

2.<sup>a</sup> Edição

Coordenação:

Carlos Sequeira

# CUIDAR DE IDOSOS

com Dependência Física e Mental



# CUIDAR DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA E MENTAL

**2.<sup>a</sup> Edição Atualizada**

*Coordenação*  
**Carlos Sequeira**



**Lidel – edições técnicas, lda.**  
[www.lidel.pt](http://www.lidel.pt)

# ÍNDICE

---

<b>AUTORES</b> .....	VII
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	IX
<b>PREFÁCIOS</b> .....	XI
<i>Horácio Firmino e João Barreto</i>	
<b>NOTA INTRODUTÓRIA</b> .....	XVII
<b>SIGLAS E ABREVIATURAS</b> .....	XXI
<b>PARTE I – ENVELHECIMENTO</b> .....	<b>1</b>
<b>1 – Envelhecimento, Autonomia e Dependência</b> .....	2
<b>2 – Contextualização do Envelhecimento</b> .....	6
<b>3 – Implicações do Envelhecimento</b> .....	18
<b>4 – Síndrome de Fragilidade no Idoso</b> .....	28
<b>5 – Envelhecimento, Contexto Social e Familiar</b> .....	37
<b>6 – Envelhecimento: Novos Desafios</b> .....	41
<b>PARTE II – IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FÍSICA</b> .....	<b>45</b>
<b>7 – Processo de Transição para a Dependência</b> .....	46
<b>8 – Instrumentos de Avaliação: Idoso Dependente</b> .....	49
<b>9 – Estratégias de Intervenção na Pessoa Dependente</b> .....	77
<b>10 – Algoritmo de Decisão: Dependência no Autocuidado (ABVD)</b> .....	83
<b>11 – Algoritmo de Decisão: Dependência nas AIVD</b> .....	84
<b>PARTE III – IDOSOS COM DEPENDÊNCIA MENTAL</b> .....	<b>85</b>
<b>12 – Introdução</b> .....	86
<b>13 – Prevalência e Incidência das Demências</b> .....	89
<b>14 – Diagnóstico de Demência</b> .....	92
<b>15 – Demência de Alzheimer</b> .....	96
<b>16 – Demência Vascular</b> .....	101
<b>17 – Aspectos Clínicos das Demências</b> .....	104
<b>18 – Instrumentos de Avaliação</b> .....	115
<b>19 – Estratégias de Intervenção nos Idosos com Demência</b> .....	131
<b>20 – Algoritmo de Decisão: Dependência Mental (Cognição)</b> .....	159

<b>PARTE IV – CUIDADOR INFORMAL/PRESTADOR DE CUIDADOS .....</b>	<b>161</b>
21 – Introdução .....	162
22 – Tipologias de Prestação de Cuidados .....	167
23 – Determinantes da Adoção do Papel de Cuidador .....	170
24 – Transição para o Exercício do Papel de Cuidador .....	176
25 – Natureza das Repercussões Associadas ao Cuidar .....	201
26 – Instrumentos de Avaliação do Cuidador .....	209
27 – Estratégias de Intervenção nos Cuidadores .....	251
28 – Algoritmo de Decisão: Cuidador Informal .....	265
<b>PARTE V – O CONTEXTO PORTUGUÊS.....</b>	<b>267</b>
29 – Caracterização do Cuidador.....	268
30 – Caracterização da Prestação de Cuidados .....	271
31 – Fatores Determinantes para o Aparecimento das Repercussões	273
32 – Principais Repercussões Associadas ao Cuidar.....	299
33 – Modelo Explicativo de Repercussões .....	337
34 – Considerações Finais.....	344
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>347</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>367</b>

# AUTORES

---

## COORDENADOR/AUTOR

### **Carlos Sequeira**

Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto; Investigador do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; participa em projetos de investigação nacionais e internacionais na área do envelhecimento e dos cuidadores; autor e coautor de vários livros na área da saúde mental, comunicação e relação de ajuda, envelhecimento e enfermagem.

## AUTORAS

### **Celmira Lange**

Enfermeira; Professora da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Rio Grande do Sul, Brasil; Pós-Doutorada, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Doutorada em Enfermagem Fundamental, pela Universidade de São Paulo; Mestre, pela UFSC; Residência em Reabilitação do Aparelho Locomotor no Hospital Sarah Kubitschek, em Brasília; membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) da UFPeL e do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) da UFSC.

### **Lia Sousa**

Enfermeira do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de São João, Porto; Professora Assistente Convidada da Escola Superior de Enfermagem do Porto; Investigadora do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços da Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto; Doutoranda em Ciências de Enfermagem, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto.

### **Patrícia Llano**

Enfermeira da instituição Servando & Fhurmann Ltda, Rio Grande do Sul, Brasil; Doutorada e Mestre em Ciência da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Rio Grande do Sul, Brasil; Especialista em Auditoria em Saúde; Membro do Núcleo de Condições Crônicas e suas Interfaces (NUCCRIN) da UFPeL.

# AGRADECIMENTOS

---

Este trabalho para o qual contribuíram diversos atores tomou forma a partir de um conjunto de motivações pessoais e profissionais.

Para além de um dever, é com gosto que desejo preitear todos os amigos e familiares cuidadores que, através do somatório de esforços, tornaram possível a concretização desta obra. A todos, um muito obrigado, por me honrarem com o vosso apoio, amizade, incentivo e colaboração.

À Lia, à Patrícia e à Celmira, um especial agradecimento pelos contributos disponibilizados nesta obra.

Ao Doutor Eurico Figueiredo e ao Doutor João Barreto, um eterno obrigado, pela dádiva dos seus ensinamentos.

Ao Dr. Horácio Firmino, pela sua amabilidade genuína, incentivo e partilha.

Aos idosos dependentes e familiares cuidadores, o meu sincero obrigado, pelo interesse demonstrado e pela oportunidade de partilharem “histórias de vida”, fundamentais para a concretização da matriz deste livro e para o meu crescimento pessoal, pois é enriquecedor para quem ganha uns minutos a escutar o que dizem e o que não dizem. De facto, a partilha tem um potencial imensurável para os que têm tanto para dizer e, por vezes, tão poucas oportunidades para o fazer.

À Eugénia, o meu sincero agradecimento, pela simpatia, amizade, partilha de opiniões e reflexões sobre a problemática dos cuidadores.

Aos amigos, o meu sincero bem-haja, pela amizade, disponibilidade, pelas horas partilhadas, pelo apoio e incentivo constantes.

À família, pelo apoio incondicional, pela partilha da vida e compreensão pelas horas no computador.

*O Coordenador*

# PREFÁCIOS

---

## Horácio Firmino\*

A publicação de um novo livro na área das pessoas idosas constitui uma oportunidade de refletirmos sobre a qualidade dos cuidados dedicados a este grupo etário em Portugal.

Sabemos que aproximadamente um quinto da nossa população tem mais de 65 anos de idade. Prevê-se que, nos próximos anos, este grupo populacional cresça de uma forma exponencial, o que obriga a uma reflexão e à adoção de novos paradigmas da avaliação, intervenção e melhoria nos cuidados assistenciais.

Ao longo da última década, estabeleceram-se regras para uma melhoria das condições arquitetónicas e logísticas dos “lares”. Assistiu-se ao encerramento de algumas dezenas de instalações, por não reunirem as condições mínimas de segurança, salubridade e de outras condições físicas.

Complementarmente, assistiu-se à publicação de legislação para promover instituições de cuidados continuados (recentemente dirigidos para os doentes mentais), curiosamente, ou talvez não, os cidadãos com quadros demenciais encontram-se “órfãos” de uma proteção, dada a omissão da referência destes doentes/cidadãos como possíveis usufrutuários destes serviços.

Contrariamente à legislação vigente em diversos países, acontece que, em Portugal, não existe qualquer referência relativa aos profissionais e respetivos *ratios* (por exemplo, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais) que qualquer destas instituições (por exemplo, lares e cuidados continuados) deveria possuir para que se desenvolvesse um serviço de qualidade. Nem tão-pouco é exigido que possuam um registo da informação clínica e de cuidados, muito menos qualquer diferenciação formativa dirigida ao cuidar das pessoas idosas – como se tratar um jovem e uma pessoa mais velha fosse a mesma coisa!

Com isto não queremos referir que todas as instituições têm um padrão de baixa qualidade, já que existem vários exemplos, de norte a sul, onde assistimos à entrega, dedicação e carinho dos profissionais que aí traba-

lham para os idosos que lá se encontram, mas, num país que quer estar no padrão da frente, temos de exigir mais.

As escolas superiores e universidades têm procurado formar técnicos que deem resposta aos novos desafios da sociedade. Licenciaturas, Mestrados e Doutoramentos em Geriatria, Psicogeriatria, Psicogerontologia, Enfermagem Geriátrica, etc. têm vindo a proliferar. Contudo, estes profissionais não encontram lugar para desenvolver as suas competências!

O conhecimento das especificidades da população e a necessidade do conhecimento do doente no seu todo, sem o reducionismo do diagnóstico e intervenção terapêutica, estão presentes nesta obra.

Ao longo do texto, somos conduzidos pela preocupação de se proceder a uma avaliação global que se tem de estabelecer no que concerne à autonomia, à necessidade de suporte e relação com o cuidador, mais ainda, ao impacto da doença no cuidador, às formas de lidar e às dificuldades sentidas.

Sem se deter, o coordenador procura estabelecer um programa de estratégias de intervenção para o cuidador e para o doente portador de demência e, em particular, para o doente dependente.

Por todas estas situações, o presente livro constitui mais um marco de referência bibliográfica no que tem vindo a ser publicado em Portugal sobre esta temática.

O seu coordenador tem-nos habituado a uma reflexão sobre os cuidados que são prestados à população idosa. Com ele já nos cruzámos em conferências, mesas redondas, congressos, etc., encontrámos sinergias e tecemos ideias comuns para melhorar e divulgar os conhecimentos.

Sobretudo, encontrei inquietude no reconhecimento da necessidade de avançar – refletindo, refletindo – estudando, estudando –, investigando e agora publicando o fruto do trabalho desenvolvido.

Pelo que conheço, sei que certamente esta publicação é uma “pausa” para continuar a abrir novos caminhos para o conhecimento da nossa realidade, ao mesmo tempo que nos traz a clarividência de quem não se esconde atrás da docência, mas procura com ela o desenvolvimento de melhores cuidados.

**João Barreto\***

As demências são, hoje em dia, uma realidade direta ou indiretamente experimentada pela quase totalidade dos portugueses. Rara é a família onde não há, pelo menos, um caso, e a perspetiva para os próximos anos não é encorajadora.

Na realidade, dos cerca de milhão e meio de idosos que fazem parte da nossa população, mais de 70 000 são afetados por um processo demencial, na sua maior parte: a doença de Alzheimer ou um quadro afim. E mais de 12 000 casos novos surgem todos os anos. Estes números continuarão a crescer nos próximos anos, principalmente devido ao prolongamento da esperança média de vida, em resultado dos progressos sanitários e do melhor controlo dos flagelos tradicionais. Trata-se de uma consequência paradoxal do progresso nos cuidados de saúde. Consequência esta que, para muitos, parece inesperada, e para a qual a sociedade não tomou as devidas precauções.

A idade avançada traz consigo maior fragilidade e, por consequência, mais doença, tanto física como psíquica. E, realmente, a sociedade não parece preparada para dar uma resposta adequada aos inúmeros problemas que surgem nos mais variados setores, tanto no domínio sanitário como económico-social, que daí resultam. Por outro lado, a nível das experiências individuais, a qualidade de vida de muitas pessoas está diretamente posta em causa, seja por sofrerem elas mesmas das doenças próprias da idade, seja por terem de lidar com situações familiares muito difíceis provocadas pela existência, no seu seio, de doentes com elevado grau de dependência e portadores de patologia crónica, principalmente quando esta é de natureza psíquica.

O aparecimento de um quadro de demência está a ter, hoje e cada vez mais, um impacte severo no sistema familiar. As primeiras manifestações, os esquecimentos e as falhas causam alarme, sobretudo se anteriormente já houve outros casos: será que se trata de Alzheimer? Já não estamos na época em que as pessoas sorriam com bonomia ante os dislates dos

---

\* Professor aposentado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto; Chefe de Serviço de Psiquiatria (aposentado) do Hospital de S. João, Porto; Docente de Gerontologia da Universidade Católica Portuguesa.

anciãos. Todos sabem o que isso pode significar, o que virá depois. Daí que, ao princípio, se esboça uma dúvida: custa a acreditar, talvez não seja tanto assim... Surgem explicações plausíveis para os lapsos: anda deprimido, teve um desgosto, fecha-se em si mesmo... Mas a dura realidade acaba por se impor, e, com ela, a percepção de se estar desamparado ante uma situação de enormes e imprevistas exigências.

A demência difere das outras situações de dependência, pelo facto de a própria comunicação com o doente se ir perdendo pouco a pouco – ao princípio, a nível verbal e, mais tarde, até afetivamente. As reações do enfermo causam perplexidade, não se entendem, parece que ele se vai tornando noutra pessoa, mais torpe e mais obstinada. Não é raro que se comece a repreender o doente, como se ele fizesse de propósito. Quando surgem fases de agitação, elas costumam a aceitar, e nos parentes aflora uma agressividade que julgavam não ser possível. Sentimentos antigos vêm ao de cima, não tanto de carinho quanto de raiva e ressentimento, e, com eles, uma culpabilidade que divide cada um contra si próprio e contra os outros parentes.

Se a sobrecarga de trabalho não pode ser partilhada com outros familiares, o cuidador vai-se afastando progressivamente do seu mundo e tende a viver uma existência de rotinas, em que se esforça por não pensar, alternadas por momentos de esgotamento ou mesmo de desespero. Daí que não é raro encontrarmos verdadeiros quadros de depressão grave entre prestadores de cuidados a doentes com Alzheimer.

Estes prestadores de cuidados informais, uma categoria de pessoas que ainda há poucos anos era relativamente rara, sofrem pois de uma forma de *stress* muito especial, caracterizada pelo esforço físico, tensão permanente, falta de tempo para dormir e cuidar de si e isolamento progressivo do seu meio social. Muitos estudos têm posto em relevo a precariedade da sua condição de saúde física e psíquica e a elevada morbilidade de que padecem, comparativamente com outros indivíduos não sujeitos a tal sobrecarga.

Com o passar do tempo, essa situação pode acabar por se refletir sobre os próprios dementes, eventualmente tratados com menos solicitude, serem vítimas de negligência ou de irritabilidade ou até receberem maus-tratos – situação que não é propriamente uma raridade.

Mas mesmo não sendo a rejeição familiar, felizmente, uma atitude generalizada, ao menos por enquanto, o facto é que as famílias continuam a debater-se com a falta de apoio técnico e social para desempenharem o seu papel no cuidar dos enfermos em situação de demência.

O presente livro chama precisamente a atenção para esse facto e aponta direcções a tomar na resposta ao problema. Partindo do princípio de que o doente deverá permanecer no seu domicílio tanto tempo quanto seja possível, para o poupar ao sofrimento de uma institucionalização precoce, constata que isso acarreta a necessidade de receber cuidados por parte de familiares. Procura, então, avaliar as dificuldades com que esses familiares se deparam no seu esforço de cuidar, bem como caracterizar as maneiras ou estratégias como eles tentam resolver os seus problemas, as chamadas estratégias de *coping*, que também se poderão designar por mecanismos de superação. E tenta identificar as satisfações que eles poderão, eventualmente, retirar da sua atividade e que poderão, de alguma maneira, compensá-los no seu esforço.

O coordenador distingue, e põe em confronto, as situações de dependência provocada por doença física e aquelas que se devem a uma situação de demência. Procura, assim, identificar o que é específico da situação de cuidador de doente de Alzheimer, em comparação com outras enfermidades crónicas. Os seus resultados põem em evidência que a repercussão negativa em termos de maior sobrecarga global – menos satisfação e mais perturbações de saúde – está claramente associada ao facto de ter a seu cargo um enfermo de Alzheimer. Dito por outras palavras, cuidar de um demente é mais pesado, afeta mais a qualidade de vida e põe mais em risco a saúde do que cuidar de outro tipo de doente crónico.

Daqui parte o coordenador para as suas propostas de intervenção em apoio aos cuidadores, que assentam na necessidade de se proceder sistematicamente ao diagnóstico e à avaliação das suas diferentes situações pessoais. Assim, no processo de diagnóstico das situações demenciais, ao lado da avaliação clínica e funcional dos doentes de Alzheimer, deverá proceder-se ainda à avaliação dos cuidadores e, nesse estudo, o enfermeiro deve ter um papel importante e específico. Desta maneira, poder-se-á prestar-lhes a modalidade de auxílio de que eles, na sua grande maioria, tanto carecem e que, como mostra este estudo, estão ainda longe de receber.

É urgente, portanto, cuidar dos cuidadores. Pode parecer uma proposta ousada, mas é, sem dúvida, necessária, como este belo livro tão bem procura demonstrar. E não só eles, mas os que dão todo o esforço e boa parte da vida a amparar os dementes, como estes mesmos enfermos, terão uma vida com mais qualidade, e toda a sociedade ganhará com isso.

# NOTA INTRODUTÓRIA

---

O envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso. A família, habitual suporte de cuidados, sofreu alterações significativas nas últimas décadas, com a mulher, principal cuidadora, a assumir outras funções e, por conseguinte, a colocar dificuldades acrescidas à prestação de cuidados no domicílio.

Esta nova realidade implica a necessidade de se pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso, de preferência no domicílio, e que não sobrecarreguem a família, de forma a diminuir a sua vulnerabilidade física e psicológica. As políticas de saúde devem dar resposta a esta realidade através de programas que:

- Promovam o envelhecimento bem-sucedido;
- Incentivem a coesão e a interação familiar;
- Protejam o idoso de negligência, de más práticas e de violência física e psicológica.

Quando o envelhecimento está associado à dependência, é fundamental criar as condições necessárias para que a assistência nas atividades de vida diária promova a dignidade do alvo dos cuidados. Para isso, a ação dos profissionais de saúde é fundamental para dotar os cuidadores com competências cognitivas (informação), competências instrumentais (saber-fazer) e competências pessoais (saber lidar com). Parece evidente que é necessário aumentar as parcerias entre os cuidadores formais e informais, através de ações concertadas que se traduzam em ganhos em saúde, para quem cuida e para quem é cuidado.

Sugere-se, assim, a elaboração de programas formais que privilegiem, numa primeira fase, a **informação** (doença, dependência, tipo de cuidados), numa segunda fase, o **apoio instrumental** (orientar, instruir, treinar sobre a prestação de cuidados) e, numa terceira fase, a disponibilização ao cuidador informal de apoio, em termos de **suporte** (emocional, psicológico, etc.), que permita atenuar a sobrecarga objetiva e subjetiva inerente ao cuidar.

Este livro visa dar um modesto contributo nesse sentido, servindo de instrumento de ajuda aos cuidadores formais e informais para **um**

**melhor cuidar**, ou seja, um cuidar adequado às necessidades da pessoa dependente, que potencie as suas capacidades e que não coloque em risco excessivo a saúde de quem cuida. Os idosos merecem ser cuidados de forma segura, responsável e digna.

Tem como finalidade contribuir para a divulgação do conhecimento sobre o processo de cuidar, principalmente quando este tem como alvo uma pessoa com dependência de causa física e/ou mental, pelo que se espera proporcionar uma ferramenta útil e promotora da discussão, para todos aqueles que se interessam por esta área.

Sintetizam-se conhecimentos sobre o contexto em que se insere o prestador de cuidados (cuidador informal), numa breve viagem pelas principais dificuldades, níveis de sobrecarga, estratégias de *coping*, fontes de satisfação e bem-estar, de forma não hermética para os profissionais de saúde, o que permite a iniciação a esta temática ou a sua rápida revisão.

Esta segunda edição do livro *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* mantém a estrutura e o conteúdo da primeira edição. Procedeu-se à atualização dos dados e incluíram-se instrumentos de diagnóstico e novas intervenções, de modo a disponibilizar informação mais completa e atual, com destaque para a síndrome de fragilidade no idoso e a estimulação cognitiva.

Trata-se de uma obra que revela a sensibilidade e o interesse dos autores nesta área, em função da sua experiência profissional e pessoal, pelo que esperam ser capazes de traduzir em palavras o seu otimismo e a sua visão sobre esta temática, na qual acreditam que, mesmo em situações de dependência, é possível promover a alegria, o prazer de viver e a vontade de ajudar o outro.

Pretendem, sinceramente, ser capazes de descrever a riqueza proporcionada pelo contacto direto com muitos familiares cuidadores, o que constitui uma tarefa complexa, mas que não deixarão de tentar, conscientes da dificuldade em documentar um conjunto de situações que apenas se podem viver. Por isso, muitas das informações documentadas são resultantes das opiniões dos atores que vivenciaram esta experiência peculiar.

Em termos de informação, poder-se-á dizer que o material aqui publicado está sustentado em dois pilares fundamentais: i) a pesquisa específica efetuada com este propósito único – reunir a informação atual sobre o envelhecimento, a dependência e o cuidador; ii) a investigação que os autores desenvolveram nesta área, quer de forma direta nos seus trabalhos

quer de forma indireta através dos seus alunos de Mestrado e Doutoramento. Nesse sentido, trata-se de uma obra com possível interesse para quem cuida de uma pessoa com uma limitação física e/ou mental e para quem pretenda desenvolver mais conhecimentos nesta área, através da investigação.

A seleção dos conteúdos emerge das necessidades detetadas nos atores que trabalham nesta área, nos profissionais de saúde e nos cuidadores informais. Por isso, o livro apresenta instrumentos de diagnóstico mais completos/complexos e instrumentos de diagnóstico mais simples, intervenções gerais a implementar em programas de saúde e intervenções específicas a implementar em situações concretas.

A ênfase está intencionalmente inclinada para duas áreas:

- **Instrumentos de avaliação** – porque os autores consideram que só é possível intervir de forma adequada, a cada caso, com um diagnóstico preciso sobre a realidade, sem negligenciar o potencial das informações recolhidas através da observação direta, em função da habilitação do cuidador e de cada contexto. Nesse sentido, sugere-se que a perceção pessoal/observação direta complemente os resultados dos instrumentos. Assim, as escalas e os índices são recursos que devem ser utilizados para possibilitar um diagnóstico mais rigoroso de cada caso;
- **Intervenções específicas** – tendo como alvo os três principais contextos em análise: i) idoso com dependência física; ii) idoso com dependência mental; e iii) cuidadores informais.

Os conteúdos encontram-se organizados em cinco partes: i) envelhecimento; ii) idoso com dependência física; iii) idoso com dependência mental; iv) cuidador informal/prestador de cuidados; e v) o contexto português.

Procurou-se, neste fio condutor, descrever a informação desde o processo de envelhecimento, que está na génese ou associado à dependência, até à necessidade de cuidados e à conseqüente intervenção.

No contexto desta obra, a situação de doença mental em análise centra-se nas síndromes demenciais, que constituem uma problemática característica dos idosos, conforme é abordado no Capítulo 13. A prevalência da demência duplica de cinco em cinco anos entre os 60 e os 90 anos e a sua proporção é reduzida abaixo dos 60 anos. O aparecimento de uma síndrome demencial inscreve-se no domínio das doenças crónicas e, na maioria dos casos, degenerativas, às quais está associado um conjunto de défices que comprometem a autonomia e a independência das pessoas

idosas, sendo indispensável a ajuda de terceiros para a sua manutenção no domicílio.

Assim, estamos na presença de pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos, que são confrontadas com o agravar de algumas doenças iniciadas na fase adulta e que se encontram mais vulneráveis ao aparecimento de outras doenças características do envelhecimento, como é o caso das demências. Por outro lado, constata-se que um número significativo destes idosos vai ficar responsável pela prestação de cuidados a outros idosos, o que constitui um fator de risco de morbilidade.

O aumento do número de idosos e o do índice de dependência terão como consequência inevitável um aumento do número de cuidadores informais. Por outro lado, é importante sensibilizar as famílias para os efeitos positivos associados à manutenção do idoso dependente no seu ambiente natural/familiar.

Contudo, para que esta realidade seja possível, ou seja, para aumentar a proporção de idosos dependentes que permanecem no domicílio, é necessário criar interfaces que permitam dotar os cuidadores dos requisitos indispensáveis para uma assistência de qualidade e que passam, em grande parte, pelas condições ambientais, económicas, sociais, de informação, de competências/habilidades e de apoio formal.

Espera-se que a divulgação do conhecimento sobre o processo de cuidar, principalmente quando este tem como alvo uma pessoa com dependência de causa física e/ou mental, possa ser uma ferramenta útil, promotora da discussão para todos aqueles que se interessam por esta área.

É necessário criar interfaces que possibilitem a informação, preparação, treino, apoio e suporte do cuidador, para ajudar no desempenho desta nobre tarefa que é **cuidar de alguém dependente**, ou seja, ajudar alguém a viver da forma mais satisfatória e digna possível, mesmo quando se encontrar numa situação de dependência.

Assim, parece consensual, pelas pessoas e entidades que estudam o fenómeno do envelhecimento, concluir que é muito importante providenciar uma resposta adequada às necessidades de cuidados das pessoas dependentes.

velocidade da marcha. Este ciclo descreve um processo de perda energética, que inclui diminuição da taxa metabólica, declínio do gasto energético e da mobilidade e perda de massa e força muscular (sarcopenia), e que pode levar aos défices no equilíbrio corporal (Macedo, Gazzola e Najas, 2008).

Entende-se que as alterações fisiológicas e os fatores associados podem levar a condições de fadiga, perda de peso e alterações da velocidade da marcha, justificando risco elevado para a ocorrência de desfechos adversos da SFI, tais como maior taxa de hospitalização, maior possibilidade de acidentes por quedas, deterioração das AVD e maior mortalidade.

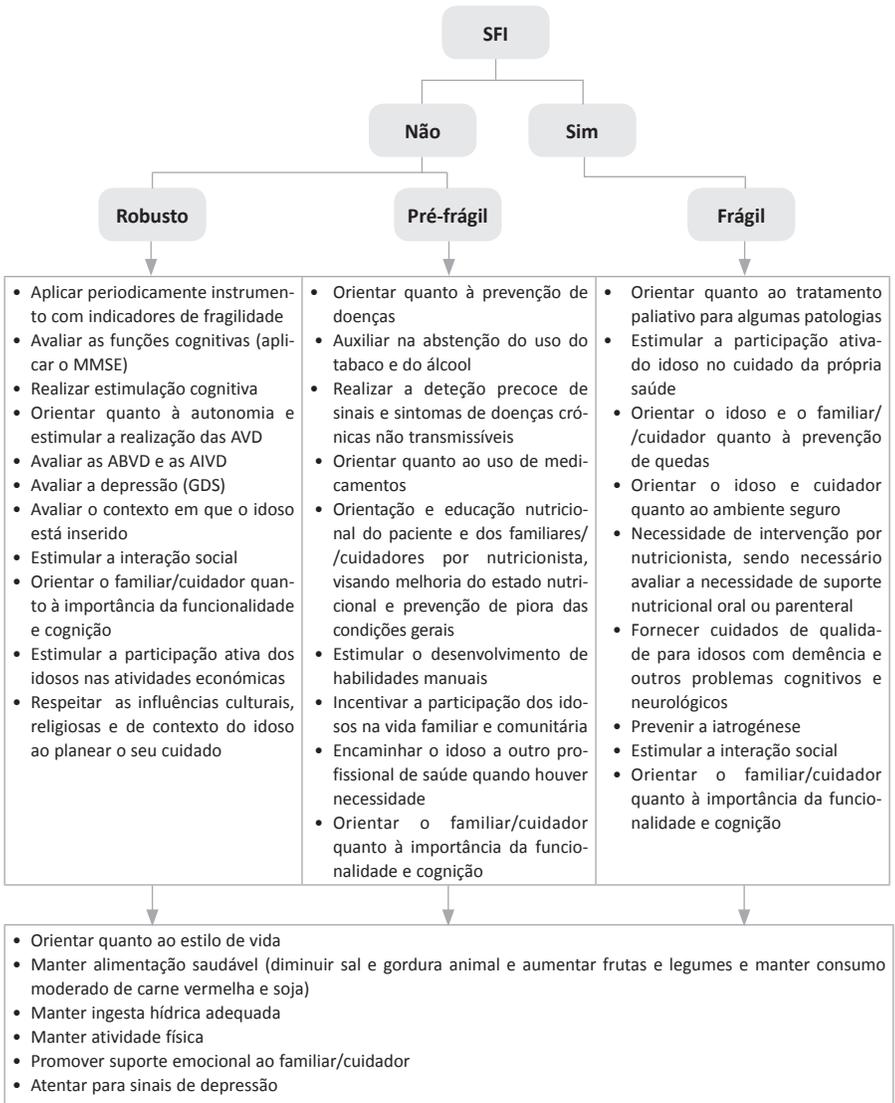
O conjunto de alterações fisiológicas, patológicas e consequentes efeitos derivados da SFI culminam numa maior dependência dos idosos, que se traduz por uma necessidade de ajuda. Todavia, esta dependência não é um estado permanente, mas um processo dinâmico, no qual a evolução se pode modificar e até ser prevenida ou reduzida, se houver identificação precoce da instalação da SFI e assistência adequada por parte de uma equipa multi-disciplinar (Llano, 2015).

## **FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DA FRAGILIDADE NO IDOSO (SFI)**

Os principais fatores associados à SFI (Fried *et al.*, 2001; Argenta, 2012; Llano, 2015) são:

- Sexo feminino;
- Idade avançada;
- Cor da pele negra/parda;
- Baixa escolaridade;
- Baixos rendimentos;
- Presença de uma ou mais morbilidades;
- Má perceção da saúde;
- Residir sem companheiro;
- Viver sozinho;
- Ausência ou fraca rede de apoio social;
- Viver numa habitação inadequada;
- Não realizar atividade física;
- Estado nutricional deteriorado;
- Diminuição cognitiva e incapacidade funcional.

objetivo avaliar a SFI na população rural, tendo em conta a prevalência e os fatores associados, no Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), construiu um algoritmo de cuidados para a SFI, com orientações preventivas e de intervenção na fragilidade em idosos robustos, pré-frágeis e frágeis (Figura 4.1).



MMSE – MiniMental State Examination; ABVD – Atividades básicas de vida diária; AIVD – Atividades instrumentais de vida diária; GDS – Escala de Depressão Geriátrica (em inglês *Geriatric Depression Scale*).

**Figura 4.1: Algoritmo de cuidados para a SFI (adaptado de Llano, 2015)**

## ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DÁRIA (ABVD) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD)

Neste item, documentam-se outros instrumentos que podem ser utilizados para avaliar o estado de dependência dos idosos, com e sem demência, mas sobre os quais não se apresentam dados. Apenas se enunciam os instrumentos, regras de preenchimento e forma de cotação.

### ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD) DE LAWTON E BRODY

Este instrumento permite avaliar o grau de dependência do idoso em sete grupos de AVD (Lawton e Brody, 1969). Uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global. O interesse deste instrumento reside na capacidade de avaliação global do idoso e na capacidade de avaliação parcelar, de acordo com cada grupo de atividades: cuidados pessoais (autocuidado); cuidados domésticos; trabalho, recreação/lazer; compras e gestão do dinheiro; locomoção; comunicação; e relações sociais.

#### Cuidados pessoais

- **Alimentação:**

- 0 = Normal.
- 1 = Independente.
- 2 = Necessita de ajuda para cortar ou servir.
- 3 = Deve ser alimentado na maioria das refeições.

- **Vestir-se:**

- 0 = Normal.
- 1 = Independente, mas lento.
- 2 = Sequência errada, esquece itens.
- 3 = Necessita de ajuda para vestir-se.

- **Banho:**

- 0 = Normal.
- 1 = Toma banho sozinho mas necessita de ser lembrado.
- 2 = Toma banho sozinho com assistência.
- 3 = Toma banho sozinho com ajuda total de outros.

- **Eliminações fisiológicas:**

- 0 = Vai à casa de banho sozinho.
- 1 = Vai à casa de banho quando lembrado; pequenos problemas.
- 2 = Precisa de ajuda para a atividade.
- 3 = Não tem controlo sobre o esfíncter anal e/ou vesical.

(continua)

## **DEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)**

Neste item, incluímos as orientações sobre como lidar com as alterações a nível das atividades relacionadas com a higiene, a eliminação, a alimentação, a mobilidade, etc.

### **Higiene**

A higiene na pessoa idosa, na sua globalidade, requer uma série de habilidades básicas e instrumentais, pelo que é uma das atividades básicas em que a pessoa necessita de mais ajuda:

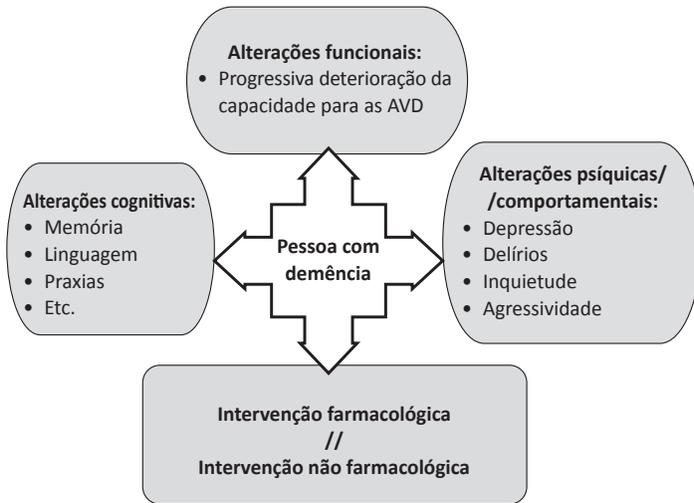
- A higiene deve ser executada com a periodicidade necessária, de modo a manter o conforto e o bem-estar da pessoa dependente, respeitando os seus hábitos e preferências, com o intuito de manter a dignidade da pessoa;
- Na sua execução, deve solicitar-se e possibilitar a participação da pessoa nos cuidados, ou seja, ajudar apenas o necessário (mínimo possível), de modo a manter e a promover a funcionalidade;
- É fundamental a preservação da privacidade da pessoa alvo de cuidados, mesmo na presença de deterioração cognitiva;
- Na participação neste autocuidado, deve promover-se a autoestima da pessoa, utilizando o contacto de forma afetiva, efetuando reforços positivos e evitando comentários depreciativos;
- Esta atividade deve ser devidamente preparada através da otimização do ambiente, sendo, por vezes, necessárias pequenas adaptações na casa de banho, sem gastos avultados, possibilitando que o banho seja executado de forma agradável e em segurança. Assim, é habitualmente preferível o uso de chuveiro (mais prático) à banheira;
- Deve-se ter a preocupação de reunir o material necessário para o banho, de modo a agilizar a sua execução, mas ter sempre em atenção que o mais importante não é proporcionar um banho rápido, mas sim um banho adequado, com estimulação da pessoa, promovendo a sua independência e, consequentemente, o seu bem-estar.

### **Vestir**

O vestir implica várias tarefas, desde selecionar a roupa, capacidade articular, etc., e é uma atividade fundamental para o conforto da pessoa:

- Habitualmente, e se possível, antes do banho, deve ser solicitada a participação da pessoa na escolha do vestuário, de modo a manter a sua dignidade através da manutenção da sua capacidade de decisão e valorizando a sua opinião em termos de hábitos, preferências, etc.;
- O vestuário deve ser preparado por ordem inversa da sua utilização, de modo a facilitar o vestir e a diminuir o tempo entre estas duas atividades (banho/vestir);

*(continua)*



**Figura 17.1: Principais características clínicas e sintomatologia da demência de Alzheimer**

A apresentação clínica das demências depende, em grande parte, do estágio em que o doente se encontra e pode incluir sintomas relacionados com outras doenças, como as perturbações depressivas, a psicose, o *delirium*, entre outras (Lyketsos *et al.*, 2000).

## PERTURBAÇÕES DA MEMÓRIA

A memória desempenha um papel relevante no diagnóstico de demência. A marca típica das demências é o défice da memória e da cognição. A partir dos 60/70 anos, a maioria das pessoas começa a ter dificuldades em recordar alguns detalhes de experiências recentes, em recordar alguns nomes, etc. As alterações da memória associadas às demências são muito mais graves do que estes simples esquecimentos. Contudo, por vezes, verificam-se situações em que as perturbações da memória são pouco valorizadas, pelo facto de serem atribuídas à idade, quer pelos familiares quer pelos técnicos de saúde.

As primeiras alterações na memória surgem através de dificuldades na aprendizagem de novas informações, esquecimentos sobre acontecimentos vividos recentemente, esquecimento das tarefas a realizar, esquecimento do lugar onde se encontram, etc., embora mantenham a capacidade para evocar eventos antigos. A pessoa tem muitas vezes

No entanto, também se encontram outros pontos de corte: 0 a 10 – ausência de depressão; 11 a 14 – moderadamente deprimido; e superior 14 – severamente deprimido (Vaquero, 2003).

**Nota:** Existe também uma versão abreviada com 15 itens, em que a cotação é a seguinte: 0 a 5 – normal; 6 a 9 – depressão leve; superior a 9 – depressão.

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER (ADAS)

A Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS, em inglês *Alzheimer's Disease Assessment Scale*) é composta por dois instrumentos, um relativo à componente cognitiva e outro relativo à componente não cognitiva (Rosen, Mohs e Davis, 1984). Trata-se de um instrumento criado para avaliar o estado cognitivo e comportamental da pessoa com doença de Alzheimer. Esta escala é constituída por um total de 21 itens, dos quais 11 integram a componente cognitiva e 10 a componente comportamental (Tabela 18.5).

Tabela 18.5: ADAS

Itens da componente cognitiva	Itens da componente não cognitiva
1. Tarefa de evocação de palavras	1. Choro
2. Nomeação de objetos e dedos	2. Sintomas depressivos
3. Compreensão de ordens	3. Concentração/Dispersão
4. Capacidade construtiva	4. Falta de colaboração nos testes
5. Praxia ideativa	5. Delírio
6. Orientação	6. Alucinação
7. Reconhecimento de palavras	7. Deambulação
8. Recordar as instruções do teste	8. Atividade motora
9. Capacidade de linguagem oral	9. Tremor
10. Dificuldades em encontrar palavras no discurso espontâneo	10. Comportamento alimentar
11. Compreensão da linguagem oral	

Cada uma das componentes tem critérios específicos para cotação.

## Os principais objetivos das modalidades de intervenção são:

- Promover ou manter a autonomia;
- Melhorar a função cognitiva ou evitar o seu agravamento brusco;
- Melhorar o estado de saúde geral;
- Estimular as capacidades cognitivas;
- Manter a interação com o meio;
- Estimular a identidade pessoal e a autoestima;
- Minimizar o *stress*.

## PRINCIPAIS MODALIDADES DE INTERVENÇÃO

A **estimulação cognitiva** tem evidenciado efeitos positivos, essencialmente em doentes com demência leve e, em alguns casos, moderada (Tàrraga, 1994). Esta dirige-se essencialmente à esfera mnésica, através de um método individual adaptado a cada doente e ao estágio em que se encontra, em função dos défices existentes e da deterioração global. As estratégias visam sempre potenciar as capacidades que ainda mantêm. O treino da memória obtém melhores resultados se enquadrado no seu contexto e quando dirigido a tarefas ligadas a défices concretos (Zanetti *et al.*, 2001). Existe uma série de atividades específicas que podem ser utilizadas para treinar a memória, a atenção, o processamento da informação, etc.

A **terapia de orientação para a realidade** consiste num conjunto de técnicas simples, nas quais se proporciona informação básica. Esta informação ajuda o doente a identificar melhor o tempo, o espaço, a sua habitação, etc. Pretende-se manter o doente orientado e evitar a perda de capacidades perceptivas. Pode ser aplicada de modo informal; contudo, o modo formal é aquele que proporciona uma melhor eficácia em termos de resultados (Breuil *et al.*, 1994).

A **terapia por reminiscências** pretende que o doente reviva acontecimentos agradáveis, como forma de estimulação da memória, melhoria da sua qualidade de vida e melhoria da sua autoestima, facilitando o interesse pelo contacto social. Pode ser realizada individualmente e em grupo. Relativamente aos resultados desta modalidade de intervenção, parece verificar-se alguma melhoria a nível cognitivo, mas ainda não existem estudos que comprovem a sua eficácia (Guerreiro, 2002).

A **terapia de validação** é uma técnica que pretende, em parceria com o doente, a resolução de problemas específicos. Procura o significado do aqui

**Tabela 26.1: Fatores do CADI propostos por Nolan e colaboradores**

Fatores	N.º dos itens	Observações
Problemas relacionais com o idoso	5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26	7 itens
Reações à prestação de cuidados	1, 2, 9, 17, 19, 29, 30 e 3*	7 ou 8 itens
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	6, 10, 13, 15, 23 e 24	6 itens
Restrições na vida social	8, 18 e 20	2 itens
Falta de apoio familiar	16 e 28	2 itens
Falta de apoio profissional	7 e 27	2 itens
Problemas financeiros	4 e 21	2 itens

\* A questão n.º 3 “Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família” não foi incluída por Nolan, Grant e Keady (1998), por apresentar um fator *loading* através de análise fatorial com rotação *Varimax* inferior a 0,35. No entanto, no estudo de Brito (2002), esta questão foi referida por 63,4% dos inquiridos, pelo se optou pela sua inclusão, uma vez que poderá constituir uma fonte significativa de dificuldades.

## CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO ÍNDICE DE AVALIAÇÃO DAS DIFICULDADES DO CUIDADOR (CADI) NA POPULAÇÃO PORTUGUESA

A aplicação do CADI no estudo de Sequeira (2007) permitiu encontrar outras categorias/dimensões diferentes da população do Reino Unido e que a seguir se descrevem.

Consideramos que as diferenças encontradas são atribuídas à especificidade dos cuidadores em Portugal, conscientes da necessidade de desenvolvimento de novos estudos, de modo a possibilitar a avaliação da sua consistência.

No estudo supracitado, este instrumento foi preenchido de forma integral por 182 cuidadores, sendo os valores omissos substituídos pela média, e apresenta uma boa consistência interna, avaliada com recurso ao coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,94$ ).

A análise das componentes principais com rotação ortogonal através do método *Varimax* permite identificar seis fatores que explicam 63,6% da variância total, conforme descrito na Tabela 26.2:

- O primeiro fator é designado “**problemas relacionais**” e integra oito itens (5, 11, 12, 14, 17, 22, 25 e 26);
- O segundo fator é designado “**restrições sociais**” e integra sete itens (1, 3, 8, 9, 18, 20 e 21);
- O terceiro fator é designado “**exigências do cuidar**” e integra sete itens (6, 10, 13, 15, 19, 23 e 24);
- O quarto fator é designado “**reações ao cuidar**” e integra quatro itens (4, 2, 29 e 30);
- O quinto fator é designado “**apoio familiar**” e integra dois itens (16 e 18);
- O sexto fator é designado “**apoio profissional**” e integra dois itens (7 e 27).

**Tabela 26.2: Carga fatorial dos itens do CADI por fator, variância e consistência interna**

N.º	Itens	Fatores						H <sup>2</sup>
		PR	RS	EC	RC	AF	AP	
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço.	0,798						0,740
11	Por vezes, a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim.	0,722						0,678
5	A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim.	0,717						0,706
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia.	0,687						0,652
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação.	0,654						0,647
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas.	0,611						0,716
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação.	0,608						0,532
17	Esta situação faz-me sentir irritado.	0,595						0,634

(continua)

## DIFICULDADES DOS CUIDADORES

Da análise descritiva do contributo de cada dificuldade apresentada pelos cuidadores na escala global e nos fatores, constatamos que os C-ICDF apresentam, em média, um índice menor de dificuldades comparativamente com os C-ICDM, sendo a diferença estatisticamente significativa, à exceção do fator “exigência do cuidar”, em que as diferenças não são estatisticamente significativas entre os grupos, tendo por base a comparação das médias com recurso ao teste *t* de *Student* (Tabela 31.1).

**Tabela 31.1: Média global, média ponderada dos fatores, desvio-padrão e estatística *t* (comparação entre as médias) dos cuidadores – CADI**

Fatores e somatório do CADI	Cuidadores	N.º	M	DP	<i>t</i> de <i>student</i>	<i>p</i>
Somatório do CADI	C-ICDF	99	59,64	15,26	<i>t</i> (146) = 4,49	<i>p</i> < 0,0001
	C-ICDM	83	72,13	21,13		
Problemas relacionais	C-ICDF	100	1,48	0,52	<i>t</i> (141) = 8,15	<i>p</i> < 0,0001
	C-ICDM	83	2,29	0,76		
Restrições sociais	C-ICDF	100	2,08	0,74	<i>t</i> (162) = 3,7	<i>p</i> < 0,0001
	C-ICDM	83	2,52	0,86		
Exigências do cuidar	C-ICDF	101	2,29	0,67	<i>t</i> (151) = 1,83	<i>p</i> < 0,069
	C-ICDM	83	2,50	0,86		
Reações ao cuidar	C-ICDF	101	2,00	0,69	<i>t</i> (173) = 2,1	<i>p</i> < 0,037
	C-ICDM	83	2,22	0,70		
Apoio familiar	C-ICDF	100	2,07	1,07	<i>t</i> (181) = 6,0	<i>p</i> < 0,0001
	C-ICDM	83	2,74	1,05		
Apoio profissional	C-ICDF	101	2,44	0,89	<i>t</i> (159) = 2,34	<i>p</i> < 0,020
	C-ICDM	83	2,09	1,07		

# CUIDAR DE IDOSOS com Dependência Física e Mental

*Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* é um manual de consulta e orientação sobre as necessidades da pessoa dependente. Apresenta as estratégias a adotar na prestação de cuidados e intervenções que preservam a saúde dos cuidadores, contribuindo para a qualidade dos cuidados e a dignidade da pessoa idosa. Todos sabemos que **cuidar de familiares dependentes constitui um ato de amor da maior relevância**, que deve ser incentivado e preservado. É por isso necessário que os profissionais de saúde dediquem uma atenção crescente aos cuidadores, de modo a que **quem cuida não fique por cuidar**.

Nesta 2.<sup>a</sup> edição foram atualizados e complementados os conteúdos da edição anterior e incluiu-se um novo capítulo sobre a síndrome de fragilidade no idoso.

Trata-se de um livro de divulgação do conhecimento, centrado na prática com pessoas envolvidas no processo de cuidar, pelo que será útil para todos os interessados nesta área, sejam cuidadores formais (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, gerontologistas, etc.), sejam cuidadores informais (familiares, amigos), ou, ainda, estudantes da área da Saúde.



**Carlos Sequeira** – Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto; Investigador do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; participa em projetos de investigação nacionais e internacionais na área do envelhecimento e dos cuidadores; autor e coautor de vários livros na área da saúde mental, comunicação e relação de ajuda, envelhecimento e enfermagem.



ISBN 978-989-752-278-9



www.lidel.pt