos ou cuidadores é da maior importância para seu bem estar. Porém, esta comunicação não é fácil. Dependendo do avanço da demência, as capacidades de se comunicar por parte do doente diminuem, mas continuam, pelo menos em nível de comunicação não-verbal, até o fim.

Existem algumas regras gerais desta comunicação. A primeira regra nesta comunicação é manter o respeito para com a pessoa doente. Por exemplo, não falar sobre a pessoa doente na sua presença. Isso é muito importante, porque ter dificuldades na comunicação não significa que a pessoa não possa entender ou compreender mais nada. De fato, sabemos muito pouco o que uma pessoa com demência ainda escuta e entende do que é tratado na sua presença. E mesmo se o doente não compreende todas as palavras, o tom, a linguagem do corpo comunicam, às vezes, muito mais do que as palavras faladas. (Em relação a isso, Andréa Viude chama a atenção para a consistência e coerência da comunicação com a pessoa dementada). Se quisermos acalmar o doente com nossas palavras e, ao mesmo tempo, expressamos nossa impaciência através de gestos como segurar o outro com força, estamos mandando duas mensagens contraditórias, isto é, uma nega a outra para a pessoa dementada, a de calma e a da impaciência. Isso confunde e deixa a pessoa idosa geralmente, mais agitada

ainda. **Por isso, paciência e calma são regras fundamentais no tratamento com pessoas com demências.**

Para manter a tranqüilidade e paciência, é da maior importância sempre considerar a situação do outro. **Não adianta o cuidador ficar irritado porque a pessoa dementada não se lembra mais de nomes ou acontecimentos. Tem de ficar claro que ela não o faz de propósito, mas porque ela não tem mais condições de se lembrar**. Considerando isso, o cuidador pode ter mais paciência no tratamento com o doente. Também quando a pessoa idosa não consegue entender alguma coisa que o cuidador quer comunicar. Neste momento, **pode-se tentar facilitar o processo de compreensão, usando frases curtas** e claras. **Mas cuidado, não devemos infantilizar a pessoa com demência. Ela é um adulto com problemas de compreensão, não uma criança! Então, é falar mais devagar, mas de forma normal e com a melodia e ritmo da frase normal,** porque até isso são elementos que podem ajudar na compreensão. E repetir, se for necessário, sem estresse.

As formas de comunicação não são rígidas ou prescritas. Em cada situação social desenvolvem-se regras e formas próprias de conversar, trocar experiências, expressar sentimentos. Muitas vezes, existem dentro das famílias formas particulares como os seus membros se comunicam. Por isso, podemos aqui somente apontar algumas sugestões básicas, que podem variar em cada caso. Mas **o mais importante na comunicação com pessoas dementadas é que a base das interações seja tranqüilidade, paciência, compreensão e respeito**. Com isso se cria um clima que ajuda o portador da demência a viver sua doença com melhor qualidade de vida e com mais tranqüilidade.

Entre os comportamentos das pessoas portadoras de demência observam-se, muitas vezes, irritação, inquietude, comportamentos repetitivos e tentativas de fugir da casa ou da instituição. (ver assunto *Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação*). À primeira vista, parece complicado entender este comportamento. **As pessoas dementadas vivem, por causa da sua doença, em um outro mundo**. Como as pessoas com demências possuem problemas de memória atual, não tanto de memórias antigas, elas vivem em um tempo passado, no seu passado, nas memórias que elas ainda possuem. Neste mundo do passado, os homens têm que ir ao trabalho, e ficam irritados quando os outros não os deixam. As mulheres querem ir para sua casa para fazer seu trabalho, preparar o almoço para as crianças e o jantar para o marido que deve voltar do trabalho, dentro de um instante. Mas as pessoas ao seu redor, estranhas para a doente, não permitem a saída. Este

conflito vivido pelos doentes – querer fazer uma coisa que seria necessária e perceber que o ambiente os impede de fazer – é a causa principal da agitação e irritação dos portadores de demência.

Quando procuramos compreender o mundo a partir da perspectiva dos dementados, começamos a entender sua irritação, sua inquietude. **Na sua perspectiva**, **eles têm suas tarefas, suas funções, seu trabalho**, mas todo mundo ao seu redor não entende isso e impede constantemente o que eles querem e necessitam fazer. É claro que esta situação cria irritação e até agressividade. Isso é uma situação de comunicação, onde dois mundos diferentes procuram conversar e dificilmente conseguem se entender. Em uma conversa entre pessoas adultas com opiniões diferentes, podemos buscar um entendimento usando argumentos racionais. Com pessoas dementadas, isso não funciona, pois elas não conseguem mais compreender este outro mundo que é a nossa realidade.

Nesta situação cabe a nós, familiares, amigos e cuidadores, tentar compreender o mundo da pessoa dementada. **Não se trata de qualquer mundo de fantasia; trata-se do seu mundo do passado**. **Um mundo, que possui sua lógica e suas regras. Então, conhecer a biografia e o passado da pessoa doente, ajuda a compreender o mundo em que** o **dementado vive hoje**. Como a pessoa idosa já pode ter dificuldade para falar, depende do cuidador reconstruir, a partir de poucas palavras ou gestos, o sentido da comunicação dessa pessoa idosa. E quando mais se sabe sobre a vida e o mundo em que o doente viveu, mais fácil torna-se esta compreensão.

Tentar compreender o mundo do ponto de vista da pessoa dementada ajuda bastante na comunicação com ela. Com argumentos racionais, isto é, com explicações, não conseguimos mais comunicar com o doente, não se deve argumentar ou contrariar a vontade do dementado, pois isso cria somente resistência e agressão. Uma solução melhor seria compreender a vontade da pessoa, mostrar que entendeu sua situação e oferecer alternativas possíveis, que possuem referência no mundo e na biografia da pessoa idosa, por exemplo, olhar juntos fotos antigas da pessoa.

Todos nós queremos viver em um ambiente compreensível e amigável. Isso vale também para pessoas idosas com demência. Só, que **para elas, este ambiente se torna cada vez mais estranho e incompreensível**. **Esta sensação fica mais forte ainda, quando acontecem mudanças no seu ambiente, como, por exemplo, ter de morar em outro lugar ou mudar**

as rotinas cotidianas. Adaptar-se a isso exige da pessoa dementada mais esforço de compreensão do que ela é capaz. As reações a estas mudanças são geralmente medo, agitação e comportamento de pânico. De certa forma, as pessoas dementadas percebem, mesmo de forma inconsciente, que o mundo delas se desfaz cada vez mais, pela perda sucessiva da memória. **O que sobra é um mundo desmoronando**. **Para se defender desta ameaça e para repelir o pânico causado por isso, pessoas dementadas buscam alguma segurança. Muitas vezes, organizam qualquer coisa, empilham, contam roupas, arrumam gavetas**, **colecionam comida.** Todas estas pequenas atividades de organização são atos para se proteger da ameaça do caos interno e externo. **Por isso, estruturas conhecidas e um ambiente claro e nítido ajudam a pessoa doente, deixam-na mais tranqüila e, com isso, aumentam a sua qualidade de vida.**

Quando a demência avança, as pessoas doentes dispõem cada vez menos da possibilidade de se expressar através da fala. Elas não respondem mais a perguntas do seu ambiente e, muitas vezes, os cuidadores ou familiares acham, que o doente não entende mais nada e não percebe mais seu ambiente. Mas mesmo quando a memória e as capacidades cognitivas já estão bastante comprometidas, ainda é possível perceber emoções. As pessoas expressam seus sentimentos e emoções através da fala, mas também através de gestos e através da expressão do rosto. As pesquisas mostraram, que mesmo pessoas com demência avançada e que praticamente não falavam mais, possuiam ainda uma sensibilidade emocional diferenciada e expressam seus sentimentos e suas emoções, principalmente através da expressão facial. Por exemplo, uma senhora dementada, com 96 anos, que vivia em uma instituição de longa permanência e não conseguia mais falar, gostava de passear. Normalmente, ela ficava sentada na sala sem sinais de atenção ou de expressão facial. Mas sempre que alguém a buscava para passear, ela demonstrava sinais de alegria, movimentava-se mais e olhava para o visitante. Por outro lado, quando o irmão dela, que morava na mesma instituição, falava demais com ela, ela demonstrava sinais de descontentamento, mexendo com a cabeça e olhando para o irmão.

Os resultados das pesquisas trazem para o cuidador e o familiar duas informações importantes. A primeira é que **a comunicação com o doente continua possível, mesmo quando este não consegue mais falar. Através da mímica, da expressão facial, as pessoas dementadas ainda conseguem expressar alegria, tristeza**, **descontentamento ou raiva**. Obviamente, **é**

necessário que as expressões faciais sejam interpretadas pelo cuidador ou familiar. Muitas vezes, estes já dispõem de certo conhecimento implícito de como a pessoa dementada se sente, quer dizer, de certa forma, a partir da sua experiência em lidar com o doente, o cuidador ou familiar já desenvolveu uma idéia sobre o que o outro quer expressar. Devemos ficar atentos aos sinais, gestos e à linguagem do corpo para manter a comunicação com a pessoa dementada e devemos procurar interpretá-los dentro do contexto de vida destes doentes.

É possível melhorar a qualidade de vida da pessoa com demência avançada

Outra pesquisa mostrou que é possível melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência avançada. Quando se ficava atento à comunicação por meio da expressão facial do doente, foi possível criarem-se mais situações em que as pessoas dementadas expressavam contentamento e alegria. Analisando essas situações concluíram que havia cinco grupos de atividades que provocavam sentimentos positivos, obviamente com diferenças entre as pessoas doentes:

1. Atenção, comunicação (quando alguém cumprimenta, dedica um tempo para conversar, pelo menos 5 minutos para mostrar calma);
2. Atividades positivas como passeio, saídas; às vezes se encontram pequenas resistências iniciais ("Hoje não quero"), mas depois curtem o passeio;
3. Estimulação sensorial (por exemplo, ele gosta de comer; pode-se conversar sobre a comida);
4. Fazer alguma coisa para alguém (por exemplo, quando pode cortar alguma coisa para outra pessoa, dar alguma coisa);
5. Atividades físicas (por exemplo, gosta quando alguém faz exercícios de caminhar com ele).

Como se vê, geralmente não se precisa fazer um esforço muito grande para criar situações positivas para o doente. Importante é ficar atento às respostas – faladas ou pela linguagem do corpo – dos doentes para criar um clima agradável e proporcionar um cuidado com qualidade de vida, mesmo para pessoas com demências avançadas.

Importante lembrar

1. A comunicação com outras pessoas é da maior importância para todos nós, pois ela nos mostra que somos parte da família, de um grupo de amigos, do mundo. Isso vale também para pessoas com demências.
2. A demência, especialmente em estado avançado, pode dificultar a comunicação. Isso pode ser, porque a memória do doente já está tão enfraquecida que ele não consegue mais manter uma conversa normal. Durante a fala, ele se esquece do que estava falando. Ou não encontra mais as palavras adequadas para se expressar.
3. Em um estado mais avançado, o doente começa a viver no seu mundo do passado e não consegue mais compreender o mundo presente e atual. Isso leva a conflitos, quando o doente se comporta de acordo com seu mundo do passado, e o mundo presente impede suas ações, porque não fazem mais sentido no mundo atual. Este conflito cria medo, irritação e até agressividade por parte do doente.
4. O familiar e o cuidador precisam compreender esta situação. E mais, se eles conhecem a biografia e o passado do doente, mais fácil fica interpretar e compreender as ações do doente.
5. Não adianta argumentar racionalmente – o doente no estado avançado não consegue compreender – e também não adianta contrariar.
6. Mantenha a paciência, a calma e o respeito para com o doente e procure encontrar soluções possíveis, por exemplo, propor outras atividades interessantes e prazerosas para o doente.
7. Na conversa com pessoas dementadas, deve-se usar frases curtas, claras, sem infantilizar. Quando precisar repetir, usar as mesmas palavras, pois trocando as palavras pode confundir o doente.
8. Fica mais fácil para o cuidador e o familiar, quando se lembra que o doente está fazendo tudo isso não por maldade, mas porque não tem mais condições de fazer melhor.
9. Mesmo pessoas com demências avançadas ainda possuem emoções e sentimentos e conseguem expressá-los através da linguagem corporal e da expressão facial. Cabe ao cuidador ou familiar ficar atento a estes sinais de comunicação e interpretá-los de forma adequada.
10. Considerando estes "pronunciamentos" do doente, é possível realizar um cuidado, que mantém a dignidade e a qualidade de vida, mesmo de pessoas altamente dementadas.

Sugestões para leituras:

Karl, Fred; Doll, Johannes. Demência e Pedagogia Social. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, vol. 10, p. 45-56, 2006.

Portugal, Iara Primo (org.). A doença de Alzheimer e seu cuidador: um olhar interdisciplinar. Porto Alegre: Rigel, 2007.

Re, Susanna. Vivência e expressão emocionais de pessoas portadores de demências. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, (no prelo).

Viude, Andréa. Como comunicar-se com o portador de demência tipo Alzheimer. In: Caovilla, Vera Pedrosa; Canineu, Paulo Renato (orgs.). Você não está sozinho. Associação Brasileira de Alzheimer, 2002, p. 47-58.

Como melhorar a atenção e memória na pessoa idosa

Laura Rosa Almeida P. Ferreira
Lucila Bomfim Lopes Pinto
Vejuse Alencar de Oliveira

Introdução

A possibilidade de viver muitos anos trouxe um grande desafio para a sociedade e para os indivíduos, pois a qualidade de vida na velhice de uma pessoa depende tanto das condições que ela encontrou ao longo de toda sua vida como das suas decisões para adotar um estilo de vida saudável, estudar e desenvolver-se. (ver assunto *Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência*).

Vemos que algumas pessoas conseguem envelhecer relativamente bem, enfrentando as mudanças que o seu organismo sofre, a aposentadoria e várias perdas que são inevitáveis na vida de todos nós. Outras enfrentam esse ciclo com baixa auto-estima, tristeza, desânimo, frustrações e medo.

Há aquelas que ficam confinadas à própria casa. Querem estar livres de horários e aos poucos perdem o convívio com a família, amigos, vizinhos, sociedade. Não querem exercitar a mente, pois acreditam que não necessitam pensar. Não fazem projetos, não têm motivação para qualquer tarefa física, manual, social, cognitiva. Passam a maior parte do tempo deitadas ou sentadas, assistindo passivamente programas de TV e/ou ouvindo rádio. Assim começam a esquecer nomes, onde puseram certos objetos, como óculos, dinheiro, roupas. A pessoa idosa acha que está perdendo a memória, está inútil, não serve para nada mais. O que têm, no entanto, são os famosos "lapsos de memória", comuns em todas as idades.

Com pouca atividade e sem nenhum interesse, há um enfraquecimento das funções cognitivas, como a atenção e a memória. Assim, é preciso que o cuidador ofereça estímulos ambientais e tenha a preocupação de inseri-los na cultura da pessoa idosa. (ver assunto *Como lidar com a inatividade e a tristeza na pessoa idosa com dependência*).

Este texto orienta o cuidador de pessoas idosas, seja no domicílio ou na instituição, a promover atividades significativas e prazerosas, que estimulem a atenção e a memória da pessoa idosa. São atividades simples e de fácil utilização. Os procedimentos a seguir citados, não são terapias capazes de reverter grande parte dos casos de demência, nem tão pouco evitar a maioria dos processos demenciais, embora consiga retardar o aparecimento de alguns tipos de demência ou minimizar seus sintomas.

Sobre atenção e memória

Memória é a aquisição, conservação e resgate de informações. É a capacidade de aprender coisas novas, relacioná-las com informações já adquiridas, retê-las e utilizá-las quando necessitarmos.

Com o envelhecimento, é mais difícil ou mesmo mais lento o ato de aprender. É preciso mais treinamento e atenção para registrar e guardar o que ouvimos e vemos. Atenção, convém dizer, é a capacidade de focar (olhar bem), manter a consciência em determinado ponto. A capacidade de atenção está ligada à consciência e à motivação. Funciona como um filtro, que seleciona as informações que consideramos mais relevantes.

A pessoa idosa tem dificuldade de prestar e manter a atenção, quando precisa realizar mais de uma tarefa ao mesmo tempo, como, por exemplo, atender ao telefone e desligar o forno.

A concentração e a atenção diminuem com a idade, mas podem ser melhoradas quando devidamente estimuladas.

E a memória, pode falhar?

Pode, quando a pessoa idosa é vítima de um acidente, se ela for acometida de pressão alta, depressão, estresse, ansiedade; tiver preocupações em excesso, distração, falta de períodos de sono, abuso de soníferos; e usar determinados medicamentos, álcool etc.

LEMBRETE: a afetividade ou a emoção é que torna a memória mais viva, ou seja, quando prestamos muita atenção a um fato e/ou colocamos toda a nossa emoção nele, é provável que não o esqueçamos durante muito tempo. Se não nos cuidarmos bem (cansaço, ansiedade), teremos problemas de memória, pois fica reduzida a capacidade de concentração e da atenção.

Quando a pessoa idosa não se lembra de algo que viu ou ouviu, ou que viveu, antes de dizermos que tem um problema de memória, necessitamos fazer-lhe algumas perguntas fundamentais para termos a certeza de que tem falhas grandes de memória.

- Será que o sr.(a) viu ou ouviu bem? Para memorizar as informações captadas pelos órgãos da visão e audição, a acuidade sensorial (ouvir bem, ver bem) deve ser boa. O uso de óculos e aparelho auditivo, caso a pessoa idosa necessite, é imprescindível.
- A informação era interessante para o sr.(a)? A pessoa memoriza mais facilmente as informações que a interessam ou que lhe são úteis.
- A informação terá sido bem compreendida? A compreensão facilita a memorização.

Qual o momento certo de procurar ajuda profissional?

Quando você observar que a memória da pessoa idosa foi piorando durante certo período; se o seu esquecimento interferiu no desempenho das atividades da vida diária, como vestir-se, alimentar-se, fazer a higiene pessoal, não mais saber manusear dinheiro. Nestes casos, procure ajuda profissional (diversas doenças podem causar mudanças na memória; e muitas delas são tratáveis).

LEMBRETE: a velocidade e a capacidade de aprender fatos novos pode diminuir com o envelhecimento. Por isto o idoso precisa de mais tempo para aprender mais coisas.

Existe alguma coisa que podemos utilizar para melhorar a memória?

Sim, os recursos de memória que ajudam a pessoa idosa a prestar atenção e memorizar aquilo de que precisa se lembrar, como nomes de pessoas próximas, nomes e horários de medicamentos, endereço, números de telefone, compromissos, recados. Estes recursos ajudam-na a controlar informações, a organizar-se melhor etc.

Qual o melhor recurso para a pessoa idosa utilizar?

Um recurso é adequado quando deixa a pessoa idosa à vontade para utilizá-lo e oferece espaço suficiente para anotações; é fácil de carregar, é bastante usado e é bem simples seu uso. Ex: agendas, calendários, blocos de anotações, listas de afazeres, papéis autocolantes, gravadores, pastas, quadros de anotações. Na agenda, a pessoa idosa deve fazer anotações necessárias para a sua segurança e colocar números de telefone de que necessite com freqüência.

LEMBRETE: prestar atenção à informação a ser memorizada é de vital importância. Um dos maiores inimigos da memória é fazermos as coisas de maneira automática, sem prestar muita atenção.

Podemos melhorar a atenção e a memória da pessoa idosa?

Tudo o que aprendemos de novo é um estímulo para a memória. Por isso devemos sempre motivar a pessoa idosa para que faça coisas diferentes. Existem tarefas simples que o cuidador pode utilizar para exercitar a atenção e memória da pessoa idosa, tais como:

- faça com que tenha um despertar diferente. Caso a pessoa idosa more na zona urbana, coloque música com sons da natureza, para que acorde ouvindo estímulos diversos e diferentes do rotineiro;
- coloque um calendário em seu quarto e solicite que marque diariamente os dias da semana, para que saiba o dia em que se encontra. Tratando-se de uma pessoa não alfabetizada, faça orientação temporal, todos os dias, no início da manhã. Fale, por exemplo, "bom-dia; hoje é dia cinco de fevereiro de 2008; são 8 horas da manhã ". Ao final do dia, pergunte à pessoa idosa, em que dia, mês e ano ela se encontra;
- procure fazer com que a pessoa idosa se mantenha tranqüila, evitando fadiga. Quando ela está cansada, se reduz a atenção, portanto, tem dificuldade de recordar fatos;
- concentre a pessoa idosa na leitura. Quando for ler um livro ou revista para a pessoa idosa, quando esta for impossibilitada de fazê-lo, por analfabetismo ou outro motivo qualquer, ou quando ela estiver lendo, evite barulho. Faça perguntas sobre o que você leu ou ela tenha lido;

- faça com que a pessoa idosa preste atenção quando estiver fazendo uma tarefa estimulando-a a verbalizar e concentrar-se nas etapas da tarefa, como vestir-se, pentear-se etc;
- relembre fatos, isto é, converse com a pessoa idosa sobre a cidade onde ela mora (o que tem de mais importante), como era antigamente; converse sobre fatos de sua infância, adolescência, juventude;
- procure socializá-la. Leve-a, sempre que puder, para passear. Faça com que conheça novas pessoas. Vá com ela aos lugares onde gostava de ir;
- evite rotinas – nos passeios procure descobrir caminhos diferentes. Faça com que tenha interesse nestes caminhos;
- faça com a pessoa idosa uma lista de tarefas antes de sair de casa. Entregue a ela e peça que siga o que foi escrito. Quando a pessoa idosa for impossibilitada de ler, leia para ela, motivando-a a lembrar-se do roteiro pré estabelecido;
- estimule-a a praticar e aprender atividades que melhorem a atenção e concentração de acordo com sua capacidade física e intelectual, tais como, jogos de memória, quebra-cabeças, palavras cruzadas, jogos de tabuleiro, caça-palavras, cartas, computação, instrumento musical, grupos de leitura, língua estrangeira e charadas;

LEMBRETE: pessoas idosas que fazem atividades estimuladoras da mente estão menos propensas a desenvolver distúrbios de memória e mais favoráveis a envelhecer bem. O estímulo mental melhora a capacidade de atenção e a velocidade e flexibilidade de aprendizagem. As atividades devem ser inseridas de acordo com seu nível cultural.

- estimule-a a pensar no que vai dizer, quando ela quiser pedir algo;
- quando for ao supermercado, escolha com a pessoa idosa os alimentos que vão comprar. Invente refeições diferentes. Também procure ir a supermercados diferentes;
- mantenha à vista lembretes sobre coisas a fazer, como telefonar, pagar contas, datas importantes etc. Coloque os lembretes na porta da geladeira, criado-mudo, espelho do banheiro ou um mural no quarto

da pessoa idosa. Se você a ajudar a manter os lembretes sempre no mesmo lugar, ela saberá encontrá-los quando necessário. Isso facilitará sua rotina;

- estabeleça com a pessoa idosa um lugar para guardar coisas, como bolsa, óculos ou chaves; certifique-se de que ela sempre os colocará no mesmo local, após o uso. Assim você não fica procurando o tempo todo;
- mantenha caderno e lápis ao lado do telefone, para a pessoa idosa anotar recados; caso não seja alfabetizada, peça que repita várias vezes o recado para que não esqueça;
- relembre o dia. Procure lembrar-se com a pessoa idosa, de tudo o que aconteceu durante o dia; e tome providências para que ela tenha uma boa noite de sono. O sono auxilia a manter a atenção e a memória. Deixe o ambiente calmo, com poucas luzes. Lembre-se: o dormitório deve ser local de dormir! (ver assunto *Insônia*).

Ajude a pessoa idosa a movimentar-se. Pessoas ativas têm boa capacidade respiratória, boas condições cardiovasculares e melhor capacidade mental. A prática regular de caminhadas melhora o suprimento sanguíneo para o cérebro, pois aumenta o oxigênio cerebral. Exercícios físicos só os desenvolva sob orientação médica.

Cuidado com os efeitos colaterais dos remédios: quanto mais envelhecemos, mais vulneráveis aos efeitos imprevistos de medicamentos nos tornamos, pois é reduzida a capacidade de metabolizar e alguns medicamentos podem afetar a atenção e a memória. Caso observe que a pessoa idosa está desatenta ou com falhas de memória quando toma um remédio novo, avise o médico sobre o ocorrido.

Organize a casa da pessoa idosa juntamente com ela – suas contas, sua vida pessoal. Isso libera espaço na mente e este será utilizado para memorizar coisas mais importantes.

LEMBRETE: para que a pessoa idosa possa manter sua atenção nas tarefas cotidianas, estas devem ser significativas para ela, ou seja, devem oferecer prazer.

É de suma importância que o cuidador consiga a inclusão pela cultura da pessoa idosa, por intermédio de atividades.

O que é a "inclusão pela cultura"?

O que é inclusão? Os dicionários dizem claramente: é aquilo que está dentro de algo, envolvido, participante. A palavra **cultura** também tem amplo sentido. Pode ser uma forma de acompanhar as tradições e valores de um lugar, de um período ou de **um individuo**. Desse modo, **a inclusão pela cultura** faz parte dos direitos do cidadão.

De que modo pessoas com sessenta ou mais anos podem contribuir e participar das atividades culturais do lugar onde vive? De várias maneiras. Primeiro, ser respeitado naquilo que mais acumulou durante a vida: a experiência e o conhecimento sobre o que é chamado de **tradição cultural**. Gostar de ir à missa, por exemplo, é uma tradição religiosa. Participação cultural, porém, não é só isso. O Governo Federal, notando a necessidade da pessoa idosa participar da vida cultural do País, lançou em 2007 o 1º Prêmio Inclusão Cultural da Pessoa Idosa. Vários prêmios foram concedidos, em categorias como pintura, literatura e outros. **O estatuto do idoso** também lembra que a participação na comunidade é um fundamental direito da pessoa idosa.

A lei prescreve que cada cidade incentive a participação das pessoas idosas na vida cultural. Não apenas com a gratuidade ou descontos em *shows*, cinemas e teatros, mas respeitando os valores culturais. Valores de mulheres e homens que viveram sua juventude naquele lugar, e contribuíram muitas vezes para o desenvolvimento da cidade.

Para que tenhamos idéia do quanto é importante a inclusão cultural, contaremos breve história de um fato real. Uma senhora de 88 anos, que vivia em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) tinha grande talento, só descoberto por acaso, quando uma nova cuidadora entrou para a instituição. Todos os dias, a senhora perguntava pelo seu piano. Ninguém dava atenção às suas indagações. A nova cuidadora, num gesto de atenção e carinho, começou a conversar com ela. Perguntava-lhe sobre sua vida e os lugares que conhecia. A idosa, considerada, "caduca", dizia ter ido à Europa e a outros continentes. A cuidadora pesquisou na biblioteca da cidade e na Internet e então descobriu que aquela mulher havia sido uma pianista bastante conhecida no estado. Tinha realmente ido a outros países, mas nada disso era do conhecimento da Instituição e não houve interesse, na época de sua chegada, em saber o que aquela mulher tinha realizado. Se tivesse havido o **cuidado** de respeitar sua história de vida, quem sabe, seu quadro demencial poderia ter sido adiado.

Este caso é só para ilustrar o quanto **o cuidador** pode, sim, **incentivar** a pessoa idosa a participar da vida cultural do lugar onde vive. Talvez não seja uma tarefa simples, mas, com um pouco de interesse e informações, é possível resgatar **a cultura e preservar as tradições** da pessoa idosa. **A família e o cuidador** podem ser grandes incentivadores neste processo.

Lembretes e sugestões para favorecer a atenção, a memória e a inclusão pela cultura para a pessoa idosa:

- o(a) cuidador(a) precisa saber quais as preferências culturais e outros prazeres da pessoa de quem cuida;
- as preferências devem ser respeitadas pela família e pelo(a) cuidador(a);
- no caso de haver qualquer manifestação cultural na cidade, a pessoa idosa deve ser incentivada a ir, desde que realmente demonstre interesse;
- as tradições locais – como danças, festivais, festas religiosas e outros acontecimentos na cidade devem ser informadas à pessoa idosa. É um gesto de respeito e de não deixá-la à margem dos acontecimentos;
- o médico sempre deve ser consultado no caso da ida a lugares com aglomeração (com gente demais);
- os rituais que a pessoa idosa costuma ter devem ser **valorizados**. Faz parte de sua **cultura interior**;
- é importante que a família procure saber se existem **espaços de convivência** e outros locais onde a pessoa idosa possa exercer o seu direito de cidadania. Estes espaços são muito importantes para a continuidade da vida em sociedade.

Sugestões para leituras:

ALVAREZ, Ana. *Deu branco*. São Paulo: Best Seller, 2004.

BRASIL. Lei de Incentivo à cultura – *Lei Rouanet* n° 8.319-91.

YASSUDA, Mônica S.; CANINEU, Paulo Roberto. Falando em boa memória. In: PACHECO, Jaime Lisandro et al. *Tempo*: rio que arrebata. Cap.9, pp. 139-152. São Paulo: setembro, 2005.

A importância da espiritualidade e da religiosidade na pessoa idosa

Ir. Terezinha Tortelli FC

Introdução

Este texto fala sobre a espiritualidade e a religiosidade na pessoa idosa e do respeito que o cuidador deve ter para com as crenças religiosas da pessoa idosa que está sob seus cuidados.

Espiritualidade e religiosidade

Muitas vezes falamos da espiritualidade e da religiosidade como sinônimos. Entretanto, não é a mesma coisa. Por isso, primeiro vamos entender cada uma dessas palavras.

O que é espiritualidade?

Podemos dizer que espiritualidade é aquilo que possibilita às pessoas experimentarem que a vida não se limita ao presente e à satisfação das necessidades materiais. Ela independe de uma religião, é algo profundo, que se manifesta nas perguntas que o ser humano faz sobre o sentido da sua vida, pela sua busca de alguma força que o ampare, pelo seu desejo do belo, pelo seu amor ao próximo, pelo cuidado que tem para com o meio ambiente.

O que é religiosidade?

Quando uma pessoa aceita uma religião, podemos dizer que ela encontrou nela uma forma de praticar a espiritualidade, seguindo suas crenças e práticas.

Pode-se dizer que o ser humano traz em si uma marca profunda, que o acompanha toda a vida, como o sinal do umbigo que nos faz lembrar sempre que nascemos de nossa mãe. Foi ela que nos gerou, nos nutriu, nos deu a vida. Assim também temos em nós a marca de nosso Criador e ansiamos o reencontro com Ele. Este anseio se manifesta através da busca de uma religiosidade, de oração e de mística que expressa sede e fome de Deus. Esta é a busca de algo que

seja superior a nós e que vá além dos limites da nossa vida. E ela se manifesta em todo ser humano à medida que este alcança um certo grau de maturidade.

Um grande cientista do século passado, Albert Einstein, 1879-1955 (físico alemão, naturalizado norte-americano), disse a célebre frase:

A ciência sem religião é aleijada. A religião sem a ciência é cega.

Para ilustrar a importância do cultivo da religiosidade, segue um interessante fato ocorrido no ano de 1892:

Um senhor de 70 anos viajava de trem tendo ao seu lado um jovem universitário, que lia o seu livro de ciências.

O senhor, por sua vez, lia um livro de capa preta.

Foi quando o jovem percebeu que se tratava da Bíblia e estava aberta no livro de Marcos.

Sem muita cerimônia, o jovem interrompeu a leitura do velho e perguntou:

– O senhor ainda acredita neste livro cheio de fábulas e crendices?

– Sim, mas não é um livro de crendices. É a Palavra de Deus. Estou errado?

– Mas é claro que está! Creio que o senhor deveria estudar a História Universal. Veria que a Revolução Francesa, ocorrida há mais de 100 anos, mostrou a miopia da religião. Somente pessoas sem cultura ainda crêem que Deus tenha criado o mundo em seis dias. O senhor deveria conhecer um pouco mais sobre o que os nossos cientistas pensam e dizem sobre tudo isso.

– É mesmo? E o que pensam e dizem os nossos cientistas sobre a Bíblia?

– Bem, respondeu o universitário, como vou descer na próxima estação, falta-me tempo agora, mas deixe o seu cartão que eu lhe enviarei o material pelo correio com a máxima urgência.

O velho então, cuidadosamente, abriu o bolso interno do paletó e deu o seu cartão ao universitário.

Quando o jovem leu o que estava escrito, saiu cabisbaixo, sentindo-se péssimo.

No cartão estava escrito:

Professor Doutor Louis Pasteur, Diretor Geral do Instituto de Pesquisas Científicas da Universidade Nacional da França.

Tratava-se de Louis Pasteur, cientista francês, químico e biólogo que viveu de 1822 a 1895 e que desenvolveu o sistema de esterilizar o leite pela fervura, que é conhecido como pasteurização. A Pasteur é atribuída a afirmação: *Um pouco de ciência nos afasta de Deus. Muito, nos aproxima.*

O fato relatado, chama também a nossa atenção para atitudes que devemos ter diante de uma pessoa mais idosa, principalmente, se ainda nem conhecemos nada de sua vida e de suas crenças.

Os cuidados que devem acompanhar o dia-a-dia de um cuidador de idosos são:

1. Ser discreto, não influenciar na crença da pessoa idosa que está sendo cuidada;
2. Respeitar a forma da pessoa expressar sua fé e sua prática religiosa. Ela pode possuir vários símbolos que cuida como se fossem fotografias de seus queridos. Deve saber aceitar e valorizar essa piedade popular.
3. Estar atento às necessidades da pessoa idosa que quer ir à sua igreja e celebrar à sua forma. O cuidador deve acompanhá-la de forma discreta e respeitosa.
4. É também importante que o cuidador alimente sua espiritualidade; esta vivência facilitará as atitudes de gratidão, de gentileza, de solidariedade respeitosa para com a pessoa idosa.

Pesquisas mostram a importância da espiritualidade

A questão da espiritualidade é hoje assunto de muitas discussões mesmo nos meios científicos. Em janeiro de 2004, o Jornal Folha de São Paulo trouxe o resultado de uma **Pesquisa sobre a espiritualidade na vida das pessoas.** E os resultados apresentados foram surpreendentes.

"Estudos científicos apontam os benefícios da fé para os pacientes e, médicos defendem que a religião deve ser assunto da consulta."

- *Médicos de diferentes áreas em todo o mundo – independente de credo – buscam comprovação científica para a relação entre espiritualidade e saúde;*
- *Nos EUA, a maioria dos cursos de medicina possui, na grade curricular, disciplinas que discutem doença, fé, cura e espiritualidade com os futuros médicos e como abordar o assunto com seus pacientes;*

- *Quem vivencia a espiritualidade em práticas religiosas vive mais;*
- *Os cientistas descobriram que a religião dá aos pacientes mais tranqüilidade para expor seus problemas e serenidade para se entregarem a procedimentos necessários.*

Para ilustrar essa necessidade, recentemente num Congresso de Geriatria e Gerontologia, um famoso médico, autoridade na área do envelhecimento, contou o seguinte fato: ele tinha uma paciente idosa, que tinha vindo do Japão e se comunicava mais em sua própria lingua por ter dificuldade de falar e compreender o português. Estando essa senhora bastante idosa e debilitada, já não havia quase nada a se fazer na área da medicina. E esta senhora repetia ao seu médico com frequência: "*Doutor, eu necessito de um sacerdote que me venha atender em confissão, mas que me entenda em minha lingua".* O médico sentia-se de mãos amarradas, pois não conseguia atender à única necessidade que ela lhe manifestava.

Um dia aconteceu que chegou do Japão um sacerdote e ele imediatamente lhe pediu que fosse atender à sua paciente. Após ser atendida pelo sacerdote, o médico foi fazer-lhe uma visita. Ela estava feliz e lhe disse: "*Doutor. agora eu posso morrer feliz, porque o senhor conseguiu providenciar o remédio de que eu necessitava".*

Importante lembrar

1. A pessoa é uma totalidade, envolvendo diversas dimensões: a biológica, a psíquica, a social e a espiritual.
2. Todas as pessoas têm o direito de viver com suas próprias crenças religiosas e de não ser impedidas no exercício do culto.
3. Dentro do conjunto de serviços que se oferecem às pessoas idosas, deve ser pensada a assistência espiritual, conforme sua religião.

Orientações práticas: como proceder em casos de interdição e óbito

Paula Regina Machado

Quando e como pedir a interdição da pessoa idosa

Se o idoso não tiver mais condições de se responsabilizar pelos seus atos na vida civil é necessário interditá-lo.

- A interdição é decretada quando o indivíduo não tem condições de governar sua própria vida e bens, deixando de praticar atos da vida civil, não podendo nem mesmo adquirir bens.
- Ao decretar a interdição o juiz deve nomear um curador e fixar os limites da curatela (podendo prever a revisão temporal e em que atos o interditado só pode realizar com a supervisão do curador).
- A ação pode ser promovida: pelo pai, mãe ou tutor, pelo cônjuge, por parente próximo ou pelo próprio promotor de justiça.
- Com o deferimento da petição torna a pessoa incapaz para os atos da vida civil, sendo nomeado um Curador para tanto.
- Estão sujeitos à curatela: I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; II – aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; III – os deficientes mentais, os ébrios e os viciados em tóxicos; IV – os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; V – os pródigos.
- São alguns documentos necessários para a propositura da ação: I-atestado médico que comprove a boa saúde física e mental do futuro curador(a); II- certidão de nascimento/casamento de ambos e outros documentos que comprovem o parentesco; III- comprovante de residência (preferencialmente de ambos) IV- comprovação da condição mental do interditando; V- 3 declarações de boa conduta, fornecidas por pessoas idôneas ou rol de testemunhas; VI- termo de anuência dos outros parentes com legitimidade para requerer a interdição.

O que providenciar em caso de morte da pessoa idosa

- Atestado de óbito, fornecido pelo médico particular, legista ou hospital que ateste o falecimento e a causa da morte;
- Se a morte for repentina ou ocorrer em circunstância sem assistência médica irá para o Serviço de Verificação de Óbtos (S.V.O.) ou para o Instituto de Medicina Legal, se violenta;
- Em seguida, deve-se providenciar o assentamento de óbito no Cartório de Registro Civil e, com a certidão de óbito, o sepultamento.

Sugestões para leituras:

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/2002 / L10406.htm>. Acesso em: 25. mar. 2007.

SILVA, Ricardo Gariba. Aspectos Legais da Morte. Disponível em http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/9_aspectos_legais_%20morte.pdf. Acesso em 21.fevereiro.2008.

FRANCO, Gabriela. Como tirar a Certidão de Óbito? Disponível em http://www.simplescidade.com.br/sao-paulo/postagens/2006-11-29/27/como-tirar-a-certidao-de-obito

Anexo

Onde denunciar maus-tratos contra a pessoa idosa

Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos

Convênios SPDDH em vigência em 2008

UF	Centros Implantados
AC	**CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** (Localização do Centro: Avenida Antonio da Rocha Viana, nº 2552 - Bairro Vila Ivonete, Rio Branco-AC Cep. 69914-610) tel.: (68) 3228-8691 Disk-Idoso: 3228.6000 e-mail: savi@savi.org site: www.savi.org.br
AM	**CENTRO INTEGRADO DE PROTEÇÃO E DEFESA DA PESSOA IDOSA** (localização do Centro: Rua do Comércio II, Parque Dez de Novembro, Zona Centro-Sul de Manaus Cep. 69054-390 Manaus-AM). Técnico Responsável: Maria das Graças Alves da Silva Byron - Assistente Social. O Disk 12 ainda não foi implantado, está em processo de implantação. (92) 3236 9216/9994-4099
MA	**CENTRO INTEGRADO DE APOIO E PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** (localização: na própria defensoria, espaço cedido) São Luís-MA – tel. (98) 3221-1343 / 6110 ramal: 207 / 260 Responsável: Izabel Lopizic ou Márcia Regina
MG	**CENTRO DE APOIO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** **DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS** Localização: Rua Paracatu, 304, Barro Preto CEP: 30.180-090 Belo Horizonte-MG) Responsável: Dr. Várlen Vidal Tel. (31) 3295-5909 Disque Denúncia: 0800311119
PE	**CENTRO DE APOIO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA DE PERNAMBUCO** (Localização do Centro: Rua Benfica, 133, Madalena - Cep. 50720-001 - Recife-PE) (81) 3303-3312 E-mail: centroidosope@gmail.com
PR	**CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** **NA CIDADE DE CORNÉLIO PROCÓPIO E NORTE DO PARANÁ** (Localização do Centro: Praça Manuel Ribas, nº 136 Cep. 86300-000 – Cornélio Procópio-PR) Contato: JOÃO BATISTA FILHO Tel: (43) 3524-1000 / 3524-1313
RJ	**CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** (localização: Travessa Euclides de Matos, nº 17 Cep. 22240-010 – Laranjeiras -RJ) Tel. (21) 2299-5625 Contato: Claudia ou Ana Paula; Responsável: Vera Lúcia Santos Maia Disque Idoso: 08002825625
RN	**CENTRO INTEGRADO À ATENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** (Localização do Centro: Rua Hermes da Fonseca, 1174 – Tirol Cep. 59022-001 Natal-RN) Contato: ROSSANA ROBERTA PINHEIRO DE SOUZA Tel: (84) 3232-1082 / 7082/ 7083; *e-mail*:rossanaroberta@rn.gov.br
SC	**CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** **REESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE APOIO PSICOSSOCIAL E SUA FAMÍLIA** (localização do centro: Avenida Mauro Ramos 1277 2º andar – Centro 88020-301 Florianópolis-SC) Contato: Albertina (48) 3251-6211/6222/6201 e-mail: albertinatsvieira@yahoo.com.br
SE	**CENTRO INTEGRADO DE APOIO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** Prefeitura do Campus Universitário, Cep. 49100-000 São Cristóvão – SE Tel. (79) 2105-6858 e-mail: ciapvi@ufs.br.
SP	**CENTRO DE REFERÊNCIA DE COMBATE A VIOLÊNCIA, ABUSO E MAUS TRATOS ÀS PESSOAS IDOSAS** Avenida Brasil , 214 - Centro Cep. 15509-052 – Marília/SP) Coordenadora: Elizabeth Ribeiro Anderson Tel. (14) 3454-1327 Disque Idoso: 34138639
SP	**CENTRO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** (Localização: Rua Ferreira Penteado, nº 1331 – Cambuí Cep. 13010-041 – Campinas-SP Coordenadora: Joelma Cavalcante e-mail: cri.cidadania@campinas.sp.gov.br tel. (19) 3253-3532 / 3295-8209
TO	**CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** (Qd. 603 Sul, conj. 02 Lt. 17 Cep. 77016- 363 – Palmas-TO) Contato: Tec. Responsável : Jordanna Barcelos, Raimunda (63) 3218-5657 / 3218-6768 E-mail: jordannaparreira@yahoo.com.br

CONSELHOS ESTADUAIS DE IDOSOS

Nos Conselhos estaduais do Idoso podem ser apresentadas denúncias sobre maus-tratos contra a pessoa idosa e obtidas outras informações sobre as Políticas Nacional e Estaduais do Idoso

ESTADO	Endereço e Telefone	Coordena ou Integra Fórum PNI	Possui Política Estadual do Idoso
ACRE	Av. das Nações Unidas, 2731 – Bairro- Estação Experimental – Cep: 69.912-600- Rio Branco /AC. Tel: (68) 3226-4324/(68) 3226-2937 ceas.sesias@ac.gov.br /conselhoidoso.ac@gmail.com	Raimundo Dias Coordena o Fórum	Política Estadual do Idoso – Lei 1443 de 21/07/2000
ALAGOAS	Av. Comendador Kalaça, 1399 Poço - Maceió/AL - Cep: 57025-640 Contato: Marta Marisa- Tel: (82) 3315.2886/ 9982.9152 dpi@seas.al.gov.br cei-al@bol.com.br - marta.gomes@previdencia.gov.br	Marta Marisa Coordena o Fórum (82) 315.2886	Aprovada pela Lei 6.489 de 13/06/04
AMAZONAS	Contato: Graça Byron (92)3648.0655 Fax. (92) 3642.4449-Av. Darcy Vargas, 77-Chapada- 69050-020- Manaus/AM seas@seas.am.gov.br; mirian.cunha@bol.com.br	Contato: Mirna 9179.3495 3642.4449	
AMAPÁ	Contato: Socorro Borges - Rua Jovino Dinoir, 215 - Bairro Jesus Nazaré- 68900.110- Macapá / AP - Socorro Borges- socorroap@bol.com.br sims@sims.ap.gov.br	Nonato de Souza Coordena o Fórum Fax: 222.5828 Cel: 9974.2238 212.9100/9102/9104	Política Estadual do Idoso – Lei 0325 de 30/12/96
BAHIA	Av. Luiz Viana Filho S/Nº- Centro Administrativo da Bahia 4ª Avenida plataforma ,6, - Nº 400- Secretaria de Justiça Cidadania e Direitos Humanos Cep 41750.300 – Salvador / BA Tel:((71) 3115.8350 /4330 E-mail: cei@sjcdh.ba.gov.br frederico.fernandes@sjcdh.ba.gov.br	José Leôncio Coordena o Fórum (71)3115.3285 Fax: 3115.3271 joseleo2@ig.com.br	Política Estadual do Idoso – Lei 9.00013 de 25/02/2004
CEARÁ	Rua Pereira Valente 491– Aldeota –CEP: 60160.250- Fortaleza/CE Tel: (85) 3101.1561 –Fax: 31011563 Contato: Alda Augusto (85)3229.3922 E-mail: cedi_ce@hotmail.com		
DISTRITO FEDERAL	SEPN – 515 –Bl. A Lote 01 Edf. Banco do Brasil 2º andar S/208 – Brasília/DF - Fone 3905.1355 E-mail:conselhodosdireitosdoidosodf@hotmail.com		
ESPIRITO SANTO	Av. Nossa Senhora dos Navegantes, nº 225, Edf.Tucumã, 4º andar, Praia do Suá, 29050-445-Vitória- Espírito Santo Tel.(27) 3380-2154 / Res: (027) 3380-8453 – Cel: 9943-7225 - Fax:3315-6762 E-mail: ceddipi@setades.es.gov.br ceddipi@gmail.com	Marta Nunes Nascimento Coordena o Fórum	Política Estadual do Idoso – Lei nº 4.496 de 27/06/1999
GOIÁS	Av. Anhangüera, nº 7.171 – Setor Oeste CEP. 74110-010 – Goiânia/GO Tel: (62) 3201-3098 / 3201-3100 E-mail:ceigo.06@gmail.com ou cei.go@hotmail.com Site: http//conselho.no.comunidades.net	A presidente Coordena o Fórum	Política Estadual do Idoso – Lei nº 13.463 de 31/05/1999
MARANHÃO	Rua José Bonifácio - Centro 65010-680 – São Luis/MA Tel: (98) 3231.3733/3232.3279 E-mail: cedi.ma@hotmail.com	Flori Pena Coordena o Fórum Tel.: (98) 221.3002	
MATO GROSSO	Rua Baltazar Nabarros , 567- Esquina com a General Valle – Bandeirantes- Cep: 78.010-130 – Cuiabá/MT Tel (65) 3613.9981 / 3613.9900/6420 Fax: 3613.9910 Email: cededipi@setec.mt.gov.br	Sidneia Petroni Coordena o Fórum Tel.: (65) 3624.1222	Política Estadual do Idoso – Lei nº 6.726 de 27/12/95
MATO GROSSO DO SUL	Rua Candido Mariano, 713-Sala 17-centro 79020-200 - Campo Grande/MS Tel:(67) 3382.4114 / 3382.8937 (9922.6113) Fax: 3324.0515 - ormirinda@gmail.com cedpi.ms@bol.com.br leiner@ucdb.br	Aimoré Alves Marinho Coordena o Fórum Tel: (67) 356.3463/936.6745	Política Estadual do Idoso – Lei nº 2073 de 07/01/2000

MINAS GERAIS	Rua da Bahia 1148 – 3º andar – Sala 308/312 3º Andar – Ed Maleta 30160.906- Belo Horizonte/MG Tel:(31) 3222.9737 / 3291-8207 E-mail: cei@sedese.mg.gov.br	Sec. Executiva Patrícia - 3277.5730	
PARÁ	Av Gentil Bittencout, 650 Entre Quintino Bocaiúva e Rui Barbosa Subsolo Centur – Nazaré - 66035-340 - Belém/PA Tel: (091) 3202-4312 - Fax: 3222-3990 cedpi.pa@hotmail.com	Eliene Silva Coordena o Fórum Cel: (91) 9902.5484	
PARAIBA	Centro Administrativo -Secretaria de Administração Penitenciaria –Rua João da Mata, S/Nº Bl. 02- 5º andar Jaguaribe - CEP: 58.019-900 - João Pessoa/PB Fone: (83) 3218.4489 / 9989.3094 E-mail: secjus@pb.gov.br		
PARANÁ	Rua Pedro Ivo 750- 5º andar - Centro - Cep 80010.230 Curitiba/PR - Tel: (41) 3324.4685 - 3319.2622 cedi-pr@setp.pr.gov.br		
PERNAMBUCO	Fone: (81) 3243.5296/ 3241.8364 Av. Norte –2944 – Rozarino-Recife/PE conselhoidoso@yahoo.com.br Paula Machado. - uasi@saude.pe.gov.br	Maria F. Figueroa Coordena o Fórum	Política Estadual do Idoso – Lei nº 12.109 de 26/11/2001
PIAUÍ	(86)3223.4660 -Secretária de Assistência Social e Cidadania –Rua Acre, 340- Cabral –Cep: 64001-650 Teresina/PI alencarsetubal@uol.com.br	Juliana Reis Lima Coordena Forun FAX:(86) 221.5977	
RIO DE JANEIRO	Rua da Ajuda nº 05 – 11º andar CEP: 20020-00- Rio de Janeiro/RJ Tel: (21) 2532.6359 / 2299.3398 cedepi@social.rj.gov.br ; conselhoidoso11@hotmail.com		
RIO GRANDE DO NORTE	Casa da Cidadania – Romualdo Galvão 2210 – Bairro Lagoa Nova – Natal – RN - CEP 59062-320 Tel. (84) 3232.2348 / 3311.8635 - Fax (84) 3232.1199 E-mail: seasrn@bol.com.br etildegurgel@hotmail.com	Antonio Gal dino de Souza Coordena o Fórum Tel.: (84) 232.1811/ 2321817	
RIO GRANDE DO SUL	Rua Miguel Teixeira 86 – 90050-250 – Porto Alegre/RS Tel:(51) 3288.6618 FAX: 3288.6645 Email: cei@stcas.rs.gov.br		Política Estadual do Idoso – Lei nº 11.517
RONDONIA	Contato:Rua Padre Chiquinho, 670 –Esplanada das Secretárias- CEP: 78903-038 – Porto Velho/RO (69) 3216.5215 (Contato) claudiarosapvh@hotmail.com	Marie I. Fernandes Coordena o Fórum Tel.: (69) 9994.8784 3216.5215	
RORAIMA	Contato: Edna (95) 3224.0430/0576 Vilmar (95) 9963.0476 - Fax. (95) 623.9268 edinhafelix5@hotmail.com dpia.setrabes@cti.rr.gov.br	Jaqueline Rodrigues Coordena o Fórum	
SANTA CATARINA	CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO CEI / SC Av. Mauro Ramos, 722 - Fundos, Salas 06, 07 E 08 Centro - CEP 88020-300 - Florianópolis/SC Fone / FAX: 048- 3229-3783 - E-mail: cei@sst.gov.br		Política Estadual do Idoso – Lei nº 11.436 de 07/07/2000
SÃO PAULO	R. Antonio de Godoy, 122 -11º andar-CEP 01034-000 São Paulo/SP - Tel.: (11) 3222.1229 / 3362.0221 ceidososp@ig.com.br cei@consellhos.sp.gov.br		Política Estadual do Idoso Lei nº 374 de 10/12/1997
SERGIPE	Av. Ivo do Prado 540 - Centro 49015.680 – Aracaju/SE (79) 3179.7686 9141.5426 3211.6578 resid. alvaro@brabec.com.br		
TOCANTINS	Quadra 401 Sul – Conj 1 – Lote 1-Sl. 406 -4º Andar Ed.Centro Empresarial Mendonça CEP:77015.552 - Palmas/TO Tel.: (63)3119.9107 / 3218.22.04 - FAX: 3218.69.00 E-mail:khellencristina@gmail.com cedi@setas.to.gov.br	José Pereira de Oliveira Coordena o Fórum	

Secretaria Especial
dos Direitos Humanos

PROGRAMA PROVIDÊNCIA
de elevação da renda familiar

OASSAB

Secretaria Nacional de Assistência Social
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS

Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS

Brasília, 2011

Gráfica e Editora Brasil LTDA

04 - Caderno CREAS.indd 1 29/11/2011 16:02:39

Créditos

COORDENAÇÃO
Departamento de Proteção Social Especial

ELABORAÇÃO

Redação
Juliana Maria Fernandes Pereira
Kelvia de Assunção Ferreira Barros
Maria de Jesus Bonfim de Carvalho
Maurício Carlos Rebouças

Supervisão
Margarete Cutrim Vieira

Supervisão Final
Telma Maranho Gomes

Colaboração Técnica
Alexandra de Souza Trivelino
Ana Angélica Campelo de Albuquerque Melo
Ana Luisa Coelho Moreira
Célia Maria de Souza Melo Lima
Deusina Lopes da Cruz
Fábio Moassab Bruni
Francisco Antonio de Sousa Brito
Izildinha Nunes
Jaime Rabelo Adriano
Wagner Antônio Alves Gomes

APOIO
Arménia Cutrim
Clarissa Rangel
Hamilton Sergio de Paiva
Luanna Shirley de Jesus Sousa
Nilda Castanha
Zora Yonara Torres Costa

CONTRIBUIÇÕES
Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS
Departamento de Proteção Social Básica
Departamento de Proteção Social Especial
Departamento de Gestão do Sistema Único de Assistência Social
Departamento da Rede Socioassistencial Privada do SUAS
Departamento de Benefícios Assistenciais
Fórum Nacional de Secretários (as) de Estado de Assistência Social - FONSEAS
Colegiado Nacional de Gestores Municipais da Assistência Social - CONGEMAS
Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS

DIAGRAMAÇÃO / PROJETO GRÁFICO
Assessoria de Comunicação do MDS
Rafael Lampert Zart

AGRADECIMENTOS
Margarete Cutrim Vieira
Diretora do Departamento de Proteção Social Especial (entre 09/ 2009 - 07/2011)

Maria Luiza Rizzotti Amaral
Secretária Nacional de Assistência Social (entre 05/2010 – 01/2011)

Estados, DF e Municípios que enviaram ao MDS sugestões para os conteúdos deste material
Fórum Nacional de Secretários (as) de Estado de Assistência Social - FONSEAS
Colegiado Nacional de Gestores Municipais da Assistência Social - CONGEMAS
Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS

CREAS

Apresentação

O documento"Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)" reúne informações importantes para subsidiar a implantação, organização, funcionamento e aprimoramento dos CREAS no país. Este material, cuja elaboração considerou debates com os mais diversos atores, expressa o processo de amadurecimento do SUAS, implantado no país a partir de 2005 e que se reafirmou como sistema público não contributivo, de gestão compartilhada pelos entes federados, por meio da Lei Nº 12.435, de 6 de julho de 2011 – Lei do SUAS, um marco histórico para a política de Assistência Social no Brasil.

Nesse processo de amadurecimento, há que se ressaltar o compromisso assumido pelo MDS com o aprimoramento da gestão do SUAS, com a qualificação e ampliação de suas unidades de referência e serviços, o que representa maior possibilidade de acesso por parte dos cidadãos à política pública de Assistência Social. Há que se enfatizar, ainda, o engajamento e o compromisso dos gestores estaduais, municipais, do Distrito Federal, trabalhadores e conselheiros da Assistência Social com a implementação do SUAS no país.

Este material expressa o amadurecimento, também, do processo de implantação do CREAS no país e sua consolidação como unidade de referência para o trabalho social especializado no SUAS. Para além do SUAS, o CREAS representa, atualmente, uma importante referência para a rede de atendimento às situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, materializando uma importante conquista para a população brasileira, especialmente aqueles que vivenciam tais situações.

Esperamos que este material contribua para o desafio diário de ampliar o acesso, aos cidadãos brasileiros, às seguranças socioassistenciais afiançadas pela política pública de Assistência Social, que integra a Seguridade Social brasileira.

DENISE RATMANN ARRUDA COLIN
Secretária Nacional de Assistência Social

Lista de Siglas

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAS	Conselho de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
DF	Distrito Federal
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
ID	Índice de Desenvolvimento
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LIBRAS	Linguagem Brasileira de Sinais
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NOB	Norma Operacional Básica
NIS	Número de Inscrição Social
ONG	Organização Não Governamental
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
PSE/AC	Proteção Social Especial de Alta Complexidade
PSE/MC	Proteção Social Especial de Média Complexidade
PBF	Programa Bolsa Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
RH	Recursos Humanos
SICON	Sistema de Gestão e Condicionalidades do Programa Bolsa Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Lista de Figuras e Quadros

Figura 1 – Modelo de placa padrão para identificação do CREAS	90
Quadro 1 - Competências do órgão gestor da política de Assistência Social e do CREAS	39
Quadro 2 - Serviços socioassistenciais de PSE/MC, Descrição e Unidade de Oferta	48
Quadro 3 - Parâmetros de referência para a definição do número de CREAS, considerando o porte do Município	71
Quadro 4 - Etapas que podem compor o planejamento da implantação do CREAS	76
Quadro 5 - Parâmetros para composição da equipe de referência do CREAS	94
Quadro 6 - Perfil e principais atribuições do Coordenador do CREAS	97
Quadro 7 - Perfil e principais atribuições do Técnico de Nível Superior do CREAS	99
Quadro 8 - Perfil e principais atribuições do Orientador Social do CREAS	100
Quadro 9 - Perfil e principais atribuições do Auxiliar Administrativo do CREAS	100

Sumário

03 **APRESENTAÇÃO**

08 **INTRODUÇÃO**

11 **CAPÍTULO 1**
1. O reconhecimento da Assistência Social como política pública de direitos no ordenamento jurídico brasileiro

14 **1.1 SUAS, território, vulnerabilidade social e risco pessoal e social**
16 **1.2 As Proteções Sociais Afiançadas pela Assistência Social**

23 **CAPÍTULO 2**
2. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS: papel no SUAS e competências

26 **2.1 Eixos norteadores do trabalho social no CREAS**
38 **2.2 Competências do CREAS e do órgão gestor da política de Assistência Social**
44 **2.3 Ampliando a compreensão sobre as competências do órgão gestor de Assistência Social para a efetivação do papel do CREAS**
48 **2.4 Ampliando a compreensão das competências do CREAS para a efetivação de seu papel**

53 **CAPÍTULO 3**
3. A Gestão dos Processos de Trabalho no CREAS

53 **3.1 Planejamento do trabalho no CREAS**
54 **3.2 Coordenação dos recursos humanos e trabalho em equipe interdisciplinar no CREAS**
56 **3.2.1 Reuniões de Equipe**
57 **3.2.2 Reuniões para estudos de casos**
57 **3.2.3 Supervisão e assessoria de profissional externo**
58 **3.3 O Desenvolvimento do Trabalho Social no CREAS**
59 **3.3.1 Acolhida**
60 **3.3.2 Acompanhamento Especializado**
60 **3.3.3 Articulação em rede**
68 **3.4 Registro de Informação**
69 **3.4.1 Informações sobre o acompanhamento das famílias e indivíduos**
69 **3.4.2 Informações para monitorar e avaliar ações e serviços**

73 **CAPÍTULO 4**
4. A implantação do CREAS

75 **4.1 Etapas para a implantação do CREAS**
79 **4.2 Localização do CREAS**
81 **CAPÍTULO 5**
5. Infraestrutura, Identificação e Recursos Humanos do CREAS

81 **5.1 Infraestrutura do CREAS**
86 **5.1.1 Organização do Espaço Físico**
90 **5.2 Identificação**
91 **5.3 Período de funcionamento**
92 **5.4 Os Recursos Humanos do CREAS**
94 **5.4.1 Composição dos Recursos Humanos**
97 **5.4.2 Perfil e atribuições da equipe**
102 **5.5 Capacitação da equipe do CREAS**

106 **CAPITULO 6**
6. Monitoramento, Avaliação e Controle Social do CREAS

108 **6.1 Controle Social**

110 **REFERÊNCIAS**

113 **ANEXO A – Modelo de Planta Arquitetônica do CREAS**

114 **ANEXO B – Tabela com especificações do Espaço Físico do CREAS**

115 **ANEXO C – Tabela com mobiliário do CREAS - Consolidado**

117 **ANEXO D – Tabela de Sugestão de mobiliário do CREAS por ambiente**

Introdução

O Caderno de Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência So**cial - CREAS tem como objetivo apresentar um conjunto de orientações e informações sobre** a gestão, a organização e o funcionamento dos CREAS para subsidiar os órgãos gestores da política de Assistência Social dos municípios, DF e Estados no processo de implantação de novas unidades ou acompanhamento e aprimoramento daquelas já existentes.

Estas orientações destinam-se, portanto, aos gestores, diretores, coordenadores, equipes técnicas e demais trabalhadores das unidades e serviços do SUAS. Pode, também, representar uma ferramenta de consulta importante para as outras políticas públicas e órgãos de defesa de direitos e, igualmente, subsidiar os Conselhos de Assistência Social e representantes dos demais segmentos sociais envolvidos no exercício do controle social. O intuito do texto é contribuir para o processo de aprimoramento do CREAS como unidade de referência do SUAS.

O CREAS é uma unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, que demandam intervenções especializadas no âmbito do SUAS. Sua gestão e funcionamento compreendem um conjunto de aspectos, tais como: infraestrutura e recursos humanos compatíveis com os serviços ofertados, trabalho em rede, articulação com as demais unidades e serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, além da organização de registros de informação e o desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação das ações realizadas.

As orientações tratadas neste Caderno estão embasadas em marcos legais, normativas e regulações da política de Assistência Social. Também refletem as discussões e os subsídios produzidos em razão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite – CIT sobre os CREAS, iniciada no segundo semestre de 2009 e concluída no primeiro semestre de 2010. Além de representantes do Fórum Nacional de Secretários (as) de Estado de Assistência

04 - Caderno CREAS.indd 8 29/11/2011 16:02:40

Social (FONSEAS), Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS) e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), a Câmara Técnica contou com a participação de outros convidados como especialistas, representantes de órgãos de defesa direitos e responsabilização, gestores e profissionais do SUAS de municípios e estados.

O processo de elaboração deste material também foi enriquecido por outros momentos coletivos, como oficinas e reuniões técnicas, que proporcionaram debates com representações diversas, como o FONSEAS, CONGEMAS e Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Foram igualmente importantes as contribuições, reflexões e sugestões que o MDS recebeu de municípios, Estados e DF para a composição dos conteúdos, bem como os diversos debates realizados ao longo destes anos nas diversas regiões do país.

O amadurecimento do SUAS e os avanços alcançados na Proteção Social Especial de Média Complexidade, como a consideração do porte dos municípios, além do nível de gestão, para a implantação e organização dos CREAS no Brasil (Portaria MDS nº 843/2010) e a construção de seu Índice de Desenvolvimento (ID CREAS), trouxeram, igualmente, subsídios fundamentais para as orientações ora apresentadas.Discussões no âmbito da Secretaria Nacional de Assistência Social também contribuíram para a elaboração e finalização deste Caderno, que se organiza em 6 (seis) capítulos.

O capítulo 1 ressalta o reconhecimento da Assistência Social enquanto política pública de direitos, inscrita na Constituição Federal de 1988 e, também, o processo democrático e participativo que resultou na elaboração e aprovação de alguns de seus principais marcos normativos. Na seqüência, evidencia a organização do SUAS e os avanços trazidos pela Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (Lei do SUAS), ressaltando, em seguida, as proteções afiançadas aos cidadãos no âmbito desta política pública.

O capítulo 2 apresenta os eixos que devem nortear a organização e oferta de serviços pelo CREAS. Além disso, discorre sobre as competências do CREAS como unidade de referência da Proteção Social Especial de Média Complexidade, distinguindo-as daquelas do órgão gestor

04 - Caderno CREAS.indd 9 29/11/2011 16:02:40

de Assistência Social, tendo em vista o efetivo funcionamento da Unidade.

O capítulo 3 trata da gestão dos processos de trabalho no CREAS, dando ênfase a diversos aspectos, dentre os quais destacam-se: o planejamento e o desenvolvimento do trabalho social e a importância da prática sistemática de registros de informações para a Unidade e sua manutenção.

O capítulo 4 apresenta elementos do processo de implantação dos CREAS, indicando importantes etapas que o compõem, com ênfase em orientações para melhor definir a localização da Unidade.

O capítulo 5 proporciona, de modo bastante detalhado, informações sobre a infraestrutura necessária para o funcionamento do CREAS, com enfoque na organização de um ambiente adequado ao desenvolvimento de suas ações. Além disso, expõe orientações sobre a identificação da Unidade e seu período de funcionamento, Recursos Humanos necessários e medidas importantes para garantir a qualificação crescente do trabalho em equipe.

O capítulo 6 aborda a importância do monitoramento e da avaliação, processos a serem considerados pela coordenação da Unidade e pelo órgão gestor. Aborda, ainda, a importância do papel dos Conselhos de Assistência Social na realização do controle social.

Frente aos conteúdos apresentados, a expectativa é de que este texto seja acessível e utilizado como instrumento, cujas orientações técnicas e de gestão, contribuam para o aprimoramento do SUAS e a qualificação da oferta dos serviços socioassistenciais, em âmbito nacional.

Destaca-se, por fim, que a ênfase das orientações contidas neste Caderno diz respeito aos CREAS Municipais e do DF. Orientações relativas aos CREAS Regionais deverão compor suplemento específico, cuja elaboração terá como referência a pactuação da revisão da NOB/SUAS. Orientações técnicas mais específicas sobre o trabalho social nos Serviços do CREAS serão também objeto de publicações específicas posteriores.

04 - Caderno CREAS.indd 10 29/11/2011 16:02:41

Capítulo 1

1. O reconhecimento da Assistência Social como política pública de direitos no ordenamento jurídico brasileiro

A Constituição Brasileira de 1988 instituiu no Brasil um relevante marco no processo histórico de construção de um sistema de proteção social, afiançando direitos humanos e sociais como responsabilidade pública e estatal. Dessa forma, o conjunto das necessidades dos cidadãos brasileiros de âmbito pessoal e individual inscreveu-se definitivamente nos compromissos e responsabilidades dos entes públicos, inaugurando no país um novo paradigma (SPOSATI, 2009).

A Assistência Social foi definida pela Constituição Federal de 1988[1] como política pública de direitos e não contributiva, passando a compor o Sistema de Seguridade Social, ao lado das políticas da Saúde e da Previdência Social, constituindo-se em "Política de Proteção Social" articulada a outras políticas sociais destinadas à promoção e garantia da cidadania, configurando assim, um sistema de proteção social:

> [...] por meio do qual a sociedade proporcionaria a seus membros uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais. Sejam decorrentes de riscos sociais – enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, invalidez, velhice morte -, sejam decorrentes das situações socioeconômicas como desemprego, pobreza ou vulnerabilidade, as privações econômicas e sociais devem ser enfrentadas, pela via da política da seguridade social, pela oferta pública de serviços e benefícios que permitam em um conjunto de circunstâncias a manutenção de renda, assim como o acesso universal à atenção médica e socioassistencial (JACCOUD, 2009: 62).

[1] Disposto no Artigo 194 da Constituição Federal de 1988.

04 - Caderno CREAS.indd 11 29/11/2011 16:02:41

O reconhecimento da Assistência Social como política pública, dever do Estado e direito do cidadão que dela necessitar, rompeu, portanto, com paradigmas e concepções conservadoras de caráter benevolente e assistencialista. A Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/1993) - ratificou e regulamentou os artigos 203 e 204 da Constituição Federal, assegurando a primazia da responsabilidade do Estado na gestão, financiamento e execução da política de Assistência Social. Sua organização, em todo país, tem respaldo legal na diretriz da descentralização político – administrativa, coroando, portanto, o pacto federativo ao estabelecer responsabilidades e atribuições entre os três entes federados e considerar o comando único das ações em cada esfera de governo.

A LOAS ESTABELECEU, AINDA, A NÃO SUJEIÇÃO DO CIDADÃO ÀS EXIGÊNCIAS DE RENTABILIDADE ECONÔMICA E CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA NO ACESSO A SERVIÇOS, INCLUSIVE, ÀQUELES DE NATUREZA[2] NÃO GOVERNAMENTAL SEM FINS LUCRATIVOS.

No âmbito do financiamento, a LOAS previu sua estruturação tendo por base os fundos de assistência social - nacional, dos Estados, DF e municípios – com gestão atribuída aos órgãos responsáveis pela política de assistência social na respectiva esfera federativa. Assegurou, ainda, o direito da participação direta e/ou representativa da população na elaboração, controle e avaliação das ações da assistência social, por meio dos Conselhos de Assistência Social – Nacional, do DF, Estaduais e dos municípios – e das respectivas Conferências, espaços democráticos e deliberativos.[3]

Como resultado de um processo democrático e participativo de âmbito nacional, que envolveu amplo debate com representações de diversos segmentos da sociedade, foi

[2] O artigo 3º da LOAS considera entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos. Para maiores informações acessar a Resolução nº 191, de 10 de novembro de 2005, do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS e o Decreto nº 6.308 de 14 de dezembro de 2007, que discorrem sobre a característica e conceito de entidades e organizações de assistência social.

[3] Os conselhos são regidos pelo princípio da paridade para garantir o mesmo número de representantes do governo e da sociedade civil.

04 - Caderno CREAS.indd 12 29/11/2011 16:02:41

aprovada, em 2004, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS[4], ancorada nos dispositivos da Constituição Federal/88 e da LOAS.

A PNAS/2004 REORGANIZA PROJETOS, PROGRAMAS, SERVIÇOS E BENEFÍCIOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, CONSOLIDANDO NO PAÍS, O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS, COM ESTRUTURA DESCENTRALIZADA, PARTICIPATIVA E ARTICULADA COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS SETORIAIS. NESSE SENTIDO, DEMARCA AS PARTICULARIDADES E ESPECIFICIDADES, CAMPO DE AÇÃO, OBJETIVOS, USUÁRIOS E FORMAS DE OPERACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, COMO POLÍTICA PÚBLICA DE PROTEÇÃO SOCIAL.

Com base na PNAS, foi aprovada, em 2005, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS), que regulou a organização em âmbito nacional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sistema descentralizado e participativo, que regula e organiza a oferta de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais em todo o território nacional, respeitando as particularidades e diversidades das regiões, bem como a realidade das cidades e do meio rural.

Em 2011, a Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 (Lei do SUAS), assegurou-se definitivamente, no país, a institucionalidade do SUAS, garantindo avanços significativos, dentre os quais pode-se destacar o cofinanciamento federal operacionalizado por meio de transferência automática e o aprimoramento da gestão, serviços, programas e projetos de assistência social.

A LEI DO SUAS AUTORIZA, AINDA, QUE OS RECURSOS DO COFINANCIAMENTO FEDERAL DESTINADOS À EXECUÇÃO DAS AÇÕES CONTINUADAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PODEM SER APLICADOS NO PAGAMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE INTEGRAREM AS EQUIPES DE REFERÊNCIA, RESPONSÁVEIS PELA ORGANIZAÇÃO E OFERTA DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS.

[4] A primeira versão da PNAS foi aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social no ano de 1998 e a última em 2004.

04 - Caderno CREAS.indd 13 29/11/2011 16:02:41

1.1 SUAS, território, vulnerabilidade social e risco pessoal e social

As categorias território, vulnerabilidade social e risco social são fundamentais para compreender os elementos diretamente relacionados às competências da assistência social e a organização do SUAS. Tais categorias devem ser compreendidas a partir de uma abordagem multidimensional que propicia a análise das relações entre as necessidades e demandas de proteção social em um determinado território e as possibilidades de respostas da política de assistência social, em termos de oferta de serviços, programas e benefícios à população.

A vulnerabilidade social materializa-se nas situações que desencadeiam ou podem desencadear processos de exclusão social de famílias e indivíduos que vivenciem contexto de pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso a serviços públicos) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras (PNAS/2004).

O conceito de risco social, por sua vez, relaciona-se com a probabilidade de um evento acontecer no percurso de vida de um indivíduo e/ou grupo, podendo, portanto atingir qualquer cidadão (ã). Contudo, as situações de vulnerabilidades sociais podem culminar em riscos pessoais e sociais, devido às dificuldades de reunir condições para preveni-los ou enfrentá-los, assim, "as seqüelas podem ser mais ampliadas para uns do que para outros" (SPOSATI, 2001).

Com base na PNAS (2004), pode-se ressaltar que, no âmbito de atuação da Assistência Social, as situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, se expressam na iminência ou ocorrência de eventos como: violência intrafamiliar física e psicológica, abandono, negligência, abuso e exploração sexual, situação de rua, ato infracional, trabalho infantil, afastamento do convívio familiar e comunitário, idosos em situação de dependência e pessoas com deficiência com agravos decorrente de isolamento social, dentre outros.

04 - Caderno CREAS.indd 14 29/11/2011 16:02:41

É IMPORTANTE RESSALTAR QUE O ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES DE RISCO PESSOAL E SOCIAL, POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS, NÃO COMPETE UNICAMENTE À POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, PELO CONTRÁRIO, SUA COMPLEXIDADE EXIGE A ARTICULAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES COMPLEMENTARES COM OUTRAS POLÍTICAS SOCIAIS E ÓRGÃOS DE DEFESA DE DIREITOS, PARA PROPORCIONAR PROTEÇÃO INTEGRAL ÀS FAMÍLIAS E AOS INDIVÍDUOS.

Tanto o conceito de vulnerabilidade social quanto o de risco pessoal e social, por violação de direitos, devem ser compreendidos em um contexto sócio-histórico, econômico, político e cultural, composto por diversidades e desigualdades que têm marcado a sociedade brasileira. É nesse contexto muldimensional que diversos fatores interagem, provocando situações de risco pessoal e social, por violações de direitos, que incidem sobre a vida de indivíduos, famílias e comunidades.

Assim, as vulnerabilidades sociais e riscos sociais e pessoais, por violação de direitos se expressam e têm significados variados, de acordo com as características de cada território. Estes conceitos – território, vulnerabilidades sociais, riscos sociais e pessoais, por violação de direitos - são fundamentais na definição dos usuários, das competências e ações no âmbito da prevenção e da atenção especializada no SUAS.

A compreensão dos territórios onde vivem e convivem as famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social, por violação de direitos, é fundamental, portanto, para o planejamento e a organização das ações do SUAS. Considerá-los e compreendê-los é trilhar um caminho para construir uma efetiva política garantidora de direitos. Para a compreensão do conceito de território, considera-se, ainda, o exposto por Milton Santos que afirma:

> Uma política efetivamente redistributiva, visando a que as pessoas não sejam discriminadas em função do lugar onde vivem, não pode, pois, prescindir do componente territorial. É a partir dessa constatação que se

04 - Caderno CREAS.indd 15 29/11/2011 16:02:41

> deveria estabelecer como dever legal – e mesmo constitucional – uma autêntica instrumentação do território que a todos atribua, como direito indiscutível, todas aquelas prestações sociais indispensáveis a uma vida decente [...] constituem um dever impostergável da sociedade como um todo e, neste caso, do Estado (2007: 141).

1.2 As Proteções Sociais Afiançadas pela Assistência Social

A proteção social, conforme destaca Sposati (2004), "se fundamenta na expansão de um padrão societário de civilidade que afiança um padrão básico de vida e respostas dignas a determinadas necessidades sociais" (p.43). Nessa direção, destaca-se que as ações de proteção social no âmbito da política de Assistência Social, dentre outros aspectos, visam a:

> [...] aquisições materiais, socioeducativas ao cidadão e cidadã e suas famílias para suprir suas necessidades de reprodução social e individual e familiar; desenvolver capacidades e talentos para a convivência social, protagonismo e autonomia. (NOB/SUAS 2005: 89)

Assim, as ações desenvolvidas no âmbito da assistência social, visando à garantia dos direitos e ao desenvolvimento humano, devem afiançar seguranças socioassistenciais aos usuários expressas nas: segurança de sobrevivência ou de rendimento e autonomia, segurança de convívio ou vivência familiar; segurança de acolhida. Tais seguranças visam, principalmente, ao fortalecimento de vínculos, à auto-estima, à autonomia, ao protagonismo, à participação e à capacidade de proteção das famílias, indivíduos e comunidades. É importante ressaltar que sua efetivação está associada a outras ações, pertinentes às demais políticas públicas que, de forma articulada e indissociável, visam garantir direitos aos cidadãos.

04 - Caderno CREAS.indd 16 29/11/2011 16:02:41

Nessa direção, o SUAS organiza-se considerando dois níveis de proteção, quais sejam: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

> **A Proteção Social Básica oferta um conjunto de serviços, programas e projetos e benefícios da Assistência Social que visa prevenir situações de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais, por violação de direitos, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.**

O Centro de Referência da Assistência Social – CRAS é a unidade pública estatal, descentralizada, responsável pela organização e oferta de serviços de Proteção Social Básica. É a referência, no seu território de abrangência, da oferta da atenção às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social no âmbito do SUAS. Deve estar localizado nos municípios e no Distrito Federal em áreas de fácil acesso a estas famílias e indivíduos. Todo CRAS, obrigatoriamente, desenvolve "a gestão da rede socioassistencial de proteção social básica do seu território" (MDS, 2009, p.11) e oferta o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF. Em conformidade com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, além do PAIF, outros serviços podem ser ofertados ou referenciados ao CRAS.

Proteção Social Especial

A Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, o fortalecimento de potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos. Na organização das ações de PSE é preciso entender que o contexto socioeconômico, político, histórico e cultural pode

04 - Caderno CREAS.indd 17 29/11/2011 16:02:41

incidir sobre as relações familiares, comunitárias e sociais, gerando conflitos, tensões e rupturas, demandando, assim, trabalho social especializado.

A PSE, POR MEIO DE PROGRAMAS, PROJETOS E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE CARÁTER CONTINUADO, PROMOVE A POTENCIALIZAÇÃO DE RECURSOS PARA A SUPERAÇÃO E PREVENÇÃO DO AGRAVAMENTO DE SITUAÇÕES DE RISCO PESSOAL E SOCIAL, POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS, TAIS COMO: VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA, NEGLIGÊNCIA, ABANDONO, VIOLÊNCIA SEXUAL (ABUSO E EXPLORAÇÃO), SITUAÇÃO DE RUA, TRABALHO INFANTIL, PRÁTICAS DE ATO INFRACIONAL, FRAGILIZAÇÃO OU ROMPIMENTO DE VÍNCULOS, AFASTAMENTO DO CONVÍVIO FAMILIAR, DENTRE OUTRAS.

ALGUNS GRUPOS SÃO PARTICULARMENTE VULNERÁVEIS À VIVÊNCIA DESTAS SITUAÇÕES, TAIS COMO CRIANÇAS, ADOLESCENTES, IDOSOS, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, POPULAÇÕES LGBT (LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS), MULHERES E SUAS FAMÍLIAS.

As ações desenvolvidas na PSE devem ter centralidade na família e como pressuposto o fortalecimento e o resgate de vínculos familiares e comunitários, ou a construção de novas referências, quando for o caso. A centralidade na família pauta-se no seu reconhecimento como um “locus” privilegiado de atenção, cuidado e solidariedade, nos quais seus integrantes encontram apoio contra as vicissitudes e inseguranças da existência (PEREIRA-PEREIRA, 2006). Para tanto, a heterogeneidade da família deve ser compreendida a partir da variedade de formas e arranjos observados na realidade da sociedade contemporânea, bem como do contexto socioeconômico e cultural que imprime tensões variadas nas dinâmicas das relações entre seus membros e entre estes e o contexto social, seja no campo objetivo e/ou subjetivo.

É importante destacar, todavia, que a família não é um bloco monolítico e também apresenta fragilidades por não estar livre de despotismos, violências, confinamentos, desencontros e rupturas (PEREIRA-PEREIRA, 2006), que podem gerar inseguranças e violações de direito entre seus membros.

04 - Caderno CREAS.indd 18 29/11/2011 16:02:42

O olhar complexo às famílias permite compreender a gênese e os impactos das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, e as dificuldades de exercício das funções de proteção, cuidado, socialização, protagonismo e participação.

Sob essas concepções, a política de assistência social procura romper com as visões e práticas que, historicamente, responsabilizaram unicamente as famílias, e que tomaram a pobreza como justificativa para a organização de ações e serviços de caráter repressor e tutelador que, por vezes, se refletia na institucionalização de seus membros. Nessa direção, o objetivo da proteção social no âmbito da assistência social, a todos que dela necessitarem

> "[...] não deve ser de pressionar as pessoas para que assumam responsabilidades além de suas forças e de sua alçada, mas oferecer-lhe alternativas realistas [...] o Estado tem que se tornar partícipe, notadamente naquilo que só ele tem como prerrogativa, ou monopólio – a garantia de direitos (PEREIRA-PEREIRA, 2006, p.40).

Ao localizar a família em seu contexto social, a PNAS reconhece o papel do Estado em propiciar-lhe apoio para o exercício do papel de cuidado e proteção, incluindo, além disso, seu acesso a direito e às diversas políticas públicas. A ação do Estado, nesse sentido, seria oferecer políticas e garantia de sustentabilidade às famílias, com o objetivo de fortalecê-las em suas funções de proteção e inclusão de seus membros, a partir da observação de suas necessidades e de todo o contexto em que vivem e se relacionam.

Frente a isso, para a PSE, a definição e a organização dos serviços, programas e projetos devem considerar a incidência dos riscos pessoais e sociais, por violação de direitos em cada território e suas complexidades, assim como as especificidades do público atingido como, por exemplo, os ciclos de vida das famílias e indivíduos que necessitem de sua atenção. Estes serviços, programas e projetos requerem, portanto, organização técnica

04 - Caderno CREAS.indd 19 29/11/2011 16:02:42

e operacional específica, por atenderem situações heterogêneas e complexas que demandam atendimentos e acompanhamentos personalizados.

Considerando os níveis de agravamento, a natureza e a especificidade do trabalho social ofertado, a atenção na PSE organiza-se sob dois níveis de complexidade: Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE/MC) e Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A OFERTA DE SERVIÇOS DE PSE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE CABE AOS MUNICÍPIOS/DISTRITO FEDERAL E, NOS CASOS ESPECÍFICOS DE OFERTA REGIONALIZADA DE SERVIÇOS, AOS ESTADOS.

Muito embora conservem algumas especificidades nos dois níveis de complexidade, a oferta dos serviços especializados na PSE tem caráter continuado, devendo ser organizada em consonância com a realidade dos territórios, por meio de um desenho homogêneo que assegure uma padronização nacional no âmbito do SUAS, com flexibilidade para as necessárias adaptações locais, tendo em vista maior qualificação em sua oferta.

A PSE de Média Complexidade organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado que requerem maior estruturação técnica e operativa, com competências e atribuições definidas, destinados ao atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Devido à natureza e ao agravamento destas situações, implica acompanhamento especializado, individualizado, continuado e articulado com a rede.

No âmbito de atuação da PSE de Média Complexidade, constituem unidades de referência para a oferta de serviços:

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): Unidade pública e estatal de abrangência municipal ou regional. Oferta, obrigatoriamente, o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI).

04 - Caderno CREAS.indd 20 29/11/2011 16:02:42

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP)[5]: Unidade pública e estatal de abrangência municipal. Oferta, obrigatoriamente, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, a PSE de Média Complexidade inclui os seguintes serviços, nominados a seguir:

- *Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);*
- *Serviço Especializado em Abordagem Social;*
- *Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);*
- *Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;*
- *Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.*

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade, por sua vez, tem como o objetivo ofertar serviços especializados, em diferentes modalidades e equipamentos, com vistas a afiançar segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitários de origem. Para a sua oferta, deve-se assegurar proteção integral aos sujeitos atendidos, garantindo atendimento personalizado e em pequenos grupos, com respeito às diversidades (ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual). Tais serviços devem primar pela preservação, fortalecimento ou resgate da convivência familiar e comunitária - ou construção de novas referências, quando for o caso - adotando, para tanto, metodologias de atendimento e acompanhamento condizente com esta finalidade.

[5] Para maiores informações consultar: Orientações Técnicas sobre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (MDS, 2011).

04 - Caderno CREAS.indd 21 29/11/2011 16:02:43

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais a PSE de *Alta Complexidade* inclui os seguintes serviços nominados abaixo:

- *Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:*
  - Abrigo institucional;
  - Casa-Lar;
  - Casa de Passagem;
  - *Residência Inclusiva.*
- *Serviço de Acolhimento em República;*
- *Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;*
- *Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.*

Assim como os serviços de PSE de Média Complexidade, a oferta dos serviços de acolhimento deve seguir os padrões técnicos estabelecidos em normativas do SUAS e observar dispositivos das legislações relacionadas[6].

[6] Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, legislação relativa aos direitos da pessoa com deficiência, normativas do SUAS, como "Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes", dentre outras.

04 - Caderno CREAS.indd 22 29/11/2011 16:02:43

Capítulo 2

2. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS: papel no SUAS e competências

Considerando a definição expressa na Lei nº 12.435/2011, o CREAS é a unidade pública estatal de abrangência municipal ou regional que tem como papel constituir-se em lócus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Seu papel no SUAS define, igualmente, seu papel na rede de atendimento.

O PAPEL DO CREAS NO SUAS DEFINE SUAS COMPETÊNCIAS QUE, DE MODO GERAL, COMPREENDEM:

- **OFERTAR E REFERENCIAR SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE CARÁTER CONTINUADO PARA FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RISCO PESSOAL E SOCIAL, POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS, CONFORME DISPÕE A TIPIFICAÇÃO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS;**
- **A GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA UNIDADE, INCLUINDO A COORDENAÇÃO TÉCNICA E ADMINISTRATIVA DA EQUIPE, O PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES, A ORGANIZAÇÃO E EXECUÇÃO DIRETA DO TRABALHO SOCIAL NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS OFERTADOS, O RELACIONAMENTO COTIDIANO COM A REDE E O REGISTRO DE INFORMAÇÕES, SEM PREJUÍZO DAS COMPETÊNCIAS DO ÓRGÃO GESTOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM RELAÇÃO À UNIDADE.**

O papel do CREAS e as competências decorrentes estão consubstanciados em um conjunto de leis e normativas que fundamentam e definem a política de assistência social e regulam o SUAS[7]. Devem, portanto, ser compreendidos a partir da definição do escopo desta política do SUAS, qual seja, afiançar seguranças socioassistenciais, na perspectiva da proteção social.

[7] Constituição Federal, Lei nº 8.742/1993, Lei nº 12.435/2011, PNAS, NOB/SUAS e Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, além de outras legislações e normativas, como ECA, Estatuto do Idoso, Planos Nacionais, etc.

04 - Caderno CREAS.indd 23 29/11/2011 16:02:43

Nessa direção, a oferta de serviços especializados pelo CREAS deve orientar-se pela garantia das seguranças socioassistenciais, conforme previsto na PNAS e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais:

Segurança de Acolhida: para sua garantia, o CREAS deve dispor de infraestrutura física adequada e equipe com capacidade técnica para a recepção e escuta profissional qualificada, orientada pela ética e sigilo e pela postura de respeito à dignidade, diversidade e não discriminação. A acolhida pressupõe conhecer cada família e indivíduo em sua singularidade, demandas e potencialidades e proporcionar informações relativas ao trabalho social e a direitos que possam acessar, assegurando-lhes ambiência favorecedora da expressão e do diálogo. Finalmente, a oferta de serviços pelo CREAS deve ter consonância com as situações identificadas no território, para que as famílias e indivíduos possam encontrar a acolhida necessária às suas demandas.

Segurança de Convívio ou Vivência Familiar: sua materialização, no CREAS, requer a oferta de serviços de forma continuada, direcionados ao fortalecimento, resgate ou construção de vínculos familiares, comunitários e sociais. Deve, ainda, contribuir para a prospecção dos sujeitos na elaboração de projetos individuais e coletivos de vida, com a perspectiva de possibilitar a vivência de novas possibilidades de interação familiares e comunitárias, bem como a participação social, o que implica, necessariamente, em propiciar acesso à rede.

Segurança de Sobrevivência ou de Rendimento e de Autonomia: a atenção ofertada no CREAS deve nortear-se pelo respeito à autonomia das famílias e indivíduos, tendo em vista o empoderamento e o desenvolvimento de capacidades e potencialidades para o enfrentamento e superação de condições adversas oriundas das situações vivenciadas. Nessa direção, o acompanhamento especializado ofertado no CREAS deve contribuir para o alcance de maior grau de independência familiar e pessoal e qualidade nos laços sociais, devendo, para tanto, primar

04 - Caderno CREAS.indd 24 29/11/2011 16:02:43

pela integração entre o acesso a serviços, benefícios e programas de transferência de renda.

A compreensão e a delimitação das competências do CREAS são determinantes para o desempenho efetivo de seu papel no SUAS, representando elemento fundamental, ainda para:

- clarificar o papel do CREAS e fortalecer sua identidade na rede;
- evitar sobreposição de ações entre serviços de naturezas e até mesmo áreas distintas da rede que, evidentemente, devem se complementar no intuito de proporcionar atenção integral às famílias e aos indivíduos;
- evitar a incorporação de demandas que competem a outros serviços ou unidades da rede socioassistencial, de outras políticas ou até mesmo de órgãos de defesa de direito;
- qualificar o trabalho social desenvolvido.

Frente ao exposto, e considerando o papel do CREAS e competências decorrentes, destaca-se que a este não cabe:

- **Ocupar lacunas provenientes da ausência de atendimentos que devem ser ofertados na rede pelas outras políticas públicas e/ou órgãos de defesa de direito;**
- **Ter seu papel institucional confundido com o de outras políticas ou órgãos, e por conseguinte, as funções de sua equipe com as de equipes interprofissionais de outros atores da rede, como, por exemplo, da segurança pública (Delegacias Especializadas, unidades do sistema prisional, etc), órgãos de defesa e responsabilização (Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Conselho Tutelar) ou de outras políticas (saúde mental, etc.);**

04 - Caderno CREAS.indd 25 29/11/2011 16:02:52

- **ASSUMIR A ATRIBUIÇÃO DE INVESTIGAÇÃO PARA A RESPONSABILIZAÇÃO DOS AUTORES DE VIOLÊNCIA, TENDO EM VISTA QUE SEU PAPEL INSTITUCIONAL É DEFINIDO PELO PAPEL E ESCOPO DE COMPETÊNCIAS DO SUAS.**

O reconhecimento do papel e a delimitação das competências do CREAS podem ser fortalecidos com o mapeamento da rede e construção de fluxos e protocolos intersetoriais de atendimento, com definição de papéis e responsabilidades. Esta construção pode, inclusive, contribuir para identificar lacunas e, até mesmo, conflitos de papéis e competências na rede.

De modo a evitar conflitos de papéis e de competências na rede, é importante, ainda, que o CREAS não seja instalado em imóveis compartilhados com órgãos de defesa de direitos e de responsabilização. Nessa direção, recomenda-se que serviços de "Disques" para denúncia de situações de violência e violação de direitos não compartilhem espaço físico com as Unidades CREAS.

DEVIDO À SUA NATUREZA PÚBLICA, E DE RESPONSABILIDADE ESTATAL, O CREAS NÃO PODE SER ADMINISTRADO POR ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES PRIVADAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.

DADA À ESPECIFICIDADE DAS SITUAÇÕES ATENDIDAS, OS SERVIÇOS OFERTADOS PELO CREAS NÃO PODEM SOFRER INTERRUPÇÕES, SEJA POR QUESTÕES RELATIVAS À ALTERNÂNCIA DE GESTÃO OU QUALQUER OUTRO MOTIVO.

2.1 Eixos norteadores do trabalho social no CREAS

Considerando os princípios e as diretrizes da PNAS e conceitos e parâmetros do SUAS, alguns eixos devem nortear a organização e o desenvolvimento do trabalho social nos serviços do CREAS. Além do desenvolvimento das atividades no âmbito dos Serviços ofertados, tais eixos devem consubstanciar, ainda, o processo de implantação, organização e funcionamento da Unidade.

04 - Caderno CREAS.indd 26 29/11/2011 16:02:52

Estes eixos – atenção especializada e qualificação do atendimento; território e localização; acesso a direitos socioassistenciais; centralidade na família; mobilização e participação social; e trabalho em rede – devem nortear, ainda, a concepção compartilhada pela equipe na atuação profissional para o desenvolvimento do trabalho social.

Atenção especializada e qualificação do atendimento

As situações acompanhadas pelo CREAS são complexas, envolvem violações de direitos, e são permeadas por tensões familiares e comunitárias, podendo acarretar fragilização ou até mesmo rupturas de vinculações. O desempenho do papel do CREAS exige, portanto, o desenvolvimento de intervenções mais complexas, as quais demandam conhecimentos e habilidades técnicas mais específicas por parte da equipe, além de ações integradas com a rede.

As situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos atendidos no CREAS podem ter repercussões diferenciadas, que podem ser agravadas ou não em função de diversos aspectos (contexto de vida, acesso à rede e direitos, ciclo de vida, deficiência, rede social de apoio, gênero, orientação sexual, deficiência, uso, abuso ou dependência de álcool ou outras drogas, condições materiais, etc). Isso implica reconhecer que, diante das situações vivenciadas, cada família/indivíduo atendido no CREAS demandará um conjunto de atenções específicas, de acordo com suas singularidades, o que deverá orientar a construção do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar.

As singularidades de cada situação deverão, inclusive, orientar a decisão conjunta, com cada família/indivíduo, das metodologias a serem utilizadas no trabalho social especializado, para a adoção das estratégias mais adequadas em cada caso, tendo em vista a construção de novas possibilidades de interação, projetos de vida e superação das situações vivenciadas. Nessa direção, algumas situações poderão requerer atendimentos mais individualizados, enquanto outras demandarão intervenções mais coletivas, com a participação de todos os familiares implicados na situação ou até mesmo a inclusão em atendimentos em grupo.

04 - Caderno CREAS.indd 27 29/11/2011 16:02:52

O trabalho social especializado ofertado pelo CREAS exige que a equipe profissional seja interdisciplinar, contando com profissionais de nível superior e médio, habilitados e com capacidade técnica para o desenvolvimento de suas funções. Implica, ainda, em maior domínio teórico-medodológico por parte da equipe, intencionalidade e sistematicidade no acompanhamento a famílias/indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Nesse sentido, numa perspectiva dialética, deve agregar instrumentos técnicos e operativos, bases teórico-metodológicas e ético-políticas, que possam proporcionar uma aproximação sucessiva e crítica à realidade social, donde emergem as situações atendidas.

A oferta de trabalho social nos CREAS pressupõe a utilização de diversas metodologias e técnicas necessárias para operacionalizar o acompanhamento especializado. Requer, ainda, a construção de vínculos de referência e confiança do usuário com a Unidade e profissionais da equipe, além de postura acolhedora destes, pautada na ética e no respeito à autonomia e à dignidade dos sujeitos. Nesse contexto, a escuta qualificada em relação às situações e sofrimentos vivenciados pelos usuários tornam-se fundamentais para o alcance de bons resultados e a viabilização do acesso a direitos.

É importante mencionar que a atenção especializada e a qualificação do atendimento ofertado no CREAS se expressam também por meio da prevenção do agravamento das situações atendidas. A esta prevenção concerne o conjunto de ações desenvolvidas na perspectiva da redução dos efeitos e conseqüências das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, vivenciadas pelos indivíduos e famílias atendidos. Nessa direção, podem ser prevenidos, por exemplo, a perpetuação de ciclos intergeracionais de violência intrafamiliar ou até mesmo o agravamento da violência, a tal ponto que rupturas ou afastamento do convívio se mostrem as estratégias mais adequadas para assegurar proteção.

04 - Caderno CREAS.indd 28 29/11/2011 16:02:52

Por fim, vale destacar que ações de capacitação e educação permanente, momentos de integração em equipe, trocas de experiência, estudos de caso e assessoria de profissional externo, dentre outras estratégias, são fundamentais para a qualificação crescente da atenção especializada e dos atendimentos ofertados nos CREAS.

Território e Localização do CREAS

O território é um espaço contraditório, pois ao mesmo tempo é o lugar onde se produz e reproduz exclusão e violência e também onde se viabilizam oportunidades, onde as famílias e comunidade aglutinam forças e sinergia para o exercício da cidadania, na busca da efetivação dos seus direitos políticos e sociais. Esta visão plural de território permite compreendê-lo como espaço que conjuga vulnerabilidades e riscos - aos quais a comunidade está exposta - e potencialidades, cultura, história e valores; onde se configuram, por um lado, exclusão, perdas e isolamentos e, por outro, oportunidades, redes de solidariedade, movimentos sociais e organizações de defesa da cidadania oriundas das iniciativas populares. É também nos territórios que se aportam serviços públicos de atenção que operam na proteção social e na garantia de direitos dos cidadãos(ãs).

Nesse sentido, o território permite compreender a forma como as relações sociais se materializam num determinado espaço, as oportunidades e a exposição a riscos, que conformam potencialidades e vulnerabilidades próprias da dimensão territorial. Assim, as situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, que incidem nas famílias e indivíduos sofrem influência e se expressam diferentemente nos territórios, de acordo com as realidades sociais, econômicas, políticas e culturais de um determinado contexto.

Essas realidades locais possuem uma relação dialética com as bases organizacionais, estruturais e culturais da própria sociedade brasileira. Nessa direção, os territórios são microssistemas que retratam, em variações e intensidades distintas, a realidade do contexto brasileiro, seja nos aspectos de violação e/ou de promoção dos direitos aos cidadãos.

04 - Caderno CREAS.indd 29 29/11/2011 16:02:52

O conhecimento do território favorece a compreensão da incidência e das nuances significativas e distintas dos riscos e fatores que contribuem para a ocorrência de determinadas situações violadoras de direitos. Favorece, ainda, a compreensão das potencialidades do local e da comunidade. Nessa direção, o desenvolvimento de ações planejadas, complementares e articuladas entre as áreas de PSE e de vigilância socioassistencial é fundamental para o conhecimento do território e de suas especificidades (cultura, valores, aspectos geográficos, econômicos, densidade populacional, fronteiras, etc.).

Conforme a Lei nº 12.435/2011 (Lei do SUAS), a vigilância socioassistencial visa analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, ameaças, vitimizações e danos. O registro de informações pelo CREAS - a exemplo do registro das informações sobre situações de risco social e pessoal, por violação de direitos, previstas na Resolução CIT nº 4, de 24 de maio de 2011 - são fundamentais para conhecer o território e alimentar a área de vigilância socioassistencial.

Conhecer o território e suas especificidades constitui elemento fundamental para a definição, por exemplo, do melhor local para a implantação do CREAS, bem como para a definição e organização dos serviços e do trabalho social na Unidade.

Nessa perspectiva, é fundamental que o órgão gestor de Assistência Social realize diagnóstico que permita conhecer as especificidades dos territórios, incluindo informações sobre a incidência e as características dos riscos pessoais e sociais, por violação de direitos. Este diagnóstico deverá subsidiar o planejamento, a localização e a implantação de cada CREAS necessário na localidade. O mapeamento da rede de articulação - sua localização, características, potencialidades e inclusive lacunas - é também imprescindível para a composição deste diagnóstico, que também contribui para se delinear fluxos de articulação e desenvolver ações sinérgicas e complementares em rede.

04 - Caderno CREAS.indd 30 29/11/2011 16:02:53

O mapeamento da rede, para o conhecimento do território, deve, necessariamente, considerar os CRAS existentes na localidade, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, onde houver, e demais serviços socioassistenciais, das outras políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, incluindo tanto a rede de natureza público-estatal, quanto pública não estatal e sem fins lucrativos.

Acesso a direitos socioassistenciais

De acordo com a PNAS, a PSE deve ser organizada de forma a garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais. Dessa forma, são direitos socioassistenciais a serem assegurados nos serviços ofertados no CREAS:

- Atendimento digno, atencioso e respeitoso, ausente de procedimentos vexatórios e coercitivos;
- Acesso à rede de serviços com reduzida espera e de acordo com a necessidade;
- Acesso à informação, enquanto direito primário do cidadão, sobretudo àqueles com vivência de barreiras culturais, de leitura e de limitações físicas;
- Ao protagonismo e à manifestação de seus interesses;
- À convivência familiar e comunitária;
- À oferta qualificada de serviços.

Estes direitos socioassistenciais devem ser assegurados aos cidadãos e cidadãs, usuários da política de Assistência Social, no usufruto do direito inscrito no ordenamento jurídico brasileiro.

Observados os direitos socioassistenciais, o trabalho social ofertado no CREAS pauta-se na ética e no respeito à dignidade e diversidade, sem discriminações ou restrições decorrentes de condições socioeconômicas, nível de instrução formal, crença ou religião, diversidade sexual, raça e/ou etnia, idade, gênero, deficiência ou dependência de cuidados, procedência do meio urbano ou rural, etc. Seu caráter especializado exige a condução por profissionais devidamente habilitados e capacitados, que partilhem desta concepção.

04 - Caderno CREAS.indd 31 29/11/2011 16:02:53

O trabalho social no CREAS deve ser orientado, ainda, pelo reconhecimento do protagonismo e da autonomia do usuário nas decisões e respostas às situações que vivenciam. Nesse sentido, não podem ser considerados meros objetos de intervenção, mas sujeitos autônomos e protagonistas, com possibilidades de acessar um conjunto de serviços e órgãos de defesa de direitos. Sujeitos com direito à escuta e que devem participar ativamente da construção de projetos e decisões que possam repercutir sobre sua trajetória de vida individual e familiar.

Para tanto, é fundamental propiciar espaços e oportunidades de escuta, reflexão e fortalecimento do protagonismo, bem como encaminhamentos para sua inclusão em uma rede de proteção social, de modo a contribuir para a superação da situação vivida, muitas vezes relacionada, dentre outros aspectos, à falta de acesso a serviços e direitos assegurados nas normativas vigentes.

O CREAS deve garantir a todo usuário o direito de ser informado sobre as normas de funcionamento da Unidade e procedimentos que possam ser adotados ao longo do acompanhamento. Considerando demandas identificadas e encaminhamentos pertinentes, devem ser fornecidas, ainda, as informações necessárias sobre benefícios, serviços, competências e atribuições de cada órgão da rede, bem como as formas de acesso aos mesmos. Faz-se necessário, igualmente, a disseminação de informações sobre os direitos socioassistenciais e os órgãos de defesa aos quais possam recorrer nas situações que se sentirem destituídos dos mesmos (ouvidorias, conselhos de direitos, centros de defesa, defensorias públicas, dentre outros). Nessa direção, ainda, a orientação sócio-jurídica por parte do advogado, que compõe a equipe do CREAS, pode contribuir, sobremaneira, para o acesso dos usuários ao sistema de defesa e responsabilização, quando for o caso.

No que diz respeito aos direitos socioassistenciais, a infraestrutura do CREAS deve possibilitar o acesso às pessoas com mobilidade reduzida, tais como pessoas com deficiência e idosos, e dispor de condições para a acolhida dos usuários com dignidade, contando com salas para ofertar atendimento com privacidade e sigilo. Os

04 - Caderno CREAS.indd 32 29/11/2011 16:02:53

registros de atendimentos, organizados de forma padronizada, devem ser arquivados, assegurando-se consulta aos mesmos apenas por profissionais autorizados.

Centralidade na família

Na Assistência Social, os riscos sociais também são entendidos no campo das relações humanas e, por essa via, são advindos dos processos de convivência e de (in) sustentabilidade de vínculos sociais (SPOSATI, 2004). As fragilizações e rupturas que incidem no universo familiar podem se associar a situações que violam direitos, em especial, das crianças, adolescentes, jovens, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, observadas nas diferentes camadas da sociedade brasileira.

A centralidade das ações na família visa compreender, em um determinado contexto, como se constroem e se expressam as relações familiares entre seus membros. Essa perspectiva não visa responsabilizar a família e seus componentes no tocante às vicissitudes que vivenciam no seu cotidiano, mas contextualizar a situação vivida e recolocar o papel do Estado como provedor de direitos por meio das políticas sociais, fornecendo instrumentos de apoio e sustentação necessários para a proteção social das famílias.

Assim, é importante se reconhecer que o próprio contexto social, político, cultural e econômico – marcado, por vezes, pela dificuldade de acesso a direitos, pela desigualdade social estrutural, violência urbana, consumismo, desemprego, miséria e exclusão – pode ter relação com os riscos observados no território onde as famílias vivem e convivem, imprimindo tensões sobre as relações familiares e comunitárias.

Nesse sentido, o CREAS, ao organizar suas ações tendo como foco a família, deve compreender a composição da mesma, suas relações de convivência, estratégias de sobrevivência, os diferentes arranjos familiares e a relação com o contexto social,

04 - Caderno CREAS.indd 33 29/11/2011 16:02:53

evitando, desta forma, sua categorização a partir de modelos convencionais e conservadores que tipificam as famílias em “estruturadas” e “desestruturadas”.

O trabalho social com centralidade na família no CREAS visa ao fortalecimento da sua função de proteção e atenção a seus membros, prevenindo, mediando e fortalecendo condições para a superação de conflitos. Essa perspectiva é fundamental para prevenir a recorrência e/ou agravamento de processos que gerem e/ou acentuem situações de violência, abandono, negligência ou qualquer outro tipo de situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Nessa direção, o trabalho social proposto pelo CREAS deve primar pelo acesso das famílias e indivíduos a direitos socioassistenciais e inclusão na rede, tendo em vista o empoderamento e a potencialização de seus recursos e capacidade de proteção.

> **Conforme a PNAS a família é um núcleo afetivo, vinculado por laços consangüíneos, de aliança ou de afinidade e está organizada em torno das relações geracionais e de gênero. (p. 90)**

A centralidade na família implica, ainda, reconhecer que esta pode se configurar como um espaço contraditório, onde o lugar da proteção pode ser também o da violência e da violação de direitos. Nesse contexto, o empoderamento das famílias e de cada um de seus membros para o enfrentamento das situações poderá resultar na reconstrução das relações familiares ou, até mesmo, na construção de novas referências familiares e comunitárias, quando esta se mostrar a melhor alternativa para se assegurar proteção.

As violações de direitos incidem de maneira diferenciada nos membros da família, com repercussões que podem ser agravadas ou não em função do ciclo de vida, gênero, orientação sexual, deficiência, alcoolismo e/ou uso de drogas, condições materiais, contexto cultural, dentre outras, cabendo ao CREAS considerar e reconhecer essas singularidades na definição e organização da (s) metodologia (s) e intervenções.

04 - Caderno CREAS.indd 34 29/11/2011 16:02:53

Assim, o trabalho social no CREAS com centralidade na família deve considerar as potencialidades do conjunto dos seus membros e de cada indivíduo, compreendendo as singularidades e particularidades das situações vivenciadas por cada sujeito, para proporcionar apoio e proteção, tendo em vista a superação das fragilidades e violações que se expressam no âmbito das relações familiares e comunitárias.

A centralidade na família no trabalho social no CREAS implica no reconhecimento da autonomia da família e de cada um de seus membros na construção de sua trajetória e projetos de vida. Nessa perspectiva, devem ser consideradas as especificidades de gênero e dos ciclos de vida dos integrantes das famílias atendidas, compreendendo suas potencialidades, necessidades humanas e peculiaridades, sob a ótica do direito assegurado ao cidadão (ã) no ordenamento jurídico brasileiro.

Esta compreensão deve repercutir, inclusive, na definição de intervenções e metodologias que, por vezes, poderá impossibilitar a inserção de algum (s) membro (s) da família no acompanhamento, de modo a resguardar a proteção, a confiança e o desejo dos demais membros. Isto pode ser considerado, por exemplo, no atendimento do possível autor (a) da agressão que implique em ameaça e risco à efetividade do atendimento dos demais membros.

Mobilização e Participação Social

O trabalho social no CREAS deve primar pela *participação social dos usuários* e pela realização de ações que propiciem intervenções nos territórios voltadas à mobilização social para a prevenção e o enfrentamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos.

04 - Caderno CREAS.indd 35 29/11/2011 16:02:53

No que diz respeito às intervenções no território, pode-se destacar ações como campanhas intersetoriais de mobilização para a prevenção e o enfrentamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, organizadas a partir de um esforço coletivo da rede, envolvendo a sociedade civil organizada, as diversas políticas e os órgãos de defesa de direitos. O CREAS, por intermédio de sua coordenação e equipe, poderá incentivar, apoiar e participar da realização destas ações, que podem ser realizadas em diversos formatos.

Quanto à *participação social dos usuários*, ressalte-se que esta deve também orientar e permear o trabalho social no CREAS, uma vez que constitui importante instrumento para o conhecimento e a defesa coletiva de direitos e, por conseguinte, para o exercício do protagonismo. Nessa direção, cabe destacar as possibilidades: dos usuários participarem e/ou organizarem associações, movimentos sociais e populares, comissões locais; de participação nas instâncias de controle social, como conselhos de direito e de políticas públicas, que são importantes espaços de decisão e deliberação.

Trabalho em Rede

O trabalho em rede tem como objetivo integrar as políticas sociais, na sua elaboração, execução, monitoramento e avaliação, de modo a superar a fragmentação e proporcionar a integração das ações, resguardadas as especificidades e competências de cada área. Nessa direção, o trabalho em rede pode ser compreendido como:

> um processo que cria e mantém conexões entre diferentes organizações, a partir da compreensão do seu funcionamento, dinâmicas e papel desempenhado, de modo a coordenar interesses distintos e fortalecer os comuns (MDS, 2009, p.21).

Trabalho em rede pressupõe articulação entre instituições e agentes que atuam em um determinado território e compartilham objetivos e propósitos comuns. Para que haja sinergia e a dinâmica necessária para manter vivo o trabalho coordenado

04 - Caderno CREAS.indd 36 29/11/2011 16:02:53

e complementar, é importante que exista um processo contínuo de circulação de informação, com abertura para o diálogo permanente, capacidade para rever processos e fluxos de trabalho, compromisso com o fazer coletivo e postura de cooperação individual e institucional e de superação de vaidades.

Além dos aspectos apontados, o desenvolvimento de ações integradas em rede requer, ainda: reconhecimento mútuo da missão e respeito ao trabalho de cada componente da rede; conquista de legitimidade; respeito ao ritmo e ao tempo histórico de cada instituição e da rede; instrumentos operacionais que possam facilitar as conexões, como reuniões, encontros, contatos periódicos, fluxos e protocolos pactuados, etc.

Regido pelo princípio da intersetorialidade e da incompletude institucional, o órgão gestor de Assistência Social deve buscar a articulação em rede para fortalecer a complementaridade das ações dos CREAS com os diversos órgãos envolvidos no acompanhamento às famílias e aos indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Para tanto, deve primar pela articulação que almeje o acesso dos usuários aos demais serviços, projetos e programas que integram o SUAS e às outras políticas públicas, considerando a complexidade destas situações, que exigem atenções para além das proporcionadas pelo CREAS.

Nessa perspectiva, também devem ser considerados os órgãos de defesa de direitos que têm o objetivo de promover a defesa e o cumprimento dos direitos, bem como a investigação e a responsabilização dos autores de violência, quais sejam: Conselhos Tutelares, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Organizações da Sociedade Civil (Centros de Defesa, Fóruns de Defesa de Direitos), Delegacias, entre outros.

O trabalho em rede, coordenado pelo órgão gestor de Assistência Social, pode ser fortalecido com a elaboração de fluxos de articulação e protocolos intersetoriais de atendimento,

04 - Caderno CREAS.indd 37 29/11/2011 16:02:53

COM DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES, CONSIDERANDO A REALIDADE, OS RECURSOS EXISTENTES E O RESPEITO AO PAPEL E ÀS COMPETÊNCIAS DE CADA ÓRGÃO DA REDE.

ESTE PROCESSO, A SER REALIZADO COM A PARTICIPAÇÃO DOS DIVERSOS COMPONENTES DA REDE, CONTRIBUI, AINDA, PARA: CLARIFICAR PAPÉIS, RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS; OTIMIZAR RECURSOS, POTENCIALIDADES E OPORTUNIDADES DO TERRITÓRIO; IDENTIFICAR LACUNAS NA REDE; DESENVOLVER ESTRATÉGIAS PARA O ACOMPANHAMENTO INTEGRADO ÀS FAMÍLIAS E AOS INDIVÍDUOS; ESTABELECER ACORDOS E PACTUAÇÕES INSTITUCIONAIS E POLÍTICAS; E REDIMENSIONAR O TRABALHO E A ATUAÇÃO DA REDE, A PARTIR DOS RESULTADOS OBTIDOS; TENDO SEMPRE COMO NORTE A INTENCIONALIDADE E OS OBJETIVOS COMUNS.

Por fim, destaca-se que tanto o órgão gestor quanto o CREAS, no desempenho de suas competências, devem estar atentos ao conjunto dos eixos apresentados, visando ao efetivo desempenho do papel do CREAS no SUAS e na rede de atendimento.

2.2 Competências do CREAS e do órgão gestor da política de Assistência Social

Para que o papel do CREAS e o exercício de suas competências possam se concretizar de modo efetivo e qualificado nos territórios é fundamental compreender as distinções entre as competências do CREAS e as do órgão gestor de Assistência Social.

Nessa perspectiva, e sem a intenção de esgotar o assunto, o quadro abaixo explora e distingue de forma mais detalhada as competências do CREAS e do órgão gestor, tendo em vista o efetivo cumprimento, por parte da Unidade, de seu papel no território.

04 - Caderno CREAS.indd 38 29/11/2011 16:02:53

Quadro 1 – Competências do órgão gestor da política de Assistência Social e do CREAS

Órgão Gestor Municipal ou do DF	CREAS
• Definição e planejamento da implantação das unidades CREAS e dos serviços a serem ofertados e referenciados, considerando a realidade do território de abrangência, dados de vigilância socioassistencial e possibilidades de participação dos usuários.	• Oferta e referenciamento de serviço (s) especializado (s), conforme definição do órgão gestor.
• Elaboração do Plano Municipal de Assistência Social, contemplando, conforme o caso: – Planejamento da implantação do CREAS; – Localização da Unidade, organização de sua infraestrutura, definição, composição e capacitação de seus recursos humanos; – Serviços a serem ofertados pelo CREAS e por Unidades Referenciadas, quando for o caso; – Mecanismos para o monitoramento e avaliação da Unidade e serviços ofertados ou referenciados; – Planejamento e implementação de medidas voltadas à melhoria da Unidade e qualificação da atenção ofertada.	• Fornecimento de subsídios e informações ao órgão gestor que contribuam para: – Elaboração do Plano Municipal de Assistência Social; – Planejamento, monitoramento e avaliação da Unidade e dos serviços ofertados pelo CREAS; – Organização e avaliação dos serviços referenciados aos CREAS; – Planejamento de medidas voltadas à qualificação da Unidade e da atenção ofertada no âmbito dos serviços do CREAS.

04 - Caderno CREAS.indd 39 29/11/2011 16:02:54

• Planejamento do processo de mapeamento das entidades e organizações privadas do SUAS que componham a rede socioassistencial, e de sua relação com o CREAS na localidade; • Planejamento, monitoramento e avaliação do referenciamento ao CREAS dos serviços de PSE de média complexidade prestados por entidades e organizações privadas da rede socioassistencial do SUAS ; • Construção de fluxos de articulação e processos de trabalho entre CREAS e Unidades Referenciadas.	• Relacionamento cotidiano com Unidades referenciadas para acompanhamento dos casos, conforme fluxos de encaminhamento e processos de trabalho previamente definidos. • Organização de espaços e oportunidades para troca de informações, discussão de casos e acompanhamento dos encaminhamentos realizados às Unidades referenciadas.
• Planejamento e Monitoramento da implementação do Protocolo de Gestão Integrada de serviços, benefícios e transferência de renda na localidade.	• Acompanhamento das Famílias do PETI e do PFB, em especial daquelas em Situação de Descumprimento de Condicionalidades por motivos relacionados a situações de risco pessoal e social, por violação de direitos; • Acompanhamentos das famílias do BPC, quando em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, e articulação com o INSS para fins de concessão, quando for o caso; • Alimentação periódica do SICON com registro do acompanhamento familiar efetivado.

04 - Caderno CREAS.indd 40 29/11/2011 16:02:54

• Gestão administrativa, financeira e orçamentária dos recursos da assistência social, assegurando na lei orçamentária anual a destinação de recursos à Unidade CREAS; • Provimento de RH e infraestrutura para o CREAS, com acessibilidade, equipamentos e mobiliários necessários; • Suporte material e técnico à oferta dos serviços prestados pelo CREAS.	• Encaminhamento ao órgão gestor de demandas relativas a recursos para o desenvolvimento dos serviços, melhoria e adequação da infraestrutura da Unidade, capacitação da equipe, assessoramento e suporte técnico ao CREAS e, quando couber, das necessidades de ampliação dos recursos humanos, em função das demandas do território. • Monitoramento da utilização de materiais, comunicando demandas de reposição ao órgão gestor.
• Coordenação de macroprocessos, incluindo a construção e pactuação de fluxos de referência e contrarreferência com a rede socioassistencial, das outras políticas e órgãos de defesa de direitos.	• Participação na construção de fluxos de articulação com a rede socioassistencial e com as demais políticas e órgãos de defesa de direitos. • Desenvolvimento de trabalho em rede na atenção cotidiana, por meio da articulação com a rede socioassistencial, outras políticas e órgãos de defesa de direitos, conforme fluxos pactuados, quando for o caso.

04 - Caderno CREAS.indd 41 29/11/2011 16:02:54

• Planejamento e implementação de política de capacitação e educação permanente dos profissionais do SUAS. • Gestão dos recursos humanos do CREAS (política de cargos, carreira e salários, etc.); • Planejamento de medidas relacionadas à capacitação e educação permanente, incluindo assessoria de profissional externo, quando for o caso; • Planejamento de medidas de incentivo à participação dos usuários no planejamento e melhoria da oferta dos serviços; • Participação em Comissões, Fóruns, etc; • Coordenação, em parceria com o órgão gestor de outras políticas e órgãos de defesa de direitos, de campanhas para a prevenção e enfrentamento a situações violação de direitos.	• Gestão dos processos de trabalho, incluindo: – Coordenação técnica e administrativa da Unidade; – Coordenação direta da execução dos serviços ofertados; – Coordenação da equipe da Unidade; – Organização e gestão dos registros de informações, dos processos e fluxos internos de trabalho; – Organização e coordenação dos processos de trabalho em rede para a atenção cotidiana, conforme fluxos previamente definidos, quando for o caso; – Organização de momentos de reflexão, discussão de caso e integração em equipe; – Participação como representante, da Assistência Social, em Comissões, Fóruns, etc, quando for o caso. – Participação em campanhas de prevenção e enfrentamento a situações de violação de direitos.
• Preenchimento anual do Censo SUAS, com informações atualizadas e fidedignas.	• Encaminhamento ao órgão gestor, pelo coordenador da Unidade, das informações solicitadas no Censo SUAS/CREAS.
• Produção, sistematização, consolidação e análise de dados de vigilância socioassistencial; • Produção, sistematização, consolidação e análise de dados sobre atendimentos/ acompanhamentos realizados.	• Registro de informações relativas a atendimento/ acompanhamento; • Elaboração e encaminhamentos ao órgão gestor de relatórios sobre trabalhos realizados, com dados de vigilância socioassistencial e dados sobre atendimentos/ acompanhamentos.

04 - Caderno CREAS.indd 42 29/11/2011 16:02:54

O quadro apresentado tem como objetivo elucidar que as competências do órgão gestor e do CREAS, embora correlatas e complementares, não devem se confundir. De modo geral, cabe ao órgão gestor o desempenho dos macroprocessos relativos à gestão das ações de PSE na localidade, inclusive do CREAS e de seus serviços. À Unidade CREAS, por sua vez, cabe organizar e operacionalizar a oferta de serviços especializados, o que se materializa por meio da acolhida aos usuários, dos atendimentos e acompanhamentos realizados e do relacionamento cotidiano com a rede. Por conseguinte, cabe ao CREAS, ainda, toda a gestão dos processos de trabalho da unidade.

Destaca-se que, para além das competências mencionadas no quadro apresentado, a elaboração de relatórios sobre os atendimentos e acompanhamentos das famílias/indivíduos constitui uma importante competência do CREAS. Estes relatórios podem dispor de informações sobre as seguranças afiançadas, o progresso em relação às famílias e aos indivíduos acompanhados e, quando couber, de outras informações, observando-se, necessariamente, sua pertinência, relevância e benefício para os usuários.

OS RELATÓRIOS DO CREAS NÃO DEVEM SE CONFUNDIR COM A ELABORAÇÃO DE "LAUDOS PERICIAIS", RELATÓRIOS OU OUTROS DOCUMENTOS COM FINALIDADE INVESTIGATIVA QUE CONSTITUEM ATRIBUIÇÃO DAS EQUIPES INTERPROFISSIONAIS DOS ÓRGÃOS DO SISTEMA DE DEFESA E RESPONSABILIZAÇÃO.

Porém, cabe ao CREAS, quando necessário e/ou solicitado, o encaminhamento ao sistema de defesa e responsabilização de relatórios que versem sobre o atendimento e acompanhamento às famílias e aos indivíduos, resguardando-se o que dispõe o código de ética e as orientações dos respectivos conselhos de categoria profissional. Quando da sua elaboração, os profissionais devem, necessariamente, observar a função de proteção social da Assistência Social, bem como o papel do CREAS e suas competências que, de modo algum, poderão ser confundidos com o papel dos órgãos do sistema de defesa e responsabilização, a exemplo de delegacias e órgãos do Poder Judiciário.

04 - Caderno CREAS.indd 43 29/11/2011 16:02:55

2.3 Ampliando a compreensão sobre as competências do órgão gestor de Assistência Social para a efetivação do papel do CREAS

Considerando os itens apresentados no Quadro 1, este tópico tem como objetivo discorrer sobre as competências do órgão gestor da política de Assistência Social em relação ao CREAS, visando ampliar sua compreensão.

O órgão gestor é o responsável, na localidade, pela organização e gestão do SUAS, incluindo o CREAS, que por sua vez, é uma unidade vinculada à área de PSE do órgão gestor. Em caso de ausência, na estrutura do órgão gestor, de departamento, superintendência ou coordenação responsável pela PSE, uma pessoa ou equipe de referência da Secretaria de Assistência Social ou congênere deverá responder pelo desempenho desta função.

Nessa direção, a gestão e as ações estruturadoras das Unidades e serviços de PSE de Média Complexidade constituem competências do órgão gestor da política de assistência social, por meio da área responsável pela PSE. Devem ser realizadas com a participação efetiva de suas equipes, visando estabelecer processos que garantam o planejamento das ações, definindo as bases organizacionais e de gestão da PSE na localidade, para compor, integrar e articular a rede socioasistencial.

Ajustes e redimensionamentos desta organização e de fluxos de referência e contrarreferência e de articulação intersetorial, quando se fizerem necessários, devem ser planejados e mobilizados pelo órgão gestor da assistência social, com o apoio da coordenação e equipe do CREAS. Estes ajustes serão particularmente propiciados pelo exercício das competências do órgão gestor relativas ao monitoramento e à avaliação da Unidade e da oferta dos Serviços. Nessa direção, destaca-se a importância dos dados de vigilância socioassistencial e as informações e dados disponibilizados pelo CREAS, que representam subsídios fundamentais para o monitoramento e a avaliação, tendo em vista a crescente qualificação da oferta dos serviços à população.

Assim, as Unidades CREAS devem realizar os devidos registros dos atendimentos e acom-

04 - Caderno CREAS.indd 44 29/11/2011 16:02:55

panhamentos, bem como das situações identificadas no território, de modo a subsidiar e contribuir com o trabalho da vigilância socioassistencial por parte do órgão gestor. Estas informações subsidiarão tanto o planejamento da implantação do CREAS quanto a qualificação do atendimento às situações identificadas e prevenção de novas ocorrência ou agravamentos.

Frente à existência, em algumas localidades, de rede de proteção social anterior ao SUAS - de natureza pública-estatal e/ou pública não-estatal , sem fins lucrativos – , cabe ao órgão gestor planejar e regulamentar processos de reordenamento de Unidades e serviços, tendo como referência os parâmetros do SUAS e da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

No que diz respeito em particular ao CREAS, o reordenamento pode incluir desde o planejamento de alteração de Unidade responsável pela oferta de serviço - para atender aos dispositivos da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – até adequações em infraestrutura física e recursos humanos, capacitações; e revisão em nomenclaturas e concepções que fundamentam as competências e funcionamento das unidades, oferta dos serviços e função da equipe.

É importante ressaltar que todo processo de reordenamento requer planejamento e envolvimento das equipes e unidades relacionadas, de modo a se evitar descontinuidade das ações e perda da qualidade já acumulada na oferta da atenção. No que diz respeito ao CREAS, pode ser identificada, ainda, a necessidade de referenciamento de unidades que ofertem serviços que, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, podem ser ofertados por unidades específicas referenciadas.

Ao órgão gestor cabe assegurar, no caso de oferta de serviços pelas entidades e organizações da rede socioassistencial privada do SUAS, que as parcerias firmadas observem o necessário alinhamento com os parâmetros do Sistema e as normativas

04 - Caderno CREAS.indd 45 29/11/2011 16:02:55

RELACIONADAS. NO CASO DE UNIDADES REFERENCIADAS AO CREAS, OS INSTRUMENTOS QUE FIRMEM ESTA PARCERIA DEVEM, INCLUSIVE, PREVER ESTE REFERENCIAMENTO, INCLUINDO O RESPEITO A FLUXOS DE RELACIONAMENTO COM ESTAS UNIDADES E MECANISMOS QUE ASSEGUREM O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS PELO CREAS.

Cabe ao órgão gestor atentar-se para a garantia de infra-estrutura física condizente e capaz de comportar o desenvolvimento das atividades de cada serviço ofertado no CREAS, observados os aspectos dispostos neste documento. Constitui também responsabilidade do órgão gestor a composição dos recursos humanos da Unidade e a capacitação continuamente das equipes, tendo como referência os parâmetros da NOB-RH/SUAS. A composição dos recursos humanos deverá assegurar ao CREAS equipe própria, habilitada e capacitada para o desempenho de suas ações.

A partir dos parâmetros da NOB-RH/SUAS, os recursos humanos de cada CREAS deverão ser dimensionados considerando os serviços ofertados pela Unidade, demanda por atendimento/acompanhamento e capacidade de atendimento das equipes. Assim, o órgão gestor poderá agregar serviços e ampliar a capacidade de atendimento das unidades. Porém, esta ampliação deve ser conseqüência de um planejamento de gestão, com previsão das adequações necessárias para comportá-la e permitir, inclusive, a identificação da demanda por ampliação do quantitativo de CREAS na localidade.

A área da vigilância socioassistencial, vinculada ao órgão gestor de Assistência Social, também contribui para o dimensionamento do quantitativo das Unidades CREAS, capacidade de atendimento, equipe e serviços a serem ofertados em determinada localidade, compatibilizando-os à realidade dos territórios. Nessa direção, o órgão gestor ao desenvolver a vigilância socioassistencial, cria capacidades e meio técnicos para conhecer o território e a presença de riscos pessoais e sociais, por violação de direitos.

Conforme apresentado no Quadro 1, compete ao órgão gestor, ainda, o planejamento financeiro e orçamentário que assegure a destinação de recursos para a adequada es-

04 - Caderno CREAS.indd 46 29/11/2011 16:02:55

truturação e funcionamento das unidades, composição das equipes e qualificação dos trabalhos desenvolvidos.

Como já abordado em outros momentos ao longo deste documento, a interlocução do órgão gestor com outras políticas públicas setoriais e órgãos de defesa de direitos será particularmente importante para o desenvolvimento de ações integradas em rede. Esta interlocução poderá também contar com o apoio e subsídios da coordenação e equipe do CREAS que, devido ao cotidiano profissional, conhecem as lacunas, as potencialidades e as necessidades para o aperfeiçoamento do trabalho em rede.

Considerando que os fluxos de articulação estabelecem formas e meios para viabilizar o encaminhamento e o atendimento dos usuários na rede, é importante que sejam delineados, pactuados e, se possível, institucionalizados. A construção e a pactuação de fluxos de articulação e protocolos intersetoriais de atendimento constituem processo que, necessariamente, envolve os órgãos de defesa de direitos e as diversas políticas públicas, além da política de Assistência Social. Destaca-se, ainda, que estes instrumentos podem contribuir, sobremaneira, para o reconhecimento e desempenho efetivo do papel e das competências da política de Assistência Social e do CREAS na rede.

É IMPORTANTE QUE O ÓRGÃO GESTOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL SEJA PROTAGONISTA NA CONSTRUÇÃO, JUNTO AO ÓRGÃO GESTOR DAS DEMAIS POLÍTICAS E ÓRGÃOS DE DEFESA DE DIREITOS, DE FLUXOS DE ARTICULAÇÃO E PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO INTERSETORIAL A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS NA REDE, OS QUAIS INCLUAM O CREAS.

Visando estabelecer conexões de trabalho em rede, no processo de elaboração de fluxos e protocolos deve-se considerar a rede de articulação existente e suas características - instituições, áreas de atuação, competências que lhe são atribuídas para prestar o atendimento, especificidade do trabalho em relação ao público atendido, natureza do atendimento prestado, limites institucionais, etc.

04 - Caderno CREAS.indd 47 29/11/2011 16:02:55

Destaca-se, ainda, o papel do órgão gestor no desenho da articulação entre as Unidades CRAS e CREAS. Além da definição destes fluxos e de parâmetros para o relacionamento cotidiano entre estas Unidades e suas equipes, será preciso, nos municípios com mais de uma unidade CRAS e/ou mais de uma Unidade CREAS, a definição de quais unidades se relacionam entre si, considerando as Unidades existentes e os respectivos territórios de abrangência.

Nas localidades que contarem com Unidade (s) de Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP e Serviços de Acolhimento será igualmente necessário e importante definir também os desenhos de relacionamento no território com a Unidade(s) CREAS existente(s).

2.4 Ampliando a compreensão das competências do CREAS para a efetivação de seu papel

Considerando os itens apresentados no Quadro 1, este tópico tem como objetivo discorrer sobre as competências do CREAS, visando ampliar sua compreensão. Considerando a competência relativa à oferta e ao referenciamento de serviços especializados, o quadro a seguir apresenta uma breve descrição destes serviços, bem como aponta a Unidade de sua oferta, conforme dispõe a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

Quadro 2 – Serviços Socioassistenciais de PSE/MC, Descrição e Unidade de Oferta

Nome do Serviço	Descrição do Serviço	Unidade de Oferta do Serviço
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI	Serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça e violação de direitos.	Deve ser ofertado por todas as Unidades CREAS.

04 - Caderno CREAS.indd 48 29/11/2011 16:02:56

Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade	O Serviço tem por finalidade prover atenção socioassistencial e acompanhamento a adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, determinadas judicialmente.	Deve ser ofertado pelo CREAS, nas localidades onde se identificar demanda, articulando ações complementares com a rede. No caso de possuir mais de uma Unidade CREAS, o município tem autonomia para a definição daquelas unidades que deverão ofertar este Serviço, observada a relação com o território.
Serviço Especializado em Abordagem Social	O Serviço tem como finalidade assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras.	Pode ser ofertado pelo CREAS ou unidade específica referenciada ao CREAS, nos territórios onde se identificar demanda.
Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias	Serviço destinado à promoção de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravas por violações de direito.	Pode ser ofertado pelo CREAS ou unidade específica referenciada ao CREAS, nos territórios onde se identificar demanda.

04 - Caderno CREAS.indd 49 29/11/2011 16:02:56

Conforme já abordado anteriormente, todo CREAS deve, obrigatoriamente, ofertar o PAEFI. Tanto o desenvolvimento das ações no âmbito do PAEFI, quanto a definição sobre os demais serviços a serem ofertados pelo CREAS, ou unidade referenciada, devem considerar a realidade do território, tendo o órgão gestor, com o apoio da equipe do CREAS e da área de vigilância socioassistencial, um papel preponderante nesta definição e organização da oferta.

Assim, cabe ao órgão gestor de Assistência Social, observada a realidade local e demandas no território, a decisão quanto à oferta pelo CREAS de outro (s) Serviço (s) para além do PAEFI - Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade, do Serviço Especializado em Abordagem Social e do Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Família. Compete ao órgão gestor, ainda, observados os parâmetros da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, a decisão quanto à oferta pelo CREAS ou, quando couber, por unidades referenciadas.

Cabe destacar que o Serviço Especializado em Abordagem Social também poderá ser ofertado pelos Centros de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centro POP), conforme avaliação e planejamento da gestão local, observada a relevância, pertinência e possibilidades de oferta deste Serviço pelo Centro POP no território em questão.

Feitas estas considerações, é importante enfatizar que, no que diz respeito à oferta de Serviços, compete ao CREAS, por sua vez, coordenar a execução dos serviços por ele ofertados, o que implica, necessariamente, dentre outros aspectos já mencionados:

- planejar ações a serem desenvolvidas no âmbito dos Serviços, tendo em vista o atendimento qualificado à população;
- coordenar os trabalhos em equipe, tendo em vista assegurar sua integração, a interdisciplinariedade e a convergência de ações entre os diferentes serviços ofertados;
- propiciar o acompanhamento e a avaliação continuados das ações desenvolvidas

04 - Caderno CREAS.indd 50 29/11/2011 16:02:56

no âmbito do Serviço, que permitam a reflexão conjunta e a identificação de ajustes e aprimoramentos necessários para a qualificação da atenção ofertada.

O desempenho destas competências será essencial para que a atenção ofertada nos Serviços possa atingir seus objetivos, dentre os quais, reitera-se:

- **O fortalecimento da função protetiva da família;**
- **A construção de possibilidades de mudança e transformação em padrões de relacionamento familiares e comunitários com violação de direitos;**
- **A potencialização dos recursos para a superação da situação vivenciada e a reconstrução de relacionamentos familiares, comunitários e com o contexto social, ou construção de novas referências, quando for o caso;**
- **O empoderamento e a autonomia;**
- **O exercício do protagonismo e da participação social;**
- **O acesso das famílias e indivíduos a direitos socioassistenciais e à rede de proteção social; e**
- **A prevenção de agravamentos e da institucionalização.**

No que diz respeito à competência de referenciar Serviços, cabe ao CREAS, o relacionamento cotidiano articulado com as unidades referenciadas, tendo como base definições de fluxos por parte do órgão gestor. Dessa forma, a Unidade CREAS torna-se o ponto de referência para conectar suas ações àquelas desenvolvidas nas Unidades referenciadas. Esta relação garante a integração e a complementaridade entre as Unidades, visando à atenção especializada aos usuários, nos termos da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

04 - Caderno CREAS.indd 51 29/11/2011 16:02:56

O reconhecimento da Unidade como referenciada ao CREAS, implica, necessariamente em:

- **alinhamento às normativas e aos parâmetros do SUAS;**
- **reconhecimento da centralidade na família, no trabalho social especializado;**
- **definição do papel, delimitação e distinção de competências das Unidades e Serviços;**
- **estabelecimento de compromissos, relações e procedimentos comuns e/ou complementares;**
- **definição de fluxos de encaminhamentos e troca de informações;**
- **apontamentos de trabalhos e atividades que possam ser desenvolvidas em parceria;**
- **definição de mecanismos e instrumentos para registros de atendimento e acompanhamento às famílias e indivíduos;**
- **compartilhamento de concepções que devem nortear a oferta da atenção.**

Feitas essas considerações relativas à competência de ofertar ou referenciar serviços socioassistenciais especializados, destaca-se que compete ao CREAS, ainda, a gestão dos processos de trabalho, incluindo a coordenação técnica e administrativa da Unidade e da equipe, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações, a organização e a execução direta do trabalho social no âmbito dos serviços ofertados, o relacionamento cotidiano com a rede e o registro de informações, o que será abordado de forma mais detalhada no Capítulo a seguir.

04 - Caderno CREAS.indd 52 29/11/2011 16:02:56

Capítulo 3

3. A Gestão dos Processos de Trabalho no CREAS

Este capítulo tem como objetivo abordar aspectos mais particularmente relacionados à competência do CREAS de gestão dos processos de trabalho na Unidade, incluindo, dentre outros aspectos, a coordenação dos recursos humanos e do trabalho em equipe interdisciplinar, o registro de informações, o trabalho social para a execução dos serviços e o relacionamento com a rede de atendimento. Nessa direção, destacam-se, ainda, diversos aspectos que têm implicações na gestão dos processos de trabalho, como o planejamento, o monitoramento e a avaliação do trabalho desenvolvido no CREAS.

3.1 Planejamento do trabalho no CREAS

Falar de gestão dos processos de trabalho requer, necessariamente, que se aborde o planejamento do trabalho no CREAS. A partir de dados e informações do monitoramento e da avaliação, que apontem ações necessárias para o aprimoramento, o planejamento deve explicitar a proposta da Unidade e dos Serviços ofertados, considerando, objetivos e metas a atingir em um determinado período de tempo, bem como os meios e recursos necessários para seu alcance.

O PLANEJAMENTO PERMITE QUE A EQUIPE DO CREAS REFLITA SOBRE AS AÇÕES DESENVOLVIDAS, PROCESSOS DE TRABALHO ADOTADOS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS.

Essa reflexão ajuda o grupo a compreender a complexidade das situações atendidas; a discutir os referenciais teórico-metodológicos e as estratégias de intervenção adotadas; as técnicas e os instrumentos utilizados; e a necessidade de aprimoramentos e mudanças. Consequentemente, o planejamento sistemático permitirá à equipe “a crítica dos processos e dos efeitos da ação planejada, com vistas ao embasamento do planejamento de ações posteriores” (BAPTISTA, 2000, p.15).

04 - Caderno CREAS.indd 53 29/11/2011 16:02:57

Em outro nível, o planejamento coordenado pelo órgão gestor visa à organização do CREAS e dos serviços na rede socioassistencial, de modo a assegurar observância e alinhamento com as diretrizes, objetivos e metas do SUAS.

É FUNDAMENTAL QUE O PLANEJAMENTO DO CREAS ESTEJA ALINHADO AO PLANEJAMENTO DO ÓRGÃO GESTOR E QUE AMBOS ESTEJAM DIRECIONADOS AO CRESCENTE APRIMORAMENTO DA GESTÃO E QUALIFICAÇÃO DA OFERTA DOS SERVIÇOS.

Frente ao exposto, o planejamento deve ser participativo, dinâmico e contínuo, de modo a perpassar todos os processos de trabalho do CREAS e possibilitar mudanças, ajustes e medidas corretivas. Para tanto, recomenda-se que a equipe incorpore no seu cotidiano profissional reuniões para planejar e acompanhar as atividades, discutir aspectos pertinentes e relevantes da Unidade e dos serviços, visando ao aperfeiçoamento, à qualificação e à revisão das ações desenvolvidas.

A equipe do CREAS precisa atentar-se para o cotidiano de trabalho no espaço institucional, não permitindo que a rotina impossibilite a revisão das práticas adotadas. Assim, deve prevenir a mecanicidade e a rotina acrítica do trabalho, para não empobrecer as intervenções realizadas. Para isso, é necessário estabelecer uma agenda institucional de reuniões periódicas com o objetivo de debater, analisar e refletir sobre sua atuação e procedimentos adotados.

3.2 Coordenação dos recursos humanos e trabalho em equipe interdisciplinar no CREAS

Inicialmente, é importante mencionar que o trabalho interdisciplinar, base da atuação do CREAS, requer a adoção de estratégias que possibilitem a participação e o compartilhamento de concepções por todos os componentes da equipe. Ao compartilhar diretrizes e princípios, o trabalho interdisciplinar não dilui as competências e atribuições de cada profissional. Nesse sentido, é fundamental considerar os distintos olhares e con-

04 - Caderno CREAS.indd 54 29/11/2011 16:02:57

tribuições das diferentes áreas de formação, além da experiência profissional de cada integrante e sua função no CREAS.

A gestão dos processos de trabalho da equipe técnica abre um campo favorável para a troca de informações, experiências e conhecimentos, fundamental para a qualificação das ações desenvolvidas na Unidade.

A troca de conhecimentos entre os profissionais e o estudo intersorial das situações atendidas potencializa a capacidade de responder às demandas complexas, observada no cotidiano da Unidade. Dessa forma, o trabalho em equipe interdisciplinar, tendo por base objetivos comuns, poderá integrar os profissionais e contribuir para qualificar e dinamizar as ações e as rotinas de trabalho da Unidade.

A atuação em equipe, deve considerar os princípios éticos de cada profissão e o respeito ao sigilo profissional no CREAS. Para tanto, cabe a cada profissional, junto com a Coordenação, quando for o caso, avaliar os aspectos que podem ser compartilhados com a equipe para integrar as ações, de modo a evitar exposições desnecessárias da vida e das situações vivenciadas pelos usuários. Nessa perspectiva, ainda, é importante que a coordenação do CREAS, em conjunto com a equipe, avalie e defina as informações que irão compor os relatórios (de acompanhamento familiar, de atividades da Unidade, relatórios para o órgão gestor de Assistência Social, para os órgãos de defesa de direitos, quando for o caso, dentre outros) e, igualmente, a troca de informações de uma forma geral com a rede, observadas as questões relativas à ética profissional.

O desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar, o efetivo funcionamento da Unidade e a operacionalização da execução dos serviços especializados demandarão também a coordenação dos recursos humanos. Nessa direção, é importante que os profissionais tenham clareza quanto ao papel e competências do CREAS, bem como dos Serviços ofertados. É igualmente importante que haja compreensão da função e das atribuições dos profissionais da equipe. As rotinas administrativas precisam ser ampla-

04 - Caderno CREAS.indd 55 29/11/2011 16:02:57

mente conhecidas, bem como os procedimentos, instrumentos e sistemática adotada para o registro de informações.

Finalmente, no que diz respeito à coordenação dos recursos humanos e ao trabalho em equipe interdisciplinar, é importante que sejam viabilizados momentos de integração e reflexão em equipe que contribuam para o aprimoramento do trabalho desenvolvido. Cabe destacar que a coordenação do CREAS tem papel preponderante no que diz respeito à gestão dos processos de trabalho e coordenação da equipe da unidade.

Abaixo, apresentam-se algumas atividades que podem ser adotadas no CREAS, visando a melhoria do trabalho em equipe e do desenvolvimento do trabalho social.

3.2.1 Reuniões de Equipe

As reuniões de equipe tem como objetivo debater e solucionar os problemas identificados no trabalho, de natureza técnica-operativa ou de relacionamento interprofissional. Dentre outros aspectos, estes momentos também devem ser utilizados para se avaliar e reavaliar as ações desenvolvidas na Unidade, para planejar e organizar atividades de atendimento, revisar intrumentos de registro utilizados e as sistemáticas de preenchimento, monitorar as ações e os resultados obtidos, reorganizar fluxos internos de trabalho, discutir e definir estratégias de articulação e de trabalho em rede, dentre outros aspectos.

Recomenda-se que nessas reuniões sejam elaboradas pautas com os assuntos que serão discutidos, para dar direção e objetividade ao encontro. Também é importante o registro das discussões e dos encaminhamentos tomados em grupo, podendo ser anotados em ata, para que as decisões sejam monitoradas e possam subsidiar o planejamento das próximas reuniões.

Finalmente, destaca-se a impotância da participação de toda a equipe nas reuniões, com peridiocidade semanal, quinzenal ou mensal. Estas reuniões devem ser institucionalizadas como atividade cotidiana e periódica no CREAS.

04 - Caderno CREAS.indd 56 29/11/2011 16:02:57

3.2.2 Reuniões para estudos de casos

Estes momentos tem como objetivo reunir a equipe para estudar, analisar e avaliar as particularidades e especificidades das situações atendidas, de modo a ampliar a compreensão e possibilitar a definição de estratégias e metodologias de atendimento mais adequadas, além de serviços da rede que deverão ser acionados, tendo em vista o aprimoramento do trabalho.

NESSAS REUNIÕES, BUSCA-SE DISCUTIR DETERMINADOS CASOS E SITUAÇÕES EM ACOMPANHAMENTO, SENDO TAMBÉM UM MOMENTO PARA QUE A EQUIPE REAVALIE SUAS AÇÕES, DIMENSIONE OS RESULTADOS DO ATENDIMENTO E REDEFINA ESTRATÉGIAS E PROCEDIMENTOS.

A peridiocidade dos estudos de casos deve ser definida pela dinâmica do trabalho institucional da equipe e complexidade das situações atendidas. Porém, é importante que sejam agendados previamente, para garantir a presença do maior número de membros da equipe da Unidade.

Essas reuniões também poderão incluir a participação de outros profissionais da rede que estejam acompanhando o caso. Nessa hipótese, deve-se planejar a atividade de forma mais criteriosa, de modo a evitar exposição desnecessária de informações e dos usuários atendidos.

3.2.3 Supervisão e assessoria de profissional externo

A supervisão e assessoria de profissional externo permite uma maturação da equipe em relação ao processo de trabalho, bem como pode promover espaço de troca de experiência e aprendizagem que conduza à maior clarificação e transparência das funções e possibilidades de atuação de cada profissional. É um momento de reflexão do grupo que pode ser utilizado para o aperfeiçoamento profissional, das metodologias de trabalho e do acompanhamento especializado pela equipe do CREAS.

04 - Caderno CREAS.indd 57 29/11/2011 16:02:57

A SUPERVISÃO E ASSESSORIA DE PROFISSIONAL EXTERNO PODE AGREGAR APORTE TEÓRICO-METODOLÓGICO, CONTRIBUINDO PARA A AMPLIAÇÃO DE CONHECIMENTOS E REFLEXÃO DA EQUIPE EM RELAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO DOS CASOS MAIS COMPLEXOS.

Deve ser realizada, necessariamente, com a assessoria de profissional especializado na área afeta às demandas da equipe, que não integra a equipe do CREAS. Este profissional pode ser do quadro funcional do orgão gestor de Assistêcia Social ou ser contratado especificamente com esta finalidade. A supervisão é importante para a qualificação da atenção ofertada, representando possibilidade de aperfeiçoamento metodológico, técnico-operacional e relacional da equipe do CREAS.

3.3 O Desenvolvimento do Trabalho Social no CREAS

O desenvolvimento do trabalho social pelos Serviços do CREAS pressupõe escuta qualificada e compreensão da situação vivenciada por cada família/indivíduo, considerando do seu contexto de vida familiar, social, histórico, econômico e cultural. A construção de projetos de vida e de novas possibilidades de relacionamento, com superação das situações adversas vivenciadas; a perspectiva do trabalho em rede para a atenção integral e o acesso a direitos; o desenvolvimento de potencialidades; e a ressignificação de vivências devem nortear a elaboração do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar. A elaboração do Plano de Acompanhamento junto com as famílias e indivíduos é essencial para guiar o trabalho social no CREAS, bem como para delinear, junto aos usuários, a construção de novas perspectivas de vida.

O desenvolvimento do Plano de Acompanhamento implica na realização de atendimentos continuados, que podem ser realizados em formatos diversos (individual, familiar, em grupo, com grupos de famílias) - considerando as situações vivenciadas e as singularidades de cada família/indivíduo em acompanhamento, além de ações que oportunizem o fortalecimento da autonomia e o acesso a direitos. Implica, portanto, na realização de encaminhamentos e na articulação de processos de trabalho em rede para a atenção integral das famílias/indivíduos.

04 - Caderno CREAS.indd 58 29/11/2011 16:02:57

Frente a essas considerações, do ponto de vista metodológico faz-se importante compreender o trabalho social no CREAS a partir de três principais dimensões: Acolhida, Acompanhamento Especializado e Articulação em Rede. Atuando de forma complementar, estas três dimensões devem organizar e orientar o trabalho social especializado desenvolvido no âmbito dos Serviços do CREAS.

3.3.1 Acolhida

Como importante dimensão inerente ao trabalho social nos Serviços do CREAS, a acolhida deve ser compreendida sob duas perspectivas: a acolhida inicial das famílias/indivíduos e a postura acolhedora necessária ao longo de todo o período de acompanhamento.

A acolhida inicial tem como objetivo identificar as necessidades apresentadas pelas famílias e indivíduos, avaliar se realmente constitui situação a ser atendida nos Serviços do CREAS e identificar demandas imediatas de encaminhamentos. Esse momento irá nortear as primeiras ações do profissional, bem como contribuirá para o início da construção de vínculo de referência e de confiança, lançando as bases para a construção conjunta do Plano de Acompanhamento.

Poderá ser realizada por meio de diversas metodologias e se utilizar de diferentes técnicas. Como tem a finalidade de favorecer a aproximação dos usuários com o Serviço, possibilitar o início do estudo de cada situação e lançar as bases para a elaboração do Plano de Acompanhamento, os procedimentos para a acolhida inicial poderão demandar mais de um encontro com a família/indivíduo.

A postura acolhedora, de respeito à dignidade e não discriminação deve permear todo o trabalho social desenvolvido no CREAS, desde os momentos iniciais até o desligamento das famílias e indivíduos. Assim, é importante compreender que a acolhida se materializa também por meio da organização de um ambiente receptivo que expresse respeito e atitude ética dos profissionais. Nesse sentido, a equipe precisa estar preparada para acolher os usuários considerando a complexidade de cada situação, suas singularidades e demandas.

04 - Caderno CREAS.indd 59 29/11/2011 16:02:57

3.3.2 Acompanhamento Especializado

Compreende atendimentos continuados e uma gama de possibilidades para seu desenvolvimento, segundo as demandas e especificidades de cada situação (atendimentos individuais, familiares e em grupo; orientação jurídico-social; visitas domiciliares, etc.). Proporciona espaço de escuta qualificada e reflexão, além de suporte social, emocional e jurídico-social às famílias e aos indivíduos acompanhados, visando ao empoderamento, enfrentamento e construção de novas possibilidades de interação familiares e com o contexto social. Tem como ponto de partida a elaboração do Plano de Acompanhamento.

Construído de forma conjunta com cada família/indivíduo, o Plano de Acompanhamento deve delinear estratégias que serão adotadas no decorrer do acompanhamento especializados, bem como os compromissos de cada parte, em conformidade com as especificidades das situações atendidas.

A periodicidade dos atendimentos e a duração do acompanhamento especializado serão avaliadas pela equipe técnica do CREAS, considerando as demandas observadas e acordos firmados com os usuários.

As famílias e indivíduos devem ter a possibilidade de participar ativamente da construção do Plano de Acompanhamento, da definição dos encaminhamentos e da periodicidade dos atendimentos, para que o trabalho social no CREAS represente uma proposta de trabalho viável, que faça sentido em sua trajetória de vida.

3.3.3 Articulação em rede

Identificadas as demandas cujo atendimento ultrapassem as competências do CREAS, as famílias e indivíduos devem ser encaminhados para acessar serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos. Estes encaminhamentos devem ser monitorados, no sentido de verificar seus

04 - Caderno CREAS.indd 60 29/11/2011 16:02:57

desdobramentos, e discutidos com outros profissionais da rede que também atendam a família ou indivíduo.

Para facilitar a intersetorialidade, necessária à efetivação do trabalho social no CREAS, é importante que a equipe conheça efetivamente a rede existente no seu território de atuação, incluindo, por exemplo, visitas para conhecer o funcionamento dos serviços e Unidades que a compõem, objetivos, público atendido, atividades desenvolvidas, horários de funcionamento, equipes profissionais, dentre outras informações que permitam estabelecer e fortalecer o desenvolvimento de ações articuladas e complementares.

Para qualificar a atenção às famílias, a articulação em rede pode comportar, ainda, o planejamento e desenvolvimento de atividades em parceria, além de estudos de casos conjuntos, dentre outras estratégias. Nessa direção, destacam-se, inclusive, as ações de intervenção no território, voltadas à prevenção e ao enfrentamento de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos. Estas podem se materializar, por exemplo, na forma de campanhas organizadas pelos órgãos gestores das diferentes áreas, envolvendo os órgãos de defesa de direitos. Devem considerar os temas relevantes, de acordo com as situações presentes nos territórios, e se utilizar de linguagem, instrumentos e metodologias adequadas para abordar cada temática.

Estas ações poderão incluir a participação dos profissionais do CREAS em atividades diversas (eventos, encontros, palestras, exposições de vídeos, debates, entre outras estratégias que envolvam a rede, a comunidade e/ou grupos). A participação da equipe do CREAS nas atividades direcionadas ao atendimento deste objetivo podem ser realizadas tanto na prórpia Unidade, quanto em outros espaços da comunidade, como escolas, centros comunitários, associações, espaços culturais, dentre outros.

- **Rede Essencial de Articulação do CREAS**

  Frente à complexidade das situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos atendidos, a articulação em rede é vital para o sucesso das ações desenvolvidas no trabalho social no CREAS.

04 - Caderno CREAS.indd 61 29/11/2011 16:02:57

Nessa direção, destaca-se, que é particularmente importante a articulação do CREAS com:

- CRAS;
- Gestão do Cadastro Único para Programas Sociais e dos Programas de Transferência de Renda e Benefícios (PETI, Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada - BPC);
- Serviços de Saúde, em especial a Saúde Mental;
- Órgãos de Defesa de Direitos (Conselho Tutelar, Ministério Público, Poder Judiciário, Defensoria Pública, Delegacias Especializadas);
- Rede de Educação;
- Serviços de Acolhimento;
- Trabalho e geração de renda.

A articulação do CREAS com outros atores da rede, para além dos elencados acima, pode qualificar ainda mais o atendimento ofertado (serviços das demais políticas públicas; Instituições de Ensino Superior; entidades que atuem na defesa de direitos; movimentos sociais, etc.).

Na articulação com a rede é importante fortalecer a identidade do CREAS, clarificando papéis e delimitando competências, de modo a assegurar o desenvolvimento de ações complementares e sinérgicas. A clarificação do papel e das competências do CREAS na rede é fundamental para se prevenir que os serviços ofertados sejam chamados a assumir funções para além daquelas que lhe concernem.

O ÓRGÃO GESTOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL TEM PAPEL PREPONDERANTE NA INTERLOCUÇÃO COM OUTRAS POLÍTICAS E ÓRGÃOS DE DEFESA DE DIREITOS E NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO CREAS COM A REDE, INCLUSIVE, POR MEIO DA CONSTRUÇÃO E PACTUAÇÃO DE FLUXOS DE ARTICULAÇÃO E PROTOCOLOS INTERSETORIAIS DE ATENDIMENTO.

04 - Caderno CREAS.indd 62 29/11/2011 16:02:58

- **Articulação no âmbito do SUAS**

O CREAS deve trabalhar de forma articulada com a rede socioassistencial, de modo a viabilizar o acesso dos usuários a outros serviços, programas, projetos e benefícios do SUAS. Para tanto, devem ser estabelecidos processos de trabalho articulados com a rede socioassistencial no seu território de abrangência, incluindo parcerias de trabalho, definição de formas de encaminhamentos, fluxos, troca de informação e pactuação de protocolos de atendimento.

A articulação na rede socioassistencial se traduz por meio de conexões entre as Unidades do SUAS para que, de forma complementar e continuada, possam atender às demandas dos indivíduos e famílias. Nesse sentido, recomenda-se a definição de fluxos para o relacionamento entre essas Unidades, com vistas ao atendimento integrado, evitando a fragmentação e/ou a sobreposição das ações.

A adoção de fluxos deve subsidiar a prática cotidiana de encaminhamentos e relacionamento entre as Unidades do SUAS no acompanhamento a famílias e indivíduos. Para potencializar esta articulação podem ser utilizadas diversas estratégias, a exemplo de reuniões entre as instituições da rede, capacitações comuns e realização de eventos para a integração entre as equipes.

É importante que o CREAS articule-se com o CRAS, o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), onde houver, e os demais serviços que integram a PSE de Alta Complexidade, preferencialmente por meio de fluxos e procedimentos para encaminhamentos, previamente definidos, de acordo com as particularidades e necessidades de cada caso.

Na mesma direção, é fundamental que o CREAS mantenha estreita articulação com a coordenação ou pessoa responsável pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), tendo em vista a organização de fluxos e procedimentos para o acompanhamento especializado às famílias com crianças e adolescentes identificadas em situação de trabalho, conforme previsto nas normativas do Programa. Esta

04 - Caderno CREAS.indd 63 29/11/2011 16:02:58

articulação, também, é fundamental para garantir a inserção no PETI das crianças e adolescentes identificadas em situação de trabalho pelo Serviço Especializado em Abordagem Social, quando este for ofertado pelo CREAS. Destaca-se que a identificação da situação de trabalho infantil será seguida da inclusão da família no acompanhamento pelo PAEFI, dentre outras ações necessárias.

Em relação aos Serviços de Acolhimento, o CREAS tem papel fundamental no acompanhamento dos casos que envolvam situações de violência, tendo em vista o fortalecimento da função protetiva das famílias, na perspectiva da garantia do direito à convivência familiar e comunitária. Em função disso, a relação do CREAS com esses Serviços requer fluxos e procedimentos descritos e institucionalizados em âmbito local, com a definição das competências e responsabilidades de cada um. Quando da reinserção familiar, é importante prever a possibilidade da continuidade do acompanhamento no CREAS, de modo a evitar novo afastamento do convívio familiar e, por conseguinte, o retorno ao Serviço de Acolhimento.

O ÓRGÃO GESTOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL TEM PAPEL RELEVANTE DE COORDENADOR DO PROCESSO DE ARTICULAÇÃO ENTRE AS UNIDADES DA REDE SOCIOASSISTENCIAL DO TERRITÓRIO DE ABRANGÊNCIA DO CREAS, INCLUINDO TANTO AS DE NATUREZA PÚBLICA ESTATAL QUANTO AQUELAS DE NATUREZA PÚBLICA NÃO ESTATAL.

- **Articulação para a integração entre serviços, benefícios e transferência de renda no âmbito do SUAS**

A expansão de benefícios e programas de transferência de renda no Brasil nos últimos anos representou um importante avanço no que diz respeito à garantia do direito à renda. No entanto, a realidade cada vez mais mostra que os riscos e vulnerabilidades sociais que atingem famílias e indivíduos expõem desafios e demandas multifacetadas que extrapolam a dimensão da renda, demonstrando que, para respostas efetivas, é necessária a oferta da renda, simultânea e articuladamente, à oferta de serviços socioassistenciais.

04 - Caderno CREAS.indd 64 29/11/2011 16:02:58

Nessa perspectiva, o trabalho social desenvolvido no CREAS precisa fundamentar-se no que dispõe o Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do SUAS, de modo a garantir o acompanhamento prioritário às famílias com membros beneficiários do BPC, famílias inseridas no Programa Bolsa Família (PBF) e no PETI, quando expostas a situações de risco pessoal e social, por violação de direitos.

Além de seguir as orientações dispostas no Protocolo quanto ao acompanhamento das famílias já beneficiárias dos programas de transferência de renda e benefícios socioassistenciais, os profissionais do CREAS deverão promover condições para o acesso das famílias acompanhadas que ainda não são beneficiárias e que apresentem o perfil necessário.

Frente a isto, destaca-se que devem ser efetivados os devidos encaminhamentos para inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais, bem como para o acesso ao BPC, quando contemplado o perfil, sem prejuízo do acesso a outros benefícios socioassistenciais e programas de transferência de renda que possam ser viabilizados na realidade local, considerando demandas identificadas.

- **Articulação Intersetorial com a rede das demais políticas públicas**

A intersetorialidade pressupõe uma forma de gestão das políticas públicas que visa superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na vida da população. Representa a articulação de poderes, setores e saberes para enfrentar e responder, de formar integrada e com objetivos comuns, as questões sociais, considerando suas complexidades e expressões nos diferentes territórios.

O processo de construção da intersetorialidade exige um contínuo diálogo entre as diferentes áreas e pactuações de caráter coletivo, que devem considerar a diversidade, as particularidades, os limites e as especificidades de cada área, visando es-

04 - Caderno CREAS.indd 65 29/11/2011 16:02:58

tabelecer nexos de interdependência e complementaridade. Para tanto, é necessário criar espaços de comunicação, negociação, mediação e estratégias, no sentido de estabelecer convergência nas ações e nos resultados esperados.

A articulação intersetorial não está unicamente sob a governabilidade do CREAS e do órgão gestor da política de Assistência Social, depende, sobretudo, de um investimento político das diferentes áreas e das três esferas de Governo. É importante destacar que o Poder Executivo Municipal, Estadual e do DF tem o papel de articulador político entre as diversas áreas, com o objetivo de mobilizar, articular e criar as condições favoráveis para efetivar as ações intersetoriais. Além disso, tem o papel de mobilizar os órgãos de defesa de direitos para a construção conjunta de fluxos que possam contribuir para a qualificação da oferta da atenção pelo CREAS.

Nessa direção, ao identificar a rede de serviços no seu território de abrangência e as possibilidades e necessidades do trabalho intersetorial para atender as famílias e indivíduos, a equipe do CREAS, em conjunto com a equipe do órgão gestor de Assistência Social, precisa discutir possibilidades de institucionalização de fluxos com as diversas áreas. Ao órgão gestor cabe buscar o diálogo no âmbito da gestão das demais políticas para estabelecer pactuações, fluxos e procedimentos institucionalizados que qualifiquem a relação do CREAS no acompanahmento das situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos, como, por exemplo, questões relacionadas à saúde mental, uso de crack e outras drogas; violência, dentre outras.

É importante ressaltar que os serviços especializados ofertados pelos CREAS somam-se às ações das demais políticas públicas (saúde, educação, trabalho e outras), na perspectiva de ampliar a capacidade das famílias e individuos no enfrentamento e superação das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, não se sobrepondo ou confundindo-se com os serviços de competência das outras políticas. Quando, por exemplo, o Serviço Especializado em Abordagem Social, ofertado no CREAS, identificar pessoas com necessidades relacionadas às áreas de saúde, educação, habitação, preparação e acesso ao trabalho, faz-se necessário promover articulações no âmbito dessas políticas para garantir o atendimento dessas demandas.

04 - Caderno CREAS.indd 66 29/11/2011 16:02:58

Para fortalecer a articulação intersetorial, sugere-se que, em âmbito local, sejam realizadas, permanentemente, reuniões com a rede para a revisão e o aperfeiçoamento dos fluxos definidos.

- **Articulação com os órgãos de defesa de direitos**

Os órgãos de defesa de direitos têm papel importante na garantia do acesso à justiça e a mecanismos jurídicos de proteção legal de direitos, tendo em vista assegurar a sua defesa e exigibilidade, bem como tomar as medidas relativas à responsabilização quando da violação de direitos. Em função das especificidades das suas competências, tem papel importante na rede de atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos.

Conforme já abordado, cabe ao órgão gestor de Assistência Social coordenar a definição do processo de articulação do CREAS com os órgãos de defesa de direitos, visando estabelecer um canal de comunicação claro e objetivo, onde sejam clarificadas as competências da Unidade, para evitar solicitações e demandas de trabalho que não são compatíveis com as suas atribuições.

No processo de articulação, a construção de fluxos locais entre o CREAS e os órgãos de defesa de direito são importantes para definir os acessos e os encaminhamentos a serem adotados por ambos. Um importante papel do CREAS é informar as famílias e aos indivíduos em situação de violação de direitos, quais órgãos podem ser acessados a partir das especificidades de suas demandas, assim como promover os encaminhamentos necessários. Para tanto, a equipe do CREAS precisa conhecer a localização desses órgãos, suas competências, procedimentos e rotinas de acesso.

Destaca-se abaixo, alguns órgãos de defesa de direitos que, em razão de sua finalidade e competência, compõem a rede de articulação do CREAS:

- Poder Judiciário;
- Ministério Público;

04 - Caderno CREAS.indd 67 29/11/2011 16:02:58

- Defensoria Pública;
- Conselho Tutelar;
- Delegacias/Delegacias Especializadas;
- Serviços de assessoramento jurídico e assistência judiciária;
- ONGs que atuam com defesa de direitos, a exemplo dos Centros de Defesa.

3.4 Registro de Informação

O registro de informação constitui procedimento a ser adotado pelo CREAS para gerar conhecimento e instrumentalizar a gestão, o monitoramento e a avaliação. No que diz respeito, particularmente, aos registros de acompanhamento familiar, é imprescindível manter registros de freqüência, permanência, desligamento e atividades desenvolvidas.

Os registros devem ser realizados por meio de instrumentais que permitam armazenar um conjunto de informações pertinentes ao trabalho social desenvolvido, tais como: ações realizadas, situações atendidas, instrumentos, métodos e procedimentos adotados, encaminhamentos realizados e resultados atingidos.

Algumas das informações ficarão restritas à Unidade, como os registros sobre o acompanhamento familiar em prontuários, enquanto outros dados e informações importantes para o monitoramento e/ou avaliação das ações realizadas, precisam ser compartilhados com o órgão gestor que, por sua vez, deverá agregá-los e sistematizá-los. Para viabilizar esta sistematização, as informações provenientes das ações e serviços ofertados pelo CREAS, bem como pelas unidades específicas referenciadas, devem ser consolidadas e enviadas periodicamente ao órgão gestor.

Recomenda-se, quando possível, que os registros e os fluxos de informação sejam organizados de forma padronizada e informatizada, com o intuito de agilizar e otimizar o processo de gestão, monitoramento e avaliação. O registro e acesso a informações deve observar a questão ética, a necessidade de segurança e sigilo de determinadas informações, além das recomendações dos conselhos de categoria profissional, sempre que couber.

04 - Caderno CREAS.indd 68 29/11/2011 16:02:58

3.4.1 Informações sobre o acompanhamento das famílias e indivíduos

As informações sobre o acompanhamento das famílias e indivíduos no CREAS contribui para a organização e sistematização das informações de cada situação acompanhada, devendo ser registradas em instrumentais adequados a este fim. Sua utilização deve ser restrita à equipe do CREAS que deverá atentar-se ao sigilo e privacidade necessários, de acordo com o código de ética dos profissionais implicados no acompanhamento.

Para o registro de informações sobre o acompanhamento, pode-se adotar diferentes instrumentais, dentre os quais:

Prontuários:

Para registro de informações sobre o trabalho social desenvolvido no CREAS, recomenda-se a adoção de prontuário, preferencialmente padronizado, no qual podem ser registrados: os dados socioeconômicos e o histórico das famílias; os eventos decorrentes dos riscos pessoais e sociais, por violação de direitos; o acesso a programas, benefícios e serviços; as informações sobre a evolução do acompanhamento familiar; os encaminhamentos realizados e aspectos do acompanhamento dos encaminhamentos; o desligamento das famílias/indivíduos. As informações registradas no prontuário podem ser coletadas nas visitas domiciliares, nos atendimentos individuais, familiares e em grupo realizados; nas discusões de caso; dentre outros momentos.

Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar:

No âmbito dos serviços ofertados no CREAS é necessário, ainda, que, para cada família/indivíduo, seja traçado o Plano de Acompanhamento. Nesse instrumento, faz-se necessário o apontamento de objetivos, estratégias e recursos que possam contribuir para o trabalho social, considerando as particularidades e o protagonismo de cada família e indivíduo. Construído gradualmente e de forma participativa ao longo da vinculação e acompanhamento, deve ser continuamente revisto pela equipe. O Plano tem a função de, instrumentalmente, organizar a atuação interdisciplinar no CREAS, delineando, operacional e metodologicamente, o caminho a ser seguido por todos os profissionais, possibilitando o monitoramento e a avaliação dos resultados alcançados com os usuários. Portanto, é fundamental garantir a sua dinamicidade, reformulações e aprimoramento,

04 - Caderno CREAS.indd 69 29/11/2011 16:02:58

baseados nas intervenções realizadas, nos resultados alcançados e no processo vivenciado por cada indivíduo ou família.

Relatórios:

Para além dos prontuários e do Plano de Acompanhamento, a elaboração de relatórios é realizado pela equipe do CREAS, sempre que necessário. Como visto anteriormente, os relatórios podem dispor de informações sobre as ações desenvolvidas e os progressos em relação às famílias e aos indivíduos acompanhados. Quando couber, poderá também dispor de outras informações, observada a pertinência, relevância e benefício para os usuários. Os relatórios sobre o acompanhamento, todavia, não devem se confundir com a elaboração de "laudos periciais", que constituem atribuição das equipes interprofissionais dos órgãos de defesa e responsabilização. Cabe ao CREAS, tão somente e quando necessário e/ou solicitado por estes órgãos, o encaminhamento de relatórios com informações gerais sobre os atendimentos realizados, resguardando-se o que dispõe o código de ética e as orientações dos respectivos conselhos de categoria profissional, bem como observando a função de proteção social da Assistência Social.

Conforme dispõe o Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do SUAS (2009), o acompanhamento prioritário às famílias em descumprimento de condicionalidades deve ser realizado pelo CREAS, quando verificada situações de risco pessoal e social, e de violação de direitos. Nesses casos, é importante que os registros decorrentes deste acompanhamento sejam lançados no Sistema de Gestão e Condicionalidades do Programa Bolsa Família (SICON), ferramenta eletrônica disponibilizada pelo MDS. O acompanhamento das famílias em descumprimento de condicionalidades pelo CREAS e o registro no SICON orientam-se pelos parâmetros estabelecidos no mencionado Protocolo.

3.4.2 Informações para monitorar e avaliar ações e serviços

O registro das informações realizado no CREAS constitui importante meio para conhecer e analisar os riscos sociais e pessoais, por violação de direitos, existentes no território. Nessa perspectiva, a disponibilização de algumas destas informações ao órgão gestor

04 - Caderno CREAS.indd 70 29/11/2011 16:02:58

de Assistência Social torna-se fundamental para o planejamento, o monitoramento e a avaliação de ações, sobretudo, para subsidiar a área de vigilância socioassistencial que retroalimentará o CREAS com o conhecimento produzido em seu âmbito.

De modo a instrumentalizar e constribuir com o órgão gestor, um conjunto de informações devem ser encaminhadas pelo CREAS com organização e periodicidade definidas, tais como: número de famílias e indivíduos em acompanhamento e caracterização das situações acompanhadas; número de encaminhamentos realizados; número de novos acompanhamentos e desligamentos; demandas reprimidas; rede existente e necessária; principais dificuldades; dentre outras.

Para a disponibilização de informações ao órgão gestor, é importante observar orientações de normativas de âmbito nacional em vigor como, por exemplo, a Resolução CIT Nº 4, de 24 de maio de 2011, que institui parâmetros nacionais para o registro das informações relativas aos serviços ofertados nos CRAS e CREAS.

As informações encaminhadas pelo CREAS ao órgão gestor, além de essenciais para o monitoramento e avaliação das ações em âmbito local, são imprescindíveis para alimentação e preenchimento de sistemas de âmbito municipal, estadual e nacional. Como exemplo, pode-se mencionar: os sistemas da Rede SUAS e o formulário eletrônico específico sobre os CREAS, disponibilizado anualmente pelo MDS em razão do Censo SUAS/CREAS[8], instrumento de monitoramento nacional.

Recomenda-se, nesse sentido, que as informações a serem encaminhadas ao órgão gestor, tais como aquelas necessárias ao preenchimento dos sistemas existentes, sejam mensalmente organizadas, o que implica na necessidade de definir instrumentos próprios e profissional (is) responsável (is) por fazer a sistematização.

[8] Constitui ferramenta oficial de coleta de informação para o processo de monitoramento dos CREAS, disponibilizado eletronicamente pelo MDS. Tem o objetivo de conhecer e monitorar as Unidades CREAS no Brasil, de modo a subsidiar decisões e ações no sentido do aprimoramento da gestão do SUAS, das próprias unidades implantadas e da qualidade dos serviços ofertados.

04 - Caderno CREAS.indd 71 29/11/2011 16:02:58

Utilizar os registros do CREAS de forma a possibilitar a gestão da informação, contribui para a qualificação das ofertas da Unidade e a consolidação do SUAS. Frente a isto, é fundamental que os profissionais se apropriem das informações, enxergando nestas importante objeto de trabalho para discussão e aprimoramento.

04 - Caderno CREAS.indd 72 29/11/2011 16:02:58

Capítulo 4

4. A implantação do CREAS

O processo de implantação do CREAS é orientado pelas normativas, regulações e pactuações vigentes na política de Assistência Social. Conforme abordado anteriormente, a implantação precisa considerar o diagnóstico socioterritorial com dados sobre a incidência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, o levantamento das demandas e o mapeamento dos serviços, programas e projetos existentes no território.

Cabe ao órgão gestor de Assistência Social a realização desse diagnóstico que antecede a implantação do CREAS e que permite analisar a incidência das situações de risco pessoal e social, por violação de direitos registradas pelos órgãos de proteção, defesa e responsabilização e diversos outros aspectos, tais como: cultura e valores locais que favorecem a ocorrência e/ou recorrência das situações de violação; porte do município; densidade populacional; extensão territorial; fronteiras intermunicipais, interestaduais e internacionais; malha rodoviária; dentre outros.

As informações que compõem o diagnóstico devem retratar a realidade e podem ser extraídas das estatísticas oficiais; do banco de dados do órgão gestor da Assistência Social, de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas setoriais; dos conselhos de políticas públicas e de direitos e das organizações não governamentais. Para além destas informações, a composição do diagnóstico poderá contemplar relatos e considerações das lideranças comunitárias, dos profissionais que já atuam nos territórios; dentre outras fontes de informações que estejam disponíveis e que contribuam para a compreensão do território e sua dinâmica.

04 - Caderno CREAS.indd 73 29/11/2011 16:02:59

Nessa direção, para a composição do diagnóstico socioterritorial é importante considerar as potencialidades do território e sua dinâmica, no sentido de inibir e/ou resistir às situações de violação de direitos e a capacidade de organização que emerge dos coletivos na construção de estratégias afirmativas de cidadania. Esses fatores devem ser relacionados com os aspectos econômicos, culturais, políticos, históricos e sociais que compõe o cenário local.

O diagnóstico é determinante para a definição do número de CREAS necessários para atender as demandas observadas em cada município/DF, bem como da abrangência de cada Unidade, e das áreas para sua implantação.

Destaca-se que um ponto significativo do diagnóstico é o mapeamento dos serviços de PSE de Média Complexidade já existentes. Essas informações contribuirão para apontar o (s) serviço (s) que deve (m) ser ofertado (s) pelo CREAS, os serviços que poderão ser prestados por unidades específicas referenciadas no território de abrangência do CREAS e, inclusive, serviços de PSE de Média Complexidade que devem ser reordenados, para atender aos parâmetros do SUAS.

O número de CREAS a ser implantado no município/DF deve considerar a projeção da demanda a ser atendida. Além disto, o porte do município também constitui uma referência importante para dimensionar o número de CREAS a ser implantado em cada localidade, conforme tabela abaixo.

Quadro 3 – Parâmetros de referência para a definição número de CREAS, considerando o porte do município

Porte do Município	Número de habitantes	Parâmetros de referência
Pequeno Porte I	Até 20.000	Cobertura de atendimento em CREAS Regional; ou Implantação de CREAS Municipal, quando a demanda local justificar.

04 - Caderno CREAS.indd 74 29/11/2011 16:02:59

Pequeno Porte II	De 20.001 a 50.000	Implantação de pelo menos 01 CREAS.
Médio Porte	De 50.001 a 100.000	Implantação de pelo menos 01 CREAS.
Grande Porte, Metrópoles e DF	A partir de 100.001.	Implantação de 01 CREAS a cada 200.000 habitantes.

É importante mencionar que o quadro acima apresenta parâmetros de referência, sendo o diagnóstico socioterritorial e os dados de vigilância socioassistencial fundamentais para a definição mais apropriada do quantitativo de unidades CREAS necessárias, considerando a realidade de cada território. Ressalte-se, ainda, que estes parâmetros de referência constituem metas a serem alcançadas por meio de um processo de gradativa implementação do SUAS no país.

4.1 Etapas para a implantação do CREAS

O órgão gestor de Assistência Social é o responsável pela coordenação do processo de planejamento que conduzirá à implantação do CREAS, definindo etapas, metas, responsáveis, recursos e prazos, com a devida previsão no Plano Municipal/DF de Assistência Social e no orçamento público, a ser submetido à aprovação do Conselho de Assistência Social.

Para a implantação do CREAS algumas etapas são necessárias, tendo em vista o cumprimento das exigências para instalação da Unidade em determinado território e a oferta de serviço (s). As etapas apontadas a seguir constituem recomendações que não necessariamente precisam ocorrer na ordem apresentada, pois a implantação está condicionada à realidade local e autonomia do município/DF na condução do processo.

04 - Caderno CREAS.indd 75 29/11/2011 16:02:59

Quadro 4 - Etapas que podem compor o planejamento da implantação do CREAS

- Elaboração de diagnóstico socioterritorial que permita identificar:
    - Particularidades do território (história; cultura; aspectos geográficos – rodovias, fronteiras, extensão; movimentos sociais; rede pré-existente; densidade populacional etc.);
    - Dados da incidência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, e suas especificidades: identificação de demandas, avaliação de relevância e pertinência de implantação da Unidade;
    - Mapeamento da rede de serviços, programas e projetos que poderá ser articulada ao CREAS.
- Identificação do quantitativo de Unidades CREAS necessárias, considerando a realidade local, o quantitativo de Unidade (s) já existente (s), se for o caso, e o quantitativo a implantar;
- Definição do território de abrangência de cada Unidade CREAS, no caso de municípios com mais de uma Unidade;
- Definição dos serviços que cada Unidade CREAS deverá ofertar, considerando a oferta obrigatória do PAEFI em todas as Unidades e a possibilidade de oferta dos demais, conforme avaliação e planejamento gestão local;
- Definição dos serviços que serão referenciados a cada Unidade CREAS, considerando a rede existente no território;
- Levantamento de custos e planejamento financeiro-orçamentário para a manutenção do CREAS e do (s) serviço (s) ofertado (s);
- Elaboração de projeto técnico-político da Unidade, que aborde aspectos de seu funcionamento interno, serviço (s) ofertado (s), metodologia de trabalho que será adotada pela equipe, relacionamento com os usuários e com a rede;
- Definição de local com infraestrutura adequada e localização estratégica para implantação do CREAS;
- Organização de equipamentos, mobiliário e materiais necessários ao efetivo funcionamento do CREAS;

04 - Caderno CREAS.indd 76 29/11/2011 16:02:59

- Planejamento de política de capacitação e educação permanente;
- Mobilização da rede e definição de fluxos de articulação no âmbito do SUAS - com o (s) serviço (s) referenciado (s), o (s) CRAS, serviço (s) de acolhimento e demais unidades, serviços, programas, projetos e benefícios existentes;
- Mobilização da rede das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos para a construção e pactuação de fluxos de articulação intersetorial e interinstitucional;
- Planejamento dos procedimentos para o monitoramento e a avaliação
- Inscrição do (s) serviço (s) do CREAS no Conselho Municipal do Direito da Criança e do Adolescente, quando for o caso;
- Encaminhamento da proposta de implantação do CREAS para aprovação do Conselho Municipal/DF de Assistência Social, incluindo a destinação de recursos públicos necessários.

A partir da definição do número de Unidades a serem implantadas, faz-se importante a verificação dos custos para a implantação e o planejamento da sua manutenção.

Com base no quantitativo de Unidades que serão implantadas, será preciso definir a área de abrangência de cada CREAS e mapear sua rede de articulação (CRAS, demais unidades da rede socioassistencial, demais políticas públicas setoriais e órgãos de defesa de direito).

Nesse sentido, é fundamental conhecer os serviços ofertados na rede, suas características, critérios de acesso, horários de funcionamento, sistemáticas de atendimento, dentre outras informações que poderão colaborar para a articulação e integração do trabalho. Também devem ser reconhecidos os movimentos e os grupos organizados que atuam na área de abrangência do CREAS, pois essas iniciativas podem, posteriormente, articular-se para somar ao trabalho em rede.

04 - Caderno CREAS.indd 77 29/11/2011 16:02:59

No processo de planejamento e implantação do CREAS faz-se necessário envolver outras instâncias, de modo a abranger ações para: elaborar ou revisar o Plano de Assistência Social, incluindo orçamento, ações e atividades que serão realizadas para a implantação ou expansão de CREAS no território, bem como apresentá-lo, discuti-lo e aprová-lo no Conselho de Assistência Social; discutir o planejamento e a construção de fluxos de articulação com os demais serviços e unidades da rede socioassistencial, órgãos de defesa de direitos e outras políticas públicas setoriais; socializar informações sobre o processo de implantação e/ou expansão dos CREAS junto a à rede de articulação, com o intuito de dar publicidade a suas competências, atribuições e finalidades, a fim de construir possibilidades de trabalho em conjunto.

Na operacionalização da implantação do CREAS é necessário prever recursos para garantir as condições físicas, recursos humanos e materiais institucionais para seu funcionamento. Nesse sentido, deve ser previsto imóvel compatível com as necessidades dos serviços a serem ofertados; e assegurada a aquisição de equipamentos, materiais permanentes, de consumo e socioeducativos necessários; além da composição da equipe.

Em relação à equipe será necessário prever recursos para a admissão e capacitação e realizar estudo para definir o quadro de profissionais necessários para suprir a demanda, a partir das referências previstas na NOB-RH/SUAS, considerando a capacidade de atendimento da Unidade. A capacitação deve ser processual, ou seja, planejada e executada de forma a garantir a formação continuada à equipe.

Tendo em vista as especificidades do trabalho desenvolvido nos CREAS e as particularidades do território em que está localizado, é importante que o órgão gestor planeje e adote medidas para garantir segurança aos profissionais e aos usuários no desenvolvimento das ações, seja no interior da unidade, seja no território.

04 - Caderno CREAS.indd 78 29/11/2011 16:03:00

4.2 Localização do CREAS

O CREAS deve ter localização estratégica, prioritariamente de fácil acesso à população a ser atendida, devendo-se observar a disponibilidade de transporte público e a proximidade dos locais de maior concentração do público a ser atendido.

Apenas por meio de uma análise local, o órgão gestor poderá definir a melhor localização para a implantação do CREAS. Entretanto, a fim de assegurar a facilidade de acesso aos usuários, sugere-se:

- Em Municípios/DF com 1 (um) CREAS: localização da Unidade preferencialmente em área central, com facilidade de acesso e maior circulação da população, e/ou em localidade estratégica para facilitar a articulação com a rede (CRAS, Poder Judiciário, Conselho Tutelar, etc.). A área central geralmente é onde está concentrada a infraestrutura municipal de transportes, fato este que facilita o acesso da população, além de unidades e órgãos da rede que devem manter articulação com o CREAS. Essa proximidade propicia uma ambiência favorável para o CREAS desenvolver um trabalho em rede, além de permitir aos usuários residentes em áreas distantes e/ou rural o acesso ao conjunto destes equipamentos com otimização de tempo e redução de custo, além da própria circulação da família;

– Em Municípios/DF com mais de 1 (um) CREAS: localização da Unidade em territórios com maior incidência de situações de risco pessoal e social, com violação de direitos. Podem também constituir referência para a implantação destas unidades: a territorialização e localização dos equipamentos da rede essencial de articulação do CREAS (territorialização dos CRAS, rede socioassistencial, Saúde Mental, Poder Judiciário, Conselho Tutelar, entre outros); e a divisão administrativa do município, quando for o caso; observada a facilidade de acesso por parte dos usuários.

Uma maior proximidade das famílias aos CREAS abre um campo favorável para que o trabalho atinja seus objetivos.

04 - Caderno CREAS.indd 79 29/11/2011 16:03:00

A localização estratégica no território colabora para que o CREAS torne-se referência para a população e/ou comunidade. Essa referência contribui para estabelecer um canal de comunicação e confiança com as famílias, que identificam na Unidade um espaço de proteção no meio em que vivem e convivem.

Além de localização estratégica e a facilidade de acesso a meio de transporte público, é importante assegurar às equipes do CREAS possibilidades e meios para o deslocamento no território, sempre que necessário.

Finalmente, deve ser publicizado à população as formas de acesso, a oferta de serviços, o endereço e o horário de funcionamento da Unidade.

04 - Caderno CREAS.indd 80 29/11/2011 16:03:00

Capítulo 5

5. Infraestrutura, Identificação e Recursos Humanos do CREAS[9]

O efetivo reconhecimento do CREAS como unidade pública estatal de referência para o desenvolvimento de trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, perpassa aspectos como sua infraestrutura, necessária identificação e recursos humanos. A sua especificidade, associada às demandas complexas que são foco da sua ação, determina a necessidade de planejar e organizar o seu funcionamento de modo a atender requisitos mínimos para o desenvolvimento do trabalho.

5.1 Infraestrutura do CREAS

Para promover uma acolhida adequada e escuta qualificada aos usuários, o ambiente físico do CREAS deve ser acolhedor e assegurar espaços para a realização de atendimentos familiar, individual e em grupo, em condições de sigilo e privacidade. Para isso, recomenda-se que seja implantado em edificação que disponha dos espaços essenciais para o desenvolvimento das suas atividades, não devendo, portanto, ser implantado em local improvisado.

Para que o ambiente seja acolhedor, além da postura ética, de respeito à dignidade, diversidade e não-discriminação a ser compartilhada por toda a equipe, o espaço físico do CREAS deve contar com condições que assegurem:

- Atendimento em condições de privacidade e sigilo;
- Adequada iluminação, ventilação, conservação, salubridade e limpeza;
- Segurança dos profissionais e público atendido;

[9] A elaboração deste capítulo foi particularmente subsidiada por debates e construções que envolveram, além da equipe do DPSE, a equipe da Coordenação-Geral de Serviços de Vigilância Social do Departamento de Gestão do SUAS da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS/MDS) e do Departamento de Gestão da Informação da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI/MDS).

04 - Caderno CREAS.indd 81 29/11/2011 16:03:00

- Acessibilidade a pessoas com deficiência, idosos, gestantes e crianças, dentre outros;
- Espaços reservados e de acesso restrito à equipe para guarda de prontuários. Em caso de registros eletrônicos, devem igualmente ser adotadas medidas para assegurar o acesso restrito aos prontuários, dados e informações;
- Informações disponíveis em local visível sobre: serviços ofertados, situações atendidas e horário de funcionamento da Unidade.

A infraestrutura física do CREAS deve ser compatível com os serviços ofertados, recursos humanos disponíveis e capacidade instalada para atendimento às demandas que emergem no seu território de abrangência. Os espaços do CREAS devem, portanto, dispor de quantidade e dimensões suficientes, sendo a infraestrutura ampliada sempre que necessário.

ESPAÇOS ESSENCIAIS

Constituem espaços essenciais que todo CREAS deve dispor:

- **Espaço para recepção;**
- **Salas específicas para uso da coordenação, equipe técnica ou administração;**
- **Salas de atendimento (individual, familiar e em grupo), em quantitativo condizente com o (s) serviço (s) ofertado (s) e a capacidade de atendimento da Unidade**

  Recomendável: municípios de Grande Porte, Metrópole e DF: no mínimo 4 salas de atendimento; municípios de Pequeno Porte I e II e Médio Porte: no mínimo:3 salas de atendimento;
- **No mínimo 2 Banheiros coletivos, com adaptação para pessoas com mobilidade reduzida como, por exemplo, pessoas com deficiência e idosos;**
- **Copa e/ou cozinha.**

04 - Caderno CREAS.indd 82 29/11/2011 16:03:02

Além dos espaços essenciais, as Unidades CREAS poderão contar com outros espaços, dependendo das possibilidades e necessidades apresentadas (almoxarifado ou similar, espaço externo para atividade de convívio etc.).

Para o bom funcionamento do CREAS é importante observar se o seu espaço físico oferece dimensões e ambientes necessários aos serviços que serão ofertados, pois instalações inadequadas podem implicar prejuízos ao desenvolvimento das ações, exigindo mudança ou adequação do local. O ideal é que o planejamento da implantação ou adequação dos CREAS inclua a previsão de funcionamento em imóvel próprio e adequado, para que, no futuro, a Unidade não precise ser deslocada para outro local.

Ao fixar-se em determinado local, o CREAS torna-se referência para as famílias e os indivíduos do seu território de abrangência. Assim, mudanças de local de funcionamento da Unidade podem acarretar em dificuldades de acesso por parte dos usuários atendidos e até mesmo em descontinuidade do atendimento, principalmente se a unidade for deslocada para um local distante.

Nos casos em que for necessária a mudança, que esta seja realizada de modo planejado, sendo os usuários comunicados previamente, de forma a não comprometer o seu reconhecimento como referência no território e para assegurar a continuidade dos acompanhamentos realizados.

Frente à sua representatividade no território, é importante que o CREAS seja implantado em imóvel exclusivo. Todavia, o compartilhamento do imóvel será permitido desde que se assegure ao CREAS placa de identificação e espaços exclusivos para a realização de suas atividades. Nessa direção, o CREAS poderá compartilhar com outras Unidades e serviços os seguintes espaços:

04 - Caderno CREAS.indd 83 29/11/2011 16:03:02

- Entrada ou porta de acesso;
- Copa ou Cozinha;
- Almoxarifado ou similar, desde que os materiais do CREAS sejam guardados com reserva;
- Espaço externo;
- Banheiros.

No que diz respeito ao compartilhamento dos banheiros é preciso observar se o quantitativo é suficiente para atender as demandas, inclusive os banheiros adaptados às pessoas com mobilidade reduzida como as pessoas com deficiência e idosos. O endereço também poderá ser compartilhado, desde que seja afixada a placa de identificação do CREAS em local de fácil visualização.

Em relação ao compartilhamento do imóvel, recomenda-se não compartilhar o espaço físico do CREAS com unidades administrativas (sede do órgão gestor, ou sede da Prefeitura etc.). Além disso, o CREAS não deve ser instalado em imóvel compartilhado com ONG, Serviço de Acolhimento e órgãos de defesa de direitos (Poder Judiciário, Delegacias, Conselho Tutelar, Ministério Público; Disque Denúncia).

Em algumas localidades o CREAS poderá estar localizado em núcleos mais ampliados de atendimento à população, onde se agregam diversos serviços da assistência social, da educação, da saúde, dentre outros. Esta estratégia pode facilitar o acesso da população a diversos serviços que funcionam no mesmo local. Entretanto, caso o CREAS funcione nesse conglomerado, o órgão gestor de Assistência Social deverá atentar-se para a necessidade de assegurar a exclusividade dos espaços essenciais à Unidade, conforme já mencionado, bem como a sua identificação.

Para além do espaço físico, o desenvolvimento das ações no CREAS exige a disponibilização de equipamentos e recursos materiais essenciais que toda Unidade deve dispor

04 - Caderno CREAS.indd 84 29/11/2011 16:03:02

e, ainda, equipamentos e materiais desejáveis que possam contribuir para qualificar as ações e assegurar a sua efetividade. No quadro abaixo se apresenta exemplos de equipamentos e recursos materiais que o órgão gestor de Assistência Social deve disponibilizar aos CREAS.

EQUIPAMENTOS E RECURSOS MATERIAIS ESSENCIAIS
• Mobiliário, computadores, telefone (s); • Acesso à internet; • Material de expediente e material para o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas (pedagógicos, culturais, esportivos etc.); • Veículo para utilização pela equipe; • Arquivos, armários ou outros, para guarda de prontuários físicos, em condições de segurança e sigilo; • Impressora; • Bancos de dados necessários ao desenvolvimento das atividades do(s) Serviço(s).
EQUIPAMENTOS E RECURSOS MATERIAIS DESEJÁVEIS
• Material multimídia, tais como: TV, equipamento de som, aparelho de DVD, máquina fotográfica, máquina copiadora, filmadora, DATASHOW etc.; • Acervo bibliográfico; • Mural com informações de interesse dos usuários, como: horário de atendimento e funcionamento da Unidade; endereços de serviços da rede de articulação do CREAS etc.

Em relação aos equipamentos e recursos materiais, destaca-se que o CREAS necessita de condições de conectividade para que tenha mais agilidade nos processo de trabalho e maior integração e articulação com a rede, para isso, se faz necessário linha telefônica e computador com acesso a internet.

Outro item relevante para o desempenho das atividades do CREAS é o veículo. Com ele a equipe realiza as visitas domiciliares necessárias, acompanha famílias e indivíduos em áreas afastadas no território, participa de reuniões e encontros com a rede e realiza os deslocamentos necessários para o trabalho de abordagem de rua e/ou busca ativa.

04 - Caderno CREAS.indd 85 29/11/2011 16:03:03

5.1.1 Organização do Espaço Físico

Os espaços do CREAS devem ser organizados de forma a favorecer a acolhida, a expressão e o diálogo entre equipe e usuários, bem como garantir atendimento em condições de privacidade, sigilo e dignidade. Esses espaços devem, ainda, estar adaptados para atendimento a usuários nos diferentes ciclos de vida, e oferecer acessibilidade às pessoas com mobilidade reduzida, a exemplo de pessoas com deficiência, idosos e gestantes. Para isso, a Unidade deve contar com espaços com acessibilidade que permitam a circulação com segurança, além de mobiliários e materiais próprios e específicos para promover o atendimento, considerando as particularidades e necessidades dos usuários.

Nessa direção, no CREAS deve-se assegurar as seguintes condições para acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida:

- Acesso principal adaptado com rampas e rota acessível desde a calçada até a recepção do CREAS
- Rota acessível aos principais espaços do CREAS (recepção, sala de atendimentos e sala(s) de uso coletivo);
- Rota acessível ao banheiro;
- Banheiros adaptados.

É importante mencionar que as condições de acessibilidade devem incluir, também, meios para o acesso de pessoas com outras dificuldades e deficiências, a exemplo da deficiência visual, auditiva etc., de modo a superar barreiras arquitetônicas e atitudinais que, por vezes, impossibilitam o acesso ao CREAS. Nessa direção, é imprescindível que no âmbito da Unidade se possa contar com suportes como, por exemplo, treinamento para auxiliar pessoas com deficiência visual; placas de identificação em Braile; suporte eventual de profissional com domínio de LIBRAS, ou capacitação de profissional nesta língua; dentre outras medidas que possam ser adotadas.

04 - Caderno CREAS.indd 86 29/11/2011 16:03:03

PARA ASSEGURAR AS CONDIÇÕES DE ACESSIBILIDADE NO CREAS, RECOMENDA-SE CONSULTAR E OBSERVAR AS NORMATIVAS RELACIONADAS ABAIXO:

- **NBR 9050 REFERENTE À ACESSIBILIDADE A EDIFICAÇÕES, MOBILIÁRIO, ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS;**
- **LEI Nº 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000, QUE ESTABELECE NORMAS GERAIS E CRITÉRIOS BÁSICOS PARA A PROMOÇÃO DA ACESSIBILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E COM MOBILIDADE REDUZIDA;**
- **DECRETO Nº 5.296, DE 02 DE DEZEMBRO, DE 2004 QUE REGULAMENTA A LEI Nº 10.098/2000.**

Abaixo, apresenta-se o detalhamento dos espaços físicos que compõem a Unidade CREAS:

•**Recepção:** é o ambiente destinado à acolhida das famílias e indivíduos. É onde, geralmente, se dará o primeiro contato das famílias com a equipe e a Unidade. Deve possuir uma organização que favoreça contato de forma respeitosa, evitando exposições desnecessárias.

Esse espaço deve dispor de mobiliário necessário para os profissionais que trabalham na recepção (balcão ou mesa etc.) e mobiliário para acomodar os usuários enquanto aguardam atendimento, como cadeiras ou sofás. O espaço da recepção pode acomodar também um espaço para as crianças, como, por exemplo, um cantinho com tapete emborrachado e brinquedos.

Na recepção é importante manter informações afixadas em local visível sobre os serviços ofertados pelo CREAS e horário de funcionamento da Unidade. Outra estratégia de comunicação que pode ser veiculada na recepção é a utilização de um mural para divulgar as atividades desenvolvidas, como por exemplo: eventos e reuniões; endereços de outros serviços socioassistenciais, dos órgãos de defesa de

04 - Caderno CREAS.indd 87 29/11/2011 16:03:03

direitos e dos demais serviços que compõe a rede de articulação do CREAS. Podem também ser afixados cartazes que versam sobre os direitos socioassistenciais, campanhas de enfrentamento às situações de violação de direitos, dentre outras.
É importante que todas as informações disponibilizadas tenham uma linguagem simples e acessível.

•**Sala de Atendimento Individual e Familiar:** destinada ao atendimento individual e familiar, seu ambiente deve garantir privacidade, para que as famílias e indivíduos possam dialogar com os profissionais em condições de sigilo. Desta forma, não se recomenda a utilização de divisórias para divisão de salas, o que, possivelmente, não garante uma acústica capaz de assegurar o sigilo no atendimento. Além do mobiliário necessário, como mesa e cadeiras, é recomendável que nestas salas se tenha disponível material socioeducativo e informativo para ser utilizado nas atividades desenvolvidas. Recomenda-se que as salas utilizadas para atendimento disponham também de mobiliário infantil.

Destaca-se que esses espaços devem ter acesso restrito, não se caracterizando como um espaço comum e de circulação livre, devendo ser utilizado, de forma privativa, pelos usuários em atendimento e profissionais do CREAS.

•**Sala para Atividades em Grupo:** destinada à realização de atividades coletivas, pode ser utilizada para o desenvolvimento de trabalhos com famílias, grupos e até com a comunidade. Recomenda-se que possam acomodar no mínino 15 pessoas e possuam mobiliário de fácil deslocamento, com o intuito de organizar o local para o desenvolvimento de atividades com pequenos grupos ou grupos mais numerosos. A flexibilidade do mobiliário colabora para viabilizar um espaço mais adequado à realização das atividades que, dependendo da técnica de trabalho, pode exigir arranjos distintos no ambiente, seja para aproximar os componentes do grupo, seja para garantir maior circulação dos participantes, dentre outras situações.

04 - Caderno CREAS.indd 88 29/11/2011 16:03:03

•**Salas específicas para uso da Coordenação, equipe técnica ou administração:** destinada às atividades da coordenação e atividades administrativas pertinentes à equipe . Este é o espaço comum à equipe do CREAS, onde podem ser guardados os arquivos com registros e relatórios de gestão da Unidade e relatórios e prontuários das famílias, observados os devidos cuidados em relação à segurança e sigilo das informações e o manuseio apenas por pessoas autorizadas da equipe. Para a maior segurança, recomenda-se que os arquivos disponham de chaves. Essa sala deve comportar os equipamentos e mobiliários necessários (mesas, cadeiras, computador). Este espaço pode ser utilizado, ainda, para a elaboração de relatórios, reuniões de equipe, estudos etc.

•**Banheiros**: o CREAS deve possuir no mínimo 2 (dois) banheiros coletivos, feminino e masculino, assegurando-se banheiros com acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida, em quantidade compatível com a demanda de usuários e o número de trabalhadores.

•**Copa ou Cozinha**: importante espaço de apoio à equipe que também pode ser utilizado para preparo de café e, quando couber, para a preparação de lanches destinados aos usuários, quando no decorrer do desenvolvimento de atividades em grupo.

•**Espaço Externo**: São ambientes de convívio para utilização no desenvolvimento de atividades coletivas, incluindo as atividades abertas à comunidade. O mobiliário também deve ser móvel para adequá-lo de acordo com a atividade realizada e com o número de pessoas participantes.

•**Almoxarifado ou simila**r: espaço para a guarda de materiais de expediente, de higiene e limpeza, materiais socioeducativos a serem utilizados nas atividades desenvolvidas com as famílias e indivíduos nos atendimentos, dentre outros. Na ausência deste espaço, estes materiais podem ser acomodados em armários nas salas de atendimento ou até mesmo na sala administrativa, quando a utilização desses

04 - Caderno CREAS.indd 89 29/11/2011 16:03:03

espaços for considerada adequada. Em caso de compartilhamento deste espaço com outra unidade, recomenda-se que os materiais do CREAS sejam guardados em armários específicos ou similar com chaves para acesso exclusivo de profissionais do CREAS.

Os espaços sugeridos não devem limitar ou esgotar as possibilidades de organização da estrutura física do CREAS. É possível agregar outros espaços para qualificar o funcionamento dessa Unidade. De todo modo, é fundamental que a privacidade de alguns de seus ambientes seja assegurada, tendo em vista a realização dos atendimentos e outras atividades que exijam sigilo.

5.2 Identificação

Independente da (s) fonte (s) de financiamento é fundamental que todos os CREAS tenham afixado placa de identificação em local visível, de modo a dar visibilidade a Unidade e garantir seu fácil reconhecimento e identificação pelos usuários, pela rede e pela comunidade, em todo o território nacional. Quando no município ou DF houver mais de um CREAS, para cada Unidade poderá ser acrescido um nome fantasia para melhor identificação e localização pelos usuários. O nome fantasia pode fazer referência ao bairro ou território onde esteja implantado, por exemplo.

Nessa direção, recomenda-se que todas as Unidades CREAS utilizem o modelo padrão, disponibilizado pelo MDS, conforme disposto a seguir.

Figura 1 – Modelo de placa padrão para identificação do CREAS

04 - Caderno CREAS.indd 90 29/11/2011 16:03:04

Respeitando o modelo apresentado, a placa poderá ser confeccionada na direção horizontal ou vertical, a depender do local disponível para sua fixação. Não há uma medida padrão para a confecção da placa, seu tamanho também pode variar de acordo com o espaço disponível na fachada onde funciona o CREAS. Recomenda-se que a placa de identificação seja disposta na fachada frontal da Unidade. O MDS disponibiliza o modelo de placa para identificação do CREAS no seu sítio eletrônico.

5.3 Período de funcionamento

O CREAS deve funcionar para atendimento ao público, no mínimo cinco dias por semana, por oito horas diárias, totalizando quarenta horas semanais, assegurada a presença de equipe profissional de nível superior, além dos demais profissionais necessários ao bom funcionamento dos serviços.

EM FUNÇÃO DOS HORÁRIOS E LOCAIS DE TRABALHO DAS FAMÍLIAS A SEREM ATENDIDAS, EM ALGUMAS LOCALIDADES, PODERÁ SER NECESSÁRIO FLEXIBILIZAR OS HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE PARA POSSIBILITAR A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E ATENDIMENTO À POPULAÇÃO NOS SERVIÇOS OFERTADOS. ASSIM, A UNIDADE PODERÁ FUNCIONAR, POR EXEMPLO, DAS 08 HORAS DA MANHÃ ÀS 20 HORAS OU, ATÉ MESMO, POR ALGUMAS HORAS NOS FINAIS DE SEMANA.

É importante destacar que no CREAS poderá ter profissionais com jornadas de trabalho inferiores a quarenta horas semanais, inclusive em razão de legislação ou regime de trabalho específico. Nesses casos, faz-se necessário que o órgão gestor disponha de planejamento que assegure, nas quarenta horas semanais de funcionamento mínimo da Unidade, a presença de profissionais de nível superior, além dos demais profissionais necessários para não comprometer a qualidade do atendimento.

Quando o Serviço Especializado em Abordagem Social for ofertado no CREAS e a realidade do território exigir a realização de atividades no período noturno, a Unidade não precisará, necessariamente, estar aberta para atendimento ao público neste período.

04 - Caderno CREAS.indd 91 29/11/2011 16:03:04

Todavia, cabe ao órgão gestor avaliar e planejar a oferta do Serviço, bem como a necessidade de funcionamento do CREAS no período noturno, de acordo com a realidade e as demandas do território.

Em todo caso, deve-se respeitar o período mínimo de funcionamento da Unidade (cinco dias da semana e quarenta horas semanais) e o horário de funcionamento deve ser planejado e previsível, com divulgação ampla no território e em local visível na Unidade. O horário de funcionamento do CREAS deve manter uma constância, sendo desaconselhável mudanças constantes, em curto período de tempo, que possam comprometer o acesso das famílias ao CREAS.

5.4 Os Recursos Humanos do CREAS

Os recursos humanos constituem elemento fundamental para a efetividade do trabalho e para a qualidade dos serviços prestados pelo CREAS. A vinculação dos profissionais com a família/indivíduo constitui um dos principais elementos que qualificam a oferta do trabalho social especializado.

A partir dos parâmetros previstos na NOB-RH/SUAS (2006) relativos à equipe de referência do CREAS, os recursos humanos de cada unidade devem ser dimensionados, considerando os serviços ofertados, a demanda por acompanhamento especializado e a capacidade de atendimento das equipes. Assim, a equipe de referência do CREAS, indicada na NOB-RH/SUAS (2006), deverá ser ampliada de acordo com a realidade do município/DF, considerando os índices de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, e a capacidade de atendimento de cada Unidade.

Nesse contexto, a NOB-RH/SUAS (2006) já indicava a capacidade de atendimento como parâmetro para o dimensionamento das equipes do CREAS, uma vez que demanda e capacidade de atendimento podem variar, conforme a realidade de cada território e de cada Unidade.

04 - Caderno CREAS.indd 92 29/11/2011 16:03:04

Quanto à definição da equipe de referência do CREAS, a NOB-RH/SUAS (2006) prevê na sua composição profissionais de nível médio e nível superior de formações específicas (Serviço Social, Psicologia, Direito), tendo em vista as especificidades do acompanhamento familiar especializado realizado nesta Unidade de referência. Além destes profissionais, os CREAS podem contar, em sua equipe, com outros profissionais de nível superior, em observância à Resolução do CNAS Nº 17/2011, cuja área de formação e perfil (conhecimentos teóricos, habilidades metodológicas, postura profissional) devem ser definidos com base na especificidade dos serviços ofertados pela Unidade.

É importante evidenciar que, ao considerar a dinâmica populacional brasileira, a Política Nacional de Assistência Social (2004) prevê na caracterização dos municípios brasileiros a presença de metrópoles, municípios de grande e médio porte e municípios de pequeno porte I e II. Esta caracterização constitui importante indicador para a organização da oferta de serviços especializados no CREAS e para a construção de indicativos sobre a capacidade de atendimento das Unidades.

Com o amadurecimento da implantação do SUAS, a Portaria Nº 843, de 28 de dezembro de 2010, ao dispor sobre a composição das equipes de referência do CREAS, passou a considerar, para além do nível de gestão, disposto na NOB-RH/SUAS (2006), o porte dos municípios como um elemento fundamental no planejamento da capacidade de atendimento e da definição das equipes do CREAS, conforme demonstra o quadro abaixo.

04 - Caderno CREAS.indd 93 29/11/2011 16:03:04

Quadro 5 - Parâmetros para composição da equipe de referência do CREAS

Municípios		Capacidade de Atendimento/ Acompanhamento	Equipe de Referência
Porte	Nível de gestão		
Pequeno Porte I e II e Médio Porte	Gestão inicial, básica ou plena	50 casos (famílias/ indivíduos)	1 Coordenador 1 Assistente Social 1 Psicólogo 1 Advogado 2 Profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários) 1 Auxiliar administrativo
Grande Porte, Metrópole e DF	Gestão inicial, básica ou plena	80 casos (famílias/ indivíduos)	1 Coordenador 2 Assistentes Sociais 2 Psicólogos 1 Advogado 4 Profissionais de nível superior ou médio (abordagem dos usuários) 2 Auxiliares Administrativos

A partir da referência apontada no quadro, o redimensionamento da equipe do CREAS deve, portanto, ser conseqüência de um planejamento de gestão, com previsão dos profissionais a serem acrescido e seu perfil, considerando o disposto na Resolução CNAS Nº 17/2011, além de outras adequações que se mostrem necessárias para comportar este redimensionamento, como infra-estrutura condizente, por exemplo.

Em razão da complexidade das situações atendidas no CREAS, a equipe deverá dispor de qualificação técnica compatível, reunindo um conjunto de conhecimentos, técnicas e habilidades condizentes com a natureza e objetivos dos serviços ofertados, bem como com as atribuições e competências do CREAS.

5.4.1 Composição dos Recursos Humanos

A natureza da atenção ofertada pelo CREAS, e o caráter público estatal da Unidade, implicam na composição da equipe de trabalho por servidores públicos efetivos. O vínculo de trabalho dos profissionais, decorrente da aprovação em concurso público como in-

04 - Caderno CREAS.indd 94 29/11/2011 16:03:04

dica a NOB-RH/SUAS, garante a oferta contínua e ininterrupta dos serviços, fortalece o papel dos trabalhadores na relação com os usuários, consolida a equipe como referência no território e favorece a construção de vínculo.

O VÍNCULO DE TRABALHO EFETIVO CONTRIBUI PARA DIMINUIR A ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS E PARA POTENCIALIZAR OS INVESTIMENTOS DE RECURSOS PÚBLICOS EM CAPACITAÇÃO COM BASE NO PRINCÍPIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE.

Não é recomendável, portanto, que os profissionais que trabalham no CREAS sejam contratados de forma precarizada por meio de contratos temporários, terceirização e outras modalidades que não asseguram direitos trabalhistas e a permanência na Unidade, além de não atenderem os preceitos que regem a Administração Pública.

No caso da excepcional contratação não efetuada por meio de concurso público, esta deverá ser realizada mediante processo seletivo regido pelos critérios da transparência, impessoalidade, legalidade, moralidade, publicidade, em acordo coma Constituição Federal Brasileira e, ainda, considerando a capacidade técnica para o desenvolvimento das atribuições pertinentes. É importante, ainda, que ao compor os editais de concurso público, seleção pública, ou seleção simplificada o órgão gestor atente-se ao perfil profissional necessário para a atuação no CREAS.

Vale ressaltar, igualmente, que o ingresso dos trabalhadores por meio de concurso público contribui para o desenvolvimento da gestão do trabalho, em consonância à Lei n.º 8.742/1993 alterada pela Lei n.º 12.435/2011, com investimentos no sentido da qualificação e valorização do trabalhador que agregam qualidade, compromisso e motivação aos profissionais, o que pode refletir diretamente na qualidade de atendimento ofertado à população.

Assegurada a contração em conformidade com os preceitos da Administração Pública, recomenda-se que o gestor disponha de planejamento que permita equilíbrio entre per-

04 - Caderno CREAS.indd 95 29/11/2011 16:03:04

manência e alternância dos mesmos profissionais na equipe do CREAS. Em função da natureza dos atendimentos e da forma como a especificidade do trabalho executado no CREAS pode repercutir na qualidade de vida do trabalhador, o órgão gestor e a coordenação da unidade devem avaliar a necessidade de alternância entre trabalho no CREAS e trabalho em outros postos da Secretaria (gestão, outros serviços da PSE, PSB), com planejamento devido para não impactar de modo negativo no funcionamento da Unidade e no trabalho desenvolvido com as famílias.

Muitas vezes esta possibilidade de mobilidade do trabalhador no âmbito da gestão e execução dos serviços pode representar, inclusive, qualificação do trabalho e ampliação dos conhecimentos por parte do profissional, prevenção de doenças ocupacionais e, até mesmo, fortalecimento do trabalho com a rede socioassistencial, pela possibilidade do profissional atuar em outros equipamentos e serviços ou até mesmo no órgão gestor da Assistência Social.

É PRECISO RECONHECER AS REAIS DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS NA REALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO ESPECIALIZADO A FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE RISCO PESSOAL E SOCIAL, POR VIOLAÇÃO DE DIREITOS, NOS SERVIÇOS DO CREAS, EM DECORRÊNCIA DAS SITUAÇÕES COMPLEXAS COM AS QUAIS SE DEPARAM E DO IMPACTO QUE ESTE TRABALHO CAUSA NA VIDA DOS TRABALHADORES.

NESSA DIREÇÃO, CABE À COORDENAÇÃO DO CREAS ASSEGURAR MOMENTOS DE INTEGRAÇÃO EM EQUIPE, TROCA DE EXPERIÊNCIAS, REFLEXÃO E DISCUSSÃO DE CASOS. CABE AO ÓRGÃO GESTOR, POR SUA VEZ, O PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE CAPACITAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE, INCLUINDO ATÉ MESMO MOMENTOS COM ASSESSORIA DE PROFISSIONAL EXTERNO, ALÉM DE MEDIDAS PREVENTIVAS VOLTADAS À QUALIDADE DE VIDA E SEGURANÇA DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS DO CREAS.

04 - Caderno CREAS.indd 96 29/11/2011 16:03:04

A atuação de estagiários no CREAS pode ser efetivada desde que sejam atendidos os dispositivos previstos em lei[10], sendo obrigatório que o estágio seja regulado por meio de Termo de Compromisso entre o órgão gestor da política de Assistência Social e a instituição de ensino superior. Obrigatoriamente, os estagiários devem contar com a supervisão de um técnico de nível superior da equipe do CREAS, que seja da sua área de formação. Em hipótese alguma os estagiários poderão substituir um profissional de nível superior ou médio que componha a equipe do CREAS.

5.4.2 Perfil e atribuições da equipe

O trabalho social especializado desenvolvido no CREAS com as famílias e indivíduos requer profissionais habilitados e com perfil apropriado. Os profissionais precisam ter um conjunto de conhecimentos e habilidades que sejam compatíveis com a natureza e com os objetivos dos serviços ofertados pelo CREAS, bem como com as atribuições pertinentes.

Apresenta-se, abaixo, perfil desejável e atribuições do coordenador, dos técnicos e demais profissionais que compõe a equipe do CREAS.

Quadro 6 – Perfil e principais atribuições do Coordenador do CREAS

Perfil
• Escolaridade de nível superior de acordo com a NOB/RH/2006 e com a Resolução do CNAS nº 17/2011; • Experiência na área social, em gestão pública e coordenação de equipes; • Conhecimento da legislação referente à política de Assistência Social, direitos socioassistenciais e legislaçõe s relacionadas a segmentos específicos (crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres etc.); • Conhecimento da rede de proteção socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, do território; • Habilidade para comunicação, coordenação de equipe, mediação de conflitos, organização de informações, planejamento, monitoramento e acompanahmento de serviços.

[10] Lei Federal de Estágio Nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, publicada no Diário Oficial em 26 de setembro de 2008.

04 - Caderno CREAS.indd 97 29/11/2011 16:03:04

Principais Atribuições
• Articular, acompanhar e avaliar o processo de implantação do CREAS e seu (s) serviço (s), quando for o caso; • Coordenar as rotinas administrativas, os processos de trabalho e os recursos humanos da Unidade; • Participar da elaboração, acompanhamento, implementação e avaliação dos fluxos e procedimentos adotados, visando garantir a efetivação das articulações necessárias; • Subsidiar e participar da elaboração dos mapeamentos da área de vigilância socioassistencial do órgão gestor de Assistência Social; • Coordenar a relação cotidiana entre CREAS e as unidades referenciadas ao CREAS no seu território de abrangência; • Coordenar o processo de articulação cotidiana com as demais unidades e serviços socioassistenciais, especialmente os CRAS e Serviços de Acolhimento, na sua área de abrangência • Coordenar o processo de articulação cotidiana com as demais políticas públicas e os órgãos de defesa de direitos, recorrendo ao apoio do órgão gestor de Assistência Social, sempre que necessário; • Definir com a equipe a dinâmica e os processos de trabalho a serem desenvolvidos na Unidade; • Discutir com a equipe técnica a adoção de estratégias e ferramentas teórico-metodológicas que possam qualificar o trabalho; • Definir com a equipe os critérios de inclusão, acompanhamento e desligamento das famílias e indivíduos nos serviços ofertados no CREAS; • Coordenar o processo, com a equipe, unidades referenciadas e rede de articulação, quando for o caso, do fluxo de entrada, acolhida, acompanhamento, encaminhamento e desligamento das famílias e indivíduos no CREAS; • Coordenar a execução das ações, assegurando diálogo e possibilidades de participação dos profissionais e dos usuários; • Coordenar a oferta e o acompanhamento do (s) serviço (s), incluindo o monitoramento dos registros de informações e a avaliação das ações desenvolvidas; • Coordenar a alimentação dos registros de informação e monitorar o envio regular de informações sobre o CREAS e as unidades referenciadas, encaminhando-os ao órgão gestor; • Contribuir para a avaliação, por parte do órgão gestor, dos resultados obtidos pelo CREAS; • Participar das reuniões de planejamento promovidas pelo órgão gestor de Assistência Social e representar a Unidade em outros espaços, quando solicitado; • Identificar as necessidades de ampliação do RH da Unidade e/ou capacitação da equipe e informar o órgão gestor de Assistência Social; • Coordenar os encaminhamentos à rede e seu acompanhamento.

04 - Caderno CREAS.indd 98 29/11/2011 16:03:04

Quadro 07 – Perfil e principais atribuições do Técnico de Nível Superior do CREAS

Perfil
• Escolaridade mínima de nível superior, com formação em Serviço Social, Psicologia, Direito; • Conhecimento da legislação referente à política de Assistência Social, direitos socioassistenciais e legislações relacionadas a segmentos específicos (crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres etc.); • Conhecimento da rede socioassistencial, das políticas públicas e órgãos de defesa de direitos; • Conhecimentos teóricos, habilidades e domínio metodológico necessários ao desenvolvimento de trabalho social com famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos (atendimento individual, familiar e em grupo); • Conhecimentos e desejável experiência de trabalho em equipe interdisciplinar, trabalho em rede e atendimento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos; • Conhecimentos e habilidade para escuta qualificada das famílias/indivíduos.
Principais Atribuições
• Acolhida, escuta qualificada, acompanhamento especializado e oferta de informações e orientações; • Elaboração, junto com as famílias/indivíduos, do Plano de acompanhamento Individual e/ou Familiar, considerando as especificidades e particularidades de cada um; • Realização de acompanhamento especializado, por meio de atendimentos familiar, individuais e em grupo; • Realização de visitas domiciliares às famílias acompanhadas pelo CREAS, quando necessário; • Realização de encaminhamentos monitorados para a rede socioassistencial, demais políticas públicas setoriais e órgãos de defesa de direito; • Trabalho em equipe interdisciplinar; • Orientação jurídico-social (advogado); • Alimentação de registros e sistemas de informação sobre das ações desenvolvidas; • Participação nas atividades de planejamento, monitoramento e avaliação dos processos de trabalho; • Participação das atividades de capacitação e formação continuada da equipe do CREAS, reuniões de equipe, estudos de casos, e demais atividades correlatas; • Participação de reuniões para avaliação das ações e resultados atingidos e para planejamento das ações a serem desenvolvidas; para a definição de fluxos; instituição de rotina de atendimento e acompanhamento dos usuários; organização dos encaminhamentos, fluxos de informações e procedimentos.

04 - Caderno CREAS.indd 99 29/11/2011 16:03:04

Quadro 08 - Perfil e principais atribuições do Orientador Social do CREAS

Perfil
• Escolaridade mínima de nível médio completo; • Conhecimento básico sobre a legislação referente à política de Assistência Social, de direitos socioassistenciais e direitos de segmentos específicos; • Conhecimento da realidade social do território e da rede de articulação do CREAS; • Habilidade para se comunicar com as famílias e os indivíduos; • Conhecimento e experiência no trabalho social com famílias e indivíduos em situação de risco.
Principais Atribuições
• Recepção e oferta de informações às famílias do CREAS; • Realização de abordagem de rua e/ou busca ativa no território; • Participação das reuniões de equipe para o planejamento de atividades, avaliação de processos, fluxos de trabalho e resultados; • Participação das atividades de capacitação e formação continuada da equipe do CREAS.

Quadro 09 - Perfil e principais atribuições do Auxiliar Administrativo do CREAS

Perfil
• Escolaridade mínima de nível médio completo; • Conhecimento sobre rotinas administrativas; • Domínio de informática e internet; • Desejável conhecimento sobre gestão documental.
Principais Atribuições
• Apoio aos demais profissionais no que se refere às funções administrativas da Unidade; • Recepção inicial e fornecimento de informações aos usuários; • Agendamentos, contatos telefônicos; • Rotinas administrativas da unidade, relacionadas a seu funcionamento e relação com o órgão gestor e com a rede; • Participação das reuniões de equipe para o planejamento de atividades, avaliação de processos, fluxos de trabalho e resultados; • Participação das atividades de capacitação e formação continuada da equipe do CREAS.

04 - Caderno CREAS.indd 100 29/11/2011 16:03:05

A seguir, destacam-se algumas normativas e legislações que os profissionais do CREAS devem conhecer.

- Constituição da República Federativa do Brasil (1988)
- Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993)Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004).
- Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS (2005).
- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS (2006).
- Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 e suas alterações: Lei 11.829, de 25 de novembro de 2008).
- Política Nacional do Idoso (Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994).
- Política Nacional para a Inclusão da Pessoa com Deficiência, 1999.
- Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, 2000.
- Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003).
- Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente, 2004.
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Organização Mundial de Saúde, 2004.
- Plano Nacional de Promoção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, 2006.
- Lei Maria da Penha (Lei 11.340 de 2006).
- Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, 2006.
- Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, 2007.
- Legislações referentes ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): Decreto Nº 6.214, de 26 de setembro de 2007; Decreto Nº 6.564, de 12 de setembro de 2008 e Portaria MDS Nº 44, de 25 de fevereiro de 2009.
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, 2008.
- Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Conselho Nacional de Assistência Social e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília, 2009.
- SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, 2009.
- Protocolo de gestão integrada de serviços, benefícios e transferência de renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, 2009.
- Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009.

04 - Caderno CREAS.indd 101 29/11/2011 16:03:05

• Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), 2009.
• Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), 2009.
• Estatuto de Promoção da Igualdade Racial, 2010.
• Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.
• Legislações sobre o Cadastro Único para Programas Sociais e o Programa Bolsa Família;
• Instrução Operacional SENARC/SNAS Nº 07, de 22 de novembro de 2010. Orientações aos municípios e ao DF para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais.
• Cadernos de orientação técnicas sobre o PETI – Gestão e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, 2010;
• "Lei do SUAS". Lei Nº 12.435, de 6 de julho de 2011 que altera a LOAS e dispõe sobre a organização da Assistência Social.

5.5 Capacitação da equipe do CREAS

As situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos que aportam no CREAS são multideterminadas e complexas, exigindo da equipe capacidade teórico-metodológica e técnico-operacional. Nesse sentido, é indispensável que o órgão gestor de Assistência Social institua processos de formação e capacitação para qualificar as ações especializadas propostas pelos serviços.

Recomenda-se que as ações de capacitação sejam disponibilizadas à toda equipe de trabalho do CREAS, com base no princípio da educação permanente. Estas ações devem abordar temáticas que contribuam para a melhoria da qualidade do trabalho social desenvolvido, relacionando-o às demandas específicas de cada serviço e às funções que cada profissional desempenha no CREAS.

Capacitação Inicial

Pode ser ofertada quando um profissional for introduzido nas atividades e serviço (s) ofertado (s) pelo CREAS. No caso de Unidades já implantadas, quando o profissional passe a integrar uma equipe já composta, essa capacitação pode se operacionalizar por meio do acompanhamento da rotina de trabalho instituída na Unidade, pelo acesso às informações sobre metodologias de trabalho adota-

04 - Caderno CREAS.indd 102 29/11/2011 16:03:05

das, situações atendidas na Unidade, os fluxos e processos de trabalho, instrumentos de registro de informação, dentre outras.

A partir do acesso a estes conhecimentos e informações, o profissional vai gradativamente se inserindo e adaptando-se à rotina de trabalho, sendo fundamental, nesse momento, garantir espaços para discusão de dúvidas e indagações. É importante também disponibilizar ao profisional materiais institucionais, textos, livros e outros que abordem aspectos conceituais e metodológicos do CREAS e serviço (s) ofertado (s), para que se aproprie tecnicamente da realidade em que vai trabalhar.

Também há outras possibilidades de capacitação que podem ser adotadas no momento inicial, para que o profissional gradativamente se aproprie da função que lhe é devida, como: acompanhamento dos atendimentos realizados por profissionais mais experientes; e supervisão dos atendimentos iniciais por profissional mais experiente da equipe; além de outros como organização de momentos de integração em equipe para troca de informações e de experiências, estudos de caso e grupos de estudos.

Educação Permanente

A educação permanente na Assistência Social não se caracteriza como uma ação esporádica ou pontual, mas constitui-se, fundalmentalmente, em um processo contínuo de formação e qualificação profissional da equipe do CREAS. Pode ser organizada pela própria coordenação da unidade em parceria com a equipe, com o planejamento e desenvolvimento, na rotina de trabalho, de atividades como: momentos em grupo para a leitura, debate, reflexão e discussão de temáticas relevantes para o aperfeiçoamento do trabalho.

Também pode ser oportunizada por meio da participação da equipe em cursos, seminários, palestras e outros que são ofertados pelos órgãos gestores de Assistência Social (municipal, DF, estadual e federal), pelos órgão de defesa de di-

04 - Caderno CREAS.indd 103 29/11/2011 16:03:05

reitos, universidades, órgão gestor das demais políticas públicas, dentre outros. Nessas situações, nem sempre a totalidade da equipe poderá ter acesso a esses momentos de capacitação, em razão de vagas limitadas, recursos disponíveis e/ou por uma questão de organização da própria Unidade. Nesses casos, recomenda-se que os participantes possam socializar conhecimento com os demais membros da equipe.

Na possibilidade da equipe identificar alguma demanda de formação (aperfeiçoamento, capacitação, especialização, mestrado profissional, dentre outras) mais específica, decorrente da necessidade do trabalho e que irá qualificar o as ações-desenvolvidas no (s) serviço (s), o órgão gestor de Assistência Social deve analisar as possibilidades de ofertá-la ou apoiá-la.

É importante ressaltar que, de acordo com a NOB-SUAS, constitui responsabilidade dos município, DF, Estados e União, implantar planos, programas e ações destinadas à capacitação e formação dos profissionais que atuam no SUAS, iniciativas que respondam às necessidades de aprimoramento da equipe de trabalho na sua totalidade - coordenação, técnicos , profissionais de nível médio e auxiliares.

Para além das normativas e legislações da área de Assistência Social, Direitos Humanos e segmentos específicos, a exemplo de crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoa com deficiência, dentre outros, a seguir sugere-se alguns temas que podem subsidiar a Capacitação Incial e o processo de Educação Permanente dos trabalhadores do CREAS.

- **Metodologias do trabalho social com famílias em situação de risco social e violação de direitos;**
- **Trabalho em grupo;**
- **Território e redes sociais;**
- **Trabalho em rede;**

04 - Caderno CREAS.indd 104 29/11/2011 16:03:05

- Cultura e violência;
- Violência urbana e violência intrafamiliar;
- Busca ativa e metodologias para abordagem social;
- Diversidade sexual e étnico-racial;
- Cidadania e participação social;
- Técnicas e instrumentos de registro de informações;
- Trabalho interdisciplinar e gerenciamento de conflitos em equipe;
- Planejamento Social;

Com relação à capacitação inicial, ou seja, quando o profissional for introduzido nas atividades desenvolvidas no CREAS, também sugere-se observar e considerar os temas elencados abaixo para facilitar a sua inserção e adaptação à rotina de trabalho.

- Perfil e realidade das famílias e indivíduos mais frequentemente atendidas pelos Serviços do CREAS;
- Serviços ofertados e suas especificidades;
- Instrumentais, fluxos e procedimentos adotados para os processos de trabalho interno da unidade e de articulação em rede;
- Formas e procedimentos adotados para o acesso e desligamento dos usuários atendidos;
- Aspectos téorico-metodológicos que balizam a análise e a intervenção nas situações de violação de direitos;
- Competências e atribuições dos demais serviços socioassistenciais, das políticas públicas e dos órgão de defesa de direito que compõe a rede;
- Metodologias utilizadas pela equipe no trabalho com as famílias e indivíduos.

04 - Caderno CREAS.indd 105 29/11/2011 16:03:05

Capítulo 6

6. Monitoramento, Avaliação e Controle Social do CREAS

Com base na organização e sistematização de informações, a coordenação do CREAS e o órgão gestor de Assistência Social tem a função de monitorar e avaliar as ações realizadas, aperfeiçoando e/ou redimensionando as mesmas, no sentido de qualificar a prestação do (s) serviço (s) ofertado (s).

O monitoramento e a avaliação são ferramentas de gestão distintas que operacionalmente relacionam-se entre si e têm como objetivo, respectivamente, acompanhar o desenvolvimento das ações e avaliar seus resultados, incluindo o impacto das ações na vida das famílias/indivíduos acompanhados pelo CREAS.

MONITORAR E AVALIAR CONSISTE EM UM EXERCÍCIO PERMANENTE E UM COMPROMISSO COM AS REPERCUSSÕES DE TODO O TRABALHO SOCIAL DESENVOLVIDO COM O CONJUNTO DE USUÁRIOS.

O monitoramento pode ser realizado a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos, de forma sistemática, que permita a análise de informações e auxilie no gerenciamento das ações realizadas. Subsidia o planejamento e permite avaliar ações, bem como redimensionar o trabalho. Por meio de sua realização sistemática, é possível verificar a necessidade de mudanças de rumo e alterações no planejamento e nos procedimentos adotados, visando garantir a qualidade do trabalho social desenvolvido.

A avaliação permite aferir se as ações propostas e definidas no planejamento atingiram os resultados esperados. Por isto, precisa ser abrangente e não uma ação unilateral, somente da coordenação da Unidade e/ou do órgão gestor.

Em relação ao CREAS, cabe à coordenação da Unidade o acompanhamento e monitoramento cotidiano das rotinas de trabalho e das ações planejadas, bem como a avaliação

04 - Caderno CREAS.indd 106 29/11/2011 16:03:05

contínua dos resultados obtidos nos processos de trabalho, incluindo as ações desenvolvidas no (s) serviço (s).

Por sua vez, ao órgão gestor compete a responsabilidade pelo monitoramento e a avaliação que permitam identificar e viabilizar os aprimoramentos necessários na Unidade, na oferta do (s) serviço (s) e no trabalho em rede, considerando as normas e os parâmetros do SUAS, a intencionalidade da atenção e a qualificação do atendimento prestado. Nessa perspectiva e por meio de análises mais amplas que considerem também a realidade na qual se insere a Unidade, é necessário que os processos de monitoramento e avaliação do órgão gestor permitam, inclusive: monitorar resultados ao longo do tempo; analisar relações e integração entre a oferta de serviços, benefícios e programas de transferência de renda; e identificar pactuações intersetoriais necessárias para fortalecer as possibilidades de atuação em rede.

Para o desempenho de seu papel, contudo, o órgão gestor precisa ser instrumentalizado com um conjunto de informações encaminhadas pela coordenação do CREAS com organização e periodicidade definidas entre si.

A partir do exposto, é importante mencionar a relevância da construção de um ambiente facilitador da avaliação conjunta dos processos de trabalho e das ações desenvolvidas no CREAS. Nesse sentido, para além dos profissionais da Unidade, o processo avaliativo poderá envolver os usuários e, até mesmo, representantes da sua rede de articulação, para que, de fato, se possa mensurar a efetividade dos resultados alcançados e as necessidades de aperfeiçoamento.

A gestão democrática e a avaliação participativa dos serviços inerentes à política de Assistência Social têm por finalidade, também, dar maior transparência à gestão e facilitar o diálogo com trabalhadores, usuários e colaboradores.

04 - Caderno CREAS.indd 107 29/11/2011 16:03:05

Por fim, ressalta-se a importância de se realizar o monitoramento e a avaliação de modo integrado à área de vigilância socioassistencial, com vistas a zelar pelo padrão de qualidade na oferta dos serviços socioassistenciais e analisar a adequação entre a oferta de serviços e as necessidades de proteção social especial da população.

Os instrumentais de registro devem contemplar os dados e informações necessárias ao processo de monitoramento e avaliação, incluindo as articulações em rede e as parcerias realizadas para o atendimento aos usuários.

Medidas que podem qualificar o processo de monitoramento e avaliação do CREAS:

- **Padronização dos instrumentais de registro e coleta de dados e informações;**
- **Desenvolvimento de ferramentas para armazenamento, sistematização e análise dos dados e informações;**
- **Seleção/construção de indicadores, a partir dos objetivos da Unidade e do (s) Serviço (s) ofertado (s);**
- **Participação dos usuários no processo de monitoramento e avaliação, com possibilidades de realizar proposições.;**
- **Integração com as ações da vigilância socioassistencial.**

6.1 Controle Social

Prevista na LOAS, a participação da população na política de Assistência Social acontece, primordialmente, no âmbito dos Conselhos de Assistência Social (CAS), órgãos deliberativos de composição paritária, instituídos nas três esferas de governo e vinculados ao Poder Executivo.

Este canal de participação e envolvimento da sociedade viabiliza o envolvimento político dos movimentos sociais, das organizações sociais, dos trabalhadores e, principalmente, dos usuários da Assistência Social, que ganham voz no processo de efetivação da política, enquanto direito de cidadania.

04 - Caderno CREAS.indd 108 29/11/2011 16:03:05

Nas respectivas esferas de governo, os CAS são responsáveis pelo controle social que, dentre outras coisas, envolve: a normatização de ações e a regulação da prestação de serviços; o zelo pela efetivação do SUAS; a apreciação e aprovação da proposta orçamentária da Assistência Social; a aprovação de critérios de transferência de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal; o acompanhamento e a avaliação da gestão dos recursos, bem como o desempenho dos programas, projetos e serviços.

Nessa direção, aos CAS cabe realizar o controle social do CREAS, ou seja, acompanhá-lo e fiscalizá-lo desde a sua implantação, de modo a garantir o seu pleno funcionamento nas diversas localidades.

Observada a intersetorialidade do CREAS com outras políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, ao CAS cabe, ainda, articular-se com os conselhos das demais políticas públicas e os conselhos de direitos existentes, com o objetivo de fortalecer a integração das ações de acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos.

04 - Caderno CREAS.indd 109 29/11/2011 16:03:05

Referências

BAPTISTA, Myrian Veras. Planejamento social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPIHTS, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Decálogo dos direitos socioassistenciais. Brasília, 2009. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/cnas/metas-e-estrategias-plano-decenal>. Acesso em: 18 out. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social. Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social. Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. Brasília, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Brasília, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 17, de 20 de junho de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Resolução Conjunta nº1, de 18 de junho de 2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Comissão Intergestores Tripartite. Protocolo de gestão integrada de serviços, benefícios e transferência de renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Resolução CIT nº 7, de 10 de setembro de 2009. Brasília, 2009.

04 - Caderno CREAS.indd 110 29/11/2011 16:03:05

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Especial de Direito Humanos, Conselho Nacional de Assistência Social e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Promoção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação; Secretaria Nacional de Assistência Social. Capacitação de conselheiros de assistência social: guia de estudos. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, Secretaria Nacional de Assistência Social. CRAS: A melhoria da estrutura física para o aprimoramento dos serviços: orientações para gestores e projetistas municipais. Brasília, 2009.

DENISE, Ratmann Arruda Colin e FOELER, Marcos Bittencourt. LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social anotada. São Paulo: Veras Editora, 1999.

DECRETO nº 5.296/2004 (02/12/04)

JACCOUD, Luciana. Proteção social no Brasil: debates e desafios. In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

LEI nº 12.435/ 2011, (06/07/2011).

LEI nº 11.788/2008, (25/09/2008)

MAGALHÃES, Selma Marques. Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres. São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPIHTS, 2003.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo, Cortez, 2006.

MUNIZ, Egli. SUAS e os serviços socioassistenciais. In: Serviço Social & Sociedade nº 88. São Paulo:Cortez, 2006.

OLIVEIRA, Jeanny Rose Manccini de e HILARIO, Sandra Inês Dallagnol. Protocolo de gestão do CREAS: referenciais teóricos e operacionais. Fundação de Ação Social. Prefeitura Municipal de Curitiba. Curitiba, 2011.

04 - Caderno CREAS.indd 111 29/11/2011 16:03:05

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo, Cortez, 2006.

RESOLUÇÃO CIT nº 4/2011, (24/05/2011)

SANICOLA, Lia. As dinâmicas da rede e o trabalho social. São Paulo: Veras, 2008.

SANTOS, Milton. O espaço do cidadão. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2007.

SPOSATI, Aldaíza. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. In: Serviço Social & Sociedade nº 77. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. A menina LOAS: um processo de construção da assistência social. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

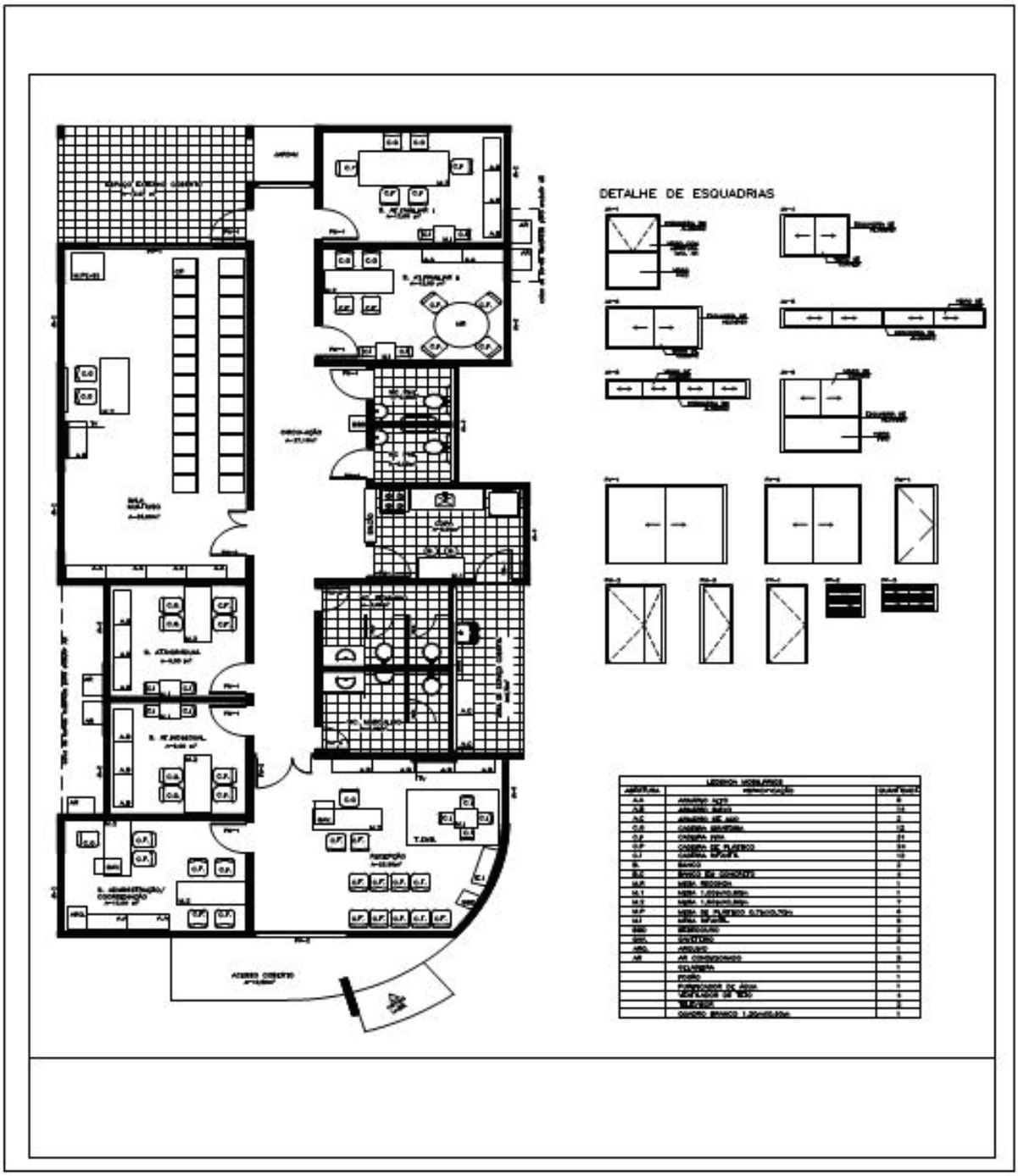
_____. FALCÃO, Maria do Carmo; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Os direitos (dos desassistidos) sociais. São Paulo: Cortez, 2006.

YAZBEK, Maria Carmelita. As ambigüidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS. In: Serviço Social & Sociedade nº 77. São Paulo: Cortez, 2004.

04 - Caderno CREAS.indd 112 29/11/2011 16:03:05

Anexo A

Modelo de Planta Arquitetônica do CREAS[11]



[11] A planta apresentada é meramente sugestiva e pode ser acessada no sítio eletrônico do MDS.

04 - Caderno CREAS.indd 113 29/11/2011 16:03:06

Anexo B

Tabela com especificações do Espaço Físico do CREAS[12]

Ambientes	Quantidade	Área (m²)	Total (m²)
Recepção	01	23,30	23,30
Administração	01	12,00	12,00
Sala de Atendimento Individual	02	9,00	18,00
Sala de Atendimento Familiar	02	12,00	24,00
Sala de Múltiplo Uso	01	35,00	35,00
Banheiros Coletivos	02	6,08	12,16
Banheiros PCD	02	2,55	5,10
Copa	01	8,00	8,00
Varanda	01	10,50	10,50
Espaço externo coberto	01	13,07	13,07
Área de serviço coberta	01	6,75	6,75
Circulação	01	27,10	27,10
Total da área útil			**194,98**
Total de Edificação			**216,60**

[12] As especificações dessa tabela são meramente sugestivas e consideram a planta sugerida para a Unidade CREAS apresentada no Anexo A.

04 - Caderno CREAS.indd 114 29/11/2011 16:03:07

Anexo C

Tabela com mobiliário do CREAS[13] - Consolidado

Materiais	Quant.
Mesa 0,92m (92x61,5cm)	1
Mesa 1,52m (152x61,5cm)	7
Mesa 2,0m (200x94cm)	1
Mesa Redonda 1,20m	1
Armário Alto (89x38x158cm)	8
Armário baixo (89x38x68,5cm)	14
Armário em aço (1,98x0,90x0,40m)	2
Arquivo (47x57x133,5cm)	1
Gaveteiro (42x60,5x50cm)	2
Estante infantil	1
Computador	2
Multifuncional	2
Cadeiras Secretária giratória	12
Cadeiras Secretária Fixas	31
Cadeiras Plástico	24
Cadeira Infantil Plástico	12
Mesinha Infantil Plástico	5
Mesa Plástica 70cm	6
Quadro Branco 120x90cm	1
Banco em aço 50cm	2
Ventilador de teto	4
Bebedouro	2
Televisor 40"	2

[13] As especificações dessa tabela são meramente sugestivas e consideram a planta sugerida para a Unidade CREAS apresentada no Anexo A.

04 - Caderno CREAS.indd 115 29/11/2011 16:03:07

Aparelho de DVD	2
Aparelho de Som	1
Tapete Emborrachado Colorido EVA	1
Ar Condicionado	5
Refrigerador Duplex	1
Microondas	1
Fogão de 4 Bocas	1
Cafeteira Elétrica	1
Liquidificador	1
Botijão de Gás	1
Purificador de água	1

04 - Caderno CREAS.indd 116 29/11/2011 16:03:07

Anexo D

Tabela de Sugestão de mobiliário do CREAS por ambiente[14]

Relação do mobiliário do CREAS	
Material	**Quant.**
Recepção	
Mesa 1,52m	1
Armário baixo	4
Estante infantil	1
Computador	1
Multifuncional	1
Cadeiras secretária giratoria	1
Cadeiras secretária fixa	11
Ventilador de teto	1
Bebedouro	1
Televisor LCD	1
Aparelho DVD	1
Cadeira infantil plástico	4
Mesa infantil plástico	1
Tapete borracha col.	1
Gaveteiro	1
Sala Administração/Coordenação	

[14] As especificações dessa tabela são meramente sugestivas e consideram a planta sugerida para a Unidade CREAS apresentada no Anexo A.

04 - Caderno CREAS.indd 117 29/11/2011 16:03:07

Mesa 1,52m	2
Gaveteiro	1
Cadeiras secretária giratória	1
Cadeira secretária fixa	6
Computador	1
Ar condicionado	1
Multifuncional	1
Armário alto	2
Arquivo	1
Sala Atividade Coletiva Comunitárias	
Mesa 1,52m	1
Cadeiras secretária giratória	2
Cadeira plástico	24
Televisor LCD	1
Aparelho DVD	1
Aparelho de som	1
Ventilador de teto	3
Armário alto	4
Armário baixo	1
Mesa plástica	6
Quadro Branco 120x90cm	1

04 - Caderno CREAS.indd 118 29/11/2011 16:03:07

Sala de Atendimento Individual (2 unid.)	
Mesa 1,52m	2
Cadeiras secretária fixa	4
Cadeira secretária giratória	4
Armário baixo	6
Mesinha infantil	2
Cadeira infantil	4
Ar condicionado	2
Sala de Atendimento Familiar Modelo I	
Mesa 2m	1
Cadeiras secretária fixa	4
Cadeira secretária giratória	2
Armário baixo	3
Mesinha infantil	1
Cadeira infantil	2
Ar condicionado	1
Sala de Atendimento Familiar Modelo II	
Mesa 1,52m	1
Mesa redonda 1,20m	1
Cadeiras secretária fixa	6
Cadeira secretária giratória	2
Armário alto	2
Mesinha infantil	1

04 - Caderno CREAS.indd 119 29/11/2011 16:03:08

Cadeira infantil	2
Ar condicionado	1
Copa	
Mesa 0,92m	1
Fogão 4 bocas	1
Geladeira c/ refrigerador	1
Microondas	1
Botijão de gás	1
Cafeteira elétrica	1
Banco em aço 50cm	2
Liquidificador	1
Purificador de água	1
Circulação	
Bebedouro	1
Área de Serviço	
Armário em aço	2

04 - Caderno CREAS.indd 120 29/11/2011 16:03:08

PROGRAMA

De Volta para Casa

Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental.

Ministério da Saúde

A REINTEGRAÇÃO SOCIAL É O MELHOR TRATAMENTO

Na história da atenção às pessoas com transtornos mentais no Brasil, por muito tempo o tratamento foi baseado no isolamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos. Isso acabou gerando um grande contingente de pacientes afastados por longo tempo do convívio social e que precisam de especial apoio para sua reinserção na sociedade.

Visando promover e facilitar esse processo, o Ministério da Saúde está lançando o **Programa "De Volta para Casa"**, que tem por objetivo a inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados.

Para esclarecer as dúvidas que os profissionais de saúde e usuários do SUS possam ter a respeito do Programa "De Volta para Casa", elaboramos este material. Aqui você vai encontrar as respostas para as principais perguntas sobre o novo programa. Caso você precise de mais informações, visite o site **http://pvc.datasus.gov.br**.

MS/SAA/CGDI
BIBLIOTECA MS

O PROGRAMA

O Programa "De Volta para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, vem realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação).

IMPORTÂNCIA

O programa irá atender a um segmento da população brasileira quase integralmente desprovido de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação que dispõe sobre o bem-estar social e proteção do trabalho. Assegura ainda um meio eficaz de suporte social, evitando o agravamento do quadro clínico e do abandono social.

QUAL A ORIGEM DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA?

Este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06.04.2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme Artigo 5º da referida Lei, que determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta

planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo é a INCLUSÃO SOCIAL de pacientes e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário.

OBJETIVO

Contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Este programa faz parte do processo de Reforma Psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - e incluir as ações da saúde mental na atenção básica e Saúde da Família.

REGULAMENTAÇÃO DO PROGRAMA

- Lei nº 10.708, de 31.07.2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;
- Portaria nº 2.077/GM, de 31.10.2003, que regulamenta a Lei nº 10.708;

- Portaria nº 2.078/GM, de 31.10.2003, que institui a Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta para Casa".

O QUE É O AUXÍLIO-REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL?

O auxílio-reabilitação psicossocial é o principal componente do Programa "De Volta para Casa", estratégia do Governo Federal para estimular a assistência extra-hospitalar, criado em 31.07.2003, na Lei nº 10.708.

O pagamento mensal do auxílio é realizado diretamente ao próprio beneficiário, no valor de R$ 240,00, por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente à sociedade.

QUEM PODE SE BENEFICIAR?

- Pessoas acometidas de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH-SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social desenvolvido pelo município;
- Pessoas inseridas em moradias caracterizadas como serviços residenciais terapêuticos ou egressas de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial (Juízo de Execução Penal), por igual período de internação, também podem ser beneficiárias do auxílio.

IMPORTANTE: *Todos os beneficiários devem possuir condições clínicas e sociais que não justifiquem a permanência em ambiente hospitalar, avaliadas por equipe de saúde mental local, assim como expresso consentimento do paciente ou de seu representante legal em se submeter ao programa.*

COMO SERÁ REALIZADO O PAGAMENTO DO AUXÍLIO?

Os valores do referido auxílio serão entregues diretamente aos beneficiários, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando serão entregues ao representante legal do paciente.

O pagamento se dará através de recebimento pelo beneficiário de cartão magnético de pagamento por instituição financeira oficial.

QUAIS AS CONDIÇÕES PARA INCLUSÃO DE POSSÍVEIS BENEFICIÁRIOS NO PROGRAMA?

Será necessário que a pessoa incluída no programa esteja de alta hospitalar e morando em residência terapêutica, ou com suas famílias (de origem ou substitutas), ou formas alternativas de moradia. Será necessário também que o paciente esteja sendo atendido por um CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) ou outro serviço de saúde mental do município onde passará a residir.

Os beneficiários deverão ser acompanhados permanentemente por uma equipe municipal encarregada de prover e garantir o bom acompanhamento do paciente e apoiá-lo em sua integração ao ambiente familiar e social.

COMO UM MUNICÍPIO PODERÁ SER HABILITADO NO PROGRAMA?

Para estar apto a implantar o programa, é necessário que o município possua rede local ou regional de atenção continuada em saúde mental, com projeto de reabilitação psicossocial assistida e equipe específica para realizar as ações de reabilitação, inserção e acompanhamento do beneficiário no programa.

O QUE O MUNICÍPIO PRECISA PARA REALIZAR A INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PROGRAMA?

O município deverá preencher cadastro específico de inclusão de beneficiário para o programa e enviá-lo ao Ministério da Saúde, desde que:

- seja feita uma solicitação de inclusão no programa por parte do beneficiário ou seu representante legal;
- uma avaliação de equipe de saúde local confirme os requisitos exigidos na Lei 10.708 para inclusão no programa;
- o município esteja habilitado pelo Ministério da Saúde no programa.

COMO SERÁ O CONTROLE SOCIAL DO PROGRAMA?

O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS (Art. 7º da Lei nº 10.708, de 31.07.03).

COMO ESTE PROGRAMA SERÁ ACOMPANHADO?

A concessão e o acompanhamento do auxílio-reabilitação psicossocial serão efetuados através de Comissão de Acompanhamento do Programa "De Volta para Casa", constituída pelo Ministério da Saúde, que terá as seguintes responsabilidades:

- elaborar e pactuar as normas aplicáveis ao programa e submetê-las ao Ministério da Saúde;
- pactuar a definição de municípios prioritários para habilitação no programa;
- ratificar o levantamento nacional de clientela de beneficiários em potencial do programa;
- acompanhar e assessorar a implantação do programa.

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação Geral de Saúde Mental

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Edifício Sede - Sala 606

CEP 70058-900 - Brasília - DF

Tels. (61) 315 2313 | 315 2684

devoltaparacasa@saude.gov.br

http://pvc.datasus.gov.br