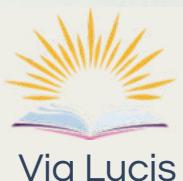


# CUIDADOR DE IDOSO

2<sup>A</sup> EDIÇÃO



SÔNIA MARIA LEOPIZE TAKANO  
JOSIANE RAMOS GARCIA RODRIGUES  
VANESSA A. SANCHES CAMPASSI DE OLIVEIRA



# CUIDADOR DE IDOSO

Guia Prático para o Cuidado Domiciliar

2<sup>a</sup> Edição Revisada e Ampliada

SÔNIA MARIA LEOPIZE TAKANO

JOSIANE RAMOS GARCIA RODRIGUES

VANESSA APARECIDA SANCHES CAMPASSI DE OLIVEIRA

Editora Via Lucis

Garça - SP

2025

# CUIDADOR DE IDOSO

Guia Prático para o Cuidado Domiciliar

2<sup>a</sup> Edição Revisada e Ampliada

SÔNIA MARIA LEOPIZE TAKANO

JOSIANE RAMOS GARCIA RODRIGUES

VANESSA APARECIDA SANCHES CAMPASSI DE OLIVEIRA

*Manual técnico-científico destinado à capacitação de cuidadores formais e informais, familiares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado domiciliar de pessoas idosas. Esta segunda edição apresenta conteúdo ampliado e atualizado com base nas mais recentes evidências científicas e práticas clínicas.*

Editora Via Lucis

Garça - SP

2025

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T136m Takano, Sônia Maria Leopize

Manual do cuidador de idosos : guia prático para  
o cuidado domiciliar / Sônia Maria Leopize Takano, Josiane  
Ramos Garcia Rodrigues, Vanessa Aparecida Sanches Campassi  
de Oliveira. – 2. ed. rev. e ampl. – Garça (SP): Via Lucis, 2025.

136 p. : il.

E-book (PDF)

ISBN: 978-65-988917-1-8

1. Envelhecimento. 2. Cuidador de idosos. 3. Assistência  
domiciliar. 4. Geriatria. 5. Enfermagem geriátrica. 6. Cuidados de  
enfermagem. 7. Saúde do idoso. I. Rodrigues, Josiane Ramos  
Garcia. II. Oliveira, Vanessa Aparecida Sanches Campassi de. III.  
Título.

CDD 610.73

CDU 616-083-053.9

© 2025 – Editora Via Lucis



CNPJ: 62.114.968/0001-04  
Telefone: +55 (14) 99131-5232  
e-mail: [editoravialucis@gmail.com](mailto:editoravialucis@gmail.com)

**Autoras:**

Sônia Maria Leopize Takano  
Josiane Ramos Garcia Rodrigues  
Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira

Editor: Alexandre de Araújo Lamattina  
Projeto Gráfico: Alexandre de Araújo Lamattina  
Revisão: Os autores

**Conselho Editorial:**

Me. Caroline Tirolla de Oliveira  
Me. Euzemar Florentino Junior  
Me. Carlos Eduardo Paulino  
Esp. Aloísio Pinto  
Esp. Alexandre de Araújo Lamattina  
Esp. Ismael Rodrigues Conde  
Esp. Adriana Ramos Pires

## **APRESENTAÇÃO DA SEGUNDA EDIÇÃO**

A primeira edição deste Manual do Cuidador de Idosos, publicada em 2021, foi bem recebida por profissionais de saúde, cuidadores formais e famílias. A experiência acumulada durante esses anos, aliada ao feedback dos leitores, motivou o desenvolvimento desta segunda edição substancialmente ampliada e atualizada.

Esta nova versão, significativamente expandida, incorporou conteúdo científico atualizado através de revisão sistemática da literatura nacional e internacional (2020-2024), incluindo evidências sobre cuidado domiciliar, envelhecimento e segurança do paciente. Foram incluídos novos capítulos sobre segurança do paciente domiciliar, manejo de dispositivos médicos, prevenção de quedas, comunicação com equipes de saúde e cuidado familiar sistêmico. A fundamentação legal foi atualizada com discussões sobre regulamentação profissional, direitos trabalhistas e responsabilidades éticas. Recursos didáticos como figuras, protocolos estruturados e instrumentos de avaliação prática foram incorporados para facilitar a aplicação dos conhecimentos.

O envelhecimento populacional brasileiro é realidade crescente. Projeções do IBGE indicam que em 2060, 25% da população terá mais de 65 anos. Esta transição demográfica exige preparação adequada dos cuidadores, que desempenham papel central na manutenção da qualidade de vida dos idosos.

A obra destina-se a cuidadores formais e informais, estudantes da área da saúde, profissionais de saúde e gestores envolvidos no

cuidado domiciliar. O desenvolvimento baseou-se em revisão bibliográfica sistemática, consulta a especialistas em gerontologia e coleta de experiências de cuidadores em exercício, combinando rigor científico com aplicabilidade prática.

Nossa expectativa é que esta edição contribua para a qualificação do cuidado domiciliar no Brasil, servindo como instrumento técnico confiável e acessível para todos os envolvidos no processo de cuidar.

#### As Autoras

Garça, São Paulo, 2025.

## **LISTA DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Dimensões do Cuidar e o Papel do Cuidador.....                                  | 20 |
| Figura 2. Dimensões e Perfil Ideal do Cuidador. ....                                      | 21 |
| Figura 3. Dimensões Interdependentes do Cuidado Humano....                                | 24 |
| Figura 4. Cuidador Formal e Cuidador Informal: contrastes e complementaridades. ....      | 26 |
| Figura 5. Evolução do Cuidador Formal: Marcos, Atuação e Competências.....                | 27 |
| Figura 6. Marco Regulatório do Cuidador de Idosos no Brasil: Entre Lacunas e Avanços..... | 30 |
| Figura 7. Escala de Sobrecarga do Cuidador: do Estresse Leve à Exaustão.....              | 36 |
| Figura 8. Pilares do Autocuidado do Cuidador.....   | 38 |
| Figura 9. A Doença como Repercussão Sistêmica na Família.....                             | 40 |
| Figura 10. Diversidade de Configurações Familiares e Desafios no Cuidado.....             | 42 |
| Figura 11. Estratégias de Preservação da Saúde do Cuidador e Prevenção da Sobrecarga..... | 46 |
| Figura 12. : Arquitetura do Sono e Alterações com o Envelhecimento.....                   | 48 |
| Figura 13. Rotina Pré-Sono como Estratégia de Higiene do Sono. ....                       | 51 |
| Figura 14. Diário do Sono como Ferramenta de Avaliação da Qualidade do Descanso .....     | 53 |

|   |    |
|---|----|
| Figura 15. Demonstração de diferentes posições de conforto para pessoas com limitações.....   | 54 |
| Figura 16. Manejo da Resistência ao Cuidado e Adaptação do Ambiente Domiciliar.....   | 60 |
| Figura 17. Manejo Especializado da Incontinência e Prevenção de Complicações Cutâneas.....  | 62 |
| Figura 18. Técnicas de Banho no Cuidado Domiciliar: Comparação entre Banho de Chuveiro e Banho no Leito;.....   | 63 |
| Figura 19. Técnicas de Higiene Oral Assistida e sua Relevância Sistêmica.....   | 65 |
| Figura 20. Avaliação e Monitoramento Sistemático da Pele.....   | 68 |
| Figura 21. Fases da deglutição normal em contraste com a disfágica, destacando riscos de aspiração, sinais de alerta (tosse, engasgo, voz úmida) e consequências potenciais, como pneumonia aspirativa e desnutrição..... | 72 |
| Figura 22. Pirâmide alimentar adaptada para idosos. ....  | 74 |
| Figura 23. Demonstração de posicionamento correto para alimentação.....   | 76 |
| Figura 24. Modelo do “Queijo Suíço” adaptado ao ambiente domiciliar.....  | 83 |
| Figura 25. Classificação de dispositivos médicos por risco.....   | 91 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

CID - Classificação Internacional de Doenças

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

REM - Rapid Eye Movement (Movimento Rápido dos Olhos)

SBAR - Situation, Background, Assessment, Recommendation

SUS - Sistema Único de Saúde

TUG - Timed Up and Go Test

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

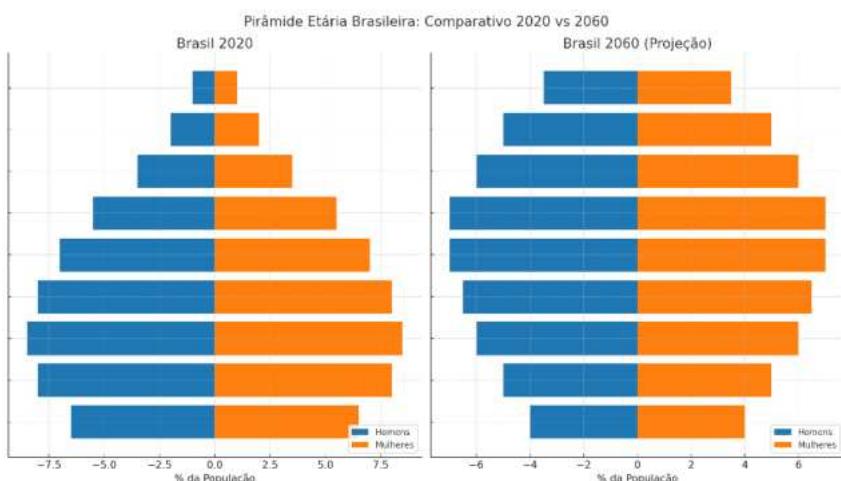
## **SUMÁRIO**

|  |     |
|--|-----|
| Introdução.....  | 11  |
| 1. Hábito de vida saudável e o envelhecer com saúde..... | 14  |
| 2. O que é cuidado e cuidar?.....                        | 19  |
| 3. Cuidador formal e informal.....                       | 24  |
| 4. Referências do cuidador para a equipe de saúde.....   | 35  |
| 6. Relação do cuidador com a família.....                | 40  |
| 7. Cuidado com sono e repouso.....                       | 48  |
| 8. Cuidados com a higiene pessoal .....                  | 58  |
| 9. Cuidados com a alimentação.....                       | 71  |
| 10. Segurança do paciente para o cuidado domiciliar..... | 82  |
| 11. Cuidados com dispositivos.....                       | 91  |
| 12. Cuidados com a medicação .....                       | 102 |
| 13. Cuidados para evitar quedas.....                     | 112 |
| Conclusão.....   | 124 |
| Referências.....   | 126 |

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa uma das mais significativas transformações demográficas do século XXI. No Brasil, as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que, em 2060, cerca de 25% da população terá mais de 65 anos de idade, momento em que o país terá mais idosos do que crianças (IBGE, 2018). Esta transição demográfica, resultante da melhoria das condições sanitárias, do acesso a bens e serviços de saúde e do avanço da medicina, conduziu ao crescimento expressivo de pessoas dependentes no autocuidado.

Figura 1. Pirâmide etária brasileira, comparativo 2020 vs 2060.



Fonte: elaborado pelas autoras

A longevidade da população brasileira trouxe consigo novos desafios para o sistema de saúde e para as famílias. Segundo a

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), o envelhecimento ativo e saudável deve ser uma prioridade de saúde pública, mas nem sempre é possível manter a independência funcional ao longo dos anos. Neste contexto, o apoio de um cuidador familiar ou informal torna-se indispensável para garantir a qualidade de vida e a dignidade da pessoa idosa (Lacerda, 2010).

Estudos demonstram que muitos familiares assumem o papel de cuidador sem estar adequadamente habilitados para a produção dos cuidados que serão dispensados cotidianamente (Carvalho et al., 2015). Esta situação pode gerar sobrecarga física e emocional tanto para o cuidador quanto para a pessoa cuidada, além de comprometer a qualidade da assistência prestada (Maronesi et al., 2014).

O cuidador, seja ele formal ou informal, desempenha papel fundamental na manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa. Conforme estabelecido pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5162-20, o cuidador em saúde deve zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (Brasil, 2002).

Para que esta assistência seja efetiva e segura, o cuidador deve ser comprometido com a melhora do quadro da pessoa idosa, proporcionando um tratamento respeitoso, afetuoso e educativo. É essencial que possua conhecimentos básicos de saúde e higiene para promover um ambiente saudável, seguro e acolhedor (Kawasaki; Diogo, 2001).

A atenção domiciliar, preconizada pelo Ministério da Saúde através do Programa Melhor em Casa, representa uma estratégia importante para a desospitalização e humanização do cuidado. Contudo, sua implementação exitosa depende diretamente da capacitação adequada dos cuidadores e da estruturação de redes de apoio que garantam a continuidade e qualidade da assistência (BRASIL, 2016).

Diante deste cenário, torna-se imperativa a elaboração de materiais educativos que orientem e capacitem cuidadores para o exercício de suas funções de forma segura e eficaz. Este manual tem como objetivo fornecer subsídios teóricos e práticos para cuidadores formais e informais, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado à pessoa idosa no ambiente domiciliar.

## **1. HÁBITO DE VIDA SAUDÁVEL E O ENVELHECER COM SAÚDE**

A promoção de hábitos de vida saudáveis constitui um dos pilares fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) define o envelhecimento ativo como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Não se trata apenas de prolongar os anos de vida, mas de ampliar o tempo em que a pessoa permanece autônoma, engajada socialmente e satisfeita com sua existência.

Para que tenhamos uma vida saudável, é preciso muito mais do que boa alimentação e prática de exercícios físicos. A qualidade de vida envolve um conjunto amplo de dimensões: o bem-estar físico, mental, emocional, psicológico e espiritual, o cultivo de relacionamentos significativos com familiares e amigos, a segurança de uma moradia digna, o acesso a saneamento básico e a oportunidades educacionais. Neste sentido, saúde não se restringe à ausência de doenças, mas se configura como a vivência de um estado integral de bem-estar, como já afirmavam Papalia, Olds e Feldman (2006).

Pesquisas recentes reforçam essa perspectiva. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a expectativa de vida no Brasil já ultrapassa os 76 anos, e em 2060

cerca de um quarto da população terá mais de 65 anos. Isso significa que o país viverá uma transição demográfica sem precedentes, com mais idosos do que crianças. Preparar-se para envelhecer com saúde, portanto, não é apenas uma responsabilidade individual, mas um desafio social e cultural que exige escolhas conscientes ao longo de toda a vida.

O primeiro passo para esse envelhecimento exitoso é a incorporação de práticas cotidianas que comprovadamente reduzem o risco de doenças crônicas não transmissíveis.

## Sete Pilares para um Envelhecimento Saudável

### Estilo de Vida

Alimentação, hidratação, sono, evitar tabaco/álcool.

### Atividade Física e Lazer

Caminhada, dança, esportes, alongamentos.

### Trabalho e Rotina

Equilíbrio vida pessoal/profissional, férias, ambiente saudável.

### Fotoproteção

Sol nos horários corretos, protetor solar, roupas e óculos.

### Relacionamentos Sociais

Vínculos familiares, amizades, comunidade.

### Saúde Mental e Espiritual

Meditação, fé, grupos de apoio, estratégias de enfrentamento.

### Educação Continuada

Estudo, leitura, aprendizado ao longo da vida.

Alimentar-se de maneira equilibrada, evitar o tabagismo, consumir álcool com moderação, manter um padrão regular de

sono e dedicar tempo ao lazer e ao convívio social são atitudes simples que produzem efeitos profundos na qualidade de vida. Imagine, por exemplo, uma senhora de 70 anos que, após iniciar caminhadas matinais no bairro e participar de um grupo de dança comunitária, percebeu melhora no humor, maior disposição para as tarefas diárias e a redescoberta de amizades que a afastaram do isolamento. Pequenas decisões podem transformar trajetórias inteiras.

Outro aspecto essencial é a relação entre saúde e ambiente de trabalho. O espaço laboral pode ser fonte de realização, mas também de estresse crônico e adoecimento precoce. Por isso, programar férias anuais, estabelecer limites entre vida profissional e pessoal e adotar técnicas de relaxamento são medidas que preservam não apenas a longevidade, mas também a qualidade do tempo vivido.

A prática regular de atividades físicas se destaca entre os fatores mais decisivos para um envelhecimento saudável. Evidências científicas demonstram benefícios físicos como controle do peso, regulação da glicemia e da pressão arterial, aumento da densidade mineral óssea e incremento da resistência cardiorrespiratória. Além disso, os ganhos psicossociais são expressivos: redução da ansiedade e da depressão, melhora da qualidade do sono, manutenção da autonomia funcional e prevenção do isolamento social (WHO, 2020). Caminhar diariamente, optar por escadas em vez de elevadores, participar de atividades coletivas como dança ou natação e reservar momentos para o convívio ao ar livre são práticas acessíveis e eficazes.

A fotoproteção adequada também integra esse conjunto de medidas. A exposição controlada ao sol é necessária para a síntese de vitamina D, mas o excesso de radiação ultravioleta acelera o envelhecimento da pele e aumenta o risco de câncer cutâneo. Evitar horários de pico, usar protetor solar de fator mínimo 30, óculos escuros e roupas adequadas são cuidados preventivos indispensáveis.

Outro pilar é a alimentação equilibrada, que vai além de evitar alimentos ultraprocessados. O ideal é cultivar uma relação consciente com a comida, escolhendo frutas, legumes e verduras variados, mantendo a hidratação adequada e realizando as refeições em ambientes tranquilos, sem distrações. Uma refeição em família, por exemplo, pode nutrir não apenas o corpo, mas também a alma, fortalecendo vínculos e criando memórias afetivas que dão sentido à vida.

Contudo, envelhecer com saúde não é apenas uma questão de corpo, mas também de mente e de espírito. Pesquisas longitudinais apontam sete fatores principais associados ao envelhecimento bem-sucedido: ausência do tabagismo, estratégias adequadas de enfrentamento, consumo responsável de álcool, manutenção do peso corporal adequado, relacionamentos afetivos estáveis, prática regular de atividade física e educação continuada ao longo da vida. A esses fatores, poderíamos acrescentar a busca de propósito e sentido, dimensão muitas vezes negligenciada, mas decisiva. Viktor Frankl já lembrava que a saúde integral não se sustenta sem um horizonte de significado. Para muitos, isso se traduz em espiritualidade, fé, participação comunitária ou voluntariado,

caminhos que alimentam a esperança e fortalecem a resiliência diante dos desafios da velhice.

Assim, o envelhecimento saudável é resultado de um conjunto de escolhas e comportamentos que se acumulam ao longo de toda a vida. Cada decisão — seja uma caminhada diária, uma refeição equilibrada, um diálogo sincero ou um gesto de solidariedade — contribui para a construção de uma velhice plena de dignidade e alegria. Envelhecer bem não é destino reservado a poucos, mas possibilidade aberta a todos que compreendem que saúde é um projeto diário de cuidado de si e do outro.

Portanto, falar de hábitos de vida saudáveis é também falar de compromisso com a vida em sua totalidade. O envelhecimento ativo exige disciplina, mas também leveza; requer cuidados objetivos, mas também vínculos afetivos; demanda ciência, mas também sabedoria. E, à medida que avançamos nos próximos capítulos, veremos que esse projeto não se realiza sozinho: envolve cuidadores formais e informais, famílias, comunidades e políticas públicas. Envelhecer com saúde é caminhar de mãos dadas, transformando o cuidado em prática de humanidade compartilhada.

## **2. O QUE É CUIDADO E CUIDAR?**

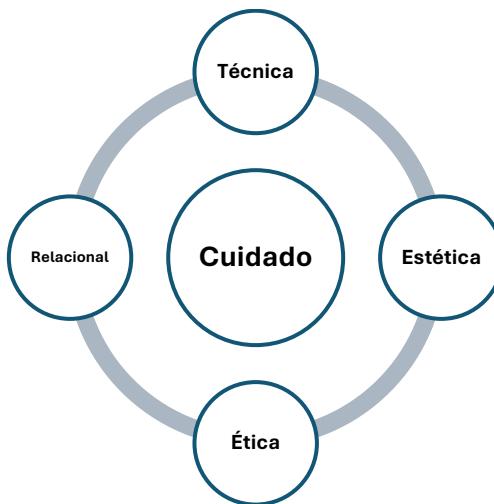
O cuidado constitui uma dimensão essencial da experiência humana. Ele atravessa todas as relações, desde o nascimento até a finitude, e representa uma necessidade fundamental em cada etapa do ciclo vital. Como lembra Boff (2012), o cuidado é mais do que um simples ato: trata-se de uma atitude permanente, que expressa zelo, responsabilidade, preocupação e envolvimento afetivo com o outro. Na área da saúde, esse conceito ultrapassa o âmbito técnico e procedimental, integrando aspectos éticos, relacionais e humanísticos. Waldow (2006) o descreve como uma forma de ser, de se relacionar e de agir: uma postura estética e ética diante do mundo e um compromisso profundo com o bem-estar do outro e de si mesmo.

Cuidar é um ato intencional que busca promover, manter ou restaurar a saúde e a dignidade. Significa estar presente, oferecer atenção, precaução e carinho, reconhecer o outro em sua vulnerabilidade e assumir a responsabilidade de ajudá-lo a viver com mais conforto e segurança. Collière (1999) observa que cuidar implica servir: colocar a serviço do próximo os talentos, habilidades e escolhas do cuidador, de forma concreta e sistematizada, reconhecendo os gestos, as falas, as dores, as necessidades visíveis e invisíveis da pessoa cuidada.

Esse processo se desdobra em múltiplas dimensões (Figura 1). A dimensão técnica exige conhecimento científico e habilidade

para procedimentos seguros. A dimensão relacional supõe a construção de vínculos terapêuticos, pautados pela comunicação eficaz e pelo respeito mútuo. A dimensão ética envolve reconhecer a autonomia, a dignidade e os direitos de cada indivíduo. Há ainda a dimensão estética, que requer sensibilidade e criatividade para responder de modo humanizado às necessidades singulares. Cuidar, portanto, é sempre mais do que executar técnicas: é conjugar ciência, sensibilidade e compromisso.

Figura 2. Dimensões do Cuidar e o Papel do Cuidador.



Fonte: elaborado pelas autoras.

O cuidador, figura central nesse processo, foi oficialmente descrito na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO 5162-20) como a pessoa que, em domicílios ou instituições, zela pela saúde, higiene, alimentação, lazer e bem-estar da pessoa assistida (BRASIL, 2002). Pode ser um familiar ou membro da comunidade, um profissional contratado ou voluntário, e sua presença revela a amplitude do conceito: cuidar não é apenas função profissional, mas missão humana.

O perfil ideal desse cuidador combina características pessoais e técnicas (Duarte et al., 2012) (Figura 2). Entre as primeiras, destacam-se solidariedade, empatia, boa saúde física e mental, senso de responsabilidade e motivação genuína para o cuidado. Entre as segundas, estão conhecimentos básicos sobre saúde e doença, habilidades para higiene e conforto, atenção a sinais clínicos, administração segura de medicamentos e comunicação clara. Esse conjunto de competências sustenta uma prática qualificada e segura.

Figura 3. Dimensões e Perfil Ideal do Cuidador.



Fonte: elaborado pelas autoras.

A descrição ocupacional do cuidador em saúde amplia esse papel: cuidar de pessoas em diferentes fases da vida, promover higiene e alimentação, apoiar em atividades externas, auxiliar na administração de medicamentos e observar alterações no estado geral. A formação mínima, ainda heterogênea, varia do ensino

fundamental ao médio, sendo cada vez mais valorizada a qualificação específica. O exercício pode ser autônomo ou assalariado, em instituições ou residências, com horários variados e, não raramente, sob situações de alta demanda emocional.

Apesar de reconhecida pela CBO, a profissão de cuidador ainda não foi regulamentada por lei federal. O Projeto de Lei 284/2011, aprovado no Senado e em análise na Câmara, busca estabelecer requisitos de formação, atribuições e código de ética (BRASIL, 2011). Enquanto isso, os cuidadores contratados em âmbito domiciliar são legalmente enquadrados como empregados domésticos pela Lei Complementar 150/2015, o que lhes assegura direitos como registro em carteira, jornada regulada, férias, 13º, FGTS, INSS, adicional noturno e demais garantias trabalhistas.

O cuidado, porém, não se limita ao corpo. Ele deve considerar a totalidade da pessoa cuidada. Silva e Santos (2010) sublinham a importância de uma visão integral: atender às necessidades físicas, mas também às emocionais, sociais, espirituais e culturais. Isso significa aliviar a dor, oferecer conforto e mobilidade, mas também acolher medos, estimular vínculos, respeitar valores e tradições, preservar a autonomia e sustentar a dignidade em cada gesto.

Os princípios que norteiam essa prática são claros: individualizar o cuidado segundo cada história de vida; manter integralidade, abordando o ser humano em todas as suas dimensões; garantir continuidade e consistência nas intervenções; preservar a dignidade; respeitar a autonomia; praticar a beneficência e evitar todo mal desnecessário. É nesse horizonte ético que o cuidado se afirma como compromisso.

Por fim, o ato de cuidar possui também caráter transformador. Ayres (2004) recorda que, quando praticado de forma reflexiva e criativa, o cuidado transforma tanto quem cuida quanto quem é cuidado. O cuidador desenvolve novas percepções, amplia sua capacidade de empatia e encontra soluções inovadoras para desafios cotidianos. Ao mesmo tempo, a pessoa cuidada experimenta não apenas alívio e assistência, mas também reconhecimento, acolhimento e esperança. O cuidado, assim, revela-se como uma arte: a arte de conjugar conhecimento técnico, sensibilidade humana e ética relacional, aprimorada pelo estudo, pela prática e pela reflexão contínua.

### **3. CUIDADOR FORMAL E INFORMAL**

O cuidado representa uma das expressões mais fundamentais da natureza humana, constituindo não apenas uma necessidade biológica, mas um fenômeno social complexo que permeia todas as dimensões da vida em comunidade. Como seres intrinsecamente sociais, carregamos uma dualidade inevitável e complementar: de um lado, a vulnerabilidade que nos torna dependentes de cuidados em diferentes momentos da vida; de outro, a capacidade inata e aprendida de ofertar cuidado compassivo ao próximo. Esta condição elementar tornou-se fundamento organizador de nossas sociedades e da estruturação dos sistemas de assistência em saúde (Leininger, 1991).

Figura 4. Dimensões Interdependentes do Cuidado Humano



Fonte: Leininger (1991).

Para que o ato de cuidar transcendia a mera execução de tarefas e se tornasse verdadeiramente eficaz e transformador, é indispensável que quem cuida desenvolva profundo autoconhecimento: reconhecer honestamente seus próprios limites e potencialidades, admitir com humildade quando precisa de apoio e orientação, e aprender, com sensibilidade crescente e atenção genuína, a conhecer integralmente a pessoa cuidada em suas múltiplas dimensões. Este encontro de reciprocidade constitui a base fundamental de um cuidado verdadeiramente humanizado e mutuamente transformador (Watson, 2002).

Cuidar eficazmente exige muito mais que domínio técnico ou conhecimento procedural. Mayeroff (1971) identifica atitudes fundamentais que sustentam a prática excelente do cuidado: a empatia, capacidade de compreender profundamente e compartilhar os sentimentos da pessoa cuidada; o respeito, que reconhece incondicionalmente a dignidade e individualidade únicas; a atenção plena, que se concentra genuinamente nos sinais sutis e necessidades expressas ou não verbalizadas; o envolvimento autêntico, que se traduz em compromisso ativo e sustentado; a disponibilidade afetiva, que abre espaço emocional para construção de vínculos terapêuticos significativos; e a tolerância compassiva, que oferece paciência genuína diante de resistências, limitações e comportamentos desafiadores.

Essas qualidades essenciais não podem ser completamente apreendidas através de manuais ou cursos teóricos: são desenvolvidas e refinadas na prática cotidiana, no processo contínuo de transformar experiência vivida em sabedoria aplicada, como magistralmente destaca Benner (2001) em seus estudos sobre desenvolvimento de expertise em cuidado.

Figura 5. Cuidador Formal e Cuidador Informal: contrastes e complementariedades.

|  |  |
|---|---|
| CUIDADOR FORMAL   | CUIDADOR INFORMAL   |
| Contratado para prestar cuidados profissionais ao paciente                        | Parente, amigo ou voluntário que cuida por vínculo pre-existente                  |
| Treinamento, habilidades técnicas   | Conhecimento íntimo, suporte emocional  |
| Despersonalização, custo  | Sobrecarga, desgaste emocional  |
| Treinamento formal em cuidados de saúde   | Sem formação específica em cuidados   |
| Profissional, serviço remunerado  | Afetivo, voluntário ou não remunerado   |
| Responsabilidade legal, direitos trabalhistas                                     | Responsabilidade moral, desproteção legal   |
| Combinados podem proporcionar um cuidado integral em rede                         |   |

Fonte: as autoras,

Nesse contexto multifacetado, distinguem-se duas grandes categorias de cuidadores — informais e formais —, ambas absolutamente essenciais para um sistema de cuidado eficaz, mas com características distintas, desafios específicos e marcos regulatórios diferenciados (Karsch, 2003).

O cuidador informal caracteriza-se como pessoa que já mantém vínculo afetivo preestabelecido com a pessoa cuidada — geralmente familiar direto, vizinho próximo ou amigo íntimo. Sua motivação é predominantemente altruísta, agindo de forma voluntária, sem expectativa de remuneração financeira e frequentemente sem treinamento técnico formal prévio, desenvolvendo competências através da experiência prática e aprendizado empírico.

No contexto brasileiro, aproximadamente 90% dos cuidadores de pessoas idosas são informais, sendo a significativa maioria

constituída por mulheres, com idade média de 52 anos, predominantemente filhas adultas ou cônjuges, refletindo padrões culturais profundamente arraigados sobre responsabilidades familiares e papéis de gênero (Gratão et al., 2013).

Esta predominância do cuidado informal, embora culturalmente valorizada, traz consigo desafios substanciais e multidimensionais: sobrecarga física progressiva devido ao desgaste corporal, sobrecarga emocional relacionada ao estresse crônico e responsabilidade constante, dificuldade crítica em conciliar vida pessoal com demandas do cuidado, impacto financeiro direto e indireto (perda de renda, gastos adicionais), risco elevado de isolamento social e deterioração de redes de apoio pessoais, negligência do próprio autocuidado e saúde, e desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos.

Essa realidade evidencia a necessidade urgente de suporte técnico especializado, apoio psicológico estruturado, e políticas públicas que reconheçam e amparem adequadamente esses cuidadores informais.

Figura 6. Evolução do Cuidador Formal: Marcos, Atuação e Competências.

| MARCOS REGULATÓRIOS                               | MODALIDADES DE ATUAÇÃO  | COMPETÊNCIAS   |
|---|---|--|
| <b>2022</b><br>CBO 5162-F2<br>“Cuidador de Idoso” | <b>INTERNATO</b><br>Permanência continua com períodos de folga          | Higiene, mobilidade, segurança   |
| <b>2011</b><br>CONAEI<br>Resolução N.º 5          | <b>REVEZAMENTO</b><br>Cobertura alternada entre dois ou mais cuidadores | Sinais e sintomas de alerta<br>Disfagia, eliminação, medicação<br>Primeiros socorros |
| <b>2022</b><br>Lei N.º11838                       | <b>HORÁRIOS ESPECÍFICOS</b><br>Turnos fixos de acordo com carga horária | <b>INTEGRAÇÃO EM EQUIPES MULTIDISCIPLINARES</b>                                      |
|   | <b>ECONÓMICAS</b>   | Enfermagem<br>Fisioterapia<br>Medicina<br>Serviço Social                             |

Fonte: elaborado pelas autoras.

O cuidador formal caracteriza-se como profissional especificamente preparado e dedicado à função de cuidar, estabelecendo relação contratual remunerada e protegida por legislação trabalhista. Possui formação técnica específica ou experiência comprovada documentalmente, recebe supervisão profissional regular, e mantém limites claramente definidos entre vida pessoal e responsabilidades profissionais.

A atuação do cuidador formal manifesta-se em diferentes modalidades organizacionais: regime de internato, residindo temporariamente com a família durante períodos determinados; sistema de revezamento, compartilhando responsabilidades em turnos com outros profissionais; horários específicos, atuando conforme necessidades pontuais ou rotinas estabelecidas; ou acompanhamento hospitalar, prestando cuidados especializados em ambiente institucional durante internações.

O cuidador formal oferece vantagens distintas: maior previsibilidade e confiabilidade nos cuidados, segurança técnica baseada em formação estruturada, conhecimento de protocolos e procedimentos padronizados, capacidade de reconhecer sinais de alerta precocemente, habilidade de comunicação com profissionais de saúde, e disponibilidade emocional menos comprometida por vínculos afetivos intensos.

Importante ressaltar que o cuidador formal não substitui o cuidador informal, mas complementa e enriquece uma rede de cuidado mais ampla, robusta e sustentável.

## **Contexto Demográfico e Projeções Futuras**

O mercado de cuidadores experimenta crescimento exponencial, impulsionado por transformações demográficas e sociais profundas: acelerado envelhecimento populacional, aumento significativo da expectativa de vida, redução drástica das taxas de fecundidade, crescente inserção da mulher no mercado de trabalho formal, mudanças na estrutura familiar tradicional, e preferência social crescente pelo cuidado domiciliar em contraposição à institucionalização (Camarano; Mello, 2010).

Projeções oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) indicam que, em 2060, aproximadamente 25% da população brasileira terá mais de 65 anos — configurando um cenário demográfico onde haverá numericamente mais idosos que crianças. Esta transformação representa mudança estrutural sem precedentes na história nacional, com impacto direto e exponencial na demanda por serviços especializados de cuidado.

A transição demográfica acelerada traz desafios complexos: necessidade de formação massiva de cuidadores qualificados, desenvolvimento de infraestrutura adequada, criação de políticas públicas específicas, estabelecimento de marcos regulatórios consistentes, e estruturação de sistemas de financiamento sustentáveis para famílias de diferentes classes socioeconômicas.

## **Marco Regulatório: Entre Lacunas e Avanços**

A trajetória de regulamentação da profissão de cuidador de idosos no Brasil tem se construído de forma gradual e ainda incompleta. Desde o Projeto de Lei nº 284/2011, passando pela

conquista de direitos garantidos em 2015 e pela definição de obrigações patronais, observa-se avanço significativo na proteção legal e trabalhista. Contudo, permanecem lacunas importantes, especialmente no que se refere a uma regulamentação específica e abrangente, cuja apreciação ainda está pendente no Legislativo. Esse percurso revela tanto o reconhecimento crescente da relevância social do cuidador quanto a urgência de políticas que consolidem definitivamente sua atuação profissional.

Figura 7. Marco regulatório do cuidador de idosos no Brasil: entre lacunas e avanços.



Fonte: elaborado pelas autoras.

Do ponto de vista legal, a profissão de cuidador encontra-se em situação peculiar e em processo de evolução. Embora esteja oficialmente incluída no Código Brasileiro de Ocupações (CBO 5162-10), ainda não possui regulamentação federal específica abrangente.

Tramita desde 2011 o Projeto de Lei nº 284, já aprovado no Senado Federal e atualmente em análise na Câmara dos Deputados. Este projeto prevê estabelecimento de requisitos mínimos de formação, definição clara de atribuições profissionais, criação de

código de ética específico, implementação de mecanismos de fiscalização, e garantia formal de direitos profissionais.

Até que a regulamentação específica se concretize, cuidadores contratados por famílias enquadram-se juridicamente como empregados domésticos, sendo regidos pela Lei Complementar nº 150/2015. Esta legislação assegura direitos trabalhistas fundamentais: registro obrigatório em carteira de trabalho, jornada de trabalho limitada e controlada, pagamento de horas extras quando aplicável, concessão de férias anuais remuneradas, décimo terceiro salário, recolhimento de Fundo de Garantia (FGTS), contribuições previdenciárias (INSS), vale transporte, licenças maternidade e paternidade, adicional noturno quando pertinente, estabilidade durante gestação, e direito ao seguro-desemprego em casos de dispensa sem justa causa.

Aos empregadores correspondem obrigações específicas e inescapáveis: registro formal e anotações em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), pagamento pontual e integral do salário acordado, recolhimento rigoroso de encargos sociais via sistema eSocial, concessão adequada de períodos de férias, manutenção de ambiente de trabalho seguro e saudável, e cumprimento de todas as normativas trabalhistas aplicáveis.

### **Perspectivas Futuras: Profissionalização e Inovação**

As perspectivas para o setor apontam inequivocamente para crescente profissionalização, com expansão significativa de cursos técnicos especializados, programas de certificação reconhecidos, especializações em diferentes áreas de cuidado, e implementação de programas estruturados de educação continuada que

mantenham profissionais atualizados com melhores práticas e conhecimentos emergentes.

Paralelamente, emerge uma revolução tecnológica que está redesenhando fundamentalmente a prática do cuidado: dispositivos sofisticados de monitoramento remoto de sinais vitais, tecnologias assistivas inovadoras para diferentes limitações, ferramentas digitais de gestão e comunicação, expansão da telemedicina e consultas virtuais, sistemas de inteligência artificial para suporte diagnóstico, e integração crescente com redes digitalizadas de sistemas de saúde.

Essas transformações tecnológicas exigem dos profissionais desenvolvimento de novas competências: literacia digital básica, capacidade de utilização de dispositivos eletrônicos especializados, habilidades de comunicação através de plataformas digitais, compreensão de sistemas de informação em saúde, e flexibilidade constante para adaptação a inovações tecnológicas emergentes.

Simultaneamente, delineia-se papel crescentemente importante das políticas públicas, com desenvolvimento de iniciativas de qualificação profissional subsidiadas, criação de linhas de crédito específicas para famílias, implementação de benefícios fiscais para contratação de cuidadores, estabelecimento de certificações de qualidade para profissionais e serviços, e integração progressiva com o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Modelos Integrativos de Cuidado**

O modelo mais eficaz de cuidado reconhece a complementaridade natural entre cuidadores formais e informais,

onde cada tipo contribui com suas forças específicas: o cuidador informal oferece conhecimento íntimo da pessoa cuidada, vínculos afetivos estáveis, continuidade emocional, e motivação intrínseca sustentada; o cuidador formal contribui com conhecimento técnico especializado, objetividade profissional, capacidade de reconhecimento precoce de alterações clínicas, e disponibilidade emocional preservada.

A construção de redes de cuidado verdadeiramente sustentáveis requer: articulação efetiva entre diferentes tipos de cuidadores, comunicação estruturada entre todos os envolvidos, definição clara de papéis e responsabilidades, sistemas de apoio mútuo, e integração com serviços de saúde especializados.

### **Formação e Desenvolvimento Profissional**

A formação de cuidadores, tanto formais quanto informais, deve abranger competências técnicas (conhecimentos em saúde, procedimentos básicos, uso de equipamentos), competências relacionais (comunicação eficaz, empatia, resolução de conflitos), competências éticas (respeito à dignidade, confidencialidade, autonomia), e competências de autocuidado (manejo do estresse, prevenção de burnout, manutenção da própria saúde).

Programas de educação continuada devem incluir: atualizações técnicas regulares, discussão de casos clínicos, desenvolvimento de habilidades relacionais, suporte psicológico para cuidadores, e integração de novas tecnologias e práticas baseadas em evidência.

### **Possibilidade futuras**

O futuro do cuidado, englobando tanto as modalidades formal quanto informal, configura-se como um campo simultaneamente

desafiador e repleto de oportunidades transformadoras. Os desafios são substanciais: necessidade de superar lacunas regulatórias persistentes, evitar a precarização sistemática do trabalho de cuidado, oferecer suporte adequado e sustentável a cuidadores sobre carregados, e desenvolver modelos de financiamento acessíveis para diferentes estratos socioeconômicos.

As oportunidades são igualmente significativas: possibilidade de consolidar um modelo inovador de atenção que integre harmoniosamente qualidade técnica, profunda humanização, e sustentabilidade econômica — condição essencial para o bem-estar da crescente população que envelhece e para a preservação da dignidade tanto daqueles que cuidam quanto dos que recebem cuidados.

A evolução do setor de cuidados demanda visão sistêmica que reconheça a interdependência entre aspectos técnicos, relacionais, éticos, econômicos e sociais. O sucesso dessa transformação dependerá da capacidade de desenvolver soluções integradas que valorizem tanto a expertise técnica quanto a dimensão humana do cuidado, criando um ecossistema sustentável que beneficie todos os envolvidos.

O cuidado do futuro será, necessariamente, um cuidado que honre tanto a ciência quanto a arte de cuidar, reconhecendo que por trás de cada procedimento técnico existe uma pessoa única, com sua história, desejos e dignidade inalienável. Essa perspectiva integral representa não apenas uma necessidade prática diante do envelhecimento populacional, mas um imperativo ético para a construção de uma sociedade verdadeiramente cuidadora e inclusiva.

## **4. REFERÊNCIAS DO CUIDADOR PARA A EQUIPE DE SAÚDE**

O cuidador, seja formal ou informal, ocupa posição estratégica no processo de cuidado, funcionando como elo fundamental entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde. Na prática cotidiana, é geralmente ele quem recebe e transmite informações essenciais sobre o estado clínico, possibilitando a organização das tarefas no domicílio e contribuindo para evitar hospitalizações desnecessárias, bem como situações de isolamento e segregação (Lacerda et al., 2006).

Nesse contexto, o cuidador desempenha um verdadeiro papel de interface entre múltiplos atores do sistema de saúde. Ao lado da pessoa cuidada, ele exerce uma observação contínua e próxima do quadro clínico; junto à família, comunica necessidades e mudanças; para a equipe médica, relata sinais, sintomas e respostas aos tratamentos; com a equipe de enfermagem, informa sobre cuidados realizados e dificuldades encontradas; e, finalmente, dialoga com outros profissionais de apoio, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

A centralidade dessa função se articula à fundamentação teórica da comunicação em saúde. O Institute of Medicine (2001) aponta que falhas de comunicação constituem a principal causa de eventos adversos, o que reforça a necessidade de interações claras, precisas e estruturadas entre todos os envolvidos no cuidado. Nesse sentido,

a teoria das relações interpessoais em enfermagem, desenvolvida por Peplau (1952), estabelece princípios norteadores para a comunicação terapêutica, destacando o papel do cuidador como emissor privilegiado de mensagens referentes ao estado da pessoa cuidada. Os canais podem ser verbais, escritos ou eletrônicos, tendo como receptores os profissionais de saúde, e o feedback se materializa nas orientações e ajustes necessários ao plano de cuidado.

Figura 8. Escala de Sobrecarga do Cuidador: do Estresse Leve à Exaustão.



Fonte: elaborado pelas autoras.

O planejamento colaborativo emerge, assim, como exigência fundamental. A abordagem interprofissional, defendida pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2014), pressupõe a participação ativa de todos os envolvidos, a comunicação bidirecional, a clareza na definição de responsabilidades e a reavaliação contínua das condutas adotadas. Ao mesmo tempo, é imprescindível delimitar competências e limitações do cuidador, garantindo a segurança da pessoa cuidada e o respeito às atribuições legais das profissões regulamentadas (Brasil, 2017). Nesse sentido, cabe ao cuidador abster-se de práticas como diagnósticos médicos ou de enfermagem, prescrição de

tratamentos, procedimentos invasivos ou administração de medicamentos por via parenteral.

Outra dimensão essencial refere-se à capacidade do cuidador em reconhecer sinais e sintomas que requerem atenção imediata. A literatura aponta que essa competência observacional, quando devidamente capacitada, favorece a detecção precoce de complicações e previne o agravamento de quadros clínicos (Silva et al., 2015).

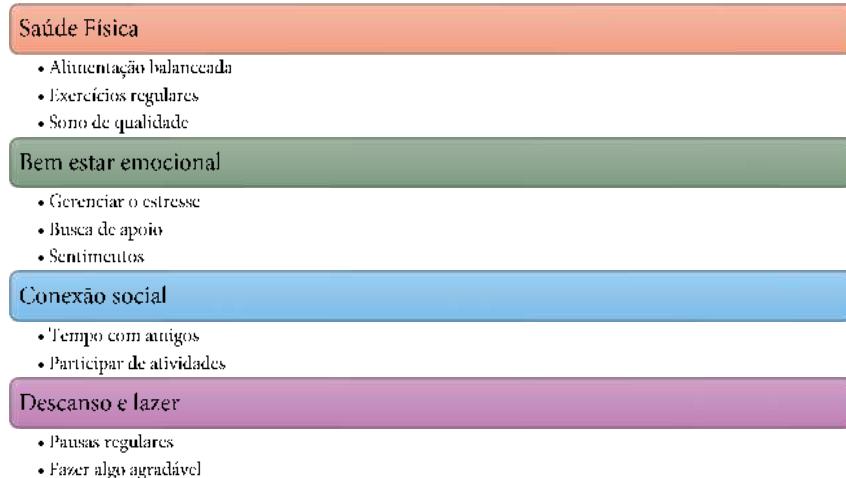
Alterações respiratórias, cardiovasculares, neurológicas, gastrointestinais ou sinais de infecção devem ser prontamente comunicados à equipe, considerando-se ainda sistemas de classificação de urgência que orientam a prioridade do contato. Emergências, como perda de consciência, dificuldade respiratória grave, convulsões ou dor torácica intensa, demandam acionar imediatamente os serviços de emergência; já as condições classificadas como urgências, como febre persistente, dor intensa não controlada ou sinais de desidratação, requerem comunicação em prazo de até duas horas; enquanto alterações leves ou dúvidas sobre cuidados podem ser relatadas no contato programado.

Para que esse fluxo seja efetivo, a documentação estruturada é indispensável. O cuidador deve registrar de forma objetiva e clara os dados observados, distinguindo informações subjetivas da pessoa cuidada das ações realizadas e das respostas obtidas (Potter; Perry, 2017). Além dos registros tradicionais em cadernos ou agendas, os avanços tecnológicos ampliaram os instrumentos disponíveis, incluindo aplicativos de mensagens, sistemas de telemedicina, prontuários eletrônicos e plataformas de monitoramento remoto.

A comunicação, contudo, não depende apenas dos meios, mas também da técnica. A utilização do protocolo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) é amplamente recomendada para organizar o relato de forma clara e objetiva (Leonard et al., 2004). Essa padronização contribui para reduzir ruídos e facilitar a tomada de decisão da equipe de saúde.

Nesse processo, destaca-se a importância das competências comunicacionais do cuidador. Entre as habilidades verbais, esperam-se clareza, precisão, organização e assertividade. Entre as habilidades de escuta, ressaltam-se a atenção plena, a reformulação para confirmação do entendimento, o questionamento esclarecedor e o registro das orientações recebidas.

Figura 9. Pilares do Autocuidado do Cuidador.



Fonte: elaborado pelas autoras.

O planejamento do cuidado, por sua vez, deve se fundamentar em uma avaliação multidimensional, que conte com aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais da pessoa cuidada. O

plano individualizado precisa considerar tanto as necessidades específicas quanto as habilidades do cuidador, os recursos disponíveis e os objetivos terapêuticos estabelecidos pela equipe, sempre em consonância com valores e preferências da família.

Por fim, a comunicação efetiva só se sustenta quando acompanhada por processos de educação permanente. É fundamental que o cuidador participe de capacitações contínuas, recebendo orientações sobre técnicas de cuidado, sinais de alerta e uso correto de medicamentos e tratamentos. Da mesma forma, cabe à equipe avaliar periodicamente as competências desenvolvidas, identificando lacunas e promovendo treinamentos adicionais sempre que necessário.

Assim, a comunicação entre cuidador e equipe de saúde configura-se como pilar essencial da qualidade e segurança no cuidado domiciliar. Mais do que uma troca de informações, trate-se de um processo dinâmico e colaborativo, capaz de assegurar a continuidade terapêutica, prevenir complicações e fortalecer o papel do cuidador como protagonista na rede de atenção à saúde.

## **6. RELAÇÃO DO CUIDADOR COM A FAMÍLIA**

O adoecimento ou a limitação da autonomia de um dos membros provoca profundas transformações na dinâmica familiar, exigindo uma reorganização das funções previamente estabelecidas e uma redistribuição de papéis que atinge todos os envolvidos. Esse processo de adaptação é complexo e, muitas vezes, doloroso, pois mobiliza não apenas recursos objetivos, mas também afetivos, simbólicos e relacionais (Wright; Leahy, 2012).

### **A Família Como Sistema**

À luz da Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por Bertalanffy (1968) e posteriormente aplicada ao contexto familiar por Minuchin (1982), comprehende-se que a família constitui um sistema aberto em permanente interação com o ambiente.

Figura 10. A Doença como Repercussão Sistêmica na Família



Fonte: elaborado pelas autoras.

Nesse sentido, a doença de um único membro reverbera em todo o conjunto, exigindo reorganizações sucessivas para que o equilíbrio seja restabelecido. Entre as características fundamentais dos sistemas familiares estão a totalidade, que reconhece o impacto de mudanças individuais sobre o grupo; a circularidade, que evidencia as influências recíprocas entre os membros; a equifinalidade, que admite múltiplos caminhos para resultados semelhantes; a homeostase, que busca preservar o equilíbrio; e a adaptabilidade, que permite a reorganização diante de novas demandas.

Rolland (1994), ao estudar a adaptação psicossocial de famílias em contextos de doenças crônicas, descreve fases distintas desse processo. O início, marcado pela crise do diagnóstico, exige reorganização imediata dos papéis, mobilização de recursos e busca por informações e tratamentos. Com o avanço da condição, instala-se a fase crônica, em que as famílias aprendem a conviver com a nova realidade, estabelecendo rotinas de cuidado e estratégias de manejo do estresse prolongado. Por fim, a fase terminal convoca todos à preparação para o luto e ao enfrentamento das questões de fim de vida, exigindo reorganização antecipada do sistema familiar.

Essas transformações repercutem diretamente na estrutura e no funcionamento da família.

Papéis tradicionais, como o de provedor econômico, cuidador primário, tomador de decisões ou organizador da vida familiar, frequentemente são redistribuídos, ao passo que novos papéis emergem: o cuidador principal, responsável direto pelo cuidado; o

coordenador de serviços, que articula tratamentos e consultas; o comunicador, que se relaciona com os profissionais de saúde; e o suporte emocional, que acolhe e fortalece os demais.

A comunicação também sofre alterações, com maior frequência de diálogos voltados à saúde e ao cuidado, discussões sobre questões sensíveis e adaptação às limitações comunicativas da pessoa cuidada. Todavia, não raro surgem dificuldades para expressar sentimentos negativos, divergências quanto a decisões de cuidado e tensões relacionadas à divisão de responsabilidades.

É fundamental reconhecer que essa reorganização ocorre em contextos familiares diversos, cada um com suas particularidades e desafios específicos.

Figura 11. Diversidade de Configurações Familiares e Desafios no Cuidado.



Nuclear tradicional



Monoparental



Multigeracional



Recomposta

Fonte: elaborado pelas autoras.

As famílias monoparentais enfrentam o isolamento do cuidado solo; as recompostas lidam com questões de vínculos biológicos versus afins; as multigeracionais navegam entre diferentes perspectivas geracionais sobre o cuidado; e as homoafetivas podem enfrentar barreiras institucionais adicionais. Cada configuração demanda estratégias adaptadas às suas especificidades, recursos e limitações.

Nesse cenário, os conflitos tornam-se uma possibilidade constante. A insegurança e a incerteza que acompanham a doença podem ser alimentadas por fatores cognitivos, como falta de informações, diferentes compreensões do prognóstico e desconhecimento sobre recursos disponíveis; fatores emocionais, como ansiedade, medo da perda, culpa ou frustração; e fatores práticos, como dificuldades financeiras, restrições de espaço e falta de tempo.

Outro elemento frequentemente gerador de tensões é a distribuição desigual das responsabilidades. Aspectos como gênero, proximidade geográfica, disponibilidade de tempo, recursos financeiros e qualidade do vínculo afetivo influenciam quem assume o cuidado. As consequências podem ser sobrecarga, ressentimentos, culpas e disputas financeiras entre os membros da família.

### **O Cuidador Como Observador Privilegiado**

O cuidador, por sua proximidade e presença contínua, torna-se observador privilegiado da pessoa cuidada.

Muitas vezes é ele quem identifica alterações sutis ou mudanças precoces no estado clínico, favorecido por fatores temporais —

como o acompanhamento em diferentes momentos do dia — e relacionais — como a construção de vínculos de intimidade e a capacidade de interpretar sinais não verbais.

No entanto, essa posição traz consigo a responsabilidade de documentar e compartilhar as observações, garantindo que informações críticas não se percam. Estratégias como cadernos de comunicação, reuniões familiares regulares, relatórios estruturados ou plataformas digitais podem auxiliar nesse processo, criando uma memória coletiva do cuidado que transcende a experiência individual do cuidador principal.

A qualidade da relação entre cuidador e família depende, em grande medida, da construção de relacionamentos saudáveis. Essa relação deve estar alicerçada em princípios de confiança mútua, segurança e corresponsabilização. A confiança se manifesta na transparência da comunicação, no respeito à confidencialidade e na competência técnica; a segurança, na garantia de cuidados adequados e adesão a protocolos; e a corresponsabilização, no compartilhamento equitativo das decisões e responsabilidades (Given et al., 2012).

Para tanto, o cuidador precisa desenvolver competências comunicacionais — como a escuta ativa, a assertividade e a mediação de conflitos —, competências emocionais — como a empatia, a paciência e a regulação das próprias emoções —, além de competências profissionais, como organização, flexibilidade e compromisso com a qualidade do cuidado.

Ainda assim, tensões podem emergir, sendo fundamental identificar sinais precoces de conflito, como comunicação agressiva,

ausências nas discussões, críticas constantes ou decisões unilaterais. Fatores de risco adicionais incluem histórico de relacionamentos conflituosos, diferenças socioeconômicas, distância entre os membros ou ausência de diálogo prévio sobre preferências. Nesses casos, estratégias de mediação tornam-se necessárias, incluindo reuniões familiares estruturadas, facilitação da comunicação por profissionais neutros, estabelecimento de regras claras de diálogo e negociação prática das responsabilidades, distribuindo tarefas de acordo com a capacidade e disponibilidade de cada membro.

O cuidado domiciliar também exige que se reconheçam as necessidades emocionais da família, que variam entre o acesso à informação, o suporte psicológico, a possibilidade de expressar sentimentos e o aprendizado de estratégias de enfrentamento.

Intervenções como grupos de apoio, terapia familiar, aconselhamento individual e educação em saúde são instrumentos valiosos nesse processo. O fortalecimento da rede de apoio comunitária — por meio de vizinhos, amigos, instituições religiosas e programas governamentais — contribui ainda mais para a sustentabilidade do cuidado, criando uma malha de proteção social que ampara tanto a pessoa cuidada quanto seus familiares cuidadores.

A sustentabilidade do cuidado familiar depende fundamentalmente da prevenção do esgotamento dos cuidadores e do planejamento de longo prazo.

Estratégias como rodízio de responsabilidades, períodos de descanso, manutenção de atividades pessoais e apoio profissional complementar ajudam a preservar a saúde do cuidador.

Figura 12. Estratégias de Preservação da Saúde do Cuidador e Prevenção da Sobrevida.



Fonte: as autoras.

O reconhecimento precoce de sinais de sobrevida — como irritabilidade constante, isolamento social, negligência do autocuidado, sintomas depressivos ou ansiosos — é essencial para a implementação de medidas preventivas. Paralelamente, a antecipação de necessidades futuras, a preparação para mudanças clínicas e a discussão sobre preferências de cuidado tornam o processo mais seguro e humano.

### Aspectos Legais e Éticos

A relação cuidador-família não pode ser dissociada dos aspectos legais e éticos que a permeiam. A família tem direito à participação nas decisões, à privacidade, ao respeito a seus valores e ao acesso a informações claras, mas também possui responsabilidades, como

fornecer dados precisos, apoiar o cuidador e respeitar a autonomia da pessoa cuidada. Questões como confidencialidade e autonomia exigem equilíbrio: é preciso respeitar desejos e capacidades residuais da pessoa enferma, evitando paternalismos excessivos e protegendo informações sensíveis.

A documentação adequada, incluindo procurações, testamentos vitais e registros de preferências de cuidado, constitui ferramenta essencial para a proteção legal de todos os envolvidos. Além disso, o conhecimento sobre direitos trabalhistas, benefícios sociais disponíveis e questões de responsabilidade civil oferece segurança jurídica ao processo de cuidado.

### **Considerações Adicionais**

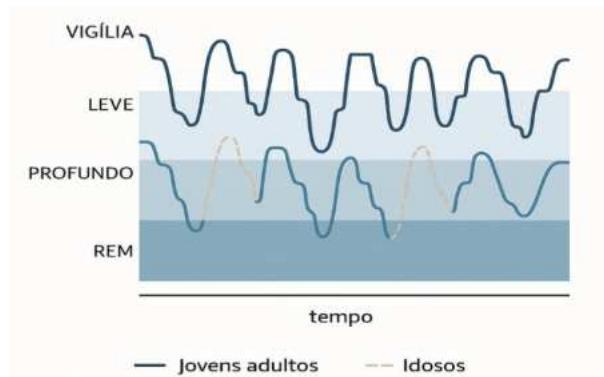
Assim, a relação saudável entre cuidador e família constitui elemento vital para a qualidade e a continuidade do cuidado domiciliar. Sua efetividade depende de comunicação clara, confiança mútua, divisão justa de responsabilidades e fortalecimento da rede de apoio, pilares que asseguram não apenas a proteção da pessoa cuidada, mas também a dignidade e o bem-estar de todo o sistema familiar.

A compreensão da família como sistema complexo e adaptativo, o reconhecimento da diversidade de configurações familiares, o investimento na capacitação de cuidadores e o fortalecimento das redes de apoio social constituem estratégias fundamentais para a humanização e a sustentabilidade do cuidado domiciliar. Somente através dessa abordagem sistêmica e integral é possível garantir que o cuidado familiar seja fonte de proteção e crescimento, e não de sofrimento e esgotamento para todos os envolvidos.

## 7. CUIDADO COM SONO E REPOUSO

O sono e o repouso constituem dimensões essenciais da saúde humana e estão intimamente relacionados à qualidade de vida, ao equilíbrio físico e ao bem-estar emocional. O repouso pode ser definido como um estado de alerta consciente, em que a pessoa busca reduzir deliberadamente a atividade física e a estimulação mental. Nesse período, são recomendadas atividades relaxantes como leitura, música, exercícios de respiração, meditação ou simplesmente contemplação, capazes de reduzir tensões e preparar o corpo para a restauração necessária (Potter; Perry, 2017). Já o sono, embora muitas vezes confundido com simples inatividade, é um estado fisiológico ativo, caracterizado por alteração da consciência, diminuição da resposta a estímulos externos e pela ativação de complexos mecanismos neurobiológicos indispensáveis à manutenção da saúde física e mental.

Figura 13. : Arquitetura do Sono e Alterações com o Envelhecimento



Fonte: elaborado pelas autoras.

Trata-se de um processo regulado por ritmos circadianos e mecanismos homeostáticos que asseguram reparação orgânica e integração cognitiva (Carskadon; Dement, 2017). As funções fisiológicas do sono abrangem tanto dimensões físicas quanto cognitivas. No plano corporal, ele favorece a reparação tecidual, a síntese proteica, a liberação do hormônio do crescimento, a consolidação do sistema imunológico, a eliminação de toxinas cerebrais e a restauração energética celular. No âmbito cognitivo, possibilita a consolidação da memória, o processamento e reorganização de informações, a preparação para novas aprendizagens e a regulação emocional.

### **Transformações do Sono no Envelhecimento**

O envelhecimento provoca modificações profundas na arquitetura e qualidade do sono. Alterações hormonais, neurobiológicas e comportamentais resultam em redução do sono profundo de ondas lentas, diminuição do sono REM, fragmentação mais frequente, menor eficiência e despertares noturnos recorrentes. Além disso, há mudanças nos ritmos circadianos, como a tendência a dormir e acordar mais cedo, a redução da amplitude dos ciclos, a menor sensibilidade à luz e alterações na produção de melatonina. Essas mudanças tornam o idoso mais vulnerável a dessincronizações, aumentando o risco de fadiga e instabilidade funcional (Ancoli-Israel, 2009).

As consequências são perceptíveis durante o dia: sonolência excessiva, cochilos frequentes, queda na atenção, alterações de humor e prejuízo na qualidade de vida. Em muitos casos, fatores adicionais contribuem para a deterioração do sono, incluindo

condições médicas específicas como doenças neurológicas (Parkinson, demências e sequelas de AVC), distúrbios respiratórios (apneia obstrutiva, DPOC ou asma) e enfermidades crônicas (diabetes, artrite, refluxo e hipertireoidismo), que frequentemente geram sintomas noturnos e perpetuam a insônia (Ohayon, 2002).

Pessoas com demência enfrentam desafios particulares relacionados ao sono, incluindo o fenômeno do “sundowning” - agitação e confusão que se intensificam no final da tarde e início da noite. A desorientação temporal pode levar à inversão do ciclo sono-vigília, com períodos prolongados de vigília noturna e sonolência diurna. Estratégias específicas incluem manutenção de rotinas estruturadas, exposição à luz natural durante o dia, redução de estímulos no período noturno e, quando necessário, técnicas de reorientação gentil.

Para pessoas com mobilidade reduzida ou acamadas, o manejo do sono requer adaptações especiais. O posicionamento adequado torna-se crucial para prevenir úlceras de pressão e desconforto que podem interromper o descanso. A alternância regular de posições, o uso de dispositivos de alívio de pressão e a atenção aos sinais de dor ou desconforto são fundamentais para a qualidade do sono.

Em situações de cuidados paliativos, o sono pode ser afetado por dor, dispneia, ansiedade ou efeitos colaterais de medicamentos. O foco deve estar no conforto máximo, com manejo adequado da dor, posicionamento que facilite a respiração e ambiente tranquilo que promova serenidade tanto para a pessoa cuidada quanto para os familiares.

As abordagens não farmacológicas são amplamente recomendadas como primeira linha de cuidado. A higiene do sono

reúne práticas validadas que favorecem a regularidade e a reparação do descanso: manter horários consistentes para dormir e acordar, evitar grandes variações nos fins de semana, criar rotinas relaxantes na hora de deitar, assegurar um ambiente silencioso e escuro, ajustar a temperatura entre 18 e 22°C, reservar a cama apenas para dormir e incluir no dia exposição solar matinal, atividade física regular (não próxima ao horário de dormir) e técnicas de relaxamento (Irish et al., 2015).

Fatores ambientais como temperatura inadequada, ruídos, excesso de luminosidade, colchões desconfortáveis e ventilação deficiente são capazes de interromper o descanso. A organização do ambiente deve considerar ainda elementos de segurança, como iluminação noturna suave para prevenção de quedas, acesso fácil ao banheiro e eliminação de obstáculos que possam causar acidentes durante deslocamentos noturnos.

Figura 14. Rotina Pré-Sono como Estratégia de Higiene do Sono.





Relaxamento



Automassagem



Posicionamento  
confortável

Fonte: elaborado pelas autoras.

Complementarmente, a restrição de sono e o controle de estímulos ajudam a ressignificar a relação da pessoa com a cama e o quarto: não permanecer deitado sem sono, levantar-se quando não conseguir dormir e retornar ao leito apenas ao sentir sonolência.

Técnicas específicas se mostram eficazes para indução do sono. O relaxamento muscular progressivo consiste em tensionar e relaxar grupos musculares de forma sequencial, começando pelos pés e subindo até a cabeça. Exercícios respiratórios, como a técnica 4-7-8 (inspirar por 4 segundos, manter o ar por 7 segundos, expirar por 8 segundos), ajudam a reduzir a ansiedade e facilitar a transição para estágios mais profundos do sono.

Intervenções complementares incluem aromaterapia com óleos essenciais de lavanda ou camomila, música suave ou sons da natureza, e práticas de mindfulness adaptadas às capacidades da pessoa. A nutrição também desempenha papel importante: alimentos ricos em triptofano (como leite morno, banana ou castanhas) podem favorecer o sono, enquanto cafeína, álcool e refeições pesadas devem ser evitados nas horas que antecedem o descanso.

## Tecnologia a Serviço do Sono

Dispositivos modernos de monitoramento podem auxiliar na avaliação da qualidade do sono, oferecendo dados sobre duração, fragmentação e fases do sono. Aplicativos de smartphones e wearables podem ser ferramentas úteis, desde que usados de forma criteriosa e não se tornem fonte adicional de ansiedade. Sistemas de iluminação inteligente, que simulam o nascer e pôr do sol, podem ajudar na regulação dos ritmos circadianos, especialmente benéficos para pessoas com exposição limitada à luz natural.

Figura 15. Diário do Sono como Ferramenta de Avaliação da Qualidade do Descanso

| DIÁRIO DO SONO  |   |                     |
|---|---|---------------------|
|    | Horário de deitar                         | Horário de levantar |
|    | Despertares noturnos                      |                     |
|   | Qualidade subjetiva<br>do sono            |                     |
|  | Fatores<br>interferentes                  |                     |
|  | Roncos com pausas respiratórias           |                     |
|  | Sonolência diurna excessiva               |                     |
|   | Comportamentos anormais<br>durante o sono |                     |

Fonte: elaborado pelas autoras.

Para avaliar a qualidade do sono, alguns indicadores são utilizados: adormecer em até 30 minutos, despertar no máximo uma vez por noite, voltar a dormir rapidamente, acordar descansado e manter-se alerta durante o dia.

Sintomas como roncos intensos com pausas respiratórias, sonolência diurna persistente, comportamentos anormais durante o sono ou insônia prolongada por mais de três semanas devem ser considerados sinais de alerta e levados à avaliação médica. O registro sistemático de informações sobre o sono - incluindo horários, duração, qualidade subjetiva, fatores interferentes e sintomas associados - fornece dados valiosos para profissionais de saúde ajustarem intervenções.

### Posicionamento e Conforto Físico

O posicionamento adequado é fundamental para garantir conforto e prevenir complicações em pessoas com mobilidade reduzida. Entre as medidas estão: uso de travesseiros para apoio de membros no decúbito lateral, elevação da cabeceira em casos de dispneia ou refluxo gastroesofágico, e alternância regular de posições. Dispositivos assistivos, como colchões de ar alternado, almofadas de gel ou espuma viscoelástica, ajudam a prevenir úlceras de pressão e aumentam o bem-estar. Além disso, a altura adequada da cama e a presença de barras de apoio favorecem transferências seguras e autonomia durante o repouso.

Figura 16. Demonstração de diferentes posições de conforto para pessoas com limitações.



Decúbito lateral com travesseiros.



Elevação da cabeceira para dispneia.



Posicionamento anti-refluxo



Dispositivos para alívio de pressão.

Fonte: elaborado pela autoras.

Para pessoas com mobilidade reduzida, o posicionamento adequado é essencial tanto para o conforto quanto para a prevenção de complicações. O uso estratégico de travesseiros para apoio de membros, elevação da cabeceira em casos de refluxo gastroesofágico ou dispneia, e alternância regular de posições contribuem significativamente para a qualidade do repouso.

Dispositivos assistivos, como colchões de ar alternado, almofadas de gel ou espuma viscoelástica, podem prevenir úlceras de pressão e melhorar o conforto. A altura da cama deve permitir transferências seguras, e barras de apoio podem facilitar mudanças de posição durante a noite.

### **Desmistificando Conceitos sobre o Sono em Idosos**

No caso dos idosos, circulam ainda muitos mitos que precisam ser esclarecidos. Não é verdade que necessitem de menos sono ou que a insônia seja uma consequência inevitável do envelhecimento. A realidade é que pessoas idosas continuam precisando de sete a oito horas de sono por noite e que a qualidade pode ser preservada mediante intervenções adequadas.

A crença de que cochilos longos são benéficos é questionável: recomenda-se que eles sejam breves (20 a 30 minutos), realizados

antes das 15h e em ambiente tranquilo, para que não interfiram no sono noturno. Quanto ao uso de medicamentos, a prescrição só deve ser considerada quando indispensável, em doses mínimas e pelo menor tempo possível, sempre com monitoramento rigoroso devido aos riscos aumentados de quedas, comprometimento cognitivo, dependência e interações medicamentosas (American Geriatrics Society, 2015).

### **O Cuidador e a Preservação do Sono Familiar**

O cuidador desempenha papel crucial na promoção de um sono adequado, mas não deve sacrificar seu próprio descanso nesse processo. A organização de turnos entre familiares, quando possível, permite que o cuidador principal também tenha períodos adequados de sono. Em situações onde a vigilância noturna é necessária, estratégias como monitores de movimento ou sistemas de alarme podem reduzir a necessidade de vigília constante.

A qualidade do sono do cuidador afeta diretamente sua capacidade de fornecer cuidados adequados durante o dia. Sinais de privação de sono no cuidador - como irritabilidade, lapsos de atenção, sonolência diurna ou sintomas depressivos - devem ser tratados como questões prioritárias, podendo requerer apoio profissional ou reorganização das responsabilidades familiares.

Cabe ao cuidador organizar rotinas consistentes, estimular a exposição à luz solar matinal, planejar atividades físicas adaptadas, monitorar a ingestão de líquidos, ajustar o ambiente de descanso e manejar sintomas com medidas simples, como posicionamentos confortáveis, analgésicos conforme prescrição e técnicas de relaxamento. Além disso, deve manter registros objetivos sobre os

horários de dormir e acordar, despertares noturnos, sintomas relacionados e eficácia das intervenções, comunicando as observações à equipe de saúde para subsidiar condutas adequadas.

### **Quando Buscar Ajuda Profissional**

Determinadas situações requerem avaliação especializada: ronco intenso com pausas respiratórias (possível apneia do sono), movimentos anormais das pernas durante o sono, sonambulismo ou outros comportamentos complexos durante o sono, sonolência diurna excessiva apesar de sono noturno aparentemente adequado, e insônia persistente que não responde às medidas não farmacológicas após três semanas de implementação consistente.

A polissonografia pode ser necessária para diagnóstico de distúrbios específicos do sono, e tratamentos especializados - como aparelhos de CPAP para apneia do sono ou medicações específicas para síndrome das pernas inquietas - podem ser fundamentais para a restauração da qualidade do sono.

## **8. CUIDADOS COM A HIGIENE PESSOAL**

A higiene pessoal adequada é medida basilar de prevenção de lesões cutâneas, infecções e outros agravos, ao mesmo tempo em que favorece autoestima, conforto e bem-estar psicológico. Longe de se reduzir à remoção de sujidades, trata-se de uma intervenção terapêutica que protege, dignifica e qualifica a experiência diária do cuidado (Potter; Perry, 2017).

### **A Pele: Muito Mais que uma Barreira**

A centralidade desse cuidado se explica pelas múltiplas funções da pele — maior órgão do corpo humano —, cuja integridade assegura barreira contra microrganismos, regulação térmica, síntese de vitamina D, percepção sensorial, prevenção de perda hídrica e excreção por suor.

No plano psicossocial, a pele participa da autoimagem, da expressão da identidade e da sociabilidade, compondo a sensação de dignidade e presença no mundo.

Com o envelhecimento, contudo, ocorrem alterações estruturais e funcionais que aumentam a vulnerabilidade cutânea: afinamento epidérmico, redução de colágeno e elasticidade, atrofia de glândulas sebáceas e sudoríparas, menor vascularização e sensibilidade tátil. As consequências clínicas são previsíveis — maior fragilidade e susceptibilidade a lesões, cicatrização lenta, queda da função de barreira, pior termorregulação e predisposição

à xerose —, exigindo vigilância e ajustes finos nas rotinas de higiene (Farage et al., 2013).

### **Princípios Éticos e Culturais no Cuidado**

Do ponto de vista ético-assistencial, o cuidado deve ser centrado na pessoa, com ênfase na preservação da autonomia e da dignidade. Avaliar o grau de dependência e ofertar ajuda apenas quando necessário, dar tempo suficiente para que a pessoa execute o que consegue, adaptar técnicas às limitações, prover dispositivos assistivos e respeitar preferências pessoais e culturais são expressões práticas desse princípio (Koren, 2010).

### **Sensibilidade Cultural na Higiene**

Diferentes culturas e religiões possuem práticas específicas relacionadas à higiene corporal que devem ser respeitadas e incorporadas ao plano de cuidados. Algumas tradições requerem abluição religiosa em horários específicos, outras têm restrições quanto ao gênero do cuidador, e certas práticas podem incluir o uso de óleos ou produtos naturais específicos. O diálogo respeitoso sobre essas preferências fortalece a confiança e melhora a aceitação dos cuidados.

### **Manejo da Resistência ao Cuidado**

Pessoas com transtornos cognitivos podem apresentar resistência aos cuidados de higiene devido a confusão, medo ou desconforto. Estratégias eficazes incluem: aproximação gradual e gentil, explicação simples do que será feito, uso de rotinas familiares, música relaxante, participação ativa dentro das

capacidades da pessoa, e flexibilidade nos horários e métodos. A paciência e a criatividade são fundamentais para transformar momentos potencialmente estressantes em experiências positivas.

Figura 17. Manejo da Resistência ao Cuidado e Adaptação do Ambiente Domiciliar.



Fonte: elaborado pelas autoras.

A mesma lógica ético-assistencial se estende ao ambiente domiciliar: limpeza de superfícies, ventilação adequada, controle de umidade, organização e desinfecção de objetos, e manutenção de temperaturas confortáveis reduzem riscos de infecção e ampliam o conforto.

A adaptação do espaço físico é crucial para a segurança e independência. Barras de apoio instaladas em posições estratégicas, assentos de banho com altura apropriada, tapetes antiderrapantes, iluminação sem sombras e organização acessível dos produtos contribuem para a autonomia e reduzem riscos de

acidentes. Para pessoas com mobilidade severamente limitada, a criação de espaços alternativos para higiene no próprio quarto pode ser necessária, mantendo sempre os princípios de privacidade e dignidade.

O cuidado têxtil integra o conjunto de medidas preventivas: trocar roupas íntimas e externas diariamente, lençóis ao menos duas vezes por semana, toalhas a cada dois ou três usos, preferindo lavagem a quente e secagem ao sol ou em secadora. A escolha de tecidos adequados — preferencialmente algodão ou fibras naturais que permitem respirabilidade da pele — e o uso de produtos de lavagem hipoalergênicos contribuem para a manutenção da integridade cutânea.

### **Manejo Especializado da Incontinência**

O cuidado com a incontinência urinária e/ou fecal exige protocolos rigorosos para preservar a integridade da pele e o conforto da pessoa cuidada. A técnica adequada de limpeza perineal deve ser realizada em movimento anteroposterior, utilizando lenços sem álcool e cremes barreira à base de óxido de zinco. Trocas frequentes de fraldas, inspeção diária da pele e hidratação adequada previnem dermatites e erosões. A escolha de produtos deve considerar tamanho, absorção, hipoalergenicidade e eficiência de barreira, com destaque para fraldas modernas com indicadores de umidade e sistemas de coleta que reduzem o contato com efluentes. A prevenção da dermatite associada à incontinência requer protocolos estruturados de higiene suave, aplicação de barreiras protetoras, mínima fricção, secagem ao ar e comunicação imediata de alterações cutâneas à equipe de saúde.

Figura 18. Manejo Especializado da Incontinência e Prevenção de Complicações Cutâneas.



Fonte: elaborado pelas autoras.

A seleção e o uso de fraldas descartáveis obedecem a critérios de tamanho, absorção, hipoalergenicidade e barreiras eficientes; a frequência de trocas precisa equilibrar conforto, prevenção de maceração e viabilidade, com verificação a cada duas a três horas e atenção a sinais de irritação. Produtos modernos incluem fraldas com indicadores de umidade, cremes com barreiras avançadas e sistemas de coleta urinária que reduzem o contato da pele com efluentes.

### Prevenção da Dermatite Associada à Incontinência

A prevenção dessa complicaçāo frequente demanda protocolo estruturado: limpeza gentil com produtos sem fragrância, aplicação de barreiras protetoras, mínima fricção durante os procedimentos, exposição controlada ao ar para secagem, e comunicação imediata de alterações cutâneas à equipe de saúde. O reconhecimento precoce de sinais como eritema, descamação ou áreas de maceração permite intervenções rápidas e eficazes.

## Técnicas de Banho Seguro e Terapêutico

O banho constitui prática terapêutica que ultrapassa a higiene básica, trazendo benefícios físicos, psicológicos e sociais: reduz carga microbiana, previne infecções cutâneas, melhora a circulação periférica, alivia tensões musculares, estimula os sentidos, eleva a autoestima, favorece o humor e preserva a identidade e a interação social (Downey; Lloyd, 2008). A execução pode ocorrer no chuveiro com cadeira adaptada ou no leito, conforme as condições clínicas e os recursos disponíveis. Em ambas as modalidades, são essenciais a organização prévia dos materiais, a manutenção da privacidade e do conforto térmico, o posicionamento seguro da pessoa cuidada e a ordem sistemática de lavagem — das extremidades para o centro, com atenção especial às dobras cutâneas.

Figura 19. Técnicas de Banho no Cuidado Domiciliar: Comparação entre Banho de Chuveiro e Banho no Leito;



Fonte: elaborado pelas autoras

Os benefícios terapêuticos do banho e da higiene corporal são amplamente documentados: redução da carga microbiana, prevenção de infecções cutâneas, melhora da circulação periférica, alívio de tensões musculares e estímulo sensorial; no campo psicológico, favorecem autoestima, humor, relaxamento e manutenção da identidade; socialmente, sustentam interação, evitam isolamento e preservam a imagem corporal (Downey; Lloyd, 2008).

A execução pode ocorrer no chuveiro, em cadeira apropriada ou no leito, de acordo com condições clínicas, preferências e recursos. A preparação inclui ambiente aquecido e sem correntes de ar, privacidade absoluta, materiais organizados ao alcance, água entre 37–40°C e temperatura ambiente confortável (24–26°C).

Produtos neutros (pH 5,5–7,0), shampoos hipoalergênicos, toalhas macias e hidratantes sem perfume ajudam a proteger a barreira cutânea. A técnica recomenda iniciar por áreas menos contaminadas, progredir das extremidades ao centro, cuidarmeticulosamente das dobras cutâneas, enxaguar completamente e secar por tamponamento — especialmente em regiões submamárias, abdominais, inguinais, interdigitais e glútea, que depois devem ser inspecionadas e hidratadas.

Para pessoas acamadas por longos períodos, técnicas especiais incluem o banho por partes (para evitar exposição e resfriamento), uso de produtos sem enxágue quando necessário, e atenção redobrada às áreas de pressão que podem desenvolver lesões cutâneas.

## Higiene Oral: Muito Além dos Dentes

A higiene oral ultrapassa o cuidado estético, constituindo componente essencial da saúde global. Além de preservar a integridade da boca e a autoestima, impacta diretamente a nutrição, a comunicação e a prevenção de complicações sistêmicas, como risco cardiovascular aumentado e pneumonia aspirativa (Petersen; Yamamoto, 2005). As práticas incluem escovação após as refeições, limpeza da língua, uso de fio dental quando possível, enxaguantes sem álcool e inspeção regular. Nos casos de limitação funcional, a escovação assistida requer posicionamento seguro (cabeça a 45° ou lateralizada), escovas de cerdas macias, enxaguantes terapêuticos, gaze embebida em antisséptico, hidratação lábio-oral e atenção à proteção das vias aéreas.

Figura 20. Técnicas de Higiene Oral Assistida e sua Relevância Sistêmica.



Fonte: organizado pelas autoras.

A higiene oral integra o cuidado global e guarda relação direta com nutrição, comunicação, autoestima e até desfechos sistêmicos, como risco cardiovascular e pneumonia aspirativa (Petersen; Yamamoto, 2005).

A escovação após as refeições, limpeza de língua, fio dental sempre que possível, enxaguantes sem álcool e inspeção regular compõem a rotina das pessoas com autonomia preservada. Em situações de limitação, a escovação assistida com cerdas macias, enxaguantes terapêuticos, gaze com antisséptico e hidratação lábio-oral podem ser necessários.

A técnica requer posicionamento seguro (sentado a 45°; se acamado, cabeça lateralizada para prevenir aspiração), proteção de vias aéreas e sequência sistemática: escovação circular suave iniciando pelos dentes posteriores, massagem gengival delicada, limpeza de língua e mucosa, enxágue cuidadoso e secagem de lábios.

Próteses dentárias demandam cuidados específicos: remoção após refeições, higienização fora da boca com escova e produtos apropriados, limpeza da cavidade oral antes da recolocação, e armazenamento noturno em solução desinfetante específica. A inspeção regular da mucosa oral permite identificar lesões, inflamações ou sinais de infecção precocemente.

### **Dispositivos Assistivos e Tecnologias de Apoio**

Equipamentos modernos facilitam os cuidados de higiene mantendo a segurança e dignidade. Cadeiras de banho com altura regulável, barras de apoio retráteis, chuveiros com controle de

temperatura automático, e sistemas de elevação para transferências reduzem esforço físico e riscos. Para monitoramento, dispositivos digitais podem registrar frequência de cuidados e alertar para necessidades especiais.

Produtos especializados incluem sabonetes com antimicrobianos para situações específicas, cremes com barreiras avançadas para proteção cutânea, e sistemas de limpeza sem água para situações emergenciais ou de alta dependência.

### **Cuidados Especiais com Dispositivos Médicos**

Pessoas portadoras de traqueostomias, gastrostomias ou outros dispositivos médicos requerem cuidados específicos de higiene ao redor desses equipamentos. A limpeza deve ser delicada mas completa, utilizando produtos apropriados que não comprometam a aderência de curativos ou o funcionamento dos dispositivos. A inspeção diária dessas áreas é fundamental para prevenir infecções.

### **Avaliação e Monitoramento Sistemático**

A inspeção diária da pele — incluindo observação da integridade, coloração, temperatura, presença de lesões, sinais inflamatórios e áreas de pressão — constitui prática fundamental no cuidado. O registro dos achados, a identificação precoce de sinais de alerta e a comunicação imediata ao profissional de saúde possibilitam intervenções oportunas e ajustes individualizados do plano, de acordo com mudanças clínicas, tolerância, preferências e recursos disponíveis.

Figura 21. Avaliação e Monitoramento Sistemático da Pele.



Fonte: elaborado pelas autoras.

A avaliação e o monitoramento sistemáticos — inspeção diária da pele, registro de integridade, coloração, temperatura, presença de lesões, sinais inflamatórios e áreas de pressão — permitem intervenções oportunas e ajustes do plano conforme mudanças clínicas, tolerância, preferências e recursos.

## **Sinais de Alerta e Quando Buscar Ajuda**

Determinadas situações requerem avaliação profissional imediata: lesões que não cicatrizam em 72 horas, sinais de infecção (vermelhidão, calor, edema, secreção purulenta), alterações súbitas na coloração da pele, aparecimento de lesões suspeitas, ou resistência persistente aos cuidados de higiene em pessoas com transtornos cognitivos.

## **Controle de Odores**

Situações que envolvem odores intensos requerem abordagem específica: ventilação adequada do ambiente, produtos neutralizadores de odores (não apenas mascarantes), identificação e tratamento da causa subjacente, e estratégias para preservar a dignidade da pessoa cuidada e o bem-estar do cuidador.

## **Protocolos de Emergência**

Durante procedimentos de higiene, emergências podem ocorrer: quedas, mal-estar súbito, ou aspiração durante cuidados orais. Protocolos claros incluem: como posicionar a pessoa em segurança, quando interromper o procedimento, números de emergência acessíveis, e técnicas básicas de primeiros socorros adaptadas ao contexto domiciliar.

Em síntese, a higiene pessoal é investimento contínuo em saúde, dignidade e qualidade de vida, exigindo técnica apurada, sensibilidade cultural e respeito às individualidades. A integração de conhecimentos sobre fisiologia cutânea, princípios éticos, tecnologias assistivas e técnicas seguras permite que os cuidados de

higiene sejam não apenas eficazes na prevenção de complicações, mas também promotores de bem-estar e manutenção da identidade pessoal.

O cuidador bem preparado comprehende que cada gesto relacionado à higiene pessoal carrega potencial terapêutico e relacional, contribuindo para que a pessoa cuidada mantenha sua dignidade, autoestima e conexão com sua própria identidade, mesmo em situações de alta dependência. A excelência nesse cuidado resulta da combinação entre competência técnica, sensibilidade humana e respeito incondicional à singularidade de cada pessoa.

## **9. CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO**

A alimentação transcende a mera necessidade biológica, constituindo um ato social, cultural e terapêutico que impacta diretamente a saúde física, o bem-estar emocional e a qualidade de vida. No contexto do cuidado domiciliar, compreender as complexas interações entre saúde oral, deglutição segura, necessidades nutricionais e aspectos psicossociais é fundamental para promover uma nutrição adequada e prevenir complicações potencialmente graves.

### **A Cavidade Oral: Portal da Nutrição**

Com o envelhecimento, são frequentes hipossalivação, mudanças de pH e menor função lubrificante/antimicrobiana da saliva; somam-se perdas dentárias, retração gengival, mucosa mais fina, redução da força mastigatória e alterações oclusais. Funcionalmente, isso se traduz em queda do paladar, menor apetite, dificuldade na formação do bolo alimentar, prejuízo da digestão inicial e maior risco de aspiração.

### **Impactos Nutricionais das Alterações Orais**

O impacto nutricional dessas alterações é concreto e mensurável: deficiências de vitamina B12 e folato, vitamina C, ferro, proteínas e fibras, perda de peso e desenvolvimento de desnutrição proteico-energética (Hickson, 2006). A mastigação

inadequada leva à seleção de alimentos mais macios, frequentemente menos nutritivos, criando um ciclo vicioso de deterioração nutricional que pode acelerar o declínio funcional.

## Compreendendo e Manejando a Disfagia

A disfagia — caracterizada pela dificuldade em deglutiir sólidos ou líquidos — é uma complicação de grande impacto clínico, especialmente em idosos institucionalizados e na comunidade, com prevalências relevantes (Clavé et al., 2006). Pode ser orofaríngea, esofágica ou mista, e manifesta-se por sinais característicos que todo cuidador deve estar apto a reconhecer precocemente.

Figura 22. Fases da deglutição normal em contraste com a disfágica, destacando riscos de aspiração, sinais de alerta (tosse, engasgo, voz úmida) e consequências potenciais, como pneumonia aspirativa e desnutrição.



Fonte: elaborado pelas autoras.

O reconhecimento desses sinais é essencial para prevenir complicações graves. Tosse recorrente, engasgos frequentes ou alteração na qualidade da voz após a ingestão devem ser entendidos como indicadores de risco, exigindo avaliação profissional e manejo adequado para garantir segurança alimentar, reduzir morbimortalidade e preservar a qualidade de vida.

### **Identificando Sinais de Disfagia**

Os sinais de alerta incluem: tosse ou engasgos durante ou após as refeições, fadiga precoce ao comer, baixa aceitação da dieta oferecida, tempo prolongado de refeição (superior a 45 minutos), alteração vocal “molhada” ou rouca após comer, sensação de alimento parado na garganta, regurgitação nasal, sialorreia (excesso de saliva), perda de peso progressiva e infecções respiratórias de repetição.

### **Consequências e Complicações**

A principal complicação é a pneumonia aspirativa, de alta mortalidade em idosos frágeis (Marik; Kaplan, 2003), além de desnutrição progressiva, desidratação, piora da qualidade de vida, isolamento social e dependência funcional crescente. Diante de sinais sugestivos, a comunicação imediata com a família e a equipe de saúde, com encaminhamento precoce para avaliação fonoaudiológica, é mandatória e pode ser decisiva para o prognóstico.

## Necessidades Nutricionais Específicas no Envelhecimento

A alimentação adequada no envelhecimento deve prover energia, proteínas e micronutrientes capazes de sustentar a massa muscular, preservar a função imunometabólica e manter a vitalidade. Deficiências nutricionais nessa fase da vida estão associadas a maior morbimortalidade, declínio funcional acelerado e comprometimento da qualidade de vida (Stratton et al., 2004).

Figura 23. Pirâmide alimentar adaptada para idosos.



Fonte: elaborado pelas autoras.

O enfoque nutricional deve ser individualizado, considerando condições clínicas, preferências culturais e capacidade funcional. Um plano alimentar equilibrado promove envelhecimento ativo, previne fragilidade e contribui para maior autonomia e bem-estar.

## Macronutrientes e Distribuição Energética

Como diretrizes gerais, carboidratos devem compor 45–65% do valor calórico total, priorizando carboidratos complexos e fibras; proteínas, em torno de 1,0–1,2 g/kg/dia para manutenção da massa muscular, podendo chegar a 1,5g/kg/dia em situações de estresse

ou recuperação; lipídios devem representar 20–35% do valor calórico total, com ênfase em ácidos graxos ômega-3 e monoinsaturados.

### **Micronutrientes Críticos**

Entre micronutrientes frequentemente deficientes em idosos destacam-se: vitamina D (pela menor exposição solar e síntese cutânea reduzida), vitamina B12 (por alterações na absorção intestinal), cálcio (essencial para saúde óssea), ferro (especialmente em mulheres) e zinco (importante para função imunológica e cicatrização). A suplementação deve ser criteriosa e baseada em avaliação profissional.

### **Hidratação: Elemento Fundamental Frequentemente Negligenciado**

A hidratação requer atenção especial, pois a percepção da sede tende a ser menor no envelhecimento devido a alterações no centro regulatório cerebral e na sensibilidade dos receptores. Ofertar de 1500 a 2000 ml de líquidos por dia, distribuídos ao longo do dia e preferencialmente entre as refeições, com variações que incluem água pura, leite, chás claros e sucos diluídos.

### **Monitoramento da Hidratação**

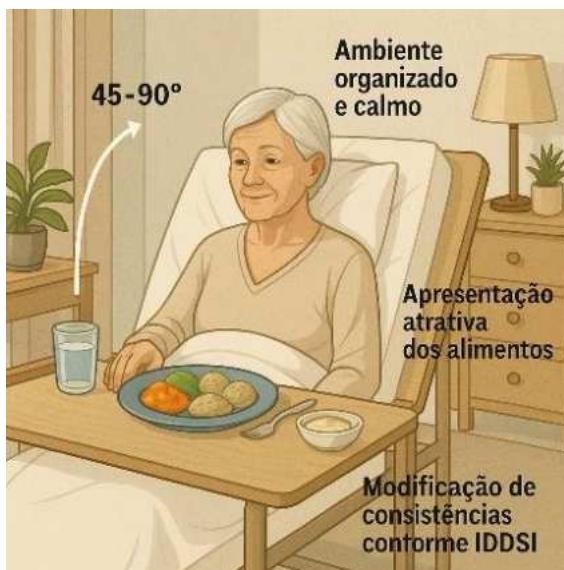
Sinais de desidratação incluem: mucosas secas, turgor cutâneo diminuído (pele que demora a retornar ao normal quando pinçada), urina escura e concentrada, oligúria (diminuição do volume urinário), fraqueza generalizada, tontura e confusão mental. Em dias quentes, episódios febris ou intercorrências

gastrointestinais, a vigilância deve ser ampliada e a oferta hídrica aumentada.

### Estratégias para Alimentação Segura

A segurança alimentar repousa, em primeiro lugar, no posicionamento adequado: a cabeceira deve permanecer elevada entre 45° e 90°, com suportes adequados para braços e pés, mantendo-se essa posição por, no mínimo, 30 minutos após a refeição. Nunca se deve oferecer alimentos a uma pessoa completamente deitada, sonolenta ou durante episódios de engasgo.

Figura 24. Demonstração de posicionamento correto para alimentação.



Fonte: elaborado pelas autoras.

O cuidado com o ambiente — silencioso, organizado e livre de distrações —, aliado à apresentação atrativa dos alimentos e à adaptação de consistências, favorece não apenas a segurança, mas

também a preservação do prazer de comer, estimulando o apetite e promovendo maior adesão ao plano alimentar.

O ambiente deve ser calmo, bem iluminado e sem distrações excessivas (televisão em volume alto, conversas paralelas, movimentação intensa). A apresentação deve ser atrativa, com porções adequadas às capacidades da pessoa, temperatura morna (nem muito quente nem fria), e consistência ajustada à capacidade de deglutição individual.

Quando indicado por avaliação profissional, a modificação de consistências pode seguir o IDDSI Framework (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), que categoriza desde líquidos finos (nível 0) a espessados (níveis 1-3) e texturas alimentares que progridem de pastosos homogêneos (nível 4) a picados úmidos (5), macios com pedaços pequenos (6) e regulares (7). Essa padronização internacional facilita a comunicação entre profissionais e cuidadores.

O estímulo ao apetite combina manejo de fatores fisiológicos (controle da dor, náuseas, constipação intestinal, revisão de efeitos colaterais de medicamentos) e psicossociais (tratamento de depressão, elaboração do luto, combate à solidão, orientação sobre recursos financeiros disponíveis).

### **Intervenções Ambientais e Sociais**

Estratégias eficazes incluem: promover refeições em companhia sempre que possível, manter mesa bem apresentada e atrativa, usar temperos naturais e ervas aromáticas para realçar sabores, respeitar tradições alimentares familiares e culturais, criar rituais positivos

associados às refeições, e envolver a pessoa nas escolhas alimentares dentro de suas possibilidades.

### **Estratégias Nutricionais Práticas**

Implementar pequenas porções mais frequentes (5-6 refeições por dia), incluir alimentos preferidos mesmo que não sejam “ideais” nutricionalmente, considerar suplementos nutricionais quando indicados por profissional, preparar alimentos caseiros culturalmente significativos, e variar apresentação e textura para manter interesse.

Durante as refeições, o cuidador deve observar atentamente: qualidade da mastigação, adequada formação do bolo alimentar, sinais de aspiração (tosse, mudança de coloração, dispneia), tempo necessário para completar a refeição, sinais de fadiga precoce, e aceitação geral da alimentação oferecida.

### **Sinais de Alerta que Exigem Interrupção**

Tosse persistente, cianose (coloração azulada de lábios ou extremidades), dispneia (dificuldade respiratória), recusa súbita de alimentos previamente aceitos, ou engasgos frequentes demandam interrupção imediata da alimentação e reavaliação da situação.

A recusa alimentar deve ser investigada sistematicamente quanto a causas orgânicas (dor, náuseas, alterações de paladar, disfagia, efeitos medicamentosos) e contextuais (depressão, solidão, mudanças na rotina, problemas financeiros).

Testar alternativas alimentares respeitando preferências, ajustar horários das refeições ao ritmo individual, melhorar conforto físico

e ambiental, envolver familiares nas refeições, e considerar causas tratáveis como dor ou constipação intestinal. A paciência e criatividade do cuidador são fundamentais nesse processo.

A persistência da recusa por mais de 24 horas, acompanhada de perda ponderal visível, sinais de desidratação, piora do estado geral, ou engasgos frequentes, impõe avaliação profissional urgente. A intervenção precoce pode prevenir complicações graves e hospitalizações desnecessárias.

### **Triagem Nutricional no Ambiente Domiciliar**

A avaliação nutricional no cuidado domiciliar exige olhar atento para múltiplos indicadores. Entre os marcadores antropométricos, destacam-se a perda de peso superior a 5% em um mês ou 10% em seis meses, o índice de massa corporal abaixo de  $22 \text{ kg/m}^2$  em idosos, a redução da circunferência da panturrilha — sinal de perda muscular — e a queda da força de preensão manual. Tais parâmetros, quando associados a sinais clínicos como fadiga desproporcional às atividades, cicatrização lenta de feridas, infecções recorrentes ou prolongadas, alterações cognitivas súbitas, mudanças significativas no humor e declínio funcional acelerado, configuram alerta de comprometimento nutricional que demanda intervenção profissional.

O registro sistemático é parte fundamental desse processo: anotar diariamente a aceitação alimentar, quantificando percentuais consumidos; aferir semanalmente o peso em horário fixo; descrever episódios de recusa e suas causas prováveis; observar sinais de disfagia ou aspiração; e monitorar mudanças no padrão alimentar habitual, bem como a resposta às intervenções

propostas. Esses dados documentados subsidiam ajustes individualizados no plano de cuidados e orientam decisões clínicas fundamentadas.

Quando indicadas, as intervenções farmacológicas devem ser conduzidas com extrema cautela, visando estimular apetite, melhorar o sono ou tratar comorbidades que interfiram na alimentação. Recomenda-se sempre a menor dose eficaz, pelo menor tempo possível, com vigilância constante sobre efeitos adversos e interações medicamentosas (American Geriatrics Society, 2015).

A nutrição, entretanto, transcende cálculos e parâmetros clínicos. A alimentação é também expressão de identidade cultural, afetiva e espiritual. Respeitar tradições familiares, incluir pratos típicos da região ou do país de origem, considerar restrições religiosas e preservar rituais ligados à comida são gestos que favorecem não apenas a adesão ao plano alimentar, mas também o bem-estar psicológico do idoso. Sempre que viável, é fundamental promover a refeição como um ato social: comer junto de familiares, amigos ou cuidadores transforma o momento alimentar em espaço de encontro e partilha, combatendo o isolamento e fortalecendo a vitalidade da vida em comunidade.

### **Considerações adicionais**

A articulação entre higiene oral adequada, segurança da deglutição, aporte nutricional balanceado e contexto psicossocial favorável constitui a via mais consistente para manter saúde, recuperar perdas nutricionais e sustentar qualidade de vida na velhice. O cuidador bem preparado comprehende que alimentar

adequadamente vai muito além de ofertar nutrientes: envolve preservar dignidade, manter conexões sociais, respeitar individualidades e promover prazer numa das atividades mais fundamentais da vida humana.

A alimentação segura e nutritiva no cuidado domiciliar resulta da combinação entre conhecimento técnico, observação atenta, sensibilidade cultural e paciência para adaptar estratégias às necessidades individuais. Cada refeição representa uma oportunidade terapêutica que, quando bem aproveitada, contribui decisivamente para manutenção da saúde, prevenção de complicações e promoção do bem-estar integral da pessoa cuidada.

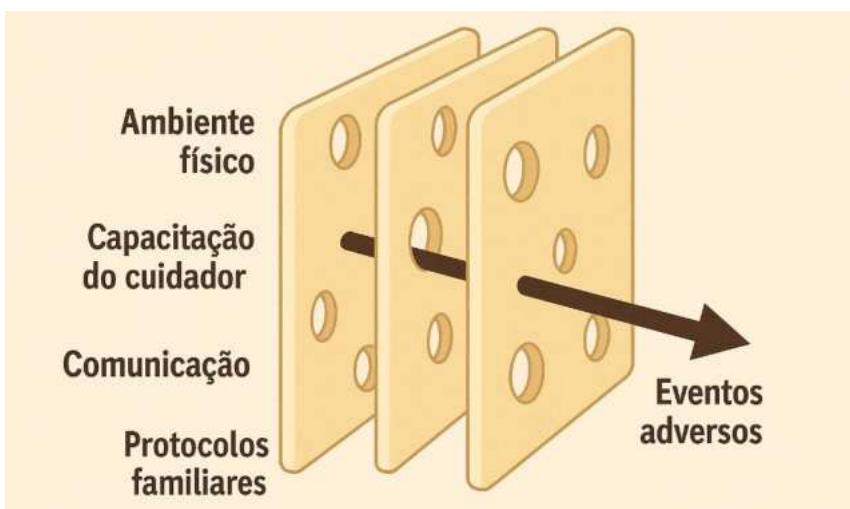
## **10. SEGURANÇA DO PACIENTE PARA O CUIDADO DOMICILIAR**

A segurança do paciente representa um dos pilares fundamentais do cuidado de qualidade, constituindo não apenas uma responsabilidade ética, mas uma necessidade prática que impacta diretamente nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas no processo de cuidar. No ambiente domiciliar, essa responsabilidade se amplia e se complexifica, exigindo adaptações criativas e vigilância constante para garantir cuidados seguros e eficazes.

A segurança do paciente, segundo a Organização Mundial da Saúde, corresponde à “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” — formulação que reconhece a impossibilidade de eliminar por completo os riscos, mas convoca práticas baseadas em evidências e sistemas organizados para minimizá-los (WHO, 2009).

No cotidiano assistencial, distinguem-se categorias-chave que todo cuidador deve compreender: evento adverso (dano decorrente do cuidado e não da evolução natural da doença), incidente (evento ou circunstância que poderia ter causado, ou causou, dano), erro (falha na execução de um plano ou uso de plano inadequado), violação (desvio deliberado de procedimentos seguros) e cultura de segurança (valores, atitudes e comportamentos que priorizam a segurança acima de outras considerações).

Figura 25. Modelo do “Queijo Suíço” adaptado ao ambiente domiciliar.



Fonte: elaborado pelas autoras.

### O Modelo Sistêmico de Prevenção

A causalidade dos acidentes em saúde raramente segue uma linha direta. O modelo do “queijo suíço”, proposto por Reason (1997), demonstra como diferentes camadas de defesa — organizacionais, ambientais, de equipe e individuais — apresentam “fendas” (falhas latentes e ativas) que, quando se alinham no tempo, possibilitam a ocorrência de eventos adversos. No contexto domiciliar, essas camadas podem ser representadas por políticas familiares e protocolos de cuidado; um ambiente físico seguro e dotado de equipamentos adequados; a comunicação efetiva e o trabalho em equipe entre familiares; e o conhecimento, as habilidades e a atenção individual do cuidador principal.

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, estabeleceu diretrizes para qualificar a assistência em todo o território nacional.

Esses protocolos incluem a identificação correta do paciente, a melhoria da comunicação, a segurança na prescrição e administração de medicamentos, a prevenção de quedas, a higienização das mãos e a redução de riscos cirúrgicos.

Ainda que possa parecer dispensável no ambiente doméstico, a identificação correta torna-se crucial em cenários com múltiplos cuidadores, uso de medicações semelhantes para diferentes pessoas ou emergências. Estratégias seguras incluem pulseiras de identificação, etiquetas claras nos frascos de medicamentos com o nome completo do usuário e protocolos familiares que reforcem a confirmação da identidade antes de qualquer procedimento.

A comunicação domiciliar deve pautar-se pela clareza e objetividade, utilizando linguagem acessível, confirmação do entendimento por meio da técnica teach-back, registros precisos em cadernos ou aplicativos, definição de canais específicos para emergências e feedback contínuo entre cuidadores familiares e profissionais de saúde.

A organização do ambiente físico representa outra dimensão essencial da segurança. Parte-se da garantia de requisitos estruturais básicos — energia elétrica estável, água potável e esgotamento sanitário, circulação adequada, ventilação e iluminação suficientes, boas condições de higiene e meios confiáveis de comunicação — e avança-se para adaptações específicas que reduzam riscos.

Entre as intervenções prioritárias destacam-se a remoção de obstáculos nos trajetos habituais, a instalação de barras de apoio em pontos estratégicos, a aplicação de pisos antiderrapantes ou tapetes fixos, a sinalização clara de desníveis e degraus, a

iluminação reforçada em corredores noturnos, a adequação da altura de mobiliários para transferências seguras e a organização dos espaços de modo a favorecer a circulação, inclusive com dispositivos auxiliares.

Para garantir conforto térmico e respiratório, recomenda-se manter a temperatura ambiente entre 20 e 24 °C, a umidade relativa entre 40 e 60%, ventilação adequada para renovação do ar e controle de ruídos, preferencialmente abaixo de 40 dB durante o repouso. Essas condições favorecem o sono reparador, a recuperação funcional e a prevenção de intercorrências respiratórias (LACERDA et al., 2006).

Por fim, a elegibilidade para o cuidado domiciliar deve resultar de uma avaliação criteriosa que equilibre riscos clínicos e recursos sociais disponíveis. Do ponto de vista clínico, requer estabilidade hemodinâmica, ausência de necessidade de monitorização intensiva contínua e um prognóstico compatível com os recursos e suportes efetivamente presentes no domicílio.

No plano social, pressupõe: cuidador principal devidamente treinado e disponível, rede familiar de apoio consistente, condições socioeconômicas mínimas para sustentação do cuidado, anuência informada de toda a família ao plano terapêutico, e acesso facilitado a serviços de saúde para emergências e reavaliações.

A higienização das mãos permanece como a intervenção isolada de maior impacto na prevenção de infecções relacionadas à assistência, promovendo reduções substanciais de incidência quando realizada corretamente nos cinco momentos preconizados: antes do contato com a pessoa cuidada; antes de procedimentos limpos ou assépticos; após risco de exposição a fluidos corporais;

após contato com a pessoa; e após contato com superfícies próximas. A técnica adequada requer 40 a 60 segundos com água e sabão ou 20 a 30 segundos com preparação alcoólica a 70%, assegurando a cobertura meticolosa de todas as superfícies das mãos, com atenção especial a polegares, punhos, espaços interdigitais e unhas. No ambiente domiciliar, momentos críticos incluem: antes e depois cuidados de higiene, antes de preparar ou administrar medicamentos, depois contato com secreções, antes de manipular alimentos e sempre depois o uso do banheiro.

O uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) deve obedecer à avaliação criteriosa de risco: luvas descartáveis para contato com fluidos corporais; máscaras cirúrgicas ou N95 conforme indicação clínica; proteção ocular quando houver risco de respingos; aventais impermeáveis em procedimentos específicos; e calçados fechados, antiderrapantes e de uso exclusivo para segurança. A eficácia depende da sequência correta de colocação e retirada, da troca oportuna, do descarte adequado e da higienização das mãos depois o uso.

A prevenção de quedas exemplifica a interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os primeiros, destacam-se idade superior a 65 anos, alterações cognitivas, polifarmácia, déficits sensoriais (visão e audição), fraqueza muscular e instabilidade postural; entre os segundos, iluminação precária, pisos escorregadios, obstáculos no trajeto, mobiliário instável e ausência de dispositivos de apoio. A resposta eficaz requer integração de estratégias: modificações ambientais (corrimãos e barras de apoio, luz noturna automática, remoção de tapetes soltos, pisos antiderrapantes e sinalização de desníveis) aliadas a intervenções

individuais (exercícios de fortalecimento e equilíbrio, revisão periódica de medicamentos, prescrição de dispositivos auxiliares de marcha, calçados apropriados com solado antiderrapante e educação continuada de pacientes e cuidadores). Recursos tecnológicos podem incluir sensores de movimento para iluminação, sistemas de chamada de emergência, dispositivos de monitoramento de atividade e aplicativos para registro de episódios e fatores de risco.

No âmbito da medicação segura, o cuidado domiciliar deve observar rigorosamente os chamados “nove certos”: paciente correto, medicamento correto, dose correta, via correta, horário correto, documentação completa, orientação adequada, forma farmacêutica apropriada e monitoramento da resposta esperada. O armazenamento deve ser realizado em local seco e bem ventilado, sob condições de temperatura recomendadas, com identificação legível (nome, dose, validade), segregação física por tipo e por usuário (quando houver múltiplos), inspeção sistemática dos prazos de validade e proteção contra o acesso de crianças ou pessoas com comprometimento cognitivo. Medicamentos de alto risco, como anticoagulantes, hipoglicemiantes, opioides e digitálicos, demandam medidas adicionais: separação física, dupla checagem antes da administração, protocolos específicos de uso, acesso restrito e monitoramento rigoroso de efeitos adversos.

O gerenciamento de resíduos de saúde domiciliares deve seguir os princípios da RDC ANVISA nº 222/2018, adaptados ao contexto familiar. A classificação abrange resíduos infectantes (curativos, luvas usadas), químicos (medicamentos vencidos) e perfurocortantes (agulhas, lancetas). A segurança exige segregação na origem, acondicionamento em recipientes adequados,

identificação clara do conteúdo, armazenamento temporário seguro e coleta por serviço especializado ou entrega em pontos autorizados. Orientações fundamentais incluem o uso de recipientes rígidos para perfurocortantes, vedação correta de sacos, proibição absoluta de reencapar agulhas, descarte imediato após o uso e alinhamento com os sistemas municipais disponíveis.

A comunicação estruturada, apoiada na técnica SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação), padroniza a transmissão de informações críticas, reduz ambiguidades e favorece decisões seguras (JOINT COMMISSION, 2017). No contexto domiciliar, isso implica relatar o que está acontecendo, fornecer o contexto relevante, apresentar uma avaliação clara da situação e recomendar ações específicas de forma objetiva e organizada.

A continuidade do cuidado requer planejamento estruturado, com cronograma definido de reavaliações profissionais, protocolos familiares para emergências, acesso facilitado a serviços de urgência, coordenação efetiva entre diferentes níveis de atenção e documentação sistemática que assegure rastreabilidade das decisões e intervenções.

### **Cultura de Segurança Familiar**

Sustentar uma verdadeira cultura de segurança no ambiente domiciliar exige capacitação contínua e educação permanente de todos os envolvidos no cuidado. Os cuidadores devem desenvolver competências que abarquem desde os princípios fundamentais da segurança do paciente até o reconhecimento precoce de sinais de alerta, a aplicação de práticas baseadas em evidências para a prevenção de infecções, a administração segura de medicamentos

e o manejo adequado de equipamentos e dispositivos médicos. Essa formação constante pode ser fortalecida por meio de treinamentos periódicos conduzidos por profissionais de saúde, simulações práticas de situações de emergência, discussões regulares de casos vivenciados no cotidiano do cuidado, acesso a materiais educativos atualizados e avaliações sistemáticas de competências acompanhadas de feedback construtivo. A documentação de incidentes e de “quase-erros” deve ser incentivada como instrumento de aprendizado e melhoria, e jamais interpretada sob uma perspectiva punitiva.

No mesmo horizonte, o reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica assume papel vital na preservação da segurança. Mudanças súbitas do estado mental, alterações respiratórias, instabilidade hemodinâmica, febre persistente ou muito elevada, sinais de desidratação grave e dor intensa não responsiva aos analgésicos habituais constituem marcadores de risco que requerem resposta imediata. Para tanto, cada domicílio precisa dispor de protocolos claros que definam com precisão quando acionar o serviço de emergência, quando contatar o médico assistente, quais informações coletar e transmitir, como posicionar e monitorar a pessoa até a chegada de ajuda e quais materiais de emergência devem permanecer sempre acessíveis.

Contudo, a segurança não se restringe ao domínio físico ou clínico, mas abrange também dimensões psicossociais frequentemente negligenciadas. Eventos adversos e lesões comprometem a autoimagem, provocam dor física e emocional, reduzem a independência e favorecem o isolamento, a depressão e a ansiedade. Uma abordagem verdadeiramente holística deve

contemplar suporte emocional, preservação da dignidade, alívio eficaz dos sintomas e promoção de vínculos sociais significativos que resguardem o sentido de pertença e esperança. Quando ocorrem eventos adversos, o impacto raramente recai apenas sobre a pessoa cuidada; toda a família é afetada, carregando sentimentos de culpa, insegurança sobre a competência do cuidador e medo de novos incidentes. Nesse cenário, o suporte profissional, os grupos de apoio entre cuidadores e uma abordagem não punitiva diante dos erros tornam-se fundamentais para restabelecer a confiança e manter um ambiente psicologicamente seguro.

A inovação tecnológica surge como aliada estratégica nesse processo. Sistemas de monitoramento remoto, aplicativos para gestão de medicamentos, dispositivos de alerta automático, recursos de telemedicina para consultas emergenciais e ferramentas de inteligência artificial capazes de identificar precocemente padrões de risco ampliam a capacidade de proteção e resposta do cuidado domiciliar. Ainda assim, a tecnologia deve ser entendida como instrumento de apoio e nunca como substituto do olhar humano atento e compassivo. O equilíbrio adequado reside na integração entre eficiência tecnológica e sensibilidade relacional, mantendo sempre no centro do cuidado a dignidade, o bem-estar e a humanidade da pessoa assistida.

## 11. CUIDADOS COM DISPOSITIVOS

O uso de dispositivos médicos no domicílio representa uma revolução na continuidade dos cuidados de saúde, viabilizando tratamentos complexos fora do ambiente hospitalar e ampliando significativamente o conforto, autonomia e qualidade de vida das pessoas que necessitam de cuidados especializados. Esta modalidade de cuidado, contudo, exige protocolos rigorosos de segurança, capacitação adequada do cuidador e vigilância constante para garantir eficácia terapêutica e prevenção de complicações.

### Fundamentos da Gestão de Dispositivos Médicos

Figura 26. Classificação de dispositivos médicos por risco.

| CLASSE I<br>BAIXO RISCO   | CLASSE II<br>MÉDIO RISCO  | CLASSE III<br>ALTO RISCO  | CLASSE IV<br>ALTO RISCO   |
|---|---|---|---|
|  |  |  |  |
| Termômetros   | Seringas  | Monitores   | Ventiladores  |
| Manutenção de rotina  | Precauções de uso<br>Treinamento  | Protocolos rígidos<br>Supervisão  | Controle rigoroso<br>Monitoramento  |

Fonte: elaborado pelas autoras.

Em termos regulatórios, dispositivos médicos são instrumentos, aparelhos, materiais ou artigos empregados isoladamente ou em combinação para diagnóstico, prevenção, monitorização, tratamento ou alívio de doenças. A classificação por risco orienta

exigências específicas de controle e manejo: desde itens de baixo risco (classe I, como termômetros e estetoscópios) até muito alto risco (classe IV, como marca-passos e próteses valvares), passando por classes intermediárias que abrangem seringas, cateteres, ventiladores e monitores (ANVISA, 2019).

Dois eixos fundamentais atravessam o cuidado seguro com quaisquer dispositivos médicos. O primeiro, segurança do paciente, demanda manutenção rigorosa de esterilidade quando indicada, prevenção ativa de infecções relacionadas a dispositivos, aplicação de técnica asséptica consistente, vigilância sistemática de complicações e documentação detalhada de todas as intervenções.

O segundo eixo, funcionalidade do dispositivo, exige verificação rotineira de patência e funcionamento adequado, manutenção conforme especificações do fabricante, substituições dentro dos prazos estabelecidos, armazenamento apropriado de insumos e componentes, e treinamento específico e continuado para manuseio seguro. Quando combinadas adequadamente, essas condições reduzem significativamente a probabilidade de falhas técnicas e eventos adversos.

### **Dispositivos de Nutrição: Sondas e Gastrostomias**

A utilização de dispositivos de nutrição enteral representa recurso essencial para a manutenção do estado nutricional em situações de comprometimento da ingestão oral. Entre as modalidades mais empregadas, a sonda nasoenteral configura via de acesso temporária, indicada em pacientes que necessitam de suporte nutricional por períodos curtos ou quando há impossibilidade transitória de deglutição segura. A sua correta

indicação e manejo demandam conhecimento técnico e vigilância contínua, uma vez que erros de posicionamento ou falhas na manutenção podem gerar complicações graves, incluindo aspiração pulmonar, obstrução da sonda ou lesões nasais e esofágicas.

Figura 2. Anatomia e cuidados da sonda nasoenteral, ilustrando o trajeto nasogástrico, métodos de verificação do posicionamento (aspirado gástrico, aferição de pH e ausculta epigástrica) e medidas de fixação e manutenção da patência.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O cuidado seguro com sondas de nutrição exige verificação criteriosa do posicionamento a cada utilização. A análise do pH do aspirado gástrico, preferencialmente inferior a 5,5, constitui método de escolha, devendo ser complementada pela observação da marca de referência na narina, pela inspeção da integridade da fixação e, quando disponível, pela ausculta epigástrica durante a injeção de ar. Na persistência de dúvidas, a radiografia de tórax permanece como padrão-ouro para confirmação da localização. A

manutenção da permeabilidade requer a lavagem sistemática da sonda com cerca de 20 ml de água filtrada ou fervida antes e após cada administração de dieta ou medicamento, bem como a irrigação preventiva em intervalos regulares, evitando obstruções. Ocluí-la quando não estiver em uso, respeitar o intervalo adequado entre dieta e medicamentos e alternar diariamente o lado da fixação, sobre pele limpa e seca, reduz riscos de complicações locais e desconforto.

Durante a administração da dieta enteral, a cabeceira deve ser mantida elevada entre 30 e 45 graus durante todo o procedimento e por, no mínimo, trinta minutos após o término. A infusão deve ocorrer de forma lenta, preferencialmente por gotejamento gravitacional ou por bomba de infusão, respeitando volumes fracionados, geralmente não superiores a 400 ml por administração. O uso de dietas em temperatura ambiente, o cumprimento rigoroso dos horários prescritos e a vigilância constante de sinais de intolerância, como náuseas, vômitos, diarreia ou distensão abdominal, garantem maior segurança e eficácia terapêutica.

As complicações associadas ao uso da sonda podem ser mecânicas, como obstrução por resíduos alimentares, deslocamento accidental, irritações nasais ou faríngeas, sinusite e otite secundárias; ou metabólicas, como diarreia decorrente de intolerância ou contaminação, náuseas por infusão rápida, distúrbios hidroeletrolíticos, desidratação e hiperglicemia. Entre os sinais de alarme que requerem avaliação médica imediata estão vômitos persistentes, hematêmese, diarreia intensa e prolongada, evidência de deslocamento da sonda, febre sem foco aparente,

distensão abdominal significativa ou manifestações clínicas sugestivas de aspiração pulmonar.

Quando a necessidade de nutrição enteral ultrapassa trinta dias, ou quando a passagem nasal é contraindicada por razões anatômicas ou clínicas, a gastrostomia torna-se a via de eleição. Esse acesso direto ao estômago oferece benefícios como maior conforto, menor risco de aspiração, menor interferência em atividades sociais e maior durabilidade do dispositivo (LÖSER et al., 2005). Os cuidados com o estoma incluem limpeza diária criteriosa com água morna e sabão neutro, seguida de secagem delicada; inspeção sistemática da pele ao redor para identificação precoce de sinais de infecção ou formação de tecido de granulação; rotação suave da sonda quando indicada; e proteção adequada durante banhos ou atividades aquáticas.

Complicações relacionadas à gastrostomia podem manifestar-se por vazamentos persistentes ao redor do estoma, hiperemia com calor local, secreção purulenta, sangramento recorrente, dor intensa desproporcional, dificuldade súbita de infusão ou tecido de granulação exuberante. Nessas situações, a reavaliação profissional urgente é indispensável para ajustar o plano terapêutico, prevenir complicações maiores e assegurar a continuidade segura da terapia nutricional.

### **Dispositivos Respiratórios: Traqueostomia e Aspiração**

A traqueostomia constitui uma via aérea cirúrgica anterior que contorna obstruções das vias aéreas superiores, facilita a ventilação mecânica prolongada, otimiza a remoção de secreções brônquicas

e proporciona maior conforto em pacientes com necessidades respiratórias complexas (Cheung; Napolitano, 2014).

O dispositivo pode ser confeccionado em diferentes modelos, adaptados a propósitos específicos. Cânulas metálicas são reutilizáveis, com cânula interna removível para limpeza frequente; cânulas plásticas, descartáveis, podem conter ou não cuff inflável, o que as torna mais indicadas em situações que exigem ventilação mecânica; e cânulas fenestradas, dotadas de orifícios laterais, permitem fonação quando posicionadas adequadamente e com o cuff desinsuflado. Cada tipo apresenta exigências próprias de manuseio, demandando que cuidadores e profissionais ajustem os cuidados às particularidades do material e do paciente.

O cuidado seguro do estoma traqueal inclui higiene criteriosa com curativos diários, ou sempre que necessário, utilizando técnica asséptica rigorosa, gaze estéril e soro fisiológico a 0,9%. Após a limpeza, deve-se assegurar secagem completa, evitando materiais que liberem fibras, como algodão comum ou gaze desfiada, e proceder a inspeção sistemática em busca de sinais de irritação, secreção purulenta ou hiperemia local. A manutenção adequada da cânula requer troca regular do cadarço de fixação, no mínimo uma vez ao dia, com ajuste firme, mas não constrictivo, permitindo a passagem de dois dedos entre cadarço e pescoço. A cânula metálica deve ter sua peça interna retirada e higienizada rotineiramente, enquanto todas as sondas devem ser inspecionadas quanto à posição e permeabilidade.

Os cuidados respiratórios específicos incluem a garantia de umidificação adequada do ar inspirado, visto que a traqueostomia

elimina o condicionamento fisiológico das vias aéreas superiores; a aspiração criteriosa de secreções sempre que clinicamente indicada; a administração de oxigenoterapia conforme prescrição; a manutenção da cabeceira elevada para favorecer a ventilação; e a monitorização contínua de sinais vitais e de conforto respiratório.

A aspiração de secreções constitui momento crítico e deve obedecer a técnica asséptica rigorosa, incluindo higienização cuidadosa das mãos, uso de luvas estéreis, sonda estéril para cada procedimento, pressão negativa controlada entre -80 e -120 mmHg e tempo máximo de quinze segundos por passagem, prevenindo hipoxemia. Sempre que possível, recomenda-se pré-oxigenação antes do procedimento, retirada da sonda com movimento rotatório suave e irrigação do circuito entre passagens sucessivas.

A observação contínua da saturação de oxigênio, o registro meticoloso das características do aspirado, a frequência necessária e a resposta clínica do paciente completam o protocolo seguro de aspiração, assegurando eficácia terapêutica e minimizando riscos.

### **Sondagem Vesical: Indicações e Cuidados Especializados**

A sonda vesical de demora (uretral ou suprapúbica) indica-se especificamente em situações de obstrução ou retenção urinária aguda, necessidade de monitorização precisa do débito urinário, situações cirúrgicas urológicas ou ginecológicas específicas, e cuidados de final de vida quando o conforto é prioritário (Gould et al., 2010).

O manejo seguro combina rigorosamente: manutenção absoluta de esterilidade (higienização criteriosa das mãos, técnica asséptica para manipulações, uso de luvas estéreis quando indicado, evitar desconexões desnecessárias do sistema), higiene íntima regular (pelo menos duas vezes ao dia com água morna e sabão neutro, secagem por tamponamento suave), e gestão adequada do sistema coletor (bolsa sempre posicionada abaixo do nível da bexiga, sem contato direto com o solo, esvaziamento quando atingir 2/3 da capacidade, trocas conforme protocolo estabelecido, e fixação alternada para reduzir trauma uretral).

Monitorar sistematicamente cor, aspecto, odor e volume urinário, investigar precocemente sinais de infecção do trato urinário, detectar obstruções do sistema de drenagem, programar remoção da sonda o mais precocemente possível quando clinicamente viável, além de promover hidratação adequada, mobilização conforme tolerado, e educação continuada para reconhecimento de sinais de alerta.

No cuidado especializado de feridas, curativos têm finalidades múltiplas: limpeza controlada do leito da ferida, proteção contra contaminação externa, promoção ativa da cicatrização em ambiente úmido controlado, controle de exsudato e odor, e manutenção de conforto e qualidade de vida (Dealey, 2008).

A técnica rigorosa obedece a princípios fundamentais de assepsia: higienização completa das mãos antes e após o procedimento, uso apropriado de EPIs (luvas, aventais, máscaras quando indicado), utilização de materiais estéreis quando especificamente indicados, descarte seguro de todos os resíduos

contaminados, e desinfecção adequada de superfícies utilizadas durante o procedimento.

A troca de curativos segue rigorosamente orientações da equipe especializada, mantendo curativo limpo e seco entre trocas, com observação sistemática de sinais de infecção (dor progressiva, calor local, rubor, edema, presença de secreção), documentação detalhada de dimensões, características do leito da ferida, tipo e quantidade de exsudato, condições das bordas, e monitorização cuidadosa da evolução cicatricial.

Dor crescente sem causa identificável, aumento significativo de exsudato ou surgimento de odor fétido, ampliação das dimensões da lesão, alteração de coloração sugestiva de necrose, ou febre sem foco aparente requerem reavaliação profissional imediata e possíveis ajustes na estratégia terapêutica.

### **Oxigenoterapia Domiciliar: Segurança e Eficácia**

A oxigenoterapia domiciliar indica-se especificamente em situações de hipoxemia crônica documentada, objetivando reduzir sintomas limitantes, diminuir hospitalizações recorrentes, e potencialmente reduzir mortalidade, sempre mediante prescrição médica específica e acompanhamento especializado regular (American Thoracic Society, 2013).

Modalidades disponíveis incluem concentradores de oxigênio (mais econômicos para uso contínuo), cilindros portáteis (para mobilidade), sistemas de oxigênio líquido portátil (maior autonomia), e dispositivos pulsáteis (economia de oxigênio). Cada

modalidade apresenta vantagens e limitações específicas que devem ser consideradas na seleção individualizada.

A segurança é absolutamente crítica: proibição total de chamas abertas e fumo em toda a residência, afastamento rigoroso de fontes de calor (fogões, aquecedores, velas), ventilação adequada de ambientes, armazenamento seguro de cilindros em posição vertical, manutenção preventiva regular conforme cronograma, e plano de contingência com equipamento reserva disponível.

Tecnicamente, o uso adequado requer: verificação diária de funcionamento e parâmetros, limpeza regular conforme especificações do fabricante, checagem sistemática de alarmes e sistemas de segurança, inspeção de conexões e possíveis vazamentos, calibração periódica quando aplicável, e registro de horas de uso e intercorrências técnicas.

### **Vigilância, Documentação e Educação Continuada**

Transversalmente, a vigilância estruturada e documentação sistemática são absolutamente indispensáveis: registrar funcionamento adequado de todos os dispositivos, documentar sinais precoces de complicações ou mau funcionamento, acompanhar resposta clínica do paciente aos tratamentos, relatar intercorrências e situações não usuais, e manter comunicação regular e estruturada com a equipe de saúde assistente.

### **Competências Essenciais do Cuidador**

A eficácia do cuidado depende fundamentalmente da educação continuada e capacitação permanente do cuidador: conhecimento

específico e detalhado de cada dispositivo utilizado, domínio consistente de técnica asséptica, reconhecimento precoce de complicações potenciais, competência no manejo de emergências relacionadas aos dispositivos, e habilidades de comunicação efetiva com profissionais de saúde.

### **Planos de Contingência e Emergência**

Cada domicílio utilizando dispositivos médicos deve ter planos estruturados para emergências: protocolos para falhas de equipamento, números de contato para suporte técnico 24 horas, equipamentos reserva ou alternativos disponíveis, procedimentos para situações de falta de energia elétrica, e critérios claros para buscar atendimento médico urgente.

### **Aspectos Econômicos e Sustentabilidade**

O cuidado domiciliar com dispositivos, embora inicialmente demande investimento em equipamentos e treinamento, frequentemente resulta em economia significativa comparado à hospitalização prolongada. A gestão adequada inclui: planejamento de aquisição de insumos, manutenção preventiva para prolongar vida útil dos equipamentos, aproveitamento de programas governamentais de suporte, e otimização de recursos através de técnicas adequadas.

A sustentabilidade do cuidado domiciliar com dispositivos requer integração efetiva com sistemas de saúde: acesso facilitado a consultas de acompanhamento, disponibilidade de suporte técnico especializado, programas de educação continuada para cuidadores, e sistemas de referência para situações de maior complexidade.

## **12. CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO**

A administração de medicamentos no ambiente domiciliar representa uma das responsabilidades mais críticas e complexas do cuidador, constituindo simultaneamente um dos campos de maior potencial para erros evitáveis. Esta atividade exige não apenas atenção plena à correção da prescrição e execução, mas também uma postura sistemática de verificação, organização e registro que transforme o ato de medicar em um processo seguro, eficaz e rastreável.

Não por acaso, os erros de medicação figuram entre as principais causas de eventos adversos preveníveis na assistência à saúde, com impacto expressivo em morbidade, mortalidade e custos para os sistemas de saúde (Institute for Safe Medication Practices, 2018). Em escala global, estimativas conservadoras apontam que 1 em cada 20 pacientes é afetado por algum tipo de erro relacionado a medicamentos, com custos anuais da ordem de dezenas de bilhões de dólares, sendo que aproximadamente metade dessas ocorrências seria potencialmente evitável através de práticas adequadas.

No grupo populacional dos idosos, o risco de eventos adversos relacionados a medicamentos é duas a três vezes maior, devido à combinação de fatores como polifarmácia (uso simultâneo de múltiplos medicamentos), multimorbidade (presença de várias condições crônicas), alterações farmacocinéticas relacionadas ao envelhecimento, e limitações sensoriais e cognitivas que frequentemente acompanham o processo de envelhecimento.

No contexto domiciliar, a ausência de supervisão profissional contínua, a presença de múltiplos medicamentos com esquemas terapêuticos complexos, o armazenamento frequentemente inadequado, as lacunas de conhecimento sobre os medicamentos, e a falta de protocolos estruturados compõem um cenário que exige desenvolvimento de estratégias simples, robustas e adaptáveis às limitações familiares.

### **Os “Nove Certos”: Protocolo de Segurança Fundamental**

A segurança medicamentosa representa uma responsabilidade compartilhada entre prescritores, farmacêuticos, cuidadores e, quando possível, a própria pessoa cuidada. Para organizar essa prática diária complexa, a literatura internacional recomenda consistentemente o protocolo dos “nove certos” — um roteiro sistemático de verificação capaz de reduzir substancialmente o risco de erros de administração (Elliott; Liu, 2010).

#### *1. Paciente Certo*

O protocolo inicia-se pela confirmação rigorosa da identidade correta do paciente, incluindo conferência do nome completo, uso de pulseira de identificação quando disponível, e confirmação verbal sempre que a pessoa estiver consciente e orientada. Em domicílios com múltiplas pessoas recebendo medicamentos, esta verificação torna-se ainda mais crítica.

#### *2. Medicamento Certo*

Procede-se à verificação meticulosa do medicamento: conferência do nome comercial e princípio ativo na embalagem, verificação da concentração prescrita, e atenção especial a

medicamentos com nomes similares (look-alike sound-alike) que podem gerar confusão. A leitura cuidadosa do rótulo deve ser realizada pelo menos três vezes: ao retirar o medicamento, ao preparar a dose, e antes da administração.

### *3. Dose Certa*

A dose deve ser conferida rigorosamente: quantidade exata prescrita, unidades de medida corretas, e cálculos matemáticos verificados quando necessários. Para medicamentos líquidos, utilizar sempre dispositivos de medida apropriados (seringas graduadas, copinhos dosadores), nunca utensílios domésticos convencionais.

### *4. Via Certa*

A via de administração deve ser verificada (oral, tópica, injetável, retal), incluindo adequação frente a alterações de deglutição, presença de dispositivos específicos (sondas, ostomias), e condições clínicas que possam contraindicar determinadas vias.

### *5. Horário Certo*

Respeitar escrupulosamente os intervalos terapêuticos prescritos, considerar indicações específicas (jejum, pós-refeição, antes de dormir), e realizar ajustes realistas à rotina familiar sem comprometer a eficácia terapêutica.

### *6. Documentação Certa*

Realizar registro imediato e completo do que foi administrado: medicamento, dose, via, horário exato, bem como eventuais recusas, efeitos observados, ou intercorrências durante a administração.

### *7. Orientação Certa*

Fornecer explicações adequadas sobre o propósito do medicamento, efeitos terapêuticos esperados, possíveis reações adversas, e orientações específicas relacionadas à administração.

### *8. Forma Farmacêutica Certa*

Respeitar as apresentações e tecnologias de liberação específicas, realizando avaliação criteriosa antes de triturar ou fracionar medicamentos, especialmente aqueles de liberação modificada.

### *9. Resposta Certa*

Implementar monitoramento sistemático dos efeitos terapêuticos e adversos, com comunicação rápida e estruturada de achados relevantes à equipe de saúde assistente.

## **Medicamentos de Alto Risco: Precauções Especiais**

Para medicamentos classificados como de alto risco — insulinas, anticoagulantes, opioides, agentes cardiovasculares, e medicamentos com janela terapêutica estreita — recomenda-se implementação de dupla checagem independente, reforçando o princípio da redundância segura como barreira adicional contra erros.

### **Insulinas: Vigilância Glicêmica**

Requerem conferência minuciosa do tipo específico (ação rápida, intermediária, prolongada), concentração (U-100, U-500), técnica de aplicação, locais de rodízio, e monitoramento rigoroso de sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia.

## **Anticoagulantes: Controle de Sangramento**

Exigem vigilância sistemática de sinais de sangramento (equimoses, epistaxe, hematúria, melena), monitoramento de exames laboratoriais quando aplicável, e conhecimento de antídotos disponíveis.

## **Opioides: Depressão Respiratória**

Demandam observação cuidadosa de sedação excessiva, função respiratória, sinais vitais, e disponibilidade de naloxona quando

O armazenamento adequado influencia diretamente tanto a eficácia quanto a segurança dos medicamentos. Princípios fundamentais incluem: local seco e arejado, proteção contra luz solar direta, controle de temperatura e umidade, separação lógica por tipo ou indicação, rotulagem legível e atual, e controle rigoroso de prazos de validade seguindo o princípio “primeiro a vencer, primeiro a sair”.

## **Medicamentos Refrigerados**

Itens que exigem refrigeração — como determinadas insulinas, alguns antibióticos em suspensão, e vacinas — devem ser mantidos rigorosamente entre 2–8°C, nunca congelados, com verificação regular da temperatura do refrigerador e sistema de alerta para falhas de energia elétrica.

## **Organização Cotidiana**

A organização diária beneficia-se de: tabelas de horários visualmente acessíveis, organizadores semanais com

compartimentos identificados, sistemas de alarme sonoro ou aplicativos móveis, registro sistemático das doses administradas, e distinção clara de medicamentos de uso eventual (SOS).

Manter a prescrição médica sempre junto aos medicamentos, com atualizações cronológicas registradas, contatos atualizados da equipe de saúde, e histórico de mudanças implementadas facilita comunicação e reduz ambiguidades em situações de urgência.

### **Princípios Inegociáveis de Segurança**

Determinados princípios constituem bases inegociáveis da segurança medicamentosa: jamais administrar qualquer medicamento sem prescrição médica válida; não substituir medicamentos por iniciativa própria; não alterar dose, via de administração ou frequência sem orientação profissional; não suspender tratamentos por conta própria; e não utilizar medicamentos com prazo de validade vencido.

### **Vigilância de Reações Adversas**

A vigilância de reações adversas deve ser sistemática e especialmente intensificada nas primeiras administrações e após mudanças de dose, com registro detalhado de sinais e sintomas observados, e comunicação imediata em situações de alarme grave.

### **Sinais de Alerta Críticos**

Situações que exigem ação imediata incluem: dispneia ou dificuldade respiratória súbita, sibilos ou chiado no peito, edema de face, lábios ou língua, exantemas extensos ou urticária generalizada, rebaixamento significativo do nível de consciência,

vômitos persistentes e incoercíveis, e alterações acentuadas de sinais vitais.

### **Técnica Asséptica e Prevenção de Contaminação**

A implementação rigorosa de técnica asséptica inclui: higienização completa das mãos antes e após manipular medicamentos, limpeza e desinfecção das superfícies utilizadas para preparo, uso exclusivo de dispositivos limpos e calibrados para medição, prevenção de contaminação cruzada entre diferentes medicamentos, e descarte apropriado de todos os materiais utilizados.

### **Prevenção de Contaminação Cruzada**

Especial atenção deve ser dada à prevenção de contaminação cruzada, utilizando dispositivos de medida específicos para cada medicamento, evitando reutilização de materiais entre diferentes pessoas, e mantendo separação física entre medicamentos de uso externo e interno.

### **Situações Especiais e Adaptações**

#### *Dificuldades de Deglutição*

Nas situações de disfagia ou outras dificuldades de deglutição, é imprescindível consultar previamente a farmácia ou equipe médica sobre a possibilidade de triturar ou fracionar medicamentos, evitando absolutamente quebrar apresentações de liberação modificada, e considerar formas alternativas quando prescritas (líquidos, gotas, comprimidos dispersíveis, adesivos transdérmicos).

### *Medicamentos por Sondas*

A administração através de sondas alimentares requer cuidados específicos: verificação de posicionamento e patência da sonda, diluição adequada dos medicamentos, administração separada de diferentes fármacos, flush com água entre medicamentos, e verificação de compatibilidade com a nutrição enteral.

### *Preparação para Emergências Medicamentosas*

A preparação adequada para emergências medicamentosas deve incluir: conhecimento detalhado dos medicamentos de urgência prescritos, manutenção de contatos atualizados da equipe de saúde disponíveis 24 horas, reconhecimento preciso de sinais que indicam necessidade de uso de medicações SOS, seguimento rigoroso de protocolos previamente estabelecidos, e garantia de acesso rápido e desburocratizado a serviços de emergência médica.

### *Medicamentos SOS*

Para medicamentos de uso eventual, manter protocolos claros especificando: condições específicas para uso, doses exatas, intervalos mínimos entre administrações, sinais que contraindicam o uso, e critérios para buscar atendimento médico urgente.

### *Educação e Envolvimento da Pessoa Cuidada*

Quando clinicamente possível, a educação da pessoa cuidada e sua participação ativa no processo favorecem significativamente a adesão terapêutica: explicar a importância e função de cada medicamento, esclarecer efeitos terapêuticos esperados e possíveis reações, sinalizar indicadores concretos de melhora ou piora

clínica, e engajar a pessoa nas decisões relacionadas ao seu tratamento dentro de suas capacidades.

### **Estratégias de Melhoria da Adesão**

Estratégias práticas que melhoram a adesão incluem: simplificação de esquemas quando clinicamente viável, associação de horários de medicação a atividades diárias habituais, uso de lembretes visuais e sonoros personalizados, envolvimento estruturado de familiares no processo, e feedback regular sobre resultados terapêuticos obtidos.

#### *Descarte Seguro e Gestão de Resíduos*

O descarte adequado de medicamentos vencidos ou suspensos constitui responsabilidade ambiental e de saúde pública: utilizar pontos de coleta específicos em farmácias ou unidades de saúde, nunca descartar no lixo comum ou esgoto doméstico, remover informações pessoais de embalagens, e manter registros de medicamentos descartados para controle.

#### *Materiais Perfurocortantes*

Angulhas, lancetas e outros materiais perfurocortantes requerem descarte em recipientes rígidos específicos, nunca reencapados, com entrega em pontos de coleta apropriados ou serviços especializados.

#### *Tecnologia a Serviço da Segurança*

Recursos tecnológicos podem significativamente ampliar a segurança medicamentosa: aplicativos móveis para controle de horários e doses, sistemas de alerta automático, dispositivos de

monitoramento de adesão, e plataformas de comunicação com profissionais de saúde para esclarecimentos rápidos.

#### *Integração Tecnologia-Cuidado Humano*

A tecnologia deve complementar, nunca substituir, o conhecimento e a vigilância humana. O equilíbrio adequado combina eficiência tecnológica com competência clínica, sempre mantendo o foco na segurança e bem-estar da pessoa cuidada.

#### *Comunicação com a Equipe de Saúde*

Estabelecer canais de comunicação eficazes com a equipe de saúde é fundamental: ter contatos atualizados e acessíveis, conhecer protocolos de comunicação para diferentes situações, manter registro de orientações recebidas, e reportar sistematicamente efeitos observados, dificuldades encontradas, e mudanças no estado clínico.

#### *Situações que Exigem Comunicação Imediata*

Determinadas situações exigem contato imediato com profissionais: prescrições ambíguas ou ilegíveis, indisponibilidade do medicamento prescrito, suspeita de prescrição inadequada, histórico de reações adversas prévias, mudanças clínicas significativas, e qualquer dúvida sobre segurança ou adequação do tratamento.

## **13. CUIDADOS PARA EVITAR QUEDAS**

As quedas em idosos constituem um dos maiores desafios de saúde pública contemporâneo, representando não apenas uma ameaça imediata à integridade física, mas um fenômeno complexo que impacta profundamente a autonomia, qualidade de vida e bem-estar psicológico das pessoas e suas famílias. Reconhecidas como a segunda causa de morte por lesões acidentais globalmente, as quedas exigem uma abordagem sistêmica, preventiva e multidisciplinar que integre conhecimento científico, modificações ambientais e cuidado humanizado.

### **A Magnitude do Problema: Dados Epidemiológicos Alarmantes**

No Brasil, aproximadamente um terço das pessoas com 65 anos ou mais sofre pelo menos uma queda a cada ano, proporção que pode alcançar cerca de metade dos indivíduos acima de 80 anos. Entre os que experienciam quedas, uma parcela significativa evolui com fraturas — especialmente de quadril — e outras lesões graves que demandam atenção médica especializada, hospitalizações prolongadas e reabilitação intensiva.

Estimativas internacionais conservadoras indicam custos anuais da ordem de dezenas de bilhões de dólares associados às consequências das quedas em idosos. A mortalidade relacionada situa-se entre 10% e 20% no primeiro ano após fratura de quadril, evidenciando o peso clínico, social e econômico do problema (American Geriatrics Society, 2011). No contexto brasileiro, considerando o envelhecimento

populacional acelerado, esses números tendem a aumentar exponencialmente nas próximas décadas.

### **Consequências Multidimensionais das Quedas**

Os desfechos das quedas transbordam amplamente o âmbito puramente físico, criando uma cascata de consequências interconectadas. Além das lesões imediatas como fraturas de quadril, punho, vértebras e fêmur, traumatismo cranioencefálico e lesões de partes moles, são frequentes a imobilização prolongada e o declínio funcional acelerado que podem ser irreversíveis.

#### *Impacto Psicológico Profundo*

Psicologicamente, emerge frequentemente a síndrome do medo de cair, caracterizada por perda significativa de confiança na própria capacidade de movimentação, retração voluntária progressiva de atividades previamente prazerosas, isolamento social crescente, e desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos que podem perpetuar o ciclo de declínio funcional.

#### *Repercussões Socioeconómicas*

No âmbito socioeconômico, multiplicam-se hospitalizações evitáveis, períodos de reabilitação prolongados, e necessidade de institucionalização precoce, com aumento dramático da dependência para atividades básicas de vida diária e sobrecarga significativa sobre cuidadores familiares, repercutindo intensamente sobre todo o sistema de saúde e proteção social.

### **Compreendendo os Fatores de Risco**

A prevenção verdadeiramente efetiva inicia-se pela compreensão aprofundada dos fatores de risco, tradicionalmente

classificados em intrínsecos (relacionados ao próprio indivíduo) e extrínsecos (relacionados ao ambiente) (Rubenstein, 2006).

#### *Fatores de Risco Intrínsecos*

O processo natural de envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas que incrementam a vulnerabilidade: diminuição progressiva da acuidade visual, fraqueza muscular especialmente em membros inferiores, deterioração do equilíbrio e coordenação motora, tempo de reação mais lento, alterações cognitivas que comprometem atenção e capacidade de julgamento, e reflexos menos eficientes para recuperar o eixo corporal quando perturbado.

#### *Condições Clínicas Específicas*

Condições clínicas específicas amplificam significativamente o risco: alterações oftalmológicas como catarata, glaucoma e degeneração macular; distúrbios vestibulares incluindo vertigem posicional benigna, labirintopatias e doença de Ménière; condições neurológicas como doença de Parkinson, sequelas de acidente vascular cerebral, demências e neuropatias periféricas; problemas cardiovasculares incluindo hipotensão ortostática, arritmias e episódios sincopais; condições musculoesqueléticas como artrites, osteoporose e deformidades dos pés; além de doenças sistêmicas como diabetes mellitus, hipotireoidismo e quadros anêmicos.

#### *Fatores Farmacológicos*

Do ponto de vista farmacológico, determinadas classes medicamentosas elevam substancialmente o risco de quedas: psicotrópicos (benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos,

antipsicóticos), medicamentos cardiovasculares (anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos), analgésicos opioides e relaxantes musculares podem comprometer significativamente a vigilância postural e estabilidade dinâmica. A polifarmácia — definida como uso simultâneo de quatro ou mais medicamentos — adiciona uma camada complexa de vulnerabilidade através de interações medicamentosas e efeitos cumulativos.

### *Aspectos Comportamentais*

Fatores comportamentais funcionam como amplificadores de risco: sedentarismo crônico, consumo de álcool mesmo em quantidades moderadas, uso de calçados inadequados ou mal ajustados, adoção de comportamentos de risco desnecessários, e história prévia de quedas (que duplica o risco de novos episódios).

### *Fatores de Risco Extrínsecos*

Entre os fatores ambientais, destacam-se: iluminação insuficiente, superfícies escorregadias ou irregulares, obstáculos no percurso habitual (móveis mal posicionados, fios elétricos, objetos deixados no chão), ausência de dispositivos de apoio como barras e corrimãos, e desníveis não adequadamente sinalizados.

Fatores contextuais adicionais incluem mudanças recentes no ambiente domiciliar, condições climáticas adversas, e necessidade de circulação em locais não familiares ou excessivamente congestionados, todos aumentando probabilisticamente a ocorrência de acidentes.

A avaliação adequada do risco combina instrumentos padronizados validados cientificamente com observação clínica sistemática e sinais de alerta específicos.

## **Escala de Risco de Quedas de Morse**

A Escala de Morse integra seis componentes fundamentais: história recente de quedas, diagnósticos médicos associados, necessidade de auxílio para deambulação, presença de terapia endovenosa ou dispositivos, padrão de marcha e transferências, e estado mental atual. A pontuação acumulada classifica o risco de baixo a alto, orientando intensidade das intervenções preventivas.

## **Teste Timed Up and Go (TUG)**

O TUG mensura objetivamente o tempo necessário para levantar de uma cadeira padrão, caminhar três metros em linha reta, retornar à cadeira e sentar-se novamente. Valores inferiores a 10 segundos são considerados normais; tempos entre 10–20 segundos sugerem fragilidade leve; 20–29 segundos indicam fragilidade moderada; e 30 segundos ou mais caracterizam fragilidade severa com risco muito elevado de quedas.

## **Sinais Clínicos de Alerta**

No rastreamento clínico rotineiro, merecem atenção especial: histórico de quedas nos 12 meses precedentes, relato de medo de cair que limite significativamente atividades habituais, necessidade de uso de dispositivos auxiliares de marcha, dificuldade objetiva para levantar-se de cadeira sem apoio, instabilidade evidente durante marcha, e episódios de tonturas ou vertigens recorrentes — todos indicadores de risco elevado que demandam intervenção preventiva imediata.

## **Estratégias Preventivas Multifatoriais**

### *Modificações Ambientais Sistemáticas*

A prevenção eficaz é necessariamente multifatorial, integrando modificações ambientais baseadas em evidência. No ambiente domiciliar, recomenda-se implementação de iluminação suficiente (mínimo de 300 lux em áreas de circulação), eliminação sistemática de obstáculos (remoção de tapetes soltos, organização de fios elétricos, recolhimento de objetos do chão), instalação de superfícies antiderrapantes especialmente em banheiros e áreas úmidas, uso exclusivo de calçados fechados e bem ajustados, sinalização visual clara de desníveis (fitas antiderrapantes nas bordas de degraus), e instalação de interruptores facilmente acessíveis.

### *Adaptações Específicas por Ambiente*

Quarto: Cama em altura que facilite transferências seguras (aproximadamente 45–50 cm), iluminação noturna automática para orientação, objetos pessoais organizados ao alcance direto, e espaço livre para circulação.

Banheiro: Barras de apoio estrategicamente posicionadas junto ao vaso sanitário e no box do chuveiro, tapetes antiderrapantes firmemente fixados, vaso sanitário em altura adequada, cadeira de banho quando clinicamente indicada, e temperatura controlada para evitar tonturas.

Cozinha: Itens de uso frequente posicionados em alturas acessíveis sem necessidade de bancos ou escadas, manutenção rigorosa de pisos secos, garantia de iluminação adequada sobre

bancadas de trabalho, e organização que evite necessidade de movimentos bruscos.

Escadas: Corrimãos bilaterais firmemente instalados, fitas antiderrapantes em todos os degraus, iluminação no topo e na base, sinalização visual clara do primeiro e último degrau, e largura adequada para circulação segura.

#### *Intervenções Físicas Estruturadas*

Programas de exercícios estruturados demonstram eficácia comprovada: fortalecimento específico de quadríceps e glúteos, treinos de resistência para membros inferiores, exercícios de sentar-levantar repetitivos, caminhada supervisionada em diferentes terrenos, e exercícios utilizando o peso corporal para melhoria de força e potência funcional.

#### **Treino de Equilíbrio Especializado**

O treino específico de equilíbrio inclui: exercícios de apoio unipodal supervisionado, atividades de propriocepção e percepção corporal, modalidades como Tai Chi ou yoga adaptadas para idosos, marcha controlada em diferentes tipos de superfícies, e exercícios de coordenação visomotora que reduzem oscilação postural e melhoram respostas a perturbações inesperadas.

#### *Flexibilidade e Mobilidade Articular*

Programas de flexibilidade incluem: alongamentos dirigidos para grandes grupos musculares, exercícios de amplitude de movimento articular, técnicas de relaxamento muscular, e exercícios respiratórios que ampliam conforto corporal, economia de movimento e confiança na movimentação.

### *Revisão Medicamentosa Sistemática*

A revisão medicamentosa periódica e sistemática deve identificar proativamente medicamentos de alto risco (benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos), ajustar medicamentos cardiovasculares para prevenir hipotensão ortostática, ponderar cuidadosamente o uso de diuréticos que aumentam necessidade de idas noturnas ao banheiro, verificar níveis séricos de anticonvulsivantes quando aplicável, e reduzir gradualmente medicações desnecessárias ou duplicadas.

### *Educação Farmacológica*

Educação clara sobre efeitos colaterais potenciais, interações medicamentosas relevantes, horários ótimos de administração, e sinais de alerta que requerem avaliação médica deve ser fornecida sistematicamente a pacientes e cuidadores.

### **Dispositivos Auxiliares e Tecnologia Assistiva**

Os dispositivos auxiliares de marcha requerem seleção criteriosa e treinamento específico: bengalas ajustadas precisamente ao nível do trocânter maior, com ponteiras íntegras e, quando clinicamente indicado, base tripé para maior estabilidade; andadores com altura apropriada individual, freios funcionantes e testados regularmente, rodas em perfeito estado de conservação; e cadeiras de rodas com freios adequadamente acionados durante todas as transferências, apoios de pés posicionados corretamente, inspeção regular da estrutura, e garantia de ambiente acessível para circulação.

Recursos tecnológicos emergentes incluem: sistemas de detecção de quedas com alerta automático, dispositivos de

monitoramento de atividade e padrões de movimento, aplicativos móveis para exercícios domiciliares guiados, e sistemas de iluminação inteligente que respondem a movimentos noturnos.

Quando, apesar de todas as medidas preventivas, ocorre uma queda, um protocolo estruturado de resposta aumenta a segurança e contribui para prevenção de recorrências.

#### *Resposta Imediata*

Na resposta imediata: manter absoluta calma e tranquilizar a pessoa, avaliar rapidamente nível de consciência e responsividade, verificar sinais vitais básicos, observar presença de sangramentos visíveis ou deformidades óbvias, evitar movimentação se houver qualquer suspeita de fratura, e acionar serviços de socorro conforme severidade da situação.

#### *Avaliação Secundária Detalhada*

Na avaliação secundária: investigar sistematicamente a provável causa precipitante (medicações recém-introduzidas, intercorrências clínicas, mudanças ambientais recentes, calçados ou vestimentas inadequadas, atividade específica sendo realizada), descrever minuciosamente as circunstâncias do evento e sinais neurológicos observados, e registrar detalhadamente todas as informações para posterior análise.

Subsequentemente, readequar o plano de cuidados: revisar sistematicamente todos os fatores de risco identificáveis, reforçar supervisão durante atividades de maior risco, intensificar programas de exercícios ou fisioterapia, promover novas modificações ambientais baseadas na análise do evento, e renovar educação do cuidador e família sobre prevenção.

## **Educação e Capacitação Continuada**

### *Educação de Pacientes e Famílias*

Pacientes e familiares devem desenvolver competências para: reconhecer precocemente fatores de risco pessoais e ambientais, compreender profundamente a importância das adaptações ambientais propostas, apreender técnicas seguras de movimentação e transferência, dominar o uso correto de dispositivos auxiliares, e identificar situações que requerem busca imediata de ajuda profissional.

### *Competências Essenciais do Cuidador*

Cuidadores necessitam dominar conhecimentos sobre: fatores intrínsecos e extrínsecos de risco, aplicação básica de instrumentos de avaliação, estratégias preventivas com base científica sólida, manejo seguro de auxiliares de marcha, e protocolos padronizados de atuação em casos de queda.

Adicionalmente, devem desenvolver habilidades práticas de: transferência segura entre superfícies, modificação sistemática do ambiente domiciliar, orientação adequada para exercícios preventivos, e comunicação efetiva com equipes de saúde especializadas.

### *Métodos Educativos Eficazes*

Estratégias educacionais que demonstram maior eficácia incluem: demonstrações práticas hands-on, utilização de materiais visuais explicativos, simulações controladas de situações de risco, discussão estruturada de casos reais, e programas de reforço periódico que consolidam o aprendizado ao longo do tempo.

## **Aspectos Psicossociais e Qualidade de Vida**

### *Abordagem do Medo de Cair*

A síndrome do medo de cair (ptoofobia) requer intervenção específica: reconhecimento precoce dos sintomas, validação das preocupações legítimas, implementação gradual de estratégias de exposição controlada, fortalecimento da autoconfiança através de sucessos incrementais, e suporte psicológico quando necessário.

### *Manutenção da Autonomia*

Estratégias para preservar autonomia incluem: adaptação de atividades ao invés de eliminação completa, uso de dispositivos que ampliem capacidades, manutenção de atividades sociais significativas, e foco em capacidades preservadas ao invés de limitações.

## **Integração com Sistemas de Saúde**

### *Coordenação Interprofissional*

A prevenção eficaz de quedas requer coordenação entre: médicos geriatras ou clínicos, fisioterapeutas especializados, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos clínicos, enfermeiros especializados, e quando necessário, psicólogos ou psiquiatras.

### *Continuidade do Cuidado*

Sistemas adequados devem garantir: avaliações periódicas programadas, acesso facilitado para reavaliações urgentes, comunicação eficiente entre profissionais, e integração entre diferentes níveis de atenção à saúde.

## Considerações adicionais

A prevenção de quedas constitui processo contínuo, multifatorial e multidisciplinar que demanda abordagem sistemática baseada em evidências científicas sólidas. Quanto mais precoce e sistematicamente for implementada, maior a probabilidade de evitar não apenas lesões físicas imediatas, mas principalmente preservar autonomia, confiança pessoal e qualidade de vida das pessoas cuidadas.

O sucesso na prevenção de quedas resulta da combinação harmoniosa entre conhecimento científico atualizado, modificações ambientais criteriosamente planejadas, intervenções físicas estruturadas, revisão medicamentosa sistemática, uso adequado de tecnologia assistiva, e educação continuada de todos os envolvidos no processo de cuidar.

Cada estratégia preventiva implementada, cada fator de risco identificado e modificado, e cada episódio de queda adequadamente analisado e utilizado para aprendizado contribuem para a construção de um ambiente domiciliar mais seguro, funcional e preservador da dignidade humana. A prevenção de quedas transcende, portanto, a simples prevenção de lesões, constituindo-se em ferramenta fundamental de promoção do envelhecimento saudável, ativo e com qualidade de vida.

## **CONCLUSÃO**

A elaboração deste manual parte do princípio de que o cuidado de qualidade é direito da pessoa idosa e responsabilidade compartilhada entre cuidadores, famílias e profissionais de saúde. O envelhecimento populacional brasileiro, evidenciado pelas projeções do IBGE, impõe desafios que exigem conciliar qualidade técnica, humanização da assistência e sustentabilidade econômica. Nesse cenário, o cuidador assume papel central, ultrapassando a execução de tarefas para abarcar dimensões éticas, educativas e relacionais. O cuidado domiciliar deve preservar a autonomia da pessoa cuidada, mesmo diante de limitações funcionais, e desenvolver-se de forma integral, considerando não apenas aspectos físicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais. A prática baseada em evidências mostra-se condição essencial para a segurança, com medidas simples, como higienização das mãos ou mudança de decúbito, capazes de prevenir complicações graves.

O avanço tecnológico e a multimorbidade típica do envelhecimento criam novas demandas de capacitação, adaptabilidade e incorporação de recursos assistivos, enquanto a ausência de regulamentação profissional ainda fragiliza a consolidação da categoria. A sustentabilidade do cuidado, por sua vez, depende do reconhecimento da necessidade de apoiar quem cuida, prevenindo sobrecarga e garantindo continuidade. O futuro aponta para maior profissionalização, integração tecnológica, uso da telemedicina e aplicativos de gestão de cuidados, articulados a

redes de atenção que assegurem transições seguras e continuidade da informação.

Cuidar de pessoas idosas em situação de dependência é compromisso ético e social, que ultrapassa a técnica e reflete o dever coletivo de assegurar que os anos adicionais conquistados sejam vividos com dignidade. O cuidador torna-se agente de transformação cultural, demonstrando que dependência não significa perda de valor humano. O cuidado efetivo é fruto da integração entre ciência, técnica, sensibilidade e ética, cultivado pelo estudo contínuo, pela prática reflexiva e pela atenção às necessidades não verbalizadas. Investir em cuidadores bem preparados significa garantir não apenas a sobrevivência, mas a possibilidade de uma vida com significado, respeito e afeto, reconhecendo que a essência do cuidado é não abandonar aqueles que, tendo construído a sociedade, merecem acolhimento competente e compassivo em sua vulnerabilidade.

## **REFERÊNCIAS**

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Guide to patient and family engagement in hospital quality and safety. Rockville: AHRQ, 2014.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 59, n. 1, p. 148-157, 2011.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 63, n. 11, p. 2227-2246, 2015.

AMERICAN THORACIC SOCIETY. An official American Thoracic Society clinical practice guideline: the clinical utility of full cardiopulmonary exercise testing in pulmonary medicine. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 187, n. 9, p. 1247-1267, 2013.

ANCOLI-ISRAEL, Sonia. Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine*, v. 10, p. S7-S11, 2009.

ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de; CARVALHO, Virgínia Ângela Multilack Lemos de. Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Revista de Humanidades*, v. 6, n. 13, p. 1-9, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Principles of biomedical ethics. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2002.
- BENNER, Patricia. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2001.
- BERTALANFFY, Ludwig von. General system theory: foundations, development, applications. New York: George Braziller, 1968.
- BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002. 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2002.
- BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 284, de 2011. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2012. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 maio 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018.

Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001. Aprova o regulamento técnico que consta no anexo desta resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Brasília: ANVISA, 2019.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão e. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 67-91.

CARSKADON, Mary A.; DEMENT, William C. Normal human sleep: an overview. In: KRYGER, Meir H.; ROTH, Thomas; DEMENT, William C. (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine*. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2017. p. 15-24.

CARVALHO, Danielli Piatti et al. Ser cuidador e as implicações do cuidado na atenção domiciliar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 450-458, jun. 2015.

CHARKOUDIAN, Nisha. Skin blood flow in adult human thermoregulation: how it works, when it does not, and why. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 78, n. 5, p. 603-612, 2003.

CHEUNG, Nathan H.; NAPOLITANO, Lena M. Tracheostomy: epidemiology, indications, timing, technique, and outcomes. *Respiratory Care*, v. 59, n. 6, p. 895-915, 2014.

- CLAVÉ, Pere et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, v. 24, n. 9, p. 1385-1394, 2006.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.
- DEALEY, Carol. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- DEFLOOR, Tom; GRYPDONCK, Mieke. Sitting posture and prevention of pressure ulcers. *Applied Nursing Research*, v. 18, n. 1, p. 19-27, 2005.
- DOWNEY, Lorna; LLOYD, Helen. Bed bathing patients in hospital. *Nursing Standard*, v. 22, n. 34, p. 35-40, 2008.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira et al. Cuidadores de idosos: um estudo exploratório. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 370-375, 2012.
- ELLIOTT, Michelle; LIU, Ying. The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, v. 19, n. 5, p. 300-305, 2010.
- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: clinical practice guideline. 3. ed. Havertown: EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.

FARAGE, Miranda A. et al. Structural characteristics of the aging skin: a review. *Cutaneous and Ocular Toxicology*, v. 32, n. 4, p. 343-349, 2013.

FRATEZI, Flavia Regina; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

GIVEN, Barbara et al. Family caregiver outcomes in cancer care. In: GIVEN, Barbara; GIVEN, Charles W.; SHERWOOD, Paula R. (Eds.). *Family care giving in illness*. New York: Springer Publishing, 2012. p. 103-124.

GOULD, Carolyn V. et al. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, v. 31, n. 4, p. 319-326, 2010.

GRATÃO, Aline Cristina Martins et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

HEYLAND, Daren K. et al. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 27, n. 5, p. 355-373, 2003.

HICKSON, Mary. Malnutrition and ageing. *Postgraduate Medical Journal*, v. 82, n. 963, p. 2-8, 2006.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. Medication errors: significance of accurate patient weight. *ISMP Medication Safety Alert! Acute Care*, v. 23, n. 4, p. 1-3, 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população: Brasil e unidades da federação. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

IRISH, Leah A. et al. The role of sleep hygiene in promoting public health: a review of empirical evidence. *Sleep Medicine Reviews*, v. 22, p. 23-36, 2015.

JOINT COMMISSION. Sentinel event data: root causes by event type. Oakbrook Terrace: TJC, 2017.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KAWASAKI, Kozue; DIOGO, Maria José D'Elboux. Assistência domiciliaria ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 257-264, set. 2001.

KOLARSICK, Paul A. J.; KOLARSICK, Maria Ann; GOODWIN, Carolyn. Anatomy and physiology of the skin. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, v. 3, n. 4, p. 203-213, 2011.

KOREN, Mary Jane. Person-centered care for nursing home residents: the culture-change movement. *Health Affairs*, v. 29, n. 2, p. 312-317, 2010.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, ago. 2010.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde do idoso após alta hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 142-146, 2006.

LEFF, Bruce et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, v. 143, n. 11, p. 798-808, 2005.

LEININGER, Madeleine M. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEONARD, Michael et al. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, v. 13, p. i85-i90, 2004.

LÖSER, Christian et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition--percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). *Clinical Nutrition*, v. 24, n. 5, p. 848-861, 2005.

MARIK, Paul E.; KAPLAN, David. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*, v. 124, n. 1, p. 328-336, 2003.

MARONESI, Letícia Carrillo et al. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-892, dez. 2014.

MAYEROFF, Milton. On caring. New York: Harper & Row, 1971.

McCORMACK, Brendan; McCRANCE, Tanya. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, v. 56, n. 5, p. 472-479, 2017.

MINUCHIN, Salvador. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1982.

MORLEY, John E. Decreased food intake with aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 56, n. 2, p. M81-M88, 2001.

NOLAN, Mike et al. Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing*, v. 13, n. 3a, p. 45-53, 2003.

OHAYON, Maurice M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, v. 6, n. 2, p. 97-111, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015.

OREM, Dorothea E. Nursing: concepts of practice. 4. ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin. Desenvolvimento humano. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEARLIN, Leonard I. et al. Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, v. 30, n. 5, p. 583-594, 1990.

PEPLAU, Hildegard E. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Putnam, 1952.

PETERSEN, Poul Erik; YAMAMOTO, Takao. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 33, n. 2, p. 81-92, 2005.

PINQUART, Martin; SØRENSEN, Silvia. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, v. 18, n. 2, p. 250-267, 2003.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003.

REASON, James. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate, 1997.

ROLLAND, John S. In sickness and in health: the impact of illness on couples' relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, v. 20, n. 4, p. 327-347, 1994.

RUBENSTEIN, Laurence Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, v. 35, p. ii37-ii41, 2006.

SAINT, Sanjay et al. Condom versus indwelling urinary catheters: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 54, n. 7, p. 1055-1061, 2006.

SCHULZ, Richard; MARTIRE, Lynn M. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 12, n. 3, p. 240-249, 2004.

SILVA, Kênia Lara; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Interdisciplinaridade na atenção domiciliar: a perspectiva da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 148-154, 2013.

SILVA, Kênia Lara; SANTOS, Ademir Alves dos. O cuidado domiciliar no contexto da Estratégia de Saúde da Família: auto-cuidado, cuidado familiar e cuidado profissional. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 153-158, 2010.

SILVA, Lívia Dayane Sousa et al. Desospitalização de adultos em cuidados paliativos: a realidade brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 6, p. 1015-1020, 2010.

- SILVA, Rudval Souza da et al. Comunicação, acolhimento e educação em saúde na consulta de enfermagem em ginecologia. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 5, p. 466-472, 2015.
- STRATTON, Rebecca J. et al. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment. Wallingford: CABI Publishing, 2004.
- VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.
- VITIELLO, Michael V. Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, v. 7, n. 3, p. 539-544, 2012.
- WALDOW, Vera Regina. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.
- WATSON, Jean. Nursing: human science and human care. New York: National League for Nursing, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety: making health care safer. Geneva: WHO, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: WHO, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical activity guidelines for older adults. Geneva: WHO, 2020.
- WOUND OSTOMY AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. Guideline for prevention and management of pressure ulcers. Mount Laurel: WOCN Society, 2016.
- WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 6. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2012.

ZARIT, Steven H.; REEVER, Karen E.; BACH-PETERSON, Julie.  
Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The  
Gerontologist*, v. 20, n. 6, p. 649-655, 1980.