

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS,
DAS TÉCNICAS E EPISTEMOLOGIA

DENISE CRISTINA ALVARES OLIVEIRA

ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA COGNITIVA:
DIMENSÕES E CONTEXTOS

Rio de Janeiro

2019

DENISE CRISTINA ALVARES OLIVEIRA

ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA COGNITIVA:
DIMENSÕES E CONTEXTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para a obtenção do título de Mestre em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia.

Orientador: Prof. Dr. José Antonio dos Santos Borges

Rio de Janeiro

2019

CIP - Catalogação na Publicação

048e Oliveira, Denise Cristina Alvares
 Envelhecimento e deficiência cognitiva:
 dimensões e contextos / Denise Cristina Alvares
 Oliveira. -- Rio de Janeiro, 2019.
 72 f.

 Orientador: José Antonio dos Santos Borges.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
 Rio de Janeiro, Decania do Centro de Ciências
 Matemáticas e da Natureza, Programa de Pós-Graduação
 em História das Ciências e das Técnicas e
 Epistemologia, 2019.

 1. Envelhecimento. 2. Deficiência cognitiva. 3.
 Dimensões. 4. Contextos. I. Borges, José Antonio
 dos Santos, orient. II. Título.

DENISE CRISTINA ALVARES OLIVEIRA

ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA COGNITIVA:
DIMENSÕES E CONTEXTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para a obtenção do título de Mestre em História das Ciências, das Técnicas e Epistemologia.

Aprovada em: ___/___/___

Banca Examinadora:

José Antonio dos Santos Borges, Dr. (Orientador) HCTE/UFRJ

Eduardo Nazareth Paiva, Dr. HCTE/UFRJ

Lilian Dias Bernardo, Dra. IFRJ

Maira Monteiro Fróes, Dra. HCTE

Dedico este trabalho às pessoas idosas com deficiência cognitiva que, de alguma forma, participaram ou participam da minha trajetória, deste modo contribuindo para as minhas reflexões e conclusões acerca deste assunto.

AGRADECIMENTOS

O Curso de Mestrado é uma experiência empolgante e intensa, que culmina na produção de um trabalho individual, a dissertação, que tem a contribuição de muitos.

Desse modo, quero agradecer àqueles que, de alguma forma, têm contribuído para esta realização:

Agradeço primeiramente à Deus, Inteligência Suprema, Causa Primeira de todas as coisas, por nortear os caminhos em minha jornada na Terra.

À José Antonio dos Santos Borges, por aceitar ser o meu orientador no curso de Mestrado.

Agradeço aos membros da banca examinadora da dissertação, Eduardo Nazareth Paiva, Maira Monteiro Froes e Lilian Dias Bernardo, pela revisão crítica e pelas sugestões enriquecedoras para o meu trabalho.

Agradeço também aos Professores do HCTE, que indiretamente, contribuíram para esta construção.

Por fim, quero agradecer a todos os colegas e amigos do HCTE, especialmente à Flávia Ernesto de Oliveira da Silva Alves, Cláudia Santos Turco, Marcos Fialho de Carvalho, Robson da Silva Borralho, Ana Lúcia Faria da Costa Rodrigues e João Sérgio Assis, pela parceria, por compartilharem momentos de estudo, trabalho, alegrias e expectativas; minha gratidão a todos.

RESUMO

Esta pesquisa organizou as dimensões e os contextos que envolvem a complexidade das necessidades das pessoas idosas com deficiência cognitiva. A metodologia foi desenvolvida através de pesquisa bibliográfica e documental, tendo como base a análise do diário de campo da pesquisadora, cujos registros foram obtidos por meio da vivência pessoal e profissional. As dimensões e os contextos obtiveram os seguintes resultados: **envelhecimento e legislação** constatou a insuficiência da implementação das políticas públicas brasileiras, necessitando do controle e participação social dos indivíduos interessados, para que as mesmas sejam cumpridas e atualizadas, de forma que possam atender as demandas da população idosa; **envelhecimento e deficiência** concluiu que as intervenções existentes são escassas, destacando a inexistência de abordagens que contemplem as necessidades do idoso com déficits cognitivos; **Ética no Cuidado** considerou que as manifestações do idoso com comprometimento cognitivo devem ser sempre valorizadas, devendo o cuidador ou profissional da saúde, favorecer ou intervir na medida da necessidade da segurança e do bem estar deste, visando sempre a proteção do interessado; **Aspectos Jurídicos** destacou a importância do conhecimento prévio sobre as ocorrências comuns referentes ao idoso com deficiência cognitiva, desse modo favorecendo o planejamento e as estratégias mais adequadas ao cuidado e proteção do idoso; **Finitude** concluiu que o conhecimento sobre as situações que envolvem a terminalidade da pessoa idosa em questão permite a tomada de decisões de modo mais acertado e objetivo. A **conjunção das dimensões e dos contextos organizados** propõe a construção de uma abordagem de perspectiva interdisciplinar, que favoreça a formação de uma rede multidimensional que contemple a complexidade das ações necessárias ao atendimento da pessoa idosa com deficiência cognitiva e de seus familiares.

Palavras-chave: Envelhecimento. Deficiência cognitiva. Dimensões. Contextos.

ABSTRACT

This research organized the dimensions and contexts that involve the complexity of the needs of elderly people with cognitive disabilities. The methodology was developed through bibliographic and documentary research, based on the analysis of the researcher's field diary, whose records were obtained through personal and professional experience. The dimensions and contexts obtained the following results: aging and legislation found the insufficiency of the implementation of Brazilian public policies, requiring the control and social participation of the interested individuals, so that they are fulfilled and updated, so that they can meet the demands of elderly population; aging and disability concluded that existing interventions are scarce, highlighting the lack of approaches that address the needs of the elderly with cognitive deficits; Ethics in Care considered that the manifestations of the elderly with cognitive impairment should always be valued, and the caregiver or health professional should favor or intervene to the extent of the need for their safety and well-being, always aiming at the protection of the interested party; Legal Aspects highlighted the importance of prior knowledge about common occurrences regarding the elderly with cognitive impairment, thus favoring the planning and the most appropriate strategies in the care and protection of the elderly; Finitude concludes that knowledge about the situations that involve the terminality of the elderly person in question allows decision making in a more accurate and objective way. The combination of dimensions and organized contexts proposes the construction of an interdisciplinary approach, which favors the formation of a multidimensional network that contemplates the complexity of the actions necessary to care for the elderly with cognitive disabilities and their families.

Keywords: Aging. Cognitive disability. Dimensions. Contexts.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACL – Alteração Cognitiva Leve

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Demência dos Corpos de Lewy

DFT – Demência Frontotemporal

DV – Demência Vascular

EUA – Estados Unidos da América

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PICDC - Pessoa Idosa com Deficiência Cognitiva

SUS – Sistema único de Saúde

TA – Tecnologia Assistiva

SUMÁRIO

Capítulo 1 – APRESENTAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO.....	10
1.1 Motivação.....	10
1.2 A relevância do tema.....	10
1.3 Objetivos deste trabalho.....	12
1.4 Metodologia.....	13
1.5 Sobre as dimensões e os contextos.....	14
CAPÍTULO 2 – ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA COGNITIVA.....	16
2.1 “Ser idoso”.....	17
2.2 Envelhecer no Brasil.....	17
2.3 Aspectos biológicos do envelhecimento.....	18
2.4 Cognição e Funções cognitivas.....	21
2.5 Mudanças cognitivas no envelhecimento.....	23
2.6 Deficiências Cognitivas em Pessoas Idosas.....	23
2.7 Características mais prevalentes das deficiências cognitivas em idosos.....	24
CAPÍTULO 3 - DIMENSÕES E CONTEXTOS.....	28
3.1 Envelhecimento e Legislação.....	29
3.1.1 Políticas internacionais para o idoso.....	29
3.1.2 Políticas para o idoso no Brasil.....	30
3.1.3 A Saúde no Brasil.....	32
3.2 Envelhecimento e Deficiência.....	35
3.3 Atenção ao idoso com deficiência cognitiva.....	36
3.3.1 Diagnóstico das deficiências cognitivas do idoso.....	37
3.3.2 Farmacoterapia.....	37
3.3.3 Estimulação Cognitiva e neuroplasticidade.....	38
3.3.4 Intervenção multiprofissional.....	39
3.3.5 Cuidados Paliativos.....	42
3.3.6 Tecnologia Assistiva.....	44
3.3.7 Atividade física.....	47
3.3.8 Intervenções Educativas à família e cuidadores.....	49
3.4 Ética no cuidado.....	51
3.5 Aspectos jurídicos.....	55
3.5.1 Interdição.....	55
3.5.2 Representação Civil.....	56
3.5.3 Institucionalização.....	57

3.6.1	Terminalidade da vida.....	60
3.6.2	Estado terminal.....	60
3.6.3	Eutanásia.....	61
3.6.4	Distanásia.....	61
3.6.5	Mistanásia.....	62
3.6.6	Ortotanásia.....	62
4.	CONCLUSÃO.....	64
5.	SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	67
6.	PREVISÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68

Capítulo 1 – APRESENTAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

1.1 Motivação

Minha experiência profissional como Terapeuta Ocupacional tem permitido a convivência com pacientes com déficits cognitivos e com seus cuidadores. A maioria das pessoas atendidas no setor de Terapia Ocupacional onde trabalho apresentam alterações cognitivas decorrentes do AVC, doença de Alzheimer, alteração cognitiva leve e demência com corpos de Lewy.

A motivação para a elaboração desse trabalho é fruto dessa experiência e também das experiências ao longo da minha vida pessoal, as quais despertaram em mim a preocupação acerca do que fazer para cuidar de uma pessoa que passa por transformações tão extremas, onde o indivíduo deixa de ser ele mesmo, para tornar-se alguém dependente, vulnerável, desajustado ao meio e incapaz de cuidar de si e da própria vida.

Os idosos com deficiências cognitivas encaminhados a mim para tratamento, bem como seus cuidadores, apresentavam diversas necessidades, diversas delas relacionadas a falta de compreensão dos cuidadores sobre a deficiência cognitiva, a falta de estrutura familiar para lidar com a desorientação do idoso, a dificuldade para encontrar um local para o acompanhamento da pessoa acometida, a falta de recursos de tecnologia assistiva para a facilitação das atividades diárias do paciente, a falta de informações sobre os auxílios previstos nas leis, etc.

Estas necessidades provocaram a busca por informações que agregassem maior abrangência, qualidade e segurança ao atendimento dessas pessoas.

1.2 A relevância do tema

A deficiência cognitiva em pessoas idosas é uma situação que atinge não apenas a pessoa envolvida, mas afeta igualmente as pessoas próximas, que passam a ter que assumir progressivamente os cuidados com a mesma, até o ponto em que

este cuidado se estende a totalidade, em grande parte das vezes. É uma condição indesejada e preocupante, visto que o aumento da expectativa de vida aumenta a cada ano em diversos países do mundo, desse modo, todos os que viverem “por mais tempo” correm o risco de desenvolver essa condição.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a estimativa do número de pessoas com demência, entre as quais a demência de Alzheimer se inclui como o principal tipo, foi de 47 milhões no mundo em 2015 (OMS, 2015). A incidência mundial alerta para um quantitativo de 7,7 milhões a cada ano e esses dados indicam o impacto global da doença na comunidade e no sistema da saúde. Desse modo, a atenção ao idoso com deficiência cognitiva é considerada prioridade em saúde pública, devido ao alarmante número de casos esperados para os próximos anos.

Muitas pesquisas vêm sendo desenvolvidas investigando o declínio cognitivo e formas de tratamento para as deficiências cognitivas que podem surgir durante o envelhecimento (ARGIMON, 2006), mas na prática, o que se observa é que a pessoa acometida e seus cuidadores ainda se encontram desamparados ao que se refere às estratégias necessárias para esse cuidado, visto que são muitas as necessidades que envolvem o indivíduo acometido nesse momento (BORGES e TELLES, 2010).

Desse modo, este trabalho pretende organizar dimensões e contextos que envolvem a pessoa idosa com deficiência cognitiva, buscando a compreensão sobre os mesmos, visando a ampliação das ações interdisciplinares para o cuidado deste indivíduo, buscando abarcar a complexidade que envolve essa condição.

Cabe também destacar que as dimensões e os contextos propostos neste trabalho não estão introjetados nas abordagens que se relacionam à saúde do idoso nos locais de atenção. Essa “falta” afeta a pessoa idosa com deficiência cognitiva nos diferentes níveis do cuidado.

1.3 Objetivos deste trabalho

Objetivo Geral

Este trabalho propõe organizar as dimensões e os contextos que envolvem a complexidade das necessidades das pessoas idosas com deficiência cognitiva, com o intuito de ampliar e fortalecer as ações multiprofissionais relacionadas ao atendimento desta população, preenchendo as lacunas existentes no cuidado durante as diferentes etapas da atenção, tornando-se igualmente uma base para o desenvolvimento de trabalhos futuros nesta perspectiva.

Objetivos Específicos

- Relacionar características gerais do envelhecimento humano.
- Relacionar as deficiências cognitivas do idoso.
- Pesquisar a legislação referente aos direitos das pessoas idosas.
- Pesquisar as formas de atendimento oferecidas ao idoso com deficiência cognitiva.
- Tecer considerações sobre os aspectos éticos e jurídicos relacionados à pessoa idosa com deficiência cognitiva.
- Pesquisar sobre as condições que envolvem a finitude das pessoas idosas com deficiência cognitiva
- Correlacionar o material obtido com o diário de campo da pesquisadora

1.4 Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica e documental relativas às dimensões e os contextos relacionados ao envelhecer com deficiência cognitiva. A pesquisa teve como base a análise do diário de campo da pesquisadora, cujos registros foram obtidos por meio da vivência pessoal e profissional. As etapas foram elaboradas da seguinte forma:

- Organização do material coletado ao longo da experiência pessoal e profissional com pessoas idosas com deficiência cognitiva.
- Obtenção de um referencial teórico que represente as dimensões e os contextos que envolvem a pessoa idosa com deficiência cognitiva, na perspectiva deste trabalho.
- Correlação da experiência com a teoria.
- Produção um texto que represente a proposta.
- Construção da versão final com o texto revisado.
- Análise final e conclusões.

1.5 Sobre as dimensões e os contextos

As questões relacionadas à deficiência cognitiva do idoso, estão agrupadas em itens que foram denominados dimensões e contextos, onde cada um deles trata de um aspecto associado ao envelhecimento e a deficiência cognitiva. Estas expressões têm o propósito de organizar, situar e destacar a relevância das ocorrências que serão apresentadas ao longo deste trabalho.

- a) O termo dimensões é usado para apresentar a importância e a magnitude dos acontecimentos que se relacionam aos objetivos desta proposta.
- b) O termo contextos, se refere à inter-relação entre os fatos e as circunstâncias que envolvem uma situação.

Importante mencionar que as expressões dimensões e os contextos, relacionadas ao envelhecer com deficiência cognitiva, por vezes se mesclam, e que esses termos apresentados pretendem apenas ressaltar as características da pesquisa em questão.

O desenvolvimento das temáticas apresentadas, encadeiam as ideias de modo que as mesmas propiciem uma visão mais ampla sobre questões que envolvem as pessoas idosas com deficiência cognitiva e também os seus familiares, afetando-os geralmente de forma negativa, pelo não conhecimento acerca das ocorrências comuns a esta circunstância. As temáticas foram selecionadas a partir das observações ao longo da minha experiência de vida pessoal e também como Terapeuta Ocupacional. Ressalto que este trabalho não pretende esgotar as possíveis abordagens relacionadas a esta questão, pretendendo sim, ser uma base para trabalhos futuros. São elas:

Envelhecimento e Legislação

Este item foi desenvolvido para o entendimento sobre as leis que regulam as ações que apoiam o envelhecimento, permitindo o conhecimento básico sobre os direitos do idoso relativos ao seu amparo e proteção no processo de envelhecer.

Envelhecer com Deficiência Cognitiva

Neste ponto o trabalho visa apresentar das estratégias para a atenção ao idoso com deficiência cognitiva, abordando a proposta de cuidado, os profissionais envolvidos e os recursos preconizados na área da saúde para essa população.

Ética no cuidado

Este tópico pretende refletir sobre o “cuidar de forma ética” de pessoas idosas com deficiência cognitiva. Para isso, correlaciona o pensar ético ao cuidado, à família e aos profissionais de saúde, pretendendo sensibilizar o leitor para o trato com o idoso com deficiência cognitiva, buscando o exercício da empatia e da alteridade.

Aspectos Jurídicos

Esta parte trata das ações que podem ser necessárias para a proteção do idoso com deficiência cognitiva, pretendendo apresentar relações jurídicas que visam a proteção de pessoas consideradas incapazes de responder pelas próprias ações.

A Finitude da Pessoa Idosa com Deficiência Cognitiva

Este tópico apresenta considerações sobre a terminalidade da vida e sobre estratégias terapêuticas possíveis neste momento, buscando por fim refletir sobre a boa morte, de forma humanizada e tranquila, pretendendo ainda propiciar o raciocínio que favoreça a tomada de decisões no desfecho da vida da pessoa idosa com deficiência cognitiva.

CAPÍTULO 2 – ENVELHECIMENTO E DEFICIÊNCIA COGNITIVA

Sendo o envelhecimento uma ocorrência normal esperada na vida humana, entende-se que alcançará a todos, desde que não ocorra a morte do indivíduo, no período que o antecede. É, em geral, motivo de preocupação, visto que gradativamente, envolve a diminuição das capacidades para a realização das tarefas cotidianas, o que pouco a pouco vai tornando o indivíduo mais dependente do suporte de terceiros. Varia entre os indivíduos, manifestando-se gradativamente em umas pessoas, enquanto pode ocorrer de forma mais rápida para outras.

O envelhecimento está relacionado ao desgaste das estruturas corporais, após ser atingida a idade adulta. Manifesta-se através das transformações ocorridas ao longo da existência, sendo um processo inevitável. Porém essas manifestações, em grande parte das vezes, estão relacionadas ao estilo de vida, como a alimentação, o hábito de fazer exercícios físicos, participação social ativa, dentre outros, de modo a entender que os hábitos considerados saudáveis podem interferir de maneira positiva na maneira como o envelhecimento ocorre, resultando na prevenção dos agravos evitáveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a pessoa é considerada idosa de acordo com o nível socioeconômico de cada nação. Desse modo, os países em desenvolvimento consideram idoso quem tem 60 anos de idade ou mais. Os países desenvolvidos, consideram idosa, a pessoa que completa 65 anos.

O processo de envelhecimento ocorre de forma gradual e é inevitável. Tem características individuais e cada pessoa manifesta suas perdas funcionais de maneira própria (NORDON et al, 2009).

“O envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros. Essas variações são dependentes de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas” (OMS,2015).

2.1 “Ser idoso”

O assunto “envelhecimento” ganhou uma posição de destaque nas últimas décadas, visto o perfil do desenvolvimento demográfico no Brasil e no mundo, o qual aumenta a cada ano, apresentando uma projeção da população idosa cada vez mais preocupante a medida que os anos passam.

O início da transição demográfica se iniciou nos países desenvolvidos logo após a revolução industrial, devido às estratégias de produção e distribuição de alimentos, a melhoria das condições sanitárias, de habitação e aos programas de saúde pública, os quais permitiram a erradicação de algumas doenças. Em decorrência destes acontecimentos, a redução da mortalidade, especialmente a infantil, teve como resultante o aumento da expectativa de vida das populações.

2.2 Envelhecer no Brasil

Uma grande mudança tem ocorrido na demografia brasileira nas últimas décadas. Desde 1970, com a ocorrência da migração de famílias da zona rural para zona urbana, uma importante mudança no estilo de vida da população fez diminuir a taxa de natalidade. As pessoas ingressaram no campo de trabalho, dentre elas um grande número de mulheres que buscavam melhores condições de vida e o aumento da renda familiar. Essa mudança no estilo de vida, somada às descobertas científicas, a produção de novos medicamentos e as novas tecnologias acarretaram consequentemente o aumento da expectativa de vida da população no Brasil.

Os dados do IBGE de 2010 (PNAD/2011) indicam que nosso país é composto por 23 milhões de pessoas idosas, totalizando 11,8% da população brasileira, com a expectativa de vida de 74 anos, sendo a média para o número de mulheres e 77,7 anos e 70,6 para os homens, o que é considerada uma conquista social resultante das melhores condições de vida, do aumento do acesso aos tratamentos preventivos e curativos, da melhoria do saneamento básico e da renda. (Diretrizes p/ o cuidado de pessoas idosas no SUS). Particularidades acerca do aumento da população idosa referentes à transição demográfica no Brasil: (IBGE/PNAD 2011).

- As mulheres representam 57% entre as pessoas idosas.

- No grupo de pessoas com idade acima de 80 anos, as mulheres representam 61% das pessoas idosas.
- 10.473 milhões de pessoas idosas com 70 anos ou mais representam 44,5% dos idosos.
- 5,623 milhões de pessoas idosas com idade entre 65 e 69 anos representam 23,9%.
- 7.440 milhões entre 60 e 64 anos representam 31,6% e 24 mil idosos com 100 anos de idade ou mais.

Os dados apresentados nos mostram que as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico devidas ao envelhecimento da população brasileira consequentemente produzem demandas, as quais necessitam de respostas do setor público, envolvendo o Estado e também a sociedade, de modo a serem criadas estratégias que visem atender as necessidades próprias dessa população.

2.3 Aspectos biológicos do envelhecimento

Segundo a Organização Mundial da Saúde “as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas”, referindo que ao nível biológico ocorre o acúmulo de variados danos moleculares e celulares, levando à perda gradativa de reservas fisiológicas, o declínio geral da capacidade do indivíduo, resultando, em última instância, na morte da pessoa. Há também a ocorrência de mudanças dos papéis sociais e nos interesses pessoais (OMS, 2015).

O envelhecimento é um processo que ocorre de modo linear, porém de maneira variável nos diferentes sistemas corporais. Intentando uma aproximação com o assunto, as principais alterações que ocorrem com o idoso serão relacionadas a seguir:

No sistema cardíaco, são esperadas algumas alterações estruturais e funcionais com o passar do tempo, como por exemplo, as alterações que ocorrem durante o esforço físico. Quando o idoso corre ou aumenta a exigência física em uma atividade, o sistema cardiovascular tende a manifestar uma diminuição da capacidade do órgão em se ajustar às necessidades de aumento da frequência e da força dos

batimentos cardíacos. Então o débito cardíaco, ou seja, o volume de sangue bombeado pelo coração em um minuto, diminui progressivamente com o passar dos anos pois o músculo cardíaco, o miocárdio, com o envelhecimento tende a apresentar regiões de fibrose e depósito de lipídios e cálcio nas válvulas cardíacas. (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Outras alterações que são comuns no processo do envelhecimento são: alteração na elasticidade das fibras musculares, hipertrofia de estruturas cardíacas e a diminuição da capacidade de ajuste da frequência cardíaca em situação de estresse. (ESQUENAZI et al., 2014).

Nos estágios mais avançados da vida, a arteriosclerose pode comprometer gradativamente o coração. Outra manifestação frequente é a alteração da pressão arterial. A hipotensão postural, por exemplo, ocorre pela regulação deficiente da pressão arterial. Entretanto, quando não acometidos por doenças, o coração do idoso funciona tão bem quanto o coração de um jovem, não havendo declínio funcional cardíaco com a idade na ausência de doença cardíaca. (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Outra função orgânica que manifesta comprometimentos frequentes é a função pulmonar, que predispõe também a doença coronariana, devido às alterações estruturais do aparelho respiratório devidas ao envelhecimento. Há evidências de que ocorram alterações nas estruturas do sistema respiratório nos idosos, mesmo os considerados saudáveis e sem queixas ou dificuldades com a saúde.

As alterações fisiológicas que se manifestam no pulmão do idoso podem ser causadas pela associação das alterações da anatomia pulmonar e a diminuição da elasticidade pulmonar, da capacidade de que o oxigênio seja difundido e do mau funcionamento das estruturas responsáveis pelo transporte de ar para os pulmões. Segundo autores, o esforço expiratório intenso pode provocar o colapso das vias respiratórias nos idosos. Os idosos frequentemente se queixam de dispneia durante a realização de exercícios intensos. (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

O envelhecimento do sistema musculoesquelético se apresenta através de diversas alterações, tais como a perda da massa muscular (condição denominada sarcopenia), perda do comprimento e da elasticidade das fibras musculares, na perda da massa e diminuição da força muscular, viscosidade dos fluidos nas cavidades

articulares, dentre outros acometimentos. O número de fibras musculares apresenta percentual de 20% maior nos adultos do que mais pessoas idosas. É normal que com o envelhecimento ocorra a perda da massa muscular com o ganho de gordura em substituição desta. A gordura acumulada com o envelhecimento aumenta proporcionalmente a cada década, especialmente entre as mulheres, acarretando o aumento do peso corporal e a diminuição da força muscular. O comprometimento da força muscular interfere diretamente no equilíbrio acarretando distúrbios e quedas, as quais podem provocar lesões musculares, luxações e/ou fraturas ósseas. O sedentarismo agrava essa condição. (ESQUENAZI et al. 2014).

O envelhecimento também provoca a perda gradual do tecido ósseo. Essa perda inicia em torno dos 50 anos. Caracteriza-se pela redução da massa óssea, produzindo fragilidade, o que predispõe os ossos a fraturas, acarretando também outras disfunções físicas, as quais comprometem enormemente o desempenho ocupacional e a qualidade de vida das pessoas acometidas.

As disfunções afetam homens e mulheres, sendo a mulher acometida mais precocemente devido à menopausa, quando deixa de produzir o hormônio estrogênio, que tem o papel de favorecer a síntese dos componentes da matriz óssea. A perda da massa óssea surge na forma de osteopenia, que é a desorganização da trama óssea, provocando a fragilidade óssea. Pode evoluir posteriormente para a osteoporose, condição onde o osso encontra-se vulnerável e bastante sujeito a fraturas. A osteoporose pode se apresentar em diversos níveis e é uma condição grave que traz severas consequências a pessoa acometida que, além da fratura, provocam dor, limitação e impotência funcional, prejudicando enormemente a realização das atividades rotineiras. (FECHINE e TROMPIERI, 2012). Ambas as condições citadas anteriormente podem ser detectadas pelo exame que recebe o nome de densitometria óssea e geralmente podem ser tratadas, para que a evolução do quadro não se torne um “desastre”. Importante mencionar que essas alterações predispõem os idosos às quedas. O fator queda em idosos é também uma das prioridades em saúde pública. As fraturas em idosos acarretam, muitas das vezes, a necessidade de internações hospitalares prolongadas, o que está diretamente associado ao aumento do índice de mortalidade de pessoas idosas.

O envelhecimento afeta também o sistema nervoso central (SNC), que tem o papel de gerenciar todo o corpo humano, sofrendo também as perdas decorrentes o

envelhecimento. Autores referem que o SNC é o sistema mais comprometido no processo do envelhecimento, a (ESQUENAZI et al., 2014). Neste período da vida ocorre a diminuição da quantidade dos neurônios, da velocidade da condução nervosa, da atividade reflexa, das respostas motoras e das capacidades relacionadas às funções humanas. Vários fatores comprometem a integridade do SNC. Fatores relacionados aos sistemas biológicos tais como o funcionamento cardiovascular, respiratório, o metabolismo, o ambiente e o uso de drogas (tais como o tabaco, o uso do álcool durante a vida dentre outras causas), acarretam prejuízos ao seu funcionamento aumentando a probabilidade de danos às suas estruturas. No envelhecimento considerado normal, a diminuição das células nervosas pode ser inexpressiva em algumas regiões, podendo ocorrer variações mais pronunciadas em outras. Durante o processo do envelhecimento o cérebro está sujeito a hipóxia, quantidade insuficiente de oxigênio, como também a outros danos tais como acidentes vasculares hemorrágicos, processos degenerativos, etc. Outras mudanças ocorrem durante esse processo, tais como o depósito de substâncias indesejáveis nas células nervosas e nos vasos sanguíneos, o aparecimento de placa senil e alterações nos neurotransmissores (FECHINE e TROMPIERI, 2012). No envelhecimento patológico do SNC, a ocorrência de doenças neurodegenerativas por vezes acomete as funções cognitivas, que interferem diretamente nas habilidades funcionais, afetando o autocuidado, o convívio social, a autonomia e a independência da pessoa envolvida.

2.4 Cognição e Funções cognitivas

De acordo com Trombly (2005), cognição é um termo que se refere ao empreendimento mental relacionado a absorver informações, pensamento e ação dirigida a um objetivo”. As funções cognitivas incluem capacidades primárias (orientação, atenção e memória), as capacidades cognitivas superiores (raciocínio, formação de conceito e solução de problemas) e capacidades de metaprocessamento (referentes as funções executivas e autoconsciência) (TROMBLY, 2005).

Orientação, atenção e memória são capacidades cognitivas que refletem a integridade das estruturas cerebrais. A função orientação está vinculada a consciência de si em relação ao tempo, local e circunstância. A função atenção está relacionada

ao fator concentração. Subdivide-se em atenção sustentada, seletiva, dividida e alternada. A atenção sustentada se refere a habilidade em manter a atenção ao longo do tempo. A atenção seletiva acontece na seleção de estímulos prioritários. A atenção dividida apresenta uma maior complexidade que as anteriormente citadas, propiciando a realização de tarefas simultâneas. A atenção alternada se refere a realização alternada entre tarefas diversas. A memória está relacionada ao armazenamento das informações e a recuperação das mesmas. As informações do ambiente são registradas, selecionadas e arquivadas, sendo influenciadas pelos órgãos dos sentidos, pela percepção e influências afetivas. O processamento das informações da fase de curto prazo são denominados memória de curto prazo, imediata ou de trabalho. Para que os registros sejam arquivados na memória de longo prazo existe a necessidade da atenção focalizada e concentração deliberada da memória de trabalho (TROMBLY, 2005).

As capacidades cognitivas superiores envolvem raciocínio, formação de conceito e solução de problemas. O raciocínio está relacionado a conclusões dos fatos conhecidos ou presumidos. Pode ser subdividido na forma de sequenciamento, classificação, de raciocínio dedutivo ou indutivo. Na forma sequenciamento existe a ordenação da informação. A classificação envolve o agrupamento de características. O raciocínio dedutivo utiliza informações para obter as conclusões e o raciocínio indutivo baseia-se em exemplos visando a obtenção dos resultados. A capacidade de analisar as relações entre os objetos e suas propriedades é chamada de formação de conceitos que envolve a identificação das qualidades dos conceitos e as suas inter-relações peculiares. A resolução de problemas é um processo que se apresenta em etapas. Inicia na identificação do problema, no segundo momento o define, posteriormente gera as soluções para em última etapa avaliar os resultados relacionados ao objetivo desejado.

As capacidades de metaprocessamento se referem as funções executivas e autoconsciência, as quais concorrem para iniciar, planejar, monitorar e auto avaliar a função cognitiva. As funções executivas apresentam quatro componentes: comportamento de volição, o qual determina os desejos ou necessidades da pessoa, deste modo elaborando uma intenção para a ação; o planejamento, que elabora a sequência das etapas para alcançar um objetivo; a ação com propósito, que é o movimento intencional que inicia, mantém, altera a sequência do comportamento de

modo ordenado e integrado. O desempenho eficiente realiza a monitoração e a autocorreção do indivíduo enquanto controla a velocidade, intensidade e as estratégias usadas na realização das tarefas. A autoconsciência é considerada a mais elaborada das atividades cerebrais integradas. Envolve a apreciação dos atributos pessoais, como por exemplo, a identificação dos próprios pontos fortes ou pontos fracos, com a elaboração de estratégias compensatórias em relação a esses atributos (TROMBLY, 2005).

2.5 Mudanças cognitivas no envelhecimento

No envelhecimento normal, as mudanças nas habilidades cognitivas são sutis ou inexistentes dos 65 aos 75 anos, conforme menciona Argimon (2006). A pessoa idosa pode adquirir novas habilidades e têm a capacidade de lembrar e utilizar as habilidades adquiridas durante a sua vida, quando as mesmas são exercitadas. Contudo, declínios importantes ocorrem quando as atividades que envolvem as referidas habilidades não são mantidas.

2.6 Deficiências Cognitivas em Pessoas Idosas

Os déficits cognitivos não são eventos normais da idade avançada. O envelhecimento humano não afeta as áreas da cognição, como a linguagem, a orientação espacial e a capacidade de planejar executar tarefas. Com o envelhecimento é comum executarmos as tarefas do cotidiano com mais vagarosidade e também apresentarmos as nossas reações de forma mais lentificada. Contudo estas mudanças se manifestam de forma discreta e não provocam um impacto na vida diária da pessoa idosa. Deste modo, entendemos que os déficits que se apresentam de forma discreta, isolada e com a manutenção da capacidade funcional são próprios do envelhecimento.

Quando o esquecimento se apresenta de forma intensa, onde o indivíduo repete várias vezes a mesma pergunta, esquece dos recados importantes e também de seus compromissos, quando esses mesmos déficits são confirmados por familiares

e também na avaliação de rastreio em testes de memória, podemos estar diante de um esquecimento patológico. Quando existe o esquecimento, mas não há outras áreas da cognição comprometidas, não havendo também déficit funcional, provavelmente estamos diante de uma pessoa com alteração cognitiva leve (ACL). Ao identificarmos a pessoa idosa que apresenta déficit significativo de memória, com manifestação progressiva, outros déficits cognitivos associados e impacto funcional, podemos estar diante de um caso de demência.

Os déficits cognitivos no idoso se manifestam por um conjunto de sinais e sintomas com as seguintes características: declínio intelectual, da memória, da linguagem e de outras funções como: a capacidade de identificar, reconhecer objetos, planejar, sequenciar, organizar e executar tarefas, mudanças no comportamento e prejuízo nas relações psicossociais. A medida que a perda cognitiva avança, a incapacidade e a dependência aumenta (MACHADO, et al.2011).

O declínio cognitivo progressivo acarreta significativos declínios funcionais e emocionais, com extensas consequências sociais, que envolvem a pessoa idosa acometida, como também a sua família. A perda gradativa da capacidade funcional implica na perda da independência e da autonomia, gerando a perda da capacidade de o indivíduo cuidar de si mesmo, o que envolve inclusive a perda da condição do mesmo ser responsável por seus próprios atos.

2.7 Características mais prevalentes das deficiências cognitivas em idosos

Alteração Cognitiva Leve (ACL)

A Alteração Cognitiva Leve se apresenta de modo diferente dos demais tipos de déficits. É o único apresentado entre as deficiências cognitivas que não possui diagnóstico de demência, pois pode evoluir para o envelhecimento esperado “normal”, quando receber os cuidados devidos, podendo também evoluir para um quadro demencial, caso não tratado. Manifesta-se com a característica de um quadro transicional que se manifesta entre o envelhecimento fisiológico e a perda cognitiva patológica. Se apresenta através do relato de perda da memória, a qual é confirmada

pelo acompanhante, com a manutenção das funções cognitivas gerais, preservação das atividades funcionais e ausência de sinais de demência. A Alteração Cognitiva Leve pode cursar associada a sintomas neuropsiquiátricos, tais como disforia, depressão, ansiedade, agitação psicomotora (NORDON et al, 2009). A Disforia é entendida como uma mudança repentina e transitória do estado de ânimo, tais como: sentimento de tristeza, pena, angústia. Apresenta-se na forma de um mal-estar psíquico acompanhado por sentimentos depressivos, tristeza, melancolia e pessimismo.

Doença de Alzheimer (DA)

O declínio da memória é o principal sintoma inicial da DA, manifestando-se pelo esquecimento dos fatos recentes e pela desorientação espacial. Caramelli e Barbosa (2002) referem que os sintomas se apresentam de forma insidiosa, com piora progressiva. Dificuldades para nomear objetos ou pessoas, para o planejamento e para a localização no espaço através da visão vão surgindo, à medida que o quadro evolui. O quadro motor está preservado até as fases mais tardias da doença. Contudo, compreendendo que existe a integração da função motora com a função cognitiva, percebemos que não é possível haver uma função motora efetiva devido ao comprometimento cognitivo. Desse modo, já nas fases intermediárias da doença, o idoso com DA começa a apresentar alterações no planejamento motor, a qual gera a dificuldade ou incapacidade para realizar suas tarefas cotidianas, tais como vestir-se, alimentar-se etc.

Demência Frontotemporal (DFT).

Apresentam um quadro clínico inicial que se manifesta através de alterações do comportamento e da linguagem, com a preservação relativa da memória e das habilidades visuoespaciais, que envolvem o armazenamento e o processamento de informação visual e espacial do ambiente. As manifestações mais comuns da linguagem são a diminuição da fluência verbal, a ecolalia (repetição mecânica de

palavras ou frases) e estereotípias (movimentos repetitivos sem finalidade). As alterações do comportamento em geral incluem o isolamento social, a perda de crítica, a desinibição, apatia, irritabilidade, hiperoralidade (impulso de levar tudo à boca e comer de forma exagerada), auto descuido e depressão (CARAMELLI e BARBOSA, 2002).

Demência Vascular (DV)

De acordo com Caramelli e Barbosa (2002) a demência vascular em geral está associada aos múltiplos eventos isquêmicos, podendo também incluir as lesões únicas em locais específicos, acidentes vasculares hemorrágicos, dentre outros acometimentos. Os fatores de risco para a desenvolver a DV são, em geral: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, tabagismo, doenças cardiovasculares entre outros fatores. É a segunda causa mais frequente de deficiência cognitiva nos países ocidentais com cerca de 10% dos casos em indivíduos acima de 60 anos. Caramelli e Barbosa (2002) referem que pessoas portadoras de hipertensão arterial podem apresentar instalação insidiosa e curso lentamente progressivo. Os sintomas típicos envolvem alterações da memória, podendo também ocorrer disfunção motora, alterações na fala e na visão.

Demência com Corpos de Lewy (DCL).

Manifesta-se por um quadro de demência que se apresenta com flutuação dos déficits cognitivos num período que varia em minutos ou horas, alucinações visuais ricas em detalhes e rigidez do tipo parkinsoniana acinética simétrica. (CARAMELLI e BARBOSA, 2002). As perdas cognitivas se apresentam de forma progressiva, interferindo na capacidade funcional para a realização das atividades diárias relacionadas a capacidade de resolução de problemas e as funções executivas.

Demência na Doença de Pick

A Doença de Pick manifesta-se com alterações de comportamentais e comprometimento das relações sociais progressivamente, seguidas pela deterioração das funções intelectuais, da memória e da linguagem, perda da capacidade de planejamento e da capacidade de pensar de forma abstrata. Esses indivíduos são também mais propensos a confabulação, inventando histórias ou dando explicações incoerentes para encobrir os déficits de memória ou dificuldades em realizar uma tarefa (Okamoto e Bertoluci, 1998).

Encefalopatia TDP-43 relacionada à idade límbica predominante (LATE)

Pesquisadores apontam um novo tipo de demência denominada LATE, que envolve a proteína TDP-43, já implicada em outras doenças do sistema nervoso. Até o momento a demência senil mais prevalente é a Doença de Alzheimer, que se manifesta, em geral, entre os 65 e os 80 anos de idade. Pesquisas apontam para essa outra patologia, que se manifesta nos mais velhos, referindo que, conforme vai aumentando a vida média, vão aparecendo novos tipos de demência.

As pesquisas informam que os sinais do LATE estão presentes em mais de 20% dos cérebros analisados de pessoas com mais de 80 anos. O curso clínico de indivíduos com LATE, comprovado por necrópsia, tem sido caracterizado como uma síndrome cognitiva amnésica que pode evoluir para incorporar múltiplos fatores cognitivos, prejudicando as atividades da vida diária, característicos da síndrome da demência (NELSON, 2019).

CAPÍTULO 3 - DIMENSÕES E CONTEXTOS

As dimensões e os contextos que envolvem o envelhecer com deficiência cognitiva, analisados neste trabalho, foram estruturados a partir das experiências pessoais da pesquisadora, utilizando os registros do seu diário de campo. As anotações e dados colhidos foram organizados em temáticas, sendo as mesmas relacionadas às situações mais frequentes no dia a dia dos idosos e cuidadores envolvidos. As demandas e dificuldades registradas tornaram-se o objeto de investigação desta pesquisa. Os registros do diário de campo envolvem temáticas relacionadas ao envelhecimento e legislação, envelhecimento e deficiência, ética no cuidado, aspectos jurídicos e a finitude do idoso com deficiência cognitiva.

Registros do diário de campo

Situações mais frequentes: As pessoas idosas com deficiência cognitiva, na maioria das vezes são atendidas pelo médico clínico geral (os médicos geriatras são escassos). Os cuidados com a saúde deste idoso se restringe às suas necessidades clínicas, a menos que uma ocorrência mais grave surja (exemplo: são atendidos pelo ortopedista na emergência hospitalar, no caso de fraturas). Quando os familiares são solicitados sobre outros atendimentos especializados, dizem que não têm ideia sobre quais seriam. Dizem também que o “idoso tem direitos”. Mas, em geral, não sabem explicar quais são, além do atendimento prioritário. Quando perguntados sobre a participação do idoso nas tarefas domésticas e sociais, alguns dizem que não há o que fazer, pois o mesmo não consegue mais fazer nada ou que não adianta “puxar” por ele, pois esse idoso não corresponde. Ao serem mencionadas algumas formas de cuidados oferecidos pelos órgãos públicos, a maior parte dos cuidadores diz que desconhece outras formas o além das descritas anteriormente.

Essas questões, dentre outras semelhantes, suscitaram a busca pelo conhecimento sobre as dimensões e os contextos propostos nesta pesquisa, visando a elaboração de material que componha o repertório de instrumentos de gestão pública da saúde do idoso.

3.1 Envelhecimento e Legislação

Quando olhamos para o processo histórico, percebemos que diversos movimentos se fizeram presentes, buscando a construção dos melhores caminhos que favorecessem o envelhecimento humano. A seguir, serão apresentadas as ações iniciais e o marco internacional das políticas para o idoso.

Ações precursoras - em 1948 foi fundada a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de desenvolver o nível de saúde de todos os povos. É composta na atualidade por 193 Estados-membros. Suas Assembleias ocorrem anualmente. O financiamento da OMS provém dos Estados-membros, de parceiros diversos e de doadores. É subordinada à Organização Mundial das Nações Unidas (ONU), que foi fundada após a Segunda Guerra Mundial para tentar manter a paz mundial. Esta atua nas diversas áreas da sociedade visando cumprir os seus objetivos, dentre eles, a saúde.

3.1.1 Políticas internacionais para o idoso.

“Uma sociedade para todas as idades possui metas para dar aos idosos a oportunidade de continuar contribuindo com a sociedade. Para trabalhar neste sentido é necessário remover tudo que representa exclusão e discriminação contra eles” - Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (parágrafo 19) (Madrid, 2002).

Nesta etapa, a pesquisa relaciona os marcos históricos iniciais para a elaboração de ações que pudessem garantir os direitos das pessoas idosas. Identificou inicialmente movimentos internacionais relevantes, os quais culminaram em planos de ação e políticas internacionais em apoio ao envelhecimento. A trajetória percorrida por esses movimentos propõe transformações sociais significativas, apresentando implicações em quase todos os setores da sociedade, dentre eles o mercado de trabalho, a demanda por bens e serviços, revisão nas estruturas familiares, dentre outras. De acordo com a linha do tempo, destacam-se:

1982 – Plano Internacional de Viena. A Organização das Nações Unidas (ONU) convocou, através de sua Assembleia Geral, a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, quando foi gerado esse documento, que se tornou a base das

políticas públicas em nível internacional, nessa perspectiva. Este documento apresenta os princípios e as diretrizes para a criação de leis em diversos países, referentes ao envelhecimento populacional. Apresenta recomendações sobre as áreas: saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, trabalho, educação, família e bem-estar social (BRASIL, 2019).

1991 - Princípio das Nações Unidas, em prol das pessoas idosas, aprovado pela Assembleia Geral da ONU, o qual instituiu 18 direitos às mesmas em relação a independência, participação, cuidado, dignidade e auto realização (PORTUGAL, 1991).

1992 - Conferência Internacional sobre o Envelhecimento; realizada em 1992 para dar seguimento ao Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento. (ONU, 2019).

1999 - Ano Internacional do Idoso – Seguindo a recomendação da Assembleia Geral da ONU, quando o idoso tem uma transformação em sua representação, passando a dispor de uma imagem ativa e saudável (ONU, 2019).

2002 - Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid, em 2002, com a proposta de elaborar uma política internacional para o envelhecimento para o século XXI. A Assembleia adotou uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid. O Plano de Ação pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI. Suas recomendações específicas para ação dão prioridade às pessoas idosas, melhorando a saúde e o bem-estar na velhice e assegurando as condições para a habitação e estruturação de ambientes de apoio (ONU, 2019).

3.1.2 Políticas para o idoso no Brasil

No Brasil, diversos movimentos permitiram a elaboração de políticas específicas, voltadas ao amparo e a proteção da pessoa idosa. Seguindo a linha do tempo, observamos:

1988 - A Constituição Federal, conhecida como “A Constituição Cidadã”, preconiza o amparo à pessoa idosa desde a sua promulgação, quando os idosos passaram a ser legalmente reconhecidos como “sujeitos de direitos especiais”. O art. 230 preconiza igualmente a sua participação na comunidade, a sua dignidade e garantias ao direito à vida” (FEDERAL, 2019).

1994 – A Lei 8.842, de 1994, instituiu a “Política Nacional do Idoso” quando leis específicas relacionadas às pessoas idosas começaram a ser elaboradas. Dentre estes destaco o art. 3º o qual informa:

“...a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”; e o art. 4º, que apresenta como diretrizes da política nacional do idoso a “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”

A Lei 8.842, de 1994

;

1999 – Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), portaria 1395, do Ministério da Saúde, visando a promoção do envelhecimento saudável, através do cuidado com a prevenção e a recuperação da saúde e também com a melhoria da capacidade funcional da pessoa idosa, de modo a favorecer o seu desempenho ocupacional e a sua independência.

2003 - O Estatuto do Idoso, Lei 10.741, determinou o reconhecimento da pessoa idosa como portadora de direitos específicos, com 118 artigos que tratam dos direitos conferidos através das diversas leis municipais, estaduais e federais. Dentre estes destacam-se: o art. 2º, referindo que:

“[...]o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”.

Lei 10.741

E o art. 3º, informando:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito a vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao desporto, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), portaria 2528/GM. Manteve os itens da PNSI, porém dedicando-se à implementação das ações, apontando as responsabilidades institucionais para o alcance das propostas. Tanto a PNSI, como a PNSPI têm o envelhecimento saudável como objetivo, apoiando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (MIRANDA et al., 2016).

As referências acima nos apresentam uma visão sobre a atenção dedicada a causa da pessoa idosa no Brasil. Diversas ações foram realizadas na perspectiva legislativa, pretendendo cuidar dessa população, pretendendo “garantir” legalmente que o idoso possa receber a atenção e o cuidado necessário ao seu bem-estar e qualidade de vida durante o processo do envelhecimento. No entanto, a qualidade de vida da população idosa é uma situação distante de ser almejada em nosso país, visto que nossa estrutura econômica-social não favorece as condições para o atendimento das necessidades primordiais desses cidadãos, até o momento.

Como a solução para os problemas e necessidades da pessoa idosa dependem “dos recursos públicos, do trabalho e da vontade política” (GOMES, 2012), nessa etapa o trabalho chama a atenção para a importância da participação social, do controle social e a prática da cidadania, ações pouco exercitadas em nossa sociedade. Se a população “não cobra”, as leis tendem a não serem aplicadas. Por exemplo, a participação popular e o controle social são ações previstas no Sistema Único de Saúde (8.080/90 e 8.142/90), que propõe a formulação e a deliberação das ações necessárias nesta perspectiva. Para que o povo brasileiro usufrua do que é preconizado pelas leis, faz-se imprescindível a influência dos indivíduos na organização das ações em nossa sociedade, através da participação e controle social e do exercício da cidadania.

3.1.3 A Saúde no Brasil

No campo da saúde pública brasileiras, diversas iniciativas legais foram destinadas ao cuidado da população idosa. Neste ponto o trabalho aborda o que foi

elaborado para o cuidado com a saúde das pessoas idosas no Brasil e as principais ações voltadas para essas pessoas. Para o entendimento sobre o que foi e está sendo pensado neste panorama, inicialmente buscou-se a compreensão sobre o que é preconizado pela OMS:

A OMS refere que “as políticas devem ser estruturadas de forma que permitam um maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas do envelhecimento” (OMS, 2015). Também preconiza que o Envelhecimento saudável deve propiciar o desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional do idoso, permitindo o bem-estar mesmo na idade avançada (OMS, 2015). Refere também que ao desenvolver uma resposta de saúde pública para o envelhecimento, é importante valorizar não só as abordagens que previnam as perdas relativas ao processo de envelhecimento, mas também reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial da pessoa idosa. Desse modo, as políticas devem favorecer a participação social e ter uma ação abrangente na área da saúde pública destinada às questões voltadas para o envelhecimento da população (OMS 2015).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, propõe o cuidado com a saúde da população em todos os níveis de atenção. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange ações e serviços de saúde na atenção primária, média e alta complexidade, serviços urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e a assistência farmacêutica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O cuidado oferecido no âmbito do SUS propõe estratégias especiais para favorecer a saúde da população idosa. Através do modelo estabelecido de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, destacam-se, dentre outras ações:

- a Lei nº 8.842/1994, que estabeleceu a Política Nacional do Idoso, tratando da garantia dos direitos sociais da pessoa idosa;
- a Lei nº 10.741/2003, que criou o Estatuto do Idoso, onde encontramos no capítulo IV que trata do direito à saúde da pessoa idosa;
- o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil;

- o planejamento estratégico do Ministério da Saúde, item 06, que prevê a garantia a atenção integral à saúde do idoso, incluindo as doenças crônicas em todos os níveis de atenção;
- a portaria nº 4.279/2010 estabelecendo as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde,
- o Decreto nº 8.114 /2013 estabelecendo o compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.

O Sistema único de Saúde (SUS), “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A regulamentação do SUS estabelece a implantação de um modelo de atenção à saúde que prioriza, a integralidade da atenção, incluindo igualmente a pessoa idosa nesse processo (Lei 8080).

A Política Nacional de Saúde do Idoso determinou que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovessem ou readequassem projetos e atividades, de acordo com as diretrizes e responsabilidades por ela estabelecida. Definindo como o principal problema que pode afetar a pessoa idosa é a perda das suas capacidades físicas e mentais necessárias à realização das suas atividades diárias (LEI 8.842).

A Portaria no. 702/SAS/MS de 2002, propôs a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, quando são criadas as normas para cadastramento nos centros de referência em Atenção à Saúde do Idoso.

O Estatuto do Idoso, em seu capítulo VI, trata do papel do SUS na garantia da atenção integral à pessoa idosa em todos os níveis do cuidado.

A Portaria nº 399/GM de 2006, publicou o documento relativo às Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida. Nele a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades entre as três esferas de governo. O Pacto pela Vida representa um importante avanço no que diz respeito à saúde da população idosa (GOMES, 2012).

Diante de tantas ações referentes a elaboração de políticas voltadas para o idoso, percebemos que existe uma intenção de que a pessoa envolvida tenha

garantido o seu direito à saúde e a qualidade de vida na velhice. Existe ainda uma distância entre elaborar políticas e realizar ações públicas eficazes e abrangentes voltadas para os idosos no Brasil. Contudo, as necessidades se fazem presentes e urgentes. Entende-se também que, além da necessidade da implementação das políticas existentes, existe a necessidade de nos “debruçarmos” sobre as mesmas políticas e atualizá-las, de modo que possam atender as reais demandas da população idosa em nosso país. Neste ponto do trabalho destaco mais uma vez a importância da participação e do controle social como fator imprescindível à efetivação e ao sucesso das ações e também a importância em pensar políticas públicas relacionadas ao auxílio das famílias para o cuidado com o idoso dependente.

Registros do diário de campo

Situações mais comuns: Não há uma preocupação relativa a prevenção de deficiências na velhice. As pessoas que atingem a faixa dos 50 / 60 anos ou mais não fazem o acompanhamento satisfatório visando a preservação da função motora, visual e auditiva. Não há acompanhamento preventivo relacionado às funções cognitivas. As instituições públicas voltadas para a saúde só oferecem, de forma insuficiente, atendimento ambulatorial ou hospitalar para as doenças manifestas. Em relação às deficiências cognitivas, os cuidadores referem que desconhecem totalmente (em grande parte) as intervenções profissionais além dos cuidados médicos. Referem também que não sabem como lidar com o idoso desorientado e muitas vezes agitado também. Que gostariam de oferecer um apoio melhor ao mesmo. Que sentem-se exaustos com as atividades relacionadas ao cuidado que, por vezes, dura muitos anos. Dizem também que precisam de ajuda.

3.2 Envelhecimento e Deficiência

A medida em que a população do Brasil está envelhecendo, o número de pessoas com algum tipo de deficiência cresce na mesma proporção. De acordo com o Censo Demográfico do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) o número de idosos acima de 60 anos que possui algum tipo de deficiência se apresenta

da seguinte forma: deficiência visual com 47.72% do total de idosos; deficiência motora 33% dos casos; deficiência auditiva com 21,59% e deficiência mental/intelectual com 2,61% da população idosa. Os índices apontados no último Censo do IBGE demonstram a necessidade de uma atenção estratégica emergencial voltada a esse grupo (SOUZA e CÁRDENAS, 2015).

“Há uma clara percepção de que o Brasil está envelhecendo e o número de pessoas com algum tipo de deficiência cresce na mesma proporção. Fatores como maior qualidade de vida, acesso às redes de saúde e aporte financeiro de políticas públicas permitem uma maior expectativa de vida desta população”. (OLIVEIRA, 2012).

O percentual de 2,61% de idosos com deficiência mental/intelectual indicado nas pesquisas representa o quantitativo de 537 603 pessoas, de acordo com os estudos realizados com base no Censo de 2010, sendo que a deficiência intelectual/cognitiva no grupo acima de 65 anos, apresenta o quantitativo de 2,8% entre os homens e 3% entre as mulheres (SOUZA e CÁRDENAS, 2015).

Como o aumento da longevidade acarreta também o aumento do número de casos de pessoas idosas com deficiência cognitiva, gerando a necessidade da intervenção precoce na área da saúde e a aplicação de estratégias que minimizem ou previnam os riscos de agravamento da condição de saúde desses idosos.

3.3 Atenção ao idoso com deficiência cognitiva

A atenção a pessoa idosa com déficits cognitivos pretende, acima de tudo, intervir através dos fatores modificáveis a essa condição. Envolve uma série de cuidados, os quais, quando aplicados, possibilitam os melhores resultados, mesmo que não haja a cura da doença em questão. Cabe destacar que os atendimentos para a conclusão diagnóstica, a realização dos testes de rastreio e avaliações cognitivas, medicamentos específicos e a intervenção multiprofissional que estão descritos a seguir, estão previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.3.1 Diagnóstico das deficiências cognitivas do idoso

O diagnóstico das deficiências cognitivas está relacionado às manifestações clínicas, a aplicação de exames complementares laboratoriais ou de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética de crânio), a avaliação do funcionamento cognitivo e ao desempenho ocupacional nas atividades de vida diária, na história clínica e também no perfil neuropsicológico. São utilizados testes de rastreio, que podem ser complementados por avaliações dos diferentes componentes do funcionamento cognitivo. A avaliação neuropsicológica é recomendada nos estágios iniciais, a qual pode fornecer informações úteis para o diagnóstico diferencial de algumas formas de demência (CARAMELLI; BARBOSA, 2002). O desempenho em atividades de vida diária, realizado pelo Terapeuta Ocupacional, é avaliado por escalas ou questionários aplicados ao paciente, familiar ou ao cuidador do mesmo.

3.3.2 Farmacoterapia

De acordo com Lird e Díaz (2017), *“As drogas atualmente disponíveis para o tratamento da doença de Alzheimer e outras demências podem fornecer melhora sintomática limitada”*

O tratamento medicamentoso para os diferentes casos de demências baseia-se nos sintomas clínicos manifestos, visto que não existem drogas que ofereçam a cura, até o momento. A terapia com antidepressores pode ser considerada nos casos de sintomas intensos de humor, como por exemplo, no transtorno afetivo maior, na distímia severa (forma crônica de depressão que tem apresenta a irritabilidade como principal característica) ou na ocorrência de labilidade emocional grave. Na presença de sintomas psicóticos, tais como delírios e alucinações, agressividade ou agitação intensa, alguns medicamentos antipsicóticos podem ser utilizados (LIRD e DÍAZ, 2017).

A melhor alternativa aceita para o idoso em questão será o encaminhamento ao médico geriatra ou neurologista, de preferência em um centro de referência para idosos na área de abrangência a qual a pessoa está vinculada. Este profissional solicitará exames específicos e a partir do diagnóstico ou da definição do tipo mais

provável, decidirá sobre o tratamento farmacológico a ser prescrito. Os exames solicitados, em geral, são a tomografia computadorizada e exames laboratoriais TSH, vitamina B12, dosagem do cálcio, função renal, função hepática e sorologia para sífilis, visando afastar as causas tratáveis de déficit cognitivo. As drogas mais usadas no tratamento das demências são: donepezil, galantamina, rivastigmina, memantina. Esses medicamentos tem efeito discreto sobre a cognição e distúrbio de comportamento e podem retardar o declínio funcional de alguns pacientes. (LIRD e DIAZ, 2017).

Embora ainda não haja a cura para os diferentes tipos de demência, até o momento, o ajuste medicamentoso pode oferecer melhora da sintomatologia e postergar as perdas funcionais da pessoa idosa envolvida.

3.3.3 Estimulação Cognitiva e neuroplasticidade

A neuroplasticidade é a capacidade de que o sistema neuronal modifique a sua condição estrutural e funcional, possibilitando a recuperação do sistema nervoso central (BASTOS et al., 2017). O sistema nervoso (SN) tem a sua maior capacidade de desenvolvimento e aprendizado durante os primeiros anos de vida, diminuindo essa condição à medida que o ser humano envelhece. Porém, apesar de reduzida, a condição de adaptação e reorganização também se faz possível no SN da pessoa idosa. A capacidade adaptativa no cérebro do idoso se apresenta de maneira individual, podendo ser limitada e não permitindo o retorno funcional desejado, principalmente na presença de doenças neurodegenerativas, as quais têm a característica de perdas cognitivas e declínio funcional progressivos.

A estimulação cognitiva tem como premissa a compreensão de que, ao receber estímulos, o SN da pessoa idosa possa criar novos circuitos ou trajetos alternativos, reativando estruturas intactas e não lesadas, possibilitando respostas favoráveis a interação e manutenção da funcionalidade possível.

A estimulação propicia que o cérebro interaja com o mundo externo através dos sentidos da visão, audição, olfato, tato e gustação, pretendendo que esses estímulos sejam convertidos em sinais elétricos e enviados ao sistema neuronal, o qual deverá

processar as informações e, por sua vez emitir respostas ao ambiente externo. Condições como a idade da pessoa idosa, a extensão do acometimento à saúde e a doença de base influenciam o prognóstico.

As respostas apresentadas pelos idosos após as intervenções sugerem que a estimulação cognitiva adequada proporciona efeitos positivos na aprendizagem e no desempenho ocupacional, os quais sugerem a possibilidade de postergar e minimizar as perdas decorrentes de quadros demenciais.

3.3.4 Intervenção multiprofissional

A intervenção multiprofissional no cuidado do idoso com deficiência cognitiva envolve um conjunto de atividades programadas e desenvolvidas relacionadas à atuação profissional específica, visando as melhores condições de saúde dos idosos envolvidos. A equipe multiprofissional, nesta perspectiva, constitui-se de profissionais com formação nas áreas de Geriatria e Gerontologia, tais como: médico geriatra e/ou neurologista, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, odontólogo, nutricionista dentre outras possibilidades, os quais desenvolvem preferencialmente o trabalho interdisciplinar, visando otimizar as estratégias para o cuidado (BESSE et al., 2014).

Buscando uma breve compreensão acerca do papel dos profissionais envolvidos, registro as informações colhidas no Documento Norteador URSI (2016), que menciona as atribuições dos profissionais de saúde que compõem a equipe envolvida no cuidado:

Médico Geriatra ou Neurologista - Atribuições: Realizar a avaliação específica e o atendimento ao idoso, considerando seu contexto biopsicossocial e valorizando as questões familiares; realizar testes para diagnóstico diferencial, realizar atendimentos individuais e grupais em geriatria junto a equipe interprofissional; participar do plano de cuidados em conjunto com a equipe ; elaborar relatórios de encaminhamento junto a equipe interprofissional favorecendo o processo de referência e contrarreferência, na lógica da linha de cuidados; elaborar laudos, pareceres e atestados, quando solicitado.

Assistente Social - Atribuições: realizar a avaliação gerontológica específica do Serviço Social; realizar avaliação social com atendimentos e acompanhamentos de idosos e familiares nesta perspectiva, realizar atendimento individual aos idosos oriundos de encaminhamentos internos para orientações diversas sobre o saber específico do Serviço Social; orientar e encaminhar, quando necessário, para serviços sócio assistenciais, tais como: INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), transporte, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) , CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) , Delegacia do Idoso, Fórum e outros serviços;

Enfermeiro - Atribuições: Realizar avaliação gerontológica específica de Enfermagem; elaborar plano de cuidados de enfermagem e a sistematização da assistência; realizar interface com os profissionais das unidades de saúde e os demais serviços em que o idoso esteja em acompanhamento; colaborar nas ações de promoção à saúde da pessoa idosa; realizar a notificação de casos suspeitos e de doenças sob vigilância ou de notificação compulsória; realizar ações de educação permanente e interdisciplinar relativas ao envelhecimento; etc.

Terapeuta Ocupacional – Atribuições: Realizar a avaliação gerontológica específica de Terapia Ocupacional, anamnese e atividades terapêuticas ocupacionais, individuais e grupais que atendam às necessidades da pessoa idosa, sua família, ou cuidador, visando a promoção, reabilitação e a prevenção de agravos à saúde; avaliar e estimular o desempenho das Atividades da Vida Diária – AVD (Básicas e Instrumentais), visando manter e/ou recuperar a capacidade funcional da pessoa idosa relacionada aos aspectos biopsicossociais; estabelecendo as prioridades e as possibilidades; estimular e desenvolver projetos de vida, orientações, estimulação cognitiva (memória, atenção, concentração, organização, comunicação, planejamento, psicomotricidade, coordenação motora), propiciar atividades recreativas, culturais, de lazer, de convivência, práticas corporais, oficinas terapêuticas, dinâmicas de grupo atividades que sejam significativas e favoreçam o processo terapêutico ocupacional; reabilitar ou minimizar disfunções físicas que causem prejuízo ao desempenho ocupacional, favorecer a rotina e o bem estar da pessoa idosa; estimular o autocuidado, interesses e motivações visando a autonomia; avaliar a capacidade funcional, realizar o treinamento da funcionalidade, promover a adaptação do ambiente domiciliar, prescrever e capacitar o idoso ou o cuidador para a utilização de tecnologia assistiva (equipamentos e dispositivos auxiliares),

objetivando a segurança da pessoa idosa no seu ambiente, melhorando o desempenho nas atividades de vida diária e sua qualidade de vida; realizar atividades e orientações à pessoa idosa, seus familiares e cuidador sobre a prevenção de quedas, etc.

Fisioterapeuta – Atribuições: Realizar avaliação gerontológica específica de Fisioterapia; elaborar um plano de tratamento fisioterapêutico individualizado; planejar e executar atividades cinesioterapêuticas que atendam às necessidades específicas do idoso em questão; elaborar atividades corporais em parceria com a equipe interdisciplinar; atuar na promoção da saúde, na prevenção de agravos e doenças e na reabilitação do idoso; elaborar ações que visem a prevenção de quedas; favorecer restaurar e readaptar a função biomecânica; prescrever e realizar o treinamento e uso de dispositivos auxiliares de marcha (bengala, andador, muletas, cadeira de rodas); orientar e conscientizar o idoso, a família e cuidadores, sobre a importância e manutenção da atividade física regular, etc.

Fonoaudiólogo – Atribuições: Realizar avaliação gerontológica específica de Fonoaudiologia; elaborar um plano de tratamento individualizado; aplicar técnicas que favoreçam a motricidade orofacial, a comunicação, voz, linguagem e audição; orientar as pessoas idosas e/ou cuidadores sobre questões fonoaudiológicas; readaptar alterações miofuncionais; intervir nos processos cognitivos e fonatórios; procurar manter alimentação via oral; participar dos cuidados com a Traqueostomia; atuar nas funções de sucção, mastigação, deglutição e fala; atuar nas alterações auditivas; dentre outras possibilidades.

Odontólogo / Cirurgião Dentista - Atribuições: Realizar avaliação gerontológica específica da Odontologia; identificar as necessidades e expectativas dos idosos em relação à saúde bucal; orientar o idoso, seus familiares e/ou cuidadores sobre a saúde bucal, prevenção de cáries, de doenças periodontais, sobre a higienização da boca e da prótese; realizar consultas, avaliar o quadro clínico, emitir diagnóstico; realizar procedimentos clínicos para os casos de distúrbios da mastigação; realizar os procedimentos clínicos necessários; realizar avaliação específica para prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal; solicitar exames complementares, se necessário; analisar e interpretar os resultados dos exames radiológicos e

laboratoriais; prescrever medicamentos e outras orientações, de acordo com os diagnósticos efetuados.

Nutricionista – Atribuições: Realizar avaliação gerontológica específica de Nutrição; elaborar o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, antropométricos, bioquímicos e dietéticos do idoso; prescrever uma dieta individualizada, bem como suplementos nutricionais; solicitar exames laboratoriais relativos à avaliação nutricional, como também à prescrição dietética e à evolução nutricional do idoso; promover ações visando a educação alimentar e nutricional da pessoa idosa, orientando seus cuidadores e familiares; etc.

Psicólogo - Atribuições: Realizar Avaliação gerontológica específica da Psicologia; facilitador e articular as relações interpessoais entre os usuários, familiares, cuidadores, profissionais e equipes; realizar atendimento individual ou grupal; elaborar relatórios de avaliação e de acompanhamento dos idosos quando solicitado; participar das ações com a equipe para diagnóstico diferencial de demência, promover a estimulação cognitiva; identificar e realizar estratégias de intervenção no caso de vulnerabilidade física, psíquica e/ou social; etc.

O trabalho da equipe deve priorizar as ações voltadas para as medidas preventivas, entendidas em seu sentido mais amplo, abrangendo principalmente as ações relativas a prevenção dos agravos, como também as ações voltadas para a recuperação, a reabilitação, a promoção da saúde e a participação possível do idoso no meio familiar e social onde vive, visando minimizar os impactos dos problemas de saúde sobre a pessoa idosa com deficiência cognitiva e sua família.

3.3.5 Cuidados Paliativos

O conceito de cuidados paliativos disseminou uma nova filosofia sobre o cuidar no mundo. Os cuidados paliativos se apresentam em expansão, principalmente diante do envelhecimento da população mundial, com a longevidade da população idosa e do aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. Prega dois elementos fundamentais: o controle da dor, o alívio dos sintomas relacionados às fases

avançadas das doenças e os cuidados acerca das dimensões sociais, psicológicas e espirituais dos pacientes e de suas famílias. Esse movimento introduziu o novo conceito de que cuidar não é só curar, afirmando a vida e encarando a morte como um processo normal que não deve ser antecipado, nem adiado, oferecendo o suporte para o paciente, familiares e cuidadores (SANTOS, 2009).

Segundo Santos (2009), os *“cuidados paliativos são muito mais que tratar sintomas, mesmo os mais comuns deles, que seria a dor. A ênfase do conceito é dada em qualidade de vida, prevenção e alívio do sofrimento”*

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), nos apresenta os Cuidados Paliativos como a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo a qualidade de vida do doente sem condições de cura e dos seus familiares. A multidisciplinaridade da equipe (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas, dentre outras possibilidades) se relaciona ao entendimento de que o homem deve sempre ser visto de forma multidimensional, a qual envolve uma complexa e indissolúvel união das dimensões física, psíquica, espiritual (definida como “significado de vida”) e social. Nos Cuidados Paliativos a conduta dos profissionais de saúde busca o equilíbrio entre o conhecimento científico e o humanismo, visando propiciar as melhores condições diante da mortalidade humana, para resgatar a “dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz”. Para que a assistência seja efetiva e bem-sucedida, se faz necessário o treinamento constante da equipe do cuidado, visando a aquisição de atitudes e habilidades necessárias às ações. (SANTOS, 2009).

Os programas de cuidados paliativos incluem serviços como clínica-dia, assistência domiciliar, internação, serviços de consultoria e suporte para o momento do luto. O atendimento da clínica-dia envolve o acompanhamento de doenças crônicas, onde o paciente recebe apoio, orientações e cuidados da equipe multidisciplinar. No agravamento da doença, o paciente é encaminhado para a assistência domiciliar, com atendimento integral, através de serviços especializados e monitorização do paciente em sua residência, monitorados diariamente pela equipe. A unidade de cuidados paliativos oferece atendimento 24 horas por dia, para o suporte necessário ao paciente e a orientação e o acolhimento aos familiares e cuidadores.

A prática dos Cuidados Paliativos com pacientes idosos, portadores de déficits cognitivos deve implementar medidas que proporcionem bem-estar, o acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e com os seus familiares, contribuindo nas etapas que envolvem o processo do cuidar. É importante ressaltar que essa prática pode e deve ser iniciada desde o diagnóstico das doenças incapacitantes sem prognóstico de cura, portanto sendo iniciado desde o diagnóstico clínico relacionado a necessidade do cuidado.

3.3.6 Tecnologia Assistiva

"Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social. (BRASIL - SDHPR. – Comitê de Ajudas Técnicas – ATA VII)

Tecnologia assistiva é o termo usado para as tecnologias que apoiam pessoas com deficiências na realização de suas atividades cotidianas. Envolvem um arsenal de recursos e serviços que favorecem as tarefas diárias, que são usados de acordo com as necessidades dos seus usuários. O objetivo da tecnologia assistiva é compensar ou auxiliar as capacidades ausentes ou deficientes. (TROMBLY, 2005). A tecnologia assistiva também tem o papel de auxiliar os cuidadores de pessoas com grandes incapacidades. Favorece a realização das atividades cotidianas em diferentes áreas do cuidado e deve ser empregada de acordo com a necessidade do indivíduo e as condições financeiras disponíveis para aquisição das mesmas.

A TA pode organizar seus recursos de acordo com os objetivos funcionais desejados. Dessa maneira, sua aplicação pode ser classificada ou categorizada de acordo com os objetivos a que se destina. A classificação a seguir foi escrita com base no trabalho elaborado por José Tonolli e Rita Bersch, em 1998 (Bersch, 2017).

- Auxílios para a vida diária e vida prática – São produtos ou materiais que facilitam a realização das tarefas diárias, propiciando a autonomia e a independência dos usuários, ou facilitam o cuidado do mesmo. Como exemplo: abotoadores de roupas, talheres modificados, utensílios adaptados para a cozinha, barras de apoio, identificador de chamadas telefônicas, etc.

- Comunicação Aumentativa e Alternativa – São destinados às pessoas que apresentam o prejuízo da fala ou da escrita funcional, favorecendo a função comunicativa. Exemplos: pranchas de comunicação e vocalizadores.
- Recursos para a acessibilidade ao computador – São ferramentas especialmente idealizadas para que o computador se torne acessível a pessoas com prejuízos sensoriais (visuais e auditivas), motores e intelectuais e motoras. São exemplos: computadores com teclados modificados, acionadores adaptados.
- Sistemas de controle de ambiente - São dispositivos que podem ser usados para ligar, desligar e ajustar aparelhos eletroeletrônicos. Exemplos: regular a iluminação do ambiente, TV, ventiladores, realizar abertura e fechamento de portas e janelas, etc. A Tecnologia Assistiva de automação residencial favorece o maior grau de independência possível, favorecendo igualmente o cuidado de pessoas idosas com deficiência cognitiva.
- Acessibilidade arquitetônica – favorece a funcionalidade e a mobilidade a todos os indivíduos, independentemente de sua condição física e sensorial. Exemplos: rampas, elevadores, adaptações em banheiros, etc.
- Órteses e próteses - Próteses são dispositivos que substituem partes ausentes do corpo. Órteses são dispositivos que auxiliam a função. As órteses podem auxiliar a mobilidade, a função manual, o autocuidado para o cuidado pessoal, a correção postural, etc.
- Adequação Postural – São recursos e estratégias que possibilitam o alinhamento, a estabilidade e o conforto postural. Exemplos: Adequação postural para a utilização de cadeira de rodas, com assentos e encostos que estejam baseados nas medidas, peso corporal e/ ou alterações musculoesqueléticas do usuário do equipamento; auxílios para a estabilização durante a postura deitada e/ou de pé.
- Auxílios de mobilidade. Exemplos: Cadeiras de rodas, bengalas, muletas, andadores, veículo adaptado, etc.
- Auxílios para ampliação da função visual. Exemplos: lentes, lupas softwares ampliadores de tela, material gráfico com texturas e relevos, leitores de textos, etc.

- Auxílios para melhorar a função auditiva – Exemplos: aparelhos para surdez, sistemas com alerta tátil-visual, celular com mensagens escritas, etc.
- Auxílios para a mobilidade em veículos – São acessórios que favorecem pessoas com deficiências físicas e idosos com mobilidade reduzida para a utilização de veículos. Exemplos: facilitadores de embarque e desembarque (elevadores para cadeiras de rodas), rampas para cadeiras de rodas, etc.
- Auxílios para o Esporte e Lazer – São dispositivos que favorecem a prática de esportes e a participação nas atividades de lazer. Exemplos: Suporte para o uso de um baralho.

A TA deve ser indicada para compensar as perdas funcionais de pessoas idosas com deficiência cognitiva em diversos aspectos; seja estimulando as funções cognitivas danificadas (como por exemplo, o uso de jogos computacionais que utiliza exercícios e treinamentos visando restaurar ou minimizar os déficits); através da terapia compensatória, que modifica o ambiente para facilitar o desempenho da tarefa de acordo com as possibilidades da pessoa idosa em questão; uso de auxílios a locomoção (quando necessário); aparelhos auditivos; auxílios visuais, dispositivos tais como aparelhos intercomunicadores (que facilitam a tarefa do cuidador quando a pessoa com deficiência cognitiva que está em outro ambiente), uso de alarmes para maçanetas (visando informar os membros da família que o indivíduo está tentando sair de casa), interruptores automáticos para fogões (prevenção de incidentes), etc. As adaptações do ambiente domiciliar são sempre úteis e importantes. No que se refere a prevenção de agravos à saúde do idoso com limitações funcionais decorrentes de deficiências físicas ou cognitivas, os ambientes devem promover o máximo de segurança e funcionalidade. A organização do ambiente doméstico deve sempre estar relacionada a pessoa que habita o local. As recomendações para acessibilidade envolvem a remoção de barreiras ambientais e adequação de ambientes específicos. Para favorecer o acesso a um ambiente deve-se optar por adaptações ou modificações, evitando alterações estruturais desnecessárias. A residência de pessoas idosas deve oferecer espaços adequados, mantendo os ambientes bem organizados para que os mesmos propiciem conforto, segurança e bem-estar, favorecendo igualmente a funcionalidade. Os ambientes criados com base no projeto universal são acessíveis para todos, apresentando características próprias, de modo que possam ser utilizados por pessoas com diferentes necessidades ao

longo da vida. Barreiras e problemas que dificultem o desempenho ocupacional da pessoa idosa devem ser evitados. Itens como iluminação insuficiente, passagens estreitas, fechaduras de portas de difícil manuseio, superfície escorregadia dos pisos, mobília em excesso, etc. devem ser eliminados.

3.3.7 Atividade física

Estudos demonstram que a atividade física regular e moderada tem um papel importante na prevenção de algumas doenças cardiovasculares e que o exercício leve também pode melhorar tanto a qualidade de vida, quanto o prognóstico de pessoas que tem insuficiência cardíaca, podendo a atividade física prevenir ou melhorar o risco de doenças cardiovasculares em qualquer idade. Observa-se que um idoso fisicamente ativo possui a capacidade respiratória melhor que idosos que tenham a mesma idade, mas que sejam inativos ou sedentários, o que nos faz entender que os exercícios físicos interferem favoravelmente nos processos fisiológicos do decorrer da idade, melhorando a condição pulmonar e cardíaca (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

A vida ativa, associada a exercícios apropriados, dieta alimentar e o uso de medicamentos específicos se apresentam como recursos importantes e imprescindíveis na manutenção da força muscular e no tratamento e na prevenção da osteoporose. Os programas de exercícios promovem o aumento da massa muscular de idosos, mesmo na idade avançada e com comprometimento cognitivo, melhorando as funções musculoesqueléticas e o desempenho de suas atividades diárias, prevenindo quedas e promovendo uma melhor qualidade de vida da população idosa. Cabe destacar que as quedas possuem efeitos devastadores na vida dos idosos, principalmente naqueles que apresentam perdas cognitivas. Após a queda é comum que ocorra o distúrbio da marcha, mesmo na ausência de comprometimento da capacidade de deambular. Desta forma, esses idosos param de realizar as atividades que conseguiam fazer anteriormente, passando a depender mais ainda do seu cuidador. Concomitantemente ocorre atrofia muscular e a redução da amplitude dos movimentos, o que compromete mais ainda o quadro geral deste indivíduo. Esses agravos contribuem diretamente para a redução da capacidade de realizar atividades diárias de autocuidado tais como: se vestir, cuidar da higiene pessoal, manter a continência urinária e fecal. As quedas estão também relacionadas ao aumento da

taxa de mortalidade, seja devido ao trauma direto ou pela exacerbação de doenças prévias. Desta forma, torna-se imprescindível a manutenção das atividades físicas adequadas a condição da pessoa idosa com deficiência cognitiva ou não, evitando ou postergando dificuldades e incapacidades.

A prática regular de exercício físico no idoso contribui também para o controle da depressão e diminuição da ansiedade, possibilitando a este a maior familiaridade com o seu corpo e funções. Desta maneira, a atividade física em qualquer idade pode reduzir os riscos de depressão e declínio cognitivo. Idosos que ao longo da vida se mantêm ativo apresentam ganhos para a sua saúde, beneficiando-se com melhoras no campo do bem-estar psicológico e da qualidade de vida. (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

O exercício físico é de fundamental importância para a prevenção e para a diminuição de alguns declínios do envelhecimento do sistema nervoso. O fluxo sanguíneo para o cérebro e a quantidade de oxigênio que chegam às células nervosas podem ser melhoradas através da atividade física. Existem evidências de que o exercício físico beneficia pessoas idosas com Alteração Cognitiva Leve (ACL).

Em 09/01/2019, uma matéria publicada pela assessoria de imprensa do gabinete do Reitor informa que pesquisadores da Universidade Federal do Rio de Janeiro descobrem caminho para tratamento da Doença de Alzheimer (DA). Um hormônio produzido durante a realização de exercícios físicos, protege a pessoa acometida contra avanço da doença, principalmente nos estágios iniciais.

Os pesquisadores e professores Fernanda G. de Felice e Sergio T. Ferreira, do Instituto de Bioquímica Médica e do Instituto de Biofísica da UFRJ, desenvolveram a pesquisa e identificaram um hormônio chamado de irisina, o qual pode ser o responsável pelos benefícios do exercício físico na Doença de Alzheimer.

O estudo refere que a irisina beneficia o cérebro, favorecendo os mecanismos que protegem a comunicação entre as células nervosas (sinapses), favorecendo igualmente a manutenção da memória. Foi observado que o hormônio irisina se encontra em níveis reduzidos nos cérebros de pessoas com DA, como também no cérebro dos camundongos usados nos testes, o que levou a crer que a falta de irisina prejudica as sinapses e, conseqüentemente, a memória.

As pesquisas descobriram que a reposição dos níveis de irisin no cérebro através do exercício físico, ou de outras maneiras, é capaz de reverter a perda de memória dos camundongos afetados (com base na matéria publicada pela assessoria de imprensa do gabinete do Reitor em 09/01/2019, UFRJ).

Desse modo, as descobertas científicas reforçam a importância da atividade física para a prevenção e o tratamento dos déficits comuns em pessoas idosas, mesmo as mais debilitadas, visando a proteção dos sistemas cardiovascular, osteomuscular e dos aspectos emocionais, a qual deve sempre fazer parte da intervenção profissional na saúde dessa população, permitindo o bem-estar na idade avançada, beneficiando igualmente pessoas idosas com déficits cognitivos, favorecendo os fatores modificáveis desta condição, através de um ambiente de apoio e de cuidados adequados que otimizem a sua capacidade.

3.3.8 Intervenções Educativas à família e cuidadores

O envelhecimento com deficiência cognitiva é uma condição complexa que envolve os cuidados de uma equipe multiprofissional que deve estar engajada no propósito facilitador para as melhores condições para a compensação das perdas e/ou redução de danos durante este processo. Provoca um impacto direto sobre o doente e também um grande impacto no meio social, devendo ser tratada como uma doença da família e também da sociedade. A família tem um papel imprescindível no processo do tratamento.

O cuidado de idosos com perdas cognitivas envolve a dedicação por muitos anos, muitas vezes de forma interrupta, o que provoca um enorme desgaste físico e emocional por parte daquele que a realiza. A doença geralmente tem progressão lenta, o que não torna a atividade menos desgastante, principalmente porque os quadros que vão se apresentando são variados e inesperados, de modo que o cuidador precisa estar sempre vigilante, buscando reduzir os danos e superar as dificuldades nas situações que se apresentam. Dessa forma, não se deve subestimar o impacto da demência sobre os familiares e sobre a sociedade.

As ações educativas voltadas aos familiares e cuidadores de pessoas idosas com perdas cognitivas permitem que estes possam receber orientações sobre o

manejo do cuidado com seus idosos, o conhecimento sobre estratégias facilitadoras nas atividades diárias, o acolhimento de demandas específicas, dentre outras possibilidades, pretendendo facilitar o dia a dia do cuidador.

De acordo com Lopes e Cachioni (2012), os modelos de intervenções usadas com cuidadores de idosos com deficiências cognitivas envolvem estratégias tais como: grupo de aconselhamento, grupo de apoio, psicoterapia e intervenção multiprofissional.

Dentre os temas abordados durante as ações educativas, a atenção à saúde do cuidador deve ser incluída, visto que as atividades ininterruptas do cuidar e a sobrecarga por assumir essa função, provocam uma drástica e intensa mudança na vida da pessoa envolvida. A assistência é geralmente prestada pela família, com as ações centradas em um cuidador principal, que é aquela pessoa que tem a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso. À medida que o idoso vai apresentando as perdas cognitivas, ocorre uma mudança de papéis dos membros da família. O cuidador fica sobrecarregado com essa função, que se soma às suas obrigações familiares e às suas atividades profissionais. Desenvolve o cuidado com o idoso enfrentando enormes dificuldades, apresentando um grande cansaço pela sobrecarga das tarefas que tem que realizar. Sente-se triste e muitas vezes, impotente. E gradativamente vai *“se despedindo daquilo que o seu familiar foi e sempre sentirá saudades da antiga maneira de ser, mas irá aos poucos aprendendo a reconhecer e a amar essa ‘nova pessoa’, a cada dia mais dependente e indefesa”*. (CALDAS, 2002).

A atenção aos cuidadores pode ser realizada de forma individual, atendendo a família de uma pessoa idosa especificamente, ou através do trabalho em grupo. As estratégias facilitadoras propiciadas por esta abordagem, além de beneficiar o idoso em questão, podem reduzir significativamente a sobrecarga do cuidador.

Os encontros entre familiares e cuidadores podem esclarecer dúvidas sobre a doença e fornecer orientações para o tratamento não farmacológico. As reuniões servem também para troca de experiências entre cuidadores, e para acolhimento e apoio emocional e também para troca de experiências entre os mesmos.

Registros do diário de campo

Queixas mais frequentes apresentadas pelos cuidadores: dificuldade na inversão dos papéis (exemplo: ter que cuidar para que o pai não saia sozinho, devido ao risco de perder-se, dar banho no idoso, etc.); a dificuldade para decidir sobre o que é bom ou certo (tal como decidir sobre vender a casa da mãe para custear os tratamentos da saúde da mesma); sentir-se culpado por não conseguir entender o que o idoso quer manifestar; sentir-se ingrato devido ao choro da idosa que foi contrariada ao ser-lhe retirada a alimentação excessiva.

3.4 Ética no cuidado

Este capítulo se propõe a pensar sobre a ética no trato da pessoa idosa com déficits cognitivos, buscando o raciocínio sobre os melhores caminhos para lidar com essa condição, entendendo que a pessoa em questão apresenta dificuldade ou incapacidade para opinar ou decidir sobre as questões ao seu respeito. Para isso busca compreender os conceitos acerca desse tema tão complexo, baseando-se em autores influentes nesta perspectiva e também aproximar-se das situações que envolvem as tomadas de decisões pelos familiares e cuidadores de idosos com deficiência cognitiva.

De acordo com Vázquez (2018), a ética é um comportamento pautado por normas e que tem como finalidade: o bom. Segundo esse autor, Aristóteles, na Grécia antiga, propôs o problema teórico de definir o que é bom, investigando o conteúdo do “bom”, sem determinar o que cada indivíduo deve fazer. Muitas teorias éticas organizaram-se em torno da definição do que é bom na suposição de que se soubermos determinar o que é, poderemos saber o que devemos fazer ou não fazer (VÁZQUEZ, 2018).

A Ética é teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, o da moral, considerado, porém na sua totalidade, diversidade e variedade. Se depara com uma experiência histórico-social no terreno da moral, ou seja, com uma série de práticas morais já em vigor e, partindo delas, procura determinar a essência da moral, sua origem, as condições objetivas e subjetivas do ato moral, a natureza e a função dos juízos Morais, os critérios de justificação desde juízos e o princípio que rege a mudança e associação de diferentes sistemas morais (VÁZQUEZ, 2018).

De acordo com Valls (1994), não existe povo ou lugar que não tenha noções de bem e mal, de certo e errado. Da Grécia antiga aos nossos dias, a ética é um conceito que sempre esteve presente em todas as sociedades. Mas, apesar disso, as dúvidas são muitas. Este autor nos diz que “ética é daquelas coisas que todo mundo sabe o que são, mas que não são fáceis de explicar quando alguém pergunta”. Em continuidade refere que tradicionalmente ética é entendida como um estudo ou uma reflexão científica ou filosófica e eventualmente até teológica sobre os costumes ou sobre as ações humanas" (VALLS, 1994).

O “pensar em ética” com uma visão de validade universal, que se apoiasse apenas na igualdade fundamental entre os homens, foi buscada por Kant no final do século XVII. Segundo Valls (1994), Kant achava que a igualdade entre os homens era fundamental para o desenvolvimento de uma ética universal"

Quando se pensa em ética relacionada aos problemas gerais e fundamentais como valores consciência, direitos, comportamentos humanos, saúde e cuidado percebe-se que, embora ela seja dividida para fins de estudos didáticos, a ética não pode ser vista de forma separada. Desta forma nossa consciência nos remete ao que é justo ou injusto; a fazer o que é "certo".

Correlacionando a ética à deficiência cognitiva do idoso, algo maior nos toca, pois agir de forma ética em relação à uma pessoa que se encontra sem condições de tomar decisões sobre a própria vida nos remete a muitas reflexões.

Agir de forma ética é uma tarefa difícil, principalmente quando nos deparamos com a condição de decidir por outro alguém, respeitando-o como pessoa humana e aplicando cuidados que o beneficie.

No livro “Saber Cuidar” Boff (2014), refere que “sonhamos com uma sociedade mundializada, onde os valores estruturantes se construíram ao redor do cuidado”. E esse cuidado, segundo o autor, envolve todo o planeta e tudo o que nele habita, enfatizando, sobretudo os penalizados e os fragilizados, tais como: as crianças, a natureza, os moribundos e os velhos (BOFF, 2014).

Se entendermos o cuidado pautado na ética, na perspectiva da Espiritualidade, podemos nos remeter à conduta pautada nos princípios Bíblicos, nas citações: “Amarás ao teu próximo como a ti mesmo” (Mateus, XXII: 34-40);” E assim, tudo o que

quereis que os homens vos façam, fazei-o também vós a eles. Porque esta é a lei e os profetas” (Mateus, 7: 12); “Tratai todos os homens como quereíeis que eles vos tratassem” (Lucas, VI: 31).

Boff (2014), nos apresenta reflexões acerca de figuras existentes que “concentram e irradiam o cuidado”: nossas mães e avós. Nos diz que mãe é um modo de ser que engloba dimensões que envolvem também a psique e o espírito. E relaciona também aqueles que se devotam ao crescimento do ser humano, tais como os educadores e educadoras, profissionais de saúde e cuidadores também representam esse papel. Desse modo, a referência do cuidado na família pode se basear no comportamento daqueles que se dedicaram ao cuidado de outrem, na mais profunda forma de dedicação e desvelo.

Geralmente as pessoas que realizam o cuidado da pessoa idosa são os familiares mais próximos, sendo o mais comum, os próprios filhos ou o próprio cônjuge, quando este ainda se encontra em condições para fazê-lo. O pensar ético nesta perspectiva nos remete a uma dívida de gratidão, já que recebemos o cuidado no momento em que nos encontrávamos na condição de fragilidade e incapacidade, tal como no período da infância, quando dependíamos exclusivamente do cuidado de terceiros, em geral, dos pais.

Outro aspecto envolvido é o religioso, tão presente em nossa cultura, onde é ensinado que honrar pai e mãe se constitui um dever e uma obrigação a ser cumprida para com aqueles que se dedicaram aos cuidados de cada um de nós. E que esse dever naturalmente se estende aqueles que fazem o papel de pai e de mãe, os quais têm um enorme mérito, já que não havia para eles a obrigação de cuidar (KARDEC, 2013).

No que se refere aos profissionais da Saúde, o Juramento de Hipócrates, que define a conduta dos Médicos, também oferece fundamento a conduta dos profissionais da saúde em geral. No juramento, os profissionais se propõem a cumprir a promessa de aplicar os regimes da profissão para o bem do doente, com todo o seu “poder e entendimento”, jamais causando danos ou mal a alguém (REZENDE, 2009). Partindo desse princípio, os profissionais de saúde assumem o compromisso de bem cuidar dos seus doentes, em qualquer circunstância.

De acordo com Gutierrez (2018), os profissionais de saúde se deparam com dilemas bioéticos durante o trato com os seus pacientes, visto que, no contexto do cuidado, se faz importante desenvolver habilidades que propiciem o reconhecimento das expressões de sofrimento expressadas pelo paciente (Lopes, 2001). Esses autores referem que o princípio da beneficência deve ser utilizado pelos profissionais de saúde, propiciando o bem-estar e a satisfação dos interesses do paciente, porém esclarecendo que este princípio deve considerar as condições e as situações vivenciadas pelos mesmos.

Com base nos princípios éticos descritos acima, a atitude daquele que cuida, seja o familiar ou o profissional da saúde, deve sempre considerar as manifestações da pessoa idosa com deficiência cognitiva, levando em conta a fase da doença e as condições apresentadas, visto que as funções cognitivas se deterioram em velocidades diferentes, não havendo um momento preciso para decidir se o idoso tem ou não a capacidade de deliberar sobre as suas decisões. Deve-se atentar para o que a pessoa idosa com déficits cognitivos manifesta, buscando equilibrar seus desejos com as intenções do cuidador ou com a percepção dos profissionais da saúde. Por exemplo, um idoso com Doença de Alzheimer em fase inicial, pode não conseguir morar sozinho por apresentar dificuldades em gerenciar suas finanças, realizar compras, ter estratégias para a sua segurança, mas pode ter autonomia e independência para realizar o autocuidado (banho, higiene pessoal, alimentação, etc.). Embora necessite da presença de um cuidador, esse idoso deve manifestar a sua vontade e participar da vida cotidiana, dentro das suas possibilidades. Outro exemplo; um idoso com déficits cognitivos durante a internação hospitalar pode manter-se agitado, removendo os meios de tratamento (soro, aparelho para auxílio à respiração) e pedir para não ser contido. Neste caso, a contenção deve ser mantida, buscando-se tranquilizar a pessoa idosa. Em suma, agir de forma ética, neste panorama, envolve permitir que a pessoa idosa com deficiência cognitiva possa exercer ao máximo a sua autonomia e independência, quando assistido pelo cuidador ou pelo profissional da saúde, os quais devem favorecer ou intervir na medida em que haja a necessidade de fazê-lo, agindo sempre com o propósito da segurança e do bem estar do idoso.

Registros do diário de campo

Os problemas encontrados foram: Idoso com dificuldade para gerir as suas despesas; idoso que adquiriu títulos bancários, os quais ocasionaram prejuízos financeiros graves; realização de empréstimos e doações à pessoas estranhas; falta de condição de cuidar da pessoa idosa devido à falta de estrutura familiar, social ou adoecimento do cuidador.

3.5 Aspectos jurídicos

Envelhecer com Deficiência Cognitiva é uma condição que pode apresentar diversas necessidades, muitas delas obrigando os familiares e cuidadores desses idosos à tomada de decisões bastante difíceis, principalmente pelo conteúdo emocional envolvido, visto que esse idoso frequentemente é alguém que representa um papel especial em sua vida de relação. Este item nos aproxima do pensamento acerca da necessidade da interdição, da representação civil e da institucionalização do idoso com déficits cognitivos, propondo reflexões sobre a necessidade de intervenções a medida em que a pessoa idosa com deficiência cognitiva tem o seu quadro agravado, sendo então declarada legalmente incapaz de participar das decisões jurídicas acerca da própria vida.

3.5.1 Interdição

O código civil estabelece que pessoas acometidas por enfermidades incapacitantes, deficiência mental, insuficiência para discernir e exprimir a sua vontade para os atos da vida civil estão sujeitas a curatela (BRASIL, 2002). O que pressupõe a curatela é a incapacidade. É estabelecida através de uma decisão judicial, desse modo não podendo ser deferida senão pelo juiz. O artigo 1.183 do código de processo civil (BRASIL, 2002) refere que ao ser decretada a interdição, o juiz nomeará um curador ao interdito. A curatela é conferida a alguém por lei, como

um cargo público, devendo o procurador cuidar da pessoa interditada e administrar os seus bens.

“Estão sujeitos à curatela: “aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade”. Código civil artigo. 1767

No processo de interdição a pessoa idosa em questão será avaliada por um perito médico, o qual irá avaliar a incapacidade do mesmo, emitindo posteriormente o laudo que servirá de parâmetro para o juiz decidir pela intervenção, ou não. O idoso, sempre que possível deverá ser levado até a presença do juiz para que este possa conhecê-lo.

3.5.2 Representação Civil

A representação é uma área do direito civil onde são conferidos poderes a uma terceira pessoa, que passa a atuar em nome de outrem. A representação legal ocorre quando existe a necessidade de proteção dos interesses de pessoas incapazes de exercerem os atos da vida civil, como no caso da pessoa idosa com deficiência cognitiva. Os poderes conferidos devem funcionar dentro do limite da representação e devem estar de acordo com os interesses da pessoa representada. As pessoas representantes legais são definidas por lei. Em geral no caso da pessoa idosa considerada incapaz, o juiz elege um curador para a representação (BRASIL, 2002).

Lei 10.406 – Código Civil

“...Art. 4º. São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade” (BRASIL, 2002, lei 10.406).

O Curador nomeado pelo juiz passará a exercer todas as ações da vida civil no lugar do idoso interditado. Passará a administrar os bens, assinar documentos, assinar contratos, movimentar conta bancária e todas as demais atividades necessárias à representação.

3.5.3 Institucionalização

A institucionalização é uma alternativa de moradia para o idoso que não tem mais condição de independência e de ser cuidado por sua família. Essa alternativa é decorrente de diversas causas. Contudo, é importante ressaltar que o apoio da família ao idoso é imprescindível para o sentimento de proteção e de segurança, de modo a minimizar os sentimentos de solidão, de tristeza e o isolamento social (LOPES, 2018). Cabe também reforçar que é importante priorizar o atendimento ao idoso “por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (LEI 13.466, 2017).

De acordo com Lopes et al., (2018), as principais causas da institucionalização de idosos se constituem por mudanças na organização familiar, quebra dos laços em família, dificuldades para o autocuidado e dificuldades financeiras. No caso do idoso dependente, a maior causa de institucionalização é consequência da falta de alguém para o cuidado com o mesmo, somada a falta de estrutura física e psicológica dos familiares e cuidadores.

Famílias que sofrem restrições financeiras tem sua condição de cuidado agravada pela dificuldade no tratamento das comorbidades e necessidades dos idosos com demência. Desse modo, muitos familiares se veem obrigados a institucionalizar os seus idosos, como forma de oferecer uma melhor assistência e condições de vida.

Lopes et all (2018) descrevem que, independentemente das causas da institucionalização, os idosos nesta condição têm um prognóstico de saúde física, mental e social negativo. De acordo com Barreira Filho et al. (2017), “a institucionalização definitiva é uma alternativa no caso de famílias completamente desestruturadas ou cuidadores inaptos, por motivos como alcoolismo ou drogadicção”. Segundo esses autores, em alguns casos, a institucionalização temporária pode permitir que o cuidador tenha um período de relativo descanso, para que o mesmo possa se recuperar dos encargos excessivos. Contudo, os cuidados oferecidos pelos familiares ainda se constituem como o principal recurso para o auxílio ao idoso dependente, visto que a oferta dos serviços públicos para estes fins, tais como

centros-dia, residências assistidas ou instituições asilares de longa permanência não atendem, nem de perto, a demanda desta população (BARREIRA FILHO et al., 2017).

A representação civil, a interdição e a institucionalização (BRASIL, 2012) são temáticas que devem ser conhecidas pelas pessoas que cuidam do idoso com deficiência cognitiva, visto que a evolução dos sintomas muitas vezes obriga o cuidador a tomada de decisões que podem envolver estas práticas. Importante reforçar que os interesses da pessoa envolvida devem ser sempre respeitados, com o representante agindo dentro dos limites que lhe foram conferidos, visando sempre a proteção do interessado.

As discussões propostas neste capítulo partem do pressuposto que o conhecimento prévio sobre as situações que podem se apresentar no decorrer deste processo permite o melhor planejamento, favorecendo a escolha mais consciente, caso este momento seja necessário.

Registros do diário de campo

Situações encontradas: Cuidador que refere não querer que seu idoso sofra, mas que insiste que seja feito tudo o que for possível para mantê-lo vivo, entendendo isso como prova de amor; que refere não entender os termos usados pelos profissionais de saúde ou que não tem informações claras sobre a condição do seu doente; que gostariam de estar mais perto do seu parente idoso durante aquele momento da vida; que gostariam de saber se os aparelhos podem ser desligados para que seu familiar idoso possa parar de sofrer.

3.6 Finitude

Estudos informam que, em nossa cultura, não existe o hábito de pensar ou conversar sobre a morte, deixando esse tema fora das conversas como se assim fazendo esse acontecimento pudesse ser afastado de nossas vidas. Contudo, como todos sabemos, a morte se faz presente em nosso cotidiano, através das diferentes mídias, de situações envolvendo pessoas próximas e também pessoas queridas.

Este capítulo explana sobre a finitude, apresentando os conceitos e reflexões sobre a ortotanásia, eutanásia, distanásia, mistanásia e sobre situações relacionadas às tomadas de decisões no final da trajetória da pessoa idosa com deficiência cognitiva, pelas pessoas implicadas no cuidado.

De acordo com Santos (2009), a velhice, sendo a última etapa do processo do desenvolvimento do ser humano, "conduz o sujeito à plataforma de embarque da viagem derradeira a outra dimensão da vida - a morte..." (SANTOS, 2009).

Para os profissionais da saúde, a morte não é um tema novo. Mesmo assim, lidar com a morte no campo da saúde não é uma situação simples, visto que envolve reflexões sobre a própria finitude e daqueles a quem amam.

Entende-se então que é imprescindível a construção de estratégias que promovam a educação sobre e para a morte, permitindo a elaboração de novos conceitos e formas de lidar com essa etapa da vida, preparando os profissionais para

que os mesmos possam orientar as pessoas envolvidas nos cuidados dos seus familiares.

Silva et al. (2014) referem que a maioria das pessoas entrevistadas alega desconhecimento sobre os conceitos básicos sobre a terminalidade da vida, o que dificulta a tomada de decisões diante da doença terminal e o risco de morte iminente. De acordo com estes autores, em geral os familiares preferem optar por tratamentos inúteis que só aumentam o sofrimento, indo até as últimas consequências para manter a vida.

3.6.1 Terminalidade da vida

Para que se possa compreender as circunstâncias acerca do período que antecede a morte é necessária a aproximação dos termos e conceitos referentes ao cuidado. São eles:

3.6.2 Estado terminal

O estado terminal pode ser percebido quando o paciente não responde mais à nenhuma terapêutica conhecida e aplicada, encontrando-se o mesmo sem condições de cura, de melhoria e condições de sobrevivência. Nestes casos, os cuidados apenas podem facultar as ações que propiciem o melhor conforto e bem-estar possível.

É considerado paciente terminal:

“...quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna irrecuperável e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar”. (GUTIERREZ, 2001)

Importante ressaltar que a condição de demência ou o estado de coma (comprometimento da consciência apresentando pouca ou nenhuma reação a estímulos) não significam que o idoso esteja em estado terminal. O papel do médico é o de preservação da vida e alívio do sofrimento deste idoso. No caso de uma pneumonia, por exemplo, o paciente pode ser tratado e se recuperar clinicamente, embora apresentando um quadro avançado de demência. Somente quando não há

realmente uma resposta terapêutica, estando o paciente sem condição de cura ou de prolongamento da vida, os cuidados aplicados deverão ser direcionados para proporcionar o máximo conforto e bem-estar.

3.6.3 Eutanásia

A palavra EUTANÁSIA foi criada no séc. XVII pelo médico e filósofo inglês Francis Bacon, quando prescreveu, na sua obra “*Historia vitae et mortis*”, como tratamento mais adequado para as doenças incuráveis (SILVA, 2014). Na sua etimologia estão duas palavras gregas: EU, que significa bem ou boa, e THANASIA, equivalente a morte. Em sentido literal, a “eutanásia” significa “Boa Morte”, a morte calma, a morte piedosa e humanitária.

A eutanásia é entendida como um método para aliviar o sofrimento do doente que se encontra em imenso sofrimento e que se encontra em estado terminal, diante de uma doença incurável. Existem duas formas de eutanásia: a ativa, quando é provocada a morte “sem dor” do paciente, através da intervenção médica, e a passiva quando o doente não recebe os cuidados básicos para a manutenção da vida (por exemplo, deixar de hidratar e nutrir o paciente). A eutanásia é uma prática proibida no Brasil (SILVA et al., 2014).

3.6.4 Distanásia

O termo distanásia, de origem grega, tem como significado o prolongamento exagerado da agonia, sofrimento e morte de um paciente. A distanásia é uma conduta médica que busca o prolongamento da vida em pacientes que não tem condições de melhoria do seu quadro clínico ou de cura. Provoca maior sofrimento para o paciente pois utiliza recursos e tratamentos desnecessários e inúteis. Essa prática é proibida pelo código de ética médica. Mas apesar da proibição, a distanásia acaba sendo uma prática presente em nossa sociedade, seja devida ao desconhecimento dos familiares acerca do que venha a ser o estado terminal, os quais entendem que a vida deva ser prolongada enquanto possível, seja devida a formação dos médicos que têm como

objetivo principal curar e salvar vidas, além da preocupação sobre o risco de serem processados pela família doente.

“Entendemos por distanásia, uma ação, intervenção ou procedimento médico que não atinge o objetivo de beneficiar a pessoa em fase terminal, e que prolonga inútil e sofridamente o processo de morte, procurando distanciar a morte” (SANTOS, 2009).

3.6.5 Mistanásia

O termo mistanásia significa morte antes da hora. São diversas as situações que acarretam esta condição. A omissão, o socorro inadequado, o erro médico, a falta de estrutura para o atendimento, a falta de acesso aos exames laboratoriais, ao diagnóstico precoce, ao tratamento, aos medicamentos necessários, à nutrição, dentre outros que atendam o paciente de modo adequado (SILVA, 2015).

“A mistanásia é a morte miserável antes da hora, provocada ou por erro médico ou má prática, de um lado, ou, mais frequentemente, por omissão de socorro estrutural, de outro. A mistanásia dos que morrem cedo por causa da má nutrição e/ou porque não tiveram acesso a um diagnóstico precoce e a tratamento em tempo é o prelúdio à mistanásia que acontece dentro do hospital por falta de estrutura, de recursos e de pessoal para atender de maneira adequada todos os que precisam de assistência médica”. (SILVA, 2015).

3.6.6 Ortotanásia

A Ortotanásia também é chamada de “morte no tempo certo”. Nesta conduta não se prolonga nem se abrevia a vida do doente. A regulamentação da ortotanásia se constituiu pela resolução nº 1.805/2006, marcando a efetivação da dignidade da pessoa humana, possibilitando que a pessoa em estado terminal tenha uma “morte digna”, impedindo que a mesma tenha um tratamento inútil, que prolongue a vida à custa de um enorme sofrimento (SILVA et al., 2014).

“...a ortotanásia considera a morte em seu tempo adequado. Não se retarda a morte, nem se apressa a morte, como na eutanásia. No caso da ortotanásia, apenas se aceita a morte. (SILVA, 2015).

Por mais que se pretenda “fugir da morte”, esta se faz presente em nosso cotidiano. A reflexão acerca deste fato, ao contrário de nos trazer malefícios, nos permite a elaboração de ideias que poderão amadurecer a nossa forma de lidar com essa questão, ajudando-nos a enfrentar os momentos que surgirão em nossas vidas. Sobre o que se refere ao cuidado de pessoas idosas com deficiência cognitiva, refletir antecipadamente sobre esse tema permite que o familiar cuidador vivencie as etapas que envolvem a terminalidade da vida do seu idoso com deficiência cognitiva de forma mais consciente, buscando os melhores “caminhos” e condições nestes momentos inevitáveis.

4. CONCLUSÃO

Este trabalho organizou as dimensões e os contextos que se relacionam ao envelhecimento associado a deficiência cognitiva, abordando temáticas que envolvem o idoso nesta etapa de sua vida, as quais não fazem parte dos instrumentos de gestão pública de saúde do idoso até o presente momento, entendendo que essa ausência não contempla a complexidade das necessidades desta pessoa sobre as diferentes formas do cuidado que afetam as suas relações pessoais, sociais, etc. nos diferentes níveis.

A dimensão envelhecimento e legislação foi desenvolvida a partir das observações do diário de campo, cujos registros mais frequentes demonstraram que as políticas públicas preveem o amplo atendimento à saúde do idoso, contudo o que se constata é que o mesmo é insuficiente nos diferentes níveis de atenção; que a população desconhece os direitos da pessoa idosa; que os cuidadores desconhecem as estratégias e os recursos possíveis no campo das políticas públicas voltadas para o tratamento do idosos com perdas cognitivas. Nesta etapa, o trabalho apresentou a legislação vigente e concluiu que as políticas públicas brasileiras são muito bem elaboradas, contudo, a implementação das mesmas não ocorre de forma suficiente, necessitando do maior envolvimento das pessoas interessadas (servidores públicos, profissionais da saúde, cuidadores de idosos dependentes, cidadãos em geral), através do controle e participação social, de modo que as mesmas sejam cumpridas e atualizadas, para que possam atender as reais demandas da população idosa de nosso país.

A dimensão envelhecimento e deficiência encontrou nos registros mais frequentes do diário de campo a não despreocupação com a prevenção das deficiências na velhice, os quais incluem as funções cognitivas; o desconhecimento dos familiares acerca da existência de abordagens multiprofissionais para a atenção ao idoso com perdas cognitivas; o desconhecimento sobre como lidar com o idoso desorientado e, por vezes, agressivo; a falta de apoio profissional que favoreça o cuidado deste idoso em sua complexidade. Neste ponto a pesquisa concluiu que as intervenções existentes, embora escassas, atuam favorecendo os fatores modificáveis às perdas cognitivas, através de uma série de intervenções e estratégias, que vão desde os exames diagnósticos, a prescrição medicamentosa, o atendimento

terapêutico multiprofissional, a prescrição de tecnologia assistiva para apoio a realização das atividades diárias, orientações aos familiares e cuidadores, sendo estas ações oferecidas no âmbito do SUS. Destaco a inexistência de abordagens para apoio aos cuidados com o idoso em pauta, que envolvam outras áreas além do apoio à reabilitação e cuidados clínicos.

A dimensão Ética no Cuidado encontrou como observações mais frequentes no diário de campo, a dificuldade na inversão dos papéis; a dificuldade para decidir sobre a atitude que o cuidador deve adotar em relação à questões diversas; sentimento de culpa por parte do cuidador por contrariar ou não conseguir entender as manifestações do familiar idoso. A pesquisa considerou que as manifestações do idoso com comprometimento cognitivo devem ser sempre valorizadas, levando-se em conta a dificuldade de compreensão deste indivíduo, permitindo que o mesmo possa exercer ao máximo a sua autonomia e independência, devendo o cuidador ou profissional da saúde, favorecer ou intervir na medida em que haja a necessidade de fazê-lo, agindo sempre com o propósito da segurança e do bem estar do idoso. Importante reforçar que os interesses da pessoa envolvida devem ser sempre respeitados, com o representante agindo dentro dos limites que lhe foram conferidos, visando sempre a proteção do interessado.

A dimensão Aspectos Jurídicos apresentou como situações mais frequentes a dificuldade da pessoa idosa para gerir as suas despesas; a aquisição inadequada de títulos bancários por parte do idoso em questão; a realização de empréstimos e doações à pessoas estranhas (situações que ocasionaram prejuízos financeiros graves); a falta de condição da família para cuidar da pessoa idosa devido à falta de estrutura familiar, social ou adoecimento do cuidador. Neste ponto a pesquisa chama a atenção para a importância sobre o conhecimento destas ocorrências pelos cuidadores do idoso com deficiência cognitiva, visto que as mesmas são tidas como comuns às pessoas nesta condição. As questões apresentadas pressupõem que o conhecimento prévio sobre as mesmas podem favorecer o planejamento e as estratégias mais adequadas, caso necessárias.

A dimensão Finitude baseou-se nos registros sobre situações em que o cuidador refere não querer que seu idoso sofra, porém que sejam feitas todas as intervenções médicas possíveis para mantê-lo vivo, entendendo esta atitude como prova de amor; situações em que o cuidador refere não entender a terminologia usada

pelos profissionais de saúde acerca da evolução da doença do seu idoso; familiares que gostariam de estar mais perto do seu parente idoso durante aquele momento da vida e não sabem se isso é possível; que gostariam de saber se os aparelhos podem ser desligados para que seu familiar idoso possa parar de sofrer. As conclusões nesta fase, foram que o conhecimento sobre as circunstâncias e situações que envolvem a morte da pessoa idosa (ou de qualquer pessoa), ao contrário de nos trazer malefícios, permite a elaboração de ideias que poderão amadurecer a nossa forma de lidar com essa questão, ajudando-nos a enfrentar os momentos que surgirão em nossas vidas, e que os cuidadores e familiares de pessoas idosas com deficiências cognitivas devem refletir antecipadamente sobre essa situação, preparando-se para a tomada de decisões de modo mais acertado e objetivo, favorecendo as melhores escolhas no momento em que estas se fizerem necessárias.

A conjunção das dimensões e dos contextos organizados propõem a construção de uma abordagem de perspectiva interdisciplinar, que favoreça a formação de uma rede multidimensional que contemple as ações necessárias ao atendimento a pessoa idosa com deficiência cognitiva e os seus familiares, a qual envolve a implementação das políticas públicas existentes; a ampliação destas políticas de modo que contemplem as necessidades das ações; o estímulo a participação e o controle social das pessoas envolvidas no cuidado dos idosos dependentes exigindo e supervisionando as ações; a formação de grupos de apoio ao cuidador através da criação de programas permanentes que informem e ofereçam os serviços necessários para a otimização do bem-estar físico, mental e funcional do idoso e dos seus familiares; que atue visando o envelhecimento saudável, utilizando as propostas existentes e também promovendo a ampliação destas nos diferentes níveis de atenção para a promoção, o tratamento e a reabilitação da saúde, minimizando igualmente os impactos dos agravos à saúde sobre a qualidade de vida da pessoa idosa com deficiência cognitiva; o fomento a alternativas que fortaleçam a assistência aos idosos com déficits cognitivos, tais como centros-dia, residências assistidas, e intervenções domiciliares pelos profissionais competentes, e também discussões que ampliem a compreensão dos familiares acerca da terminalidade da vida e das circunstâncias que envolvem o idoso com deficiência cognitiva nesta etapa e sua trajetória.

5. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Os dados encontrados neste trabalho não pretendem esgotar as temáticas que possam se relacionar as necessidades do idoso em questão, visto que as particularidades dos casos apresentarão novos e constantes desafios próprios da pessoa idosa com deficiência cognitiva.

Sugiro que as pesquisas futuras possam caminhar na direção da prevenção dos déficits cognitivos, ampliando as possibilidades de entendimento sobre as estratégias que possam impedir ou minimizar as perdas, favorecendo o envelhecimento saudável, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Sugiro também que as pesquisas que envolvem a aplicação da arte como recurso terapêutico no tratamento de idosos com perdas cognitivas sejam ampliadas, visto que as experiências terapêuticas com a aplicação deste valioso recurso têm demonstrado resultados bastante promissores.

Sugiro ainda que sejam ampliadas as pesquisas sobre tecnologia assistiva de baixo custo, visando a facilitação do cotidiano do idoso com deficiência cognitiva, dos seus familiares e cuidadores na realização das atividades cotidianas.

6. PREVISÃO

Essa pesquisa será encaminhada a equipe do serviço de reabilitação onde a autora atua, pretendendo que estas dimensões e contextos façam parte das abordagens oferecidas, desta forma, ampliando e complementando as ações relacionadas ao atendimento interdisciplinar ao idoso com deficiência cognitiva do serviço de reabilitação.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F.L.J.P. et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-197, 2017.

ARGIMON, Irani I de Lima. Aspectos Cognitivos em Idosos. **Avaliação Psicológica**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 245-245, dez. 2006.

ASSESSORIA DE IMPRENSA DO GABINETE DO REITOR. **TIC**. Disponível em: <https://ufrj.br/noticia/2019/01/15/pesquisadores-da-ufrj-descobrem-caminho-para-tratamento-do-alzheimer>. Acesso em: 26 jul.2018.

BASTOS, Jessica Ohrana Façanha et al. Relação ambiente terapêutico e neuroplasticidade: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, Piauí, v. 4, n. 1, p.1-10, 2017.

BERSCH, Rita. **Introdução à Tecnologia Assistiva**. 2017. Disponível em: https://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf. Acesso em:10 de junho de 2019.

BESSE, Mariela et al. A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, n. 17, p. 205-222, jun. 2014.

BÍBLIA SAGRADA. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica, 1980. Edição Ecumênica.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis: Vozes. 2014.

BORGES, M.M.C; TELLES, J.L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 349-360, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Sistema Único de Saúde: SUS. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 21 jul. 2019.

BRASIL. **Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002**. Código Civil. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro,11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 30 jul. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso. Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 21 jul. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10741, de 1 de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Brasília, DF, 10 out. 2003. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03>. Acesso em: 21 jul. 2019.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 51-71.

CARAMELLI A. P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 7-10, 2002.

CHAIMOVICZ, Flávio et al. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

ESQUENAZI, Danuza et al. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.11-20, 2014.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, [S.l.], v. 1, n. 7, p. 106-132, 2012.

GOMES, Elcha Britto de Oliveira. A legislação do idoso: direitos cumpridos e descumpridos. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p.83-97, 2012.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 92-92, 2001.

GUTIERREZ, B. A. O.; SILVA, H. S. Dilemas bioéticos na assistência prestada ao idoso portador de demência do tipo Alzheimer. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.159-180, 2008.

KARDEC, Allan. **O Evangelho Segundo o Espiritismo**. 131. ed. Brasília, DF: FEB, 2013. 410 p.

LIRD, Melissa; DÍAZ, Noelia Ruiz. Tratamiento farmacológico de la demencia. **Medicina Clínica y Social**, San Lorenzo, v. 1, n. 3, p. 217-221, 2017.

LOPES, Lais de Oliveira; CACHIONI, Meire. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 252-261, 2012.

LOPES, Valderina Moura et al. O que levou os idosos à institucionalização? **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 12, n. 9, p. 2428-2435, 2018.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.

MAY, Arne. Experience-dependent structural plasticity in the adult human brain. **Trends In Cognitive Sciences**, [S.l.], v. 15, n. 10, p. 475-482, out. 2011.

MENDES, Juliana Lindonor Vieira et al. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, Manhuaçu, v. 8, n. 1, p.13-26, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 21 jul. 2019.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

NELSON, Peter T. Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy (LATE): consensus working group report. **Brain**, Oxford, v. 142, n. 6, p. 1503-1527, 2019.

NORDON, David Gonçalves et al. Perda Cognitiva em Idosos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 11, n. 3, p. 5-8, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A ONU e as Pessoas Idosas**. [20--]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 21 jul. 2019.

OKAMOTO, Ivan Hideyo; BERTOLOCCI, Paulo Henrique Ferreira. Exame neuropsicológico no diagnóstico diferencial das demências primárias. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 119-125, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp->

content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf. Acesso em: 13 de julho de 2019.

PASCOTINI, Fernanda dos Santos et al. Força muscular respiratória, função pulmonar e expansibilidade toracoabdominal em idosos e sua relação com o estado nutricional. **Fisioterapia Pesquisa**, Santa Maria, p.416-422, set. 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO PORTUGAL. **Princípios da Nações Unidas para as Pessoas Idosas**. 1991. Disponível em: <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano**: crônicas de história da medicina. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.

SANTOS, Frankilin Santana. **Cuidados paliativos**: discutindo a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. 447 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA HABITAÇÃO (São Paulo). **Diretrizes do Desenho Universal na Habitação de Interesse Social no Estado de São Paulo**. 2010. 51 p. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/manual-desenho-universal.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

SANTOS, José Roberto. **Eutanásia, ortotanásia e distanásia na visão médico espírita AME**. Palestra apresentada em 06 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=d6c24qUJs4I>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Documento norteador: Unidade de Referência à Saúde do Idoso: URSI**. 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADOR%20URSI%20final09012017.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

SILVA, José Antônio Cordero da et al. Distanásia e ortotanásia: práticas médicas sob a visão de um hospital particular. **Revista Bioética**, Belém, v. 22, n. 2, p.358-366, 2014.

SILVA, Mainara da. **Reflexões Legais e Bioéticas sobre a terminalidade da vida**: um estudo sobre ortotanásia e a distanásia diante do Direito Brasileiro. 2015. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2015.

SONG, Juan et al. Modification of Hippocampal Circuitry by Adult Neurogenesis. **Developmental Neurobiology**, [S.l.], v. 72, n. 7, p.1032-1043, 2012.

SOUSA, A.D.P.; CÁRDENAS, C.J. de. Estudo sobre a incidência de pessoas idosas com deficiência, com enfoque na cor, raça e sexo, nos dados do censo IBGE/2010. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 378-388, 2015.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2019. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2019.

TROMBLY, C.A.; RADOMSKI, M.V. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Santos, 2005.

VALLS, Álvaro L. M. **O Que é Ética**. Porto Alegre: Brasiliense, 1994. 177 p. (Coleção Primeiros Passos).

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 38. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.