

Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado

Elderly health: guidance to bedridden elderly caregivers

Luiz Fabiano Soriano da Conceição¹

RESUMO

Trata-se de uma revisão sobre a necessidade de capacitação de recursos humanos para o cuidado a idosos fragilizados. O aumento da longevidade da população brasileira traz desafios especiais para a atenção à saúde do idoso, principalmente quando este é semidependente ou dependente. O treinamento de pessoas para cuidar do idoso é necessário, para facilitar o atendimento imediato às suas necessidades básicas, regatando-se o papel do “cuidador” em âmbitos informal e formal. Constatam-se suas atividades: 1. higiene pessoal; 2. higiene do ambiente; 3. alimentação; 4. medicações; 5. atividades físicas; 6. compras; 7. lazer, trabalho e atividades fora de casa; 8. estimulação ao convívio, recreação e lazer. São descritos os princípios orientadores da formação de cuidadores e os recursos institucionais e comunitários.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado; Saúde do Idoso; Assistência a Idosos.

¹ Médico-socorrista do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte, MG - Brasil.

ABSTRACT

This is a review on the need of the human resources training in the care of frail elderly. The increased longevity in Brazil brings special challenges for elderly health care, mainly when the elderly is semi dependent or dependent. The caregivers training are necessary to facilitate their immediate assistance to the elderly basic needs, regarding the formal or informal ambit. Their activities include: 1. personal hygiene; 2. environmental hygiene; 3. meals; 4. medication; 5. physical activities; 6. shopping; 7. leisure, work and outside home activities; 8. stimulus to living, recreation, leisure. The guiding principles to the caregivers formation and the institutional and communitarian resources are described.

Key words: Frail Elderly; Health of the Elderly; Old Age Assistance.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica no Brasil apresenta acelerada evolução, com taxa de natalidade decrescente e aumento da população de idosos (Figura 1).

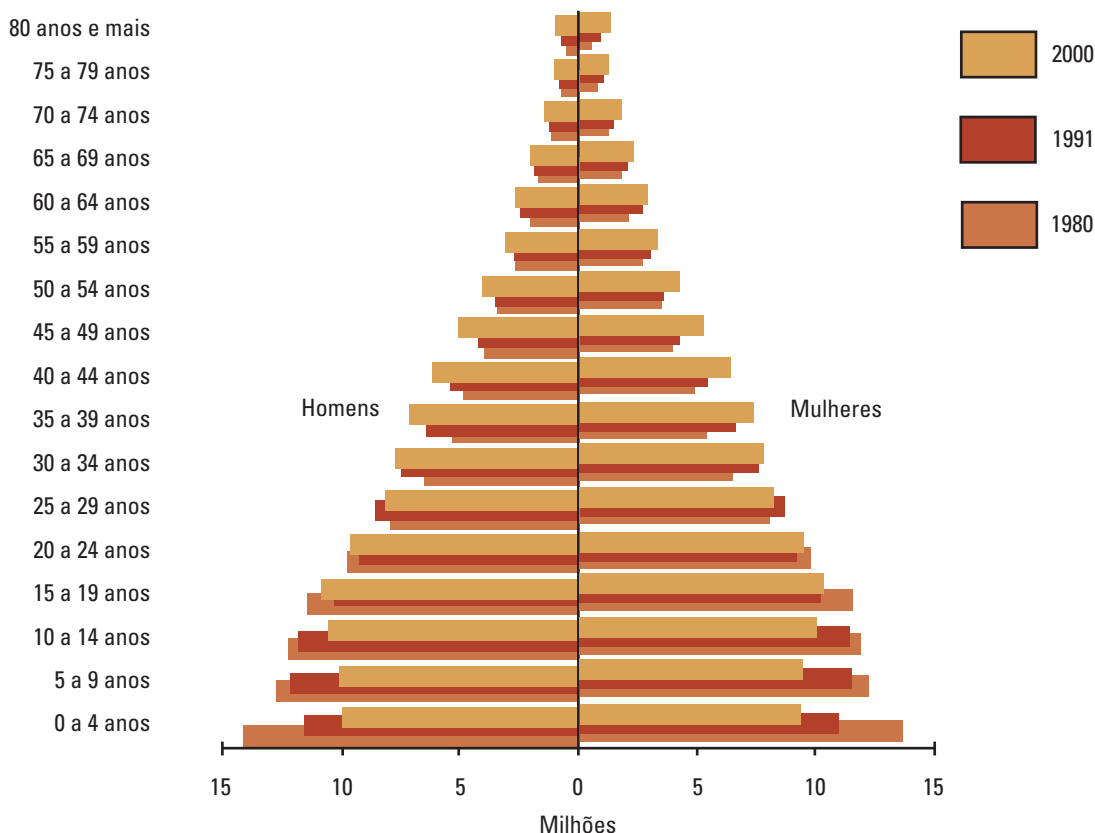
O aumento da longevidade da população brasileira traz desafios especiais para a atenção à saúde, uma vez que os idosos necessitam de vigilância da equipe multiprofissional de saúde e, em alguns casos, de cuidadores domiciliares.

Em Belo Horizonte, o Programa Saúde da Família (PSF) veio deslindar essa parcela da população que antes vivia no esquecimento, permitindo a identificação de idosos acamados, que requerem atenção especializada e que merecem estudo enfocando orientações aos seus cuidadores.

Recebido em: 13/05/2008
Aprovado em: 14/10/2009

Instituição:
Hospital das Clínicas da UFMG,
Belo Horizonte – MG, Brasil

Endereço para correspondência:
Rua: Cel. Jairo Pereira, nº 344/301
Bairro: Palmares
CEP: 31160-560
Belo Horizonte - MG, Brasil
Email: soriano_esp@yahoo.com.br



Fonte: Censo demográfico 1980. Dados gerais, migração, instrução, fecundidade, mortalidade. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 1, t. 4, n. 1, 1983; Censo demográfico 1991. Características gerais da população e instrução. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, n. 1, 1996; Censo demográfico 2000. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, p. 89, 2001. 1 CD-Rom ebcartado.

Figura 1 - População residente total, por sexo e grupos de idade - 1980/2000.

A realidade com que se depara um familiar quando tem um idoso semidependente ou dependente no seu domicílio é preocupante devido à demanda de cuidados especiais, com acentuada variação de tarefas.

DEMOGRAFIA BRASILEIRA EM RELAÇÃO AOS IDOSOS

O envelhecimento populacional é realidade mundial. No Brasil, representa processo em ascensão. A população idosa no Brasil evoluiu de 2,1 para 4,9, 14,6 e com estimativa de atingir 32 milhões de habitantes em 1960, 1980, 2000 e 2025, respectivamente. O Brasil tornar-se-á o sexto país com maior população idosa do mundo.^{1,3}

As taxas de fertilidade diminuíram nitidamente durante os anos 80 (Figuras 2, 3, 4). Observa-se pro-

gressiva redução na população em ambos os sexos no censo de 1991 em relação a 1980 e de 1996 em relação a 1991, principalmente na faixa etária de 10-14 anos.

O envelhecimento da população acarreta novas demandas. Os problemas de saúde dos idosos frequentemente são crônicos e podem requerer intervenções onerosas e com tecnologias complexas. A estimativa é de que o custo de cuidado a um idoso equivale ou é mais alto que o de três pessoas de outros grupos etários. Em muitos países já “envelhecidos” espera-se para as próximas duas a três décadas que a população economicamente ativa não seja capaz de gerar recursos suficientes para sustentar os idosos.⁴

O que se espera é que as famílias e a comunidade assumam mais responsabilidades pelos seus membros mais velhos, principalmente quando eles venham a apresentar algum problema que resulte na limitação de sua autonomia e independência.

Pode-se inferir que o Brasil ainda não dispõe de número suficiente de profissionais capacitados.

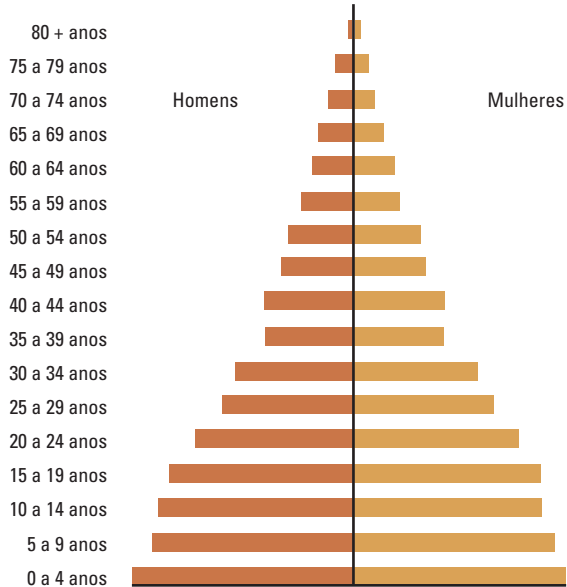


Figura 2 - Composição etária por idade individual - População total - 1980.
Fonte: IBGE, Censo demográfico de 1980.

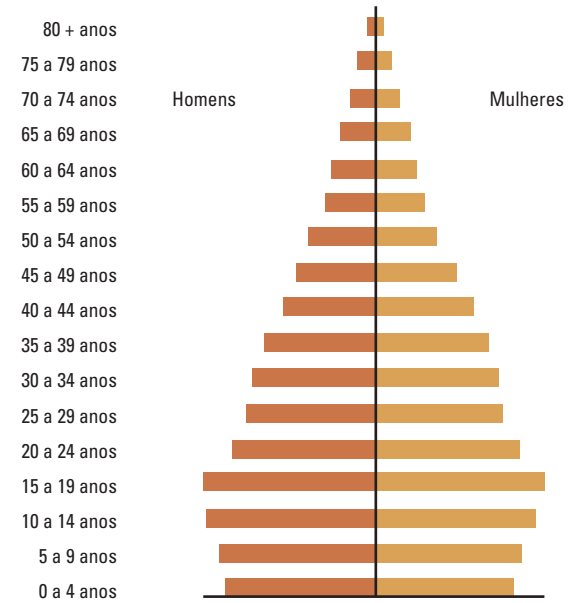


Figura 4 - Composição etária por idade individual - População total - 1996.
Fonte: IBGE, Contagem da População de 1996.

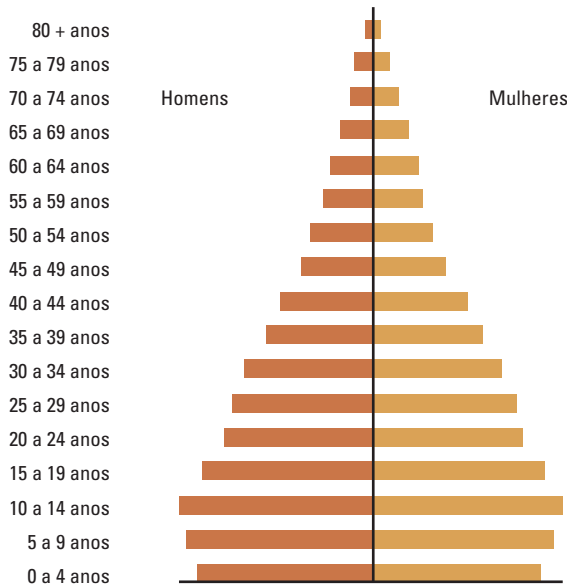


Figura 3 - Composição etária por idade individual - População total - 1991.
Fonte: IBGE, Censo demográfico de 1991.

CONCEITO DE SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

O termo saúde, ao longo dos tempos, passou por diferentes interpretações. Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou o conceito de que saúde seria o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença⁵, que prevalece ainda hoje nos estudos sobre o processo saúde e doença. Esse conceito é muito abrangente. “O mais completo estado de bem-estar” sugere a existência de diferentes graus de bem-estar, considerando-se, evidentemente, o aspecto subjetivo, relacionado às diferentes épocas da vida de cada pessoa, ao humor do momento, assim como à cultura dos povos, de acordo com seus valores espirituais. A capacidade de cada povo em ser atendida em suas aspirações tem conotação socioeconômica relacionada ao seu “desenvolvimento”. Em termos de causa-efeito, o bem-estar subjetivo mantém condicionamentos religiosos importantes, como acontece quando o “fatalismo” e o “empirismo” não tenham sido substituídos pelo conhecimento científico⁵. Além disto, o conceito de bem-estar tem a ver com a percepção de cada pessoa sobre o funcionamento do seu corpo.

A definição, portanto, poderia ser “o mais completo” reflexo do conjunto harmônico e silencioso de todas as funções fisiológicas, mantendo-se a capacidade de ajustar-se homeostaticamente (autorregulação do meio interno) aos estímulos e agressões do ambiente animado e inanimado. O bem-estar, por ser subjetivo, permitiria conviver com situações de perdas de saúde como, por exemplo, doenças crônicas compensadas tipo diabetes *mellitus*, hipo ou hipertireoidismo e catarata.⁵

AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA

O comprometimento funcional representa um dos principais aspectos a serem avaliados no planejamento da assistência ao idoso, por isto, é necessário monitorizar a sua capacidade de executar tarefas simples como tomar banho, vestir-se e alimentar-se. O idoso passará a depender de terceiros, isto é, de um cuidador, em caso de comprometimento de alguma dessas atividades. É aconselhável, então, promover o estímulo para que ele execute outras tarefas que seja capaz. Em situações de dependência total, essas tarefas ficam sob a responsabilidade do cuidador e de seus familiares. A autonomia e a independência são conceitos também interdependentes e referem-se à forma como cada pessoa consegue conduzir sua vida, seja ela adulta ou idosa. A autonomia é a capacidade de tomar decisão e sua execução, enquanto independência relaciona-se com conformação física, mental e social para realizar as atividades diárias. A independência pode ser parcial ou total e possui relação inversamente proporcional com a incapacidade, comprometimento e deficiência.⁵ A incapacidade representa a restrição ou perda, transitória ou definitiva, da habilidade para realizar ao menos as atividades de vida diária. O comprometimento significa qualquer distúrbio físico, fisiológico ou psicológico. A deficiência constitui qualquer desvantagem que impede a pessoa de executar, parcial ou totalmente, uma função normal, como consequência de comprometimento de uma incapacidade. As sequelas remanescentes demandam ações de reabilitação, que representam instrumentos poderosos de intervenção para limitar ou superar a incapacidade, contribuindo sobremaneira para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, principalmente nesse momento da transição demográfica brasileira, em que se observa expressivo aumento da longevidade.⁶

A promoção e a prevenção de doenças e de incapacidades e a reabilitação são, portanto, imprescindíveis para o propósito de ampliar o período de vida humana independente e autônoma, isto é, com qualidade, restringindo-se ao máximo o período de doença e dependência.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA FORMAÇÃO DE CUIDADORES

O treinamento de pessoas para cuidar do idoso é necessário, em face da situação de desamparo em que eles se encontram, no sentido de facilitar o atendimento imediato das suas necessidades básicas, quando estão doentes e/ou fragilizados. O aumento expressivo e progressivo da população idosa impõe o resgate do papel do “cuidador”. A complexidade cada vez maior da organização das sociedades reforça a necessidade de preparo e aprendizado específicos para exercer esse papel. Espera-se que o cuidador possua atividade profissional condizente com a capacidade de desenvolver ações de ajuda naquilo que o outro não pode mais fazer por si só. Esse cuidador assume a responsabilidade de dar apoio e ajuda para satisfazer às necessidades, visando à melhoria da condição de vida de quem necessita de cuidado diferenciado, temporário ou até definitivo. O cuidador nem sempre é membro da família e a sua presença no ambiente familiar implica reconhecer valores de respeito e discricção, para não interferir na dinâmica familiar.

O preparo de cuidadores exige a definição de uma base conceitual norteadora dos valores e princípios filosóficos, que podem ser reconhecidos pelos seguintes pressupostos⁷: 1. o cuidado humano ou o “autocuidado” representa a essência da condição humana. O “cuidar do outro” sempre representa condição temporária e circunstancial, à medida que o “outro” está impossibilitado de se cuidar; 2. o “cuidador” é uma pessoa envolvida no processo de “cuidar do outro”, especialmente em relação ao idoso, com quem vivencia uma experiência contínua de aprendizagem e que resulta na descoberta de potencialidades mútuas. É nessa relação íntima e humana que se revelam potenciais, muitas vezes encobertos, do idoso e do cuidador. O idoso se sentirá capaz do autocuidado e reconhecerá suas reais capacidades; 3. o cuidador é um ser humano de qualidades especiais,

expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. Costuma doar-se ou voluntariar-se para as áreas de sua vocação ou inclinação. Seus préstimos possuem sempre um cunho de ajuda e apoio humanos, com relações afetivas e compromissos positivos.

Cuidador informal

É aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e que não é remunerado.

Podem ser de gêneros diversos, pertencentes ou não à família que possui idoso em casa e se identificam com as atividades pertinentes do cuidado ao idoso. Deve ser alfabetizado, gozar de estado físico e mental saudável, possuir noções básicas do cuidado ao idoso e compreensão mínima do processo de envelhecimento humano. Os cuidados básicos com os idosos são constituídos pela: prevenção de quedas; limpeza do ambiente; mudança de posição; estímulo à movimentação e condução, quando necessária, da sua movimentação; controle de uso de medicamentos; e a higiene pessoal. Vários estudos demonstram que um dos principais fatores que contribuem para garantir a manutenção da saúde é a compreensão dos mecanismos de equilíbrio das funções corporais.⁸ O idoso e seu cuidador devem compreender o funcionamento do corpo humano; conhecer o mecanismo das principais doenças, a capacidade adaptativa diante de situações de incapacidade e a manutenção da autonomia; procurar reduzir o custo para obtenção de melhores condições de saúde e da qualidade de vida; e promover mudança dos valores de bem-estar biopsicossocial-cultural-espiritual de seus familiares.⁸ Todos os cuidadores, independentemente do nível funcional do idoso, deverão passar por algum tipo de treinamento. O sentimento de eficácia é fundamental para a garantia do bem-estar. Esse sentimento provém da possibilidade de realização de atividades que tenham valor individualizado. É comum que idosos com comprometimento funcional devido à vigência de doenças crônicas, tais como demência, sequelas de acidente vascular-encefálico ou pneumopatias graves que requeiram uso de oxigênio domiciliar, percam esse sentimento de eficácia que, no decorrer da vida, está fortemente associado às atividades profissionais. A função do cuidador informal, portanto, é auxiliar e/ou realizar atenção aos idosos

que apresentam limitações para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, para estimular a independência e respeito à sua autonomia. Constatam dessas atividades:

- **Higiene pessoal:** limpeza do corpo e da boca, do vestuário e dos objetos que o idoso usa no dia-dia;
- **Higiene do ambiente:** cuidado ao espaço reservado ao idoso, geralmente o seu quarto de dormir;
- **Alimentos:** seguir as dietas e recomendações indicadas, estimular e auxiliar a alimentação e, se necessário, preparar os alimentos;
- **Medicações:** administrar os medicamentos por via oral e os que devem ser aplicados na pele, nos horários indicados pelo médico e de acordo com as suas instruções;
- **Atividades físicas:** apoiar o idoso em caminhadas, ajudando-o também em outros exercícios recomendados por profissionais especializados;
- **Compras:** adquirir alimentos, medicamentos e objetos de uso diário, quando esta tarefa tiver sido combinada com a família;
- **Lazer, trabalho e atividades fora de casa:** acompanhar o idoso, conversar sobre assuntos de seu interesse, assistir à televisão, ajudar em trabalhos manuais, acompanhá-lo a festas, cerimônias religiosas, consultas médicas, exames, idas ao banco, entre outros;
- **Estimulação:** incentivar o idoso a descobrir tudo o que gosta de fazer, a tomar decisões, a cooperar com algum trabalho, a manter a prática de autocuidado, além de apoiar e estimular a vida social de modo a permanecer ativo e participativo para sentir-se valorizado, preservando a autoestima. O convívio deve ser incentivado pela comunicação, socialização por meio de convívio, recreação e lazer.

Cuidador formal

É a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida cotidiana, unindo-o idoso à sua família e aos serviços de saúde ou da comunidade. Esse trabalhador geralmente é remunerado pela função que exerce.

São requisitos a serem respeitados por esse cuidador: 1. ter completado o ensino fundamental; 2. ter mais de 21 anos de idade; 3. submeter-se a treinamento específico ministrado por instituição reconhecida, em observância a conteúdo oficialmente aprovado

para atuar junto às pessoas idosas; 4. gozar de condições físicas e psíquicas saudáveis e possuir qualidades éticas e morais, além da necessária identificação com as atividades a serem desenvolvidas.⁸

O cuidador formal, portanto, representa instrumento de ajuda para que os idosos possam realizar as suas atividades diárias, receber os medicamentos prescritos por via oral, ser auxiliados na sua deambulação e mobilidade, ter a organização de seu ambiente protetor e seguro organizado e acesso a dispositivos de ajuda (equipamentos), ter conforto físico e psíquico, receber estímulo para o relacionamento e contato com outras pessoas e participar de atividades recreativas e sociais. O cuidador, além disso, confere sinais vitais, reconhece sinais de alterações (alerta) e presta socorro em situação de urgência.

Maus-tratos na velhice

Cuidar de idosos, em especial dos semidependentes ou dependentes, é tarefa difícil, exaustiva, que exige dedicação e paciência, sendo, entretanto, fonte de satisfação e autorrealização. É comum, portanto, que na ausência de tolerância ocorram abusos ou negligência que resultam em riscos de maus-tratos.

A atitude diante de riscos de maus-tratos requer:

- Aceitar que existem e que possuem efeito destrutivo na qualidade de vida dos idosos e do cuidador;
- Reconhecer o direito dos idosos à sua autonomia;
- Procurar dividir esta tarefa com outras pessoas da família, da comunidade ou de grupos de autoajuda. A possibilidade de algum tempo livre para o cuidador permitirá que ele possa se dedicar ao seu autocuidado;
- Infundir ânimo no idoso para a vida e o viver; ajudá-lo a ser ativo, a buscar ocupação e a realizar algum ideal. O ânimo devolve ao cuidador os aspectos positivos dos cuidados, diminui o estresse e possibilita relação adequada cuidador/idoso;
- Facilitar a criação de grupos de autoajuda;
- Refletir diariamente se, mesmo sem querer, houve algum ato que possa ter sido de maus-tratos, procurando, neste caso, desculpar-se junto a seu familiar, identificar as razões e buscar as soluções;
- Procurar ajuda caso receba alguma forma de maus-tratos nas redes de apoio existentes;
- Denunciar a quem de direito o fato, caso assista ou tenha conhecimento de alguma forma de maus-tratos;

- Divulgar, por meio da mídia e da rede de apoio, a existência de maus-tratos ao idoso.

Condutas básicas na atenção integral à saúde

Os cuidados mínimos necessários para que o idoso tenha vida digna e de qualidade depende da instituição de ações preventivas caracterizadas, em especial, pela imunização contra gripe, difteria-tétano, pneumococo, febre amarela e o cuidado com as quedas. As quedas relacionam-se, em geral, ao desequilíbrio provocado por algumas doenças, efeitos de certos medicamentos e às condições ambientais de sua habitação. A casa do idoso constitui-se em preocupação especial, é necessário que tenha luminosidade adequada; mobiliário baixo, sem almofadas ou quinas pontiagudas; tapetes pequenos e colados ao chão; escadas e rampas com antiderrapantes nos degraus, com barras condutoras de apoio facilmente disponíveis às mãos. Deve ser avaliado o uso de cadeira de banho e de bengalas ou andadores.

Cuidados gerais

Os aposentos devem ser arejados e iluminados, limpos e, caso aprecie, a música ambiente pode ser uma ótima opção. O idoso acamado precisa ser mudado de posição de 2/2 horas; e, quando em decúbito dorsal, deve ser acomodado com travesseiros ou rolos de espuma embaixo dos joelhos e calcanhares. O posicionamento em decúbito lateral requer a instalação de um travesseiro sob a perna que estiver por cima. A cama do paciente deve, preferencialmente, ter o colchão atingindo a altura da parte inferior das nádegas, facilitando o deitar sem muito esforço. Os tapetes devem ser bem fixados ou então removidos. O banheiro precisa ter portas largas que permitam a passagem de cadeira de rodas, ter barras de apoio e piso antiderrapante. Escadas devem ser substituídas, sempre que possível, por rampas.

Cuidados com os medicamentos

Devem ser armazenados em local limpo e de fácil acesso, fora do alcance de crianças e de animais,

protegidos da luz solar, do calor e da umidade e separados de produtos de limpeza, perfumaria e alimentos. Não devem ser mantidos em locais como cozinha e banheiro. Não guardar medicamentos que não estejam sendo mais usados pelo paciente e não manter conjuntamente remédios pertencentes a outrem.

Higiene pessoal

O banho, sempre que possível, deve ser dado no chuveiro. O banho no leito, se necessário, requer o uso de sabonete neutro; sem bucha para esfregar a pele, que já é bem afilada; com preferência para o uso de água morna. A pele deve ser logo secada após o banho, seguida de hidratação com creme ou vaselina líquida; com vestimentas adequadas à temperatura ambiente.

A higiene oral deve ser feita com a cabeceira do leito elevada, após cada refeição, observando-se se há sangramentos. As próteses devem ser escovadas com cerdas duras, seguindo-se de limpeza da gengiva e língua com gaze umedecida em água filtrada e solução antisséptica, envolvida em uma espátula, três vezes ao dia. A prótese, quando não estiver em uso, deve ser guardada em recipiente fechado com tampa. As pessoas com perda de peso devem ter sua prótese reavaliada, uma vez que a adaptação inadequada pode comprometer a alimentação. Ao terminar a higiene oral, hidratar os lábios com batom ou manteiga de cacau.

Os cuidados com a pele são necessários porque esta representa a barreira principal de proteção do organismo. O envelhecimento promove diversas modificações dérmicas, o que torna idosos e pacientes acamados mais vulneráveis ao risco de formação de feridas. A formação de feridas pode ser predisposta pela: desidratação, desnutrição, umidade, atrito da pele com outras superfícies, imobilidade, alteração da circulação local, doenças como diabetes e neuropatias, traumas, transferência do paciente. Para a prevenção do desenvolvimento de úlceras de pressão (escaras), é necessária a mudança frequente de decúbito; hidratação da pele íntegra; uso de colchão piramidal (caixa de ovo), coxins e travesseiros para alívio da pressão sobre a pele; estímulo à movimentação; avaliação diária da pele; manutenção adequada da higiene corporal; troca de fraldas sempre que necessário; oferta de dieta especial rica em proteínas e minerais para ajudar na cicatrização.

Alimentação

A alimentação deve ser oferecida pelo cuidador com o especial cuidado de verificar a sua temperatura e o prazo de validade dos alimentos oferecidos. A alimentação saudável pode ser resumida em: variedade, moderação e equilíbrio. Deve ser composta diariamente por:

- alimentos energéticos, como: arroz, aveia, trigo, milho, centeio, cevada e farinhas derivadas desses cereais, massas em geral, bolo, pães, batatas, inhame, cará, mandioca, polvilho, óleos vegetais, azeites, gordura vegetal hidrogenada, margarinas, cremes vegetais, manteiga, *bacon*, toucinho, creme de leite, sendo que os produtos citados a partir dos óleos devem ser consumidos em pequenas quantidades;
- vitaminas, minerais e fibras, compostas de todas as frutas, verduras, legumes e cereais integrais;
- proteínas: carnes, ovos, leite, queijos, iogurtes, coalhadas, além de leguminosas como feijão, soja, lentilha, grão de bico e ervilha.⁸

O idoso deve comer devagar e em local tranquilo; fazer cinco a seis refeições ao dia, mantendo intervalo de três horas entre elas; ingerir líquidos (seis a oito copos ao dia) pelo menos uma hora antes ou após as refeições.

Todas as refeições devem conter alimentos energéticos, vitaminados e proteínados. Devem ser preferidas as preparações assadas, grelhadas ou preparadas no vapor; e evitadas as frituras e alimentos industrializados. É preferível a administração de frutas frescas e com casca; sem adição de sal às refeições (retirar o saleiro da mesa); e redução de consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar e gorduras. O peso deve ser monitorizado para avaliar a sua estabilidade (perda ou ganho).⁸

Distúrbios do sono

O envelhecimento pode provocar algumas modificações fisiológicas no padrão do sono, em especial tornando-o superficial, percebido como sono leve, e menos satisfatório; com propensão a dormidelas diurnas e sonolência vespertina; e dificuldade em iniciá-lo e mantê-lo à noite (despertar precoce).⁸ A qualidade do sono pode ser afetada também por algumas doenças, pelo uso de medicamentos, bem como pela mudança do ambiente de dormir.

As doenças mais comuns que comprometem esse padrão são: depressão, quadros demenciais e acidentes vasculo-encefálicos (AVE).⁸

A “higiene do sono” representa a aplicação de medidas capazes de minimizar essas alterações, caracterizadas por: criação de ambiente favorável ao sono, constituído por hábitos que “sinalizem” a aproximação do horário de dormir, como preparo da cama, roupa apropriada, conforto no leito, banho morno, ingestão de leite morno ou de chás relaxantes e aplicação de massagens; delimitação de contraste entre dia e noite (diminuição da luminosidade e barulhos no fim da tarde, estimulação do idoso com atividades e exercícios durante o dia e banho de sol). O cochilo, quando presente, deve ser inserido em horário regular; com o estabelecimento de rotina diária bem estabelecida; evitar o uso de estimulantes a partir do almoço (bebidas que contenham cafeína – chás mate e preto, café, achocolatados e refrigerantes, cigarros e bebidas alcoólicas) e de exercícios físicos antes de dormir. Os exercícios devem ser feitos, preferencialmente, pela manhã ou à tarde. Os pacientes com refluxo ou azia não devem ingerir alimentos próximo do horário de dormir. A administração de diuréticos deve ser preferencialmente matutina.

Intercorrências

Alguns procedimentos devem ser feitos para prevenir intercorrências⁹, como no caso de 1. diarreia: seguir as orientações de higiene do próprio cuidador, de utensílios e de alimentos. Desde o início da diarreia, promover a reposição hídrica, de preferência oral, em doses fracionadas e/ou após cada episódio de evacuação. Oferecer em tomo de 150 mL após cada evacuação diarreica. A dieta não deve ser suspensa, pois o paciente já está em processo de mais consumo de energia. Substituir o leite de vaca pelo de soja, desde que não haja alergia aos seus componentes; e excluir as frutas laxativas (laranja, mamão, manga, ameixa) da dieta. Acrescentar frutas constipantes (caju, limão, banana, goiaba e maçã coada com a casca); 2. constipação intestinal: suspender ou substituir, se possível, medicamentos obstipantes após orientação médica. Acrescentar à dieta os sucos laxativos. Estimular exercícios físicos (respeitando os limites de cada idoso) para fortalecer a prensa abdominal. Nos pacientes restritos ao leito, fazer exercícios passivos e massagear o abdômen para estimular os movimentos

intestinais. Estabelecer um horário para a evacuação, de preferência pela manhã ou após a refeição. Deve ser estimulada a ingestão adequada de líquidos (1,5 a 2,0 L/dia). O paciente deverá ser avaliado (médico, nutricionista), quando não há resolução com as medidas anteriores, para orientação de tratamento específico. A formação de fecaloma constitui complicação temida, promovendo, muitas vezes, a internação do paciente; 3. pneumonia aspirativa: manter a cabeceira do leito sempre em elevação de 30 a 45° durante e após a alimentação; 4. infecção do trato urinário (ITU): os principais sinais de alerta sugestivos de ITU são ardência/dor ao urinar (disúria); alteração de cor e cheiro da urina; diminuição da diurese; resíduos e grumos (depósitos) em pacientes com sonda vesical de demora; incontinência urinária. Os idosos podem responder à infecção apenas com prostração, hiporrexia ou piora funcional. A prevenção da ITU relaciona-se com a higiene adequada da região genital e com as trocas frequentes de fraldas. Deve ser feita com muita frequência a oferta de líquido para ingestão ao idoso, para evitar que a urina fique muito concentrada, o que a torna meio próprio para reprodução de microrganismos. A retenção urinária deve ser evitada, quando houver indicação, por intermédio do uso de sondas. A higiene diária em pacientes com coletor urinário requer o uso de sabão neutro, para evitar traumatismos e infecções nos órgãos genitais. O coletor não deve estar apertado para não estrangular o corpo peniano, no caso do homem, devendo ser esvaziado sempre que necessário. Os pacientes que usam cateter vesical de demora devem ter a bolsa esvaziada diariamente e o aspecto da urina deve observado quanto à cor, odor, quantidade e presença de grumos e coágulos. O circuito de drenagem vesical deve ser clampado quando o paciente for movimentado e sempre adequadamente posicionado; 5. desidratação: a oferta de líquidos deve ser feita com frequência. Os pacientes com disfagia geralmente apresentam tosse e/ou engasgos ao receberem líquidos e, nesses casos, deve ser usado pó espessante para garantir o fornecimento adequado. Nos casos de perda por vômitos, diarreia, febre e sudorese aumentada, oferecer soro caseiro e entrar em contato com o nutricionista ou o médico-assistente.¹⁰⁻¹³

Sinais de alerta

É fundamental que a família e cuidadores fiquem atentos às modificações apresentadas em qualquer

momento pelo paciente e observem alguns parâmetros, que podem estar associados a doenças ou infecções. A temperatura axilar média normal é em torno de 36,8°C. No adulto considera-se febre a identificação de temperatura axilar igual ou acima de 37,2°C. O aumento da temperatura corpórea pode ser revertido com o uso de paracetamol e dipirona. O aumento da oferta de líquidos previne a desidratação. A hipotermia (temperatura axilar abaixo de 34°C) também constitui sinal de alerta e o paciente deve ser aquecido com cobertores, além de ser necessária avaliação médica. A frequência respiratória pode ficar alterada em doenças, principalmente nas pneumopatias, além de ser influenciada pela dor e ansiedade. É importante observar o padrão ventilatório do paciente para surpreender alguma dificuldade para ventilar e a cianose de extremidades (coloração azulada ou arroxeada). O nível de consciência dos portadores de quadros demenciais pode apresentar, com frequência, oscilação e alterações de comportamento, tornando-se, por exemplo, confusos ou agitados, entre outras manifestações. Alterações bruscas do nível de consciência (confusão mental, prostração) devem ser relatadas aos profissionais de saúde, pois podem estar associadas a doenças.

RECURSOS INSTITUCIONAIS E COMUNITÁRIOS

Importância para a integração social do idoso

Durante muitos anos o recurso mais comum para o atendimento ao idoso foi o asilo, reconhecida a necessidade de abrigo e proteção por abandono ou inexistência do grupo familiar. A partir da década de 70, quando o processo de envelhecimento brasileiro se acelerou, novos recursos foram necessários e criados para atender às necessidades e anseios manifestados pelo número crescente de idosos.

Reconhecendo que a dimensão social do ser humano não se esgota no lar, os recursos institucionais e comunitários se voltam para a integração social do idoso. Não ter aonde ir prejudica a capacidade de fazer novas relações, dialogar sem medo, movimentar-se sem as limitações que tornam o idoso circunscrito em seu domicílio, fazendo desaparecer a iniciativa, a criatividade e o desejo de se atualizar.

O compromisso cívico e político dos idosos com a comunidade e a sociedade é cada vez mais intenso e relaciona-se com a sua autonomia e discernimen-

to. A transmissão da experiência de vida a outros grupos etários, ou mesmo para outros idosos, pode ser exercida em associações de aposentados e de ex-alunos/professores em escolas. Deve ser ressaltada a importante colaboração do idoso para o resgate da memória cultural, pelas experiências vividas e conhecimentos acumulados.

Papel desses recursos

Para atender à finalidade exposta e, em última análise, para promoção da saúde, vão aos poucos surgindo os programas e serviços. Os primeiros são destinados a toda a comunidade e os últimos à pessoa e à família. Assim, têm origem os grupos de convivência, recurso que proporciona ressocialização e o exercício da indispensável mobilidade, com opções para os idosos se sentirem independentes e tomarem iniciativas. Podem colaborar para a expansão desses programas os sindicatos, as escolas, as igrejas e os clubes sociais que dispõem de áreas parcialmente ociosas.

Evidencia-se a necessidade de as comunidades se equiparem com recursos que garantam aos idosos a possibilidade de continuarem vivendo no seu ambiente social, da mesma forma que as comunidades reconhecem e defendem a necessidade de creches e reivindicam a sua instalação.

Programas para os idosos proliferam nas cidades brasileiras e são exemplos privilegiados para demonstrar que a experiência de envelhecimento pode ser vivida de maneira distinta. As universidades abrem-se aos idosos, o turismo é direcionado para eles e outras iniciativas vão sendo implementadas.

Na área da saúde também os recursos vão surgindo para atender a esta crescente demanda. Surgem ambulatórios geriátricos e unidades geriátricas em hospitais. Cresce a necessidade de outros modelos de assistência, como o hospital-dia e centros diurnos. Esses centros constituem alternativa pouco experimentada, embora seja um importante recurso de apoio à família, para garantir que ao idoso sejam proporcionados os cuidados necessários, sem afastá-lo do grupo familiar. O hospital-dia tem a finalidade de proporcionar tratamento médico, de reabilitação e de manutenção do estado físico, além de cuidados de enfermagem e assistência social.

Os recursos institucionais e comunitários, governamentais ou não, devem atender às necessidades

dos idosos, como também oferecer apoio e suporte à família. Assim, na rede de apoio à ação da família nos cuidados a serem dispensados aos idosos, constituem-se recursos fundamentais as palestras e cursos que elucidem as características da velhice.

Integram a rede de apoio as associações de portadores da doença de Alzheimer, de deficiências visuais, auditivas e físicas, Programa de Saúde da Família, agentes de saúde, serviços especializados de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional em domicílio, como exemplos das tantas alternativas para atendimento ao idoso na comunidade.

O paciente terminal

O desenvolvimento tecnológico proporcionou o envelhecimento significativo da população humana. Existe um determinado momento na evolução de uma doença em que, mesmo que se disponha de todos os recursos tecnológicos, a morte torna-se processo irreversível.

O paciente terminal é o que se encontra além da possibilidade de terapêutica curativa e necessita de tratamento paliativo, visando ao alívio de inúmeros sintomas que o atormentam, sempre levando em consideração a possível melhoria da qualidade de vida, de maneira global. Cabe estar ao lado do paciente, para que ele se sinta amparado no processo de viver e morrer com dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população brasileira está em processo de envelhecimento, embora isso venha acontecendo em ritmos diferentes de região para região. Esse processo deve ser considerado ao se decidir pelo planejamento de estratégias em relação às políticas próprias envolvendo saúde/previdência. Essa transformação demográfica causa impacto significativo sobre os custos do estado à medida que os problemas crônicos dos idosos relacionam-se à sua saúde e ao seu papel social. Isto requer o uso de mais infraestrutura, de tecnologias mais complexas e de profissionais capacitados, o que torna as intervenções mais onerosas a partir da permanência em lares para idosos ou internações hospitalares.

Cabe aos profissionais de saúde atuação preventiva, caracterizada pelo estímulo ao idoso, preservando

sua autonomia e independência para melhorar a sua qualidade de vida. O conhecimento das garantias dispostas no Estatuto do Idoso é uma forma de fazer com que ele ocupe seu merecido espaço na sociedade. Outra forma de estimulá-lo é intervindo nas suas atividades da vida diária, considerando sua capacidade na execução de tarefas simples como tomar banho, vestir e alimentar-se. Nas situações de dependência (parcial ou total), cabe aos especialistas identificar e instruir os cuidadores no desempenho de suas (difíceis) atribuições da maneira mais eficiente possível. Quem cuida ou já cuidou de algum paciente totalmente dependente para as atividades da vida diária sabe que muitas vezes as situações são difíceis e estressantes.

Para cuidar bem de alguém, é necessário minimizar o estresse do dia-a-dia e investir em conhecimento, lazer, além do autocuidado. Devem ser definidas prioridades como o equilíbrio entre trabalho e descanso e investimento em conhecimentos e experiências, lazer, arte e criatividade. O angustiante despreparo dos familiares diante do cuidado com o idoso acamado revela a necessidade urgente de criação de formas de orientação aos cuidadores e de condutas fundamentais para o paciente. Isto pode ser feito por intermédio de equipes multiprofissionais, de especialistas ligados a hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), clínicas ou Centros de Saúde, da promoção de palestras e/ou capacitação do responsável pelo cuidado, durante a visita domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Anuário estatístico do Brasil: 1993. Rio de Janeiro: IBGE; 1993. v. 53.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. [Citado em: 2009 jan. 20]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD. Censos Demográfico, 1991, 2000 e Contagem populacional 1996. Rio de Janeiro: IBGE; 2000;
4. Chaimowicz F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev Saúde Pública*. 1997 Abr; 31(2) 184-200.
5. Organização Mundial de Saúde-OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Nova Iorque: OMS/WHO; 1946.
6. Organização Mundial de Saúde. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

7. Pinto JLG, Oliveira ACG, Mangini SCB, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PFS. *Ciêñ Saúde Coletiva*. 2006 jul-set; 11(3):753-64.
8. Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso. Protocolo de avaliação admissional multidimensional do idoso institucionalizado. Belo Horizonte: PBH/SMS; jan. 2004.
9. Unimed. A importância do uso de atividade com idosos. Adaptando o Ambiente. Capacitação de Cuidadores, Terapia Ocupacional. Belo Horizonte: Unimed; [20-]. Apostila.
10. Leal A, Rangel B, Moro LBEF, Schuwinski PR, Osborne SA. AVC: Guia Prático de prevenção & cuidados. Belo Horizonte: Clínica Neurológica Unicentro; [20-].
11. Mello MMAF, Perracini MR. Avaliando e adaptando o ambiente doméstico. In: Duarte YAO, Diogo MJ. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. cap. 14, p. 187-99.
12. Neistadt ME, Crepeau EB. Willard & Spackman: terapia Ocupacional. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. cap. 1, p.3-9.
13. Veras RP. Envelhecimento populacional do Brasil: mudanças demográficas e desafios epidemiológicos. *Rev Saúde Pública*. 1991 dez; 25(6):476-88.