



FUNDAÇÃO AGA KHAN  
Portugal



## Comunicação e relação no cuidar

A Fundação Aga Khan é uma agência da Rede Aga Khan para o Desenvolvimento.

*Johnson & Johnson* FOUNDATION



---

## FICHA TÉCNICA

**Título:** Comunicação e relação no cuidar

**Autoria:** Carla Ribeirinho

**Coautoria:** Fundação Aga Khan Portugal

**Revisão:** Apoio XXI/AP|Portugal

**Editora:** Fundação Aga Khan Portugal

**Fotografia de capa:** Pixabay License, Huskyherz (2014)

**Edição:** 1.<sup>a</sup> edição (julho, 2022)

**Artes finais e impressão:** Sprint — Impressão Rápida, Lda.

**ISBN:** 978-989-53728-1-2

**Depósito legal:** 502498/22

**Tiragem:** 50 exemplares

No caso de reprodução das imagens contidas nesta publicação deverá fazer, sempre, referência à fonte original



# Nota prévia

O tema «Comunicação e relação no cuidar» da coleção «Cuidar com Qual'Idade» foi desenvolvido pela Professora Doutora Carla Ribeirinho, com o apoio do Conselho Consultivo e da equipa da Fundação Aga Khan Portugal.

Este é um dos seis temas abordados na coleção, selecionado com base na importância para viver e envelhecer com qualidade, permitindo reforçar o conhecimento sobre como podemos alterar e aproveitar práticas e recursos que estão disponíveis e contribuem para um maior bem-estar. Não obstante esta escolha, salientamos que estes seis temas, apesar de relacionados, podem ser utilizados de forma independente, e não esgotam todas as temáticas passíveis de ser aprofundadas para abordar o envelhecimento.

A coleção «Cuidar com Qual'Idade» foi desenvolvida tendo em conta o conhecimento científico, as práticas diárias, as ferramentas e os recursos existentes, proporcionando um diversificado conjunto de dicas e recomendações para qualquer pessoa, independentemente da sua idade.

Contudo, é dada ênfase à **pessoa sénior** (com 65 e mais anos), pois defende-se a sua valorização enquanto mais-valia para a sociedade, a sua participação e representação em tomadas de decisão. Estas podem ter lugar na sua vida, na definição de políticas públicas, e no direito e acesso a cuidados personalizados, que consideram a sua diversidade e a promoção da sua autonomia e independência.

Para que os cuidados sejam centrados em cada **pessoa sénior**, a coleção «Cuidar com Qual'Idade», foca-se também, no que os cuidadores, formais e informais, podem fazer em cada tarefa para contribuir para a dignidade da pessoa de quem cuidam, contemplando o seu autocuidado, com base no princípio de Envelhecer com Qualidade.

Acreditamos que os conteúdos deste manual poderão proporcionar uma visão mais concreta do que poderá fazer por si, enquanto pessoa que envelhece, enquanto profissional e/ou enquanto cuidador informal (familiar, amigo, vizinho) de pessoas com 65 e mais anos.

Por último, referir que muito do que é abordado na coleção «Cuidar com Qual'Idade» é extensível aos cuidados prestados a qualquer pessoa, em que a sua diversidade e as suas opiniões deverão ser respeitadas e a sua dignidade assegurada.

# Prefácio

Vivemos num tempo de maior longevidade, graças aos desenvolvimentos científicos e tecnológicos, nomeadamente na medicina e cuidados sanitários. Viver mais tempo não implica, necessariamente, viver melhor, o que coloca vários desafios, em Portugal e noutras partes do mundo, relacionados com o envelhecimento da população, nomeadamente em termos de saúde, de segurança, mas, sobretudo, de dignidade.

A Fundação Aga Khan Portugal (AKF Prt) acredita que é possível envelhecer com qualidade de vida, podendo, cada um de nós, ambicionar alcançar uma idade avançada, mantendo-nos saudáveis e cidadãos ativos dentro do contexto em que cada um nasce e se desenvolve. Sendo o envelhecimento um processo que todos e todas atravessamos, há que compreender como poderemos viver com mais bem-estar e assegurar que a nossa voz é ouvida e respeitada.

A AKF Prt defende que cada pessoa tem a capacidade intrínseca de melhorar a sua qualidade de vida, assim como, a da comunidade a que pertence, independentemente do seu género, da sua origem, cultura, e, também, da idade. Neste sentido, dedica-se à promoção da qualidade de vida da pessoa sénior (pessoas com 65 e mais anos), apostando na sua valorização, dignificação, participação e representação na sociedade, assim como, no fortalecimento das redes de suporte formal e informal e reforço de competências de cuidadores.

No sentido de operacionalizar esta visão, desenvolvemos, em parceria com a Fundação Johnson & Johnson e com o apoio da Janssen Cilag Farmacêutica, Lda. o projeto *Caregivers*, sucessor do projeto Qual'Idade, do qual resultaram os seguintes produtos: o Estudo do Perfil do Cuidador Familiar/Informal da pessoa sénior, a plataforma Ser Maior, que poderão consultar em [www.sermaior.pt](http://www.sermaior.pt), e a presente coleção. Este projeto está alicerçado no princípio de que o reforço das competências e dos conhecimentos no ato de cuidar, com uma abordagem centrada na pessoa sénior, apostando, sobretudo, no autocuidado, constituem pilares fundamentais para o bem-estar dos cuidadores e, conseqüentemente, da pessoa cuidada.

A coleção «Cuidar com Qual'Idade» visa disponibilizar manuais e kits formativos que congregam informação científica existente na área do envelhecimento e as práticas diárias adotadas, numa linguagem acessível e pragmática, abrangendo seis temas: «Autonomia e funcionalidade», «Alimentação e nutrição», «Comunicação e relação no cuidar», «Trabalho e envelhecimento», «Participação e cidadania» e «Aprendizagem ao longo da vida».

Esta coleção destina-se a todos entre nós que, independentemente da idade que temos e dos papéis que desempenhamos na sociedade, queremos envelhecer com qualidade de vida.

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem os contributos e o empenho de várias personalidades e entidades. Assim, prestamos o mais profundo agradecimento a todas as pessoas que estiveram envolvidas em diferentes fases deste processo de co-construção, designadamente, os vários membros do Conselho Consultivo (Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Ribeirinho, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Constança Paúl, Dra. Eduarda Matos Godinho, Dr. Jorge Líbano Monteiro, Dr. José Parente, Dra. Maria João Quintela, Dra. Maria Joaquina Madeira, Dra. Rita Valadas e Monsenhor Vitor Feytor Pinto); aos especialistas envolvidos em cada tema (APDP – Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Ribeirinho, Entre Idades, Prof. Dr. Luís Jacob, Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Bettencourt com Dra. Filipa Pico e Dra. Susana Schmitz), assim como, à equipa da área temática seniores da AKF Prt (Cláudia Marques, Inês Almeida e Joana Amorim).

**Karim Merali**  
**Diretor Executivo**  
**Fundação Aga Khan Portugal**

# Índice

Introdução .....	9
<b>1. Envelhecimento — Um processo único e dinâmico.....</b>	<b>11</b>
1.1. Processo de envelhecimento: uma abordagem multidimensional.....	12
1.2. Abordagem biofisiológica do envelhecimento.....	14
1.3. Abordagem psicológica do envelhecimento .....	16
1.4. Abordagem social do envelhecimento .....	19
1.5. A problemática da dependência.....	22
<b>2. Comunicar — Processo vital no cuidar .....</b>	<b>27</b>
2.1. Ética, empatia e escuta ativa.....	28
2.2. Competências relacionais e direitos da pessoa cuidada.....	29
2.3. Cuidar de si (autocuidado) .....	30
2.4. Cuidados informais e formais.....	30
2.5. Implicações da decisão de ser cuidador.....	30
2.6. Condições para cuidar bem .....	31
2.7. Cuidar bem pode ser possível e gratificante .....	32
2.8. Cuidar do seu corpo .....	32
2.9. Cuidar do seu bem-estar emocional.....	33
2.10. Desafios às emoções do cuidador.....	33
2.11. Cuidar dos outros.....	35
2.11.1 Fundamentos do cuidar.....	35
2.12. Cuidar e respeito pela intimidade.....	41
2.13. Síntese dos direitos, princípios e valores do cuidar .....	47
<b>3. Cuidados e estimulação/animação.....</b>	<b>55</b>
3.1. Cuidar também é estimular .....	56
3.2. Estimular as atividades sociais e de lazer.....	56
3.3. Atividades para pessoas com problemas intelectuais o cognitivos .....	57
<b>4. Comunicação e relação — Modelo centrado na pessoa .....</b>	<b>61</b>
4.1. Operacionalização do modelo .....	62
4.1.1. Operacionalização do modelo ao nível da comunicação.....	66
4.1.2. Operacionalização do modelo ao nível do <i>empowerment</i> /capacitação .....	68
4.1.3. Operacionalização do modelo ao nível da autogestão, autoconfiança e co-confiança.....	69
<b>5. Comunicação e relação nos cuidados de higiene e conforto.....</b>	<b>71</b>
5.1. Banho no leito como último recurso .....	73
<b>6. Alterações comportamentais da pessoa cuidada .....</b>	<b>81</b>
6.1. Estratégias para lidar com alterações comportamentais.....	82
6.1.1. Comunicar com pessoas com demência.....	83
6.1.2. Comportamentos negativos e/ou desafiantes .....	87
6.1.3. Prevenir situações difíceis.....	95
<b>7. Comunicação com pessoas com dificuldades na linguagem.....</b>	<b>99</b>
<b>8. Comunicação com pessoas em final de vida .....</b>	<b>111</b>

Notas finais .....	128
Referência bibliográficas.....	129
Recursos .....	140
Glossário.....	144
Anexo.....	146

## Índice de figuras

Figura 1. 8 dicas para ajudar a evitar o desgaste nos cuidadores .....	34
Figura 2. Determinantes do envelhecimento ativo — OMS .....	46
Figura 3. Modelo holístico no cuidar .....	62
Figura 4. Potencialidades do banho.....	73
Figura 5. Síntese do modelo centrado na pessoa nas atividades da vida diária .....	79
Figura 6. Exemplos de comunicação com pessoas com demência .....	84
Figura 7. 8 dicas para lidar com falsas acusações de idosos com demência.....	90
Figura 8. O que é a afasia.....	100
Figura 9. Hemisférios cerebrais.....	101
Figura 10. Localização das áreas de Broca e <i>Wernicke</i> .....	102
Figura 11. O que é afasia e como ajudar a comunicar - para familiares e parceiros de comunicação — parte 1.....	104
Figura 12. O que é afasia e como ajudar a comunicar — para familiares e parceiros de comunicação — parte 2.....	105
Figura 13. Estratégias de comunicação com pessoas com afasia.....	107

# Índice de quadros

<b>Quadro 1.</b> Síntese dos princípios do cuidar .....	24
<b>Quadro 2.</b> Exercício sobre sentimentos do cuidado .....	43
<b>Quadro 3.</b> Direitos das pessoas utentes de instituições e serviços .....	49
<b>Quadro 4.</b> Reflexão sobre os princípios no cuidar .....	49
<b>Quadro 5.</b> <i>Checklist</i> de autoavaliação das atitudes e comportamentos perante a pessoa cuidada.....	51
<b>Quadro 6.</b> Ações associadas a atividades-tipo.....	57
<b>Quadro 7.</b> Exemplo de atividades em casa .....	58
<b>Quadro 8.</b> Exemplo de atividades fora de casa.....	59
<b>Quadro 9.</b> Modelo centrado na pessoa vs. Modelo centrado no serviço.....	63
<b>Quadro 10.</b> Princípios e critérios que fundamentam o modelo de intervenção centrado na pessoa .....	65
<b>Quadro 11.</b> Indicadores de desempenho ao nível da comunicação no cuidar .....	66
<b>Quadro 12.</b> Indicadores de desempenho ao nível do <i>empowerment</i> /capacitação .....	68
<b>Quadro 13.</b> Indicadores de desempenho ao nível do estímulo à autogestão, autoconfiança e co-confiança .....	69
<b>Quadro 14.</b> Exemplos de operacionalização do modelo centrado na pessoa .....	76
<b>Quadro 15.</b> 10 sinais de alerta para identificar um cuidador em stresse.....	86
<b>Quadro 16.</b> Fatores a considerar antes de escolher uma residência .....	97
<b>Quadro 17.</b> Lista para avaliar ambientes favoráveis para pessoas com demência .....	98
<b>Quadro 18.</b> Estratégias de comunicação com pessoas com afasia .....	105
<b>Quadro 19.</b> Ideias chave sobre pessoas com afasia.....	109
<b>Quadro 20.</b> Bases da acessibilidade comunicativa .....	109
<b>Quadro 21.</b> Orientações para a ação — do cuidador com a pessoa em fim de vida .....	123
<b>Quadro 22.</b> Orientações para a ação — para o cuidador enquanto pessoa.....	124
<b>Quadro 23.</b> O que dizer e fazer.....	125
<b>Quadro 24.</b> O que não dizer e fazer .....	126





## Introdução

# Introdução<sup>1</sup>

O presente manual sobre «Comunicação e relação no cuidar» surge no âmbito do Projeto «Qual'Idade», o qual apresenta como missão central o fortalecimento das competências dos cuidadores e a partilha de conhecimento. Este projeto visa melhorar o trabalho desenvolvido pelos cuidadores, profissionais, familiares e informais, tornando possível o entendimento do conhecimento científico, mas, sobretudo, aplicar este conhecimento às práticas diárias, procurando torná-las mais adequadas e personalizadas, mais satisfatórias e a baixo custo.

Defende uma visão completa da pessoa, no sentido de promover um envelhecimento ativo e não apenas restrito aos cuidados essenciais, nomeadamente valorizando saberes e interesses da pessoa sénior e promovendo a sua participação nas tomadas de decisão. O seu fim último é que cada pessoa possa envelhecer com qualidade, independentemente da idade que tem e do papel social que desempenha.

Partindo desses postulados, este manual começa por apresentar uma contextualização do que é o envelhecimento a nível biofisiológico, psicológico e social, situando depois uma das problemáticas que normalmente conduz à necessidade de cuidados — a dependência.

É precisamente o cuidar o objeto central deste manual, sendo que para abordar esse tema tão complexo analisaremos os conceitos relacionados: a comunicação e a relação.

Para manter uma relação (ligação entre seres humanos) e uma comunicação efetiva, destaca-se a importância de estabelecer fortes relações positivas com as pessoas cuidadas e as suas famílias baseadas na empatia, confiança e respeito. Tal implica comunicar de maneira clara e efetiva, considerando a individualidade, a dignidade e o background pessoal e social (história de vida, valores, cultura, etc.) e as necessidades das pessoas (Dijkman et al., 2016).

Segundo o Artigo 3.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2006), a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. Tomando por base uma revisão da literatura em relação a estas matérias, surge neste manual um conjunto de estratégias de desenvolvimento de uma comunicação que garanta uma relação de respeito e promova esses direitos humanos e as especificidades das pessoas cuidadas e seus significativos. Entende-se aqui por significativos aqueles que estão emocionalmente ligados à pessoa cuidada, com quem esta tem laços afetivos ou estabeleceu relações que fazem com que a sua presença seja importante e útil no processo de cuidados.

Não obstante, seria impossível dar conta de todas essas especificidades, bem como dos contextos nos quais esta relação pode ocorrer.

O cuidado é uma ação característica da espécie humana que inclui tudo o que se faz para manter a vida. Ninguém nasce a saber cuidar, embora sejamos cuidados desde que nascemos. Aprender a cuidar é algo que se vai adquirindo através da experiência, de cada erro e de cada acerto. Também se aprende através da observação do que os outros fazem, e pondo em prática os conhecimentos adquiridos na formação, através de livros e manuais e também com os especialistas nos/dos cuidados (Rodríguez et al., 2014, p. 9).

O mais importante objetivo deste manual é apresentar um conjunto de recomendações e ferramentas de trabalho: i) para o autocuidado (da pessoa que está a envelhecer, ou seja, todas as pessoas ao longo de todo o ciclo vital); ii) para que se possa cuidar de uma pessoa de forma individualizada, incentivando a sua máxima autonomia e independência, seja qual for a sua idade ou condição, ou seja qual for o contexto onde esses cuidados são prestados

---

<sup>1</sup>Os conteúdos desta publicação estão de acordo com o novo acordo ortográfico e todas as citações diretas e indiretas de fontes estrangeiras foram traduzidas livremente pela autora.



## **1. Envelhecimento — um processo único e dinâmico**

# 1. Envelhecimento — um processo único e dinâmico<sup>2</sup>

A definição do início do processo de envelhecimento não é consensual entre os diversos autores. Enquanto há especialistas que defendem que o envelhecimento começa logo na fase de concepção (ou seja, envelhecer é começar a viver, seguindo uma evolução geneticamente programada), outros autores referem que o processo de envelhecimento começa entre a segunda e a terceira décadas de vida (20 e 30 anos), e outros ainda defendem que o envelhecimento ocorre nas fases mais avançadas da existência humana. De qualquer forma não parece adequado considerar a condição de uma pessoa que começa a envelhecer, de uma forma repentina, aos 65 anos, uma vez que **o processo de envelhecimento é gradual e contínuo**, começando muito antes desta idade.

É necessário compreender que a idade cronológica (temporal) só parcialmente dá conta do processo de envelhecimento nas diferentes fases da vida, não se podendo, de forma isolada, a partir apenas deste critério, afirmar que uma determinada pessoa é jovem, adulta ou sénior. **O critério cronológico é, pois, apenas um dos possíveis critérios de análise.** O envelhecimento não é um evento com data marcada, mas sim um processo que se dá durante toda a trajetória do ser humano (Cardoso, 2014).

Fernandes, P. (2002), a propósito desta dificuldade em definir o processo de envelhecimento com exatidão, propõe quatro conceitos diferentes a ponderar:

- i) **idade cronológica**, correspondente à idade oficial presente no cartão de cidadão, determinada pelo calendário, pelo passar do tempo;
- ii) **idade biológica**, correspondente ao estado orgânico e funcional dos vários órgãos, aparelhos e sistemas (organismo), isto é, à posição da pessoa no seu ciclo de vida, e que pode não ser igual à idade cronológica, sendo necessário avaliar as capacidades funcionais

do organismo (por ex.: uma pessoa de 65 anos poderá ter um organismo mais “jovem” do que uma pessoa de 45 anos);

- iii) **idade social**, que se refere aos papéis (funções enquanto pai/mãe, trabalhador/a, etc.) e hábitos da pessoa em relação aos seus grupos sociais, podendo ser avaliada através de padrões de comportamento, como por exemplo o desempenho de funções sociais (idade na menoridade; idade da reforma, etc.);
- iv) **idade psicológica**, que não depende da idade (biológica) nem do estado orgânico, e se refere às capacidades de a pessoa se adaptar ao meio ambiente (por ex.: sentir-se com capacidade para viajar, estudar, ter projetos).

Nesta perspetiva, a análise do envelhecimento, requer uma abordagem holística, isto é, que tenha em conta todas as dimensões: biológica, psicológica, sociológica, emocional, espiritual, cultural e ambiental (Leone, 1996).

Apesar da diversidade de critérios relativamente à idade que marca o início da velhice, **considerar-se-á, neste manual, a pessoa sénior toda a pessoa com 65 e mais anos**, conforme o critério cronológico seguido pela Organização Mundial de Saúde.

## 1.1 Processo de envelhecimento: uma abordagem multidimensional

Envelhecimento - substantivo masculino<sup>3</sup> que significa ato ou efeito de envelhecer, tornar-se velho. A palavra **velho** deriva do latim *veclu, vetu, vetuludim*. O sufixo mento que se acrescenta para formar a palavra envelhecimento, designa ação. Em qualquer dicionário se pode encontrar a seguinte definição de velho: adj., muito avançado em idade, avelhentado; antigo,

<sup>2</sup> Os conteúdos deste capítulo tomaram por base um trabalho da autora de 2005, agora revisto, atualizado e adaptado para este trabalho (Cfr. Ribeirinho, 2005).

que já não está em uso; fora de moda; antiquado; muito usado, gasto; ou s. m., homem de idade avançada, ancião<sup>4</sup>.

Já a palavra **sénior** deriva do latim *senior, -oris*, mais velho. É um adjetivo de dois géneros que significa mais velho, relativamente a outro<sup>5</sup>.

Estas definições, no entanto, expressam entendimentos diferentes sobre a velhice que importa desconstruir com recurso às contribuições das diferentes disciplinas científicas.

Há, na verdade, uma grande dificuldade em apresentar uma definição geral de envelhecimento, por se tratar de um conceito multidimensional (várias dimensões), multifatorial (vários fatores) e extremamente complexo. A única certeza é que se trata de um processo inevitável e irreversível.

Fontaine (2000) faz um esclarecimento importante: o envelhecimento não é sinónimo de velhice. **A velhice é um estado** que caracteriza um grupo de determinada idade, enquanto **o envelhecimento é um processo**.

Ladislav Robert (1995, p. 7) defende que:

*«O envelhecimento é, certamente, o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de forma muito mais lenta e outros, ainda, pareçam não sofrer de senescência».*

Os *biólogos* definem este processo como um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo (seja animal ou vegetal), do nascimento até à morte.

Os *sociólogos* e *psicólogos* consideram que além das alterações biológicas existem, também, alterações a nível social e psicológico, que influenciam o processo de envelhecimento. Por outro lado, os problemas que surgem da adaptação de cada pessoa a essas alterações devem ser estudados, pois também

influenciam esse processo (Paschoal, 2002a, p. 27). Nesta lógica, **a velhice não pode ser definida apenas pela data de nascimento, mas sim pela análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada pessoa**, o que significa que **podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas, em pessoas com a mesma idade cronológica** (duas pessoas de 80 anos não são iguais, podem sentir a sua idade de forma diferente, apesar de terem a mesma idade — por exemplo: «tenho 80 anos mas sinto-me como me sentia aos 50»). É devido a este argumento que se afirma que não se podem estabelecer definições que possam ser aceites em qualquer situação, lugar ou época.

Ao analisar o envelhecimento humano, é, então, fundamental distinguir o que é consequência deste processo, daquilo que é secundário, ou seja, quando as alterações são decorrentes do avançar da idade ou quando são consequentes de doenças associadas ou decorrentes do envelhecimento. Assim, Carvalho (2002) apresenta como definição de **senescência o conjunto das alterações orgânicas, morfológicas (da forma/constituição) e funcionais que ocorrem como consequência do processo de envelhecimento**; relativamente à **senilidade, esta passa por alterações determinadas pelas doenças que frequentemente atingem as pessoas mais velhas**.

Contudo, distinguir alterações de senescência (envelhecimento normal) de senilidade (envelhecimento patológico) é por vezes difícil e exige um diagnóstico rigoroso.

Para os *biólogos*, o envelhecimento é um fenómeno natural, universal e necessário (Levet, 1998). Contudo, não se limita aos aspetos

---

<sup>3</sup> in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.

<sup>4</sup>idem.

<sup>5</sup>ibidem.

fisiológicos, sendo absolutamente necessário para estudar o envelhecimento humano considerar todas as outras alterações que não são de origem biológica e que vão ocorrendo ao longo do tempo. Trata-se de fatores que dão um carácter particular/individual ao processo de envelhecimento, pois como afirma Levet (*Ibid.*: p. 25). «*Todos os acontecimentos de uma vida, quer sejam históricos, políticos, económicos ou tecnológicos, influenciarão e orientarão o seu desenrolar*».

Outro aspeto muito importante é que o declínio das funções orgânicas (fatores intrínsecos, internos) varia de pessoa para pessoa, sendo importante considerar outros fatores extrínsecos (externos, pelo meio externo) ao processo de envelhecimento normal, como por exemplo os cuidados com a alimentação, meio ambiente, aspetos psicossociais, etc., enfim, o estilo de vida, na disparidade de efeitos sobre o envelhecimento. Assim, a forma como esses fatores externos influenciam o processo de envelhecimento varia, também, de pessoa para pessoa.

É precisamente por isto que se pode afirmar que **o envelhecimento é diferencial, ou seja, cada pessoa envelhece de um modo particular**, diferente de outro, conforme os modos de vida,<sup>6</sup> (por ex., se casou, se teve filhos, viveu só, etc.), a profissão (diferença entre trabalho manual ou intelectual), os acontecimentos traumáticos, bem como outros fatores de ordem social, como a escolaridade e a condição social, com reflexos designadamente nos hábitos de higiene, alimentação, fatores que influenciam o processo de envelhecimento, tais com a obesidade, hábitos tóxicos (álcool, tabaco, droga), a alimentação, o exercício físico, e claro, a incidência de doenças (Fernandes, 2002).

Podemos, assim, afirmar que **não existe um só envelhecimento, mas processos de envelhecimento** — de género, etnia, de classe social, de

cultura, determinados socialmente pelas condições de vida e de trabalho a que estiveram submetidas as pessoas. O mesmo é dizer que o envelhecimento é influenciado por fatores externos ou ambientais<sup>7</sup>, socioeconómicos e profissionais, e não apenas por fatores pessoais<sup>8</sup>. É nesta linha de pensamento que Levet (1998) afirma que há diferentes formas de o envelhecimento se apresentar: segundo a cultura (diferente de uma sociedade para a outra); segundo o sexo e a classe social à qual se pertence; segundo a geografia (não se envelhece da mesma forma no campo ou junto ao mar); segundo situação económica do país (é diferente envelhecer num país rico, ou num país pobre); etc...

## 1.2. Abordagem biofisiológica do envelhecimento

O organismo humano, desde a sua conceção até à morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento (Netto & Ponte 2002).

Segundo Robert (1995, p. 64), não existe ainda uma visão de conjunto ou uma teoria detalhada que explique o envelhecimento do organismo e das populações a todos os níveis de estudo, provavelmente devido ao facto de nenhuma conseguir explicar sozinha o processo de envelhecimento.

O envelhecimento a nível biológico tem uma evolução variável, em que, de um modo geral, os tecidos perdem alguma flexibilidade e os órgãos e os sistemas reduzem a qualidade e a agilidade das suas funções.

---

<sup>7</sup> Segundo a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - OMS), os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Estes fatores são externos às pessoas e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o seu desempenho, enquanto membros da sociedade, sobre a capacidade de a pessoa executar ações ou tarefas (OMS, 2003).

<sup>8</sup> Os fatores pessoais, segundo a CIF são o histórico particular da vida e do estilo de vida de uma pessoa, e englobam as suas características que não são parte de uma condição ou de um estado de saúde (por ex.: sexo, idade, condição física, estilo de vida, hábitos, educação, antecedentes sociais, profissão, etc.) (OMS, 2003).

---

<sup>6</sup> É por isso que no tema «Alimentação e nutrição» se defende que os hábitos de vida saudável têm de ser implementados o mais cedo possível na vida e não somente quando se chega à idade sénior.

O envelhecimento biológico passa por uma série de alterações a vários níveis: **ao nível do paladar e do olfato; ao nível da visão, da audição; alterações do sono (oscilações); alterações da temperatura; do peso e do metabolismo; alterações das necessidades energéticas e ao nível da sexualidade.**

Do envelhecimento decorrem diversas **alterações nos aparelhos**: respiratório (doenças mais comuns: pneumonia, enfisema, tuberculose), cardiovascular (doenças mais comuns: enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, angina, anemia), músculo-esquelético (doenças mais comuns: osteoporose, osteoartrite, artrite reumatóide, fraturas), nervoso (doenças vasculares cerebrais, doença de Parkinson<sup>9</sup>), urinário (doenças mais comuns: incontinência urinária, infeções, hipertrofia benigna da próstata), endócrino (doenças mais comuns: colecistite, obstipação) (Cfr. Carroll e Brue, 1991).

De qualquer forma, para García (2002), não podemos negar que envelhecer conduz a uma diminuição do rendimento por parte dos órgãos. Daí que o risco de doença aumente.

Na realidade, a **prevalência de doenças crónico-degenerativas** é bastante expressiva entre as pessoas seniores, e, em virtude deste facto, Veras (2003), afirma que envelhecer sem nenhuma doença crónica se constitui mais como uma exceção do que como uma regra.

As **alterações fisiológicas também têm consequências ao nível da sexualidade**, sendo que a idade tem alguma influência sobre o desempenho sexual. Tal não significa que essas alterações inibam a sexualidade, ao contrário do que socialmente se crê. De facto, como defendem diversos autores, a atividade e o interesse sexual mantêm-se, bem como a necessidade de afeto e companheirismo.

Existem outras **perturbações de saúde mais habituais na idade avançada**, sendo elas: a hipotensão e hipertensão arterial, problemas do ritmo cardíaco, tremores, quedas, perturbações ósseas e musculares, incontinência (urinária e fecal - fezes), alterações da pele, depressão, senilidade, demência<sup>10</sup>, doença de Alzheimer<sup>11</sup>, AVC (Acidente Vascular Cerebral)<sup>12</sup> e perturbações do foro psiquiátrico.

É importante referir que a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demências nas pessoas seniores. Trata-se de uma doença degenerativa do sistema nervoso central, é evolutiva, incurável e mortal no atual estado das investigações, uma vez que está associada a lesões cerebrais irreversíveis, apesar dos evidentes progressos farmacológicos. Caracteriza-se por graves perturbações da memória, da linguagem, da orientação e das faculdades intelectuais como um todo, e atinge predominantemente pessoas mais velhas, embora também possa aparecer por volta da quinta década de vida (dos 50 anos).

Há ainda uma série de modificações orgânicas, que não podem ser consideradas doenças, mas sim indicadores da passagem do tempo, a saber: rugas, cabelos brancos, postura encurvada, reflexos mais lentos, diminuição da potência e da atividade sexual, entre outros (Gatto, 2002).

Dá-se também uma **diminuição do espaço devido às alterações da motricidade**, ou seja, os percursos das pessoas seniores vão diminuindo, e muitas vezes ficam circunscritos a uma divisão da casa, ou até mesmo à cama (Levet, 1998)<sup>13</sup>.

Há outros fatores que podem conduzir uma pessoa sénior à cama, e não apenas por razões

---

<sup>10</sup> idem

<sup>11</sup> ibidem

<sup>12</sup> ibidem

<sup>13</sup> Cfr. Tema «Autonomia e funcionalidade»

---

<sup>9</sup> Cfr. glossário

físicas; fatores psicológicos, como o medo de cair, situações de depressão, de desmotivação para viver ou fatores ambientais como a falta de estímulos (não ser motivada a levantar-se), também podem levar a pessoa sénior a restringir o seu espaço de vida à cama. Esta imobilização pode ter efeitos muito negativos para o estado geral da pessoa, conduzindo muitas vezes a estados degenerativos se não forem devidamente acompanhados (úlceras por pressão, fraqueza e atrofia musculares, diminuição da ventilação pulmonar favorecendo o aparecimento de problemas respiratórios, entre muitos outros efeitos colaterais). De salientar ainda, que essas consequências múltiplas do facto de a pessoa estar acamada, se desenvolvem rapidamente, sendo muito difícil a recuperação.

Em suma, constata-se que **em muitos casos a diminuição das capacidades físicas e sensoriais (audição e visão), para além das mentais, diminui o bem-estar e aumenta o sentimento de vulnerabilidade, podendo determinar a condição psicológica e social das pessoas seniores** (por ex., o facto de uma pessoa sentir que está a perder capacidades, pode levar a que se sinta mal, menos capaz, e esse sentimento conduzir a um autoconceito de vulnerável/dependente).

### 1.3. Abordagem psicológica do envelhecimento

Uma abordagem multidimensional do envelhecimento e da dependência exige, até pelas expressões que este fenómeno assume na atualidade, que se tenham em consideração

as contribuições dos estudos da psicologia do envelhecimento e outras abordagens disciplinares no âmbito da Psicologia.

Apesar de os resultados de alguns estudos nesta área apontarem para o facto de ser possível conservar as capacidades cognitivas até ao final da vida, a maior parte da literatura diz-nos que o declínio das funções cognitivas ocorre em consequência do processo de envelhecimento. Às condições responsáveis por essas mudanças dá-se o nome de «distúrbios cognitivos adquiridos» (Luders & Storani, 2002, p.146).

Nas pessoas seniores os distúrbios cognitivos de maior incidência são as síndromas depressivas e demenciais<sup>14</sup>.

Segundo Stuart-Hamilton (2002), a depressão é uma condição que quase todas as pessoas vivenciam de forma relativamente branda em determinados momentos da vida. Neste sentido, o que importa averiguar é se o sentimento melancólico é uma reação a um acontecimento específico (dissipando-se em poucos dias), ou se realmente interfere no funcionamento normal da pessoa. É por isso que se deve proceder a uma avaliação global que permita perceber se a pessoa apenas se sente “triste” ou se essa “tristeza” é responsável pela sua incapacitação (sem energia mental e física em grau extremo), se tem sentimentos irracionais de desvalorização e/ou culpa, chegando mesmo a pensar em querer morrer ou suicidar-se.

**Na velhice, as causas de depressão são frequentemente atribuídas a acontecimentos traumáticos e negativos, como por exemplo a**

<sup>14</sup>Embora a demência seja uma das perturbações de saúde decorrentes do processo de envelhecimento, parece importante destacar que, apesar de serem maioritariamente doenças do foro neurológico, elas acarretam uma série de consequências psicológicas e sociais. Tal deve-se ao fato de gerarem um quadro de diminuição progressiva da função cognitiva, isto é, perda da memória, da capacidade de abstração e juízo, com consequências de alteração da personalidade e da estrutura psicológica. As consequências sociais são maioritariamente advindas das incapacidades para as AVD (atividades da vida diária) geradas por estas doenças, e por outro lado pelas repercussões sociofamiliares que geram (por ex., o facto de uma pessoa ficar desorientada, esquecer-se de pessoas ou lugares conhecidos e ficar incapaz de compreender questões e instruções, pode complicar em muito o funcionamento do dia a dia da pessoa, bem como da sua família). No entanto, é importante acrescentar que, na perspectiva de alguns autores, entre eles Stuart-Hamilton (2002), é errado perceber a demência como uma doença somente da velhice, como se fosse uma consequência inevitável do processo de envelhecimento. Na verdade, todas as demências podem começar antes da chamada idade sénior e nem todas as pessoas seniores têm demências



### **morte de um ente querido, e até em situações de reforma (quando vivenciadas de forma negativa).**

No entanto, de uma forma geral, a depressão é subestimada, quer pela pessoa que a vivencia, quer pela família, e mesmo pelos profissionais, justificando-a como fazendo parte do processo de envelhecimento normal. Tal concepção está errada, uma vez que **a depressão é considerada doença, independentemente da idade.** «A importância do seu reconhecimento é que, ao se estabelecer a terapia indicada, devolvemos ao indivíduo a capacidade de amar, pensar, interagir e cuidar de pessoas, trabalhar e sentir-se gratificado e assumir responsabilidades» (Carvalho & Fernandez, 2002, p.160).

A nível psicológico, há uma **quebra da capacidade de adaptação** que se pode manifestar pela dificuldade em aceitar ou gerir uma situação de choque como a viuvez, ou pela total incapacidade mesmo em situações simples como sair de casa para dar um passeio. O **declínio da capacidade de adaptação social** pode manifestar-se pela dificuldade de aceitação da mudança de ambientes, desde uma casa diferente até uma simples mudança dos móveis do quarto (Leme & Silva, 2002).

A par desta diminuição da capacidade adaptativa da pessoa sénior, junta-se o **aumento da sua dependência do ambiente familiar**, caracterizado como um local de estabilidade e de proteção (Leme & Silva, 2002).

Ao longo da vida, a personalidade da pessoa está submetida a uma série de perturbações, uma vez que o seu próprio meio externo sofre também profundas modificações. Na perspectiva de Fernandes (2002) nas pessoas seniores, a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento não são causados pela diminuição das funções cognitivas. São sobretudo outro tipo de problemas, como a perda de papéis, as diversas situações de stresse, a doença, o cansaço, o desenraizamento, e outros acontecimentos

que vão dificultar a adaptação das pessoas seniores. Para ultrapassar estas situações, a pessoa terá de **reequacionar os seus objetivos pessoais**, de forma a adaptar-se, conservando a sua autoestima, para continuar a viver com o melhor bem-estar possível.

A velhice é, sem dúvida, uma etapa especialmente intensa de **perdas afetivas** (García, 2002), ou seja, de perda de papéis ao longo dos anos de forma progressiva, mas muitas vezes inevitável (filhos que saem de casa, reforma, viuvez, etc.) a pessoa que antes era competente, bem-sucedida e independente, pode vir a tornar-se dependente e sentir-se impotente para enfrentar a relação quer com a família, quer com a sociedade (Fernandes, 2002). Essa situação requer que mobilize energia para se **ajustar ao novo universo de relações sociais.**

Por outro lado, dá-se também a perda de pessoas próximas, como o cônjuge, amigos, familiares ou colegas, ou seja, de pessoas importantes no meio afetivo e de relação, que podem provocar stresse à pessoa sénior por diversos motivos, entre os quais a **previsão da sua própria morte** que se avizinha (Fernandes, 2002).

Segundo Fernandes (2002), as pessoas seniores, em geral, suportam melhor as condições de vida adversas quando têm junto de si pessoas que amam e que as amem. Contudo, muitas vezes a realidade não permite a concretização deste cenário ideal, assistindo-se a situações de isolamento e abandono, quer por familiares, quer por amigos, por diversas razões que não podem ser analisadas de forma linear.

«... é mais provável que não se sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que o respeitem; é mais provável que não sinta a perda da juventude como algo destruidor, se tiver assimilado outros valores e interesses ao longo da vida; é mais provável que não sinta a proximidade da morte de forma tão ameaçadora se teve uma vida mais satisfatória» (Gatto, 2002, p.110).

Outro facto de extrema importância é que, quando uma pessoa sénior precisa de deixar a sua própria casa, para ir viver com os filhos ou para um lar (ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas) ou outro tipo de instituição, este acontecimento poder ser traumático (em maior ou menor grau). «*O deixar uma cadeira favorita, um objeto decorativo, a própria cama; separá-lo disto é como se perdesse parte da sua identidade*» (Fernandes, 2002, p.26).<sup>15</sup>

Por outro lado, a fase etária da vida aqui em análise é, como já foi visto, caracterizada por uma diminuição das capacidades físicas, psicológicas e sociais, e se a pessoa não for estimulada a manter as suas capacidades de desenvolvimento, poderá entrar num ciclo de vida negativo, interiorizando um papel de *doente e dependente*.

Naturalmente que este encadeamento não pode ser generalizado, pois é influenciado pela história de cada pessoa e pelo seu meio sociocultural. Tal significa, numa análise mais aprofundada, que a “**engrenagem**” **negativa é evitável e a positiva desejável** (Levet, 1998), ou seja, é possível contrariar os efeitos potencialmente negativos do envelhecimento (fatores de risco) e potenciar os positivos (fatores de proteção).

Fernandes (2002, p.33) também defende que as **pessoas que consideram a velhice como um fenómeno natural dão mais sentido à vida**, sendo mais felizes e implicando-se mais no seu meio e na sociedade. Tal passa pelo **autorreconhecimento** (a pessoa reconhecer em si própria) de aspetos positivos (tais como um sistema de valores estável, sensatez, etc.) e de determinadas vantagens (diminuição da responsabilidade e do trabalho, abertura de espírito, etc.).

«*Se o indivíduo não conseguir mobilizar energia suficiente para ultrapassar as suas deficiências físicas, ir-se-á refugiar na doença e em maleitas de toda a natureza*» (Levet, 1998, p.40).

Também em termos intelectuais se dá esta evidência, pelo que Levet (1998) afirma mesmo que o **cérebro humano só se gasta se não for utilizado**. Ao longo de toda a existência, assimilam-se novos conhecimentos, novas formas de fazer e criar, graças à nossa capacidade de aprendizagem (*ibidem*). De qualquer forma, Levet (1998, p.32) reafirma que o essencial é lembrarmo-nos que no domínio intelectual se perde pelo não uso e não pelo abuso: «*O exercício intelectual é indispensável à vida mental, e a sua penúria, a falta de estimulação do pensamento, têm efeitos devastadores, qualquer que seja a idade dos indivíduos*».

Contudo, não se pode afastar desta reflexão a importância dos fatores psicoafectivos (por ex., a motivação), dado que as questões da aprendizagem não se podem reduzir a fatores intelectuais (por ex., a capacidade efetiva de uma pessoa aprender). Isto significa que é importante ter em conta as necessidades e os desejos em toda a experiência humana, ou seja, a **importância da motivação como “motor”/“alavanca” para a mobilização das capacidades intelectuais** (ou seja, combater os estados de espírito de que não se é capaz ou de que “*burro velho não aprende línguas*”).

Também Fernandes (2002, p.32) afirma que se corre o risco de que as pessoas seniores se tornem “incapazes”, não apreciando e assumindo os valores positivos da velhice, se não se alterar esta imagem dominante que as sociedades cultivam.

Tal não significa ignorar o facto de que o envelhecimento pode acarretar situações de fragilidade e dependência, mesmo em pessoas que têm uma atitude positiva em relação à sua vida. O que se defende é que uma pessoa, mesmo portadora de uma doença, poderá sentir-se

<sup>15</sup> Apresentar-se-ão mais adiante, neste manual, estratégias para lidar com esta situação.

saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções e atividades, capaz de alcançar expectativas e desejos, ter projetos, enfim, de se manter ativa no seu meio, ou seja, ter alguma função social que lhe proporcione uma boa qualidade de vida, argumento que é, aliás, partilhado por Paschoal (2002b)<sup>16</sup>.

De uma forma genérica, tal passa por uma atitude perante o envelhecimento: enquanto determinadas pessoas seniores se refugiam nas doenças e outras maleitas, outros «...preocupam-se com o seu destino. Escolheram prosseguir com o seu desenvolvimento e tornando-se assim, autores de si próprios, utilizam a energia psíquica para compensar as perdas, conquistar a autonomia e continuar a ser criadores de cultura até ao último sopro. Uns e outros encontram o seu caminho, e não cabe a ninguém prodigalizar-lhes louvores ou censuras.» (Levet, 1998, p. 41).

#### 1.4. Abordagem social do envelhecimento

Os estudos sobre o envelhecimento têm tido um maior enfoque sob o ponto de vista biológico e psicológico. Foi apenas devido à pressão do envelhecimento demográfico que a dimensão social começou a ter maior importância na compreensão da velhice como fenómeno social.

Em termos sociopolíticos, e tomando em consideração a realidade portuguesa, assiste-se a uma histórica distanciação das pessoas em relação ao Estado, ausência do exercício de cidadania, conduzindo a formas de estagnação e aceitação das baixas condições de vida (Cardoso, 2014). Esta ideia é reforçada se se olhar para os valores das pensões de reforma e respetivas carreiras contributivas. Pensões de reforma, que em muitos casos (especialmente em meio rural

dada a atividade que desenvolveram ao longo da vida estar ligada à agricultura), são insuficientes para assegurar as necessidades básicas e garantir uma subsistência digna – em suma, os rendimentos desta população provêm, em muitos casos, de baixas reformas, estabelecidas em grande parte pelas baixas qualificações destes seniores na vida ativa.

Assim, a realidade, em muitas situações, é a existência de um declínio do padrão de vida, acompanhado, por vezes, de muitas privações, após a rutura (às vezes drástica) com a atividade laboral. Deste modo, a maioria das reflexões/abordagens acerca da relação pessoa sénior–sociedade, é feita através da «...lupa económica do sistema de produção. Os valores de reflexão, de meditação, de sabedoria, e as potencialidades que se vão forjando com o avanço em idade, não são tomadas em consideração; pior que isso – a maior parte das vezes não são mesmo reconhecidas» (Levet, 1998, p.8).

É, então, como se o **desaparecimento da função de produção marcasse uma perda de utilidade social**, sentida pelo reformado e confirmada pela sociedade que prescindia destas pessoas, independentemente da sua aparência ou competência para o trabalho, estabelecendo assim a sua entrada “oficial” na velhice.

É neste sentido que a **reforma**, se para uns é um momento muito desejado, para outros pode favorecer o isolamento social, a inatividade e a depressão, uma vez que a retirada do mundo do trabalho independentemente da sua vontade, pode gerar na pessoa um sentimento de falta de importância, utilidade e autoestima, sobretudo numa sociedade onde o estatuto da pessoa sénior está ligado ao trabalho e à rentabilidade (Fernandes, 2002; Fonseca, 2005). Há autores que chegam a afirmar que a reforma estimula a consciência do envelhecimento. Como se não bastasse, ela ocorre num ponto do ciclo de vida em que a capacidade adaptativa está mais limitada.

<sup>16</sup> A este propósito, Paschoal (2002b), diz mesmo que se considerássemos que uma pessoa sénior é saudável quando não tem nenhuma doença, muito provavelmente não existiria nenhuma pessoa sénior saudável.

Por outro lado, a imposição da reforma, sem alternativa de ocupação útil, e sem a devida preparação<sup>17</sup>, pode levar à inatividade que, por sua vez, gera deficit, limitação funcional e dependência, podendo fazer a pessoa sénior cair no vazio existencial e na depressão.

**A dedicação do tempo a atividades de lazer, de desporto, de criatividade faz também parte do projeto de vida que se pode ter para esta fase da existência, favorecendo novos espaços de socialização e de participação na vida social, política, económica e cultural** (Ferrari, 2002). Na verdade, trata-se de um apelo à mobilização, ao continuar a fazer, a criar, a descobrir, enfim, a viver.

Tal pressuposto passa por encarar o envelhecimento como um processo natural. A velhice, essa sim, é uma categoria construída socialmente pela modernidade ocidental nos últimos 30 ou 40 anos, que depende dos contextos sociais, culturais e históricos.

Esta velhice social encerraria em si, então, dois marcos principais: a entrada na reforma e os 65 anos. É como se os 65 anos fossem uma idade «... *mágica e “emblemática” que define a passagem sem dor para a categoria das “pessoas de idade”...*» (Levet, 1998, p. 18).

Levet (1998) afirma mesmo que a noção de idade não tem grande sentido, sendo mesmo desapropriado afirmar que determinada pessoa é velha em ordem à sua data de nascimento. De facto, a idade em si apenas indica a passagem do tempo, e em si mesma não produz mudanças.

Se, por um lado, temos como certo que a idade da velhice é incerta e flutuante segundo as pessoas, por outro, verificamos que para a sociedade e as suas instituições todos obedecemos

ao mesmo ritmo, e tal acontece ao longo de toda a vida: a idade de entrar para a escola, a idade da maioridade, a idade da reforma, etc., isso acontece obviamente por motivos de ordem social, política e económica, mas não tem em consideração a pessoa no seu processo de desenvolvimento, nem as suas capacidades.

Não se pode negar que existem, de facto, muitas pessoas seniores em situação de pobreza real, aqui entendida como uma situação de privação resultante da falta de recursos. Muitas vezes esta privação é múltipla, atingindo diversos domínios das necessidades básicas (alimentação, condições habitacionais, saúde, participação, etc.).

As pessoas seniores são um **grupo particularmente afetado pela pobreza**, mostrando que as taxas de incidência de pobreza neste grupo populacional são superiores às médias nacionais para ambos os sexos. Esta situação é ainda mais notória em pessoas seniores a viverem sós, e sobretudo em homens.

No entanto, apesar da relevância das dimensões sociais objetivas analisadas, quando se analisa a velhice do ponto de vista social, importa igualmente ter em consideração a **dimensão simbólica**, pelo que é importante fazer uma análise da **imagem social da velhice**.

### **A imagem social da velhice**

Para Pimentel (2001) ser sénior, por si só, não deveria ser um facto negativo e preocupante.

Ao longo da história da humanidade, o status das pessoas seniores foi alvo de diversas conceções, por vezes extremas: desde a gerontocracia (preponderância de pessoas seniores no poder ou no governo) à eliminação ou autoeliminação, ou seja, desde o prestígio e poder à inutilidade e carga social (Cfr. García, 2002).

Apesar de não ter sido sempre assim, atualmente, existe (sobretudo nas sociedades ocidentais) uma **visão tradicional da pessoa**

---

<sup>17</sup> Atualmente já se fala em preparação para a reforma, fruto da consciencialização de que é necessária uma reorganização do tempo, em função do novo estado em que a pessoa se encontra, e também para evitar as consequências negativas aqui abordadas.

**sénior como alguém inútil**, isolado, em declínio biológico e mental, marcado por um tempo linear, com problemas de saúde e, na maioria das vezes, dependente física e economicamente de alguém – imagem estigmatizante de “espera pela morte”:

«(...) *imagem negativa e pejorativa associada a velho/velhice. Velho é traste, problema, ônus [sic], inutilidade; velhice é doença, incapacidade, dependência, perda, impotência. Velho é uma pessoa que atrapalha as outras, alguém que perdeu o direito à dignidade, à sobrevivência, à cidadania. A imagem (...) é a de uma pessoa encurvada, de bengala, quase cega, surda e gaga*» (Paschoal, 2002a, p.41).

Esta **imagem estereotipada** (generalizações sobre características ou comportamentos dos outros) e **idadista** (discriminatória, ou seja, tratar as pessoas de forma diferente apenas pela idade, segregando-as) consubstancia-se em **atitudes e práticas negativas em relação às pessoas, com base na idade** (Marques, 2011).

No cenário atual, a maior parte dos sinónimos da palavra “velho” carregam uma conotação depreciativa. O “velho” é normalmente considerado como ultrapassado, antigo, primitivo, senil, etc., condição que contribui para a manutenção de estereótipos, mitos e ideias pré-concebidas relativamente à velhice (Fernandes, 2002; Cardoso, 2014), sobretudo numa sociedade que exalta os valores da juventude. E esta cadeia de representações negativas conduz ao que Pereira designa de retorno à situação de «(...) *menino incapaz de decidir por si. Incapaz não necessariamente pelo estado das suas faculdades, mas incapaz porque lhe foi retirada a legitimidade social para o fazer.*» (Pereira, 2002, p.8).

Esta imagem desonrosa vem contrariar a atribuição de sabedoria que era atribuída ao sénior nas sociedades mais antigas, e ainda em muitos países considerados do Terceiro Mundo, e

relembra por grande parte dos autores que escrevem sobre estas matérias<sup>18</sup>.

Importa, não esquecer a afirmação de Paúl (2000, p.56): «*A mudança de discurso e de atitudes face aos idosos é um aspeto fundamental para uma sociedade mais solidária, em que as gerações encontrem novas formas de convivência, retirem prazer da relação e se interajudem, partilhando tarefas e afeto.*»

De facto, **é um hábito o encarar o envelhecimento sob uma perspetiva de inatividade, de inutilidade social, de dependência, constatando-se alguma dificuldade em pensá-lo com base em outros referenciais que não aqueles ligados a “perdas” ou a “déficits”** (Ribeirinho, 2013; Cardoso, 2014).

Também Micael Pereira (2002, p.8) problematiza esta visão negativa, afirmando: «*Ser idoso acaba por ser uma designação de posição social, sinal de que assume um leque determinado de papéis, todos eles de dependência, sem autonomia, sem orientação da acção, sem capacidade de fazer o que entende, de tomar iniciativas.*»

Os mitos e estereótipos, ou seja, a visão preconceituosa e negativa que prevalece na nossa sociedade, estão muitas vezes associados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, e são reproduzidos frequentemente, sobretudo nos meios de comunicação social, o que leva a um reforço constante de que envelhecer é por si só um problema (Marques, 2011;

---

<sup>18</sup> Contudo, Pimentel (2001), em relação à história das representações sociais da velhice, defende que qualquer afirmação sobre o estatuto social das pessoas seniores em épocas históricas específicas deve ser relativizada, pois não se pode dizer que antigamente a população sénior era respeitada, integrada e apoiada e que hoje a sociedade a despreza totalmente. Também Santos & Encarnação (1998) problematizam este assunto, dizendo que o mito do ancião enriquecido pela experiência vivida, é substituído pelo do “velho” diminuído, encarquilhado, esvaziado da sua substância. Na realidade, não existiu verdadeiramente uma “época dourada” no passado, em que as pessoas mais velhas eram mais bem tratadas do que hoje (Stuart-Hamilton, 2002).

Ribeirinho, 2013; 2019). «A sociedade está a fornecer aos idosos um “filtro negro” que lhes inibe a percepção de aspectos positivos e assim a velhice torna-se num período traumatizante e negativo.» (Fernandes, 2002, p.32). É neste sentido que é absolutamente necessário o «(...) resgate da dignidade e da cidadania do idoso, derrubando o preconceito que marginaliza o velho, restabelecendo os seus direitos de cidadão e reintegrando-o na comunidade e na família» (Netto & Ponte, 2002, p.9).

Na mesma linha de pensamento, Ester Vaz (1998), considera que a **conceção dominante identifica a velhice com a imagem de “muita idade” e de inatividade**. No entanto, afirma que existem casos que contradizem esta imagem estereotipada, pois nem sempre o facto de ter muita idade corresponde realmente a inatividade, havendo muitos seniores que continuam a exercer diversas atividades. Há, pois, a necessidade e a urgência de uma **desmistificação do conceito de velhice**. De facto, as sociedades de consumo insistem frequentemente em declarar os mais velhos como inúteis, presidindo a ideia de que quem é novo e produtivo, é útil, e quem é velho e não produtivo, é inútil.

Na verdade, é como se a experiência de cada pessoa na resolução dos problemas e no impacto afetivo atribuído às soluções de sucesso/insucesso, deixasse de se realizar apenas pelo facto de chegar à velhice.

Como dizia Simone de Beauvoir, em 1970, a sociedade não leva em a conta a idiossincrasia individual (características de cada pessoa), a sua experiência e, reciprocamente, a pessoa é também condicionada pela atitude da sociedade em relação a ela. Ainda hoje esta perspectiva está muito presente socialmente, aos mais diversos níveis.

Neste sentido **é uma necessidade premente que a sociedade combata o idadismo, seja qual for a sua forma de manifestação (mais grave**

**ou mais subtil) (Marques, 2011), não apenas porque se trata de uma ameaça em relação aos direitos fundamentais das pessoas seniores mas também porque esse é um caminho que precisa de ser feito para desconstruir a ideia de que envelhecer é algo predominantemente negativo.**

### 1.5. A problemática da dependência

No contexto das questões do envelhecimento, a problemática da dependência tem vindo a ocupar cada vez mais um lugar de destaque, o que se deve ao facto de se verificar um crescimento muito acentuado das situações incapacitantes nas pessoas mais velhas, sobretudo estados demenciais que conduzem a elevados défices ou mesmo perda de autonomia (Quaresma, 2004).

Há uma série de causas que conduzem a incapacidades, desde os AVC, às doenças pulmonares, Parkinson, osteoarticulares, às demências de vária ordem, até às quedas ou acidentes de natureza diversificada.

Assim, para aprofundar o conceito de dependência, parece relevante analisar também conceitos adjacentes, tais como independência e autonomia, conceitos complexos e difíceis de operacionalizar.

Etimologicamente, a palavra dependência vem do latim “estar suspenso a”. Substantivo feminino, significa a qualidade do que é dependente.

A **independência** é a capacidade de realizar algo com os seus próprios meios, ou seja, de se bastar a si próprio (Netto & Ponte, 2002).

A **autonomia** pode ser entendida como a capacidade de tomar decisões, fazer escolhas sobre a sua vida. Deriva do grego *autos* — próprio, e *nomos* — governo, lei, e significa governar-se a si próprio, ter lei própria (Viude, 2000).

A autonomia é um conceito amplo, traduzindo a condição de a pessoa se poder relacionar com outros de forma igualitária, numa relação de igual valor e com base no mútuo respeito, tal como postula Monteiro (2003).

A Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (1997), considera precisamente que **uma pessoa é autónoma quando decide e conduz a sua vida por si mesma, ou seja, age com liberdade**. De forma mais aprofundada, podemos dizer que autonomia é a capacidade e/ou direito de uma pessoa escolher por si mesma as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que está disposta a assumir. Efetivamente, o que aqui importa acentuar é que mesmo que uma pessoa sénior seja dependente (a não ser que a dependência seja total), não deve por isso deixar de ser autónoma (ou seja, de fazer escolhas sobre e para a sua vida).

No que diz respeito à **dependência**, esta é definida por Phaneuf (citado por Fernandes, 2002), como a **incapacidade da pessoa para adotar comportamentos ou executar por si mesma, sem a ajuda de terceiros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades** (ou seja, de se bastar a si própria). Assim, **ser dependente, por ser mais velho ou por outros motivos, passa pelo facto de a pessoa não poder realizar sem ajuda as principais atividades da vida diária, quer sejam físicas, psicológicas, económicas ou sociais**.

Em sentido estrito, a dependência traduz-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas, habitualmente efetuadas sem ajuda. Trata-se, portanto, de apoio aos papéis de sobrevivência (lavar-se, vestir-se, alimentar-se, etc.).

Já a definição de dependência apresentada pelo Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2002, p.16), é: «... *um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de*

*autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou AVD's<sup>19</sup>», e surge no seguimento da recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados Membros da UE, relativa à dependência (1998).*

**A dependência não é, assim, um fenómeno universal no envelhecimento, dado que o declínio das capacidades físicas e mentais não afeta da mesma forma as pessoas seniores.** «A perda de autonomia só pode parecer universal na medida em que põe em causa, qualquer que seja o grau de dependência, o equilíbrio da vida, tanto do que é ajudado como dos que prestam ajuda» (Pitaud citado por Quaresma, 2004, p. 50).

É, também, frequente encontrar na bibliografia o termo independência que, segundo Fernandes (2002), significa alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de ações adequadas que a pessoa efetua por si mesma, sem a ajuda de outra pessoa.

Em síntese, apresentamos o quadro 1:

---

<sup>19</sup> Atividades de vida diária.

Quadro 1. Síntese dos princípios do cuidar

Dependência	Independência
A pessoa não realiza sem ajuda (porque não pode ou porque não deseja) as principais atividades da vida diária	A pessoa realiza por si mesma e sem ajuda as atividades básicas quotidianas
Perda de autonomia	Autonomia
Incapacidade (ou a proibição) de uma pessoa decidir sobre a sua vida	A pessoa decide e conduz a sua vida por si mesma, ou seja, age com liberdade

Com efeito, **pode acontecer, numa dada situação, uma pessoa sénior gozar de independência e no entanto carecer de autonomia**, isto é, não precisar de ajuda para as atividades normais da vida diária (independência), mas a sua família decidir sobre a sua vida sem a consultar (falta de autonomia).

Da mesma forma pode acontecer que uma pessoa sénior seja dependente para alguma ou algumas atividades para as quais precisa de ajuda e, no entanto, continuar a ser autónoma para decidir sobre aspetos que dizem respeito à sua vida (por ex., ir ou não para um lar, participar na programação dos serviços que lhe são prestados, escolher a roupa que vai vestir, onde passar as férias, etc.).

É possível encontrar nestas definições aspetos comuns:

- ✓ que a dependência começa precisamente quando começam a diminuir de forma acentuada algumas capacidades no desempenho de tarefas diárias;
- ✓ que, nas pessoas seniores, a dependência assume alguns contornos particulares, uma vez que resulta de fatores como a redução das capacidades físicas ou psicológicas,

insegurança económica, isolamento, solidão, dependência de familiares e/ou de outro tipo de suporte social.

Nesta linha de pensamento, **abordar a situação de dependência, implica analisar o contexto situacional** no qual ela ocorre, ou seja, perceber se se trata de uma pessoa em situação de isolamento e solidão, com ou sem apoio social (se vive sozinha, se tem família que a apoia, etc.), entre outros fatores que provocam ansiedade e stresse à pessoa, resultando em desequilíbrio.

Contudo, é do conhecimento geral que com o passar dos anos se vai dando um aumento exponencial da mortalidade e que esta é precedida por uma maior prevalência de ocorrerem doenças. Esta maior prevalência de doenças nesta fase da vida aumenta as probabilidades de dependência por parte das pessoas seniores, embora mais uma vez se sublinhe que tal varie de pessoa para pessoa (Cfr. Netto & Ponte, 2002).

Tal não significa, considerar logo à partida, que a pessoa sénior não possa gerir a sua própria vida e ser independente no seu quotidiano, pois como afirma Renato Veras (2003, p.13), «(...) a grande maioria dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus



*interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda, de quem quer que seja.»* Este autor afirma mesmo que se pode dizer que essas pessoas seniores que mantêm a sua autodeterminação (que decidem por si mesmas), prescindindo de qualquer ajuda ou supervisão para viver o dia-a-dia, devem ser consideradas pessoas saudáveis, muito embora possam ter uma ou mais doenças crónicas.

Segundo Pinto (2001), **envelhecer com sucesso é uma alternativa possível à perspectiva determinista (causalidade imediata) do envelhecimento associado à dependência, à doença, à incapacidade, à depressão.** Um conjunto de esforços articulados entre as diversas áreas do saber permitirão uma associação entre o aumento da esperança de vida e uma boa qualidade dessa mesma vida, com autonomia e integração/participação na sociedade e na família, aproveitando as capacidades individuais das pessoas seniores.

**Ao abordar, neste manual, o problema da dependência, não se pretende traçar um perfil eminentemente negativo do processo de envelhecimento, mas sim mostrar que esta fase da vida é marcada por mudanças profundas que culminam, por vezes em situações que necessitam de determinado tipo de intervenção** (aspectos que serão abordados em momentos posteriores deste manual com estratégias de atuação).



Four horizontal lines for writing, starting from the right side of the notepad icon.

Multiple horizontal lines for writing, filling the majority of the page.



## **2. Comunicar — processo vital no cuidar**

## 2. Comunicar — processo vital no cuidar

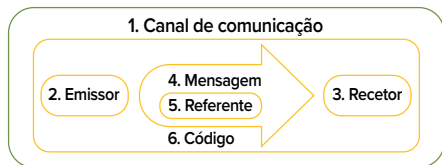
Comunicar é uma palavra derivada da expressão latina *communicare*, que significa «partilhar, participar em algo, tornar comum» (Itu, 2019).

Através da comunicação, os seres humanos e os animais partilham diferentes informações entre si, tornando o ato de comunicar uma atividade essencial para a vida em sociedade (Itu, 2019).

Desde o princípio dos tempos, a comunicação foi de importância vital, sendo uma ferramenta de inclusão, instrução, de troca mútua e desenvolvimento. O processo de comunicação consiste na transmissão de informação entre um emissor e um recetor que descodifica (interpreta) uma determinada mensagem (Itu, 2019).

A mensagem é codificada num sistema de sinais definidos que podem ser gestos, sons, indícios, uma língua natural (português, inglês, espanhol, etc.), ou outros códigos que possuem um significado (por ex., as cores do semáforo), e transportada até ao destinatário através de um canal de comunicação (o meio por onde circula a mensagem, seja por carta, telefone, comunicado na televisão, etc.) (Itu, 2019).

### Elementos da comunicação



Fonte: Elementos comunicacao [Imagem], by Mariana Munhoz, 2010, Wikimedia Commons ([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Elementos\\_comunicacao.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Elementos_comunicacao.jpg)). CC 0.

Nesse processo, podem ser identificados os seguintes elementos: emissor, recetor, código (sistema de sinais) e canal de comunicação. Um outro elemento presente no processo comunicativo é o ruído, caracterizado por tudo aquilo que afeta o canal, perturbando a perfeita captação da mensagem (por ex., falta de rede no telemóvel) (Itu, 2019).

Quando a comunicação se realiza por meio de uma linguagem falada ou escrita, denomina-se comunicação verbal. É uma forma de comunicação exclusiva dos seres humanos e a mais importante nas sociedades humanas (Sousa, 2019).

As outras formas de comunicação que recorrem a sistemas de sinais não-linguísticos, como gestos, expressões faciais, imagens, etc., são denominadas **comunicação não-verbal** (Sousa, 2019).

### 2.1. Ética, empatia e escuta ativa

Falar em comunicação no ato de cuidar é tomar em consideração o conjunto de questões éticas (Saber-Ser/Estar), técnicas e operativas (Saber-Fazer) que lhes estão subjacentes (que fazem parte do cuidar). Inclui tanto os aspetos da comunicação verbal como não-verbal, os quais se operacionalizam através do desenvolvimento das diversas atitudes como a **empatia** (capacidade de se colocar no lugar do outro), a **consideração positiva e aceitação** incondicional (receber e aceitar a pessoa como ela é, simplesmente por ela existir, não sendo necessário, para tal, que ela faça alguma coisa) e a **autenticidade** (ser verdadeiro).

Entende-se a empatia como a capacidade de **compreender** o outro, de se colocar no seu lugar, evitando, no entanto, um envolvimento emocional que dificulte a ajuda. As qualidades de respeito e empatia são expressões determinantes para a qualidade da relação, fundamental na atitude humana de ajuda (Melo, 2014, p.7).

A verdadeira relação de ajuda pressupõe que haja uma comunicação efetiva entre o cuidador e o recetor do cuidado (quem recebe o cuidado), estabelecendo-se um vínculo de empatia, isto é, uma capacidade de real escuta ou **escuta ativa** ou habilidade de escuta sensível (Antonlioli & Hiraga, 2017).

A escuta ativa é uma técnica de comunicação que implica que, durante o processo de comunicação, o recetor interprete e compreenda a mensagem que o emissor lhe transmite. Implica compreender

a perspectiva do outro, prestando-lhe a máxima atenção e estando disponível para o que tem a dizer. É também necessário prestar atenção aos gestos e emoções demonstrados durante o processo de comunicação (comunicação não verbal).

Esta capacidade de escuta é aquela em que o cuidador não apenas ouve, mas também demonstra que escutou, procurando compreender verdadeiramente a carga de sentimentos e emoções por detrás do que a pessoa cuidada diz. O **respeito profundo pelos silêncios e pelos conteúdos na relação de cuidados** constituem a base essencial da escuta enquanto ferramenta fundamental para a empatia (Antonlioli & Hiraga, 2017).

Possuir esta capacidade de escuta pode trazer grandes contributos para a relação de ajuda, constituindo-se, assim, numa importante estratégia auxiliar nos cuidados a serem oferecidos (Antonlioli & Hiraga, 2017).

## 2.2. Competências relacionais e direitos da pessoa cuidada

**Cuidar** e apoiar outras pessoas não é uma tarefa fácil. Exige compromisso e requer uma série de condições e de competências (conhecimentos) técnicas que se podem aprender, mas também, e de forma especial, uma atitude de respeito ativo em relação aos direitos de quem é cuidado.

Para além das necessidades básicas de sobrevivência, é importante ter-se também em consideração outras necessidades fundamentais do ser humano, tais como ser **tocado, abraçado, cuidado, visto, ouvido e amado** (Silva, 2014).

Um fator-chave neste processo é a **(in)formação** dos cuidadores, sejam eles formais/profissionais ou informais (família, amigos, vizinhos), para o respeito que devem ter em relação às pessoas, na proteção da intimidade e no tratamento humano respeitoso como referências de boa praxis (conduta ou ação) (Ribeirinho, 2019). Deve facilitar o desenvolvimento de atitudes e competências relacionais que evitem um trato ou atenção deficientes e, para além disso, deve orientar-se no

sentido da excelência ou boa prática profissional (Ribeirinho, 2018).

**As competências relacionais são aqui entendidas como traços de carácter (personalidade) e valores (princípios) que se devem ter presentes para desenvolver corretamente a intervenção (o ato de cuidar).** Elas não aparecem isoladamente, mas sim combinadas entre si, o que indica que o ato de cuidar tem que agregar várias competências e a sua importância depende do significado que tenham para as pessoas implicadas nos cuidados.

**Algumas competências ou hábitos de bom trato são essenciais no respeito e proteção da intimidade (para proteger o espaço íntimo da pessoa):**

- ✓ a compreensão (demonstrar que se compreende a pessoa);
- ✓ a amabilidade (ser amável e cortês);
- ✓ a paciência (manter o controle emocional equilibrado, sem perder a calma);
- ✓ a prudência (ser sensato; demonstrar ou agir com paciência, ponderação, calma; evitar perigos ou consequências negativas);
- ✓ a compaixão (compreender o estado emocional da outra pessoa e desejar aliviar ou diminuir o seu sofrimento);
- ✓ a empatia (tentar compreender sentimentos e emoções; colocar-se no lugar do outro tentando perceber como gostaria de ser tratado/cuidado, caso estivesse na mesma situação vivenciada por ele);
- ✓ a confiança (acreditar na outra pessoa; sentimento de segurança ou a firme convicção que alguém tem relativamente a outra pessoa);
- ✓ a aceitação (perante algo que não se quer ou que não se pode impedir; aceitar opiniões ou comportamentos diferentes);
- ✓ a responsabilidade (arcar com as consequências de atos próprios ou alheios, ou por uma coisa confiada).

### 2.3. Cuidar de si (autocuidado)

Cuidar é uma das componentes do ser, supõe prestar atenção ter algum tipo de responsabilidade pela vida do outro (Cardoso, 2014).

Segundo Rodríguez et al. (2014) e Rodríguez (2016), cuidar bem de alguém implica que quem cuida não tenha de renunciar à sua própria vida nem aos seus projetos, gostos, interesses e desejos e que deixe de cuidar de si (autocuidado).

Neste ponto, apresentam-se um conjunto de recomendações sobre o **autocuidado** baseados no pressuposto de que **para cuidar bem é imprescindível começar por cuidar-se a si próprio**.

Para envelhecer bem e para cuidar bem, é essencial o **autocuidado**. Apoiar uma pessoa em situação de dependência envolve o desenvolvimento de uma variedade de tarefas: cuidados pessoais, organizar rotinas da vida diária, apoio em todos os tipos de atividades, etc.. Além disso, cuidar significa enfrentar situações que se alteram ao longo do tempo, muitos imprevistos e outras particularmente problemáticas. Tudo isto implica, muitas vezes, que os cuidadores e profissionais deixem de prestar atenção às **suas próprias necessidades de autocuidado**, o que gera, inevitavelmente, problemas físicos e sentimentos negativos, entre outras consequências (Rodríguez et al., 2014).

### 2.4. Cuidados informais e formais

Os cuidados podem ser **informais** - aqueles que são prestados por amigos, vizinhos ou familiares, na sua maioria mulheres, de forma voluntária, duradoura e sem contrapartida financeira; ou **formais** – os que são prestados por profissionais com formação e enquadramento institucional para o efeito. Estes cuidados podem prestar em (pelo menos) sete tipos de respostas<sup>20</sup>.

As mais preponderantes em Portugal (em número de respostas e de pessoas que abrange) são<sup>21</sup>:

- ✓ serviço de apoio domiciliário
- ✓ centro de convívio
- ✓ centro de dia
- ✓ centro de noite
- ✓ acolhimento familiar
- ✓ estruturas residenciais
- ✓ centro de férias e lazer

### 2.5 Implicações da decisão de ser cuidador

Apesar da existência destes serviços e estruturas, como já referido, **os cuidados podem ter consequências positivas, quer na pessoa que recebe os cuidados, quer em quem cuida, mas também consequências negativas, tais como o cansaço, problemas laborais, económicos, de saúde, redução do tempo de lazer, da vida afetiva e relacional, entre outros**.

A este propósito, refira-se o Estatuto do Cuidador Informal, recentemente aprovado pela Lei n.º 100/2019, o qual aprova o Estatuto do Cuidador Informal (Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06). Esta lei regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio.

Neste sentido, para além destas repercussões, normalmente associadas ao ato de cuidar, na hora de decidir se podem ou não assumir cuidar de alguém, devem ser analisadas uma série de questões:

**Questões a responder antes de assumir os cuidados** (Rodríguez et al., 2014, p. 17):

#### Em contexto informal

- ✓ Como foi a relação anterior entre a pessoa que cuida e a que vai ser cuidada?
- ✓ Vai prestar-se ajuda de forma voluntária ou imposta por pressões familiares ou económicas?

<sup>20</sup> Definições de cada uma destas respostas no glossário.

<sup>21</sup> Fonte: Segurança Social

- ✓ Que tipo de tarefas são necessárias para ajudar e quanto tempo de dedicação requerem?
- ✓ Que repercussão pode ter a relação de cuidados em ambas as partes? (em quem é cuidador e quem recebe cuidados);
- ✓ Que consequências positivas e negativas podem vir a ter para ambas as partes? (psicológicas, físicas, económicas, etc., tais como a manutenção da dignidade da pessoa cuidada; ver a pessoa de quem se cuida bem tratada e feliz; ter a consciência que se dá o melhor; encerrar a prestação de cuidados como uma oportunidade de expressar o amor e o afeto; afastar ou adiar a possibilidade de institucionalização; possibilidades de crescimento e enriquecimento pessoal; desenvolvimento de novos conhecimentos e competências; sentido de realização pessoal. Ou por outro lado: sobrecarga; conflitos familiares e problemas económicos; problemas de saúde física e mental do cuidador, etc.).

### Em contexto formal

- ✓ O pedido foi feito pelo sénior ou imposto pela família?
- ✓ A pessoa cuidada concordou ou não com os cuidados?
- ✓ Que tipo de tarefas são necessárias para ajudar e quanto tempo de dedicação requerem?
- ✓ Que preparação e formação existem para prestar os cuidados requeridos?

É muito importante analisar e refletir sobre estas questões, porque podem ajudar a compreender tanto os sentimentos em relação à função de cuidar, como para agir de forma mais adequada e evitar consequências não desejadas (Rodríguez et al., 2014, p. 18).

Em contextos de cuidados formais é muito importante que os cuidadores formais (quem presta diretamente os cuidados) sejam

envolvidos pelas equipas técnicas neste processo acima mencionado em ordem à qualidade dos cuidados e à sua adequação ao perfil de cada pessoa cuidada e suas características e especificidades individuais.

Também pode acontecer que algumas pessoas decidam que preferem não cuidar e é necessário aceitá-lo. **Há que respeitar o direito a cuidar, mas também o direito a não cuidar**, porque a voluntariedade é essencial para conseguir prestar cuidados de qualidade, estabelecer uma boa relação de ajuda e experimentar bem-estar com a função de cuidar.

Contudo, não se pode esquecer que, no contexto familiar, existe a obrigação legal de “prestar alimentos” aos ascendentes e descendentes, de acordo com o Código Civil, o que inclui a prestação de cuidados. Mas esta obrigação não implica necessariamente realizar o trabalho de cuidar pessoalmente. Pode-se cumprir com esta obrigação colaborando economicamente para que outras pessoas cuidadoras ou serviços profissionais/institucionais atendam ao familiar que precisa ou pensando outro familiar que o queira assumir.

### 2.6. Condições para cuidar bem

Quando se cuida de outra pessoa, é imprescindível seguir algumas indicações para prestar atenção e cuidado às próprias necessidades. Um cuidador que **cuida de si próprio**, que se sente bem, que tem melhor **saúde** e mais **energia**, toma melhores decisões, enfrenta melhor os erros e situações difíceis e, finalmente, cuida melhor, porque faz com que a pessoa cuidada se sinta melhor. Portanto, para cuidar bem, prestar atenção ao seu próprio cuidado é uma condição essencial (Rodríguez et al., 2014, p. 82).

Os cuidadores são, antes de tudo, pessoas que devem ter o seu próprio desenvolvimento pessoal e social. Portanto, em primeiro lugar, os familiares/amigos/vizinhos que cuidam devem

manter, na medida do possível, uma **vida própria** (Rodríguez et al., 2014, p. 82).

Cuidar de pessoas em situação de dependência pode tornar-se uma tarefa que preenche cada minuto do dia, levando a que alguns cuidadores possam isolar-se do meio, de tal forma que o seu único mundo seja o dos cuidados. Cultivar velhas amizades, fazer outras novas, pedir ajuda a instituições e profissionais, ajudará não apenas a aliviar muitas das tarefas do cuidado, mas também a manter uma boa saúde social e emocional (Rodríguez et al., 2014, p. 82).

### 2.7. Cuidar bem pode ser possível e gratificante

Cuidar é antes de mais uma relação de troca com outra pessoa com a qual se tem ou pode passar a ter um vínculo emocional. Por isso, para muitas pessoas que prestam cuidados a pessoas em situação de dependência, a experiência de cuidar apresenta-lhes muitos aspetos positivos para o seu **desenvolvimento pessoal** (Rodríguez et al., 2014, p. 83).

As pessoas que sabem cuidar, aprendem a identificar situações em que essa experiência lhes gera bem-estar e satisfação pessoal. As expressões (verbais ou gestuais) de gratidão da pessoa cuidada, conseguir que tenham competências para manter o seu contato com o mundo, conseguir a participação em algumas atividades, são alguns exemplos das consequências do cuidado que os cuidadores precisam de saber identificar e avaliar para tornar o cuidado algo satisfatório (Rodríguez et al., 2014, p. 83).

### 2.8. Cuidar do seu corpo

Antes de alguém ser cuidador, é uma pessoa, com necessidades, desejos, um dado perfil de saúde e ela própria em processo de envelhecimento (Rodríguez et al., 2014, p. 83).

A prestação de cuidados de forma sistemática pode acarretar consequências negativas para a saúde, como problemas músculo-esqueléticos, insónia, tristeza ou depressão (Rodríguez et al., 2014, p. 83).

É importante que os cuidadores desenvolvam rotinas para cuidar da sua saúde, nomeadamente através do recurso a técnicas de proteção articular e estratégias de conservação de energia adequadas no apoio ao levante, posicionamentos e transferências da pessoa cuidada (encontrará mais informações sobre estas temáticas no módulo 6 — «Ergonomia no dia a dia e na prestação de cuidados», da unidade «Autonomia e funcionalidade»), aprendendo a estar atentos aos sinais que mostram a necessidade de incorporar mudanças no modo de agir. Se, por exemplo, sentirem que não dormem como antes, que têm menos energia, que se cansam, lhes falha a memória, perdem o apetite, sentem frequentes mudanças de humor, e se sentem um pouco isolados, devem considerar que não estão bem e que se pode alterar isso (Rodríguez et al., 2014, p. 83).

Alguns exemplos para manter hábitos saudáveis: dormir bem, fazer exercício, evitar o isolamento.

Os cuidadores devem aprender a incorporar na sua vida diária rotinas de cuidado com a sua saúde. É importante que as pessoas que cuidam **descansem** o suficiente e disponham de momentos para **respirar, relaxar e recuperar forças**<sup>22</sup>. Podem aproveitar os períodos de descanso das pessoas que cuidam, ou pedir a ajuda de membros da família ou voluntários para ter momentos que lhes permitam alhear-se, durante algum tempo, do cuidado e dedicar atenção ao seu descanso (Rodríguez et al., 2014, p. 83).

---

<sup>22</sup> Cfr. Pausas para descanso do cuidador – tema «Autonomia e funcionalidade». Estas pausas são absolutamente imprescindíveis para que o cuidador descanse, cuide de si, recupere energias e assim prevenir a exaustão física, emocional e psicológica.



## 2.9. Cuidar do seu bem-estar emocional

Ao longo da vida todas as pessoas experimentam situações que podem influenciar o seu bem-estar emocional por diversas razões. A experiência de cuidar de alguém também pode levar a experimentar diversos tipos de sentimentos, tanto positivos quanto negativos. Em ambos os casos, o cuidador deve saber gerir as suas emoções negativas e positivas como um aspeto fundamental do seu bem-estar (Rodríguez et al., 2014, p. 90).

Experimentar **sentimentos negativos** numa situação de cuidados que se prolongam no tempo é uma reação completamente normal, e as pessoas que o aceitam e o expressam impedem que essas emoções gerem consequências negativas para a sua saúde. Existem algumas recomendações que podem ser tomadas em consideração (Rodríguez et al., 2014, p. 90):

- ✓ Perceber que a forma de atuar da pessoa cuidada é geralmente uma consequência da sua doença ou condição, e não uma tentativa de incomodar o cuidador;
- ✓ Falar sobre este assunto com outras pessoas que vivam situações semelhantes, a fim de diminuir esses sentimentos, expressando as suas frustrações, ressentimentos ou desconforto;
- ✓ Tentar colocar em prática alguma estratégia para controlar ou evitar os comportamentos da pessoa cuidada que incomodam o cuidador.

É igualmente importante partilhar os cuidados, utilizando os recursos disponíveis (familiares, institucionais...).

Às vezes, cuidar torna-se uma atividade que se desenvolve isoladamente, o que não deve acontecer. É vital que os cuidadores, quer sejam informais, quer sejam formais, aprendam a deixar-se

ajudar, pois partilhar as tarefas relacionadas ao cuidado é benéfico tanto para o cuidador quanto para as pessoas em situação de dependência (Rodríguez et al., 2014, p. 90).

Existem vários **recursos** aos quais os cuidadores podem fazer apelo, desde pessoas próximas e conhecidas que ajudam a cuidar, que orientam sobre o cuidado, que substituem o cuidador principal por algum tempo; serviços e instituições, que podem apoiar nalgum tipo de serviço; associações, grupos, entre outros recursos.

Todos os recursos comunitários diferem nas suas características, na forma de acesso, nas funções que desempenham, na capacidade de resposta, na gratuidade ou não dos seus serviços, devendo ser analisada a melhor solução para cada situação<sup>23</sup>.

## 2.10. Desafios às emoções do cuidador

«As emoções que vai viver serão contraditórias, fazendo-a oscilar entre o carinho profundo e o ressentimento, entre a abnegação e o egoísmo, entre a compreensão e a impaciência, entre o medo do fim e o desejo de que esse fim chegue depressa» (Núncio, 2019, p.10).

**Na relação de cuidados, deve ter-se clareza sobre as emoções envolvidas, os estereótipos subjacentes, reconhecendo os sinais não-verbais emitidos pelo outro e por si, enquanto cuidador, compreendendo limitações físicas e fisiológicas como cansaço, dor e desconforto. É, assim, necessário perceber cada situação de comunicação, para que as respostas não sejam estereotipadas, mas sim autênticas e realmente sentidas** (Silva, 2014).

Cuidar de forma **holística** (compreendendo que existem as dimensões física, psíquica, emocional, espiritual) de uma pessoa com qualquer

<sup>23</sup> Cfr. a este propósito duas Plataformas de pesquisa sobre recursos e respostas sociais: i) Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais: respostas sociais, no âmbito da ação social, tuteladas pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, em funcionamento em Portugal, a sua caracterização, localização territorial, equipamentos e entidades de suporte: <http://www.cartasocial.pt/>; ii) Mapa Social – espaço que congrega, numa única plataforma, todas as instituições (privadas e sem fins lucrativos) e respetivas respostas sociais em Portugal Continental. Constitui uma ferramenta útil a todos/as utilizadores/as do site, sejam familiares e/ou utilizadores de serviços, bem como a profissionais da área social, saúde, entre outros: <https://www.mapasocial.pt/>

alteração de consciência (coma, estado vegetativo, estado minimamente consciente, estado demencial, etc.) é uma tarefa exigente, e que a todos interpela, atendendo à sua complexidade (Puggina, Silva, & Santos, 2011).

Exatamente por não se conhecer os limites da compreensão e das lembranças possíveis de uma pessoa, por exemplo em estado demencial ou em estado minimamente consciente, é fundamental situá-la no tempo e no espaço constantemente, assim como explicar os procedimentos a serem realizados. Esclarecê-la sobre os ruídos do ambiente, a realidade que a cerca, sem receio de poder parecer ridículo ao, literalmente, conversar com ela (Silva & Leão, 2009, citado por Silva, 2017).

Para além de estabelecermos uma relação interpessoal singular com a pessoa, chamando-a pelo nome, podemos também atuar diretamente sobre o ambiente, por exemplo minimizando os

ruídos desagradáveis, utilizando a música de forma criteriosa (pois nem toda a música é adequada), estando igualmente atentos aos comentários feitos próximos dela, entre outras medidas (Silva & Leão, 2009, citado por Silva, 2017).

É devido a todos estes e outros aspetos que é importante para o cuidador cultivar o **autoconhecimento** (conhecer-se a si próprio) para cuidar do outro com atenção compassiva diante de atividades tão nobres e íntimas como são a higiene e o conforto das pessoas em situações de vulnerabilidade física e emocional.

Na figura 1 apresentam-se algumas dicas para ajudar a evitar o desgaste nos cuidadores. Naturalmente que cada uma destas dicas deve ser analisada por cada cuidador, o qual refletirá sobre o que lhe é mais útil e necessário de acordo com o estado e com a situação em que se encontra (se apenas cansado, se exausto ou em situação de sobrecarga / *burnout*).

### Figura 1. 8 dicas para ajudar a evitar o desgaste nos cuidadores

O *burnout* do cuidador é um estado que pode afetar qualquer pessoa que preste cuidados. Deixamos-lhe 8 dicas para ajudar a afastar esse desgaste.

1.	DEFINA OBJETIVOS RAZOÁVEIS e possíveis de serem concretizados. Isso vai ajudá-lo a ter uma visão mais ampla do que ainda tem a fazer e do que já foi feito.
2.	CONHEÇA OS SEUS LIMITES para conseguir tomar decisões ajustadas a saber quando uma pausa está a ser necessária. Lembre-se que não tem que ser cuidador 7 dias por semana, nem 24h por dia.
3.	OBTENHA CONHECIMENTOS acerca da condição de pessoa que cuida e a forma como encara a vida. Adeque os cuidados à pessoa que está à sua frente.
4.	APRENDA A ACEITAR OS SEUS SENTIMENTOS, pois é normal sentir culpa, raiva, irritabilidade, stress, ressentimento... Os sentimentos negativos fazem parte do cuidado e é importante aprender a aceitá-los.
5.	DESABAFE E CONFIE EM ALGUÉM fora das sua esfera dos cuidados, pode ajudar a prevenir o isolamento e a libertar os stress. Falar acerca de como se sente poderá levar a que lhe sejam dados alguns conselhos que poderão ajudar.
6.	ENCONTRE UM GRUPO DE APOIO para conhecer outros cuidadores em situações semelhantes. Vai ver que não é o único a passar por certas situações e talvez conhecer a forma como outros resolveram certos problemas poderá ajudar.
7.	TORNE-SE SAUDÁVEL E POSITIVO. Pequenos passeios após o almoço, pilates ou sessões de yoga poderão ser boas hipóteses. Atividades extra cuidado ajudarão a libertar o stress e sentir-se melhor.
8.	SEJA REALISTA em todas as atividades do cuidar. Não espere melhoras onde não existem, aprenda a aceitar a realidade que o rodeia. Lembre-se que ser demasiado ambicioso pode ser doloroso.

Fonte: Prime Senior (s.d. a)

## 2.11. Cuidar dos outros

Se considerarmos que cuidar é por essência permitir a alguém com dificuldade física e/ou psico-afetiva enfrentar a vida cotidiana, os cuidados são o motor da intervenção com pessoas, quer sejam prestados pelos mais próximos, quer pelos cuidadores formais/profissionais.

### 2.11.1. Fundamentos do cuidar

Na literatura pode verificar-se que a palavra cuidado deriva do latim *cura*. Na sua forma mais antiga, cura era utilizada num contexto de relações de amor e de amizade. Era considerada uma expressão de dedicação, preocupação, de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação (Silva & Leão, 2009, citado por Silva, 2017).

O verbo cuidar significa atenção, cautela, desvelo (cuidado carinhoso, dedicação), zelo. Cuidar é uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (com a pessoa de quem se cuida).

Os cuidados são uma **ação necessária à vida**, dizem respeito a todas as pessoas, qualquer que seja a sua condição, especialmente começando por nós próprios (autocuidado).

«Cuidar da vida... Tal é esta primeira arte, verdadeira criação que, desde o dar à luz até à morte, participa no mistério da vida que se procura, do desabrochar da vida, da vida que luta, da vida que se afunda... (...) cuidar ... esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas» (Collière, 2003, p.1).

Hesbeen (citado por Petit, 2004, p. 25) defende que os cuidados são o **fermento da vida** e devem ser enquadrados numa prática portadora de sentido e respeitadora das pessoas: «Cuidar de tudo que compõe o mundo e de tudo o que contribui

para o tornar, a cada dia que passa, mais humano, eis o que podemos designar por missão da comunidade dos humanos».

Noutras referências percebe-se que a palavra **cuidado** deriva de *cogitare* — *cogitatus*, cujo sentido é o mesmo: prestar atenção, mostrar interesse, desvelo, diligência. Cuidar é, ainda hoje, mais do que um ato isolado, é uma atitude de ocupação, responsabilização e de envolvimento **consigo, com outro alguém** ou com um objeto (Vaitsman & Andrade, 2005) no sentido de promover a sua dignidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), **dignidade** envolve tratar as pessoas com respeito e consideração, em qualquer circunstância, examiná-las e tratá-las, respeitando a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre a sua situação. Implica, também, saber quem são os profissionais que cuidam da sua saúde, ser tratado pelo nome (e não por números, códigos, de modo genérico ou preconceituoso), ter assegurada a sua privacidade, individualidade e o respeito pelos seus valores éticos e culturais.

Cuidar preservando a dignidade implica, portanto, perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e palavras, na sua dor e limitações (Silva, 2017).

Para Simões et al. (2008) é importante procurar cuidar compreendendo a verdadeira dimensão do sofrimento humano. **Por detrás de cada situação física de doença, há uma história de vida, sentimentos e emoções** (Silva, 2014, citado por Silva, 2017).

O que envolve a dignidade para uma pessoa, pode até ser diferente para outra (por ex., o grau de exposição do corpo é bastante diferente de cultura para cultura) (Silva, 2014, citado por Silva, 2017).

### Dimensão não-verbal

O ato de falar é um terço do que ocorre nas relações interpessoais; todos os outros sinais que estão a ser transmitidos pelas pessoas podem ser chamados de comunicação não-verbal (Silva, 2017), como referido anteriormente. A comunicação não-verbal demonstra ao outro o interesse e o respeito com que estamos (ou não) na relação. Ela envolve todas as outras formas de expressão humana que não as palavras propriamente ditas; é composta pelos gestos e expressões faciais feitos pelas pessoas, pela maneira como se tocam, como agem, pelos objetos ou adornos que utilizam num determinado contexto, pela distância que mantêm umas das outras, pela forma como interagem, a forma como se vestem, por exemplo (Schimidt, Duarte, & Silva, 2015).

Todos esses são sinais não-verbais usados por todas as pessoas ou pelas diferentes culturas. Vejam-se alguns exemplos de questões que têm subjacentes regras do/no cuidar:

- ✓ no cuidar, a expressão facial é de nojo por algo que se vê?
- ✓ o toque é feito com as pontas dos dedos para não mexer muito ou suave porque a área tocada é sensível?
- ✓ os anéis e pulseiras são retirados para não magoar ou mesmo contaminar as pessoas quando se está a tocar nelas?
- ✓ fecha-se a janela para evitar o vento, aumenta-se a temperatura do ar condicionado para que ela não tenha frio?
- ✓ fecha-se a porta ou coloca-se um biombo para protegê-la de outros olhares? (Silva, 2014).

Em suma, existem inúmeras possibilidades de ser respeitoso quando se cuida, de se expressar interesse e atenção pela pessoa cuidada.

A **dimensão não-verbal** acaba mesmo por ser mais valorizada do que a dimensão verbal em muitas situações, dado que se nasce com a capacidade de se expressar através de um instrumento comum: o corpo. Há uma forma muito semelhante de demonstrar emoções (Silva, 2014, citado por Silva, 2017):

- ✓ quando estamos felizes, sorrimos, os nossos olhos brilham;
- ✓ quando estamos tristes, choramos;
- ✓ quando estamos com medo, fugimos ou olhamos fixamente aquilo que nos dá medo;
- ✓ quando estamos com vergonha, ficamos ruborizados - coramos;
- ✓ quando estamos ansiosos, as nossas mãos ficam frias, transpiramos mais ou aumenta a nossa movimentação corporal, o coração bate mais rápido;
- ✓ quando estamos com fome, o estômago pode fazer ruídos;
- ✓ quando estamos com sono, bocejamos, etc..

É importante ter-se consciência que todos esses sinais são identificados pela pessoa com a qual se interage, **antes mesmo de se falar** e isso faz com que ela preste atenção a esses sinais para saber se o que se diz (o que ouve) coincide com a maneira como se age (como o que vê e sente). Silva (2004, citado por Silva, 2017) afirma mesmo que **quando se está fragilizado ou doente tende-se a prestar mais atenção a esses detalhes e sinais porque se tem medo, porque se está vulnerável, sem controlo.**

De facto, os vínculos de confiança são construídos através das várias situações onde percebemos **coerência** (lógica) e **complementaridade** (interdependência, reforço) entre o discurso e as ações. Se temos consideração por alguém, preservamos a sua **dignidade**, tratando-a com **respeito** (Silva, 2014, citado por Silva 2017).

A este processo, Simões et al. (2008) e Simões et al. (2011) chamam **resgate** (recuperação) **da humanidade** (atitude humana) **holística** (totalidade – que engloba todas as vertentes) o qual envolve a atenção na maneira de olhar, no tocar, no falar, na consciência da importância da **verticalidade** (estar e manter-se de pé) para manter um bom funcionamento do organismo (a verticalidade estimula a funcionalidade, ajudando a prevenir as complicações decorrentes da imobilidade no leito, como as úlceras por pressão, rigidez muscular, atrofia muscular). Para estes autores, independentemente do processo de doença de alguém, não precisamos de aumentar a sua fragilidade, fazendo-o sentir-se ainda mais vulnerável, sendo possível tratá-lo com dignidade e respeito. Daí que seja importante a pessoa “estar de pé” para que possa dispor de todas as suas possibilidades de viver em relação com os outros, mantendo as características essenciais da sua espécie.

### Paralinguagem

A atenção à forma como se fala, por exemplo, implica outra dimensão da comunicação não-verbal: o paraverbal ou a paralinguagem, que é a forma como se pronunciam as palavras. Dependendo da ênfase, do tom de voz, da maneira como se diz alguma coisa, dos sons utilizados entre as frases, onomatopeias (hum, hum; ah...), das pausas que se fazem entre as palavras, assim o significado e a compreensão podem ser bastante diferentes. Como as emoções também são expressas pelo paraverbal, se se prestar atenção à forma como o outro verbaliza, pode entender-se a emoção que ele traz na sua própria fala, perceber a hesitação, a ansiedade, o medo, a surpresa (Silva,

2014, citado por Silva, 2017). As emoções são o principal sistema organizador da mente. O que se sente ao cuidar de alguém que não está a conseguir trocar mensagens conosco, pode mudar a consciência que se coloca nas ações de cuidado: ficar automático ou atencioso/cariñoso (Silva, 2017).

### Toque e atitude

O toque nos cuidados é uma dimensão não-verbal fundamental. Não existe neutralidade (há sempre consequências) na maneira como se toca nas pessoas; dependendo da maneira como se dá a aproximação à pessoa para a tocar, o tempo usado no contacto, o local onde se toca, a força exercida, identificam o aspeto afetivo desse contacto (Prochet & Silva, 2013).

Dependendo da forma como se foi educado, dos condicionamentos sociais, o contacto físico com as pessoas pode inspirar algum tipo de receio. Não obstante, desde que se seja claro no contacto, transmitindo **segurança e respeito**, algum eventual receio recíproco tende a diminuir (Silva, 2014, citado por Silva, 2017).

A título exemplificativo, um erro frequente do cuidador é, ao aproximar-se de uma pessoa deitada, inconscientemente, colocar a mão nos seus pés ou pernas. Normalmente, na cultura ocidental não estamos acostumados a ser tocados na perna ou no pé, pelo que a tendência é reagirmos com tensão, enrijecendo o corpo com esse toque. É por isso que é mais adequado, se possível, iniciar o contato físico pelas mãos, braços ou ombros, locais que são mais aceites socialmente na generalidade das culturas para que o toque aconteça (Silva, 2014).

O cuidador precisa de perceber os sinais que demonstram que a pessoa se sentiu invadida ao ser tocada, ou seja, se enrijece o corpo, se desvia o olhar, se passa a responder de forma monossilábica, se vira o rosto, etc. (Silva, 2014).

É fundamental que quem cuida conheça as técnicas/procedimentos necessários para o cuidar. Contudo, torna-se necessário perceber que as técnicas só fazem sentido se forem devidamente contextualizadas, porque cada pessoa pode precisar de uma técnica diferente, de acordo com as suas necessidades e características particulares. Saber utilizar as técnicas é importante, mas também o é a espontaneidade, a sensibilidade e a intuição (Silva, 2014).

Existem situações em que quem cuida de uma pessoa, não está realmente com ela. Se se tomar como exemplo duas pessoas a dar banho a alguém, a conversar sobre novelas, filmes, problemas familiares e não incluindo a própria pessoa cuidada nesses momentos de interação, percebe-se facilmente o que isso significa. Outro exemplo ao qual se pode socorrer é o de dois profissionais a conversar sobre uma pessoa, com outras, como se ela não estivesse presente. Estes e outros exemplos sublinham a importância de recuperar a consciência da atitude, dos gestos e da forma como se fala (Silva, 2014). Também quando se fala sobre a pessoa na sua ausência, por uma questão ética, deve-se moderar a forma como se fala, bem como a reserva em relação aos assuntos da sua vida privada.

Apesar de poderem estar doentes, as pessoas que recebem cuidados (em sua casa ou em instituições) conservam os seus direitos (privacidade, intimidade, individualidade), o que implica deveres para quem cuida (por ex., bater à porta do quarto para entrar, pedir licença para mexer na sua roupa, protegê-lo da exposição pública, entre outros) (Salgueiro, 2014).

Silva (2014) apresenta algumas **estratégias** que ajudam a **preservar a dignidade** da pessoa cuidada:

- ✓ Olhá-la nos olhos, reconhecendo-a como ser humano, não como uma doença ou deficiência;
- ✓ Aproximar-se de frente para a pessoa, não de forma lateralizada (de lado), ou voltada para outras pessoas ou objetos;
- ✓ Na aproximação antes de prestar o cuidado, a expressão facial deve ser a comissura da boca voltada para cima. Não exatamente o sorrir, mas a consciência da própria face para transmitir uma mensagem que seja apaziguadora;
- ✓ Identificar-se com o nome antes de tocar e também a tratá-la pelo próprio nome, se for esse o seu desejo;
- ✓ Explicar os passos do procedimento que se está a fazer – mostrar que se sabe o que se está a fazer e torná-la participante do processo (não esquecer que o corpo é da pessoa);
- ✓ Tratá-la como adulta/adulto evitando expressões como: fofinha/o (que pode ser interpretado como manipulação), mãezinha/paizinho, avozinha/o (estereótipo generalizador), ou por tu (desrespeitoso);
- ✓ Ouvi-la atentamente durante o cuidado, mostrando que se está igualmente presente na interação e ação;
- ✓ Fazer perguntas a uma distância que permita que ela seja franca nas respostas (estando atentos para não a expor a outras pessoas que podem estar próximas);
- ✓ Usar na hora certa palavras como: desculpe, sinto muito, estou a fazer tudo o que posso, estou consigo, não tive a intenção de...;
- ✓ Que quando olhem para nós, percebam que também cuidamos de nós e estamos saudáveis;

- ✓ Quando ao acomodar na cama/cadeira demonstrar que se está atento ao seu conforto (e não à própria comodidade), no final de qualquer procedimento;
- ✓ Demonstrar respeito e atenção também pelos seus familiares, pois se a família se sentir segura com a forma de cuidar, é mais fácil a pessoa cuidada sentir-se segura também;
- ✓ Entender que o silêncio pode ter diferentes significados: desinteresse, vergonha, medo, paciência, atenção, teste. É importante ter atenção ao conjunto dos sinais não-verbais para se poder fazer a sua adequada descodificação/a sua adequada leitura.

Cada pessoa é uma história. Sem trocas comunicativas, age na maioria das vezes de forma automática, baseada em rotinas fixas. Agindo de modo consciente permanecemos humanos, não nos tornamos uma máquina, em piloto automático (Puggina et al., 2011, citado por Silva, 2017).

Neste sentido, quando se fala em cuidar, em sentido lato, é importante dar relevância não apenas às **dimensões objetivas** da situação das pessoas (condição socioeconómica – rendimentos, profissão, estatuto social — redes sociais de apoio — rede de reações, quem apoia, etc.), mas também às **dimensões subjetivas** (fragilidade emocional decorrente da situação que está a vivenciar, formas de encarar a situação/problema, alterações psicológicas associadas, etc.)

Assim, **colocar-se em relação** com outra pessoa é (Phaneuf, 2005):

- ✓ O começo do cuidar:
- ✓ Uma competência (habilidade, conhecimento, atitude) fundamental;
- ✓ Um **compromisso** que exige **empenho e honestidade**;
- ✓ Ter **disponibilidade, espontaneidade**, e capacidade de adaptação ao interlocutor, sem perder a sua própria identidade.

Deste modo, cuidar implica uma **relação** que toma por base:

- ✓ **Valorizar** a existência da pessoa;
- ✓ Ter em consideração a sua **história**;
- ✓ **Estimular** sem confrontar com competências perdidas ou capacidades reduzidas (cada pessoa encontra-se com determinado grau de funcionalidade<sup>24</sup> e é a pessoa que cuida que tem de se adaptar a essa diversidade funcional sem dar demasiada importância ao que a pessoa não consegue fazer);
- ✓ **Valorizar e potenciar** os seus interesses e aptidões (utilizá-lo como motor de estímulo à realização de atividades que tenham sentido para ela);
- ✓ **Ajudar** a tirar o melhor partido das suas atuais condições de vida (reforçando os aspetos positivos da sua vida, ainda que os mesmos possam ser adversos);
- ✓ **Acreditar, aceitar, apreciar** a pessoa, respeitando a sua dignidade e os seus valores (de forma autêntica e genuína);
- ✓ Chamar a pessoa pelo **nome** e/ou título que ela deseja;
- ✓ Inspirar **confiança** (transmitindo tranquilidade e segurança);

<sup>24</sup> A funcionalidade inclui todas as funções do corpo (anatômicas e psicológicas), atividades (relacionadas com a realização de tarefas) e participação (inerente ao envolvimento das pessoas nas situações da vida). Portanto, desordens funcionais não se referem apenas à mobilidade física, mas dizem respeito a vários domínios das atividades da vida diária: quedas, locomoção, autonomia física e instrumental, estado cognitivo e social, entre outros (Fontes et al., 2014).

- ✓ Estar atento às **necessidades e prioridades**, verbalizadas ou latentes (que não são expressas, mas que podem ser interpretadas (depreendidas) pelas atitudes e pelo contexto);
- ✓ Dar **apoio efetivo** (demonstrando disponibilidade);
- ✓ Saber incutir **autoestima e segurança** (estimulando de forma autêntica as capacidades da pessoa, demonstrando disponibilidade para apoiar sempre que necessário).

Por outro lado, existem algumas **atitudes do cuidador que impedem que se estabeleça essa relação**:

- ✓ Expressar ansiedade, agressividade, prepotência (por ex.: demonstrar que se está irritado, ser rude, ser violento);
- ✓ Promover a dependência (por ex.: fazer coisas pela pessoa que ela consegue fazer por ela própria, para ser mais rápido ou por não ter paciência para ensinar, apoiar ou esperar);
- ✓ Falar muito alto e/ou muito depressa (por ex.: presumir que as pessoas seniores e/ou doentes ouvem mal; dar muita informação de uma vez, de forma muito rápida para “despachar”);
- ✓ Infantilizar (por ex.: tratar a pessoa como uma criança só porque precisa de cuidados, quer em palavras, como em gestos/ações);
- ✓ Criticar, julgar, ter pena (por ex.: dar opiniões sobre gostos ou interesses da pessoa, fazendo juízos de valor; lamentar e/ou demonstrar pena pela situação em que a pessoa se encontra);
- ✓ Negligenciar (por ex.: não dar atenção a um pedido que a pessoa faz, não satisfazer uma necessidade que ela considere importante);
- ✓ Abusar do poder (por ex.: utilizar o ato de cuidar como demonstração de superioridade; utilizar essa função para fazer valer vontades particulares).

«A organização atual dos cuidados obriga-nos lamentavelmente muitas vezes a compromissos infelizes: atribuímos mais importância aos tratamentos e ao trabalho organizacional do que às **pessoas** que estão sob os nossos cuidados; as nossas responsabilidades muito pesadas e as nossas múltiplas tarefas limitam infelizmente o nosso **tempo** junto das pessoas cuidadas e impedem-nos demasiadas vezes de **estar fisicamente, intelectualmente e efetivamente disponíveis** para a sua angústia» (Phaneuf, 2005, p. 10).

### O “corpo-objeto” de cuidados ou a “pessoa-sujeito” de cuidados em relação?

Cuidar de uma pessoa enquanto sujeito de cuidados é tratá-la como uma **pessoa** em todas as suas dimensões. Reduzir os cuidados apenas à prestação de cuidados “mecânicos” é tomar essa pessoa como um “corpo-objeto” de cuidados. Nas relações tornadas automáticas e impessoais, a pessoa torna-se “coisificada” (uma coisa) com muita frequência, sendo negada a sua qualidade de sujeito (pessoa) a quem se dirige os cuidados. Isto implica ter o cuidado de considerar as **pessoas de corpo inteiro** e não como seres inferiorizados pela perda de poder que pode trazer a idade, doença e/ou a dependência (Phaneuf, 2007, 2010 citado por Melo et al., 2017, Ribeirinho, 2019).

Cuidar não é apenas uma emoção, atitude ou um simples desejo. O seu objetivo é **proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Envolve uma filosofia de compromisso** direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade (Petit, 2004).

O cuidar deve ser visto como relacional e afetivo, assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efetiva prestação de serviços. É neste sentido que se pode afirmar que a ação cuidadora



exige inúmeras **competências e aptidões** e, como tal, é uma conduta ética que consiste em descobrir o outro na sua singularidade e em acompanhá-lo com a finalidade de proteger a sua vida, respeitando-o sempre, sem exercer sobre ele o poder (Petit, 2004).

Cuidar é uma arte, e como tal, quem cuida deve estar apto a pôr-se no lugar do outro sem se deixar imergir, sem se perder, mas levando em conta cada dado familiar, social e cultural, que constitui a sua identidade (Petit, 2004).

Deste modo, é desejável que o cuidador possua a capacidade de **discernimento** em situações críticas, a compreensão do que se passa à sua volta, a rapidez da capacidade de resposta, a capacidade de se adaptar, de antecipar, de planificar, executar e avaliar o seu trabalho (Petit, 2004). Estas capacidades podem ser estimuladas em processos de supervisão profissional, ainda que, naturalmente, cada cuidador tenha as suas próprias características individuais, as quais terão de ser tomadas em consideração, bem como respeitadas.

## 2.12. Cuidar e respeito pela intimidade

A **confiança** é uma condição básica de toda a relação interpessoal e profissional, e na relação de ajuda, ainda é mais importante. Quando se está numa relação de cuidados, a pessoa cuidada fica potencialmente mais vulnerável tanto física, como emocionalmente. Se não se desenvolve uma relação de confiança, a pessoa sentir-se-á ameaçada, quando se trata de uma intervenção na esfera íntima (Rodríguez, 2016).

Por outro lado, não se pode ignorar que, se a pessoa não está informada ou não compreende ou não autoriza esta intervenção, pode viver este contacto ou aproximação como uma agressão ou uma intromissão na sua vida, que não foi prevista ou desejada. As pessoas com dificuldades na comunicação e na compreensão podem viver um maior sofrimento devido à entrada de alguém desconhecido na sua intimidade (Rodríguez, 2016).

A obrigação de **respeitar a intimidade das pessoas** baseia-se em dois aspetos diferenciados (Rodríguez, 2016):

- ✓ evitar as intromissões desnecessárias na vida privada das pessoas (não se imiscuir (meter) em assuntos que não dizem respeito ao necessário ou ao que a pessoa deseje expressar livremente);
- ✓ intervir na vida privada das pessoas protegendo e respeitando a sua **dignidade**, ou seja, com **consideração e respeito**, evitando o mais possível gerar situações de humilhação e lesões emocionais (não expondo a pessoa a situações do seu passado ou presente que lhe possam causar sofrimento ou mal-estar).

Olhar a intimidade implica perceber que existem diferenças entre aquilo que é o âmbito público e o âmbito **privado**. Pode ser definida como o mais privado do ser humano, o que a pessoa guarda para si, ou para o seu círculo de pessoas de maior confiança. Inclui **sentimentos, crenças, formas de pensar**, informações sobre a **saúde e outras questões pessoais, o corpo, a sexualidade, as relações interpessoais**, etc.. O privado refere-se, assim, ao pessoal e particular de cada indivíduo e ao seu meio pessoal mais próximo, que cada pessoa tem direito a proteger de qualquer intromissão. Refere-se ao que não corresponde ao domínio público (Rodríguez, 2016).

A proteção da intimidade deriva do reconhecimento da necessidade e do direito das pessoas a proteger a sua vida privada de ingerências (intromissões) não autorizadas por parte de outras pessoas (Rodríguez, 2016).

Podem distinguir-se diferentes tipos de intimidade. Na área dos cuidados, é importante dar especial atenção à proteção de algumas delas (Rodríguez, 2016):

- ✓ **Intimidade corporal ou física** — inclui tanto o acesso físico (toque por exemplo) como o visual e refere-se aos limites que deverão existir em relação ao corpo das pessoas por parte de outras. A proteção da intimidade

corporal requer que o acesso ao corpo se realize com o **consentimento** da pessoa e evitando situações que gerem vergonha ou desconforto. O proteger da intimidade implica a garantia de privacidade e uma especial atenção **à cultura e religião de cada pessoa** (por ex., pode procurar-se auscultar junto da família/amigos o que pode ser considerado ofensivo para aquela pessoa em concreto);

- ✓ **Intimidade informativa** — refere-se à obrigação de **confidencialidade** em relação às informações pessoais e, portanto, em garantir o direito ao acesso limitado às informações pessoais e à obrigação de segredo quando as pessoas cuidadas (por vezes, utilizadoras dos serviços/instituições) partilham algo que não querem que outras pessoas saibam. Relaciona-se também com o tratamento correto da informação, evitando comentários ofensivos ou inadequados sobre as pessoas ou situações. A proteção da intimidade informativa é uma garantia de privacidade;
- ✓ **Intimidade decisória** — diz respeito à necessidade de intimidade em determinados processos de tomada de **decisões**. A sua proteção concretiza o direito à privacidade, de espaços e tempos sozinho ou na companhia das pessoas escolhidas pela própria pessoa, bem como uma atenção especial e respeito pelos **valores e emoções** envolvidos nestes processos;
- ✓ **Intimidade espacial** — refere-se ao **território** que configura o âmbito privado, incluindo tanto os espaços como os objetivos (por ex., saber com os próprios ou com os familiares para que servem determinados espaços, se se estiver a cuidar em casa da pessoa, para manter as rotinas). A intimidade espacial é importante para garantir a manutenção das relações interpessoais e o desenvolvimento de atividades privadas, assim como para proteger aspetos relacionados com a personalidade (ideias, sentimentos, valores);

- ✓ **Intimidade relativa à personalidade** — refere-se ao acesso limitado (quem cada pessoa deixa “entrar” no seu mundo) e ao tratamento respeitoso dos diferentes aspetos que configuram a personalidade da pessoa (pensamentos, ideias, crenças, sentimentos, valores, etc.) A intimidade relativa à personalidade pode entender-se como estando incluída noutros tipos de intimidade (informativa, decisória e corporal) e também como o somatório de todas elas.

Em suma, o respeito pela intimidade implica uma determinada atitude que se concretiza no **reconhecimento da outra pessoa como alguém com valor** e que possui uma vida privada própria. Para desenvolver o respeito numa relação de ajuda é fundamental a conquista de uma relação de confiança, bem como a busca de proteção do bem-estar físico e emocional da pessoa, proporcionando um trato adequado (Rodríguez, 2016).

Neste sentido, é dever dos cuidadores, e também dos profissionais e das organizações, tornar efetivo o direito à intimidade de todas as pessoas cuidadas que utilizam os serviços, independentemente do seu estado e capacidade. Esta exigência inclui reconhecer e respeitar esse direito, bem como o estabelecimento de medidas e ações que garantam este direito e a prevenção de situações que o ponham em risco, contemplando a necessária equidade e a sua proteção em cada contexto específico (isto significa que cada pessoa seja tratada com igualdade e imparcialidade, observando-se a adaptação das regras existentes à situação concreta, considerando-se os critérios de justiça).

As relações humanas de qualidade na prestação de apoios ou cuidados numa interação pessoal devem esmerar-se em procurar o bem-estar da outra pessoa, em que esta perceba que é **estimada, escutada e respeitada** na sua **singularidade** (como ser único) e nas suas preferências.

Intervir na esfera da intimidade das pessoas implica, assim, evitar toda e qualquer prática que as faça sentirem-se invadidas, ameaçadas, incomodadas, pressionadas, envergonhadas ou humilhadas e, em consequência, que sofram (Rodríguez, 2016).

A fim de refletir sobre a operacionalização destes aspetos, veja-se no seguinte exercício a forma como cada pessoa pode experimentar diferentes formas de reação a situações específicas.

### Exercício

Imagine, por um momento, que é utente de um serviço/instituição. Descreva, numa ou duas palavras, os **sentimentos** que, no seu entender, poderão ser provocados pelas seguintes situações:

#### Quadro 2. Exercício sobre sentimentos do cuidador

1. Se precisasse que alguém me desse banho e a pessoa que o estivesse a fazer não me dirigisse a palavra e estivesse a falar com um colega, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

2. Se me despissem para me dar banho à frente de outras pessoas, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

3. Se alguém comentasse assuntos da minha vida privada com outra pessoa, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

4. Se alguém pegasse nas minhas fotografias e sem me pedir permissão se pusesse a vê-las e a comentá-las, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

5. Se visse uma fotografia minha publicada em algum jornal da instituição ou rede social, sem que me tivessem pedido permissão, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

6. Se tivesse sofrido um episódio de incontinência e a pessoa que me fosse prestar apoio para me mudar pusesse má cara e me dissesse: “Outra vez?! Tem de ter mais cuidado e avisar antes!”, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

7. Se estivesse num salão com outras pessoas e entrasse algum colaborador e me dissesse alto: “Vamos, que tenho de lhe trocar a fralda!”, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

8. Se, existindo diferentes atividades, me levassem a uma atividade, sem me perguntar a minha preferência, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

9. Se, ao vestir-me, não tivessem em conta a minha escolha e me vestissem a primeira roupa que encontrassem no armário, ou a roupa de outra pessoa, sentir-me-ia \_\_\_\_\_

Como forma de sistematização, apresenta-se seguidamente um conjunto de **recomendações** para a ação, como forma de concretização de todos os princípios enunciados (Rodríguez, 2016):

### Como fazer a abordagem, o conhecimento e o reconhecimento de cada pessoa:

- ✓ Apresentar-se e aproximar-se sem pré-juízos, numa atitude de **aceitação**, sem pré julgar a sua forma de ser, pensar, os seus gostos, preferências e valores e tendo em conta a sua identidade cultural;
- ✓ Abordar a pessoa numa atitude de **empatia** e de **respeito**, escutando com interesse e ativamente a sua experiência. Só assim é possível conhecer que aspetos da sua vida, dos seus pensamentos e sentimentos a pessoa quer preservar e que atividades da sua vida privada não quer partilhar;
- ✓ Ter em conta o momento do **ciclo vital** (fase do ciclo da vida) da pessoa com a qual se intervém, a sua **história pessoal**, os seus **valores**, e a sua situação atual (as suas necessidades, dificuldades e capacidades), assim como os seus **desejos e projetos** futuros, sem pressupor que alguns deles podem ser excluídos em virtude de determinadas condições que possam impedir a sua concretização;
- ✓ Respeito pelas pessoas de origem estrangeira, tendo em conta que a adaptação a uma nova cultura pode gerar stresse (quer para a própria pessoa estrangeira, quer para quem lida com a nova cultura, o cuidador). Sempre que não se violem os direitos fundamentais de outras pessoas e não se quebrem as normas penais, há que respeitar a sua **singularidade** (alimentação, forma de vestir, religião, etc.), já que tudo isso afeta a esfera das atividades privadas do quotidiano. Também se deve ter em conta que algumas pessoas querem ou preferem que determinados aspetos ou tomada de decisões sejam partilhadas com a família ou comunidade;

- ✓ Ter em consideração o **género** para conhecer e compreender que determinados aspetos da personalidade da pessoa podem ter sido moldados por uma educação (socialização) tradicional marcada pela diferenciação de papéis de género (por ex., uma situação em que uma mulher “obedeça” ao marido porque sempre o fez, porque não tinha “voz ativa”), adaptando a intervenção e apoiando um processo de transformação e de afirmação.

### Como facilitar a comunicação (Rodríguez, 2016):

- ✓ É recomendável que a pessoa tenha o seu **cuidador de referência**, sempre que possível eleito, ou pelo menos por si consentido, com quem tenha estabelecido uma vinculação que lhe dê mais confiança para expressar os seus gostos e preferências em relação às suas atividades privadas e íntimas;
- ✓ Ajudar na identificação de **sentimentos e emoções**, por vezes confusos ou difíceis de reconhecer, bem como facilitar uma adequada expressão dos mesmos, adotando atitudes que transmitam interesse pela pessoa e pela sua circunstância, proporcionando ambientes relaxados que protejam a privacidade;
- ✓ Proporcionar os apoios necessários às pessoas que apresentam dificuldades de comunicação (como por exemplo terapia da fala);
- ✓ Evitar perguntar em excesso e intrometer-se na forma de ser e de pensar da pessoa, se esses aspetos não forem relevantes para a intervenção (ou seja, se essa informação não for importante para o cuidado);
- ✓ No início da conversação devem evitar-se as perguntas fechadas (com resposta sim/não). Também se deve evitar transmitir a impressão de ter pressa, uma vez que isto impede a possibilidade de colocar dúvidas e demonstrar sentimentos. É importante ter tempo de qualidade;
- ✓ Prestar especial atenção à comunicação não-verbal quando se abordam assuntos íntimos

permite um melhor conhecimento e compreensão da pessoa e das suas emoções. É fundamental manter a **coerência** entre comunicação verbal e não-verbal nas mensagens que emitimos (por ex., dizer à pessoa que se está a ouvi-la e estar distraído a olhar para o telemóvel ou para a televisão). Esta última é a que prevalece e são os seus significados o que é percebido pela outra pessoa, quando há discrepância entre o que é dito e a expressão corporal e facial.

### Em suma (Rodríguez, 2016):

Para preservar a intimidade nas relações de cuidados:

- ✓ Quando se fala com as pessoas cuidadas sobre assuntos pessoais, tal deve ser feito em espaços privados e utilizando o **tempo necessário** para o efeito. Assim, devem evitar-se lugares públicos (como corredores ou salas comuns, locais como cafés e outros estabelecimentos nas redondezas onde reside a pessoa) para transmitir informações pessoais;
- ✓ Facilitar os apoios necessários às pessoas que tenham dificuldades (serviço de tradução para estrangeiros, telefones acessíveis, terapia da fala, linguagem gestual, etc.), bem como modos de comunicação alternativos para quem não comunicar verbalmente;
- ✓ Nas instituições garantir que as pessoas que não possuem telemóvel, ou as que não consigam utilizá-lo, possam telefonar em privado e sempre que o desejem (no seu quarto ou numa sala reservada);
- ✓ As comunicações pelo correio (postal ou eletrónico) são de âmbito privado e devem ser respeitadas tanto pelos profissionais como por outras pessoas. Só se a pessoa solicitar colaboração, e com sua autorização, se poderá aceder aos conteúdos dos textos escritos;
- ✓ Apenas a própria pessoa ou o seu representante legal pode manusear o seu dinheiro,

cartões, etc. bem como proceder ao levantamento da sua reforma/pensões, fazer pagamentos, compras etc...

### Algumas recomendações para promover a reflexão dos cuidadores:

- ✓ Facilitar espaços que permitam refletir sobre os efeitos que os modelos de atuação têm no comportamento e no bem-estar das pessoas (por ex., reuniões, supervisão individual, grupos de autoajuda, etc.);
- ✓ Desenhar ações que promovam a **empatia**, a capacidade de cada um se colocar no lugar da pessoa cuidada, para facilitar a compreensão do seu comportamento, atitudes e necessidades (por ex., *roleplaying*, formação). A permanência numa instituição, por exemplo, não converte as pessoas em seres desprovidos de intimidade;
- ✓ Insistir em ações sobre a importância de ver cada pessoa como um **ser único e complexo**. Compreender as alterações de disposição que podem incidir em cada pessoa;
- ✓ Incitar à **reflexão individual** e em equipa sobre os modelos de intervenção e o trato paternalista. Ter presente que por exemplo as instituições são uma forma de acesso a um serviço como um direito de **cidadania** e não como um benefício ou favor;
- ✓ Fomentar a reflexão sobre as atitudes de poder potencialmente conferidas pela situação de cuidado e sobre os possíveis prejuízos e **estereótipos** sobre as pessoas cuidadas;
- ✓ Promover a **comunicação personalizada**, falando pessoalmente com cada pessoa. Limitar às situações necessárias as mensagens gerais dirigidas a grandes grupos;
- ✓ Oferecer um tratamento personalizado que evite os estereótipos profissionais nos quais a pessoa cuidada deve assumir uma condição de submissão ou dependência (por ex., a ideia de que a pessoa porque precisa de ser cuidada, deve aceitar “qualquer coisa”);

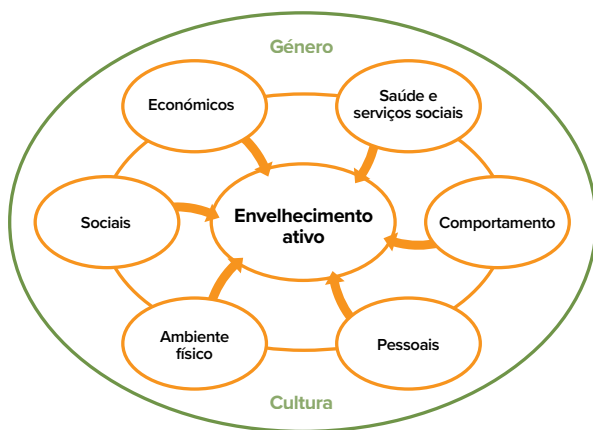
- ✓ Evitar os sistemas de identificação através de números ou similares, para que possa estar presente o nome da pessoa (personalizar os serviços);
- ✓ Facilitar um espaço e tempo ao qual as pessoas possam aceder de forma individualizada e no qual possam colocar as suas questões e interesses;
- ✓ Evitar a infantilização. Não tratar a pessoa adulta como se fosse uma criança irresponsável, em quem não se pode confiar, ou a quem se tem sempre que proteger;
- ✓ Cuidar da linguagem verbal e não-verbal procurando que seja respeitosa e sempre adaptada a cada pessoa e oferecer-lhe um trato caloroso e respeitoso. Tal não implica necessariamente o afeto. Tem a ver com a **proximidade**, a **escuta**, o **interesse** e **respeito** pela pessoa e sua intimidade, tendo em conta as suas características, preferências e valores;
- ✓ Evitar um trato excessivamente informal;
- ✓ Evitar o sexismo, tratando de forma igual a intimidade de homens e mulheres, evitando estereótipos sexistas na planificação e na intervenção (por ex., considerando que uns

têm mais “direito” à salvaguarda da intimidade do que outros);

- ✓ No caso da pessoa com deterioração cognitiva ou necessidades generalizadas de apoio, conhecer a sua biografia, **especificidades** e **singularidades** para poder alargar a compreensão da pessoa e melhor poder comunicar com ela (Rodríguez, 2016).

Também as diferenças de **género**, **a idade** e **a identidade cultural** podem condicionar de forma importante a maneira de perceber e expressar as relações interpessoais e afetivas, assim como o grau de intimidade que estas requerem. De facto, é importante compreender a intimidade como um assunto em que o género e a cultura afetam o autoconceito (perceção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si). Para muitos assuntos relacionados com a proteção da intimidade, não é igual ser homem ou mulher, pertencer a uma cultura ou a outra. É por este motivo que, neste manual, se optou por assumir que o género e a cultura atuam como variáveis transversais e que, como tal, devem ser incorporadas na análise dos diferentes temas abordados, tal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (2002) (ver figura 2):

Figura 2. Determinantes do envelhecimento ativo — OMS (2002)



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2002)

- ✓ **Determinantes transversais:** cultura e gênero — o envelhecimento ativo abarca estes fatores uma vez que estes têm influência sobre todos os outros determinantes;
- ✓ **Determinantes económicos** — aspetos relacionados com os rendimentos, a proteção social (por exemplo, a reforma, etc.) e oportunidades de trabalho digno;
- ✓ **Determinantes da saúde e serviços sociais** — refere-se a serviços direcionados para a promoção da saúde e prevenção da doença, de acesso igual para todos (equitativo) e de qualidade;
- ✓ **Determinantes do ambiente físico** — refere-se a serviços de transporte público de fácil acesso, a habitação e vizinhança seguras e adequadas, água limpa, ar puro e segurança alimentar;
- ✓ **Determinantes sociais (do ambiente social)** — diz respeito a aspetos como o apoio social, a prevenção de violência, a educação e a alfabetização;
- ✓ **Determinantes pessoais** — contempla a biologia e genética e fatores psicológicos;
- ✓ **Determinantes do comportamento** — diz respeito à adoção de estilos de vida saudáveis (não consumir tabaco e álcool, praticar atividade física regular, fazer uma alimentação saudável, manter a saúde oral, uso devido de medicamentos), a participação ativa da própria pessoa nos seus próprios cuidados (autocuidado), importantes em todas as etapas da vida.

### 2.13. Síntese dos direitos, princípios e valores do cuidar

Os princípios e valores em que assenta o cuidar de alguém, têm a sua génese nos direitos fundamentais que devem ser promovidos e garantidos a todas as pessoas, famílias, colaboradores, dirigentes, cuidadores, especialistas e todos os restantes com quem a pessoa se relacione.

Entende-se aqui por princípios éticos o conjunto de valores fundamentais associados à natureza da condição humana (são absolutos e universais). A nível prático estabelecem valores, regras ou normas que afetam todas as atuações ou comportamentos entre as pessoas.

Sem prejuízo dos diversos códigos de ética e deontologia profissional<sup>25</sup> de vários profissionais que trabalham na área dos cuidados, de entre os **princípios e valores** do cuidar, destacam-se especialmente (Segurança Social, I.P. 2005):

#### Dignidade

A dignidade da pessoa é o fundamento de todos os valores e princípios que constituem a essência dos direitos que lhe são reconhecidos. São de evitar pelos cuidadores expressões que diminuam uma pessoa (por ex., falar de alguém na sua presença como se ele ou ela não estivesse ali; ou “nas suas costas”);

#### Individualidade

Todas as pessoas têm características biológicas e experiências de vida que definem a sua identidade e as distinguem umas das outras. Embora possam ter muitas características comuns, encontram-se diferentes gostos, crenças, opiniões e atitudes mesmo dentro da mesma família.

Quando se trabalha na área dos cuidados, reconhecer e respeitar a diferença é uma forma de demonstrar que se valoriza as pessoas com quem se relaciona.

Reconhecer a individualidade da pessoa passa por coisas aparentemente tão comuns como perguntar-lhe como é que quer ser tratada (Pelo nome? Nome e apelido? Título académico?...).

Ao agir segundo este princípio contribui-se para um relacionamento que preserva a dignidade de todos e de cada pessoa em particular.

<sup>25</sup> Diretrizes que orientam as pessoas em relação às suas posturas e atitudes moralmente aceites.

## Autonomia

O respeito pela individualidade implica, necessariamente, o respeito e a promoção da autonomia da pessoa. Os serviços (SAD — Serviço de Apoio Domiciliário, ERPI — Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, CD — Centro de Dia), ou outros locais onde a pessoa se encontra, não são espaços onde aguarda pela morte, mas sim o **seu espaço**, onde vive uma **fase importante** da sua existência.

A pessoa cuidada deve ser encorajada a ser responsável por si própria e a **executar ela mesma** todas as tarefas que deseje e de que seja capaz, isto é, autonomia. **Ninguém deve substituir a pessoa nessas tarefas, sob o argumento de maior funcionalidade ou rapidez.**

As instituições, em especial, devem ter e/ou favorecer condições que promovam a autonomia e facilitem a mobilidade, nomeadamente a nível do **espaço físico** e **mobiliário** (para que todas as pessoas independentemente da sua diversidade funcional (da sua condição de independência) possam circular livremente), e da **humanidade** com que se prestam pequenas ajudas, capazes de ajudar a manter o autocuidado (capacidade de cuidar de si), a autoestima (valorização que a pessoa dá a si própria) e a promover a autonomia.

## Liberdade de escolha

É muito importante para o bem-estar emocional e físico das pessoas, estas terem oportunidade de **fazer escolhas** e de **tomar decisões**. Se assim não for, limita-se a autonomia, violando-se o princípio do respeito pela pessoa e sua autodeterminação (direito de se autogovernar, realizando as suas escolhas sem intervenção/imposição externa).

**As pessoas devem ser encorajadas a decidirem, tanto quanto possível, o que querem comer e quando, o que fazer ao longo do dia, o que querem vestir, a hora a que se querem deitar ou levantar.**

## Confidencialidade

A pessoa tem direito ao respeito pela confidencialidade de todos os elementos da sua vida relativos à sua privacidade e intimidade (garantia do resguardo das informações e proteção contra a sua revelação não autorizada).

Nas instituições e serviços, todos os elementos — diretores, colaboradores, familiares ou amigos - devem respeitar essa confidencialidade, não divulgando nunca informações sobre a vida íntima e privada da pessoa. O cumprimento do dever de confidencialidade é um elemento fundamental nas relações entre todas as pessoas implicadas na prestação de cuidados, não apenas em instituições e serviços, mas em qualquer outro contexto.

## Participação

As pessoas devem poder participar na vida das instituições e serviços com os quais se relacionam, na vida familiar e social em geral. Nas instituições, concretamente, deve existir um livro de sugestões e a direção deve tomar a iniciativa de chamá-los a dar o seu parecer sobre o regulamento interno, nomeadamente através de um conselho de utentes.

Decisões que afetem a instituição não devem ser tomadas, nem implementadas, sem serem antes tornadas públicas e explicadas aos utentes, que devem poder exprimir-se sobre elas e apresentar sugestões. O plano de atividades também deve ser debatido com os utentes, que têm uma palavra a dizer sobre a escolha dos passeios, os destinos de férias, bem como outras atividades.

Na sociedade em geral devem também ser assegurados diferentes mecanismos que promovam e assegurem a participação das pessoas (a este respeito, consultar o tema «Participação e cidadania»).



Todos estes princípios e valores podem ser consubstanciados através da salvaguarda dos seguintes **direitos**:

### Quadro 3. Direitos das pessoas utentes de instituições e serviços

#### Direitos das pessoas utentes de instituições e serviços

- ✓ Direito à integridade e à personalidade como direito fundamental;
- ✓ Direito à vida afetiva, sexual e social;
- ✓ Direito à intimidade — preservação das opções de cada pessoa;
- ✓ Direito à prática da sua religião/espiritualidade;
- ✓ Respeito da autonomia na gestão do património (bens) — substituição só com poderes legais, procuração ou decisão judicial;
- ✓ Direito à prestação de cuidados, com competência, humanidade e de forma atempada.

Fonte: Adaptado de Segurança Social I.P. (2005)

Tendo em conta estes direitos, é importante fazer uma pequena reflexão, designadamente:

**Refletir sobre a forma como a instituição na qual trabalha ou na qual vive um familiar ou amigo seu, salvaguarda os seguintes princípios:**

### Quadro 4. Reflexão sobre os princípios no cuidar

Princípio	Questões para reflexão
<b>Respeito pela dignidade da pessoa cuidada, designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação e à não discriminação;</b>	<p>A pessoa é tratada pelo nome, de forma respeitosa?</p> <p>É garantida a confidencialidade da informação que lhe diz respeito (sobre a sua vida privada, suas decisões, etc.)?</p> <p>É-lhe prestada toda a informação sobre o seu plano de cuidados e outras informações por si solicitadas?</p> <p>É tratada com retidão e imparcialidade, em conformidade com as suas características individuais?</p>

#### Quadro 4. Reflexão sobre os princípios no cuidar (continuação)

Princípio	Questões para reflexão
<b>Incentivo ao exercício da cidadania, traduzido na capacidade da pessoa para participar na vida familiar e comunitária/ social (fomentar as relações interpessoais a fim de evitar o isolamento);</b>	A pessoa é estimulada a participar em atividades que sejam do seu interesse, de forma respeitosa e no respeito pela sua autodeterminação, gostos e expectativas?
<b>Participação das pessoas, ou do seu acompanhante, na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento para outras as respostas de que precise;</b>	A pessoa participa, desde o primeiro momento da intervenção, na identificação dos elementos necessários para o estabelecimento do plano de cuidados?  São dadas à pessoa (e seus familiares quando necessário) todas as informações sobre recursos e respostas na comunidade para outras necessidades identificadas que a instituição não dá?
<b>Respeito pela integridade física e moral da pessoa, assegurando o seu consentimento informado (manifestação expressa da autonomia da vontade da pessoa) ou do respetivo acompanhante, nas intervenções ou prestação de cuidados;</b>	A pessoa tem espaço e mecanismos para manifestar o seu consentimento livre e informado para participação em todo o plano de cuidados e ações que lhe dizem respeito?
<b>Promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis de autonomia e de bem-estar dos utilizadores.</b>	É estimulada a capacidade de escolha da pessoa, a sua autodeterminação, e garantidas as possibilidades de cumprimento dos seus desejos e interesses, de acordo com a sua situação específica e com as possibilidades de ação da instituição?

Fonte: Adaptado de Segurança Social I.P. (2005)

Estas reflexões devem basear-se no pressuposto de que no centro dos cuidados deve estar, sempre, a própria pessoa cuidada. Por isso, é fulcral conhecê-la bem. É útil, para que se consiga atingir este objetivo, que uma equipa técnica multidisciplinar (composta por profissionais de várias áreas) faça uma avaliação inicial da situação da pessoa. Esta avaliação consiste numa análise profunda que aborde aspetos físicos e de saúde, cognitivos, comportamentais, de linguagem, emocionais, sociais, formativos e profissionais, sempre com respeito pela intimidade da pessoa.

Toda essa equipa deve assegurar especial vigilância sobre os aspetos supramencionados e fazer regularmente uma reflexão sobre as suas atitudes e comportamentos perante as pessoas cuidadas. **Apresenta-se de seguida uma checklist de autoavaliação dessas atitudes e comportamentos.**

## Quadro 5. Checklist de autoavaliação das atitudes e comportamentos perante a pessoa cuidada

✓ Personalizo/ individualizo e reconheço a personalidade única de cada pessoa?

✓ Favoreço a expressão dos sentimentos da pessoa cuidada?

✓ Mostro-me acolhedor, colocando a pessoa à vontade?

✓ Permaneço apto a ouvir?

✓ Não interrompo o discurso?

✓ Dou soluções?

✓ Aceito a pessoa tal como é?

✓ Respeito a autonomia da pessoa?

✓ Respeito as suas próprias decisões?

✓ Respeito as suas escolhas?

✓ Sei comunicar?

✓ Sei escutar?

✓ Faço tudo para satisfazer as exigências da pessoa com eficácia?

✓ Atendo às reclamações como meios de melhoria?

✓ Transmito mensagens claras?

✓ Respeito a intimidade da pessoa cuidada?

✓ Facilito a expressão das preferências religiosas e culturais da pessoa cuidada?

Fonte: Elaboração própria

### Dilemas éticos

Um dilema ético ocorre quando uma pessoa, independentemente de ser cuidador/profissional ou na sua vida pessoal, se depara com situações de **conflito entre os seus valores e deveres**, tendo de definir o que fazer, como agir, e decidir qual dos valores/deveres tem precedência (prioridade) ou assume primazia (superioridade). É uma situação na qual **o cuidador/profissional se depara com duas**

**alternativas de atuação que tenham justificativas técnicas, mas com alguma inquietação moral ou social.**

Está-se perante um dilema ético quando, num dado contexto, se verifica a existência de um conflito de valores (religiosos — diferentes religiões, culturais — diferentes culturas, morais — diferentes conceções de bem e de mal, entre outros), os quais são tidos como válidos e inquestionáveis.

A abordagem na tomada de decisões perante dilemas éticos deve seguir um conjunto de procedimentos para que as pessoas se assegurem de que todos os aspetos do dilema são abordados:

- ✓ Identificar as questões éticas, incluindo os valores e deveres que estão em conflito;

- ✓ Identificar todos os agentes que possam ser afetados pela decisão;
- ✓ Identificar todos os possíveis caminhos, quais os participantes envolvidos em cada caminho, identificando os riscos e benefícios para cada alternativa.

Apresentam-se de seguida duas situações onde estão presentes dilemas éticos, um em **contexto familiar** e outro em **contexto institucional** e respetivos comentários:

### Exemplo de um dilema em contexto familiar

*A D. Francisca com 78 anos, tem diabetes (insulinodependente e com indicação médica para não consumir doces), reside em casa do filho que, entretanto, foi submetido a uma cirurgia, pelo que ela teve de ir viver para casa de outra filha temporariamente. Um dia pediu à filha (conhecedora da situação clínica da mãe) que lhe comprasse marmelada pois gosta muito e o filho não lhe costumava dar, afirmando que ela é que sabia o que era melhor para ela e tinham de respeitar a sua vontade.*

Como gerir este dilema utilizando a abordagem acima referida:

- Identificar as questões éticas, incluindo os valores e deveres que estão em conflito — *conflito entre o respeito pela autodeterminação da D. Francisca e o princípio da não maleficência, por parte da filha (não querer prejudicar a mãe, querer o melhor para ela, etc.);*
- Identificar todos os agentes que possam ser afetados pela decisão — *D. Francisca (situação de saúde) e a filha (responsabilidade por cuidar da mãe e garantir o princípio da beneficência nos cuidados, ou seja, o dever de fazer o bem);*
- Identificar todos os possíveis caminhos, quais os participantes envolvidos em cada caminho, identificando os riscos e benefícios para cada alternativa — *sensibilizar a D. Francisca para os potenciais riscos advindos da sua decisão, procurar no mercado uma marmelada indicada para diabéticos, pedir ajuda ao irmão que normalmente presta os cuidados e potencialmente terá mais experiência na abordagem destas situações; em última análise, a D. Francisca é adulta e faz as escolhas que considera melhores para si.*

O princípio da beneficência consiste no dever de fazer o bem, prevenir o mal ou eliminá-lo, enquanto que a não maleficência diz respeito ao dever de não fazer o mal.

### **Exemplo de um dilema em contexto institucional**

*A D. Manuela, com 89 anos e muitas dificuldades de mobilidade, gosta de rezar o terço pela manhã, mal acorda, na sua cama, fazendo a sua oração em voz alta. A sua companheira de quarto da estrutura residencial onde se encontram, D. Ivone, professa outra religião e manifesta-se contra esta prática da D. Manuela.*

Como gerir este dilema utilizando a abordagem acima referida:

- i) Identificar as questões éticas, incluindo os valores e deveres que estão em conflito — *conflito entre opções religiosas da D. Manuela e da D. Ivone;*
- ii) Identificar todos os agentes que possam ser afetados pela decisão — *D. Manuela e D. Ivone;*
- iii) Identificar todos os possíveis caminhos, quais os participantes envolvidos em cada caminho, identificando os riscos e benefícios para cada alternativa — *Poder-se-á pedir à D. Manuela que aguarde que a D. Ivone saia do quarto para ela fazer a sua oração? Que a faça em silêncio? A outra hora? Noutra local? Numa situação mais extrema: haverá outro quarto disponível na instituição para onde uma das senhoras possa ir? A pessoa que estará envolvida nessa troca não se importa? Poder-se-á sensibilizar a D. Ivone em relação à tolerância com esta prática da D. Manuela? Oferecer-lhe outra atividade que possa fazer a essa hora noutra local da instituição?*

O princípio da autonomia refere-se ao direito que qualquer pessoa tem de controlar sua vida e ver as suas decisões respeitadas, e nesta situação em concreto estamos perante interesses e decisões que entram em conflito, pelo que a estratégia de resolução tem de passar pela negociação com as partes envolvidas.



A series of horizontal green lines for writing, starting from the top right of the icon and extending across the page.



### **3. Cuidados e estimulação/animação**

## 3. Cuidados e estimulação/animação

A estimulação da pessoa cuidada é extremamente importante para o seu bem-estar e do seu cuidador. Quanto mais estimulada a pessoa cuidada for, mais oportunidades terá de se exprimir das mais diversas formas. Muitas vezes é na sequência dessa estimulação que se fica a conhecer melhor as características, preferências e necessidades da pessoa cuidada. Por outro lado, a estimulação pode incluir, por exemplo, atividades de expressão artística que permitam à pessoa com dificuldades de comunicação exprimir-se de outras maneiras (pintura, fotografia, escrita, etc.).

### 3.1. Cuidar também é estimular

É muito positivo que se proponham atividades que permitam à pessoa, de acordo com as suas capacidades, continuar a desfrutar do que gosta na sua vida quotidiana. Se isto fizer com que a pessoa cuidada se sinta bem, isso também trará certamente benefícios para quem cuida. **Quando a pessoa em situação de dependência realiza atividades que lhe são agradáveis, e das quais desfruta e que a façam sentir-se relaxada, o seu bem-estar transmite-se também a quem a rodeia e a quem lhe presta cuidados** (podendo ter impactos na própria condição de doença) (Rodríguez et al., 2014, p.37).

Deste modo, cuidar bem implica **estimular** e propor atividades nas quais, e a partir das quais, a pessoa permaneça **ativa, integrada**, tenha uma vida própria e desenvolva as suas **capacidades e habilidades** (Rodríguez et al., 2014, p. 37).

Quando falamos em atividades, é importante ter em conta que estas atividades sejam **significativas e plenas de sentido**, ou seja, que estejam relacionadas com o que interessa a cada pessoa, o que é determinante para que se sinta bem ao desenvolvê-las (Rodríguez et al., 2014, p. 39).

Por exemplo, incentivar a pessoa a realizar atividades do quotidiano pode ser muito importante, já que lhe pode transmitir algum **sentimento de controlo**, ou seja, se a pessoa sente que as suas ações têm efeito no meio que a rodeia, isso é benéfico para

o seu bem-estar. Pelo contrário, a falta de controlo que acontece quando os acontecimentos que a rodeiam se sucedem sem sentido, inevitavelmente, isso gera impotência, indiferença e consequentemente mal-estar (Rodríguez et al., 2014, p. 40).

Esta perceção de controlo pode ser fomentada através do apoio na realização das atividades quotidianas, como vestir-se, conversar, cozinhar, manusear o dinheiro, fazer compras, etc., o que se constitui como uma importantíssima fonte de estimulação para a pessoa, e simultaneamente possui um grande valor terapêutico (Rodríguez et al., 2014).

### 3.2. Estimular as atividades sociais e de lazer

Para além do estímulo para a realização das tarefas e satisfação das necessidades da vida diária, existem outros tipos de necessidades que, não sendo básicas, são fundamentais na vida das pessoas. São as **atividades gratificantes** (que dão satisfação à pessoa, como por exemplo ouvir música, rezar, cozinhar, pintar, etc.) que satisfazem as necessidades psicológicas e sociais, uma vez que, na **visão holística** que aqui se defende, todas as dimensões da vida de uma pessoa são importantes (Rodríguez et al., 2014, p. 40).

As atividades de lazer também são importantes ocasiões para expressar preferências e tomar decisões, ou seja, para desenvolver oportunidades que fomentem a autonomia da pessoa. As atividades que permitem que a pessoa escolha e **decida** sobre a sua participação, sobre o **que faz** ou **como faz**; atividades que levem as pessoas a sentir-se capazes de; as atividades que reforcem ou desenvolvam novas habilidades; as atividades que permitam perceber que o que se faz é útil e tem sentido; e, finalmente, as atividades que sejam valorizadas por outras pessoas (por exemplo aprender uma nova língua ou trabalho manual, aprender a utilizar a internet para comunicar com familiares e amigos, etc.). Todas elas conferem poder e sensação de capacidade a quem as realiza, o que, por sua vez, fomenta a **autonomia e a independência** (Rodríguez et al., 2014, p. 41).



Realizar atividades em contextos integrados no cotidiano, ou seja, incluir as atividades em locais próximos, como bibliotecas, cafés, parques, jardins, centros de dia, teatros, comércio local, etc., constituem-se como excelentes oportunidades de proporcionar novos contatos e facilitar uma maior inclusão da pessoa no seu bairro e na sua comunidade. É, em parte, uma forma de **evitar o isolamento** em casa da própria pessoa ou da sua família, algo que tende a ocorrer em situações de cuidados prolongados (Rodríguez et al., 2014, p. 40-41).

Contudo, podemos facilitar as **relações sociais** sem sair de casa. Por exemplo, organizar reuniões em casa ou visitas em casa de amigos ou conhecidos, pode ser uma boa iniciativa. As atividades especiais (comemorações, datas especiais, dias temáticos, aniversários...) são muito importantes no dia a dia, uma vez que permitem **quebrar a rotina** tanto da pessoa, quanto do cuidador. Organizar esses eventos, com a colaboração da pessoa, outros membros da família ou amigos, é uma excelente oportunidade para envolver outras pessoas e incentivá-las a divertirem-se juntas (Rodríguez et al., 2014, p. 41).

### 3.3. Atividades para pessoas com problemas intelectuais ou cognitivos

Quando se tem de realizar atividades com pessoas nestas circunstâncias, deve-se refletir sobre algumas questões. Primeiro, saber que objetivos se quer atingir. O principal objetivo é geralmente melhorar ou reabilitar capacidades através da sua

estimulação, prestando especial atenção ao seu **bem-estar emocional** (sob supervisão técnica de profissionais habilitados para o efeito). Em segundo lugar, tem que se considerar os diferentes graus de participação, porque, mesmo que pareça insignificante, a mera presença em atividades por vezes pode ser gratificante para a pessoa afetada (Rodríguez et al., 2014, p. 42).

Por outro lado, deve avaliar-se o bem-estar ou desconforto que a atividade pode gerar. Para isso é importante perguntar à própria pessoa. Se isso não for possível, deve tentar saber-se, como cuidadores, outras formas de o perceber. Para além disso, deve oferecer-se ambientes seguros para essas pessoas, para que se sintam calmas e pouco a pouco, de forma progressiva, ir introduzindo novos estímulos (Rodríguez et al., 2014, p. 43).

Finalmente, quando surgem alterações no comportamento, deve pensar-se que, às vezes, elas correspondem ao modo como a pessoa expressa o seu desconforto com a situação. Outras vezes são chamadas de atenção. Uma pessoa experiente pode ajudar a traduzir esses comportamentos, entendê-los e saber como ajudar (Rodríguez et al., 2014).

Como para qualquer outra pessoa, o lazer é algo muito particular, devendo ser adaptado aos gostos e possibilidades individuais. Algumas das atividades listadas abaixo também podem ser boas opções para pessoas com grave deficiência intelectual ou deterioração cognitiva grave.

A título exemplificativo, são apresentadas algumas ações associadas a atividades-tipo:

---

#### Quadro 6. Ações associadas a atividades-tipo

- ✓ Atividades quotidianas — pôr a mesa; levantar a mesa;
- ✓ Atividades culturais — ir ao cinema; fazer ou ir ao teatro; participar em coros; ir a concertos; ir a museus; leitura e discussão de temas; ler jornais e revistas;
- ✓ Atividades sociais — fazer voluntariado, receber ou fazer visitas, participar em movimentos associativos, projetos, etc.;
- ✓ Atividades espirituais e/ou religiosas — ir a locais de culto; assistir presencialmente ou à distância a cerimónias religiosas.

«(...) não sendo possível realizar um determinado tipo de intervenção com profissionais especializados, podem e devem realizar-se atividades estimulantes e significativas com as pessoas com demência. Essas atividades podem ser conduzidas e realizadas tanto por cuidadores familiares, como por profissionais em contexto institucional. O importante é proporcionar às pessoas o envolvimento em atividades do seu interesse passado e atual que sejam fonte de realização e satisfação e que mantenham a sua autonomia e independência durante o maior tempo possível» (Sousa, 2018, p. 186).

## Exemplos de atividades

### Quadro 7. Exemplos de atividades em casa

Em casa
Ouvir música
Cantar
Ver fotos e recordar
Ler o jornal e discutir assuntos atuais
Comentar revistas
Fazer um álbum de vida (fotografias, dados da pessoa, eventos de vida importantes)
Pesquisar informações sobre tópicos de interesse;
Usar a Internet e redes sociais para comunicar com amigos ou familiares (Skype, Messenger, Facebook, ...)
Jogar às cartas, dominó, damas, xadrez...
Organizar festas, reuniões
Ver televisão ou assistir a filmes
Realizar atividades simples de estimulação cognitiva ou passatempos
Jogar com consolas (Wii, PlayStation ...)
Costurar, bordar, fazer renda ou croché
Fazer trabalhos manuais ou cozinhar
Realizar atividades relacionadas com estética e higiene pessoal (manicura, maquilhagem, penteados, ver revistas de moda ...)
Cuidar de animais de estimação
Outras ...

Fonte: Adaptado de Rodríguez et al. (2014)

---

## Quadro 8. Exemplos de atividades fora de casa

### Fora de casa

Sair de casa para passear e apanhar sol

Lanchar numa pastelaria ou café

Almoçar ou jantar num restaurante

Ir ao centro de dia ou Universidade / Academia Sénior

Frequentar atividades culturais ou de lazer: visitar um museu, jardim zoológico

Ir às compras

Ir ao cinema

Viajar

Contemplar a natureza

Visitar familiares e amigos

Ir à discoteca

Ir a um evento desportivo

Ir à piscina

Outras...

---

Fonte: Adaptado de Rodríguez et al. (2014)

### Para concluir:

Partilhando do pensamento de Fonseca (2012), sabe-se que não é possível nem desejável negar a existência de problemas associados ao envelhecimento, ou a importância de todas as ações empreendidas no sentido da prevenção desses problemas. Não obstante,

*«o advento de uma perspetiva positiva em torno do envelhecimento tem conduzido cada vez mais à ideia de que a melhor forma de prevenir os “problemas do envelhecimento” é focar a atenção na valorização das forças das pessoas mais idosas e promover mudanças positivas na segunda metade da vida, em ordem a uma adaptação cada vez mais bem-sucedida entre as competências individuais e as exigências ambientais» (Fonseca, 2012, p. 104).*

Este autor afirma que a melhoria da satisfação com a vida passa por deixar de pensar tanto no que falta e dar mais valor ao que se tem:

*«Estando continuamente a protestar por não ter saúde e vitalidade, estando permanentemente a lamentar a vida que se leva, não se apreciam as qualidades e capacidades que ainda se possuem. Ao envelhecermos, o desenvolvimento passa, inevitavelmente, por aceitarmos o que ainda é possível fazer e pela manutenção de expectativas: esperam-nos coisas, esperam-nos pessoas, esperam-nos relações. É verdade que também nos esperam as doenças e a morte; sabemos-lo bem e é por isso que não vale a pena passar a vida à espera delas» (Fonseca, 2012, p. 104).*

Conclui dizendo que as pessoas se desenvolvem e prolongam a vida quando estão abertas à novidade, às pequenas maravilhas que acontecem, quando estão mais atentas às outras pessoas e aos acontecimentos, quando valorizam coisas simples que são frequentemente as mais importantes:

*«poder andar, poder ler, poder ouvir música, poder sair de casa, ter para onde se ir, ter projetos, ter amigos, ter quem goste de nós, sermos amados. Ou seja, selecionar de nós e do que nos rodeia aquilo que mais nos convém para fazer sobressair as capacidades que conseguimos manter. É um facto: nisto ou naquilo, o ser humano vai ficando menos capaz à medida que envelhece, mas tal nunca impedirá esse mesmo ser humano de achar cada vez mais interessante, cada vez mais bonito, tudo o que o envolve» (Fonseca, 2012, p. 104).*



#### **4. Comunicação e relação — modelo centrado na pessoa**

## 4. Comunicação e relação — modelo centrado na pessoa

Existe, atualmente, um número muito significativo de modelos da qualidade e de atenção às pessoas. A maior parte destes modelos baseiam-se numa adequada avaliação, planificação e intervenção, incluindo instrumentos de medição da qualidade efetiva dos cuidados.

Um dos mais importantes aspetos que é a base destes modelos é a garantia de que a pessoa possa decidir sobre todas as dimensões que afetam a sua vida, considerar a pessoa como **centro** de todo o processo de intervenção e respeitar ao máximo a sua **autonomia** e os seus **direitos**.

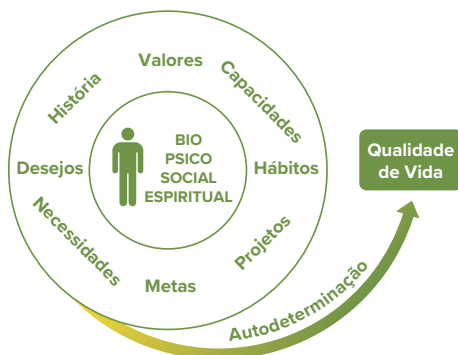
### 4.1. Operacionalização do modelo

A abordagem centrada na pessoa é uma metodologia facilitadora de cuidados mais humanizados, baseada:

- ✓ num **modelo holístico**<sup>26</sup> (que procura compreender as pessoas na sua totalidade e globalidade — ser biopsicossocial e espiritual);
- ✓ num **modelo sistémico** (todas as pessoas são sistemas, fazem parte de sistemas, os quais influenciam e pelos quais são influenciados, como por exemplo a sua família, o seu grupo de colegas, amigos, etc.).

Esta metodologia defende que a própria pessoa, com base na sua história, desejos, capacidades e necessidades, **decida e planifique as metas** que quer alcançar para melhorar a sua vida. Coloca a pessoa no centro, dando-lhe um **papel ativo**, numa lógica de **empoderamento** (dar poder a), no qual os profissionais têm um papel de acompanhamento, apoiando a pessoa para que consiga atingir as suas metas e melhorar a sua qualidade de vida.

Figura 3. Modelo holístico no cuidar



A melhor fonte de informação sobre a qualidade de vida é a própria pessoa, a qual determinará que aspetos da sua própria qualidade de vida são os mais importantes. É importante que uma **atenção integral centrada na pessoa** (tendo em conta todas as suas dimensões biopsicossociais e espirituais) tenha em consideração o seu **projeto de vida**<sup>27</sup>, pelo que quem com ela interage (profissionais, familiares, etc.) deve **compreender e atuar de acordo com esse projeto de vida**.

Estes pressupostos assentam num modelo centrado na pessoa, em contraposição a modelos centrados nos serviços/instituições.

Um modelo é um conjunto de princípios e orientações para a prática numa determinada área, isto é, constitui-se como um **referencial para guiar a ação**. No contexto deste manual, e tendo em conta a sua temática central, apresenta-se o modelo mais tradicionalmente vigente nesta área dos cuidados — modelo centrado nos serviços — por contraponto ao modelo que aqui se preconiza/defende — **modelo centrado na pessoa**.

<sup>26</sup> A palavra holístico foi criada a partir do termo holos, que em grego significa «todo» ou «inteiro».

<sup>27</sup> Projeto de vida — forma através da qual as pessoas projetam a sua existência para conseguir metas e desejos em vários âmbitos de desenvolvimento pessoal e social (o trabalho, a família, a rede social de apoios e afetos, os interesses, etc.).

## Quadro 9. Modelo centrado na pessoa vs. Modelo centrado no serviço

Modelo centrado na pessoa	Modelo centrado no serviço <sup>28</sup>
A pessoa é agente <b>ativo e colaborador</b> (é a partir dela que tudo é organizado e é envolvida em tudo o que lhe diz respeito)	A pessoa é agente passivo dos recursos (é um destinatário final de tudo quanto para ela e por ela decidem, sem o seu envolvimento)
Modelo <b>democrático-participativo</b> (a pessoa participa livremente em tudo o que lhe diz respeito, tomando decisões em consciência)	Modelo paternalista-diretivo (a pessoa é alvo das decisões dos outros, que se substituem a ela, alegando saberem o que é o melhor para si)
Centra-se nos <b>recursos e competências</b> das pessoas (é a partir da individualidade de cada pessoa que é definida a intervenção, centrando-se na suas forças (o que sabe, quer, pode e consegue fazer) e não apenas nos potenciais défices — fraquezas)	Centra-se nas limitações e défices da pessoa (olha para o que a pessoa não consegue fazer, para as suas incapacidades, para as suprir/remediar)
Intervenção macro-global — <b>plano de vida</b> (olha a pessoa na continuidade da sua existência, numa lógica dinâmica de ciclo de vida)	Intervenção micro-específica — condutas concretas, alterações (olha a pessoa no aqui e no agora, de forma estática)
Consensualizam-se decisões com o <b>meio envolvente relevante</b> (todas as pessoas que têm potencial significado para a pessoa cuidada são mobilizadas/envolvidas, desde que seja do seu interesse/vontade)	A tomada de decisões recai nos profissionais (são eles que decidem o que consideram melhor para cada pessoa)
Intervém-se com a pessoa no seu <b>contexto habitual</b> (procura conhecer-se o meio de vida da pessoa e nele intervir, a partir das suas perceções, interesses e desejos)	Enquadra-se a pessoa nos recursos sociais (a partir dos serviços e respostas que existem, “encaixam-se” as pessoas nesses recursos)
Procura perceber o que há de comum entre as <b>experiências</b> das pessoas (compreender as suas histórias, biografias, percursos em comum, gostos e expectativas, analisando eventuais interesses partilhados)	Distancia-se das pessoas ressaltando as suas diferenças (olha-se para as diferenças como fator negativo e “não enquadrável” nas respostas)
Define-se um estilo de vida desejável de forma <b>positiva</b> (procura-se construir um modo de vida a partir do que a pessoa deseja, a partir dos aspetos que valoriza como positivos para si própria)	Define-se um estilo de vida mediante programas (as ações pré-existent e as pessoas enquadram-se nos programas existentes)
Centra-se na <b>qualidade de vida</b> (é valorizada a qualidade de vida objetiva e subjetivamente — como cada pessoa percebe o seu bem-estar)	Centra-se na cobertura de recursos/programas (procura-se “distribuir” as pessoas pelos diversos programas pré-existent)

<sup>28</sup> Entende-se, aqui, por serviço todos os locais onde a pessoa seja sujeito de cuidados, o que pode ser um centro de dia, uma residência ou mesmo a sua própria casa, quando, por exemplo, é utente de um serviço de apoio domiciliário.

## Quadro 9. Modelo centrado na pessoa vs. Modelo centrado no serviço (continuação)

Modelo centrado na pessoa	Modelo centrado no serviço <sup>28</sup>
<p>Criam-se equipas de planificação e intervenção gerontológica centradas na <b>pessoa</b> de acordo com os problemas que surgem (são as características e necessidades individuais das pessoas que acionam a criação das equipas e a intervenção a desenvolver)</p>	<p>Atua-se com equipas interdisciplinares clássicas (as equipas são pré-constituídas independentemente dos perfis das pessoas com quem se trabalha)</p>
<p>Responsabiliza-se todos os que trabalham com as pessoas para tomarem boas decisões (todas as pessoas envolvidas na intervenção são agentes com a mesma importância na tomada de decisões e na intervenção)</p>	<p>Delega-se o trabalho aos que trabalham diretamente com as pessoas (quem interage diretamente com as pessoas é responsabilizado pelo sucesso do trabalho desenvolvido)</p>
<p>Processo <b>flexível</b> e responsabilidades compartilhadas (a intervenção vai sendo co-construída “à medida” por todos os agentes, sendo todos responsáveis pela intervenção realizada, inclusive a pessoa cuidada)</p>	<p>Processo rígido e responsabilidade hierárquica (o processo de intervenção é estandardizado e a responsabilidade é definida hierarquicamente)</p>
<p>Programas e serviços <b>adaptados</b> às necessidades (é a partir do perfil de necessidades das pessoas que se estabelecem os programas e serviços)</p>	<p>Programas e serviços pré-estabelecidos por profissionais (nos quais as pessoas posteriormente se enquadram mediante o que já existe)</p>
<p>As <b>novas iniciativas</b> são válidas, ainda que seja em pequena escala (valorizam-se ações à medida, mesmo que seja só para uma pessoa ou pequeno grupo)</p>	<p>As novas iniciativas só valem se se implementarem em grande escala (valoriza-se uma intervenção mais massiva, em grande escala/grandes grupos)</p>
<p>Usa-se <b>linguagem próxima</b>, coloquial, familiar e clara (privilegia-se uma comunicação humana calorosa e empática)</p>	<p>Usa-se linguagem distante, complexa, clínica e com tecnicismos (privilegia-se o distanciamento na relação)</p>
<p>O <b>centro é a pessoa</b> e especificamente as suas principais esperanças, sonhos e desejos (a pessoa é o ponto de partida e de chegada de toda a intervenção)</p>	<p>O centro é o que as pessoas podem ou não fazer, mais do que considerar quem é a pessoa e o que quer para a sua vida (tipificam-se as pessoas por relação às respostas e/ou aos recursos existentes)</p>
<p>A própria pessoa ou o seu representante responsabiliza-se pelo processo, <b>decide</b> quem deve implicar-se, como deve realizar-se o processo e quais são os eixos principais do mesmo (a pessoa é quem detém o poder de decisão, numa lógica de empoderamento)</p>	<p>A pessoa é a recetora principal das ações planificadas na maioria dos enfoques (é o profissional quem decide o quê, como e porquê se realiza determinada intervenção)</p>
<p>O perito é a pessoa. Os profissionais têm competências e conhecimentos sobre a pessoa e participam com ela e com os seus significativos (quem identifica como mais importantes) num processo em que escutam e aprendem (toda a intervenção é co-construída, sendo a pessoa o ator principal).</p>	<p>Outras pessoas (profissionais) têm o controlo do processo e são considerados os peritos (o especialista é o profissional, detendo o poder de decisão e definição dos planos de intervenção).</p>

Fonte: Adaptado de Mulas (2014)

<sup>28</sup> Entende-se aqui por serviço todos os locais onde a pessoa seja sujeito de cuidados e que pode ser um centro de dia, uma residência ou mesmo a sua própria casa, quando, por exemplo, é utente de um serviço de apoio domiciliário.



Em síntese, o **modelo centrado na pessoa** preconizado neste manual, assenta nas seguintes assunções básicas:

- ✓ A individualização da intervenção deve ser a base central de todos os que prestam cuidados/apoiam as pessoas com algum tipo de necessidade;
- ✓ O processo de atenção centra-se na pessoa, partindo dos seus direitos, com o foco nas suas capacidades, recursos, motivações e decisões;
- ✓ No desenvolvimento do projeto de vida da pessoa, as relações mais próximas como família e amigos podem ser essenciais. Não obstante, poderão ser más ou inexistentes (a relação pressupõe ligações com significado);

- ✓ A planificação centrada na pessoa é um processo contínuo e flexível que exige a **escuta ativa** e a **aprendizagem contínua** (cada pessoa é única e o processo de comunicação também), as quais modelarão e rentabilizarão as ações. Em cada processo podem ocorrer mudanças que exijam adaptações, uma vez que as necessidades, desejos, metas e motivações poderão mudar ao longo da intervenção, devido a várias circunstâncias.

Na sequência do que tem vindo a ser desenvolvido, apresenta-se de seguida uma sistematização dos **princípios** — fundamento/essência — e dos **critérios** — parâmetros que permitam a comparação — que fundamentam o modelo de intervenção centrado na pessoa:

#### Quadro 10. Princípios e critérios que fundamentam o modelo de intervenção centrado na pessoa

Princípios (fundamento/essência)	Critérios (parâmetros que permitam a comparação)
<b>Dignidade</b> (reconhecimento da pessoa como digna de respeito)	<b>Garantia de direitos</b> (relacionados com uma vida digna)
<b>Competência</b> (ter as características necessárias para realizar uma determinada atividade)	<b>Promoção/autorrealização</b> (desenvolver as possibilidades de crescimento, desenvolvimento de si mesmo e crescer como pessoa)
<b>Autonomia</b> (capacidade de uma pessoa tomar decisões e fazer escolhas não forçadas)	<b>Diversidade</b> (variedade, pluralidade, diferença)
<b>Participação</b> (tomar parte, intervir, fazer parte; capacidade de envolvimento nas que lhe dizem respeito)	<b>Acessibilidade e interdisciplinaridade</b> (que tem acesso fácil; que é analisado e alvo da intervenção de várias áreas disciplinares)
<b>Integralidade</b> (considerar as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades)	<b>Globalidade</b> (olhar global e sistémico, ou seja, olhar a pessoa em todas as dimensões, como um sistema)
<b>Individualidade</b> (particularidades e peculiaridades únicas de cada pessoa que constituem a sua originalidade e unicidade)	<b>Flexibilidade e atenção personalizada</b> (capacidade de adaptação a cada pessoa e situação, de forma individualizada)
<b>Inclusão social</b> (garantir a todos iguais oportunidades de acesso a bens e serviços)	<b>Proximidade e enfoque comunitário</b> (potenciar a convivência no lugar onde a pessoa vive e em articulação dinâmica com este)
<b>Bem-estar</b> (estado de satisfação plena das necessidades biopsicossociais e espirituais; sensação de segurança e conforto)	<b>Promoção/atenção contínua</b> (melhoria permanente das condições de vida)

## Quadro 10. Princípios e critérios que fundamentam o modelo de intervenção centrado na pessoa (continuação)

<b>Independência</b> (estado de quem tem liberdade ou autonomia)	<b>Prevenção/reabilitação</b> (agir por antecipação; recuperação, readaptação, ressocialização)
<b>Continuidade da intervenção</b> (lógica de acompanhamento contínuo, sem ruturas).	<b>Coordenação e convergência</b> (realizar um trabalho em conjunto, numa mesma direção, para obter um resultado específico).

Fonte: Adaptado de Rodríguez (2016)

Perante este modelo, todos quantos desenvolvem a sua ação na área dos cuidados encontram-se confrontados com uma mudança de padrão, de um modelo centrado na avaliação de resultados de cada área, para um modelo centrado na pessoa. É, assim, imperativo, que se conheça realmente a pessoa e se adaptem os apoios e os serviços ao seu projeto de vida. Na operacionalização deste modelo, devemos atribuir especial relevância às questões da **comunicação**.

Apresenta-se de seguida uma operacionalização de indicadores de desempenho nesta área do cuidar e respetivos resultados esperados. Os indicadores de desempenho servem para mostrar a atuação de cada pessoa envolvida no ato de cuidar, para acompanhar os objetivos definidos, analisando o que vai sendo alcançado e o que precisa de ser ajustado para atingir os resultados previstos<sup>29</sup>.

### 4.1.1. Operacionalização do modelo ao nível da comunicação

Como **resultados** ao nível da competência de comunicação, é desejável (Dijkman et al., 2016):

- ✓ Estabelecer **sintonia e empatia** e manter uma relação de trabalho efetivo com as pessoas e membros da sua família.
- ✓ **Relações positivas e de confiança** e comunicação efetiva entre profissionais e pessoas e a suas famílias/cuidadores influenciam positivamente a saúde e os cuidados sociais e de suporte.

Pode identificar-se como **indicadores de desempenho** ao nível da comunicação no cuidar, designadamente:

## Quadro 11. Indicadores de desempenho ao nível da comunicação no cuidar

Indicador	Exemplo de concretização
Compreender a <b>individualidade, identidade, background</b> , nível de desenvolvimento, expectativas e necessidades das pessoas	Procura conhecer a sua história de vida, os seus gostos, preferências, interesses, projeto de vida;
Respeitar a <b>diversidade</b> individual e cultural da pessoa nos cuidados e serviços, incluindo a diversidade de atitudes e crenças acerca do envelhecimento e do bem-estar. Estar consciente e evitar preconceitos culturais durante os cuidados	Procura pesquisar sobre hábitos culturais, rituais, interesses, mitos, etc. de forma a desconstruir estereótipos — ideias que se estabelecem como padrão — e a obter conhecimentos para manter um diálogo intercultural — comunicação entre pessoas de culturas diferentes;

<sup>29</sup> Salienta-se que este manual não é dirigido apenas a profissionais, pelo que estes indicadores e resultados deverão ser adaptados aos diferentes perfis de cuidadores bem como aos diferentes contextos de cuidados.

Indicador	Exemplo de concretização
Promover <b>relações paritárias</b> , positivas de confiança, numa perspetiva de igual valor (pessoa cuidada-pessoa que cuida)	Relembra à pessoa o seu valor, estimula a sua participação na definição do seu plano de cuidados, pergunta como, por quem e onde gosta de ser cuidado;
Ajustar a forma de comunicação conforme as <b>características</b> das pessoas	Adapta a forma como comunica em função da situação de saúde, habilitações literárias, nível cultural, etc. da pessoa;
<b>Avaliar</b> possíveis barreiras à forma como as pessoas recebem, compreendem e fornecem informação	Avalia e toma em consideração sinais de preocupação, hostilidade, apatia, estereótipos — que muitas vezes surgem a partir de preconceitos; comportamento defensivo; distração/falta de concentração; inibição; <i>status</i> diferenciado, etc.;
Usar a <b>escuta ativa</b> em diferentes situações de cuidado e de suporte	Evita distrações e interrupções durante o cuidado, como o uso de telemóvel, conversas paralelas, etc.; deixa o interlocutor à vontade, demonstrando interesse pelo que ele tem a dizer, mantendo o contato visual; ouve na essência e mantém o foco interpretando a linguagem verbal e não verbal; não julga; faz perguntas para se certificar de que a mensagem foi assimilada corretamente e para ter mais informações acerca do assunto; usa a linguagem corporal de forma calorosa e positiva nos gestos, postura, tom de voz e expressões, demonstrando interesse pelo diálogo; tenta colocar-se no lugar da pessoa, procurando entender as suas necessidades, motivações, expectativas, valores, etc.; fornece feedback — demonstra que compreendeu a mensagem ao interlocutor — à pessoa com quem se comunica, manifestando como as informações foram interpretadas, fazendo críticas construtivas e elogiando;
Estar consciente da natureza das <b>relações</b> das pessoas com as suas famílias/cuidadores e o possível efeito (positivo/negativo) nos cuidados	Ausculta sobre a trajetória das relações familiares, se foram ou não gratificantes; tipo, frequência, intensidade e significado atribuído pela pessoa cuidada a essas relações;
Ser capaz de se <b>relacionar e comunicar</b> com as pessoas e sua família/cuidadores individualmente e em pequenos grupos	Procura personalizar os contactos com as pessoas cuidadas, acompanhando eventos de vida com potencial significado, tais como aniversários, festividades, etc.; aproveita os momentos da prestação dos cuidados e do quotidiano para conversar com as pessoas;
Usar a <b>diplomacia</b> e o tato em situações preocupantes e lidar com situações tensas	Resolve situações de conflitos de forma positiva, demonstra respeito, ouve as partes envolvidas e atinge um entendimento comum sempre que possível.

Fonte: Adaptado de Dijkman et al. (2016)

#### 4.1.2. Operacionalização do modelo ao nível do *empowerment/capacitação*

Para estimular o **empowerment/capacitação** (isto é, o exercício da autonomia de decisão e responsabilidade pela sua própria vida), destaca-se a importância de promover capacidades e recursos nas pessoas e suas famílias de forma a que ganhem controlo sobre as suas vidas e atinjam os seus próprios objetivos, de acordo com as suas **necessidades e expectativas**. Tal implica contribuir para a melhoria da **autonomia** (fazer escolhas), **independência** (ser livre para as fazer), **bem-estar** (sentir-se bem) e **qualidade de vida** das pessoas (bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, relações sociais, como família e amigos, saúde, educação, bem como outros

indicadores de ordem subjetiva que podem ser diferentes de pessoa para pessoa).

Como **resultados** ao nível da capacitação, é desejável (Dijkman et al. (2016)):

As pessoas e a rede de apoio sentem que são **capazes** e que têm o poder suficiente para tomar decisões e controlar a sua própria vida.

Pode identificar-se como indicadores de desempenho ao nível do *empowerment/capacitação*:

Quadro 12. Indicadores de desempenho ao nível do *empowerment/capacitação*

Indicador	Exemplo de concretização
Mobilizar abordagens <b>educativas</b> para melhorar as capacidades do coping (formas de superar situações de stress) e de <b>bem-estar</b> das pessoas	Ensina a pessoa cuidada a lidar com o sucesso em situações adversas, a resolver problemas concretos e a <b>regular as suas emoções</b> — a lidar adequadamente com uma situação, <b>superando as dificuldades</b> ou limites que essa situação apresenta;
Respeitar as <b>escolhas</b> das pessoas nas atividades que elas querem desenvolver independentemente do <b>tempo</b> necessário	Sabe <b>estimular</b> a pessoa, incentivando-a à <b>participação</b> nas atividades, no seu <b>tempo</b> e ao seu ritmo e também sabe respeitar quando esta não deseja participar, procurando perceber as razões dessa recusa e procurando encontrar <b>alternativas não invasivas à liberdade de escolha</b> e à <b>disposição</b> da pessoa cuidada;
Promover tomadas de decisão <b>partilhadas</b> com as pessoas e as suas famílias/cuidadores para manter uma vida quotidiana autónoma, com saúde e <b>bem-estar</b>	Adota uma postura de <b>escuta e abertura</b> às escolhas e preferências da pessoa cuidada e família, respeitando as suas decisões e apoiando-as no sentido de uma vida mais satisfatória e com bem-estar;
Encorajar as pessoas a expressar os seus <b>desejos, expectativas e preocupações</b>	Estimula as pessoas a manifestarem as suas opiniões, <b>emoções</b> sobre os assuntos que lhe dizem respeito, acolhendo de forma autêntica as críticas, bem como as emoções positivas e negativas;
Perguntar às pessoas se e como querem que a sua família seja <b>envolvida</b> nos cuidados e no suporte	Auscultar a pessoa sobre as informações sobre a sua vida e sobre a sua situação atual que pode ou não partilhar com a família e com que membros da família em concreto, percebendo quando e como deseja que esta seja envolvida nos cuidados, sempre que tal seja desejado por ambas as partes.

Fonte: Adaptado de Dijkman et al. (2016)

### 4.1.3. Operacionalização do modelo ao nível da autogestão, autoconfiança e co-confiança

Pode identificar-se como **indicadores de desempenho** ao nível do estímulo à autogestão, autoconfiança e co-confiança:

**Quadro 13. Indicadores de desempenho ao nível do estímulo à autogestão, autoconfiança e co-confiança**

Indicador	Exemplo de concretização
<b>Informar</b> as pessoas e as suas famílias acerca da sua situação e condição particular e explicar intervenções, procedimentos, benefícios e/ou riscos de forma clara e detalhada	Esclarece eventuais dúvidas relacionadas com a situação em que a pessoa se encontra com recurso a materiais de suporte como <i>flyers</i> (folhetos), guias de recursos e procedimentos ou outros;
Estimular a <b>participação</b> das pessoas de acordo com a sua personalidade e necessidades	Com base/a partir do conhecimento da forma de ser e estar da pessoa, propõe o envolvimento em atividades diversificadas;
<b>Compreender</b> os sentimentos de incerteza e tranquilizar as pessoas se necessário	Em situações em que a pessoa se encontre destabilizada devido à ocorrência de algum acontecimento adverso, procura transmitir-lhe tranquilidade e segurança;
<b>Discutir</b> com a pessoa possibilidades de ação e estimular a autogestão, autoconfiança e a co-confiança	Clarifica junto da pessoa as várias alternativas de ação em presença, estimulando-a a escolher a que lhe parece mais conveniente;
<b>Utilizar</b> intervenções de grupo com as pessoas e as suas famílias/cuidadores	Procura utilizar os contactos com as pessoas cuidadas e as suas famílias como oportunidades para estreitar relações de confiança;
<b>Mediar</b> conflitos ou situações hostis com as pessoas e as suas famílias/cuidadores	Quando confrontado com situações de conflito, procura amenizar as emoções negativas e estimular processos de comunicação positivos.

Fonte: Adaptado de Dijkman et al. (2016)

Estes indicadores requerem que o cuidador/profissional desenvolva competências para estimular, motivar e treinar as pessoas e significativos acerca da **autogestão** (capacidade de se administrar a si mesmo), **autoconfiança** (convicção de ser capaz de fazer alguma coisa) e **co-confiança** (construção do sentimento de segurança e confiança relativamente a outra pessoa).

Como **resultados** ao nível da autogestão, co-confiança e autoconfiança, é desejável (Dijkman et al., 2016):

As pessoas e as suas famílias são informadas, encorajadas e motivadas acerca da melhor forma de autogestão, autoconfiança e co-confiança nos cuidados e serviços.



Four horizontal lines for writing, starting from the right side of the notepad icon.

Multiple horizontal lines for writing, filling the majority of the page.



## **5. Comunicação e relação nos cuidados de higiene e conforto**

## 5. Comunicação e relação nos cuidados de higiene e conforto

Embora este ponto se debruce especificamente sobre a comunicação e a relação nos cuidados de higiene e conforto, **todos os princípios subjacentes são comuns a outros contextos de prestação de cuidados, como por exemplo alimentação, mobilizações, transferências e acompanhamento em outras AVD** (atividades da vida diária).

Não obstante o facto de se conhecerem os benefícios dos cuidados de higiene, estes são muitas vezes alvo de desvalorização, sendo encarados como secundários, organizados sobretudo tendo em conta as necessidades dos cuidadores profissionais (Penaforte, 2011 citado por Melo et al., 2017).

Ao serem muitas vezes prestados sem interagir com a pessoa de quem se cuida (Nóbrega & Silva, 2009 citado por Melo et al., 2017), é esquecida a sua dimensão mais importante, ou seja, a **relação** com a pessoa, negligenciando-se uma oportunidade de investir na promoção da saúde, na prestação de apoio emocional e promoção de conforto e bem-estar (Collière, 2003 citado por Melo et al., 2017).

As pessoas cuidadas habitualmente «valorizam a dimensão humana, relacional e terapêutica: **disponibilidade, comunicação, atenção, privacidade, simpatia e confiança**» (Penaforte, 2011). Neste sentido, «para se poder preservar as particularidades e características de cada pessoa, torna-se **fundamental que se conheça bem a pessoa cuidada, os seus hábitos, os seus desejos, o que a faz sentir-se bem**, com o objetivo de uma prestação de cuidados específicos e individualizados (Melo et al., 2017)».

Os cuidados de higiene e conforto são uma excelente oportunidade para comunicar com a pessoa, avaliar a sua condição física e psicológica, reconhecer medos e ansiedades, planear cuidados e prestar uma atenção individualizada, sem impor os seus próprios padrões de higiene (Carrascal & Ramírez, 2015 citado por Melo et al., 2017).

Desta forma, é importante que, «durante os cuidados de higiene e conforto, sejam valorizadas a **dimensão humana, relacional e terapêutica** que implica vários aspetos como a **disponibilidade, informação, explicação, comunicação, atenção, privacidade, simpatia, autonomia, segurança, confiança**, entre outros» (Penaforte, 2011 citado por Melo et al., 2017, p. 110).

É importante que seja repensada a forma como se abordam os cuidados de higiene e o conforto e o valor que lhes é atribuído (Vollman, 2013 citado por Melo et al., 2017).

Assim, Gineste e Pellissier (2008 citado por Melo et al., 2017) defendem que os cuidados de higiene deverão ser realizados com a pessoa em posição o mais **vertical** possível (de preferência de pé), tendo sempre em conta as condições físicas e cognitivas da pessoa cuidada e os objetivos definidos, devido às múltiplas vantagens nos vários sistemas do corpo humano.

A higiene pessoal é decisiva no que respeita a fatores pessoais e ambientais que incidem na saúde física e mental. Por este motivo, os cuidados de higiene exigem uma atitude integral e globalizante (que tenha em conta todas as dimensões) que valorize as condições físicas, psicológicas, sociais e funcionais de cada pessoa (Instituto da Segurança Social I.P., 2007).

Cuidar é um ato complexo e o cuidado de higiene e conforto é um exemplo ou reforça essa complexidade. Isso acontece não apenas porque é importante considerar a pessoa nas suas diferentes dimensões, mas também porque o ato de higiene e conforto se constitui como uma oportunidade de criar um momento de interação longo e de grande proximidade, permitindo implementar

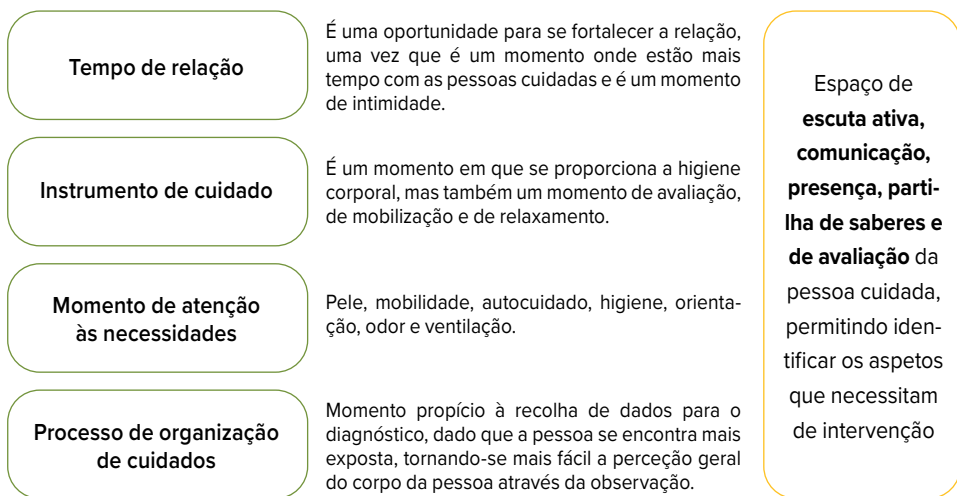


diferentes cuidados que vão muito para além do procedimento de “lavar a pele” (Melo et al., 2017). O cuidado de higiene e conforto é uma necessidade humana imprescindível para a condição de vida saudável e pode ser definido como um conjunto de práticas que visam manter a pessoa limpa e confortável, proporcionando-lhe **proteção, promoção e manutenção de saúde, relaxamento, conforto, autoestima**, sensação de

bem-estar e relaxamento (Nightingale, 2005 cit por Melo et al., 2017; Potter & Perry, 2006 citado por Melo et al., 2017).

Num estudo realizado por Fonseca, Penaforte e Martins (2015, citado por Melo et al., 2017), o banho foi considerado pelos enfermeiros como um *tempo de relação, um instrumento de cuidado, um momento de atenção às necessidades e um processo de organização dos cuidados.*

Figura 4. Potencialidades do banho



Fonte: Adaptado de Fonseca et al. (2015)

Uma vez que o cuidado de higiene é um cuidado de manutenção de vida complexo, é um momento privilegiado para estabelecer uma **comunicação terapêutica**, conhecer a pessoa, realizar uma avaliação física, estimular a nível multissensorial<sup>30</sup>, promover a verticalização (ficar de pé) e a mobilização (estímulo da funcionalidade) ao longo de todo o procedimento, proporcionando vários benefícios a nível dos vários

sistemas<sup>31</sup> (Phaneuf, 2007, 2010 citado por Melo et al., 2017).

### 5.1. Banho no leito como último recurso

Segundo Phaneuf (2007 citado por Melo et al., 2017), deixar as pessoas na cama, quando podem levantar-se é um atentado sério à sua humanidade e um risco para a sua saúde.

<sup>30</sup> Os estímulos multissensoriais envolvem vários sentidos — tato, olfato, audição e/ou visão — e beneficiam o desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico do ser humano.

<sup>31</sup> Cfr. Tema da «Autonomia e funcionalidade».

Contudo, segundo Simões, Salgueiro e Rodrigues (2012, citado por Melo et al., 2017, p. 113), «os cuidados no leito muitas vezes são realizados a pessoas que têm capacidade para se colocar de pé ou mesmo andar.» Segundo Gineste e Pellissier (2008, citado por Melo et al., 2017), **a partir do momento em que a pessoa não tem contraindicação para se verticalizar, e atendendo às vantagens da verticalização e da mobilização, a higiene no leito torna-se inútil ou mesmo prejudicial.** Para estes autores (citado por Melo et al., 2017, p. 113) «no caso da pessoa que não tem capacidade para se manter de pé sobre os seus membros inferiores e não há contraindicação de elevar o tronco, o cuidado pode ser misto» (deitado e sentado, dentro das possibilidades da pessoa).

«No entanto, deve manter-se, o maior período possível de tempo, sentada, permitindo o contacto visual com o cuidador, facilitando o autocuidado, a comunicação e a interação com o meio ambiente.» (Gineste & Pellissier, 2008 citado por Melo et al., 2017) «Assim, **o banho no leito deve considerar-se como último recurso**, quando não há outra alternativa» (Melo et al., 2017, p. 114).

### Sequência da higiene

«Relativamente à sequência da higiene, esta deve ser a que melhor se adequa à pessoa e à situação.» Deve respeitar-se o **bem-estar** da pessoa, modificando a ordem por onde se iniciam os cuidados consoante a sua sensibilidade, vontade, condição e hábitos anteriores, numa lógica de **flexibilidade** e de **adequação** a cada pessoa (cada pessoa é um caso único) (Gineste & Pellissier, 2008, citado por Melo et al., 2017, p. 114).

Desta forma, «se o objetivo prioritário do cuidado é a **higiene e a limpeza**, pode ser utilizada a sequência clássica, da zona **mais limpa para a mais suja**». Assumindo «este pressuposto, deve ter-se em consideração que, de acordo com os estudos microbiológicos, a face, as mãos, os genitais e a região perianal são das zonas mais

contaminadas» (Wilson, citado por Melo et al., 2017, p. 115).

Não obstante, se a pessoa a quem se está a prestar cuidados de higiene revela **vergonha/pudor**, «ou se é a primeira vez que lhe é prestado este cuidado íntimo por profissionais que não conhece e não tem ligação emocional», ou mesmo por um filho, neto, ou outro familiar, «deve **iniciar-se pelas zonas que são aceites socialmente** (mãos, ombros, braços, antebraços, costas) e terminar nas zonas mais íntimas (face, peito na mulher e genitais)» (Melo et al., 2017, p. 115).

Quando se trata de prestar o cuidado de higiene a uma pessoa que não se consegue ou que tem dificuldade em exprimir-se (por exemplo, pessoa em coma, muda, em síndrome de imobilismo) ou com alterações cognitivas (que pode não compreender o cuidado e reagir com comportamentos de agitação), deve iniciar-se o cuidado das zonas menos sensíveis (pernas, costas, braços e antebraços) para as zonas mais sensíveis (pés, mãos e face) (Nakamura et al., 1998 citado por Melo et al., 2017). Isto significa que o pressuposto é o mesmo para qualquer pessoa, independentemente da sua condição. Sempre que possível é importante questionar a família mais chegada sobre como era hábito a pessoa proceder.

Quando estamos «a prestar cuidados de higiene a uma pessoa com dores numa determinada zona, é recomendável iniciar pelas zonas menos dolorosas e com movimentos longos e vastos (...) promovendo o **relaxamento e sensações agradáveis** pela libertação de endorfinas (responsáveis por aliviar a dor e oferecer as sensações de prazer) e deixar as zonas mais dolorosas para último lugar» (Melo et al., 2017, p. 115).

«Assim, de acordo com Gineste e Pellissier (2008), não se deve esquecer que a melhor sequência nos cuidados de higiene deve ter em conta a **condição da pessoa**, os seus **hábitos e desejos**. Para isso, é fundamental o diagnóstico

adequado, realizando o planejamento e prescrição do cuidado atendendo à melhor sequência de higiene para a pessoa em causa. Deve, igualmente, ter-se sempre presente que se não houver contraindicação, a sequência é a que a pessoa prefere. Para isso, deve-se promover a **autonomia** e estimular o **autocuidado**, permitindo que a pessoa inicie e termine o cuidado por onde desejar» (Melo et al. 2017, p. 116).

### Condições de realização

Para a prestação do cuidado de higiene, é necessário ter em conta algumas condições para atingir o objetivo definido, nomeadamente<sup>32</sup>:

- ✓ *«a preferência de cuidado — horário, local, tipo de higiene principal e alternativo (ou seja, aquele que é mais frequente de acordo com o desejo da pessoa e qual o cuidado alternativo).»* (Melo et al., 2017, p. 116).
- ✓ *o número de cuidadores necessários à realização do cuidado e à transferência — «deve ter-se em consideração quantos profissionais e de que categoria profissional (enfermeiro, assistente operacional, outros) são necessários para a transferência, verticalização, e prestação do cuidado de higiene naquela situação específica, atendendo não só à potencial dependência física, mas também à potencial dependência cognitiva e relacional»* (por exemplo se a pessoa for obesa e estiver simultaneamente numa situação demencial, as pessoas envolvidas nos cuidados terão de ser ajustadas a essa situação) (Melo et al., 2017, p. 116).
- ✓ *os equipamentos necessários — «é importante planear quais são os equipamentos necessários para a transferência e os auxiliares de marcha»<sup>33</sup>* (Melo et al., 2017, p. 116).
- ✓ *as dicas pessoais, relacionais e de cuidado, facilitadoras da interação com a pessoa — «são particularidades que permitem a*

personalização do cuidado, sendo fundamentais na interação com a pessoa cuidada, evitando comportamentos de agitação e de oposição ao cuidado». Desta forma, «devem considerar-se as palavras positivas para a pessoa cuidada, o que gosta de ouvir, que palavras ou assuntos são facilitadores da relação, ou que devem ser evitados» porque podem provocar ansiedade (Barbosa, Sousa, Nolan, & Figueiredo, 2015 citado por Melo et al., 2017, p. 117).

«Outro tipo de aspetos que devem ser atendidos diz respeito, por exemplo, ao tipo de produtos de higiene pessoal que a pessoa prefere e está habituada, pressão da água do chuveiro, e temperatura da água» (Melo et al, 2017, p. 117).

### Princípios a ter em conta durante os cuidados de higiene e conforto

Nos cuidados de higiene, devem ser respeitados alguns princípios, designadamente:

- ✓ «Antecipação de todo o material necessário ao cuidado para evitar interromper o cuidado» (Melo et al., 2017, p. 119). «Interromper o cuidado é considerado um comportamento negativo, embora na prática se verifiquem várias interrupções durante os cuidados de higiene» (Simões et al., 2012, citado por Melo et al., 2017, p. 119);
- ✓ Assegurar a «privacidade e a segurança da pessoa, mantendo a pessoa coberta e expondo unicamente as partes do corpo a serem lavadas.» (Potter & Perry, 2006, citado por Melo et al., 2017, p. 119, 120). Durante a prestação de cuidados de higiene e conforto, não se deve descurar o respeito pela privacidade da pessoa a ser cuidada (Melo et al., 2017). Todos os profissionais devem estar sensibilizados para o respeito pela sua privacidade, introduzindo medidas que a permitam salvaguardar. Exemplos destas

<sup>32</sup> Cfr. Tema «Autonomia e funcionalidade»

<sup>33</sup> Para informações mais detalhadas sobre este tópico dos produtos de apoio consultar o tema «Autonomia e funcionalidade».

medidas incluem o uso de biombos, fechar as cortinas laterais, a exposição mínima do corpo ou cobrir as partes que não necessitam de ficar expostas. (Baggio, Pomatti, Bettinelli, & Erdmann, 2011, citado por Melo et al., 2017, p. 120).

«(...) mostrando-lhe que se respeita na sua dignidade, na sua unicidade, na sua autonomia e liberdade, na sua cidadania. No final do banho ou doutro qualquer cuidado, tratam-se e arrumam-se os materiais, mas não se arruma a relação estabelecida (...)» (Salgueiro, 2017, p. 45).

Com base no referencial de Mulas (2014) para orientar a ação no quadro do modelo centrado na pessoa, apresentam-se, de seguida, alguns exemplos de aplicação ao contexto dos cuidados de higiene e conforto e a outras atividades de vida diária (AVD).

**Quadro 14. Exemplos de operacionalização do modelo centrado na pessoa**

Modelo centrado na pessoa	Exemplos de aplicação aos cuidados de higiene e conforto	Exemplos de aplicação a outras AVD
<b>A pessoa é agente ativo e colaborador</b>	Perguntar à pessoa por onde deseja que seja iniciado o banho e o que deseja vestir a seguir ou que tipo de banho prefere (vertical, de leito, misto).	Perguntar se tem preferência por comer uma peça de fruta ou um iogurte a meio da manhã.
<b>Modelo democrático-participativo</b>	Perguntar à pessoa se tem preferência pelo banho ao acordar ou antes de deitar.	Perguntar à pessoa se prefere ler um livro ou escutar música.
<b>Centra-se nos recursos e competências das pessoas</b>	Perguntar à pessoa se deseja ir lavando uma parte do corpo enquanto a pessoa que cuida lava outras partes menos acessíveis.	Perguntar à pessoa se deseja participar num determinado <i>workshop</i> atendendo ao interesse que manifestou por determinado tipo de atividade.
<b>Intervenção macro-global - plano de vida</b>	Perguntar à pessoa se tem preferência pela realização da sua higiene antes de deitar como sempre fez ou se prefere pela manhã ao levantar.	Perguntar à pessoa se gostaria de visitar (presencialmente ou virtualmente) um museu de arte atendendo ao seu gosto por história da arte.
<b>Consensualizam-se decisões com o meio envolvente relevante</b>	Perguntar ao familiar de referência ou pessoa significativa de que forma a pessoa cuidada costumava ter o seu cabelo arranjado, no caso de a própria pessoa já não o conseguir manifestar.	Reunir com a família e com a própria pessoa cuidada para preparar a viagem do período das férias (por ex.: destino, quem vai buscar, quem traz, o que é necessário levar, etc.).

Modelo centrado na pessoa	Exemplos de aplicação aos cuidados de higiene e conforto	Exemplos de aplicação a outras AVD
<b>Intervém-se com a pessoa no seu contexto habitual</b>	Procurar prestar-se os cuidados de higiene da pessoa na sua casa, sempre que possível e desejável, no espaço que lhe for mais confortável.	Perguntar à pessoa como deseja alimentar-se, em que horários costuma fazê-lo e com quem.
<b>Procura perceber o que há de comum entre as experiências das pessoas</b>	Perguntar à pessoa se deseja ser maquilhada, pintar as unhas, colocar perfume, etc.	Perguntar à pessoa como deseja ocupar o seu tempo de lazer, quais os seus interesses culturais, desportivos, etc.
<b>Define-se um estilo de vida desejável de forma positiva</b>	Perguntar à pessoa quando deseja arranjar (cortar, pintar, etc.) o cabelo incentivando-a aos cuidados de imagem.	Perguntar à pessoa se nas idas ao exterior estaria disposta a dar uma volta maior no sentido de realizar maior atividade física, atendendo à sua recetividade para o efeito.
<b>Centra-se na qualidade de vida</b>	Perguntar à pessoa como se sente depois dos cuidados de higiene e conforto e adequá-los numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados.	Perguntar à pessoa a seguir a uma atividade cultural (por ex.: assistir a uma peça de teatro ou ver uma exposição) que significado teve para ela e porquê.
<b>Criam-se equipas de planificação e intervenção gerontológica centradas na pessoa de acordo com os problemas que surgem</b>	Uma pessoa com problemas de pele (integridade cutânea), por exemplo, requer a existência na equipa de cuidados de um enfermeiro para avaliar o estágio ou o risco de úlcera por pressão.	Se uma pessoa manifesta necessidade de partilhar alguma preocupação espiritual, por exemplo, propor a visita de um líder espiritual, um conselheiro ou terapeuta, por exemplo.
<b>Responsabilizam-se todos os que trabalham com as pessoas para tomarem boas decisões</b>	A pessoa que está encarregue da gestão da equipa que presta os cuidados diretos à pessoa é tão responsável como quem os presta, embora com níveis de responsabilidade diferentes e com papéis diferenciados.	O profissional que concebe uma atividade de estimulação sensorial, por exemplo deve estar em permanente comunicação e articulação com as pessoas que prestam cuidados diretos à pessoa (para a conhecer melhor, para potenciar as atividades realizadas no dia a dia como espaços de estimulação, etc.).
<b>Processo flexível e responsabilidades compartilhadas</b>	Por exemplo, quando uma pessoa tem alta hospitalar, após internamento prolongado, pode vir para casa (ou para a instituição) podendo estar desorientada (desorientação espaço-temporal), pelo que é necessário ajustar as rotinas de higiene e conforto gradualmente (relembrando que as rotinas hospitalares são tendencialmente rígidas e despersonalizadas).	Se é o dia de aniversário da pessoa cuidada e esta vive numa estrutura residencial, pode por exemplo convidar-se a família para passar um momento do dia na instituição, articulando com esta que tipo de surpresa se pode preparar, se a pessoa cuidada gosta de surpresas, de celebrar o seu aniversário, que bolo o aniversariante mais gostaria, etc.

**Quadro 14. Exemplos de operacionalização do Modelo centrado na pessoa (continuação)**

Modelo centrado na pessoa	Exemplos de aplicação aos cuidados de higiene e conforto	Exemplos de aplicação a outras AVD
<p><b>Programas e serviços adaptados às necessidades</b></p>	<p>Programar o tempo que se prevê necessário para prestar os cuidados de higiene em função do grau de funcionalidade/dependência da pessoa cuidada para o poder fazer com a tranquilidade requerida.</p>	<p>Se, por exemplo, uma pessoa vive sozinha e tem apenas o apoio pontual de um cuidador ou instituição/serviço e manifesta ter receio de cair e estar sozinha, informar sobre a existência do serviço de teleassistência.</p>
<p><b>As novas iniciativas são válidas, ainda que seja em pequena escala</b></p>	<p>Oferecer uma massagem relaxante a uma pessoa tensa ou agitada devido à ocorrência de um incidente crítico.</p>	<p>Convidar um músico para dar um pequeno concerto ou um escritor para declamar poesia na unidade residencial onde a pessoa cuidada se encontra.</p>
<p><b>Usa-se linguagem próxima, coloquial, familiar e clara</b></p>	<p>Durante a prestação de cuidados de higiene pode, por exemplo, perguntar-se como gosta da temperatura da água, se se sente confortável com aquela roupa, se precisa de mais alguma coisa.</p>	<p>Enquanto se acompanha a pessoa numa atividade como a refeição, pode perguntar-se, por exemplo, se está boa, se gosta, que outros alimentos gosta mais e menos e porquê.</p>
<p><b>O centro é a pessoa e especificamente as suas principais esperanças, sonhos e desejos</b></p>	<p>Se, por exemplo, a pessoa gosta de colocar perfume/<i>aftershave</i>/ água de colónia a seguir à higiene, procurar garantir que o possa fazer sempre que deseja.</p>	<p>Se a pessoa deseja fazer uma oração no início da refeição (como ação de graças devido a um credo religioso) respeitar esse momento e prever esse tempo no plano de cuidados.</p>
<p><b>A própria pessoa ou o seu representante responsabiliza-se pelo processo, decide quem deve implicar-se, como deve realizar-se o processo e quais são os eixos principais do mesmo</b></p>	<p>Se existe alguém que a própria pessoa cuidada não deseja que lhe preste cuidados de higiene e conforto, procurar uma alternativa sempre que possível.</p>	<p>Numa situação de apoio na aquisição de bens e serviços, o cuidador respeita os interesses e escolhas da pessoa cuidada, estando disponível para apoiar na escolha, mas sem se substituir à pessoa.</p>
<p><b>O perito é a pessoa. Os profissionais têm competências e conhecimentos sobre a pessoa e participam com ela e com os seus significativos num processo em que escutam e aprendem.</b></p>	<p>Se a pessoa cuidada, no pleno uso das suas capacidades cognitivas não deseja tomar banho completo todos os dias da semana como, por exemplo, é regra de determinada estrutura residencial onde vive, deverá ser respeitada esta decisão.</p>	<p>Se a pessoa manifesta querer realizar determinada atividade do seu interesse (lúdico-recreativa, cultural, social, desportiva, intelectual/formativa, espiritual e/ou religiosa) e se demonstra competências/capacidades para o efeito, devem ser garantidos todos os meios para que tal aconteça.</p>

### Em síntese:

Todas as interações que vão sendo estabelecidas com a pessoa cuidada ao longo do dia, quer na prestação de cuidados de higiene, conforto e imagem, quer no acompanhamento na alimentação, nos momentos de lazer e outros, podem ser oportunidades de comunicação e relação assentes neste modelo centrado na pessoa. Deste modo, em todas as atividades desenvolvidas ao longo do dia o cuidador pode potenciar o desenvolvimento de múltiplas competências da pessoa cuidada, quer a nível físico, quer a nível psicológico e social.

Figura 5. Síntese do modelo centrado na pessoa nas atividades da vida diária





Four horizontal lines for writing, starting from the right side of the notepad icon.

A series of 25 horizontal lines for writing, spaced evenly down the page.





## **6. Alterações comportamentais da pessoa cuidada**

## 6. Alterações comportamentais da pessoa cuidada

Para Rodríguez et al. (2014), por vezes, os cuidadores têm de enfrentar comportamentos das pessoas que cuidam, que dificultam, e às vezes impedem, o desenvolvimento de atividades e rotinas diárias. Essas manifestações (agressividade, delírios ou alucinações) também podem causar confusão, cansaço e exaustão nos cuidadores.

**A agitação, os comportamentos repetitivos, a deambulação constante, a agressividade, a desconfiança e a hostilidade para com o cuidador, as ideias estranhas, a apatia, as alucinações, a desinibição,** são exemplos de comportamentos que podem surgir no decurso dos cuidados. No entanto, são comportamentos que podem surpreender os cuidadores, uma vez que não faziam parte do comportamento anterior da pessoa, podendo causar desorientação e emoções negativas. Muitas vezes, constituem uma das causas de afastamento do cuidador e de procura de outras alternativas para a pessoa cuidada, ou, em situações extremas podem conduzir a situações de mau trato (Ribeirinho, 2019).

Além das demências, existem outras doenças, mentais e neurológicas, que são frequentemente acompanhadas de distúrbios comportamentais, como por exemplo, transtornos psicóticos (delírios, alucinações). São alterações na percepção e no pensamento que causam uma importante distorção da realidade e, conseqüentemente, a perda de ligação a esta. A pessoa, nesses casos, não tem consciência do que lhe está a acontecer, e, portanto, não é crítica com a sua situação anómala.

### 6.1. Estratégias para lidar com alterações comportamentais

Normalmente, perante comportamentos instáveis, os cuidadores precisam, por um lado, de **conhecer a origem** destes (conhecendo a pessoa e o seu estado), por outro lado, ter **paciência** e tentar apoiar a pessoa e, por fim, encontrar

**formas de prevenir e/ou controlar** esses comportamentos por meio de recomendações específicas de profissionais para lidar com situações complexas, quando os seus próprios recursos não são suficientes. Primeiro, serão apresentadas algumas orientações gerais, e depois ver algumas dessas situações difíceis e como lidar com elas.

Por vezes não é fácil encontrar uma causa específica da alteração comportamental. A observação e a consulta de profissionais podem ajudar a gerir com maior eficácia essas situações. Para poder ajudar a pessoa cuidada com alteração comportamental, é necessário primeiro parar e tomar consciência sobre as reações de quem cuida, a fim de aprender a gerir as suas emoções perante o inesperado, que é vivido como algo indesejável, ou mesmo deplorável.

Para isso, o cuidador deve normalizar os seus sentimentos, ou seja, deve saber que não é de estranhar que, no decurso da doença/dependência podem surgir alterações e que isso, sem dúvida, causa desconforto e sentimentos contraditórios e negativos em si próprio.

Os cuidadores devem, assim, aprender a **identificar as emoções** que lhe provocam tais alterações de comportamento: tristeza, medo, tédio, repugnância... e aprender a geri-las, pois isso é crucial para reduzir o stresse e ser capaz de colocar em prática estratégias de enfrentamento/coping (saber lidar com as situações) bem-sucedidas.

Por outro lado, também é conveniente que se tentem identificar as razões para esses comportamentos alterados, ou seja, se existe algum padrão, algo que se repete antes ou depois das alterações, observando quando elas são mais frequentes ou intensas, a fim de poder dar-lhes significado. Em caso algum se deve atribuir intencionalidade a essas condutas (ou seja, em caso algum se deve considerar que as atitudes e os comportamentos da pessoa cuidada têm a ver

diretamente com o cuidador, que são contra ou em retaliação ao cuidador) (Rodríguez et al., 2014).

### 6.1.1. Comunicar com pessoas com demência

Quando duas pessoas sem problemas cognitivos comunicam, ambas são responsáveis pelo sucesso dessa mesma comunicação. O mesmo não acontece com a pessoa com demência. A pessoa com demência tem dificuldade na expressão dos pensamentos e dos sentimentos, logo não pode ter responsabilidade no sucesso da comunicação (Rodríguez et al., 2014).

Comunicar adequadamente com uma pessoa em situação de demência requer que quem cuida tenha em conta algumas indicações:

#### Requisitos-chave para uma boa comunicação (Rodríguez et al., 2014):

- ✓ Proporcionar um tratamento adequado, digno e respeitoso; não cair na infantilização e tratar a pessoa como adulta, tenha ou não transtorno cognitivo (demência);
- ✓ Dar-lhe tempo para responder, pois a comunicação com pessoas com limitações funcionais, e sobretudo cognitivas, pode necessitar de mais tempo para se fazer entender e receber resposta;
- ✓ Procurar temas de conversa que interessem tanto à pessoa cuidada como ao seu familiar;
- ✓ Estimular a memória e as lembranças das pessoas (daí a importância de conhecer a sua história de vida, independentemente de no momento atual ter problemas cognitivos) para que o seu sentimento de controlo sobre a sua situação aumente potencialmente;
- ✓ Prestar atenção às emoções e sentimentos (identificando potenciais causalidades);
- ✓ Posicionar-se frente-a-frente, para que a pessoa cuidada veja quem está a cuidar de si

(uma vez que os transtornos cognitivos diminuam a visão periférica<sup>34</sup>);

- ✓ Estabelecer contacto visual antes de iniciar o diálogo;
- ✓ Manter o contacto físico (para que a pessoa se sinta estimulada);
- ✓ Utilizar frases curtas e simples;
- ✓ Falar devagar;
- ✓ Fazer perguntas simples e reduzir as escolhas («Tem calor?», «Apetece-lhe ver televisão?»; «Qual destas camisolas quer vestir hoje? A vermelha ou a azul?»);
- ✓ Falar em tom de voz afável e calmo.

#### Aspetos a evitar (Rodríguez et al., 2014):

- ✓ Não argumentar, tentar ter razão ou discutir (Nunca dizer: «Já lhe disse...» — deve repetir as vezes que forem necessárias);
- ✓ Não dar ordens estritas;
- ✓ Não infantilizar a voz e a linguagem;
- ✓ Não fazer perguntas que requeiram respostas elaboradas;
- ✓ Não falar das incapacidades à frente da pessoa (Nunca dizer: «Mas já não se lembra?»);
- ✓ Não dar lições, não envergonhar a pessoa;
- ✓ Mudar o «não pode» por «faça o que puder»;
- ✓ Não falar com outros diante da pessoa como se ela não estivesse presente.

**Como a pessoa cuidada já não pode compreender a realidade dos outros, o cuidador deve tentar compreender a realidade da pessoa cuidada.**

<sup>34</sup>A propriedade de perceber o que está fora do foco principal de visão.

A *Alzheimer's Research UK* criou uma aplicação que pretende simular o que sente e experiencia uma pessoa com demência em três situações específicas: no supermercado, na rua e em casa. Apesar da aplicação só estar disponível para Android é possível através do Youtube (usando navegadores que permitem a visualização em 360º) ter esta experiência. *A walk through dementia* <http://www.awalkthroughdementia.org/>

São apresentadas, de seguida, algumas sugestões para usar frases curtas e diretas, quando o recetor da mensagem é alguém com demência. Mesmo que as frases sejam breves, devem ser verbalizadas num tom gentil, transmitindo calma.

Figura 6. Exemplos de comunicação com pessoas com demência

### Na hora de ir ao WC...



Está na hora de ir à casa de banho.



Já faz uma hora desde a última vez que foi à casa de banho, acho que está no hora de ir novamente, ok?



### Na hora das refeições...



Mmmmm, está na hora de comer esparguete!... (pausa)...  
Vamos para a cozinha.



Está com fome? É hora de almoço e eu fiz aquele prato de esparguete que tanto gosta. Vamos para a cozinha para que possa comer? Depois do almoço sairemos para uma caminhada, para que possa respirar um pouco de ar puro. Pode ser?



### Na hora de ir ao médico...



Está na altura de sair... (pausa)... Está aqui o casaco... (pausa)...  
vamos entrar para o carro.



Vamos ao Sr. Dr. para ver como está a sua saúde.  
Lembre-se que no mês passado, no dia da consulta foi greve e tivemos de remarcar? Está frio hoje, vista o casaco e depois vamos para o carro.



### Na hora das visitas...



É a sua filha Maria... (pausa) Ela veio dizer "Olá".



Temos visitas hoje! Sabe quem é? A Maria esteve aqui semana passada, lembra-se?



Fonte: Prime Senior (s.d. b)

«Novas técnicas levam prática e ajuste. Cada pessoa é diferente e está em fase diferente da doença, logo o comprometimento cognitivo é diferente também. A melhor solução é ir experimentando, com calma, de modo a descobrir o que funciona melhor no caso da pessoa que cuida. Pode demorar algum tempo até descobrir o que realmente funciona com a pessoa que cuida, portanto, deverá manter a calma e jamais desesperar. Praticar a comunicação eficaz com alguém que tem demência é fundamental» (Fonte: Adaptado de Prime Senior — Departamento de conteúdos (s.d. a) (com base em [DailyCaring.com](http://DailyCaring.com)).

Em suma:

**Técnicas de comunicação não verbal que facilitam o cuidado na demência** (Adaptado de Prime Senior — Departamento de conteúdos (s.d. b) (com base em [DailyCaring.com](http://DailyCaring.com)):

«A comunicação não verbal melhora a qualidade de vida e comunicar com alguém com demência pode ser difícil sem aprender algumas técnicas. Em pessoas com demência um dano cerebral mudou o modo como a pessoa ouve, processa e responde à conversa. É por isso que é necessário adaptar a maneira como se comunica, de modo a combinar com as suas habilidades.

Muitas vezes, as mensagens não verbais que são expressadas com a linguagem corporal e expressões faciais são entendidas com mais clareza do que as palavras verbalizadas. E às vezes as mensagens não verbais não correspondem ao discurso verbal, o que causa confusão. É por isso, extremamente importante, estar ciente que comunicação não verbal é uma técnica de comunicação na demência com uma relevância elevada.

Usar a linguagem corporal e expressões faciais que ajudam a pessoa idosa a entender com clareza e facilidade o seu significado pode reduzir a confusão, a agitação e a raiva, além de aumentar a cooperação. Isso facilita o cuidado e melhora a qualidade de vida, tanto do cuidador como da pessoa que necessita de cuidados».

## Quadro 15. 10 Sinais de alerta para identificar um cuidador em stresse

1. Negação acerca da doença, da sua evolução e dos seus efeitos na pessoa diagnosticada.

*«Eu sei que a minha mãe vai melhorar.»*

2. Raiva em relação à pessoa com demência ou outras pessoas, raiva por não existir uma cura ou pela falta de compreensão dos outros.

*«Se ele perguntar novamente a mesma coisa, grito!»*

3. Isolamento social, afastamento dos amigos e perda de interesse em atividades que antes gostava de fazer.

*«Já não me apetece conviver com ninguém.»*

4. Ansiedade por ter de enfrentar mais um dia em relação ao futuro.

*«O que vai acontecer quando ele precisar de mais cuidados do que aqueles que eu lhe posso dar?»*

5. Depressão que afeta o bem-estar e a capacidade de lidar com os desafios do dia a dia.

*«Já não quero saber. Tanto faz.»*

6. Exaustão sensação de que parece impossível realizar as tarefas diárias necessárias.

*«Estou demasiado cansada para isto.»*

7. Insónias causadas por uma lista interminável de preocupações.

*«E se durante a noite ele se levanta e cai?»*

8. Irritabilidade que se traduz em mau humor e provoca respostas e reações negativas.

*«Deixem-me em paz!»*

9. Falta de concentração que prejudica atividades do dia a dia

*«Tenho andado tão ocupada que me esqueci que tinha um compromisso.»*

10. Problemas de saúde que começam a comprometer o bem-estar físico e psicológico.

*«Não me lembro da última vez que me senti bem.»*

Fonte: Associação Alzheimer Portugal (s.d. a)

### 6.1.2. Comportamentos negativos e/ou desafiantes

O comportamento negativo e/ou desafiante pode ser entendido como um padrão persistente de comportamentos que uma pessoa mantém nas relações sociais de uma forma geral. Podem incluir (Rodríguez et al., 2014):

- ✓ perder o controlo;
- ✓ discutir, desafiar ou recusar-se a cumprir normas/regras;
- ✓ incomodar os outros com frequência e deliberadamente;
- ✓ culpar os outros pelos seus erros ou comportamentos;
- ✓ ter pouca paciência e zangar-se facilmente com os outros;
- ✓ ficar ressentido e magoado;
- ✓ ser rancoroso ou vingativo;
- ✓ ter dificuldade em manter ou fazer amigos ou estabelecer relações em geral.

Este tipo de comportamentos pode influenciar de uma forma negativa a interação e o funcionamento social das pessoas.

Analisam-se seguidamente alguns deles com maior detalhe.

#### Negação ou resistência para se envolver no projeto de vida (Rodríguez et al., 2014)

Pode acontecer que uma pessoa apresente dificuldades em manter o projeto de vida que tinha anteriormente definido devido à ocorrência de mudanças na sua vida (por exemplo ter programado fazer uma viagem ou ajudar a cuidar dos netos e por motivos de doença não o poder fazer). As mudanças fazem parte da vida, no entanto, é normal que elas provoquem reações de rejeição por se pensar que talvez tais mudanças signifiquem piorar em vez de melhorar. Para muitas pessoas em situação de dependência e seus cuidadores, as mudanças representam um grande desafio no seu desenvolvimento pessoal (principalmente as sensações de perda - perda de autonomia, de independência, de controlo da sua vida

e de si próprio, etc.). Adaptar-se às mudanças requer uma grande preparação. Portanto, se se falar com a pessoa cuidada sobre as mudanças, se se avaliar as vantagens, incorporando-as progressivamente, acompanhando a pessoa durante todo o processo de adaptação, diminuir-se-á potencialmente a resistência a essas mudanças.

**Formas de dar apoio e incentivar a independência sénior** (Fonte: Adaptado de Prime Senior — Departamento de conteúdos (s.d. c) (com base em Dailycaring).

**1. Conversar e fazer planos juntos:** antes de a pessoa precisar de ajuda, conversar sobre como as suas habilidades podem mudar é algo importante. Descobrir como as pessoas gostariam de receber apoio quando precisarem de ajuda (seja física e/ou cognitiva) ajuda quando o momento chegar. É importante ser-se realista sobre o futuro e preparar-se para as mudanças inevitáveis.

**2. Não ajudar sem que seja realmente necessário:** a pessoa pode precisar de ajuda uma ou duas vezes para realizar determinada tarefa, mas tal não significa que precise sempre de ajuda para aquela tarefa. Antes de se assumir o controlo é importante que se recue e observe, intervindo apenas se necessário.

**3. Concentrar-se nas habilidades das pessoas e no que elas ainda podem fazer:** continuar a fazer o máximo de atividades e tarefas de forma tão independente quanto possível ajuda as pessoas seniores a reter habilidades e a aumentar a autoestima. Apoiar nas tarefas que eles podem fazer ou adaptá-las para que fiquem mais fáceis, é importante.

**4. Concentrar-se no facto de a ajuda ser fortalecedora e permitir que as pessoas façam mais:** lembrar a pessoa que o objetivo do apoio é permitir que faça as tarefas da maneira mais segura e independente possível, ajuda a que sinta que tem um papel ativo e a não esperar que os outros façam tudo.

### **Agressividade** (Rodríguez et al., 2014)

A agressividade pode ser produzida por várias razões, tais como frustração, dor física ou emocional, cansaço, medicação, meio ambiente, etc.. Pode ser reduzida se se tentar manter as rotinas diárias, promover a independência, facilitando assim o desenvolvimento de comportamentos alternativos às manifestações agressivas. Mas se ocorrer um comportamento agressivo, o cuidador deve:

- ✓ permanecer calmo;
- ✓ procurar contato visual;
- ✓ usar uma voz suave;
- ✓ distrair a pessoa;
- ✓ perguntar e informar sempre sobre o que se vai fazer para que não se assuste ou surpreenda;
- ✓ evitar-se confrontá-la, gritar com ela, reagir impulsivamente, pois com isso apenas conseguirá manter ou aumentar a agressividade.

E, finalmente, se houver um episódio de agressividade, deve ser considerado fruto da personalidade da pessoa, de uma eventual doença e não propriamente de um ataque pessoal.

Por outro lado, os comportamentos desafiantes, quando são motivados para chamar a atenção, podem ser atenuados se forem ignorados, e, ao mesmo tempo, deve prestar-se especial atenção a comportamentos amáveis ou apropriados, reforçando-os positivamente.

### **Acusações falsas e desconfiança** (Rodríguez et al., 2014)

Algumas pessoas em situação de dependência, devido à deterioração das funções cognitivas, têm dificuldade em compreender o que acontece ao seu redor. Estas limitações causam receio perante as pessoas habituais, como ideias de roubo, entre outras manifestações, devido ao sentimento de insegurança que a pessoa experimenta na sua relação com o meio (por exemplo por não saber onde está, por estar desorientado).

Perante estas reações, é importante que os cuidadores saibam que discutir e confrontar a pessoa com a realidade não ajuda em nada. Concordar que a pessoa tem o direito de estar com raiva, assegurar que ela está num lugar seguro e que ninguém está a tentar prejudicá-la ou roubar os seus pertences, podem ser atitudes adequadas para controlar a situação.

#### **Estratégias para lidar com falsas acusações por parte da pessoa com demência** (Fonte: Adaptado de Prime Senior - Departamento de conteúdos. (s.d. d) (com base em *Dailycaring*)

Pessoas com Alzheimer ou com outro tipo de demência, podem acusar as pessoas mais próximas de roubo, maus tratos ou outras coisas negativas. Embora existam casos de abuso verdadeiro, muitas vezes essas acusações são completamente falsas e são causadas por delírios — fortes crenças em coisas que não são reais.

É importante ter em consideração que a pessoa com demência não faz essas acusações para magoar ninguém - os delírios e a paranóia são sintomas da doença.

As acusações podem parecer irracionais, mas a situação pode ser real para a pessoa com demência. A sua mente está empenhada em dar sentido ao mundo, enquanto as capacidades cognitivas estão a diminuir. Muitas vezes sentem ansiedade, frustração e sensação de perda. Esses sentimentos, além da perda de memória e confusão, podem facilmente levar à paranóia. É por isso que muitos seniores com demência sentem que as pessoas (geralmente as que lhes são mais próximas) estão a roubá-las ou a maltratá-las. Geralmente, quando não conseguem encontrar algo que tenham perdido, o cérebro leva-os a acreditar que alguém os roubou.



Ainda que as pessoas seniores com demência possam fazer acusações extremamente desagradáveis de ouvir, é importante lembrar que não se tratam de ataques pessoais contra ninguém. O cérebro não consegue entender o que está acontecendo e cria uma versão alternativa da realidade para compensar. Para ajudar a lidar melhor com esse tipo de situações desagradáveis, são apresentadas, de seguida, 8 estratégias.

**1. Não encarar como uma ofensa** — lembrar que a pessoa só faz essas acusações por causa do declínio das suas capacidades cognitivas. Fazer um esforço para manter a calma e não sentir essas acusações como pessoais. Tranquilizar a pessoa e mostrar que se importa com o que ela está a sentir.

**2. Não discutir nem tentar dar demasiadas explicações lógicas** — é importante não discutir nem usar explicações lógicas para convencer alguém com demência de que está errado. Para além de não funcionar, a discussão só vai deixar a pessoa chateada e mais insistente. Deixar a pessoa expressar as suas ideias, sentimentos e opiniões. Será mais fácil acalmá-la e distraí-la se se sentir ouvida e compreendida.

**3. Usar um tom calmo e uma linguagem corporal positiva** — é essencial manter a calma ao responder a alguém que está concentrado em algo em que acredita ser uma verdade incontestável.

Para acalmar a situação, deve falar-se num tom de voz suave e calmo. Também se pode tentar tranquilizar a pessoa de formas não verbais, como um toque gentil ou um abraço.

**4. Criar um ambiente calmo** — criar um ambiente calmo é outra maneira de reduzir a tensão na situação. Reduzir o ruído

desligando a televisão, pedir a outras pessoas para saírem da sala ou colocando música calma em volume baixo. Recorrer à aromaterapia (por exemplo através da utilização de óleos essenciais de lavanda) pode ser outra maneira de criar um ambiente relaxante.

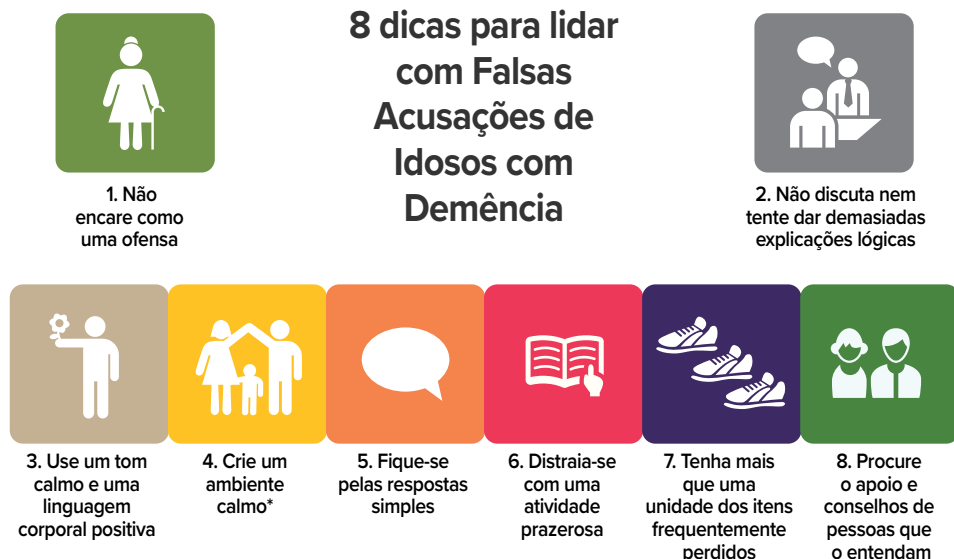
**5. Ficar pelas respostas simples** — quando se responder às acusações, usar respostas curtas e simples. Explicações ou raciocínios longos podem causar mais agitação e confusão.

**6. Distrair a pessoa com uma atividade prazerosa** — a melhor maneira de impedir que uma pessoa com demência fique obcecada com a acusação é aceitar e depois distrair. Mudar para uma atividade divertida, envolvente ou satisfatória o mais rápido possível depois de demonstrar empatia com o que a pessoa está a sentir. Pode por exemplo oferecer-se um lanche ou uma bebida.

**7. Ter mais que uma unidade dos itens frequentemente perdidos** — se se notar que a pessoa sénior tem tendência para esconder determinados objetos com frequência e depois perde a noção de onde o guardou, considerar a compra de várias unidades desse(s) mesmo(s) objeto(s).

**8. Procurar o apoio e conselhos de pessoas que entendam a situação** — ser acusado de roubar, abusar ou de outras coisas negativas pode ser devastador para quem cuida. Mesmo quando o cuidador consegue "esconder" os seus verdadeiros sentimentos, para evitar perturbar ainda mais a pessoa idosa, isso não significa que não experimentou emoções negativas. Para ajudar a lidar com esta situação o cuidador pode por exemplo integrar um grupo de apoio ao cuidador — pessoalmente ou *online*.

Figura 7. 8 dicas para lidar com falsas acusações de idosos com demência



\*Reduza o ruído, desligando a TV, pedindo a outras pessoas para saírem da sala ou colocando músicas calmas em volume baixo. Recorrer à aromaterapia é outra maneira de criar um ambiente relaxante.

Fonte: Prime Senior (s.d. c)

### Críticas e exigências excessivas (Rodríguez et al., 2014)

Algumas relações entre cuidadores e pessoas em situações de dependência são uma fonte de desconforto para ambos. Isto pode acontecer quando se tem que enfrentar críticas e exigências excessivas por atenção da pessoa cuidada. Essas exigências excessivas de atenção podem acontecer de forma tão gradual que os cuidadores só se dão conta quando chegam a situações realmente desagradáveis ou situações limite (exaustão, tensão ou mesmo reações violentas).

Quando essas exigências só visam chamar a atenção, a melhor diretriz para os cuidadores é estabelecer limites. Trata-se de agir com firmeza e de forma constante, negando **assertivamente**

as exigências contínuas da pessoa que é cuidada (demonstrar assertividade significa autoconfiança e revela competência emocional, isto é, equilíbrio na expressão das emoções e formas de pensar).

**Assertividade** não significa que uma pessoa está certa ou errada, mas indica que a pessoa anuncia e defende as suas ideias com vigor e respeito pelo ouvinte. Além disso, fazer as coisas pelas pessoas cuidadas quando elas ainda podem realizá-las só gera mais dependência. É também por isso que é importante conhecer bem a pessoa a cuidar para que se possam adaptar as estratégias de comunicação a cada situação específica (Rodríguez et al., 2014).

**Formas de os cuidadores responderem a críticas** (Fonte: Adaptado de Prime Senior — Departamento de conteúdos (s.d. e) (com base em Dailycaring)

Ser criticado é desagradável e quando o cuidador recebe um comentário ofensivo, deve respirar fundo e tentar ficar o mais tranquilo possível, ou então experimentar uma das seguintes estratégias:

**1. Reconhecer a preocupação de quem critica e perguntar o que sugere em alternativa:**

quando alguém critica a forma como o outro fez algo, é automático que essa pessoa recue defensivamente. Isso vai gerar emoções negativas e não impedirá que as críticas aconteçam de novo. Deve reconhecer-se a preocupação de quem critica e pedir sugestões sobre como melhorar. Por exemplo: se um familiar diz: «Porque deste ao pai um hambúrguer e um chocolate para o almoço? Isso faz-lhe tão mal! Estás a ver se ele fica mal de saúde?» Poderia responder-se: «Eu sei que estás preocupado. A verdade é que o apetite do pai está realmente mau ultimamente e o médico diz que qualquer coisa, mesmo alimentos que não sejam tão saudáveis, é melhor do que nada. Mas que outro tipo de alimentos sugeres?».

**2. Repetir as críticas para demonstrar como isso pode fazer sentir o outro:**

algumas pessoas não pensam antes de falar e não percebem que magoam. Pode acontecer que não se apercebam que o que disseram não era aceitável sem começar uma discussão. Portanto, quando houver oportunidade deve repetir-se calmamente o que foi dito para obter *feedback*.

**3. Defender-se educadamente: algumas críticas estão completamente desajustadas e nesses casos, o cuidador deve defender-se, calma e educadamente.**

**Por exemplo:** um familiar diz: «obviamente

que estás a negligenciar a mãe! Não toma banho todos os dias e ela sempre teve esse hábito». Poderia responder-se: «Não estou a negligenciar a mãe. Por causa da demência ela agora tem medo de tomar banho e fica agitada. O médico disse que só precisamos de fazê-lo duas vezes por semana. As roupas que usa estão sempre limpas e ela é saudável. É claro que estou a fazer um ótimo trabalho a cuidar dela».

**Em síntese: reagir negativamente com as pessoas que criticam poderá fazer com que o cuidador se sinta bem no momento, mas não ajuda a reduzir o stresse ou a reduzir situações futuras.**

**Apatia e tristeza** (Rodríguez et al., 2014)

A presença de sentimentos de tristeza pode ser relativamente frequente nas pessoas em situação de dependência, ou por problemas de saúde ou por dificuldades em continuar a fazer as coisas como as faziam antes.

A tristeza e a apatia têm consequências negativas, não apenas para o bem-estar emocional de quem as sente, mas também para a sua independência e autonomia pessoal, uma vez que podem influenciar negativamente a vontade de viver, a atitude perante a vida e perante os outros e a motivação para a participação no seu projeto de vida. Perante essa situação, a melhor ajuda possível que se pode dar **é evitar pressionar a pessoa**, favorecendo o seu envolvimento em atividades que sejam agradáveis e significativas para ela e nas quais se sinta **útil**.

**Formas de ajudar os seniores a lidar com o isolamento e a depressão** (Adaptado Prime Senior - Departamento de conteúdos (s.d. f)

Muitas pessoas seniores passam por grandes mudanças na vida que podem torná-las mais vulneráveis à depressão. Lidar com a depressão é difícil, mas é ainda mais difícil

assistir ao envelhecimento de um familiar que em simultâneo luta contra ela.

**1. Tratar problemas de sono:** muitos seniores que vivem sozinhos são propensos a problemas de sono que podem agravar a depressão. Para evitar graves episódios depressivos, verificar se a pessoa mantém um horário de sono regular e não dorme durante o dia. Se a pessoa sofre de distúrbios do sono, é importante manter as atividades envolventes ou a medicação necessária perto.

**2. Promover um sentido de propósito:** a luta contra a depressão é muito mais difícil para as pessoas que perderam a sensação de propósito na vida. Incentivar a pessoa sénior a ter um *hobby*, como fazer croché ou jardinar. Pode também conversar-se no sentido de incentivar a participação em atividades sociais, como jogar cartas, yoga ou trabalho voluntário numa instituição de cariz social ou cultural.

**3. Incentivar a interação social:** não deixar a pessoa sénior «sozinha com a depressão» – encorajá-la a visitar amigos e familiares, participar em saídas de grupo e participar em eventos da comunidade.

**4. Manter as pessoas fisicamente ativas<sup>35</sup>:** exercícios adaptados, como caminhadas, natação e exercícios apropriados, podem ajudar a pessoa sénior na forma física, mental e emocional. Pode também encorajar-se a pessoa a inscrever-se em aulas de exercícios em grupo como ioga ou tai chi, ou outras.

**5. Estimular uma alimentação saudável:** lidar com a depressão de uma pessoa que está a envelhecer é mais fácil se se souber quais os alimentos que deve ingerir<sup>36</sup>.

**6. Confiar tarefas:** as pessoas seniores que vivem sozinhas, muitas vezes, são «invadidas» por pensamentos negativos. Confiar-lhes uma responsabilidade significativa pode ser positivo para ultrapassar essa situação. Para pessoas com mobilidade, um animal de estimação pode ser uma boa companhia, ajudando a sentirem-se amadas e necessárias, mantê-las fisicamente ativas. Cuidar de plantas também pode ser uma atividade prazerosa, entre outras.

**7. Demonstrar que são amadas:** as expressões de amor são especialmente importantes para pessoas que se encontram em situações depressivas.

**8. Procurar ajuda profissional:** a diminuição do apetite e as mudanças comportamentais podem ser um sintoma de que a depressão está a agravar-se. Nestas situações é importante procurar ajuda profissional.

**9. Estar atento à medicação:** caso a pessoa sénior esteja a tomar antidepressivos, deve certificar-se de que toma os medicamentos regularmente e de acordo com a prescrição médica, em termos de posologia, estilo de vida e dieta...

**10. Considerar os cuidados domiciliários:** para as pessoas seniores envelhecerem em casa, pode ser necessário recorrer a cuidados e serviços domiciliários.

### Agitação (Rodríguez et al., 2014)

Refere-se a um estado de inquietação, excitação e/ou comportamento repetitivo (andar com passos rápidos, esfregar as mãos, repetir perguntas) que a pessoa não pode controlar e que não parecem responder a um propósito específico. As manifestações de agitação podem dever-se a vários motivos. Em alguns casos, o motivo é um problema de saúde que deve ser acompanhado pelo médico. Noutros, a agitação é consequência de doenças relacionadas com limitações físicas ou comunicacionais.

<sup>35</sup> Cfr. Tema «Autonomia e funcionalidade».

<sup>36</sup> Cfr. Tema «Alimentação e nutrição».

Nesses casos, à medida que a pessoa assimila e se adapta à nova situação, a agitação tende a desaparecer. A maneira como o cuidador reage à agitação pode contribuir positivamente para eliminá-la, ou pelo menos reduzi-la. É especialmente aconselhável:

- ✓ transmitir **calma**;
- ✓ procurar **contato visual**;
- ✓ falar com **voz suave**;
- ✓ distrair a pessoa, tentando **focar sua atenção em algo agradável**, por exemplo, mudando de atividade, de assunto ou de ambiente;
- ✓ tentar saber que situação causou a agitação para evitar que ela surja no futuro.

### **Insónia** (Rodríguez et al., 2014)

Dormir bem é básico para desfrutar de bem-estar e saúde. Não dormir adequadamente afeta o estado de espírito, a capacidade de prestar atenção e, finalmente, o desenvolvimento normal das rotinas diárias.

Algumas das razões para a insónia podem ser problemas de saúde, uso de medicamentos, falta de atividade, etc. A falta de sono pode levar as pessoas a tornarem-se mais irritáveis, tolerar pior as pequenas adversidades da vida quotidiana e causar dificuldades nas relações pessoais. Para prevenir ou controlar os problemas do sono, podem pôr-se em prática algumas orientações simples, como: evitar refeições pesadas antes de ir para a cama, fazer atividades relaxantes antes de ir dormir, manter horários fixos, evitar sestas durante o dia, garantir que o quarto fique silencioso, com temperatura adequada, bem ventilado e, por fim, evitar que o quarto seja usado para outras atividades além de dormir (ver TV, comer, etc.). Quando a insónia persistir, será necessário recorrer a ajuda profissional.

### **Deambulação contínua** (Rodríguez et al., 2014)

O termo deambulação refere-se a andar sem um fim ou razão específica. Esse comportamento nem sempre é inadequado. Às vezes

pode ser permitido, se existir um espaço adaptado para o efeito e os riscos para a segurança da pessoa forem evitados (por ex.: quedas ou acidentes). Normalmente as condições de vida e a deterioração da memória podem ser as causas da deambulação. Podemos distinguir três tipos de causas que originam a deambulação:

- ✓ algumas são **somáticas** (relativas ao corpo), como dor e desconforto físico;
- ✓ outras são **psicológicas**, como medo, angústia, solidão;
- ✓ e, finalmente, outras são **ambientais**, por exemplo, pequenos espaços, ou muito grandes, ou a quantidade de luz ou objetos, seja esta escassa ou excessiva.

A desorientação (devido a mudanças de casa, dificuldades visuais e auditivas, isolamento, etc.) pode ser, também, uma causa de deambulação.

Assim, os **ambientes seguros e organizados** contribuem para o controlo deste tipo de manifestação. Além disso, manter um **nível adequado de atividade** (de acordo com a sua situação específica) e favorecer a relação com a pessoa também são medidas adequadas para o controlo da deambulação. Pode aproveitar-se o momento de deambulação para sair e dar um passeio. Deve evitar-se, tanto quanto possível, mudanças de casa, viagens, visitas quando existem situações frequentes de deambulação. Finalmente, recomenda-se que a pessoa leve sempre um **cartão de identificação**, para ajudar a sua localização em caso de perda ou mesmo o uso de uma pulseira ou outro dispositivo com localizador. Para além disso é importante referenciar a situação aos vizinhos do bairro e ao comércio local.

Todas estas recomendações também podem ajudar a evitar o uso de outros tipos de medidas, tais como, restrições físicas (contenção) e químicas (medicamentos), que prejudicam a autonomia das pessoas (Ribeirinho, 2019).

## Não reconhecer os seus entes queridos

A falta de reconhecimento por parte da pessoa de quem se cuida constitui uma das situações que podem gerar mais sofrimento. Muitas vezes, ainda que o doente possa ver a cara do seu cuidador, é incapaz de a identificar. Perante estas situações, é importante que saibamos que podem existir outras possibilidades de conexão e comunicação através de outros **estímulos** (sons, cheiros, contato físico...) ligados a **experiências emocionais**. Tentar identificar estas situações, que mantêm o **vínculo** com a pessoa em situação de dependência, é importante para contribuir para o bem-estar mútuo. Pode acontecer, por exemplo, que ela não se lembre do rosto do cuidador, mas pode lembrar-se da forma como ele a toca, do seu perfume, dos sabores do seu modo de cozinhar, etc.

## Delírios e alucinações (Rodríguez et al., 2014)

As pessoas que sofrem alucinações veem e ouvem coisas que não são reais. Pessoas com demência grave são as que mais frequentemente sofrem alucinações, sintoma da doença, ainda que outras pessoas também possam apresentá-las, por outros motivos (mudança de casa, fármacos, etc.).

Sobretudo para os cuidadores familiares, estas manifestações causam grande perplexidade e têm grande impacto emocional. Em muitos casos, eles podem ficar sobrecarregados pela situação e não saber como agir. Geralmente conhecer a origem e as razões que provocam este tipo de comportamento, é uma grande ajuda, uma vez que se atribui à doença, e não à pessoa a ser cuidada ou à sua relação com ela. Perante este tipo de manifestações, recomenda-se:

- ✓ manter a calma e transmiti-la à pessoa que sofre de alucinações;
- ✓ o contato físico pode ajudar a relaxar, devendo o cuidador identificar-se sempre para que a pessoa o reconheça, prestando-lhe atenção, falando suavemente e garantindo-lhe que está ao seu lado e que nada de mal lhe vai acontecer;

- ✓ não “ir na onda”, pois assim só se reforça a aparição da alucinação;
- ✓ não é aconselhável discutir ou tentar fazê-la ver a irrealidade das alucinações para controlar tais manifestações (não a confrontar);
- ✓ tentar mudar de assunto, atividade ou lugar;
- ✓ prestar atenção à origem da alucinação, ao momento do dia em que ocorreu, para assim poder preveni-la;
- ✓ no caso de serem alucinações prazerosas, e não perigosas, pode deixar-se a pessoa quieta.

Em suma, para cumprir com êxito as mudanças no comportamento e, assim, melhorar a relação de ajuda, ou seja, caminhando para o **bem-estar mútuo**, devemos primeiro tentar descobrir a origem de tais alterações para, atribuindo-as ao desenvolvimento de certas doenças, tentar dar-lhes **significado** e descobrir em que momentos ou situações aparecem, a fim de prevenir e/ou lidar com eles com sucesso. Embora a doença continue o seu processo sem parar, pode lidar-se adequadamente com algumas das suas manifestações.

## Em todos os momentos, o cuidador deve procurar:

- ✓ manter uma **atitude compreensiva** perante a pessoa cuidada, sem lhe exigir explicações, nem confrontando ou tentar racionalizar o seu comportamento;
- ✓ estar sempre disposto a aproximar-se de maneira **calma**, oferecer orientações e explicar o que acontece, quantas vezes for necessário para reduzir os níveis de stresse da pessoa cuidada, bem como os seus próprios;
- ✓ compreender as suas próprias emoções e atitudes, pois também são completamente **legítimas**;
- ✓ desfrutar de um bom **descanso**, cuidar da sua **saúde física e mental**, e usufruir de momentos de **diversão, amor e gratificação** (Rodríguez et al., 2014).

### 6.1.3. Prevenir situações difíceis

A vida quotidiana oferece muitas possibilidades para o bem-estar dos cuidadores e das pessoas em situações de dependência. É importante que os cuidadores saibam apreciar e valorizar estas oportunidades quotidianas. Trata-se de aproveitar os **bons momentos** que às vezes surgem em ambientes quotidianos e que por vezes têm que ser criados. Os bons momentos são recursos valiosos para que a vida seja mais **positiva**, e ajudam significativamente a que as situações difíceis ocorram com menos frequência, ou sejam de menor intensidade. De seguida são dadas algumas sugestões para potenciar estas situações (Rodríguez et al., 2014).

**Procurar situações de bem-estar** (Rodríguez et al., 2014)

Quando as pessoas estão em ambientes e situações que lhes produzem tranquilidade, segurança e conforto, geralmente ficam satisfeitas e calmas.

#### **i) A importância de ambientes compreensivos e previsíveis**

Como já foi referido, as rotinas dão segurança e percepção de controlo. Horários estáveis em atividades de higiene, refeições, hora de levantar ou ir para a cama permitem que as pessoas se adaptem e desenvolvam as suas tarefas com facilidade e conforto. No entanto, fazer mudanças é necessário, podendo ser um elemento enriquecedor para a vida quotidiana e permitir por em prática **novas possibilidades** para as pessoas em situação de dependência. Além disso, a incorporação de **coisas novas** favorece a adaptação às mudanças, fazendo com que as pessoas em situação de dependência ganhem mais resistência para enfrentar possíveis contingências/obstáculos.

#### **ii) A comunicação e a resposta dos que cuidam**

Não há nada que produza mais bem-estar na vida do que boas relações com os outros. As relações com aqueles que lhe estão mais

próximos são muito importantes para as pessoas em situação de dependência.

A maneira como os cuidadores se relacionam ou reagem é muito importante para que as pessoas cuidadas sintam e ajam de uma forma ou de outra. Em geral, os cuidadores têm que aprender a melhor maneira de comunicar com a pessoa cuidada, de forma a promover tranquilidade, segurança e bem-estar.

#### **iii) Algumas decisões difíceis**

Cuidar de outra pessoa, especialmente quando ela não é capaz de ser autossuficiente e de se autogovernar, envolve muitas decisões. Em algumas ocasiões, quando a pessoa tem uma afetação intelectual ou emocional séria, a pessoa que cuida é quem acaba por decidir pela outra pessoa, e isso não é fácil. Certas decisões, devido à relevância que têm para a pessoa e para a sua família, são especialmente complexas e mais difíceis de serem tomadas, designadamente, ir viver para casa de outro familiar ou para uma residência.

#### **Sair de casa** (Rodríguez et al., 2014)

Em qualquer situação, sair de casa implica uma grande mudança, e antes de o fazer, é necessário considerar diferentes aspetos, como vantagens, desvantagens, consequências, etc.. Se, finalmente, e após uma reflexão ponderada, se optar por esta decisão, será necessário proceder da melhor maneira possível, para minimizar os aspetos negativos que isso possa acarretar.

#### **i) Ir viver para casa de outro familiar**

No caso das pessoas seniores, quando começam a ter problemas para se bastarem a si próprias, ou quando se sentem sozinhas, por vezes, tomam a decisão de ir viver com um membro da sua família (filhos, irmãos, etc.), ou que estes se mudem para a sua casa.

Se tomarem esta opção, as famílias e a pessoa sénior devem saber que sair de casa para ir viver com a família nem sempre é uma boa ideia, já que conviver com familiares com quem não se compartilhou casa antes, não é fácil nem

aconselhável, o que não significa que exista falta de amor ou apoio dos seus parentes. No caso de se decidir por essa opção, deve estar-se certo de que é por **mútuo acordo**, no sentido de perceber se será possível viver juntos em **harmonia** por um longo período de tempo, sem que isso implique renúncias significativas na vida de ninguém.

Nas situações nas quais a pessoa cuidada tenha capacidade de discutir e analisar a situação antes de decidir ir para casa da sua família, deve conversar-se de forma honesta entre todas as pessoas envolvidas a fim de dissipar as dúvidas e medos. Por outro lado, falar-se sobre como se irão conciliar as suas próprias vidas para que, especialmente quem cuida, tenha as menores limitações possíveis e possa continuar com, pelo menos, “uma parte da sua vida”, e sempre considerando outras opções no futuro.

## ii) Ir viver para uma residência

Em determinadas situações, é necessário tomar a opção de que a pessoa possa ser cuidada fora do seu ambiente doméstico ou familiar. Juntamente com a pessoa cuidada (que é quem tem a última palavra, expressa diretamente ou por procuração), considera-se esta opção conveniente quando:

- ✓ a pessoa precisa de alguns cuidados 24 horas por dia e a família não tem essa capacidade de resposta, ou não está disposta a prestar os cuidados;
- ✓ a pessoa cuidada apresenta alterações significativas no comportamento que não melhoram em casa, apesar de seguir os tratamentos e as orientações profissionais;
- ✓ quando a pessoa tem um distúrbio do sono e isso impede que o resto da família descanse;

- ✓ apesar de já terem sido utilizados outros recursos complementares (apoio domiciliário, centro de dia) estes não foram suficientes para atendimento integral da pessoa (atender a todas as suas necessidades);
- ✓ a convivência em casa se tenha tornado complicada e a relação entre os membros da família não é boa;
- ✓ o cuidador principal tem problemas de saúde e ninguém na família pode assumir a sua tarefa.

Uma vez que essa decisão tenha sido tomada em conjunto com a pessoa, é importante garantir que esta é a melhor opção para a continuidade dos cuidados e tentar encontrar a instituição que melhor se adapte ao estilo e às necessidades da pessoa e da família.

Avaliar-se-á especialmente a instituição que melhor desenvolva o **modelo de atenção centrado na pessoa**, de forma a que se adeque à sua **forma de ser**, ao **estilo de vida** que teve até então, às suas **preferências e desejos**.



Temos que partir da ideia de que **não existe uma instituição ideal**. O que é adequado para uma pessoa pode não ser adequado para outra. O que é uma prioridade em algumas circunstâncias pode não ser noutras. Portanto, é essencial, antes de decidir, visitar e conhecer várias residências na companhia da pessoa cuidada, sempre que possível, analisando um conjunto de aspetos, designadamente:

#### Quadro 16. Fatores a considerar antes de escolher uma residência

Boa localização e fácil acesso
Conforto, tranquilidade e ambiente familiar
Flexibilidade na frequência e no horário de visitas
Possibilidade de decorar o próprio quarto
Respeito pela privacidade
Aparência das pessoas que lá vivem: limpas, felizes, divertidas, ativas
Limpeza, ordem, cheiros agradáveis
Existência de planos de atendimento personalizados (de acordo com a individualidade/especificidade de cada pessoa)
Possibilidades de participar da vida quotidiana da instituição e tomar decisões
Existência de uma carta de direitos e deveres das pessoas que aí residem
Bom trato para com os residentes: respeitoso e afetivo sem cair na infantilização
Bom clima entre o pessoal
Existência de normas, mas que permitam certa flexibilidade: horário de dormir e acordar, escolha de refeições, possibilidade de sair da instituição, receber visitas no quarto... Possibilidade de ter telefone, internet, televisão ou rádio privativos, e levar objetos pessoais
Quando uma pessoa precisa de algo, é atendida sem demora e a equipa está disponível e facilmente localizável

Fonte: Adaptado de Rodriguez et al. (2014)

«Ao cliente deve ser transmitida a mensagem, de modo cuidado e positivo, de que a vivência numa estrutura residencial é sempre diferente da que se experienciamos na sua própria casa. Deverá ser referido que sentirá com certeza algumas diferenças e eventuais dificuldades, assegurando-lhe ao mesmo tempo que a equipa estará sempre disponível para analisar e facilitar a sua adaptação e promover o seu bem-estar, procedendo-se aos ajustes e mudanças sentidas como necessárias quer por parte do cliente, quer por parte da Estrutura Residencial» (Instituto da Segurança Social, I.P., 2007).

Quando se trata concretamente de uma pessoa com demência, a Alzheimer Portugal apresenta uma lista para avaliar ambientes favoráveis, ou seja, residências que tenham as características adequadas às pessoas com demência.

---

### Quadro 17. Lista para avaliar ambientes favoráveis para pessoas com demência

---

- ✓ A unidade faz a pessoa sentir-se como se estivesse em casa?
- ✓ A pessoa conseguirá perceber facilmente como chegar à casa de banho a partir das diferentes zonas da unidade?
- ✓ A unidade aceita pessoas de diferentes origens culturais?
- ✓ As pessoas parecem relaxadas e confortáveis na unidade?
- ✓ Existem objetos, colocados em áreas seguras, nos quais a pessoa possa bater ou tropeçar?
- ✓ O residente consegue identificar claramente para onde se dirigir caso necessite de ajuda?
- ✓ O quarto está decorado com mobílias de tipo caseiro, sem serem muito complicadas ou fonte de distração?
- ✓ O quarto está decorado de uma forma com a qual o residente se sente confortável?
- ✓ Existem locais sossegados e privados disponíveis?
- ✓ Se se perdesse conseguiria ver qualquer coisa que o ajudasse a identificar onde está?
- ✓ Os residentes têm um espaço exterior protegido do sol?
- ✓ Cada residente dispõe de um espaço para colocar os seus pertences pessoais e especiais?

Fonte: Adaptado de Kratiuk-Wall et al. citado por Associação Alzheimer Portugal (s.d. b)



## **7. Comunicação com pessoas com dificuldades na linguagem**

## 7. Comunicação com pessoas com dificuldades na linguagem

A linguagem é uma parte essencial da vida de todas as pessoas, que frequentemente é tomada como garantida. Com ela podem comunicar-se pensamentos, emoções, opiniões e sentimentos aos outros (IPA, 2020).

É difícil imaginar não conseguir transformar os pensamentos em palavras, mas se a rede de palavras no cérebro ficar alterada devido, por exemplo, a um AVC, doença ou trauma, uma pessoa poderá ficar realmente “sem palavras”.

A forma mais dominante de perturbação da linguagem é a afasia, a qual pode alterar vários aspetos da comunicação. As pessoas que têm afasia continuam inteligentes como sempre foram, sabem o que querem dizer, mas as palavras não saem corretamente, podem dizer palavras substitutas (denominadas parafasias) trocando palavras relacionadas (como por exemplo dizer “cão” em vez de “gato”) ou palavras que possam ter uma sonoridade idêntica (como dizer

“caça” em vez de “casa”). Às vezes as palavras podem também ser irreconhecíveis (IPA, 2020).

O seu diagnóstico e a sua correta identificação são muito importantes porque pode tornar-se um fator de isolamento familiar e social devido às dificuldades de comunicação que origina na pessoa.

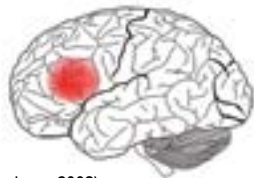
### O que é a afasia

Afasia é uma perturbação de linguagem que resulta de uma lesão no cérebro que afeta vários aspetos da comunicação, nomeadamente a expressão oral, a compreensão de linguagem, a leitura e a escrita. São diversos os tipos de afasia, dependendo da localização da lesão cerebral (Leal & Martins, 2005).

A afasia é uma perturbação muito comum em pessoas seniores, mas pode ocorrer em qualquer idade, independentemente do género ou origens culturais.

Figura 8. O que é a afasia

**AFASIA**  
Perturbação da linguagem e da comunicação



(charlyzon, 2008)

- ✓ dificuldades em **dizer o que quer**
- ✓ dificuldades em **compreender** os outros
- ✓ dificuldades na **leitura** e **escrita**.

**Não afeta a inteligência**

O **AVC** é a principal **causa da afasia**

**A VIDA É MAIOR QUE A AFASIA**



Centro de Desportos e Congressos de Matosinhos



[www.ipafasia.pt](http://www.ipafasia.pt)



910 562 189



Instituto Português da Afasia



Instituto Português da Afasia

**O que é a AFASIA?**

«Não consigo dizer o que quero»



«Agora conversar é difícil»

«Não consigo compreender o que os outros dizem»

Fonte: Adaptado de Instituto Português da Afasia (s.d. a)

Pode manifestar-se como dificuldade em:

- 1) perceber mensagens faladas ou escritas;
- 2) identificar imagens e objetos;
- 3) e/ou comunicar através da fala, escrita e/ou do gesto (Leal & Martins, 2005).

Em alguns casos, a afasia é muito ligeira e não é identificada num primeiro contacto. Noutros, pode ser muito severa afetando a fala, a escrita, a leitura e a compreensão. Os sintomas concretos são muito variados, mas o que todas as pessoas com afasia têm em comum são as dificuldades de comunicação.

Existem vários tipos de afasia, agrupados em duas categorias (IPA, 2020):

— **afasia fluente ou afasia sensorial** - as pessoas com afasia fluente podem ter uma entoação de voz normal mas usam palavras com pouco significado. Têm dificuldade em compreender o que os outros dizem e frequentemente não conseguem reconhecer os seus próprios erros.

— **afasia não fluente ou afasia motora** - as pessoas com afasia não fluente podem ter uma boa compreensão, mas apresentam hesitações longas entre as palavras, dando erros gramaticais. Todas as pessoas podem, de vez em quando, sentir que têm “palavras debaixo da língua”, quando não se lembram de uma palavra. Mas ter afasia significa ter dificuldade para dizer o nome

de simples objetos do dia a dia. Mesmo ler e escrever pode ser uma tarefa difícil e frustrante.

Todos os afásicos, qualquer que seja o tipo de afasia que apresentem, podem ser submetidos a programas de terapia da fala<sup>37</sup> (Leal & Martins, 2005).

A afasia pode associar-se a dificuldades em ações do dia a dia, na observação do que se passa à nossa volta, na concentração, na iniciativa para falar, na memória, e pode também gerar incapacidade para fazer duas coisas ao mesmo tempo.

Não existem duas pessoas que sofram de afasia da mesma forma. A gravidade e a extensão da afasia dependem, entre vários outros fatores, da localização e da gravidade da lesão cerebral, da competência linguística anterior e da personalidade da pessoa. Algumas pessoas com afasia podem entender a linguagem, mas podem ter dificuldades em encontrar as palavras corretas para construir frases. Outras podem falar muito, mas o que dizem é difícil de compreender.

### Como ocorre esta perda da linguagem

O cérebro humano é formado por duas metades, de aparência semelhante conhecidas por hemisférios cerebrais: o hemisfério esquerdo e o hemisfério direito. Para a maioria das pessoas, a linguagem processa-se no hemisfério esquerdo. Apresenta-se de seguida uma imagem explicativa, a qual pode ajudar à compreensão dos hemisférios.

Figura 9. Hemisférios cerebrais

HEMISFÉRIO ESQUERDO		HEMISFÉRIO DIREITO	
Lógica	Estratégia	Imagens	Música
Ciência	Ordem	Histórias	Imaginação
Verbal	Ideias	Observação	Beleza
Nomes	Escrita	Formas	Possibilidades
Matemática		Padrão	



Fonte: adaptado de Pinto (2012). Imagem retirada de Cerebral hemisphere - 05 [Imagem], by Database Center for Life Science (DBCLS), 2012, Wikimedia Commons. ([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cerebral\\_hemisphere\\_-\\_05.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cerebral_hemisphere_-_05.png)). CC BY-SA 2.1 JP.

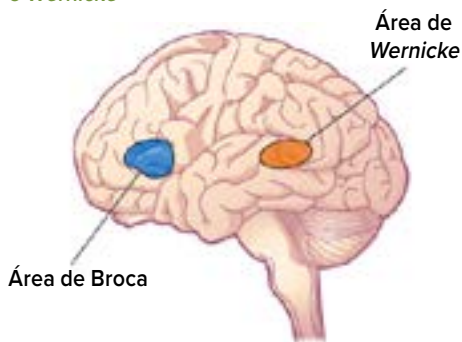
<sup>37</sup> A terapia da fala dedica-se à prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico da comunicação humana e das perturbações a ela associadas.

Em 1861, o médico Paul Broca estudou um doente que perdeu a capacidade de falar, exceto uma palavra: “tan”. No estudo *post mortem* (feito após a morte) desse doente, este médico descobriu uma grande lesão no hemisfério esquerdo, atualmente conhecida como “área de Broca” (Wortman-Jutt *in* IPA, 2020).

A informação atualmente disponível é que a área de Broca (localizada na parte da frente do cérebro) é responsável em parte pela nomeação dos objetos e pela coordenação dos músculos envolvidos na fala.

Atrás da área de Broca está a “área de *Wernicke*”, perto do córtex auditivo que é onde o cérebro liga o significado aos sons da fala. Assim, as lesões na área de *Wernicke* perturbam a capacidade de compreender a linguagem (Wortman-Jutt *in* IPA, 2020) (Ver figura 10).

Figura 10. Localização das áreas de Broca e *Wernicke*



Fonte: Adaptado de The Brain and Spinal Cord [imagem online]. (s.d). OpenStax. [https://cnx.org/contents/\\_lo4zPOc@7/The-Brain-and-Spinal-Cord](https://cnx.org/contents/_lo4zPOc@7/The-Brain-and-Spinal-Cord)

A afasia pode ser causada por lesões em ambas as áreas ou apenas numa. Porém existem outras áreas cerebrais que ajudam estes centros linguísticos e auxiliam na comunicação, por exemplo, até áreas cerebrais relacionadas com o movimento, estão relacionadas com a linguagem.

Alguns estudos com ressonância magnética descobriram que quando ouvimos palavras de ação como “corre” ou “dança”, as áreas do cérebro responsáveis pelo movimento ativam-se, como se o corpo estivesse mesmo a correr ou a dançar. O hemisfério direito também contribui para a linguagem aumentando o ritmo e entoação da nossa fala. Estas áreas não linguísticas, por vezes, ajudam as pessoas com afasia quando a comunicação é difícil (Wortman-Jutt *in* IPA, 2020).

A causa mais frequente da afasia é o AVC — acidente vascular cerebral — (cerca de 25-40% das pessoas com acidente vascular cerebral apresentam afasia), no entanto, pode também surgir devido a um traumatismo cranioencefálico<sup>38</sup>, demência, tumor cerebral ou outros problemas neurológicos (IPA, 2020). Portanto, na afasia, como resultado de uma lesão cerebral, uma ou mais partes do uso da linguagem deixam de funcionar corretamente.

Segundo o Instituto Português da Afasia (2020), a afasia é uma situação desconhecida da maioria da população comparativamente a outras patologias que têm taxas de prevalência<sup>39</sup>, iguais ou mais baixas (como é o caso da doença de Parkinson ou de Alzheimer). Isto faz com que existam inúmeras barreiras na sociedade que dificultam a inclusão e participação social destas pessoas, além de outras consequências políticas e económicas.

O AVC é a principal causa de incapacidade em Portugal<sup>40</sup>. Por hora, três portugueses sofrem um AVC, dos quais sobrevivem 2 terços (2 em cada 3 pessoas). Metade dos sobreviventes poderão ficar com afasia o resto da vida. Estima-se

<sup>38</sup> O trauma cranioencefálico consiste em lesão física ao tecido cerebral que, temporária ou permanentemente, incapacita a função cerebral.

<sup>39</sup> A prevalência é o número de casos de uma doença numa população, durante um dado período de tempo.

<sup>40</sup> Portugal tem uma das taxas de AVC mais elevadas da União Europeia e o Instituto Português da Afasia, através de extrapolações estatísticas, calcula que a prevalência de pessoas com afasia em Portugal se situe nos 40 000.

que surjam todos os anos cerca de 8000 novos casos. No que diz respeito à afasia propriamente dita, não existem dados estatísticos oficiais. O que se sabe é que cerca de um terço dos sobreviventes de AVC sofre com afasia (e cerca de metade apresenta dificuldades de comunicação). Apesar de a afasia ocorrer mais frequentemente que a doença de Parkinson ou a esclerose múltipla, por exemplo, ela ainda é menos conhecida (IPA, 2020).

Existe uma forma menos comum de afasia chamada afasia progressiva primária, que não é causada por um AVC ou uma lesão cerebral, mas é uma forma de demência, em que a perda de linguagem é o primeiro sintoma. O objetivo da intervenção terapêutica nesta demência é manter a funcionalidade da linguagem, o máximo de tempo possível, antes que surjam outros sintomas de demência. No entanto, quando a afasia surge por AVC ou traumatismo, a linguagem pode melhorar com um processo de terapia da fala (IPA, 2020).

**A capacidade do cérebro se auto reparar chama-se neuroplasticidade** e permite que as áreas que rodeiam a lesão assumam algumas funções durante o processo de recuperação (ou seja, de alguma forma, substituem as áreas que se estão a auto recuperar). Têm sido realizadas experiências científicas utilizando novas tecnologias que se acredita que potenciem a neuroplasticidade da pessoa com afasia. Entretanto, muitas pessoas com afasia continuam isoladas com medo que os outros não as entendam ou não lhes deem tempo para falar. Ao dar-lhes tempo e flexibilidade para comunicar de forma a que consigam fazê-lo, abre-se uma porta para a linguagem, indo além das limitações da afasia (IPA, 2020).

### **Consequências da afasia na vida quotidiana**

Uma pessoa com afasia pode ter dificuldade em recordar-se de palavras e nomes, mas a sua inteligência está basicamente intacta. A afasia não é como uma demência, porque, na afasia, a dificuldade situa-se na capacidade em aceder às ideias e pensamentos e não na elaboração da ideia ou

do pensamento em si. Apesar disso, como muitas pessoas com afasia têm dificuldade em comunicar, elas são frequentemente confundidas com pessoas com problemas demenciais ou com uma doença mental (Adapt. *National Aphasia Association*, 2020).

Embora a afasia não afete a inteligência, ela afeta a comunicação. A pessoa confrontada com esta dificuldade vê-se, de um momento para o outro, sem poder participar da mesma forma numa conversa. Muitas das suas atividades diárias, dos seus papéis e dos seus relacionamentos ficam seriamente comprometidos (IPA, 2020).

Algumas das consequências que podem afetar quem a pessoa com afasia, quer aqueles que com ela convivem, são:

- ✓ disfunções e problemas familiares (por exemplo se uma pessoa não se consegue expressar como deseja, pode ficar mais irritável e ou gerar irritação no familiar com o qual comunica; este desgaste permanente pode gerar conflitos entre os membros da família);
- ✓ perda da autonomia - capacidade de a pessoa se gerir a si própria (por exemplo se uma pessoa não consegue expressar adequadamente algumas palavras e precisa de tratar de algum assunto específico em que seja necessário empregar alguma dessas palavras, tem de pedir ajuda a alguém e ficar, de alguma forma, dependente dela);
- ✓ isolamento social (que pode ocorrer por exemplo por a pessoa evitar sair ou participar em interações sociais com receio de não conseguir comunicar com os outros);
- ✓ desequilíbrio emocional (como por exemplo angústia, tristeza, irritabilidade, revolta, agressividade, insegurança, incompreensão, vergonha, frustração, etc.) (IPA, 2020).

Sendo um problema crónico, estas consequências tendem a manter-se ao longo da vida ou mesmo a agravar-se, se a pessoa com afasia e a sua família/cuidador não tiverem o apoio necessário.

É muito importante que as vontades, iniciativas, atividades, tarefas e papéis que a pessoa tinha, continuem o mais possível a ser respeitados. Isto significa que devem ser criadas as condições para que a pessoa continue a participar, da forma mais ativa possível, na sua vida (por exemplo, se a pessoa era responsável por tomar decisões; pela gestão da sua vida financeira, pelo seu lazer, etc.) (Help2care, 2020).

## O que pode ser feito para melhorar a comunicação

Numa situação de afasia, ou mesmo noutra situação em que a pessoa tem dificuldade em falar, devemos estar atentos a outras formas de comunicação, como por exemplo: expressões faciais, apontar, gestos, tom de voz.

Figura 11. O que é afasia e como ajudar a comunicar — para familiares e parceiros de comunicação — parte 1



## AFASIA O QUE É?

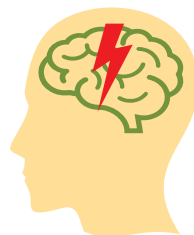


Panfleto informativo para familiares e outros parceiros de conversa

## AFASIA

Afasia é a **perturbação da comunicação**, resultante de uma **lesão cerebral** na área do cérebro responsável pela linguagem.

Pode causar **dificuldades a falar**, a **compreender** os outros, **ler e escrever**.



## NÃO AFETA A INTELIGÊNCIA

### QUAIS AS CAUSAS DE AFASIA?

#### AVC

**Traumatismos cranioencefálicos**  
**Tumores cerebrais**  
**Infeções cerebrais**

**O AVC é a principal causa!**



Figura 12. O que é afasia e como ajudar a comunicar — para familiares e parceiros de comunicação — parte 2

### O QUE AJUDA A PESSOA COM AFASIA?

- Ter uma atitude mais positiva.
- Simplificar a mensagem.
- Repetir a mensagem, se necessário.
- Ter calma.

A pessoa com afasia é um adulto. Converse naturalmente.

- ✓ Seja bom ouvinte.
- ✓ Esteja atento quando a pessoa com afasia fala.
- ✗ Não se apresse a falar.

### AJUDE A PESSOA A COMPREENDER

- **Escreva** as palavras mais importantes
- **Aponte** e use **gestos**
- **Elimine ruídos** ou distrações
- Fale sobre **um tema de cada vez**
- Fale **frente a frente**
- Use **frases curtas**

A pessoa com afasia sabe o que quer dizer. Dê-lhe tempo!

- ✓ Reconheça as suas dificuldades em voz alta. Se não compreendeu diga.
- ✓ Partilhe a responsabilidade quando há alguma dificuldade em comunicar.
- ✓ Permita que a pessoa com afasia fale sobre o que quer e que decida se quer continuar a conversar ou não.

Conversar é a melhor terapia.

### AJUDE A PESSOA A EXPRESSAR-SE

- Use **mapas, calendários, imagens** a acompanhar a conversa.
- Faça **questões simples** de resposta sim/não.
- A **escrita de palavras** pode ajudar (tenha **papel e lápis** sempre à mão).
- **Confirme** aquilo que **compreendeu** da conversa até à altura.
- **Não acabe as frases** da pessoa com afasia.

Evite o isolamento da pessoa com afasia



Fonte: Adaptado de Instituto Português da Afasia (s.d. b)

Apresentam-se, de seguida, várias estratégias que podem contribuir para facilitar a comunicação em situações de dificuldade de expressão em geral e de afasia em particular (Bloch & Tuomainen, 2017; e Dixe et al., 2018):

### Quadro 18. Estratégias de comunicação com pessoas com afasia

Remover, se possível, as distrações e o ruído para que se possa concentrar na conversa (por ex. desligar a televisão, o rádio, etc.);

Não julgar o que a pessoa diz ou faz e tentar não mudar de assunto para que a pessoa não se sinta desvalorizada;

Colocar-se de frente para a pessoa, olhando-a nos olhos enquanto comunica;

Falar naturalmente, sem infantilizar;

Manter um tom de voz adequado, dirigindo as questões diretamente à pessoa;

Falar devagar e com calma;

Fazer pausas durante o que se quer transmitir e antes de iniciar um novo assunto, utilizando frases curtas e simples;

## Quadro 18. Estratégias de comunicação com pessoas com afasia (continuação)

Simplificar ou reformular o discurso quando a pessoa não entende;

Transmitir uma ideia de cada vez e fazer uma questão de cada vez (e só avançar depois de obter uma resposta da parte da outra pessoa);

Dar tempo suficiente para a pessoa responder (lembrando que nas pessoas com dificuldades de comunicação é preciso mais tempo para a comunicação);

Reformular e repetir sempre que necessário o que foi dito;

Pedir para repetir quando não se compreende a pessoa. Dar a oportunidade à pessoa para repetir a mensagem, utilizando outras formas de comunicação. Confirmar se se percebeu o que a pessoa quis comunicar (o cuidador deve confirmar sempre se percebeu a mensagem que a pessoa quis transmitir: por ex.: Pessoa: «Café.» — Cuidador: «Queres ir ao café?». Quando se tem dúvidas acerca das respostas da pessoa, confirmar utilizando o «sim» e o «não» escrito num papel (também se pode recorrer à confirmação do «sim» e do «não» através do acenar da cabeça);

Utilizar mímica/gestos/movimentos corporais enquanto se fala (por ex. O que queres comer? — fazer o gesto «comer» enquanto se diz a palavra);

Escrever as palavras-chave enquanto se fala;

Desenhar as ideias principais enquanto se fala. Dizer o nome das pessoas/coisas em vez de «isto», «aquilo», «ele», «ela» (por ex.: use «António» em vez de «ele»);

Utilizar duas palavras para se referir à mesma coisa (por ex.: «Onde está o Kiko, o cão?» em vez de «Onde está o Kiko?»);

Não mudar de assunto de forma repentina; dizer quando se muda de assunto (por ex.: «agora vamos falar de outra coisa, a festa de anos da Ana»);

Não deixar/terminar a conversa sem avisar a pessoa;

Transmitir a informação mais importante no final da frase;

Não ter medo de dizer que não se compreendeu;

Encorajar a pessoa a utilizar outras formas de comunicação: escrita, desenho, mímica, apontar, olhar, gestos, movimentos corporais, entre outros;

Utilizar ajudas como objetos, revistas, folhetos, fotografias, imagens, tablet e computador. Ouvir com atenção. Mostrar que se está interessado na conversa. Evitar mostrar desagrado, aborrecimento, pressa através de expressões faciais e/ou comportamentos;

Descobrir a melhor forma para questionar (perguntas de resposta «sim», «não»; várias opções de resposta; pergunta de resposta aberta na qual se dá liberdade à pessoa para responder o que quiser);

Valorizar as tentativas comunicativas da pessoa;

Evitar correções e interrupções constantes;

Utilizar preferencialmente palavras familiares;

Falar uma pessoa de cada vez;

Utilizar formas alternativas para comunicar: apontar; olhar; expressão facial; movimentos corporais; mímica; gestos; toque, escrita, desenho (entre outras estratégias que ampliem as formas de comunicação);

Estar atento a todas as formas de comunicar da pessoa: apontar; olhar; sons; choro; expressão facial; movimentos corporais; mímica; gestos; escrita, desenho, sistema aumentativo e alternativo de comunicação;

Não desistir da comunicação. Podem surgir situações em que a comunicação fica muito difícil e criam-se momentos de alguma tensão. Nestas situações é importante fazer uma pausa e retomar quando se estiver mais sereno.

Fonte: Adaptado de Bloch & Tuomainen (2017) e Dixe et al. (2018, capítulo 7, p. 113)

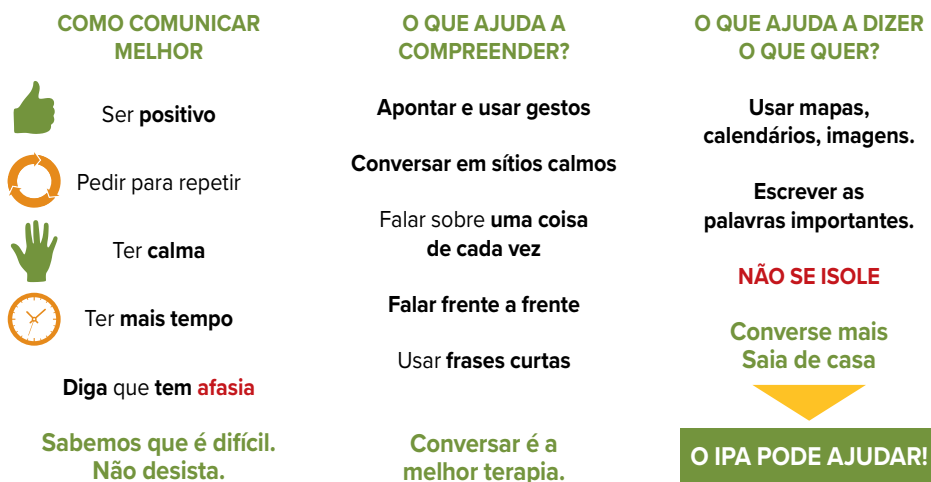
## O que pode ser disponibilizado à pessoa com dificuldade na linguagem para que consiga comunicar melhor?

Deixar sempre um papel e um lápis ou caneta ao alcance da pessoa.

Deixar sempre um papel com a palavra «SIM» e um papel com a palavra «NÃO» ao seu alcance (pode até usar-se, por exemplo, um papel de cor verde para o «sim» e papel de cor vermelho para o «não»).

Estimular a pessoa a utilizar objetos, revistas, folhetos, fotografias, imagens, tablet e computador para comunicar (tudo o que está no meio envolvente pode servir para comunicar).

Figura 13. Estratégias de comunicação com pessoas com afasia



Fonte: Adaptado de Instituto Português da Afasia (s.d. a)

### Cuidar de uma pessoa com afasia (Phaneuf, 2005)

Numa relação de ajuda com uma pessoa afásica é importante ter em consideração que a situação de afasia pode tornar as pessoas em situação de dependência ainda mais dependentes, uma vez que não conseguem exprimir as suas

necessidades mais elementares. Algumas pessoas com afasia relatam que se sentem como se estivessem prisioneiras no seu próprio corpo e o quão penosa é esta situação. Para além disso, a situação de afasia pode causar muita ansiedade à pessoa cuidada, a qual, muitas vezes, conserva a sua completa consciência.

**Aos cuidadores**, esta situação pode também causar preocupação e ansiedade: «será que vou compreender se a pessoa tem frio ou tem sede?»; «como interpretar os seus sinais, os seus movimentos de olhos ou de cabeça para poder responder às suas necessidades?»; são algumas das questões legítimas que podem ser colocadas por quem cuida.

É, portanto, muito importante que o cuidador se tente colocar no lugar dessa pessoa, para tentar compreender o mais possível as suas necessidades.

Algumas perguntas que pode fazer a si próprio são:

- ✓ «Será que a janela aberta a fará tiritar/ter frio?»;
- ✓ «Será que tem necessidade de uma manta suplementar?»;
- ✓ «Será que o sol a vai encadear?»;
- ✓ «Será que está confortável?»;
- ✓ «Terá fome ou sede?»;
- ✓ «Será que está cansada de ver televisão?».

Estas são algumas das interrogações que podem ajudar a materializar a empatia, ou seja, a colocar-se no lugar da pessoa afásica.

Para responder a estas questões, muitas vezes, é necessário desenvolver muita criatividade para propor códigos de compreensão por sinais, por movimentos dos olhos, ou ainda por quadros onde figuram diferentes objetos ou vestuários usuais em que a pessoa pode mostrar o que deseja.

Em algumas situações, todavia, deve ter-se consciência de que algumas das dificuldades não são realmente fáceis de superar.

Quando a pessoa com afasia parece estar agitada, pode presumir-se que ela deseja alguma coisa. Nestas situações pode-se, por exemplo:

- ✓ tocá-la suavemente para a acalmar;
- ✓ tranquilizá-la e procurar dizer-lhe que vamos acabar por compreendê-la;
- ✓ pedir-lhe calmamente que tente ajudar pelos meios de que dispõe.

Estas atuações podem ter resultados surpreendentes (positivamente), mas também pode acontecer que a pessoa cuidada sinta uma forte frustração e manifeste cólera, raiva/ira/agressividade e movimentos intempestivos/bruscos. Nestas situações, é importante que o cuidador continue calmo e encontre formas de relaxar, por exemplo sentando-se um pouco, fechando os olhos, acalmando durante alguns segundos, fazendo algumas inspirações profundas, etc. Se a situação se tornar muito difícil, é mais benéfico sair do quarto ou da sala e voltar mais tarde, sem se mostrar punitivo ou aborrecido com a pessoa, como se a quisesse «castigar» pelo sucedido, exprimindo-lhe a nossa compreensão.

É importante não esquecer que **a comunicação é uma das características mais importantes do ser humano**. Ela permite-lhe tecer relações. A pessoa que já não pode comunicar da forma que sempre comunicou, vê-se **privada de uma ligação essencial com os outros**. Não só não pode exprimir de forma normal as suas necessidades, como também não pode exprimir os seus sentimentos, emoções, evocar/lembrar recordações do passado, nem trocar palavras de afeição manifestando o seu amor, ou mesmo a sua frustração, da mesma forma.

Uma vez que a pessoa já não consegue exprimir-se por palavras, ou tem dificuldade em fazê-lo, é papel dos prestadores de cuidados apoiá-la, nomeando as coisas por ela, colocando em palavras as emoções que são suscetíveis de estar a sentir, num processo de permanente aprendizagem (Phaneuf, 2005).

### Em síntese:

A afasia é uma das sequelas mais incapacitantes de um acidente vascular ou outro tipo de lesão cerebral, podendo ser muito difícil para a pessoa e para a sua família a adaptação a esta nova situação. Implica alterações por vezes dramáticas a nível pessoal, profissional, social e

económico, e pode gerar dificuldades de comunicação e perturbações emocionais, às vezes graves. Pode também ter um impacto significativo na noção de identidade, na autoestima e nas relações interpessoais e sociais, podendo levar a situações de depressão, limitação física e isolamento.

### Quadro 19. Ideias chave sobre pessoas com afasia

#### Algumas ideias-chave a ter em consideração:

As pessoas com afasia não perdem a sua inteligência. Sabem o que querem dizer embora não o consigam exprimir da forma habitual.

As pessoas com afasia têm opiniões e são capazes de tomar decisões no que respeita a si próprias.

As pessoas com afasia têm vontade de participar, no entanto, com esta situação perderam as ferramentas linguísticas (capacidade de falar e de compreender outras pessoas) que lhe permitiam revelar a sua competência interior (que agora fica mais escondida).

Fonte: Adaptado de Instituto Português da Afasia (2020)

Para as pessoas que têm perturbações da comunicação, a acessibilidade aos serviços e às organizações é um direito tão importante como a acessibilidade física. Deste modo, tão importante como uma organização garantir um espaço físico com acessibilidades e adaptações, é igualmente relevante que, ao nível dos documentos, interações e ambiente comunicativo não existam barreiras que possam impedir a pessoa de usufruir efetivamente dos serviços de forma satisfatória e autónoma.

Segundo o Instituto Português da Afasia (2020) a **acessibilidade comunicativa** é comunicação para todos, o que significa que toda e qualquer pessoa pode:

### Quadro 20. Bases da acessibilidade comunicativa

compreender o que está a ser dito

ser compreendido

usar os meios que resultam consigo

participar em eventos públicos, sociais

usar o telefone

ler e compreender a informação

assinar os documentos e preencher os formulários

Fonte: Adaptado de Valente et al. (2020)



Four horizontal lines for writing, starting from the right side of the notepad icon.

A series of 25 horizontal lines for writing, spaced evenly down the page.



## **8. Comunicação com pessoas em final de vida**

## 8. Comunicação com pessoas em final de vida

**Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre (Hipócrates — 460 a.C.)**

No essencial, todas as orientações e estratégias que se têm vindo a apresentar ao longo deste manual, aplicam-se também aos cuidados em fim de vida. Contudo, por ser uma fase especialmente complexa e intensa a nível emocional e também prático, este ponto dedica-se sobretudo às especificidades da comunicação com pessoas em final de vida.

Nesta etapa da vida a comunicação assume um papel fundamental. Toda a delicadeza, cuidado e empatia são necessários para ajudar a pessoa neste processo e para lhe assegurar que não vai ser abandonada e que vai passar a ter cuidados que terão como objectivo o seu bem-estar, o alívio das dores e do sofrimento, conforto e apoio (Hennezel & Leloup, 1997).

### Contextualização

Embora a morte seja um fenómeno natural e inevitável para todos os seres humanos, ainda é considerada, em muitos contextos, um tema tabu, ou seja, um assunto do qual se evita muitas vezes falar, tentando afastar a angústia e o sofrimento. A vida e a morte são fases inerentes ao ciclo vital e nunca se está totalmente preparado para lidar com a morte, seja com a nossa ou com a dos outros (Nunes, 2012).

A conceção social da morte (a forma como a pensamos e definimos) é resultado de um processo histórico, marcado por diferentes dinâmicas sociais e culturais, as quais envolvem dimensões existenciais, subjetivas e espirituais. Isto significa dizer que variam de sociedade para sociedade, de cultura para cultura e até de pessoa para pessoa (Ribeirinho & Galante, 2019).

A atenção às pessoas em fim de vida é algo que sempre esteve presente ao longo de toda a história da humanidade. No entanto, a forma como cada sociedade trata esses processos

tem sido muito diversa. Os estilos de abordagem variam de acordo com o ambiente cultural, social, económico, histórico etc. onde isso acontece. Cada sociedade tem uma série de crenças e mitos em torno da morte. Em meados do século passado, **a preocupação social de cuidar dos processos de morte em toda a sua complexidade, reconhecendo-se como um fenómeno que requer pessoas/profissionais treinados** que possam ter um olhar mais abrangente sobre cada uma das dimensões que afetam o contexto da morte, designadamente a pessoa doente e a sua família. O objetivo tem vindo a ser, sobretudo, **garantir o reconhecimento da necessidade do respeito da dignidade da pessoa doente que está no fim de vida** (Cárcer, Gómez, Salas & Gómez-Batiste, 2016).

### A morte, cuidados e cuidadores

A finitude da vida — o facto de ter um fim — é inerente à condição humana e embora a morte possa ocorrer em qualquer fase do ciclo da vida, por razões óbvias, os cuidadores de pessoas seniores convivem com esta realidade quotidianamente em vários contextos. Quer cuidem em contextos específicos de saúde (por ex. hospitais), sociais (por ex. ERPI's, Centros de Dia; Serviços de Apoio Domiciliário, etc.), ou em casa de familiares, a morte é considerada um desafio para os que cuidam e exige competências para lidar com os vários processos e dinâmicas envolvidas.

O **impacto emocional** do fim da vida pode ser muito intenso, quer para a pessoa que está em fim de vida, quer para as suas famílias, cuidadores e profissionais que com eles trabalham, gerando, não raras vezes, sobrecarga emocional (situações de esforço e stress intenso que geram desequilíbrio emocional).



O cuidador exerce um papel muito relevante nos cuidados em fim de vida, pois é quem, em princípio, passa mais tempo com a pessoa doente. Por vezes, as responsabilidades assumidas pelo cuidador excedem a sua capacidade de resposta e este poderá sentir-se sobrecarregado, estando a sua própria saúde em risco. Pode chegar a esquecer-se de si próprio e a direcionar toda a energia para o cuidado ao doente. Os cuidadores podem, neste contexto, manifestar distúrbios do/no sono, fadiga, isolamento, dificuldade de concentração, problemas físicos, alterações de memória e abuso de substâncias (comprimidos, tabaco, álcool, etc.) (Mínguez, Polo, & Celemim, 2015).

A desmistificação/clarificação do tema da morte, através do diálogo, debate, reflexão, supervisão e formação, pode ajudar os cuidadores a conviver melhor com as pessoas em fim de vida, permitindo aceitar melhor os seus próprios limites e gerir de forma mais adequada as suas emoções.

Se os cuidadores nada podem fazer em relação à inevitabilidade da morte, podem pelo menos mobilizar os seus conhecimentos ao serviço não apenas dos que partem, mas também dos que ficam (por ex. cônjuges, familiares, etc.).

Neste contexto, uma das primeiras questões que é necessário analisar é a do **evitamento** em relação à reflexão, à educação e à formação sobre a morte (Hayasida, Assayag & Matos 2014). Essa fuga do tema da morte e do fim da vida caracteriza uma tendência da sociedade para fugir da velhice (e de temas com ela relacionados), colocando os cuidadores de pessoas seniores numa situação ainda mais complexa (Oliveira, Amaral & Rodrigues, 2013). Por vezes, o silêncio surge como a resposta àquilo que não se consegue verbalizar, acabando por se responder, desvalorizando

o sentir da pessoa cuidada, por não se saber como agir. **Evitar que as pessoas (pessoa cuidada e cuidadores) partilhem o que pensam ou o que sentem em relação à morte e ao luto não as fortalece, pelo contrário, pode limitar as oportunidades para lidar de forma adequada e saudável com essas questões** (Lima & Buys, 2008).

É, neste sentido, muito importante uma **preparação específica**, bem como a existência de espaços e tempos adequados para a partilha dos sentimentos ou das preocupações dos cuidadores em relação a estes assuntos.

Como foi visto anteriormente, cuidar envolve esforço mental, físico, psicológico e emocional e prestar cuidados à pessoa sénior, transforma-se, frequentemente, numa tarefa difícil e complexa, podendo gerar sentimentos de angústia, insegurança e desânimo no cuidador (Ribeirinho, 2016).

No confronto com este tema difícil e complexo, é natural que muitos cuidadores se sintam despreparados para lidar com as questões da finitude, tendo frequentemente a visão de que morte é sinónimo de fracasso e impotência (Kovács, 2008; Percival & Johnson, 2013). Não obstante, pensar na morte pode conduzir o cuidador à autorreflexão, e não necessariamente à tristeza ou a uma atitude de evitamento.

Ressalva-se que atendendo à variação dos desejos e necessidades de comunicação de cada pessoa enquanto ser único, não se trata aqui, tão somente, de sensibilizar os cuidadores para comunicar mais e melhor com as pessoas em fim de vida, mas sobretudo para que possam ter condições para avaliar o que a pessoa cuidada deseja e daquilo que irá beneficiar nesse processo de comunicação.

## Compreender o final de vida para melhor cuidar

Se se tomar por base as dimensões fundamentais (e inter-relacionadas) dos cuidados paliativos<sup>41</sup> — controlo dos sintomas, trabalho envolvendo várias áreas (multidisciplinar), apoio à família ou pessoas significativas e **comunicação** clara entre profissionais e doente/família — percebemos como é central/fundamental o processo de comunicação em todas essas dimensões.

Uma boa comunicação nesta fase pode ajudar a diminuir a incerteza e os medos e a aumentar a capacidade de adaptação da pessoa em fim de vida, por se sentir acompanhada e apoiada. O centro da preocupação de todos quantos estão envolvidos na prestação dos cuidados deve ser o de garantir o direito que todos os doentes têm a ser tratados de forma a viverem com a máxima qualidade de vida possível e, no final, a morrerem com dignidade.

«Perante a ineficácia do tratamento curativo, o doente e a família confrontam-se com o decurso natural da doença e com uma fase paliativa onde a cura não é possível. Muitos são os medos e os fantasmas e, conseqüentemente, muitas as energias despendidas a tentar negar, rejeitar e lutar contra um fim de tão difícil aceitação. Contudo, e face às limitações humanas, o inevitável aproxima-se, passo a passo, e o doente sente-o. Esta última fase da vida decorre de uma evolução gradual e natural, com um agravamento que se constata de dia para dia e com evidente deterioração do estado geral» (Casmarrinha, 2008, p.14).

Segundo Hennezel e Leloup (1997), **existem dois principais medos que as pessoas sentem antes de morrer: o medo da dor física e o medo da solidão e do abandono**. Estes medos só podem ser “aliviados” se existir um clima de aceitação e verdade, onde a pessoa possa falar das suas angústias e sentimentos, e onde os que a rodeiam ouvem, compreendem e aceitam, sem negarem nem desvalorizarem o que ela está a vivenciar, a sentir.

## Etapas a ter em consideração no fim de vida

Para que o cuidador possa compreender melhor as diferentes fases pelas quais uma pessoa em final de vida pode passar, é importante começar por entender o que pode acontecer em cada uma dessas etapas.

Gutiérrez (2016) propõe uma análise do que pode acontecer antes do início do processo de fim de vida, após o início da fase de limitação, durante o processo de morte e após a morte: luto.

### 1) Antes do início do processo de fim de vida

Todas as pessoas, quer sejam saudáveis, quer sejam doentes, devem aceitar de forma natural que a vida é finita (tem um fim). Esse processo envolve preparação emocional, lidar com o medo, desmistificar o tema da morte, através do diálogo, debate e reflexão para poder conviver melhor com o fim de vida, permitindo aceitar melhor os seus próprios limites e gerir de forma mais adequada as suas emoções.

Uma das formas de o fazer pode ser, por exemplo, decidir sobre como deseja ser tratado, por quem e onde, no caso de ficar doente e em situação de incapacidade de decisão. O planeamento antecipado dos cuidados promove a

<sup>41</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes (e família), que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais. Estes cuidados proporcionam o alívio da dor e de outros sintomas geradores de sofrimento, afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural pelo que não a adiantam nem atrasam. Integram as componentes psicológicas e espirituais do cuidar, assim como oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte, e para ajudar a família a lidar com a doença do seu ente, assim como no seu processo de luto. Utilizam o trabalho de equipa como a metodologia mais adequada para a satisfação das necessidades do doente e família, promovendo a melhoria da qualidade de vida e, como tal, podendo influenciar positivamente a trajetória da doença” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (s.d.).

autonomia do doente, a tomada de uma decisão informada e o controlo individual do processo de morrer (Johnson & Kantsaki, 2009). Quando a situação de saúde se agrava, muitas pessoas deixam de ter capacidade para tomar decisões. Deste modo poderá ser importante concretizar o planeamento antecipado dos cuidados, sendo uma garantia de que os cuidados prestados vão ao encontro dos objetivos das pessoas e das suas preferências e valores, para futuros tratamentos e cuidados, quando se verifica um problema de saúde que impossibilita comunicar a sua escolha (Struck, Brown & Madison, 2017).

Nesse sentido, as diretivas antecipadas<sup>42</sup>, o testamento vital<sup>43</sup> ou as instruções anteriores nas quais a pessoa tenha expressado os seus desejos sobre os tratamentos, cuidados e preferências, com base nos seus valores, são instrumentos que podem fornecer algum sentimento de controlo à pessoa. Nas diretivas antecipadas de vontade, a pessoa expressa os cuidados e tratamentos que quer ou não receber quando estiver em situação de incapacidade, sendo uma forma de defender a sua autonomia e liberdade. Quando é realizado o testamento vital, a pessoa expressa aquilo a que quer ou não quer ser submetida. Estas instruções podem ser revogadas (anuladas) em qualquer momento e não devem ser cumpridas quando: a pessoa não as pretende manter, se descubra desatualização em relação aos tratamentos e não corresponda ao que foi documentado (González, 2013).

Pode trazer maior segurança e tranquilidade à pessoa em final de vida saber que alguém em quem ela deposita confiança — nomeado na lei como sendo um “procurador de cuidados de saúde” — a representará legalmente e que será chamado a decidir quando a pessoa não se encontrar capaz de expressar a sua vontade sobre os tratamentos que quer ou não receber, tendo a sua decisão idêntico valor à tomada pela própria.

## **2) Após o início da fase de limitação**

O momento do diagnóstico e notificação da irreversibilidade da doença (saber que não se pode reverter/melhorar) e o prognóstico da sua evolução (como se prevê que evolua), requerem uma atenção especial para gerir a comunicação entre todos os elementos envolvidos nos cuidados. Pode ser necessário ajudar a tomar decisões e resolver problemas específicos. É especialmente relevante mobilizar recursos para prestar apoio emocional e instrumental (apoio em tarefas concretas do quotidiano), bem como para lidar com emoções adversas (raiva, tristeza, incerteza, medo, culpa, negação, etc.) e com repercussões na autoestima e no bem-estar. Nesta fase é importante ajudar a pessoa no processo de aceitação da situação; ajudá-la a manter o controlo na tomada de decisões e diminuir o stresse emocional e sintomas de depressão, ansiedade, raiva, ideação suicida, insónia e fadiga, entre outros (Ver: quadro 21 — Orientações para a ação — do cuidador com a pessoa em fim de vida; quadro 23 — O que dizer e fazer; quadro 24 — O que não dizer e fazer).

## **3) Durante o processo de morte**

À medida que a doença progride e o final da vida se aproxima, torna-se prioritário atender aos sintomas físicos, estado emocional e necessidades espirituais. Os objetivos desta fase são: ajudar a gerir emoções como incerteza, medo, ansiedade e tristeza, ajudando a pessoa no processo de aceitação; ajudar a fornecer informação aos profissionais de saúde; ajudar a mediar a comunicação com a família, sempre que isso seja necessário e desejável; ajudar a que possam ser atendidas as necessidades espirituais ou outras.

Nesta fase, como em todas, mas de forma mais intensa, é necessário evitar a sobrecarga do cuidador, manter hábitos saudáveis (nutrição, atividade física, higiene do sono, uso de substâncias)

<sup>42</sup>A Lei nº 25/2012 de 16 de julho estabelece o regime das Diretivas Antecipadas de Vontade.

<sup>43</sup><https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/folheto-informativo-sobre-o-testamento-vital/>

(Ver quadro 22 — Orientações para a ação — para o cuidador enquanto pessoa).

#### 4) Após a morte: luto

O fim da vida da pessoa cuidada marca o início de uma mudança de vida dos sobreviventes. O apoio e aconselhamento psicológico podem ser necessários para o cuidador e/ou para os membros da família, para poderem perceber sentimentos e sintomas normais a seguir a uma perda, bem como para processarem a aceitação do acontecimento.

«Aqueles que possuem a força e amor para se sentarem junto a um paciente moribundo, no silêncio que se estende para lá das palavras, saberão que esse momento não é assustador nem doloroso, mas a cessação pacífica do funcionamento do corpo. Assistir à morte em paz de um ser humano faz-nos recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes que brilha durante um curto instante para se extinguir para sempre na noite sem fim» (Kübler- Ross, 1969).

O luto é uma resposta emocional à perda de alguém ou de algo (coisa ou acontecimento) com a qual uma pessoa está vinculada (ligada). Não é uma situação ou um estado, é um **processo** de reorganização que tem um início e um fim (COTS, 2020).

Tendo sempre uma dimensão de incerteza, de separação e de perda, para acompanhar aqueles que vivem o processo de morrer e poder fazer um **processo de luto** o mais tranquilo possível, os cuidadores precisam previamente de ter tomado consciência da sua própria finitude e ter uma certa maturidade espiritual (ter consciência das suas próprias emoções, saber gerilas, etc.) (Ver: quadro 21 — Orientações para a ação — do cuidador com a pessoa em fim de vida; quadro 22 — Orientações para a ação — para o cuidador enquanto pessoa).

De uma forma mais concreta, **o luto pode acarretar um conjunto de emoções e sintomas físicos que uma pessoa experimenta diante de uma perda** (divórcio, desemprego, morte de um ente querido, etc.) (Mínguez, Polo & Celemim, 2015). Quando o luto ocorre devido à morte de um ente querido de quem se cuidou durante um determinado período de tempo, a experiência pode ser mais difícil de interiorizar, podendo gerar emoções e sentimentos com alguma ambivalência (por exemplo experimentando emoções aparentemente contraditórias, como tristeza e alívio ou raiva e serenidade, etc.).

O luto é uma experiência íntima, pelo que cada pessoa precisa do seu espaço e tempo para se adaptar a uma vida sem a pessoa falecida e que, dependendo do vínculo existente, pode levar mais ou menos tempo e ser mais ou menos intensa (Mínguez, Polo & Celemim, 2015). **As emoções e sentimentos experimentados variam de acordo com cada pessoa, são muito pessoais e todos são válidos (não existem “boas” e “más” emoções - existem emoções que se experimentam e devem poder exprimir-se)**. As experiências mais comuns são geralmente: confusão, negação, sensação de fraqueza, perda de apetite, dificuldade em adormecer e concentrar-se, querer ficar sozinho, raiva, culpa, tristeza, entre outros (Mínguez, Polo & Celemim, 2015).

Alguns cuidadores referem a sensação de “presença” da pessoa falecida em casa ou no local onde costumava prestar-lhe cuidados, como se ele ou ela não tivesse morrido. Esta situação pode ser considerada natural, uma vez que o cuidador passou, muito provavelmente, muitas horas junto da pessoa cuidada, e as suas rotinas diárias giraram muitas vezes (ou mesmo sempre) em torno da prestação de cuidados. Geralmente, esse sentimento acaba por ir desaparecendo de forma gradual. Experimentar essas sensações e emoções é normal e saudável, e **é importante não ter “pressa” em ultrapassar esta etapa**, uma vez que o cuidador pode ter passado por

uma experiência difícil, sendo necessário tempo para interiorizar e aceitar o que está a acontecer, encontrando, no seu tempo, uma forma de se adaptar à sua nova realidade. Quer a intensidade, quer a duração do processo de luto, dependerão de como a morte ocorreu, em que circunstâncias particulares (idade, doença, situação social e familiar...) e também da possibilidade de despedida e resolução de problemas pendentes com a pessoa que faleceu (Mínguez, Polo & Celemim, 2015).

Pode considerar-se uma **experiência saudável de luto aquela em que o cuidador pode vivenciar as emoções e experiências necessárias para se adaptar melhor à nova realidade**. Este período de aceitação e adaptação é estimado por Mínguez, Polo & Celemim (2015) em cerca de 2 anos. Não obstante, haverá pessoas que precisarão de mais ou menos tempo, sendo o mais importante gerir adequadamente esse luto para que não se torne patológico (uma doença)<sup>44</sup>.

#### **Quando se pode considerar que o luto não é normal ou é patológico?**

O luto, como já foi referido, é um processo e, como tal, leva tempo e implica algumas fases. Pode acontecer que uma pessoa fique estagnada (bloqueada) numa das fases ou vivencie um luto pouco adaptativo. Os lutos pouco adaptativos podem ser classificados, genericamente, da seguinte forma (Mínguez, Polo & Celemim, 2015):

- ✓ **Luto crónico:** é aquele que tem uma duração excessiva ou mesmo permanente, ou seja, nunca acaba.
- ✓ **Luto ausente:** na fase inicial do luto, geralmente há uma fase de choque ou torpor (apatia), um sentimento de descrença/incredulidade – “isto não aconteceu”; se esta situação se mantém, estaremos perante um luto ausente.

- ✓ **Luto exagerado:** quando a pessoa em luto tem uma resposta emocional muito intensa, ataques de pânico, ansiedade exacerbada, depressão profunda, etc., alguns autores equiparam-no a uma perturbação de stress pós-traumático<sup>45</sup>.

Santos, Yamamoto & Custódio (2017) propõem também a definição de **luto antecipatório**. Segundo estes autores, receber o diagnóstico de uma doença crónica ou terminal pode ser uma experiência devastadora, quer para a própria pessoa que a vive, quer para os seus familiares. Contudo, o luto vivenciado neste caso é diferente daquele que é vivenciado numa perda repentina, devido a pelo menos dois fatores: o facto de este ocorrer de forma lenta e gradual ao longo do tempo; e a pessoa sobre quem recai a causa do luto ainda se encontrar viva. Desta forma, a expressão luto antecipatório tem sido definido como uma reação de pesar genuína das pessoas que não estão enlutadas pela morte em si, mas pela experiência de uma separação onde existe a ameaça permanente de morte.

O luto antecipatório inicia-se, assim, antes da morte propriamente dita, permitindo absorver gradualmente a realidade da perda ao longo do tempo, ou, ainda, aquele que ocorre antes da perda real (Kreuz & Tinoco, 2016). É neste confronto com a falta da pessoa, tal como ela era anteriormente (papéis, identidade, tipo de relação), que o familiar e/ou cuidador pode experimentar, ainda no período da doença, sentimentos de ausência, solidão e perda (por exemplo, numa situação em que a pessoa que era ativa e assumia a condução das suas atividades da vida diária, num determinado momento tem uma doença oncológica — cancro — e a sua situação de saúde vai piorando, pode acontecer o cuidador sentir falta da forma como essa pessoa era e agia antes da doença).

<sup>44</sup> É importante clarificar que o luto não é uma doença nem uma depressão em si mesma. Na maior parte dos casos, nem sequer requer intervenções extraordinárias nem medicação de apoio (COTS, 2020).

<sup>45</sup> Consiste em reações disfuncionais intensas e desagradáveis que têm início após um acontecimento extremamente traumático (por exemplo um acidente, uma guerra, um assalto, a morte de um ente querido, etc.).

Para alguns cuidadores esta fase é como se fosse um tempo de espera, de exposição prolongada ao sofrimento e exigências múltiplas das rotinas diárias e do cuidado à pessoa doente. Desta forma, pode ser mais difícil prestar cuidados nesta etapa. Alguns cuidadores optam pelo “evitamento”, por necessidade e como forma de proteção, isto é, para evitarem situações de sobrecarga emocional, para continuarem a funcionar ou para que a pessoa doente não se aperceba dessa situação e se sinta mal. Outros acabam por entrar numa relativa “normalidade” e prosseguir no cumprimento das tarefas relacionadas com o cuidar. Em qualquer uma das situações, é importante que o cuidador disponha de suporte para partilhar as suas dificuldades, no caso de as sentir.

«O sofrimento de quem morre pode ser minorado pelos que cuidam, simplesmente pelo olhar, pela forma de estar, pelo toque pleno de respeito e ternura. O processo de morte não se pode estagnar no tempo... é uma passagem obrigatória por isso cuidar de alguém que parte é ajudá-lo nessa travessia, acompanhando-o até ao umbral da porta, sabendo dizer-lhe adeus» (Gomes, 2010, p.7-8).

É importante que quando um cuidador experiencia algum destes tipos de luto, solicite **apoio profissional** para explorar essa vivência e/ou, se possível, um psicólogo qualificado em intervenção em situações de luto, a fim de avaliar as suas necessidades nesse novo processo e, se possível ser encaminhado para os recursos disponíveis na comunidade. Se se tratar de um cuidador formal/profissional, deverá dispor deste apoio na instituição em que trabalha<sup>46</sup>.

Em suma, uma experiência saudável de luto é aquela em que a pessoa pode experimentar as emoções e vivências necessárias para poder adaptar-se melhor à sua nova realidade.

Twycross (2001) adverte que é importante não esquecer que, ainda que os cuidados em fim de vida não prolonguem propriamente a vida, podem tornar a vida que resta tão suportável e significativa quanto possível.

### Vivência da pessoa em fim de vida

Uma outra referência incontornável nesta área é Elisabeth Kübler-Ross, uma psiquiatra que em 1969, no seu livro *On Death and Dying* (traduzido para português como «Sobre a Morte e o Morrer») propôs um modelo sobre os “Cinco Estágios do Luto” (ou da dor da morte, ou da perspectiva da morte). Nesse modelo, Kübler-Ross descreveu a reação psíquica determinada pela experiência com a morte, ou mesmo perante um diagnóstico médico associado à perspectiva de vir a morrer.

O Modelo de Kübler-Ross (ou também Modelo de Sofrimento de Kübler-Ross) propõe uma descrição de cinco estágios discretos pelos quais as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto e/ou uma tragédia. Segundo este modelo, pessoas com doenças terminais tendem a entrar em estado de *autodepreciação*<sup>47</sup> e, como tal, precisam de se apoiar em alguns processos de consciencialização do seu estado (tomar consciência da sua situação). Também as pessoas que estão a passar pelo processo de acompanhamento da morte de alguém que cuidam podem passar por estas mesmas etapas, embora, naturalmente, de forma diferenciada.

<sup>46</sup> Embora esta situação possa ainda não ser uma prática habitual em muitas instituições, é importante que se desenvolvam processos de apoio (individual e/ou grupal) aos cuidadores profissionais que asseguram a prestação dos cuidados, os quais são frequentemente confrontados com dúvidas nesta matéria.

<sup>47</sup> Sentimento de perda de valor.

As 5 fases do luto (ou sobre a morte) de Elisabeth Kübler-Ross (1998), são então:



Antes de mais importa clarificar que se trata de uma classificação para efeitos de compreensão das várias fases, pois não há propriamente uma ordem para a ocorrência destas manifestações, tão pouco uma cronologia, sendo que cada pessoa pode vivenciar mais de uma destas fases, concomitantemente (ao mesmo tempo), num mesmo período ou mesmo não chegar a vivenciar algumas delas.

### Fase 1) Negação

A negação é uma defesa psíquica que faz com que a pessoa negue o problema, tentando encontrar uma forma de não entrar em contacto com a realidade. Também é comum a pessoa não querer falar sobre o assunto e isolar-se. Pode acontecer desconfiar que houve, por exemplo, uma troca de exames ou que algum profissional de saúde se enganou. Para o doente/pessoa que está em fim de vida, por norma a expressão que traduz esta etapa é: «*Não, eu não. Isto não está a acontecer comigo*». A negação pode ser uma defesa temporária ou, em algumas situações, pode durar até ao final. A intensidade e a duração desses mecanismos de defesa dependem de como a própria pessoa que sofre e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com essa dor. Em geral, a negação e o isolamento não persistem por muito tempo.

Nesta fase os cuidadores deverão manter uma postura tranquila e de escuta, sem confrontar nem negar a livre expressão de sentimentos por parte da pessoa, respeitando o seu tempo, os seus silêncios e as manifestações de negação (Ver: quadro 23 — O que dizer e fazer; quadro 24 — O que não dizer e fazer).

### Fase 2) Raiva

Nessa fase a pessoa pode revoltar-se com o mundo, sentir-se injustiçada e não se conformar por estar a passar por esta situação. Podem surgir sentimentos de ira (raiva), revolta, e ressentimento. A expressão que traduz esta etapa é: «*porquê eu?*» ou «*porque é que isto está a acontecer comigo?*». Nesta fase torna-se mais difícil lidar com a pessoa doente, pois expressa a raiva “disparando” em todas as direções, muitas vezes, sem uma razão plausível. A relação com a pessoa pode ser problemática e o ambiente tornar-se hostil, devido à revolta de quem sabe que vai morrer. Simultaneamente, para além da raiva e da agressividade, podem também surgir sentimentos de revolta, de inveja e de ressentimento.

Os cuidadores precisarão, nesta fase em particular, de se manterem o mais serenos possível, tentando não personalizar a potencial expressão de raiva em relação a si, isto é, compreendendo que a pessoa está em sofrimento e com raiva em relação à doença e à situação em que se encontra e não propriamente em relação a quem dela cuida. Tratando-se de uma etapa particularmente intensa ao nível da expressão de emoções negativas, é importante que o cuidador aprenda a distanciar-se (indo por exemplo para um local tranquilo), a fazer pausas para respirar, para cuidar de si, conversar com outras pessoas, descentrando-se da exigência emocional que a situação de cuidados lhe apresenta (ver: quadro 23 — O que dizer e fazer; quadro 24 — O que não dizer e fazer).

### Fase 3) Negociação

Quando a raiva termina, a pessoa entra na fase de negociação<sup>48</sup>. Isto significa dizer que começa a negociar, primeiro consigo própria e depois afirmando que será uma pessoa melhor se sair daquela situação, fazendo, por exemplo, promessas a *Deus* ou outra entidade divina (a maioria dessas negociações são feitas com Deus e, normalmente, mantidas em segredo). As expressões típicas desta fase são: “*Vou ser uma pessoa melhor, serei mais gentil e simpático com as pessoas*”, “*Terei uma vida mais saudável*”. Como dificilmente a pessoa tem alguma coisa a oferecer a Deus, além da sua própria vida, as negociações assumem mais as características de súplicas, ou seja, a pessoa implora que *Deus* aceite a sua “oferta” em troca da sua vida, como por exemplo, a sua promessa de uma vida dedicada à igreja, aos pobres, à caridade, etc. No fundo, esta negociação é uma tentativa de adiamento e/ou de prolongamento da vida ou alguns dias sem dor ou males físicos. Nesta fase a pessoa pode manter-se serena, reflexiva e dócil (ao contrário da etapa anterior em que pode hostilizar os que estão próximos).

É importante referir também que quem é **agnóstico** (que afirma desconhecer os deuses) ou **ateu** (alguém que não acredita em deuses) também pode passar por esta etapa, embora a sua negociação possa ser vivenciada de forma diferenciada. Considerando que as práticas espirituais não têm necessariamente de estar (apenas) relacionadas com a religião, cada pessoa pode fazer esta negociação com a “entidade” que desejar.

Deste modo, será importante ter em atenção, alguns **indicadores prováveis da existência de necessidades espirituais, dor ou mal estar** (Twycross, 2001):

- ✓ sentimento de desespero, desamparo, ausência de significado (a pessoa pode isolar-se e mesmo tornar-se suicida) que podem

ser expressos como: “é melhor morrer do que viver assim”; “de que serve continuar a viver assim?”;

- ✓ sofrimento intenso (inclui solidão, isolamento, vulnerabilidade) que pode ser expresso como: “não consigo aguentar mais isto” ou “se não pode fazer melhor do que isto, mais valia que eu morresse”;
- ✓ distanciamento/quebra dos laços religiosos, que pode ser expresso como: “já não acredito em Deus” ou “não Lhe posso pedir que me ajude”;
- ✓ cólera contra Deus ou contra a religião, que pode ser expressa como: “porquê eu?” ou “o que é que eu fiz para merecer isto?”;
- ✓ estoicismo/firmeza desmedidos e vontade de mostrar aos outros como se devem comportar, que podem ser expressas como: “não posso desiludir Deus/a minha fé/a minha família”;
- ✓ sentimento de culpa ou de vergonha (a ideia de que a doença constitui uma *punição*, um *castigo*), amargura e reconciliação, para consigo e para com os outros, que podem ser expressas como: “não mereço melhorar”;
- ✓ sonhos/pesadelos nos quais por exemplo se é preso ou se cai num poço sem fundo.

Importa destacar que estes indicadores não se manifestam da mesma forma em cada pessoa e que a capacidade de enfrentar estas necessidades espirituais depende de pessoa para pessoa.

Sem pretensão de abranger todas as expressões de espiritualidade religiosa ou laica, apresentam-se em anexo alguns exemplos de práticas em final de vida segundo Twycross (2001), designadamente: budismo, cristianismo, hinduísmo, islamismo e judaísmo. Pode também consultar-se a este propósito o “Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar - Grupo de Trabalho Religiões Saúde” o qual contém orientações para a Igreja adventista do 7º dia; Fé Bahá’í; Budismo; Igreja Católica; Hinduísmo; Islão; Judaísmo; Mormons; Igreja

<sup>48</sup> Também designada por *barganha*.



Ortodoxa; Protestantes e Evangélicos e Testemunhas de Jeová (Ver «Recursos»).

Não obstante, é importante ter sempre em atenção que aqueles que aceitam pertencer a determinada religião (sendo “praticantes ou “não praticantes”) nem sempre praticam as suas crenças de forma completamente ortodoxa (ou seja, considerada verdadeira). Por exemplo, um cristão ou um muçulmano podem não crer em certos dogmas (preceitos ou crenças) oficialmente contidos na sua religião. Isto significa dizer que uma determinada classificação religiosa não implica necessariamente um conjunto específico de crenças pessoais. Neste como em outros assuntos **o importante é sempre escutar a pessoa e não tirar conclusões mal fundamentadas** (Twycross, 2001).

Neste sentido, os cuidadores deverão, tal como nas fases anteriores, dar espaço para que a pessoa exprima livremente as suas emoções, estando particularmente atentos às **necessidades de ordem espiritual que são por ela manifestadas, como por exemplo de falar com um sacerdote, pastor, padre ou outro conselheiro espiritual, possibilitar o acesso a objetos de caráter religioso ou espiritual para a pessoa (por exemplo escrituras sagradas ou outros textos, objetos como um terço, uma cruz, uma imagem, etc.) a que a pessoa atribua importância, demonstrando respeito pelo que a pessoa está a vivenciar, sem impor credos, crenças ou rituais que não sejam os expressos pela própria pessoa**. Como se trata de uma fase de negociação, em que a pessoa pode projetar ideias no futuro (que não sabe se vai existir), é importante que o cuidador não alimente falsas expectativas, por um lado, nem reprima essas ideias/projeções que a pessoa pode sentir necessidade de fazer (Ver: quadro 23 — O que dizer e fazer; quadro 24 — O que não dizer e fazer).

#### **Fase 4) Depressão**

Nesta fase, a pessoa *retira-se* para o seu mundo interno, isolando-se, tornando-se melancólica e sentindo-se impotente perante a situação.

Se coexistirem dificuldades no tratamento ou uma hospitalização prolongada, esta tristeza pode aumentar grandemente, o que, aliada a outros sentimentos, pode conduzir à depressão. Quando a pessoa toma consciência da sua debilidade física, quando já não consegue negar as suas condições enquanto doente, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas, surge um sentimento de grande perda que pode originar um quadro clínico de depressão (desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro, etc.). Verifica-se, desta forma, uma atitude evolutiva, isto é, negar não adiantou, agredir e revoltar-se também não e fazer negociações não resolveu. Percebe-se, assim, a realidade como ela é, “nua e crua”, instalando-se o sofrimento e a dor psíquica.

Trata-se de uma fase onde o cuidador pode vivenciar, ele próprio, dificuldades na interação com a pessoa que vivencia estas emoções negativas devido à potencial sobrecarga emocional que esta situação pode acarretar. É importante que o cuidador não reprima a manifestação dessas emoções da pessoa de quem cuida, não as negando, nem ignorando, percebendo que são manifestações naturais do processo. Por outro lado, deve também prestar atenção à eventual gravidade do estado emocional da pessoa, pois pode existir a necessidade de intervenção especializada, por exemplo de um psicólogo ou outro profissional em função do perfil de necessidades (Ver: quadro 23 — O que dizer e fazer; quadro 24 — O que não dizer e fazer).

#### **Fase 5) Aceitação**

Considera-se que, nesta etapa, a pessoa já não sente da mesma forma o desespero e consegue ver melhor a realidade como ela é (não a negando), ficando pronta para enfrentar a perda ou a morte. Isto significa dizer que a pessoa aceita a sua situação e o seu destino. É um período em que a família/cuidadores podem precisar de ajuda, compreensão e apoio, de forma mais intensa, enquanto a pessoa em fim de vida vai encontrando uma certa paz. É importante

referir que há pessoas que mantêm o conflito com a morte, sem chegarem alguma vez a atingir este estágio de aceitação. Não obstante, todos os investimentos possíveis deverão ser desenvolvidos pelos significativos e cuidadores para que a pessoa alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem-estar emocional, proporcionando um clima de serenidade, de conforto, compreensão e colaboração. (Ver: quadro 23 — O que dizer e fazer; quadro 24 — O que não dizer e fazer).

Importa ainda clarificar que pode não existir uma sequência exata destes estágios, mas a evidência científica indica que as pessoas que passam por este processo apresentam pelo menos duas destas fases. Ou seja, as pessoas não têm de passar por este processo completo e algumas ficam estagnadas em alguma destas fases.

### E os cuidadores?

Os cuidadores e familiares e profissionais podem também experimentar estádios de adaptação semelhantes aos da pessoa doente, ou seja, negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.

Os cuidadores desempenham um papel muito importante no período de doença e as suas reações influenciam as reações da pessoa doente, devendo ser devidamente valorizados, pois apenas dessa forma se poderá ajudar o doente eficazmente (Kübler-Ross, 1998). Há cuidadores que se sentem impotentes perante o sofrimento da pessoa cuidada, enquanto outros se apercebem que podem ser úteis no minimizar do sofrimento e simultaneamente no minimizar do seu próprio sofrimento (Cunha, Freitas & Oliveira, 2011).

Destaca-se a importância do apoio à família/cuidador por parte de equipas profissionais (por exemplo as equipas do Centro de Saúde da área de residência, do Serviço de Apoio Domiciliário ou outras). A perda, a sua perspectiva e o processo de luto afetam muito o sistema familiar e os cuidadores em particular. A família pode viver uma série

de sentimentos e emoções, entre eles a raiva, o choque, a negação, ansiedade, medo, sentimento de impotência e aceitação da perda (Kübler-Ross, 1998). Essas equipas de apoio devem estar atentas e disponíveis para o cuidador/família. As alterações que vão surgindo na organização e funcionamento da família dependem da personalidade dos membros e das circunstâncias do ambiente familiar, tipo de relações, reações do doente e da família, perdas anteriores e apoio existente por parte da comunidade e rede de suporte (serviços, instituições, grupos de apoio, vizinhos, amigos, etc.). Estas alterações podem mesmo agravar conflitos pré-existentes (por ex., elementos que já tinham anteriormente problemas de comunicação, com os quais existiam tensões, etc.), o que deve ser evitado, tendo em conta a fase especialmente intensa em termos emocionais que se vive (Fonseca, 2008).

Por outro lado, para Phaneuf (2005) é igualmente importante perceber que **o cuidador (profissional ou informal) também sofre muitas vezes com a morte da pessoa de quem cuidou**. Primeiro porque a apoiou, tocou, porventura enxugou as suas lágrimas. Depois porque a morte de alguém coloca o cuidador perante a sua própria vulnerabilidade, a sua própria finitude. **É, assim, muito importante que o cuidador possa realizar uma reflexão pessoal sobre o sofrimento e sobre a morte, sobre as emoções que podem surgir nestas situações e sobre a melhor forma de as gerir.**

### Algumas orientações para a ação:

Sem prejuízo de muitas ações que podem ser adotadas nesta matéria, apresentam-se algumas orientações para a ação, ou seja, para lidar com pessoas em fim de vida, as quais terão necessariamente de ser adaptadas em função dos contextos de prestação de cuidados e do perfil e competências do cuidador, quer seja familiar/informal ou profissional.

---

## Quadro 21. Orientações para a ação — do cuidador com a pessoa em fim de vida

Não julgar o que a pessoa diz ou faz e tentar não mudar de assunto para que a pessoa não se sinta desvalorizada;

Capacidade de oferecer apoio, incentivo e esperança;

Demonstrar disponibilidade para a pessoa, ou seja, ter tempo para a ouvir e para estar presente junto dela. Saber ouvir e compreender a “dor” (falar ou ficar em silêncio são atitudes diferentes, mas simultaneamente importantes nos cuidados, porque há momentos em que as palavras são desnecessárias: a presença, o toque, um olhar, são suficientes para ajudar);

Percecionar e devolver imagens positivas e pontos fortes do trajeto de vida da pessoa cuidada, mas sem negar ou desvalorizar o negativismo (perda de esperança como manifestação mais profunda de sofrimento). Por exemplo, se uma pessoa lamenta não ter feito mais coisas boas na sua vida, lembrá-la/fazê-la recordar alguns dos acontecimentos bons que viveu (reminiscência);

Avaliar a existência de dor e sofrimento; angústia (medo, ansiedade, preocupações) e de desconforto (físico e psicológico). Por exemplo: perguntar se a pessoa sente alguma dor, desconforto, se quer partilhar alguma preocupação;

Oferecer ajuda tomando a iniciativa, mas sem se impor, negociando em permanência qualquer intervenção;

Respeitar os momentos de silêncio e o “espaço” que a pessoa cuidada e/ou família/pessoa significativa necessita para expressar a sua “dor”;

Informar/articular com os profissionais e serviços de saúde para minimizar a dor e o sofrimento perante dor/doença crónica/prolongada;

Estimular a expressão livre de sentimentos e emoções e procurar integrá-los no projeto de vida da pessoa — o efeito perturbador dos acontecimentos tem muito a ver com o significado que se lhes atribui (por exemplo, se uma pessoa começar a chorar, pode dizer-se: “qualquer pessoa na sua situação se sentiria apreensiva”)

Sinalizar e encaminhar para os profissionais/serviços com respostas para necessidades específicas (por ex., psicoterapia; serviço de apoio domiciliário; apoio religioso e/ou espiritual, etc.);

Motivar para a ocupação e sentimento de utilidade dentro da motivação funcional e cognitiva (sentido para a vida; reminiscências). Por exemplo, sugerir à pessoa que faça alguma coisa que lhe dê prazer, que lhe traga boas memórias e que a faça sentir relaxada;

Facilitar a comunicação e as expressões de despedida. Por exemplo, dar espaço e tempo para rituais de despedida, para que a pessoa diga o que sente, para que se possa despedir, se assim o desejar, de quem desejar e pela via que desejar (presencial, telefónica, por carta, etc.);

Esclarecer as dúvidas e os medos ou procurar ajuda profissional para o poder fazer (por exemplo, pode acontecer que a pessoa não tenha propriamente medo de morrer, mas sim de morrer num local estranho e impessoal, desamparada, desanimada ou desesperada);

Disponibilizar-se para realizar desejos e vontades possíveis de concretizar. Por exemplo, se a pessoa tem algum gosto por determinada atividade para a qual não exista nenhuma contraindicação clínica, facilitar que ela possa ser realizada (fazer uma comida preferida, ver um filme especial, ouvir uma música, escrever a alguém, etc.);

Favorecer a expressão de emoções e a comunicação entre todos os envolvidos na prestação de cuidados, evitando que se gerem situações de paternalismo, infantilização, de “conspiração do silêncio<sup>49</sup>” (uma vez que a pessoa tem direito a saber o seu estado) ou outras que limitem a participação da pessoa sénior nas decisões. Por exemplo, considerar que ocultar informação ou substituir-se às decisões da pessoa é querer “o seu bem”;

Manter um diálogo tranquilizador. Por exemplo, falar de forma calma, serena e assegurar que a pessoa não está sozinha.

Não fazer juízos de valor;

---

<sup>49</sup> A conspiração do silêncio é um processo de ocultação de informação à pessoa que está doente.

## Quadro 21. Orientações para a ação — do cuidador com a pessoa em fim de vida (continuação)

Não reprimir os sentimentos da pessoa cuidada (permitir exteriorizar os seus sentimentos, por exemplo: chorar);

Manter uma atitude calma e tranquilizadora;

Mostrar disponibilidade ou estar física e emocionalmente presente para transmitir segurança e apoio (muitas vezes a simples presença significa mais que muitas palavras; o contacto físico como o segurar da mão ou o abraçar transmitem ao doente/família/pessoa significativa que não está só; frequentemente a escuta constitui, só por si, uma ajuda efetiva, extremamente importante);

Respeitar os diferentes cultos ou religiões (respeitar os diferentes rituais; facilitar, se for desejo do doente, a presença de um padre ou conselheiro espiritual; fornecer os objetos de importância para o doente, por ex. cruz, bíblia, livros sagrados ou outros).

## Quadro 22. Orientações para a ação – para o cuidador enquanto pessoa

### Para o cuidador enquanto pessoa

Refletir/autoavaliar a sua preparação para lidar com a morte, com o sofrimento (por exemplo refletir: «estarei preparado para lidar com o sofrimento de alguém de quem cuido?»; «que tipo de competências preciso de desenvolver ou que tipo de apoio preciso para o fazer?»);

Participar em espaços de partilha de vivências, dúvidas e angústias sobre a morte e o morrer. Por exemplo, grupos de autoajuda, psicoterapia, encontros temáticos, reuniões;

Ter suporte emocional para gerir as suas próprias emoções;

Ter apoio e conforto efetivo nos momentos de morte da pessoa cuidada (procurar apoio profissional se necessário (por ex., psicoterapia, supervisão profissional, apoio espiritual, etc.);

Estar informado sobre recursos existentes de apoio ao luto (grupos de apoio ao luto, associações, etc.), bem como as formas de acesso aos mesmos;

Cuidar da sua saúde e bem-estar (alimentação saudável, atividade física, relações sociais, etc.).

Apesar destas orientações poderem ser, na sua quase totalidade, adaptadas a ambos os tipos de cuidadores (formais e informais), destacam-se particularmente as seguintes orientações para os cuidadores formais (profissionais):

- ✓ ter formação específica e supervisão profissional para a prestação de cuidados a pessoas em final de vida;

- ✓ solicitar que nos momentos de reunião de equipa, possam ser analisadas dificuldades concretas nesta área e discutir casos (as reuniões de equipa são espaços e tempos de formação em exercício).

### Recomendações em situações de luto

É natural que numa situação de alto stress emocional um cuidador não saiba como reagir perante a intensidade das emoções envolvidas, tendo a sensação de não saber o que dizer, de não encontrar palavras de consolo que possam ser úteis e estar à altura da dor manifestada (quer por quem está em fim de vida, quero pelos familiares e outros significativos). Todas as pessoas já experimentaram de alguma forma, a situação de ouvir palavras ou frases desadequadas que, por falta de “habilidade”, podem gerar incómodo em quem as escuta.

Como regra geral, em situações de luto, é muito melhor ficar calado ou simplesmente dizer: «Não tenho palavras para expressar o que sinto, para poder aliviar a sua dor».

Algumas referências úteis para ajudar a saber o que dizer e não dizer, podem ser as seguintes (CGTS, 2020):

#### Quadro 23. O que dizer e fazer

Abriir canais/possibilidades de comunicação	Quando não se sabe o que dizer, o melhor é perguntar: «como está hoje?» ou «lembrei-me de si e de como estaria».
Escutar 80% do tempo a pessoa	Favorecer a expressão das emoções implica deixar que a pessoa que está a viver o luto seja o ator principal da conversa. Só escutando se pode entender o que a pessoa sente e precisa.
Oferecer ajudas concretas	Tomar a iniciativa de propor apoiar em tarefas concretas (domésticas, organizativas, etc.) com amabilidade e respeitando sempre a intimidade da pessoa.
Assumir que vão existir momentos difíceis	Reconhecer a dor e assumir que não será fácil superá-la, é importante, assim como a existência de momentos mais difíceis e outros menos.
Estabelecer contacto físico adequado	A proximidade física e a linguagem corporal são fundamentais quando faltam as palavras. Por vezes a comunicação não-verbal é mais efetiva do que as próprias palavras. Um abraço, uma mão sobre o ombro, partilhar o silêncio, um olhar, etc., podem ser de grande ajuda.
Ser paciente com a história da pessoa em luto	Saber escutar, permite-lhe sentir-se à vontade para partilhar recordações do seu ente querido. Aceitar e partilhar a dor através destes relatos pode contribuir para se descentrar de si, do “aqui” e do “agora” e criar uma visão de futuro.
Respeitar os silêncios	Não forçar o ritmo de gestão emocional, pois cada pessoa tem o seu.

Fonte: Adaptado de CGTS (2020)

## Quadro 24. O que não dizer e fazer

«O tempo cura tudo»	Esta ideia pode originar perda de controlo, uma atitude passiva e a sensação de que a dor passará por “arte de magia”. A gestão do luto tem de ser ativa e requer um certo nível de compromisso para a gerir. Deste modo, a gestão do luto não corresponde a um tempo por si só, mas o que se faz concretamente durante esse tempo.
«Sei como se sente»	Esta afirmação pode transmitir a ideia da necessidade de se fazer um esforço para “sentir” a dor do outro como um dado adquirido. A ideia deve ser precisamente a oposta: convidar a própria pessoa a partilhar livremente os seus sentimentos.
«Ele/ela não gostaria que sofresse»	Transmite a ideia de que a pessoa falecida ainda está “viva” e isto pode bloquear a aceitação da morte por parte da pessoa em luto.
“Tem que ser forte»	Parte de um pressuposto — errado — de que a expressão de emoções implica fragilidade. Ser forte, pelo contrário pode significar uma situação de bloqueio emocional, o que é antagónico (contrário) ao que é necessário para ultrapassar de forma saudável o luto.
«Tem de fazer...»	Dizer à pessoa o que ela tem de fazer pode sugerir a ideia de que a dor que está a sentir e a forma como está a expressá-la é patológica ou errada. Qualquer expressão ou atitude que bloqueie a dor é algo anti-natural no processo de luto, ao condicionar o processo curativo da expressão das emoções.
«Quem ficou cá precisa que esteja bem»	A intenção por detrás desta expressão po-de ser aliviar a dor da pessoa que está a sofrer, mas isso é uma tarefa inútil pois não se pode evitar a dor. O luto tem de “doer”. Não há como evitá-lo dizendo simplesmente à pessoa que ela tem de estar bem.

Fonte: Adaptado de CGTS (2020)

### Em síntese:

As solicitações das pessoas em fim de vida, algumas vezes, são difíceis de compreender, e por isso o cuidador deve ter conhecimentos e habilidades de comunicação para descodificar informações essenciais, diminuindo a aflição de quem está a morrer e proporcionando um cuidado de qualidade.

Por seu turno, o cuidador, atravessa uma série de obstáculos e dificuldades ao longo do processo de doença da pessoa cuidada, durante o qual

surge a necessidade de apoiar, ouvir, confortar, prestar cuidados, ser elo de ligação com a família/ com outros elementos da família, serviços, etc., por vezes sofrendo, mas sempre sendo suporte para a pessoa que sofre (Campos, 2013). Contudo, é importante ter em consideração que o cuidador não pode abdicar da sua vida e pode também estar a atravessar uma crise, que pode conduzir igualmente a um processo de doença (física e/ ou mental). Daqui decorre a importância do autocuidado, já explanado em outros pontos deste manual, e que aqui assume especial relevância.

A comunicação assume uma relevância crucial nos cuidados em fim de vida enquanto fator promotor da qualidade de vida da pessoa doente, podendo reduzir o seu grau de ansiedade e permitindo ao doente e à restante família e/ou outros cuidadores participarem nos cuidados e nas decisões. Atua também como fator protetor em relação ao desenvolvimento de processos de luto patológico nos familiares/cuidadores. É, desta forma, imprescindível que os cuidadores estejam atentos às necessidades de comunicação da pessoa cuidada e da (restante) família, adotando uma atitude de presença, acolhimento e compaixão, tendo sempre presente que este momento é único para cada pessoa/família.

**Aspetos conclusivos da comunicação em situações complexas** (Bloch & Tuomainen, 2017; Help2Care, 2020):

### **O direito à comunicação**

Todas as pessoas têm o direito de comunicar e esse direito deve ser respeitado. De forma a participarem ativamente nas interações comunicativas, cada pessoa com ou sem dificuldades comunicativas tem o direito a:

- ✓ Ter o ato comunicativo reconhecido e respondido pelos outros mesmo quando o desejo não pode ser cumprido;
  - ✓ Ter acesso a contextos, interações e oportunidades que promovam a participação enquanto parceiro comunicativo reconhecido pelas outras pessoas, incluindo os pares;
  - ✓ Ser tratada com dignidade, respeito e cortesia;
  - ✓ Ser abordada diretamente sem que falem por si ou que falem de si enquanto está presente;
  - ✓ A uma comunicação clara, significativa que seja também apropriada a nível cultural e linguístico.
- ✓ Interagir socialmente, manter a proximidade social e construir novas relações sociais;
  - ✓ Pedir objetos de interesse, ações, eventos e pessoas;
  - ✓ Recusar ou rejeitar objetos, pessoas, eventos, ações que não deseja;
  - ✓ Expressar preferências e sentimentos;
  - ✓ Fazer escolhas entre alternativas que fazem sentido para a pessoa;
  - ✓ Fazer comentários e partilhar opiniões;
  - ✓ Pedir e dar informação, incluindo informação relacionada com mudanças nas rotinas ou no meio ambiente;
  - ✓ Ser informada acerca das pessoas e dos eventos relacionados com a sua vida;
  - ✓ Ter acesso a intervenções e produtos de apoio que melhorem a comunicação;

# Notas finais

O envelhecimento atravessa todo o ciclo de vida e é resultante de todas as trajetórias/vivências/experiências das pessoas. Os conceitos de envelhecimento atualmente em discussão – envelhecimento ativo, envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido – vieram dar ao indivíduo uma maior responsabilidade na gestão do seu ciclo de vida, isto é, no autocuidado, na promoção da sua saúde e bem-estar.

Contudo, é importante ter em consideração que envelhecer com a saúde não depende exclusivamente dos comportamentos e estilos de vida, mas também de determinantes sociais, tais como o nível de educação, as condições de trabalho, de habitação, dos recursos sociais e materiais que cada pessoa tem, entre outros. Neste sentido, uma perspectiva global do ciclo de vida implica reconhecer que o processo de envelhecimento é o resultado de uma trajetória de vida em que a própria pessoa também é responsável pela gestão da sua própria saúde, do seu autocuidado, dos seus estilos de vida saudáveis, com benefícios na qualidade de vida nas idades mais avançadas.

As alterações inevitáveis que se dão com o avançar da idade, necessitarão sempre de cuidados - cuidar de si e cuidar dos outros, na família, em serviços e instituições, nas comunidades.

Apesar de ser uma dimensão fundamental da vida humana, o cuidar representa um trabalho que não tem preço.

Foi intenção deste manual situar e enquadrar ética, teórica e metodologicamente o território complexo da comunicação e da relação no cuidar, sem a pretensão de esgotar todas as dimensões deste tema, mas apresentando estratégias concretas de operacionalização destas matérias em diferentes contextos (ou seja, como se deve atuar em determinadas situações, tendo em conta a pessoa de quem se cuida).

Todos os seres humanos, independentemente da sua origem, condição social e de saúde, género, cultura ou situação, precisam destes três pilares para viver, ao longo de todo o ciclo de vida:

- i) comunicar;
- ii) relacionar-se;
- iii) e cuidar (cuidar-se, ser cuidado e cuidar de outros).

Ninguém pode abdicar destes pilares os quais têm valor afetivo e simbólico; estão presentes em todos os meios, em todas as culturas e formas de organização social; vão marcando o percurso de todas as vidas: cuidar-se, cuidar, ser cuidado.

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999).

É neste sentido que é importante o conhecimento da(s) diferença(s) no processo de envelhecimento em ordem à valorização da diversidade da existência humana, numa sociedade em que todos cuidam uns dos outros. Uma sociedade, como afirma Marcelo Rebelo de Sousa, geracionalmente consciente onde há lugar para todos e na qual não existem clivagens geracionais desnecessárias (citado por Núncio, 2019).



# Referências bibliográficas

- Ant6nio, M. (2017). Humanidade: do conceito antropol6gico a uma ferramenta de cuidar. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. S6rie Monogr6fica Educa77o e Investiga77o em Sa77de* (pp. 83-93). Coimbra, Portugal: Unidade de Investiga77o em Ci6ncias da Sa77de: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Antoniolli, L. & Hiraga, T. (2017). Hist6ria de vida: estrat6gia de empatia no cuidar em humanidade. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. S6rie Monogr6fica Educa77o e Investiga77o em Sa77de* (pp. 73-82). Coimbra, Portugal: Unidade de Investiga77o em Ci6ncias da Sa77de: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- APDPK — Associa77o Portuguesa de Doentes de Parkinson (s.d.). Parkinson! O que 6? Retirado a 3 setembro, 2021, de <https://parkinson.pt/o-que-e/>
- Associa77o Alzheimer Portugal. (s.d. a). Cuide de Si — 10 Passos para se tornar um cuidador mais s aud77vel. Retirado a 30 julho, 2021, de <https://alzheimerportugal.org/cuide-de-si/>
- Associa77o Alzheimer Portugal. (s.d. b). Escolher uma Unidade Residencial. Retirado a 30 julho, 2021, de <https://alzheimerportugal.org/escolher-uma-unidade-residencial/>
- Associa77o Portuguesa de Cuidados Paliativos (s.d.). Perguntas Frequentes (O que s77o cuidados paliativos). Retirado a 30 julho, 2021 de <https://apcp.com.pt/perguntas-frequentes>
- Balbinotti, H. (2017). A import77ncia da espiritualidade no envelhecimento. *Memorialidades*, 14(27e28), 13-44.
- Barbosa A. (2004). Comunica77o com o doente em estado terminal. In J. Gomes-Pedro & A. Barbosa, *Comunicar na Cl6nica, na Educa77o, na Investiga77o, no Ensino*. Lisboa: Climepsi
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2015). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(8), 713-722. <https://doi.org/10.1177/1533317513520213>
- Barnum, B. J. (1998). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4th ed.). University Press.
- Beauvoir, S. (1970). *La Vieillesse*. Gallimard.
- Bloch, S. & Tuomainen, J. (2017). Progressive dysarthria and augmentative and alternative communication in conversation: Establishing the reliability of the dysarthria-ininteraction profile. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(1), 3-9.
- Boff, L. (1999). *Saber Cuidar - 6tica do Humano, compaix77o pela terra*. Vozes.
- Boutique, N. e Santos, R. (2002). Aspectos Socioecon6micos do Envelhecimento. In M. Netto, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Vis77o Globalizada* (pp.82-91). Atheneu.

- Cabral, M., V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal : Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campos, M. (2013). A família do doente internado em Cuidados Paliativos: Receios e Expectativas. [Dissertação de Mestrado, Escola superior de saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1998>
- Cárcer, A., Gómez, M., Salas, J., & Gómez-Batiste, X. (2016). Manual para la atención psicossocial y espiritual a personas com enfermedades avanzadas — Intervención Social. Obra Social de “la Caixa”.
- Cardoso, A. (2014). Livro Branco sobre a Solidariedade entre as Gerações e o Envelhecimento Ativo. Cesis.
- Carrascal, G., & Ramírez, J. D. (2015). Hygiene: Basic care that promotes comfort in critically ill patients. *Enfermería Global*, 14(40), 351-361.
- Carroll, M. & Brue, L. (1991). *Enfermagem para Idosos - Guia Prático*. Andrei.
- Carvalho F. & Eurico T. (2002). Fisiologia do Envelhecimento. In M. Netto, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp.60-70). Atheneu.
- Carvalho, V. & Fernandez, M. (2002). Depressão no Idoso. In M. Netto, *Gerontologia — A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp.160-173). Atheneu.
- Casmarrinha, M. (2008). Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades. [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/7169>
- CGTS — Consejo General del Trabajo Social, consultado a 4 junho de 2020 em <https://www.cgtrabajosocial.es/>
- Charlyzon (2008). Areabroca [Imagem]. Wikimedia commons. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Areabroca.jpg>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Lusociência.
- COTS (2020). Buenas prácticas para trabajadoras/es sociales. Intervención psicossocial, despedida y duelo ante la presencia del covid-19. Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla.
- Cunha, D., Freitas, L., & Oliveira, M. (2011). Familiar Cuidador de Paciente com Doença Terminal frente ao Processo do Adoecimento [Trabalho de curso]. *psicologia.pt*. Consultado 24 de Abril de 2020, em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0246.pdf>
- DailyCaring, consultado a 21 de abril de 2020 em <https://dailycaring.com>
- Database Center for Life Science (DBCLS). (2012). Cerebral hemisphere - 05 [Imagem]. Wikimedia Commons. [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cerebral\\_hemisphere\\_-\\_05.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cerebral_hemisphere_-_05.png)

- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://dicionario.priberam.org/s%C3%A9nior> [consultado em 18-04-2019]
- Dijkman, B., Roodbol, P., Aho, J., Achtschin-Stieger, S., Andruszkiewicz, A., Coffey, A., Felsmann, M., Klein, R., Mikkonen, I., Oleksiw, K., Schoofs, G., Soares, C., & Sourtzi, P. (2016). European Core Competences Framework for Health and Social Care Professionals Working with Older People. <http://hdl.handle.net/10400.26/22935>
- Dixe, M.A.C.R, Querido, A.I.F., Daniela, C., Pereira, D.A., Soares, E.M.P, Gomes, J.C.R., Teixeira, L.F.C, Sousa, P.M.L., Amado, S.C.F, & Peralta, T.J.A. (2018). Apoiar no autocuidado de utentes e cuidadores informais (1 Ed.). Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Instituto Politécnico de Leiria.
- Fernandes, P. (2002). A Depressão no Idoso (2ª ed). Quarteto.
- Ferrari, M. (2002). Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade. In. M. Netto, Gerontologia — A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada (pp.98-105). Atheneu.
- Fonseca, A. (2005). Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. Climepsi.
- Fonseca, A. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro, Manual de Gerontologia (pp.95-106) Lidel.
- Fonseca, C. (2008). Cuidar da Família do Doente Terminal. Revista Portuguesa de Enfermagem, 15, 19-27.
- Fonseca, E., Penaforte, M., & Martins, M. (2015). Cuidados de higiene — banho: Significados e perspetivas dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência, 4(5), 37-45.
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Climepsi.
- Fontes, A., Botelho, A., & Fernandes, A. A. (2014). A Biopsychosocial Evaluation Method and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), Educational Gerontology, 1-14. <http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2011.559856>
- Fuentes, M. & Martins, M (2017). Una mirada antropológica en torno al cuidado. Desafíos e oportunidades. Documentación Social, 187, 69-84.
- García, P. (2002). Hablamos de Ancianos — Problemática y Propuesta Educativa. San Pablo.
- Gatto, I. (2002). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In M. Netto, Gerontologia — A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada (pp.109-113) Atheneu.
- Generous M., Keeley M. (2014). Creating and validating the final conversations (FCs) scale: A measure of end-of-life relational communication with terminally ill loved ones. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care, 10, 257-281.

- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). Humanidade, cuidar e compreender a velhice. Instituto Piaget.
- Gomes, A. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida — família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*, 18, 1-8.
- González, J. A. (2013) Testamento Vital e Procuração de Cuidados de Saúde. Quid Juris Sociedade Editora.
- Gutiérrez, J. (2016). Manual para la atención psicossocial y espiritual a personas com enfermedades avanzadas — Intervención psicológica y espiritual. Obra Social de “la Caixa”.
- Hall, M., MacLennan, N. W. J., & Lye, M. D. W. (1997). Cuidados Médicos ao Doente Idoso (3ªed.). Climepsi.
- Hayasida, N., Assayag, R. & Matos, M. (2014). Morte e luto: competências dos profissionais (pp.112-12). *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 10(2).
- Hennezel, M. & Leloup, J.Y. (1997). L'art de mourir: Traditions religieuses et spiritualité humaniste face à la mort aujourd'hui. Éditions Robert Laffont.
- Higuera, J. (2018). El arte del cuidado como elemento humanizador en la era de la tecnología. *Documentación Social*, 186, 49-70.
- Huskyherz (2014). Old People Lovers Man Woman Love Old Harmony [fotografia]. <https://pixabay.com/photos/old-people-lovers-man-woman-love-545232/>
- Instituto da Segurança Social, I.P. - Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID — Crianças, Idosos e Deficientes — Cidadania, Instituições e Direitos (2005). Manual de Boas Práticas — Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas - Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares. [http://www.seg-social.pt/documents/10152/14714/acolhimento\\_residencial\\_pessoas\\_mais\\_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7](http://www.seg-social.pt/documents/10152/14714/acolhimento_residencial_pessoas_mais_velhas/cab532a6-b2c8-4ab8-b164-ef0235b894c7)
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). Manual de Processos Chave — Estrutura Residencial para Idosos. Disponível em: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs\\_lar\\_estrutura\\_residencial\\_idosos\\_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4](http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4) [Consultado em 28/04/2019]
- Instituto Português da Afasia. (s.d. a). Panfleto sobre a afasia- aphasia-friendly [Folheto]. <https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/01/Panfleto-sobre-a-afasia-aphasia-friendly.pdf>
- Instituto Português da Afasia. (s.d. b). Panfleto para familiares IPA [Folheto]. <https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/01/Panfleto-para-familiares-IPA.pdf>
- Instituto Português da Afasia. (2020). Afasia: causas, tipos e consequências [Folheto]. <https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/02/19.pdf>

- Itu (2019, 13 janeiro). A base de tudo – comunicação. Itu.  
<https://www.itu.com.br/artigo/a-base-de-tudo-comunicacao-20190113>
- Johnson, M-J. & Kantsaki, O. (2009). Ethics and advance care planning in a culturally diverse society. *Journal of Transcultural Nursing*, 20 (4). 405 – 416.
- Keeley M., Yingling J. (2007). *Final Conversations: Helping the Living and the Dying Talk to Each Other*. VanderWyk & Burnham.
- Keeley, M. P. (2007). Turning toward death together: The functions of messages during final conversations in close relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(2), 225–253.
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.
- Kreuz, G. & Tinoco, V. (2016). O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo — Revisão Sistemática. *Revista Kairós Gerontologia*, 19, 109-133.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Scribner.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer* (8ª ed). Martins Fontes.
- Leal, G. & Martins, I. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 359-64.
- Lei n.º 100/2019 - Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República n.º 171/2019, Série I de 2019-09-06 Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized> [Consultado em 28/09/2019]
- Leme, L. & Silva, P. (2002). O Idoso e a Família. In M. Netto, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp.92-97). Atheneu.
- Leone, C. (1996). La Qualité des Soins Dans la Qualité de Vie. In *Gérontologie et Société*, 78, (pp.65-77). Cahiers de La Fondation Nationale de Gérontologie.
- Levet, M. (1998). *Viver Depois dos 60 Anos*. Instituto Piaget.
- Lima, V., & Buys, R. (2008). Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3),52-63.
- Luders, S. & Storani, M. (2002). Demência: Impacto para a Família e a Sociedade. In M. Netto, *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp.146-159). Atheneu.
- Mariana Munhoz. (2010). Elementos comunicacao [Imagem]. Wikimedia Commons.  
[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Elementos\\_comunicacao.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Elementos_comunicacao.jpg)
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Martínez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Fundación Pilares para la Autonomía personal.
- Melo, R. (2014). Liderança e gestão: Desenvolvimento de competências relacionais. Lusodidacta.
- Melo, R., Araújo, J., Abreu, C., Oliveira, A., Fernandes, A., Sá, M. (2017). Cuidados de higiene e conforto: contributo da metodologia de cuidado humanidade para a dignificação da pessoa cuidada. In R. C. Melo (Coord.), Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp. 107-124). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).
- Mínguez, A., Polo, L., & Celemim, S. (2015) Cuidando-nos — Cuidarnos a nosotros mismos es cuidar mejor de nuestro familiar. Obra Social “la Caixa”.
- Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2002). Sistema de Cuidados Continuados Integrados. Edição Manuscrita.
- Monteiro, P. (2003). Espaços Internos e Externos do Corpo: Envelhecimento e Autonomia. In Serviço Social & Sociedade, 75, (pp.143-152). Cortez.
- Mueller, P., Hook, C. & Fleming, K (2004). Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. Mayo Clinic Proceedings, 79(4), 554-62.
- Mulas, L. F. (2014). 50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- National Aphasia Association (s.d.). Aphasia Definitions. Retirado a 30 julho, 2021 de <https://www.aphasia.org/aphasia-definitions/>
- Netto, M. & Ponte, J. (2002). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In M. Netto, Gerontologia — A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada (pp.3-12). Atheneu.
- Núncio, M. (2019). Os meus pais estão a envelhecer — Como apoiar no dia a dia. Ideias de Ler.
- Nunes, R. (2012). Testamento Vital In R. Nunes & H. P. Melo (Eds.), Testamento Vital (pp. 17 – 140). Almedina.
- Oliveira, P., Amaral, J. & Rodrigues, A. (2013). Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. Ciência & Saúde Coletiva, 18(9), 2635-2644.
- Open stax (s.d). The Brain and Spinal Cord. [https://cnx.org/contents/\\_lo4zP0c@7/The-Brain-and-Spinal-Cord](https://cnx.org/contents/_lo4zP0c@7/The-Brain-and-Spinal-Cord)
- Organização das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf) [Consultado em 29/04/2019]

- Organização Mundial de Saúde. (2000). The world health report: Health systems: Improving performance. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281> [Consultado em 03/12/2018].
- Organização Mundial de Saúde (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> [Consultado em 03/12/2018].
- Organização Mundial de Saúde (2003). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Paschoal, S. (2002a). Epidemiologia do Envelhecimento. In M. Netto, Gerontologia — A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada (pp.26-43). Atheneu.
- Paschoal, S. (2002b). Autonomia e Independência. In M. Netto, Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada (pp.313-323). Atheneu.
- Paúl, C. (2000). Estereótipos Sobre Idosos — Vivências e Imagens. Revista Cidade Solidária, 5, 50-56.
- Penaforte, M. H. (2011). O autocuidado de higiene: Conhecimento científico e ritual [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, com a participação da Escola Superior de Enfermagem]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/7342>
- Percival, J., & Johnson, M. (2013). End-of-life care in nursing and care homes. Nursing Times, 109(1/2), 20-22.
- Pereira, F. (2002). Envelhecimento em Debate (I). Pretextos — ISS, IP., 9, 6-8.
- Pereoptic (2021). Broca's aphasia [Imagem]. Wikimedia commons. [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Broca%27s\\_aphasia.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Broca%27s_aphasia.png)
- Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: uma exigência da humanidade. In W. Hesbee (Dir.), Cuidar neste mundo (pp. 87-102). Lusociência.
- Petronilho, F. (2012). Autocuidado: Conceito central da enfermagem. Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.
- Pimentel, L. (2001). O Lugar do Idoso na Família — Contextos e Trajectórias. Quarteto.
- Pinto, M. (2001). O Fenómeno da Longevidade. In A. Pinto, Envelhecer Vivendo (pp.155-163). Quarteto.
- Prime Senior. (s.d. a). Evitar desgaste de cuidadores [Pinterest post]. Retirado a 30 julho, 2021 de <https://www.pinterest.pt/pin/769552655049942465/>
- Prime Senior. (s.d. b). Atividades De Alzheimer [Pinterest post]. Retirado a 30 julho, 2021, de <https://br.pinterest.com/pin/769552655054458604/>
- Prime Senior. (s.d. c). Cuidar De Idosos [Pinterest post]. Retirado a 30 julho, 2021, de <https://br.pinterest.com/pin/769552655054363650/>

- Prime Senior — Departamento de conteúdos. (s.d. a). Comunicação e alzheimer — frases curtas e diretas. Retirado a 30 julho, 2021, de [https://www.primesenior.com/\\_comunicacao\\_e\\_alzheimer\\_frases\\_curtas\\_e\\_diretas](https://www.primesenior.com/_comunicacao_e_alzheimer_frases_curtas_e_diretas)
- Prime Senior — Departamento de conteúdos. (s.d. b). 6 Técnicas de comunicação não verbal que facilitam o cuidado na demência. Retirado a 30 julho, 2021, de [https://www.primesenior.com/\\_6\\_tecnicas\\_de\\_comunicacao\\_nao\\_verbal\\_que\\_facilitam\\_o\\_cuidado\\_na\\_demencia](https://www.primesenior.com/_6_tecnicas_de_comunicacao_nao_verbal_que_facilitam_o_cuidado_na_demencia)
- Prime Senior — Departamento de conteúdos. (s.d. c). Dicas para estender a independência de um idoso em casa. Retirado a 30 julho, 2021, de [https://www.primesenior.com/\\_dicas\\_para\\_estender\\_a\\_independencia\\_de\\_um\\_idoso\\_em\\_casa\\_2](https://www.primesenior.com/_dicas_para_estender_a_independencia_de_um_idoso_em_casa_2)
- Prime Senior - Departamento de conteúdos. (s.d. d). 8 Dicas para lidar com falsas acusações de idosos com demência. Retirado a 30 julho, 2021, de [https://www.primesenior.com/\\_8\\_dicas\\_para\\_lidar\\_com\\_falsas\\_acusacoes\\_de\\_idosos\\_com\\_demencia](https://www.primesenior.com/_8_dicas_para_lidar_com_falsas_acusacoes_de_idosos_com_demencia)
- Prime Senior - Departamento de conteúdos. (s.d. e). 3 Formas eficazes dos cuidadores responderem a críticas. Retirado a 30 julho, 2021, de [https://www.primesenior.com/\\_3\\_formas\\_eficazes\\_dos\\_cuidadores\\_responderem\\_a\\_criticas\\_2?fbclid=IwAR-3gRSsD3HX3H37w0Zn9u9AUexzJmHSwKkQDOogv5HPFyxNPzXEJSrlKuw8](https://www.primesenior.com/_3_formas_eficazes_dos_cuidadores_responderem_a_criticas_2?fbclid=IwAR-3gRSsD3HX3H37w0Zn9u9AUexzJmHSwKkQDOogv5HPFyxNPzXEJSrlKuw8)
- Prime Senior - Departamento de conteúdos. (s.d. f). 10 maneiras de ajudar os idosos a lidarem com o isolamento e a depressão. Retirado a 30 julho, 2021, de [https://www.primesenior.com/\\_10\\_maneiras\\_de\\_ajudar\\_os\\_idosos\\_a\\_lidar\\_com\\_o\\_isolamento\\_e\\_a\\_depressao](https://www.primesenior.com/_10_maneiras_de_ajudar_os_idosos_a_lidar_com_o_isolamento_e_a_depressao)
- Prochet, T. C., & Silva, M. J. (2013). Reconhecimento dos aspectos tacéticos para o cuidado afetivo e de qualidade ao idoso hospitalizado. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(2), 426-432. <https://repositorio.usp.br/item/002392181>
- Puggina, A. C., Silva, M. J., & Santos, J. L. (2011). Use of music and voice stimulus on patients with disorders with consciousness. Journal of Neuroscience Nursing, 43(1), E8-E16. [https://www.researchgate.net/publication/232214959\\_Use\\_of\\_Music\\_and\\_Voice\\_Stimulus\\_on\\_Patients\\_With\\_Disorders\\_of-Consciousness](https://www.researchgate.net/publication/232214959_Use_of_Music_and_Voice_Stimulus_on_Patients_With_Disorders_of-Consciousness)
- Quaresma, M. (2004). Interrogar a Dependência. In M. L. Quaresma, A. A. Fernandes, D. F. Calado, & M. Pereira O Sentido das Idades da Vida - Interrogar a Solidão e a Dependência (pp.37-50). Cooperativa de Ensino Superior de Desenvolvimento Social, Económico e Tecnológico.
- Ribeirinho, C. (2005). Conceções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio. (ISSSL).
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: contextos e práticas profissionais. In M. Carvalho, Serviço Social no Envelhecimento (pp. 177-200). Factor.



- Ribeirinho, C. (2016). Gestão das emoções e afetos no cuidar: a supervisão emocional das equipas de cuidados. In C. Moura (org.), *Novas competências para novas exigências no cuidar* (pp. 219-234). EJUedito.
- Ribeirinho, C. (2017). Formação dos Recursos Humanos que prestam apoio e serviços a pessoas idosas. *Agenda de Gerontologia 2018*. Almaletra.
- Ribeirinho, C. (2019). (Trans)formação dos profissionais na área do envelhecimento — Desafios e oportunidades. *Revista Dignus — Revista Técnica de Geriatria e Gerontologia*, 1, 12-14.
- Ribeirinho, C. (2019). Violência contra as pessoas idosas em contexto institucional — (re)conhecimento e intervenção. In D. Costa, & M. Paulino, *Maus Tratos a Idosos* (pp. 119-142). Pactor.
- Ribeirinho, C. & Galante, M. (2019). Intervenção com pessoas em fim de vida – Desafios profissionais na área da Gerontologia. *Revista Dignus - Revista Técnica de Geriatria e Gerontologia* 2, 61-64.
- Robert, L. (1995). *O Envelhecimento — Factos e Teorias*. Instituto Piaget.
- Robinson, T. E., White, G. L., & Houchins, J. C. (2006). Improving communication with older patients: Tips from the literature. *Family Practice Management*, 13(8), 73–78. <https://doi.org/10.4304/jnw.8.12.2804-2811>
- Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, *Informes Portal Mayores*, 106, consultado a 03 de julho 2020 em <https://www.telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>
- Rodríguez, P., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, T., Mendoza, A., (2014). Cuidar, cuidarse y sentirse bien — Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral y centrada en la persona. Fundación Pilaes para la autonomía personal.
- Rodríguez, T. (coord.) (2016). Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales. Serie Ética y Servicios Sociales, nº 2. Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.
- Salgueiro, N. (2014). *Humanidade: Um imperativo do nosso tempo*. IGM Portugal.
- Salgueiro, N. (2017). Higiene do corpo ao longo dos tempos. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp. 5-49). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Santos, F. & Encarnação, F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Centro Regional de Segurança Social do Algarve.
- Santos, R., Yamamoto, Y. & Custódio, L. (2017). Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *Psicologia.pt*. Consultado 24 de Abril de 2020, em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>

- Schimidt, T. C., Duarte, Y. A., & Silva, M. J. (2015). Mediate evaluation of replicating a training program in nonverbal communication in gerontology. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 49(2), 309-316. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25992831/>
- Silva, M. (2014). Comunicação tem remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde. Loyola.
- Silva, M. (2017). Como cuidar o corpo preservando a dignidade da pessoa. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 51-62). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Silva, M. J., & Gimenes, O. M. (2000). Eu: O cuidador. *O Mundo da Saúde*, 24(4), 306-309.
- Silva, M. J., & Leão, E. R. (2009). Sobre o cuidar ampliado. In E. R. Leão (Org), *Cuidar de pessoas e música: Uma visão multiprofissional* (pp. 11-30). Yendis.
- Simões, M. M. M. (2013). *Cuidar em Humanidade. Método de Gineste e Marescotti Aplicado a Pessoas Internadas em Cuidados Continuados* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/13913>
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência*, 2(7), 97-105.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*, 14, 213-225.
- Soares, S. (2015, janeiro). A comunicação com o doente em cuidados paliativos. (Working Paper). [https://www.researchgate.net/publication/292144193\\_A\\_COMUNICACAO\\_COM\\_O\\_DOENTE\\_EM\\_CUIDADOS\\_PALIATIVOS](https://www.researchgate.net/publication/292144193_A_COMUNICACAO_COM_O_DOENTE_EM_CUIDADOS_PALIATIVOS)
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (1997). *El Servicio de Ayuda a Domicilio — Programación del Servicio. Manual de Formación para Auxiliares*. Médica Panamericana.
- Sousa, I. (2018). Intervenção não farmacológica na demência. *Aprender, Envelhecer, Ser — Agenda Científica de Gerontologia 2019* (pp. 183-188). Almaetra.
- Sousa, J. (2019). *Direito à comunicação social no Brasil*. Consultado 26 de Junho de 2020, em [https://books.google.pt/books?id=-c5NDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Jos%C3%89+Franklin+De+Sousa+Direito+%C3%A0+comunica%C3%A7%C3%A3o+social+no+Brasil&hl=pt-PT&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=-c5NDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Jos%C3%89+Franklin+De+Sousa+Direito+%C3%A0+comunica%C3%A7%C3%A3o+social+no+Brasil&hl=pt-PT&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

- Struck, B. D., Brown, E. A. & Madison, S. (2017). Advance Care Planning in the Outpatient Geriatric Medicine Setting. *Primary Care*, 44(3), 511 – 518.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: Uma Introdução* (3ª ed). Artmed.
- Susaki, T., Silva M. & Possari, J. (2006). Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 144-149.
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Climepsi.
- UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Comissão Nacional da UNESCO — Portugal.
- Vaitsman, J., & Andrade, G. R. (2005). Satisfação e responsividade: Formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 599-613. <https://www.scielo.br/j/csc/a/D9JyBXkk4yWnKhqVFRCLrKC/>
- Valente, P., Matos, M., Prata, J., Nápoles, J., & Rodrigues, V. (2020). *Manual sobre afasia para pessoas com afasia e familiares*. Associação IPAFASIA. <https://ipafasia.pt/recursos/manual-da-afasia/>
- Vaz, E. (1998). Mais Idade e Menos Cidadania. *Análise Psicológica*, 4, 621-633.
- Veras, R. (2002). *Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde*. Relume - Dumará / UNATI.
- Veras, R. (2003). A Longevidade da População: Desafios e Conquistas. *Serviço Social & Sociedade*, 75, 5-18.
- Viude, A. (2000). Aspectos Éticos no Contexto Domiciliar. In Y. Duarte & M. Diogo, *Atendimento Domiciliar - Um Enfoque Gerontológico* (pp.479-486). Atheneu.
- Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. (2005). Enhancing Communication With Older Adults: Overcoming Elderspeak. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 43(5), 12-6. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-08>
- Yuaso, D. & Sguizzatto, G. (2002). Fisioterapia em Pacientes Idosos. In M. Netto, *Gerontologia — A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada* (pp.331-347). Atheneu.

# Recursos

## Agenda

Aprender, Envelhecer, Ser – Agenda Científica de Gerontologia 2019. Lisboa: Almaletra.

## Filmes relacionados com o tema:

- Cuidados Centrados na Pessoa  
FILMESADVITA. (2016, fevereiro 2). Cuidados Centrados na Pessoa [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=qLBWUGSFzoU>
- Sentimentos e Emoções do Cuidador  
FILMESADVITA. (2016, fevereiro 2). 2 -Sentimentos e Emoções do Cuidador [Vídeo]. YouTube. <https://youtu.be/n6e0VJcLk78>
- Apoio nas Atividades da vida diária  
FILMESADVITA. (2016, fevereiro 2). Apoio nas Atividades da Vida Diária [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=OJJNGh9UhDg>

## CrITÉrios para escolher bem um Lar de Idosos

<https://www.laresonline.pt/pt/blog/7-criterios-para-escolher-bem-um-lar-de-idosos/>

## Cuidador

<http://cuidador.pt/>

## Ser cuidador - A voz europeia para cuidadores informais (Em inglês)

<https://eurocarers.org/>

## InformCare - The EU information hub on informal care

Eurocarers. (2015, maio 5). (PT) InformCare - The EU information hub on informal care [Vídeo] YouTube. [https://youtu.be/SIsjeI\\_xd\\_Y?list=PLr50Bh2p\\_bxd8yviAKYStius7\\_rKsjJYf](https://youtu.be/SIsjeI_xd_Y?list=PLr50Bh2p_bxd8yviAKYStius7_rKsjJYf)

## Amigos na demência

<https://www.amigosnademencia.org/>

## AgingCare

<https://www.agingcare.com/?fbclid=IwAR0scK4hJ8eAP50NDEa9uYxOophVMkHabkERkkvZUd-FANXIGzKItd2YXBfc>

## DailyCaring

<https://dailycaring.com>

## Help2Care

<http://www.help2care.pt/>

## Plataforma de Gerontologia - Primesenior

[www.primesenior.com](http://www.primesenior.com)

## Manual do Cuidador da pessoa com Alzheimer ou com outras demências

<https://alzheimerportugal.org/manual-do-cuidador-2/>

## Plataformas de pesquisa sobre recursos e respostas sociais:

- Carta Social: <http://www.cartasocial.pt/>

- Mapa Social: <https://www.mapasocial.pt/>

## Cuidados Paliativos – Serviço Nacional de Saúde

<http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/paliativos/?lang=pt>

• Documentação de Suporte:

<https://ds1.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/publicacoes-e-documentacao-de-suporte/>

## APOIO A PROFISSIONAIS - CUIDADORES FORMAIS

<https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/apoio-a-profissionais-cuidadores-formais>

## Equipas de Cuidados Paliativos em Portugal

<https://r-3.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>

## Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

<https://www.apcp.com.pt/>

**Grupo United Creative. (2017, outubro 6). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos - "Porque se alguém se preocupa, somos nós" [Vídeo]. YouTube.** <https://www.youtube.com/watch?v=6dB5UklCBfk>

**Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.** (2014, setembro 30). Filme dia mundial dos cuidados paliativos. <https://www.youtube.com/watch?v=sBbD00qXkkk>

### **Revista Cuidados Paliativos**

<https://apcp.com.pt/revista-cuidados-paliativos>

LinQue – Cuidados Paliativos em casa

<http://www.linque.pt/>

### **Associação Afectos P'ra Vida**

<http://www.afectospravida.pt/>

### **Amara - Associação pela Dignidade na Vida e na Morte**

<https://amara.pt/?fbclid=IwAR1WjnJjUhsytlfroAvAtGtH7lut0kolzQtH0hPuHi47-7WOvbn4Yrg3uSc>

### **Espiritualidad en Clínica Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos**

<https://seor.es/wp-content/uploads/Monografia-secpal.pdf>

**Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar** - Grupo de Trabalho Religiões Saúde (publicação patrocinada pela Comissão Nacional da Pastoral da Saúde)

<https://www.dgs.pt/em-destaque/manual-de-assistencia-espiritual-e-religiosa-hospitalar.aspx>

### **Death Cafe**

<https://deathcafe.com/>

<https://www.facebook.com/groups/deathcafep/>

Direção Geral da Saúde (2015). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Retirado em 24 de abril 2020 de <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>

Lei n.º 25/2012 de 16 de julho - Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

- **Panfleto sobre afasia**

<https://ipafasia.pt/wp-content/uploads/2021/01/Panfleto-sobre-a-afasia-aphasia-friendly.pdf>

- **Dicas para Comunicar com pessoas com afasia:**

<https://ipafasia.pt/recursos/fichas-de-factos/>

- **Formação para pessoas com afasia e para familiares/cuidadores**

<http://www.ipafasia.pt/programas-e-servicos/programa-essencial-ipa>

- **Histórias / Testemunhos de pessoas com afasia**

<https://ipafasia.pt/testemunhos/>

- **Portugal AVC - União de Sobreviventes, Familiares e Amigos**

<https://www.portugalavc.pt/>

- **Associação Nacional AVC**

<http://www.associacaoavc.pt/index.html>

# Glossário

## Demência

Síndrome clínica, na qual ocorre um decréscimo adquirido da função cognitiva, manifestando-se com défice de memória e de outras funções, como a linguagem, o julgamento, etc. (Luders & Storani, 2002). Segundo a OMS, a demência é uma alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente grave para limitar as AVD (Atividades da Vida Diária), que dura por um período mínimo de seis meses e está associada à perturbação de pelo menos uma das seguintes funções: linguagem, cálculo, julgamento, alteração do pensamento abstrato (raciocínio; atividade mental através da qual se elaboram ideias que permitem resolver problemas, tomar decisões ou dar opinião sobre algo), praxia (capacidade para executar normalmente movimentos coordenados), gnosia (capacidade da perceber e reconhecer objetos e sensações) ou modificação da personalidade.

Existem diversas classificações de demência. Uma das mais clássicas faz a distinção entre as demências pré-senil, que surgem antes dos 65 anos, e as demências senis que aparecem depois desta idade. A demência de Alzheimer, por exemplo, pode ser considerada pré-senil (Fontaine, 2000).

## Doença de Alzheimer

Esta doença foi descrita pela primeira vez em 1906 pelo médico alemão Alois Alzheimer (Levet, 1998). A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência, constituindo cerca de 50% a 70% de todos os casos. É um tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras). Esta deterioração tem como consequências alterações no comportamento, na personalidade e na capacidade funcional da pessoa, dificultando a realização das suas atividades de vida diária (Fonte: Alzheimer Portugal).

## AVC (Acidente Vascular Cerebral)

Resulta da lesão das células cerebrais, que morrem ou deixam de funcionar normalmente, pela ausência de oxigénio e de nutrientes na sequência de um bloqueio do fluxo de sangue (AVC isquémico) ou porque são inundadas pelo sangue a partir de uma artéria que se rompe (AVC hemorrágico). As manifestações clínicas variam desde uma diminuição passageira da força muscular num membro ou perturbações visuais (acidente isquémico transitório), até à paralisia unilateral permanente com perturbações sensoriais graves e ao coma profundo (Hall et al., 1997).

## Parkinson

A doença de Parkinson é uma doença degenerativa crónica que afeta o sistema motor (áreas específicas do cérebro), ou seja, que envolve os movimentos corporais, levando a tremores, rigidez, lentificação dos movimentos corporais, instabilidade postural (dificuldade de manter o equilíbrio) e alterações da marcha. Nalguns casos, há um comprometimento do pensamento ou o desenvolvimento de demência. (APDPK, s.d.)



## **ERPI — Estrutura Residencial Para Idosos**

(Tradicionalmente conhecidas por “lares de idosos” ou residências seniores) - segundo a Segurança Social, trata-se de uma resposta social destinada a alojamento coletivo (onde as pessoas vivem juntas), de utilização temporária ou permanente, para seniores. Tem como objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas seniores (de acordo com a situação/estado de saúde de cada pessoa); contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo (saúde, participação e segurança); criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar (não quebrar os laços afetivos familiares); e potenciar a integração social (mantendo sempre que possível a participação social das pessoas) (Página Oficial da Segurança Social).

## **Centro de Dia**

Trata-se de uma resposta social que funciona durante o dia, prestando um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas com 65 e mais anos no seu meio social (desde alimentação a cuidados de higiene pessoal, ocupação e lazer, etc). Tem como objetivos: assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador (respeitando as suas especificidades); prevenir situações de dependência e promover a autonomia; promover as relações pessoais e entre as gerações; favorecer a permanência da pessoa sénior no seu meio habitual de vida (estes centros têm implantação no bairro/comunidade onde as pessoas pertencem); contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições; promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador (Página Oficial da Segurança Social).

## **Serviço de Apoio Domiciliário**

É uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Tem como objetivos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais (ERPI's/lares); promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante contratualização); facilitar o acesso a serviços da comunidade; reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores (Página Oficial da Segurança Social).

**Sem pretensão de abranger todas as expressões de espiritualidade religiosa ou laica, apresentam-se seguidamente alguns exemplos de práticas em final de vida, segundo Twycross (2001).**

## **Budismo**

Segundo os ideais budistas os doentes deverão sempre demonstrar respeito em relação àqueles que dele cuidam. A família deve ser sempre consultada sobre os seus desejos ou necessidades específicas e é também recomendável contactar localmente um monge budista no momento previsível de proximidade da morte, sempre que isso seja possível.

Pode ocorrer que um budista deseje manter a clareza de espírito durante o maior tempo possível no processo até à morte, podendo por isso recusar medicação que o possa eventualmente deixar atordoado. Quando uma pessoa budista morre qualquer outra pessoa pode preparar o corpo para o enterro ou cremação. As cores do luto são o branco e o preto.

## **Cristianismo**

É usual existirem sacerdotes cristãos que fazem visitas regulares à pessoa em fim de vida, seja em hospitais ou serviços de cuidados paliativos, outras instituições ou mesmo no domicílio da pessoa doente. Alguns doentes têm preferência por ouvir leituras da Bíblia e/ou rezarem, enquanto outros preferem os sacramentos rituais, como por exemplo o da Reconciliação,

Comunhão ou Unção dos Doentes. Quando ocorre a morte, o sacerdote habitualmente junta-se à família para a oração e serviço fúnebre. A preparação do corpo para o enterro ou cremação pode ser feita por qualquer pessoa. A cor do luto é normalmente o preto.

## **Hinduísmo**

Tendo um complexo sistema de castas e sub-castas, o hinduísmo tem muitas diferenças de costumes e rituais. Por vezes são diferentes dentro da mesma casta ou subcasta, dependendo da região da Índia da qual é originária a família. Para muitos hindus tomar um banho matinal em água corrente é muito importante, pelo que as pessoas muito doentes precisam de apoio para o poderem continuar a fazer. Necessitam também de ter tempo para meditar e orar, normalmente ao nascer e ao pôr-do-sol. Em certas castas, algumas pessoas preferem morrer deitadas no chão junto da “Mãe Terra”. Quando está iminente o momento da morte, um familiar coloca água nos lábios e boca da pessoa doente, se possível. Quando a pessoa morre são normalmente os familiares que lavam o cadáver. O período oficial de luto tem a duração de 7 a 41 dias para toda a família e amigos.

## **Islamismo**

Para além das orações precedidas por um banho 5 vezes por dia quando um muçulmano está a morrer, os amigos podem fazer leituras do Corão, sussurrando os artigos de fé, para apaziguar a alma. Os familiares sentem-se no dever

de visitar a pessoa doente o maior número de vezes possível. O corpo do muçulmano não deve ser lavado pelo pessoal hospitalar/das instituições. Deve ser um agente funerário muçulmano ou um familiar (do mesmo sexo da pessoa que morreu) que procede à lavagem do corpo. Com luvas descartáveis deverão colocar o braço direito sobre o esquerdo ao longo da parte inferior do tórax que corresponde à posição de oração. A cabeça deve ser voltada para a direita e a cama colocada de forma que o corpo fique virado para Meca.

### **Judaísmo**

Normalmente as comunidades judias organizam grupos de pessoas para cuidarem dos doentes. Pode ocorrer que alguns familiares ou membros da comunidade desejem acompanhar o corpo depois da morte, sendo eles próprios que lavam e preparam o corpo para o enterro. Não sendo possível, aos cuidadores aconselha-se que após a morte usem luvas descartáveis para que não exista contato direto com o corpo. A comunidade judia é encorajada a expressar abertamente a sua dor, sobretudo a família, durante 3 dias de intenso luto seguidos por períodos de luto de 7 e de 30 dias para readaptação.

Dar atenção a estes aspetos considerados básicos em cada orientação espiritual pode ser essencial para assegurar que os cuidados em fim de vida sejam prestados com dignidade, indo ao encontro do que cada pessoa deseja e necessita. Entender que, por exemplo, manifestações de pudor por parte de um sénior muçulmano se podem dever ao facto de estes considerarem indecoroso que a higiene pessoal lhes seja feita por alguém que não seja do mesmo sexo, é fundamental para poder respeitar a sua individualidade. Ou, noutro exemplo, se um cuidador souber que alguns budistas e hindus podem recusar a administração de analgésicos ou sedativos, poderá mais facilmente compreender porque um sénior budista ou hindu pode fazer recusa de medicação em determinadas circunstâncias.



Four horizontal lines for writing, starting from the right side of the notepad icon.

Multiple horizontal lines for writing, filling the majority of the page.





A publicação «Comunicação e relação no cuidar» está ao abrigo de uma licença Creative Commons — Atribuição — Não comercial — Compartilha Igual 4.0 Internacional.

**PARA MAIS INFORMAÇÕES:**

**Fundação Aga Khan Portugal**

Avenida Lusíada, 1, 1500-650 Lisboa

Tel.: +351 217 229 000

**e-mail:** [akfportugal@akdn.org](mailto:akfportugal@akdn.org)

**web:** [www.akdn.org](http://www.akdn.org)

**plataforma:** <https://sermaior.pt/recursos>

©AKF Portugal, julho 2022

As informações deste material podem ser reproduzidas, mediante comunicação à Fundação Aga Khan Portugal.