

FAMÍLIA

HABINEWS

A REVISTA DA HABCUIDADOS
EDIÇÃO 142 - ANO 8 | MAI-JUN 2026

VAMOS FALAR DE: LÚPUS

Falar de obesidade é falar de
responsabilidade coletiva.

RECONHECER

Ataques de Pânico

SABER +

Esclerose Múltipla

MANUAL DE:

Prevenção de
Quedas

ALERTA

Violência
contra a Pessoa
Idosa

VIVER COM:

Síndrome de Dravet

O SEU FAMILIAR COM DEMÊNCIA
ESCONDE COMIDA PELA CASA?

O que está por trás.





HABICUIDADOS

APOIO DOMICILIÁRIO

EDIÇÃO 142 - ANO 8 | MAI-JUN 2026

Na Habicuidados, cuidamos de pessoas — com atenção, respeito e dedicação — para que possam viver com dignidade, conforto e segurança na sua própria casa. Sabemos que cada pessoa é única. Por isso, oferecemos cuidados personalizados, pensados ao detalhe para responder às necessidades reais de cada família, sempre com profissionalismo, transparência e preços justos.

Estamos presentes 24 horas por dia, 365 dias por ano, para que nunca se sinta sozinho. Acompanhamos, apoiamos e cuidamos, permitindo que quem mais importa permaneça no lugar onde se sente melhor: junto da sua família, no seu lar.

Habicuidados, Um afeto sempre presente!



editorial

EDIÇÃO 142 - ANO 8 | MAI-JUN 2026

Neste mês de maio, celebramos com carinho a figura da mãe, presença de amor, cuidado e dedicação que fortalece os laços da família e inspira os nossos dias com ternura e união.

Maio convida-nos a valorizar os gestos simples, os abraços sinceros e a importância de estarmos juntos, reconhecendo na família o primeiro espaço de afeto, aprendizagem e partilha. Ao mesmo tempo, já voltamos o olhar para junho, mês que traz a alegria, a leveza e a esperança simbolizadas pelo Dia da Criança.

Que esta passagem de maio para junho nos lembre da beleza de cuidar, educar e amar, unindo gerações em torno dos valores que tornam a vida mais humana, solidária e feliz.

É também com este espírito de atenção e cuidado que esta edição abre espaço para temas que merecem ser vistos com mais conhecimento e sensibilidade.

Ao longo da revista, os leitores encontrarão abordagens sobre o lúpus e a esclerose múltipla, reflexões sobre a violência contra a pessoa idosa, um olhar sobre o pânico e os seus efeitos, o desafio de viver com síndrome de Dravet e, ainda, um manual de prevenção de quedas, com orientações úteis para promover proteção, autonomia e bem-estar.

São assuntos diferentes, mas unidos pela mesma urgência de informar, prevenir e humanizar.

Habicuidados Portugal





Mãe



03

MAIO

Onde a vida começa e o
AMOR NUNCA ACABA!

feliz dia das Mães!

O Dia da Mãe é um momento especial para celebrar o amor, o cuidado e a dedicação das mães. É uma oportunidade para agradecer por tudo o que fazem, todos os dias. Mesmo com gestos simples, podemos mostrar o quanto são importantes nas nossas vidas.

Aqui vão algumas sugestões:

- Passar tempo de qualidade juntas: um almoço especial, um passeio ou até ver um filme em casa.
- Escrever uma carta ou mensagem sincera: palavras simples podem significar muito.

- Oferecer algo feito à mão: um cartão, um desenho ou uma pequena lembrança personalizada.
- Preparar uma surpresa: pequeno-almoço na cama ou jantar feito com carinho.
- Dar flores ou um presente simbólico: algo que mostre atenção e afeto.
- Ajudar nas tarefas: aliviar o dia dela já é uma grande forma de agradecer.

O mais importante é demonstrar amor e reconhecimento, seja com gestos simples ou mais elaborados.



HABCUIDADOS
APOIO DOMICILIÁRIO

índice

03

EDITORIAL

04

DIA DA MÃE

07

VAMOS FALAR
DE LÚPUS

13

DIA INTERNACIONAL
DA FAMÍLIA

18

SABER +: ESCLEROSE
MÚLTIPLA

20

ALERTA: VIOLÊNCIA
CONTRA IDOSOS

21

RECONHECER:
ATAQUES DE PÂNICO

25

VIVER COM:
SÍNDROME DE
DRAVET

29

MANUAL DE:
PREVENÇÃO DE
QUEDAS

32

O SEU FAMILIAR COM
DEMÊNCIA ESCONDE
COMIDA PELA CASA?

DIA MUNDIAL DO RISO

03 DE MAIO



HABCUIDADOS
APOIO DOMICILIÁRIO

O Dia Mundial do Riso celebra-se todos os anos no início de maio e lembra-nos a importância de cultivar momentos de alegria no dia a dia. Esta data foi criada para promover o bem-estar, a união entre as pessoas e mostrar que o riso é uma ferramenta simples, mas muito poderosa para a saúde.

Rir não é apenas uma reação divertida – é também um verdadeiro aliado do nosso corpo e da nossa mente. Quando rimos, o organismo liberta substâncias como as endorfinas, que ajudam a melhorar o humor e a reduzir o stress. Além disso, o riso pode baixar a pressão arterial, relaxar os músculos e melhorar a circulação sanguínea.

Há ainda outros benefícios importantes: fortalece o sistema imunitário, ajuda a aliviar a dor e melhora a qualidade do sono. Até a saúde mental sai a ganhar, pois o riso ajuda a diminuir a ansiedade, a tristeza e a tensão do dia a dia.

Em resumo, rir é simples, gratuito e faz muito bem. Pequenos momentos de gargalhada, seja com família, amigos ou até sozinho a ver algo divertido, podem contribuir para uma vida mais saudável e mais feliz.



VAMOS FALAR DE: LÚPUS

VIVER COM LÚPUS PODE SER UM DESAFIO, MAS COM DIAGNÓSTICO PRECOCE, TRATAMENTO ADEQUADO E CUIDADOS NO DIA A DIA, MUITAS PESSOAS CONSEGUEM MANTER UMA VIDA ATIVA E COM QUALIDADE. PROCURAR AJUDA MÉDICA AO SURGIREM SINTOMAS É ESSENCIAL PARA UM MELHOR CONTROLO DA DOENÇA.



Photo by Freepik

O lúpus é uma doença crónica do sistema imunitário.

Normalmente, as defesas do corpo protegem-nos de infeções, mas no caso do lúpus passam a atacar o próprio organismo, causando inflamação em várias partes do corpo.

Esta doença pode afetar diferentes órgãos, como a pele, as articulações, os rins, o coração e os pulmões.

Os sinais do lúpus variam de pessoa para pessoa, mas os mais frequentes incluem:

Cansaço constante

Dores e inchaço nas articulações

Febre

Manchas na pele, especialmente no rosto em forma de “borboleta”

Sensibilidade ao sol
Os sintomas podem surgir por fases (crises), alternando com períodos em que a pessoa se sente melhor.

Embora seja mais comum em mulheres jovens, o lúpus pode surgir em qualquer idade, incluindo em pessoas mais velhas.

Estudos indicam que até cerca de 25% dos casos podem começar após os 50 anos, sendo chamados de “lúpus de início tardio”.

Em Portugal, existem aproximadamente cerca de 4.000 pessoas com lúpus, o que mostra que, apesar de não ser muito frequente, é uma doença importante.

As causas do lúpus ainda não são totalmente conhecidas, mas acredita-se que envolvem fatores genéticos, ambientais e hormonais.



Conviver com lúpus pode trazer impacto físico, emocional e social. Dor crónica, fadiga, limitações funcionais e incerteza quanto às crises influenciam a rotina e o bem-estar. Por esse motivo, o cuidado não deve concentrar-se apenas no controlo da atividade da doença, mas também no suporte psicológico, na educação em saúde e na promoção da autonomia do paciente. O acompanhamento regular com reumatologia e, quando necessário, com nefrologia, dermatologia, neurologia e outras especialidades, contribui para melhor prognóstico e para uma abordagem realmente integral.

Falar sobre lúpus é fundamental para ampliar a informação, combater atrasos no diagnóstico e promover cuidados mais precoces e eficazes. Embora seja uma doença crónica e potencialmente grave, os avanços científicos, os registos clínicos e a produção de informação em Portugal têm permitido compreender melhor o seu impacto. A integração entre evidência internacional, dados epidemiológicos e fontes portuguesas de reumatologia e apoio ao doente é essencial para uma abordagem mais informada, humana e ajustada

Referências científicas:

Tenho Lúpus. Epidemiologia do lúpus eritematoso sistémico e dados de Portugal. Recurso informativo português consultado em 2026.

Associação de Doentes com Lúpus. Diagnóstico e Tratamento. Recurso informativo português consultado em 2026.

ULS Santa Maria. Manual informativo para o doente com lúpus. 2014.

Sociedade Portuguesa de Reumatologia e Reuma.pt. Relatório de execução do Registo Nacional de Doentes Reumáticos. Dados até 2022.

Lucas R, Monjardino MT. O Estado da Reumatologia em Portugal. Observatório Nacional das Doenças Reumáticas; ISPUP; 2010.

FAMÍLIA

DIA INTERNACIONAL DA

15
MAIO

A família é considerada a base da sociedade, sendo o primeiro espaço onde aprendemos valores, convivência e apoio emocional.

O Dia Internacional da Família celebra-se todos os anos a 15 de maio. É uma data criada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1993 com o objetivo de destacar a importância das famílias na sociedade.

A celebração deste dia pretende:

- Valorizar o papel da família na educação, desenvolvimento e bem-estar das pessoas
- Promover valores como união, respeito, amor e solidariedade
- Sensibilizar para questões sociais, económicas e demográficas que afetam as famílias
- Incentivar políticas e iniciativas que apoiem as famílias em todo o mundo



HABCUIDADOS
APOIO DOMICILIÁRIO



ESCLEROSE MULTIPLA

SABER +

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica do sistema nervoso central, com impacto variável na mobilidade, visão, sensibilidade, equilíbrio, cognição, fadiga e autonomia. Embora seja mais frequentemente diagnosticada entre os 20 e os 40 anos, cada vez mais pessoas vivem muitos anos com a doença e chegam à idade sénior com novas necessidades clínicas, funcionais e sociais. Falar de esclerose múltipla é também falar de envelhecimento, comorbilidades, reabilitação, prevenção de quedas, cognição, adesão terapêutica e qualidade de vida.

O QUE É A ESCLEROSE MULTIPLA

A esclerose múltipla é uma doença inflamatória, autoimune e neurodegenerativa na qual o sistema imunitário ataca estruturas do cérebro, da medula espinal e dos nervos ópticos. Esse processo danifica a mielina, a camada que protege e ajuda a conduzir os impulsos nervosos, e pode também lesar os próprios axónios e neurónios. O resultado é uma comunicação menos eficiente entre o sistema nervoso central e o resto do corpo, explicando a grande diversidade de sintomas. A doença não se manifesta da mesma forma em todas as pessoas: pode evoluir por surtos, por progressão lenta ou por uma combinação de ambas.

SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA

Os sintomas dependem da localização das lesões no sistema nervoso central e, por isso, podem ser muito diferentes entre pessoas. Entre os sinais mais frequentes estão alterações da visão, visão turva ou dor ocular, dormência, formigueiros, fraqueza num braço ou numa perna, instabilidade ao andar, tonturas, tremor, rigidez muscular, fadiga persistente, dor, alterações urinárias e dificuldades cognitivas, como lentidão no processamento de informação, problemas de atenção e falhas de memória. Em algumas pessoas, os sintomas surgem em surtos e melhoram parcial ou totalmente; noutras, a progressão é mais gradual.

Na população sénior, o reconhecimento pode ser mais difícil. Fadiga, perturbações do equilíbrio, lentificação cognitiva, alterações urinárias ou perda de destreza manual podem ser confundidas com envelhecimento normal, artrose, doença cerebrovascular, neuropatias ou outras doenças neurológicas. Por isso, sintomas persistentes, assimétricos, flutuantes ou acompanhados de alterações visuais e sensitivas merecem avaliação médica especializada.



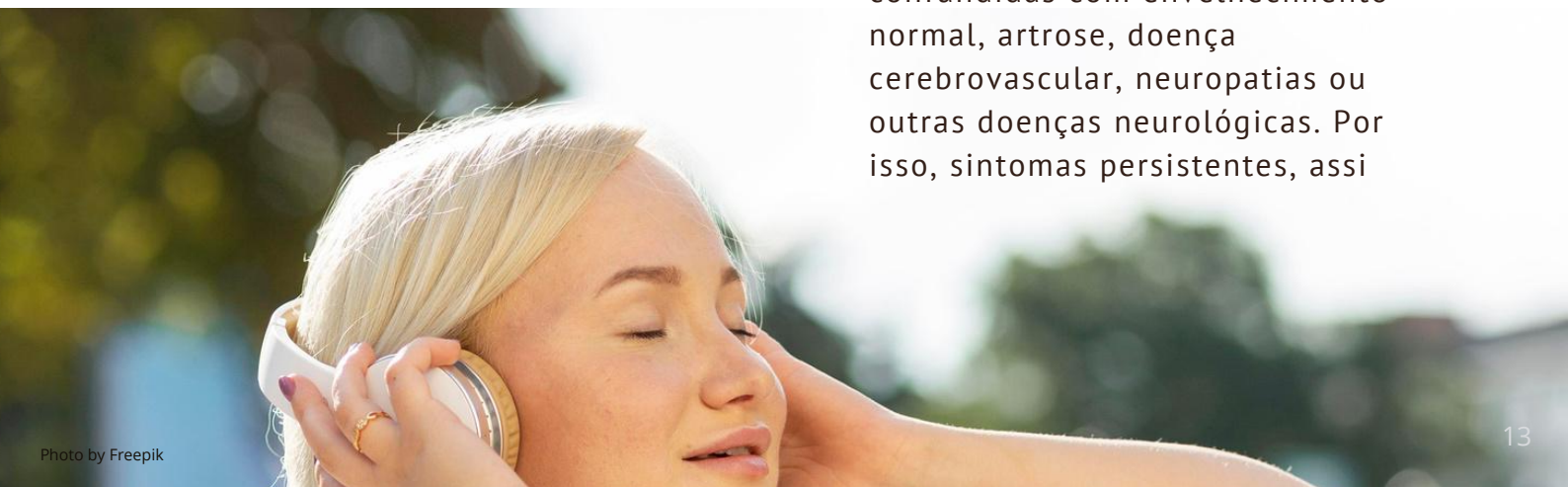
COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da esclerose múltipla exige integração de história clínica, exame neurológico, ressonância magnética e, em muitos casos, estudo do líquido cefalorraquidiano. O objetivo é demonstrar que existem lesões disseminadas no espaço e no tempo e, ao mesmo tempo, excluir outras causas possíveis. As revisões de 2024 dos critérios de McDonald, publicadas em 2025, reforçaram o papel de novos biomarcadores e alargaram alguns elementos diagnósticos, incluindo maior valorização do nervo óptico e de marcadores de imagem e laboratório em situações selecionadas. Em pessoas com mais de 50 anos, o diagnóstico exige ainda mais prudência, porque alterações vasculares relacionadas com a idade podem imitar parte das lesões vistas na ressonância.

PRINCIPAIS FORMAS CLÍNICAS

- EM surto-remissão: é a forma mais comum no início da doença. Caracteriza-se por surtos neurológicos seguidos de remissões, completas ou incompletas.
- EM secundariamente progressiva: surge em algumas pessoas após anos de doença inicialmente remitente-recorrente, quando se instala uma progressão mais contínua da incapacidade.
- EM primariamente progressiva: caracteriza-se por agravamento gradual desde o início, sem surtos bem definidos.
- Síndrome clinicamente isolado e síndrome radiologicamente isolado: representam situações iniciais ou de risco que podem, em certos contextos, evoluir para EM confirmada.

Na população sénior, o reconhecimento pode ser mais difícil. Fadiga, perturbações do equilíbrio, lentificação cognitiva, alterações urinárias ou perda de destreza manual podem ser confundidas com envelhecimento normal, artrose, doença cerebrovascular, neuropatias ou outras doenças neurológicas. Por isso, sintomas persistentes, assi



TRATAMENTO: O QUE MUDOU NOS ÚLTIMOS ANOS

Não existe ainda cura definitiva para a esclerose múltipla, mas houve avanços muito relevantes no tratamento. As terapias modificadoras da doença podem reduzir surtos, novas lesões inflamatórias e, em muitos casos, atrasar a progressão da incapacidade. Entre os fármacos usados em diferentes contextos clínicos encontram-se interferões, acetato de glatirâmero, teriflunomida, dimetilfumarato, fingolimode e outros moduladores dos recetores S1P, natalizumab, ocrelizumab, cladribina, alemtuzumab e outras abordagens imunoterapêuticas selecionadas. A escolha depende do tipo de EM, da atividade inflamatória, da idade, das comorbilidades, do risco de infeção, dos planos reprodutivos e do perfil de segurança.

Os surtos agudos são frequentemente tratados com corticoides, enquanto o tratamento sintomático pode incluir medidas para espasticidade, dor neuropática, perturbações urinárias, obstipação, alterações do humor, fadiga e problemas do sono. A reabilitação tem um papel central: fisioterapia, terapia ocupacional, apoio neuropsicológico, treino do equilíbrio, adaptação do domicílio e programas de exercício

orientado ajudam a preservar função e independência. Para a população sénior, esta abordagem multidisciplinar é particularmente importante.

ENVELHECER COM ESCLEROSE MÚLTIPLA: DESAFIOS

O envelhecimento com EM é hoje uma realidade crescente. Revisões recentes indicam que aproximadamente metade das pessoas com EM tem 50 ou mais anos, e uma proporção crescente vive além dos 60 e 65 anos. Este cenário resulta, em parte, do aumento da sobrevivência, do melhor controlo da doença e da maior capacidade de diagnóstico. No entanto, a gestão clínica torna-se mais complexa com a idade, devido à imunossenescência, ao aumento da neurodegeneração, à diminuição da reserva funcional e à coexistência de outras doenças como hipertensão, diabetes, osteoporose, depressão, disfunção do sono e doença cardiovascular. Nos adultos mais velhos com EM, algumas preocupações ganham relevo especial: risco de quedas, fragilidade, polimedicação, infeções, declínio cognitivo, isolamento social e dependência funcional.

A evidência científica sugere que o desempenho cognitivo, sobretudo a velocidade de processamento e certas dimensões da memória, pode deteriorar-se mais com a idade em pessoas com EM. Ao mesmo tempo, muitos ensaios clínicos incluíram poucos doentes mais velhos, o que dificulta decisões sobre iniciar, manter, reduzir ou suspender terapias modificadoras da doença após os 55 ou 60 anos. Por isso, as decisões devem ser altamente individualizadas, idealmente em consulta de neurologia com avaliação global do risco-benefício.

QUALIDADE DE VIDA, PREVENÇÃO E AUTOCUIDADOS

- Manter seguimento regular com neurologia e medicina geral, especialmente se surgirem novos sintomas.
- Rever a medicação periodicamente para reduzir interações, duplicações e efeitos adversos.
- Investir na reabilitação, com exercício adaptado, fortalecimento muscular e treino do equilíbrio.
- Prevenir quedas através de calçado adequado, iluminação eficaz, remoção de obstáculos e uso de ajudas técnicas quando necessário.
- Vigiar cognição, humor e sono, porque depressão, ansiedade, apneia do sono e défices cognitivos são tratáveis e influenciam muito a autonomia.
- Controlar comorbilidades, como hipertensão, diabetes, colesterol elevado e osteoporose.

- Adotar um estilo de vida saudável, com cessação tabágica, atividade física regular, alimentação equilibrada e vacinação de acordo com indicação médica.
- Valorizar apoio social e do cuidador, já que viver bem com EM depende também de rede familiar, comunitária e institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esclerose múltipla deixou de ser encarada apenas como uma doença do adulto jovem. Hoje, é também uma realidade do envelhecimento. Isso exige uma abordagem mais ampla, que combine neurologia, geriatria, reabilitação, saúde mental e apoio social. O conhecimento científico mais recente mostra que o diagnóstico precoce, o tratamento adequado, a vigilância das comorbilidades e a promoção da autonomia podem fazer uma diferença muito concreta na qualidade de vida. Para leitores e famílias, a mensagem principal é clara: envelhecer com esclerose múltipla é desafiante, mas com acompanhamento especializado, informação rigorosa e intervenções personalizadas é possível viver com mais segurança, dignidade e participação.

EPIDEMIOLOGIA: O QUE MOSTRAM OS NÚMEROS

As estimativas globais variam conforme a fonte e a metodologia usada. A Organização Mundial da Saúde refere que mais de 1,8 milhões de pessoas vivem com esclerose múltipla no mundo. Já o Atlas of MS, uma das principais referências internacionais em epidemiologia da doença, aponta para cerca de 2,9 milhões de pessoas a viver com EM globalmente, refletindo atualização de dados e maior capacidade diagnóstica. Estudos epidemiológicos recentes baseados no Global Burden of Disease estimaram cerca de 1,89 milhões de pessoas com EM em 2021 e mais de 62 mil novos casos nesse ano, o que confirma uma tendência de aumento do peso global da doença. Na Europa e na América do Norte observam-se, em geral, as prevalências mais elevadas.

Em Portugal, fontes recentes apontam para uma prevalência aproximada de 64,4 casos por 100 000 habitantes, valor compatível com vários milhares de pessoas afetadas no país.

Dados divulgados em 2025 pela Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla sugerem ainda que persistem atrasos relevantes no percurso assistencial: em média, o diagnóstico pode demorar cerca de três anos após os primeiros sintomas e o início da terapêutica modificadora da doença pode ocorrer, em média, 1,7 anos depois do diagnóstico. Estes atrasos são clinicamente importantes, porque o tratamento precoce está associado a melhores resultados funcionais a longo prazo.

Fontes:

1. World Health Organization. Multiple sclerosis. Fact sheet, 2023.
2. Atlas of MS. Epidemiology report and global estimates, edições 2020-2023.
3. Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla. Algoritmos das Terapêuticas Modificadoras da Esclerose Múltipla: Posicionamento em 2025. Acta Médica Portuguesa, ahead of print.
4. Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla. Estudo Impacto dos Sintomas da Esclerose Múltipla, dados divulgados em 2025.



HABICUIDADOS
APOIO DOMICILIÁRIO

CRIANÇA

DIA DA

01
JUNHO

O Dia da Criança, celebrado em Portugal a 1 de junho, é um momento especial dedicado às crianças e à importância da infância.

Neste dia, famílias, escolas e comunidades unem-se para proporcionar momentos de alegria, brincadeira e aprendizagem. São organizadas atividades como jogos, festas, espetáculos e iniciativas educativas que procuram valorizar o bem-estar, os direitos e a felicidade das crianças.

Mais do que uma simples comemoração, esta data serve também para lembrar a importância de garantir a todas as crianças uma infância segura, saudável e cheia de oportunidades.



ALERTA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Os nossos idosos são a raiz da vida, onde a história vive e o respeito nunca deve acabar

A violência contra a pessoa idosa constitui uma violação dos direitos humanos e um importante problema de saúde pública. Pode ocorrer no contexto familiar, institucional ou comunitário e inclui atos de agressão, omissão de cuidados ou exploração praticados por pessoas em quem a vítima deposita confiança. O envelhecimento demográfico em Portugal e no mundo torna este fenómeno particularmente relevante, exigindo vigilância clínica, resposta social e políticas públicas baseadas em evidência científica.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a violência contra a pessoa idosa corresponde a um ato único ou repetido, ou à ausência de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de uma relação de confiança e causa dano ou sofrimento a uma pessoa mais velha.

As formas mais reconhecidas incluem violência psicológica ou emocional, violência física, violência sexual, abuso financeiro ou material, negligência, abandono e perda grave de dignidade e respeito.

Psicológica ou emocional: humilhação, ameaça, intimidação, isolamento, insultos ou controlo excessivo.

Física: agressões, contenção indevida, empurrões, lesões ou uso inadequado de medicação.

Sexual: qualquer contacto ou ato sexual sem consentimento.

Financeira ou material: apropriação indevida de dinheiro, bens, pensões ou património.

Negligência e abandono: omissão de cuidados básicos, alimentação, higiene, medicação, supervisão ou proteção.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 1 em cada 6 pessoas com 60 ou mais anos sofreu algum tipo de violência no último ano em contexto comunitário, o que corresponde a uma prevalência global estimada de 15,7%. A síntese internacional mais citada aponta ainda para prevalências específicas de 11,6% para violência psicológica, 6,8% para abuso financeiro, 4,2% para negligência, 2,6% para violência física e 0,9% para violência sexual. Em contexto institucional, como lares e estruturas residenciais, os dados disponíveis sugerem um problema ainda mais grave: uma revisão referida pela OMS indica que 64,2% dos profissionais admitiram ter praticado pelo menos uma forma de abuso no último ano.

Estes números devem ser interpretados com cautela, porque a violência contra pessoas idosas é frequentemente subnotificada e os estudos utilizam definições e instrumentos de medição distintos. Ainda assim, a evidência converge na ideia de que se trata de um fenómeno amplo, persistente e provavelmente subestimado. Revisões científicas mais recentes continuam a mostrar que a violência psicológica e a negligência tendem a destacar-se entre as formas mais prevalentes, especialmente em populações com maior vulnerabilidade funcional, social ou cognitiva.

Em Portugal, a medição da violência contra a pessoa idosa apresenta desafios metodológicos, mas os dados disponíveis confirmam a relevância do problema. Um estudo publicado em 2024, com 1012 pessoas com 65 ou mais anos no contexto português, indicou que cerca de 27% apresentavam risco de violência, aproximadamente 10% estavam expostas a baixos níveis de indicadores de negligência e cerca de 5% a níveis mais elevados desses indicadores. Outra revisão da literatura sobre Portugal mostrou grande variabilidade nas estimativas de prevalência, refletindo diferenças de amostragem e instrumentos, mas identificou repetidamente a violência emocional e a negligência como formas frequentes.

No plano assistencial e de apoio às vítimas, a APAV reportou 3122 pessoas idosas apoiadas em 2021-2022. Em atualização posterior divulgada em 2025, a associação indicou ter apoiado 6523 pessoas idosas entre 2021 e 2024, registando uma subida de 8,5% no período. Em 2024 foram apoiadas 1730 pessoas idosas. Segundo esses dados, 76,5% das vítimas eram mulheres, 49,4% tinham entre 65 e 74 anos, 78,2% das situações enquadravam-se em violência doméstica e 31,4% das pessoas agressoras eram filhos ou filhas da vítima. As situações apresentavam frequentemente carácter continuado, e 48% das vítimas não tinham apresentado queixa.

Importa salientar que os dados da APAV traduzem os casos conhecidos e apoiados pela associação, não correspondendo à totalidade dos episódios ocorridos em Portugal. Por isso, a prevalência real poderá ser superior. O silêncio das vítimas, a dependência económica ou funcional face ao agressor, o medo de represálias, a vergonha e a naturalização de maus-tratos dificultam a denúncia e contribuem para a invisibilidade estatística do fenómeno.

A literatura científica identifica múltiplos fatores de risco associados à violência contra a pessoa idosa. Entre os mais referidos encontram-se dependência funcional, défices cognitivos, doença crónica, isolamento social, baixa rede de apoio, coabitação em contextos de conflito, sobrecarga do cuidador, dificuldades económicas e estereótipos negativos sobre o envelhecimento. Estudos portugueses recentes sublinham ainda a relevância do baixo suporte social, da menor frequência de saída de casa, da presença de doença crónica e de condições de maior vulnerabilidade social para o risco de negligência e de outras formas de violência.

As consequências são profundas e multidimensionais. A violência pode provocar lesões físicas, agravamento de doenças pré-existentes, ansiedade, depressão, medo, perda de autonomia, desnutrição, isolamento, institucionalização precoce e aumento do risco de mortalidade.

Para além do impacto individual, existem repercussões familiares, sociais e económicas, nomeadamente maior utilização de serviços de saúde e sociais. A investigação internacional considera, por isso, este problema como uma prioridade ética, clínica e de saúde pública.

A prevenção da violência contra a pessoa idosa exige uma abordagem integrada. Entre as medidas mais relevantes destacam-se a capacitação de profissionais de saúde e apoio social para deteção precoce, o reforço dos mecanismos de denúncia e proteção, o apoio aos cuidadores informais, a redução do isolamento social, a promoção da literacia jurídica e financeira das pessoas idosas e o combate ao idadismo.

Em contexto institucional, a supervisão regular, a formação contínua, a existência de protocolos claros e a monitorização independente da qualidade dos cuidados são essenciais.

A violência contra a pessoa idosa é um fenómeno frequente, complexo e muitas vezes invisível.

Os dados internacionais apontam para uma prevalência expressiva e os dados portugueses, embora ainda insuficientes para uma estimativa nacional definitiva, mostram um problema consistente e socialmente relevante.

A violência psicológica, a negligência e o abuso em contexto doméstico assumem especial destaque.

Perante o envelhecimento da população, torna-se indispensável investir em investigação robusta, prevenção, proteção das vítimas e responsabilização dos agressores, promovendo uma cultura de dignidade, segurança e respeito ao longo de todo o curso de vida.

Fontes:

1. Organização Mundial da Saúde. *Abuse of older people. Fact sheet*, 15 June 2024.
2. Jesus JC, von Humboldt S, Soares L, Leal I. *Violência por negligência nos idosos e fatores de risco: uma revisão narrativa*. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2024;25(1).
3. Santos AJ, Ferreira-Alves J, Penhale B. *Prevalence of older adults' abuse and neglect in Portugal: an overview*.
4. APAV. *Estatísticas APAV | Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência | 2021-2022*. 2023.
5. APAV. *Estatísticas APAV | Pessoas idosas vítimas de crime e violência | 2021-2024. Dados divulgados em 2025*.

DIA MUNDIAL DA BICICLETA

03
JUNHO

O Dia Mundial da Bicicleta, celebrado a 3 de junho, é uma data que destaca a importância deste meio de transporte simples e acessível. Neste dia, recorda-se que a bicicleta não é apenas uma forma de passeio, mas também uma solução saudável, sustentável e amiga do ambiente. Andar de bicicleta promove o bem-estar, reduz a poluição e contribui para cidades mais limpas e equilibradas. Mais do que uma comemoração, este dia é um convite para adotarmos hábitos mais saudáveis e cuidarmos melhor do nosso planeta, pedalando rumo a um futuro mais sustentável.



HABCUIDADOS
APOIO DOMICILIÁRIO



RECONHECER: **PÂNICO**

UM ATAQUE DE PÂNICO É UMA CRISE SÚBITA DE MEDO INTENSO OU DESCONFORTO INTENSO, ACOMPANHADA POR SINTOMAS FÍSICOS E EMOCIONAIS QUE PODEM SER MUITO ASSUSTADORES. MUITAS PESSOAS DESCREVEM A SENSÇÃO COMO SE ALGO GRAVE ESTIVESSE PARA ACONTECER, MESMO SEM UM PERIGO REAL IMEDIATO. POR CAUSA DA INTENSIDADE DOS SINTOMAS, É COMUM CONFUNDIR A CRISE COM UM PROBLEMA CARDÍACO OU OUTRA EMERGÊNCIA MÉDICA.

O QUE É UM ATAQUE DE PÂNICO

O ataque de pânico é um episódio abrupto que costuma atingir o pico em poucos minutos. Ele pode surgir com ou sem um gatilho evidente e provoca uma ativação intensa do corpo, como se houvesse uma ameaça iminente. Embora a experiência seja muito real e angustiante, o ataque em si não significa necessariamente que a pessoa esteja em risco de vida naquele momento. Quando as crises se repetem, geram medo persistente de novos episódios e levam a mudanças de comportamento para evitar situações associadas à crise, pode haver transtorno do pânico.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE ATAQUE DE PÂNICO E ANSIEDADE

A ansiedade é uma resposta natural do organismo diante de preocupações, pressões ou ameaças percebidas.

Em geral, ela tende a surgir de forma mais gradual e costuma estar ligada a pensamentos antecipatórios, stress contínuo ou situações específicas.

OS SINTOMAS PODEM VARIAR DE PESSOA PARA PESSOA E, POR VEZES, PARECEM SEMELHANTES AOS DE OUTRAS CONDIÇÕES MÉDICAS, COMO PROBLEMAS CARDÍACOS OU RESPIRATÓRIOS. POR ISSO, ESPECIALMENTE NA PRIMEIRA CRISE, É IMPORTANTE PROCURAR AVALIAÇÃO MÉDICA PARA EXCLUIR OUTRAS CAUSAS E CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO.

Já o ataque de pânico normalmente começa de forma súbita, atinge grande intensidade em pouco tempo e pode acontecer até em momentos de repouso. Em termos práticos, a ansiedade costuma manter a pessoa em estado de alerta prolongado; o pânico, por sua vez, é uma explosão aguda de medo intenso, frequentemente acompanhada pela sensação de perda de controlo, de morte iminente ou de que algo catastrófico vai acontecer.

SINAIS E SINTOMAS MAIS COMUNS

- Palpitações ou aceleração dos batimentos cardíacos
- Falta de ar, sensação de sufoco ou aperto no peito
- Tremores, sudorese e sensação de calor ou arrepios
- Tonturas, fraqueza, instabilidade ou sensação de desmaio
- Náuseas, desconforto abdominal ou mal-estar
- Formigueiro ou dormência nas mãos, pés ou rosto
- Sensação de irrealidade ou de estar desligado de si próprio
- Medo intenso de perder o controlo, enlouquecer ou morrer

COMO TRATAR OU AMENIZAR

O tratamento depende da frequência, intensidade e impacto das crises na vida diária. Em muitos casos, a abordagem mais eficaz combina acompanhamento médico ou psicológico com mudanças de hábitos. A psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental, costuma ajudar a identificar gatilhos, reinterpretar sensações físicas e reduzir o medo associado às crises. Em algumas situações, o médico pode indicar medicação, como antidepressivos ou ansiolíticos, sempre com avaliação individualizada.

- Respirar de forma lenta e controlada, alongando a expiração
- Reconhecer que a crise tende a passar, mesmo sendo intensa
- Evitar cafeína em excesso, álcool e outras substâncias que possam agravar os sintomas
- Manter rotinas de sono, alimentação equilibrada e atividade física regular
- Reduzir níveis de stress com pausas, relaxamento e organização da rotina
- Buscar apoio profissional se as crises forem recorrentes ou limitarem a vida pessoal, social ou laboral

QUANDO PROCURAR AJUDA COM URGÊNCIA

Deve procurar ajuda médica com urgência se for a primeira vez que sente sintomas intensos, se houver dor no peito persistente, falta de ar importante, desmaio, confusão, ou se existir dúvida sobre a causa. Também é essencial procurar apoio imediato se a ansiedade vier acompanhada de sofrimento extremo, sensação de desespero ou dificuldade em manter a sua segurança.

“EU SEI QUE NESTE MOMENTO PARECE DIFÍCIL, MAS VAI PASSAR. RESPIRA FUNDO... ESTÁS SEGURO(A). NÃO ESTÁS SOZINHO(A) — ISTO NÃO TE DEFINE, E VAIS CONSEGUIR ULTRAPASSAR.”

Fontes:

1. Organização Mundial da Saúde. *Anxiety disorders.*
2. Organização Mundial da Saúde. *Panic disorder.*
3. NHS. *Panic disorder.*

PIQUE NIQUE

DIAS INTERNACIONAL DO

18
JUNHO

O Dia Internacional do Piquenique é uma data leve e descontraída que celebra algo muito simples: comer ao ar livre, conviver e aproveitar a natureza. Comemora-se a 18 de junho todos os anos. Esta data coincide com o início do verão no hemisfério norte, quando o clima é mais convidativo para atividades ao ar livre.

O termo “piquenique” vem do francês “pique-nique”, usado desde o século XVII. Inicialmente, referia-se a encontros onde cada pessoa levava comida para partilhar. O hábito de refeições ao ar livre já existia desde a Antiguidade (como entre gregos e romanos).

Tornou-se mais popular na Europa após a Revolução Francesa, quando parques públicos passaram a estar abertos à população.

Ou seja, o piquenique evoluiu de encontros formais para um momento casual de lazer que conhecemos hoje.

O espírito do dia é valorizar as coisas simples da vida: boa comida, boa companhia e ar livre



HABCUIDADOS
APOIO DOMICILIÁRIO



SÍNDROME DE DRAVET

VIVER COM

A Síndrome de Dravet é uma doença neurológica rara e grave que começa geralmente no primeiro ano de vida, quase sempre com crises epiléticas prolongadas, muitas vezes associadas a febre. Embora no início a criança possa parecer desenvolver-se normalmente, com o tempo podem surgir dificuldades de desenvolvimento, aprendizagem, comportamento, equilíbrio, sono e autonomia.

Síndrome de Dravet aumenta o risco de morte precoce, sobretudo na infância, mas a maioria dos doentes sobrevive até à idade adulta. Não existe um número único e fiável de “esperança média de vida” para todos os casos, porque varia muito com a gravidade das crises, controlo terapêutico, vigilância e complicações.

A Síndrome de Dravet é uma encefalopatia epilética e do desenvolvimento. Em termos simples, isto significa que a criança tem epilepsia difícil de controlar e, ao mesmo tempo, pode desenvolver problemas no desenvolvimento do cérebro e das capacidades do dia a dia.

As crises podem mudar de tipo ao longo da infância e tendem a ser resistentes a vários medicamentos. Para além das crises, podem existir atrasos na fala, dificuldades motoras, problemas de atenção, alterações do sono, perturbações do comportamento e maior dependência de cuidadores.

Fontes:

1. Gao C, Pielas M, Jiao F, et al. Epilepsy in Dravet Syndrome—Current and Future Therapeutic Opportunities. *Journal of Clinical Medicine*. 2023.
2. Xia D, Zhang P, Chen Y, et al. Efficacy of pharmacological treatments for Dravet syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Seizure*. 2024.
3. Figueiredo R, Rocha R, Baptista CF, et al. Dravet Syndrome – experience of a neuropediatric unit. *Nascer e Crescer*. 2021.

Photo by Freepik

Na maioria dos casos, a Síndrome de Dravet está associada a alterações no gene SCN1A, que ajuda a controlar canais de sódio nas células nervosas. Quando esse gene não funciona corretamente, a atividade elétrica do cérebro torna-se mais instável, facilitando o aparecimento de crises. Estima-se que mais de 80% dos doentes tenham uma alteração neste gene. Na maior parte das situações, a mutação surge de novo, ou seja, não foi herdada dos pais. Em menor número de casos, podem estar envolvidos outros genes ou a causa genética pode não ser identificada.

As crises podem ser desencadeadas por febre, infecções, aumento da temperatura corporal, banho quente, esforço físico, excitação, privação de sono e, em algumas pessoas, estímulos luminosos. Importa esclarecer que a vacinação pode coincidir com as primeiras crises porque algumas vacinas podem provocar febre, mas não é considerada a causa da síndrome; o problema de base é genético.

Nem todas as crianças têm exatamente os mesmos sintomas. Algumas têm maior carga de crises; outras apresentam mais dificuldades motoras, cognitivas ou comportamentais. Em muitos casos, o eletroencefalograma e a ressonância magnética podem ser normais no início, o que pode atrasar o reconhecimento da doença.

SINAIS E SINTOMAS

- Primeiras crises epiléticas geralmente entre os 2 e os 15 meses de idade, muitas vezes com febre.
- Crises prolongadas, por vezes com duração superior a 5 minutos, e risco de estado de mal epilético.
- Crises de diferentes tipos ao longo do tempo: tónico-clónicas, hemiclónicas, mioclónicas, focais, ausências atípicas e outras.
- Atraso do desenvolvimento ou perda de progressos previamente adquiridos após o início das crises.
- Dificuldades de linguagem, aprendizagem, atenção e comportamento.
- Alterações do equilíbrio, marcha instável, ataxia e menor coordenação motora.
- Problemas do sono, alimentação e regulação do sistema nervoso autónomo em alguns casos.



Photo by Freepik

O diagnóstico baseia-se na história clínica, no padrão das crises, na idade de início e no estudo genético. Os consensos internacionais recomendam que bebês com crises prolongadas, especialmente hemiclônicas ou estado de mal convulsivo associado a febre, entre os 2 e os 15 meses, sejam avaliados para Síndrome de Dravet. O estudo genético, sobretudo para o gene SCN1A, é muito importante para confirmar a suspeita.

Os exames complementares podem incluir eletroencefalograma, ressonância magnética, avaliação do desenvolvimento, consulta de neuropediatria e, quando necessário, avaliação por genética médica, psicologia, terapia da fala, fisioterapia e terapia ocupacional. Um diagnóstico precoce é muito importante porque alguns medicamentos usados noutras epilepsias podem piorar as crises na Síndrome de Dravet.

Atualmente, o tratamento tem como objetivo reduzir a frequência e a gravidade das crises, prevenir emergências, melhorar a qualidade de vida e apoiar o desenvolvimento. Nem todos os doentes respondem da mesma forma, por isso o tratamento é individualizado e deve ser orientado por equipas com experiência em epilepsias raras.

Medicamentos antiepiléticos de manutenção: valproato, clobazam, stiripentol, canabidiol e fenfluramina são opções reconhecidas em recomendações recentes, dependendo do caso e do acesso ao tratamento.

Medicação de resgate: usada em crises prolongadas ou em emergência, segundo plano definido pelo neurologista.

Prevenção de desencadeantes: controlo da febre, evitar sobreaquecimento, gerir privação de sono e outros fatores individuais.

Apoio multidisciplinar: fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, apoio escolar e orientação às famílias.

Seguimento regular: monitorização das crises, efeitos adversos dos medicamentos, desenvolvimento e necessidades funcionais.

Há medicamentos que podem agravar a Síndrome de Dravet, sobretudo alguns bloqueadores dos canais de sódio, como carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína e lamotrigina, salvo decisões muito específicas da equipa médica. Por isso, reconhecer a síndrome cedo pode mudar o tratamento e evitar agravamento.

Neste momento, não existe uma cura estabelecida para a Síndrome de Dravet. É uma doença crónica e complexa. No entanto, existem tratamentos que podem melhorar o controlo das crises e a qualidade de vida, e a investigação está a avançar em terapias dirigidas ao mecanismo da doença, incluindo abordagens genéticas e modificadoras da doença. Apesar desse progresso, estas estratégias ainda não significam cura disponível para uso generalizado.

A Síndrome de Dravet afeta não apenas a criança, mas toda a família. Muitas famílias vivem com medo de crises prolongadas, idas frequentes ao hospital, necessidade de vigilância constante e reorganização da vida escolar, profissional e social. Em muitos casos, a pessoa com Dravet precisa de apoio continuado ao longo da vida. Por isso, além do controlo das crises, é essencial garantir inclusão escolar, apoio social, descanso do cuidador, planos de emergência e acompanhamento psicológico quando necessário.

Os estudos científicos internacionais mostram que a Síndrome de Dravet é rara. As revisões sistemáticas mais recentes apontam para uma incidência aproximada entre 1 em 15.400 e 1 em 40.900 nados-vivos, e para uma prevalência entre 1,2 e 6,5 por 100.000 habitantes.

Na Europa, organizações e publicações de referência apontam para uma incidência em torno de 1 em 22.000 nados-vivos, valor que se enquadra nos intervalos descritos na literatura internacional.

YOGA

DIAS INTERNACIONAL DO

Menos pressa, mais presença.
Hoje celebramos o Yoga.

Foi oficializado pela ONU em 2014 para promover os benefícios do yoga para a saúde física, mental e espiritual.

A data 21 de junho foi escolhida por coincidir com o solstício de verão no hemisfério norte, o dia mais longo do ano, simbolizando luz, energia e equilíbrio.

O principal objetivo é:

Aumentar a consciência sobre os benefícios do yoga

Promover bem-estar, equilíbrio mental e redução do stress

Incentivar hábitos de vida mais saudáveis e sustentáveis

Nesta data, em todo o mundo:

realizam-se aulas de yoga ao ar livre

eventos, workshops e meditações em grupo

atividades abertas ao público para divulgar a prática

21
JUNHO



HABCUIDADOS
APOIO DOMICILIÁRIO

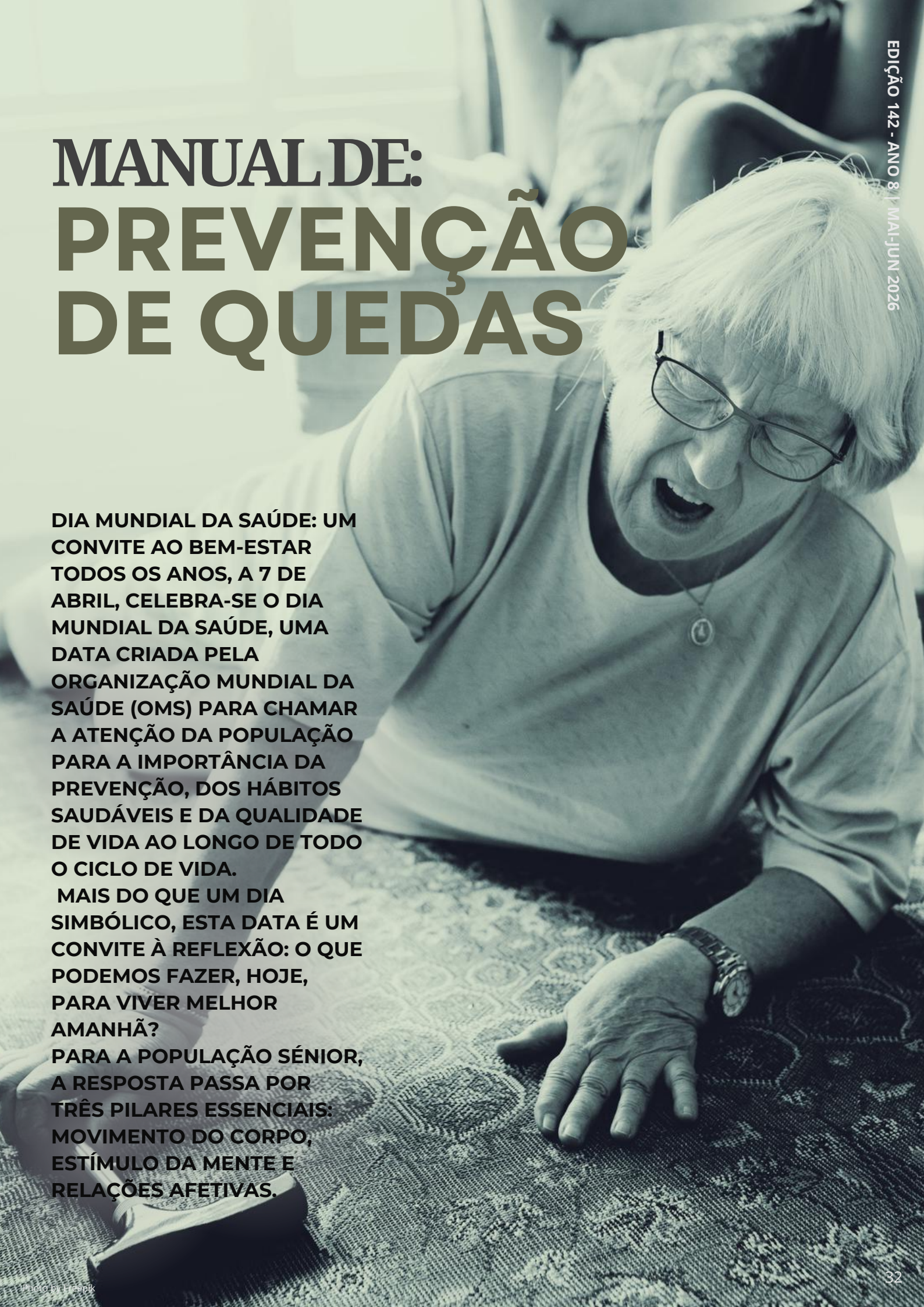


MANUAL DE: PREVENÇÃO DE QUEDAS

DIA MUNDIAL DA SAÚDE: UM CONVITE AO BEM-ESTAR TODOS OS ANOS, A 7 DE ABRIL, CELEBRA-SE O DIA MUNDIAL DA SAÚDE, UMA DATA CRIADA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) PARA CHAMAR A ATENÇÃO DA POPULAÇÃO PARA A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO, DOS HÁBITOS SAUDÁVEIS E DA QUALIDADE DE VIDA AO LONGO DE TODO O CICLO DE VIDA.

MAIS DO QUE UM DIA SIMBÓLICO, ESTA DATA É UM CONVITE À REFLEXÃO: O QUE PODEMOS FAZER, HOJE, PARA VIVER MELHOR AMANHÃ?

PARA A POPULAÇÃO SÊNIOR, A RESPOSTA PASSA POR TRÊS PILARES ESSENCIAIS: MOVIMENTO DO CORPO, ESTÍMULO DA MENTE E RELAÇÕES AFETIVAS.



FATORES DE RISCO

As quedas resultam normalmente da combinação de vários fatores. Alguns estão relacionados com a própria pessoa e outros com o meio envolvente.

1. Fatores pessoais

- Diminuição da força muscular, do equilíbrio e da velocidade de reação.
- Alterações da marcha, tonturas, vertigens ou sensação de instabilidade.
- Problemas de visão, audição ou sensibilidade nos pés.
- Doenças crónicas, como osteoporose, doença cardiovascular, AVC, demência, Parkinson ou diabetes.
- Uso de vários medicamentos ao mesmo tempo, sobretudo sedativos, ansiolíticos, antidepressivos, anti-hipertensores e diuréticos.
- História de quedas anteriores.
- Medo de cair, que pode levar a menos movimento e maior fragilidade.

2. Fatores ambientais

- Pisos escorregadios, molhados ou irregulares.
- Tapetes soltos, fios elétricos e objetos no chão.
- Má iluminação, sobretudo à noite.
- Escadas sem corrimão ou com degraus mal sinalizados.
- Casa de banho sem barras de apoio e sem superfícies antiderrapantes.
- Mobiliário instável ou mal posicionado.
- Calçado inadequado ou roupa demasiado comprida.

SINAIS DE ALERTA

É importante pedir avaliação por um profissional de saúde se existirem quedas repetidas, perda recente de equilíbrio, desmaios, tonturas frequentes, fraqueza marcada, confusão, alterações súbitas da visão, dor ao andar ou dificuldade crescente em levantar-se da cadeira ou da cama. Uma queda pode ser um sinal de fragilidade, doença aguda ou efeito adverso da medicação.

COMO PREVENIR QUEDAS EM CASA

1. Sala e quarto

- Retirar tapetes soltos ou fixá-los adequadamente.
- Manter os caminhos livres de móveis baixos, caixas e cabos.
- Usar cadeiras e poltronas estáveis, com braços de apoio.
- Garantir boa iluminação e colocar interruptores acessíveis.
- Ter um candeeiro ou luz de presença junto à cama.
- Evitar subir a bancos ou cadeiras para alcançar objetos.

2. Casa de banho

- Instalar barras de apoio junto à sanita e ao duche.
- Usar tapete antiderrapante no duche e no chão, se necessário.
- Preferir base de duche de acesso fácil.
- Manter o chão seco e os produtos de higiene ao alcance.

3. Cozinha

- Guardar os objetos de uso frequente em prateleiras acessíveis.
- Limpar logo líquidos derramados.
- Evitar transportar recipientes pesados sem apoio..

4. Corredores, escadas e exterior

- Colocar corrimões firmes nas escadas.
- Manter degraus bem iluminados e sem objetos.
- Sinalizar desníveis e reparar pisos partidos.
- Usar calçado fechado, com sola antiderrapante.

HÁBITOS DE SAÚDE QUE AJUDAM A PREVENIR QUEDAS

Fazer revisões regulares da medicação com médico ou farmacêutico, especialmente se houver sonolência, tonturas ou quedas.

Controlar a visão e a audição e atualizar óculos ou aparelhos quando necessário.

Levantar-se devagar da cama ou da cadeira para evitar quedas por baixa de tensão.

Manter alimentação equilibrada e hidratação adequada.

Seguir orientação clínica sobre saúde óssea, incluindo vitamina D e cálcio quando indicados.

Evitar consumo excessivo de álcool.

Usar bengala, andarilho ou outros auxiliares apenas se estiverem ajustados e em bom estado.

EXERCÍCIO FÍSICO E MOBILIDADE SEGURA

O exercício regular é uma das medidas mais eficazes para reduzir quedas. Programas com treino de força muscular, equilíbrio, marcha e flexibilidade ajudam a melhorar a estabilidade e a confiança.

- Caminhar de forma regular, dentro das capacidades de cada pessoa.
- Fazer exercícios orientados de equilíbrio e fortalecimento dos membros inferiores.
- Praticar atividades adaptadas, como ginástica sénior, tai chi ou fisioterapia, quando indicadas.
- Iniciar novos exercícios com aconselhamento profissional, sobretudo se houver doenças crónicas, dor ou histórico de queda.
- Interromper a atividade e procurar ajuda se surgirem tonturas, dor no peito, falta de ar intensa ou mal-estar.

CHECKLIST RÁPIDA DE SEGURANÇA

Use esta lista para verificar o risco de queda no dia a dia:

- A casa tem boa iluminação em todas as divisões?
- Os caminhos estão livres de fios, tapetes soltos e objetos no chão?
- A casa de banho tem apoio seguro e piso antiderrapante?
- O calçado usado é fechado, estável e antiderrapante?
- Existem tonturas, desequilíbrio ou sonolência após tomar medicamentos?

- Já ocorreu alguma queda nos últimos 6 a 12 meses?
- Há dificuldade em levantar-se da cadeira, andar ou mudar de posição?
- Os óculos, aparelhos auditivos e auxiliares de marcha estão atualizados e em bom estado?

Se respondeu “sim” às perguntas relacionadas com dificuldades físicas ou quedas anteriores, ou “não” às condições de segurança da casa, pode ser útil pedir uma avaliação do risco de queda.

O QUE FAZER EM CASO DE QUEDA

1. Manter a calma e avaliar se existe dor intensa, ferida, deformidade, tontura ou dificuldade em mexer-se.
2. Se houver suspeita de fratura, traumatismo da cabeça, perda de consciência ou impossibilidade de se levantar, pedir ajuda imediatamente e evitar movimentos bruscos.
3. Se a pessoa estiver bem e conseguir mexer-se, rolar devagar para o lado, apoiar-se num móvel estável e levantar-se por etapas, sem pressa.
4. Após a queda, observar sinais nas horas seguintes, como dor persistente, sonolência, confusão, vômitos ou dificuldade em andar.
5. Informar o médico ou enfermeiro, especialmente se a queda foi inesperada, repetida ou associada a tonturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção de quedas depende de atenção contínua à saúde, ao ambiente e aos hábitos diários. Pequenas mudanças em casa, revisão da medicação, atividade física regular e acompanhamento de saúde podem reduzir significativamente o risco e ajudar a preservar a autonomia da pessoa idosa.

Nota: Este manual tem carácter informativo e não substitui a avaliação individual por profissionais de saúde.

Fontes:

Organização Mundial da Saúde. Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course. Genebra: OMS; 2021. [iris.who.int]
Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs. Atlanta: CDC; 2015. [cdc.gov]
Agency for Healthcare Research and Quality. Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care. Rockville: AHRQ; 2013. [ahrq.gov]
Câmara Municipal do Porto. Guia de Prevenção do Risco de Acidentes e Quedas. [extranet.who.int]
Secretaria de Estado da Saúde (Brasil). Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas. 1ª ed.; 2024. [saude.ma.gov.br]
Arsie NEG, Zotz TGG, Gomes ARS. Manual de prevenção de quedas para idosos. Curitiba: UFPR; 2021. [metodosupera.com.br]
Carochinho ARP. “Prevenir para não cair”: quedas dos idosos no domicílio – manual de prevenção. Beja: IPBeja; 2022.

O SEU FAMILIAR COM DEMÊNCIA ESCONDE COMIDA PELA CASA?

🕒 Tempo de Leitura: 4 minutos

EPISÓDIO 37: CARTAS DA FILIPA - PARA SI E PARA A MINHA FAMÍLIA, QUE ME CUIDEM ASSIM QUANDO CHEGAR O MEU DIA

Hoje vou ajudar a perceber o que está por trás do comportamento de esconder comida na pessoa com demência, e o que pode fazer para gerir esta situação sem entrar em conflito.

A Florinda contou-nos que o marido esconde bolachas. Não só guarda, esconde mesmo. Atrás dos livros. Dentro de sapatos. Debaixo da almofada do sofá. Ela foi mudando o esconderijo das embalagens. Ele continuava a encontrar. Chegaram a um ponto em que havia comida em todo o lado, e ela já não sabia onde estava o quê, nem o que ainda era próprio para comer. "Não vale a pena esconder," disse ela, com o cansaço de quem já tentou tudo. Tinha razão. Mas não pelo motivo que pensava.

O comportamento de esconder comida tem origens diferentes consoante a história de vida da pessoa. Algumas cresceram com escassez, e reservar comida para quando vier a necessidade está tão inscrito que a demência não o apaga. Apaga o nome dos filhos. Não apaga isto. Noutros casos, o que está em causa é a sensação de que as coisas desaparecem, as chaves, o casaco, os objetos, e guardar comida num sítio específico é ter algo que lhe pertence só a ela (mesmo que depois se esqueça onde colocou como acontece com tantas outras coisas). E há ainda uma outra razão: com a progressão da demência, o cérebro perde gradualmente a capacidade de registar que já comeu. A pessoa tem fome minutos depois de uma refeição. Não está a testar ninguém. E o que encontra, guarda, porque aprendeu que as coisas desaparecem.

ESCONDER COMIDA NÃO É FALTA DE HIGIENE. É UM CÉREBRO COM DEMÊNCIA A PROTEGER O QUE É SEU, ENQUANTO AINDA CONSEGUE.

O problema prático é real e perigoso. Comida a apodrecer debaixo da cama, bolachas dentro de almofadas e um cheiro que se instala. Gerir este comportamento não significa proibi-lo. Significa redirecionar o impulso para que não cause problemas de maior.

AQUI ESTÁ O QUE RECOMENDO ÀS FAMÍLIAS COM QUEM TRABALHO:

1) Não tirar. Substituir.

Retirar comida escondida sem deixar nada no lugar alimenta a ansiedade. Se se lembrar, a pessoa vai procurar, não vai encontrar, e a conclusão que o cérebro tira é que alguém roubou. Se encontrar comida que já não é própria para consumo, retire-a quando a pessoa não está presente e deixe no mesmo sítio algo que resista melhor ao tempo - bolachas embaladas individualmente. Um pacotinho de frutos secos. A reserva tem de continuar a existir.

Esta lógica aplica-se também aos objetos em geral. Uma gaveta pequena com coisas sem valor especial, onde a pessoa pode mexer, organizar e guardar à vontade, satisfaz o mesmo impulso sem que nada se perca ou deteriore.

2) Criar uma "reserva visível" que pertence à pessoa.

Um cesto pequeno em cima da mesa da sala. Uma caixa transparente no quarto. Algo que é dela, que está ali, que ninguém vai tirar. Quando há uma reserva reconhecida como sua, a urgência de esconder noutros lugares diminui.

Repor todos os dias à mesma hora. Usar alimentos que se conservem à temperatura ambiente e possam ser comidos fora de horas sem risco: bolachas simples, tostas, frutos secos, fruta dura. Se a pessoa raramente se desloca à cozinha sozinha, a reserva deve ficar no quarto ou no espaço onde passa mais tempo. Levar comida para o quarto pode ser simplesmente a resposta a não conseguir encontrar o caminho de volta quando tiver fome.

3) Gerir a quantidade disponível, não o acesso.

Em vez de ter o pacote de bolachas na dispensa, tirar a porção diária e colocá-la num frasco transparente que está à vista. Quando o frasco acaba, acabaram as bolachas por hoje. O pacote inteiro convida a comer tudo de uma vez. O frasco com uma porção limitada mas visível oferece abundância suficiente para acalmar a ansiedade sem criar excessos. Uma família que acompanhámos usou esta lógica com o fiambre: metade na caixinha habitual, metade embrulhada separadamente. A mãe via a caixa quase cheia e parava. E quando tinha pouco, geria melhor a sua compulsão alimentar. O segredo era não disponibilizar muito de cada vez.

4) Perceber o que está por trás.

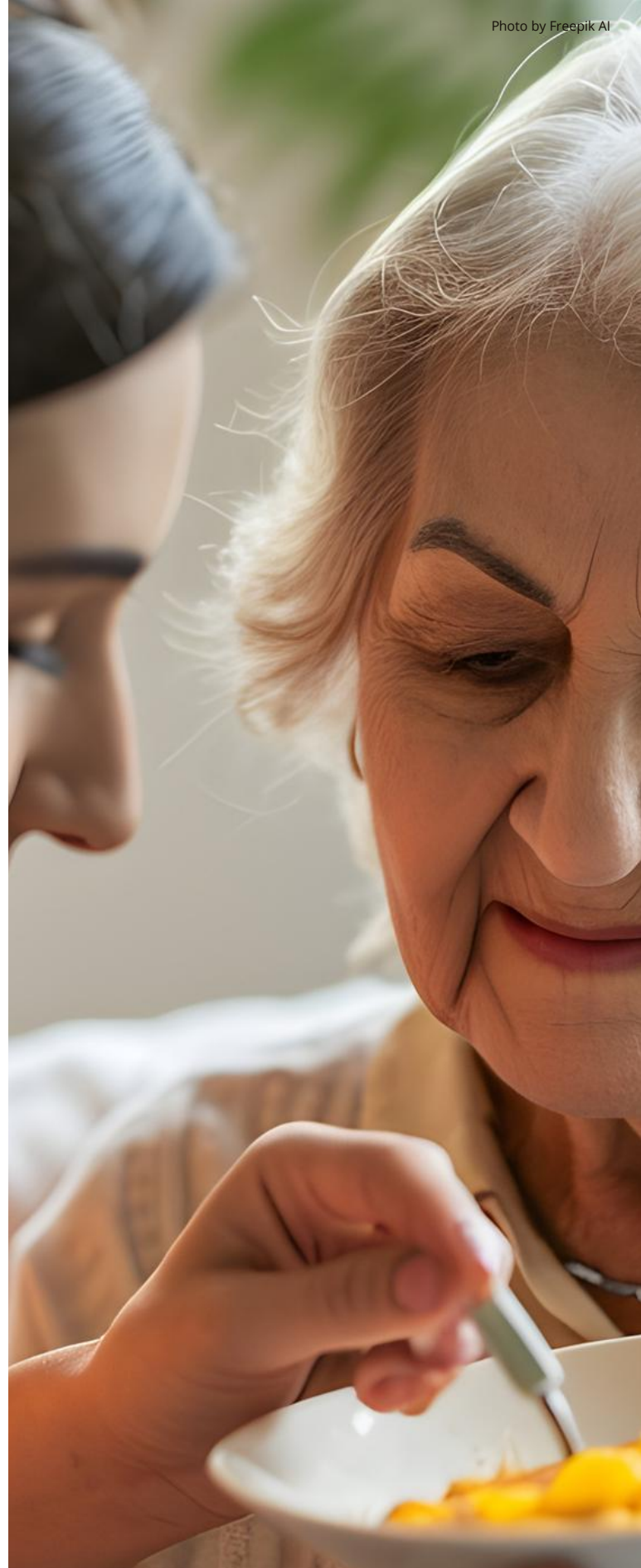
Quando não há propósito no dia, a comida ocupa o espaço que devia ser ocupado por outra coisa. Se o comportamento piorou recentemente, antes de procurar estratégias para gerir a comida, pergunte: o que é que esta pessoa tem feito durante o dia?

Se o comportamento surgiu de repente, vale também verificar causas físicas: infecção urinária, alteração de medicação, obstipação, dor não verbalizada, alterações na rotina, demasiados estímulos...

5) Limpar sem confrontar.

A limpeza dos esconderijos faz-se em silêncio, quando a pessoa não está presente, sem comentários. O que se retira repõe-se. Os esconderijos mais problemáticos fecham-se ou tornam-se menos acessíveis, discretamente, sem que isso pareça uma proibição.

A pessoa que esconde comida não está a criar trabalho. Está a tentar sentir-se segura num mundo que pensa que conhece, mas que pode não corresponder à realidade atual.



Espero que ajude. Por hoje, é tudo ❤️

Um abraço,
Filipa Dias - Consultoria de
Envelhecimento





HABICUIDADOS & ASSOCIAÇÃO AUXÍLIO & AMIZADE

RESPONSABILIDADE SOCIAL

A AAA – Associação Auxílio & Amizade é uma IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social – sem fins lucrativos, formada em 2001 com o objetivo de ajudar os sem-abrigo e famílias carenciadas. Igualmente motivada por princípios de consciência ambiental e ecológica, pugna por práticas de não desperdício e desenvolvimento sustentável.

Desenvolvem-se ações dirigidas à população idosa que vive sob condições de isolamento e solidão.

Assegura-se a entrega de alimentos, vestuário e bens de higiene de uma forma regular e previsível.

Faculta-se apoio psicológico, presencial e online, igualmente a toda a comunidade envolvente.



“Mais do que palavras, caracteriza-se por ações” que se traduzem no combate à fome, ao abandono e à exclusão. Assente no trabalho de voluntários, a Associação almeja converter cada pessoa auxiliada num elemento autossuficiente dotado de capacidade regenerativa e transformadora.

Partilhando dos mesmos princípios e consciência social, a Habicuidados alia-se à AAA numa forma natural, certa de que, com esta relação, levará à prática o seu desejo de contribuição para com os mais fragilizados da sociedade.

Cientes de que a ajuda nunca é suficiente, a AAA continua a apelar para que mais entidades se juntem a esta causa. O objetivo último é que este movimento deixe de ser necessário num futuro próximo mas a lucidez esclarece que essa visão repousa num horizonte muito longínquo. É conscientes disso que a busca por mais parceiros se mantém constante nesta Associação.

auxilioeamizade.pt



newsletter

associação
AUXÍLIO & AMIZADE

A Associação Auxílio e Amizade promove diversas campanhas solidárias para apoiar pessoas em situação de vulnerabilidade. Algumas das iniciativas incluem:

- **Produto do Mês:** Uma campanha contínua que incentiva a doação de bens essenciais específicos.
- **Giving Tuesday:** Uma ação anual focada na angariação de fundos para aquisição de equipamentos essenciais, como frigoríficos industriais.
- **A Ajuda Não Pode Parar:** Uma campanha que reforça a importância da continuidade do apoio às famílias carenciadas.

Pode encontrar mais informações sobre as campanhas no [site oficial](#). Quer saber como pode contribuir?

EDIÇÃO 141 - ANO 8 | MAR-ABR 2026

ASSOCIAÇÃO AUXÍLIO & AMIZADE

Há gestos pequenos... QUE FAZEM UMA DIFERENÇA GIGANTE

Quando preenche o seu IRS, tem nas mãos a oportunidade de ajudar quem mais precisa sem qualquer custo para si.

É simples. É rápido. E pode transformar vidas.

COMO FAZER: IRS AUTOMÁTICO

1. **1** Acceda ao Portal das Finanças
2. **2** Escolha o IRS automático
3. **3** No Quadro T1 (folha "Rosto") seleccione o campo 1101
4. **4** Indique o NIF 505 850 117
5. **5** Seleccione a opção IRS

Um gesto seu pode ser o apoio que alguém tanto precisa. **Porque ajudar... também é uma forma de amar.**

ASSOCIAÇÃO AUXÍLIO & AMIZADE

O SEU GESTO MUDA VIDAS

Hoje, mais do que nunca, precisamos de si. É tempo de férias para alguns, mas o trabalho na AAA continua...

Cada euro doado transforma-se em alimento, conforto e esperança para quem mais precisa. Mas também ajuda nas contas para pagar: Renda, Água, Luz...

CONTAMOS COM A SUA DOAÇÃO

NIB : 0010 0000 2650 6680 0012 5

NIF : 505 850 117

JUNTOS CONSTRUIMOS UM FUTURO MELHOR

ASSOCIAÇÃO AUXÍLIO & AMIZADE

Gabinete de Psicologia

Cuidamos da Sua **Saúde Emocional**

Apoio em:

- ✓ Consultas de Orientação e Aconselhamento Parental
- ✓ Formação Parental
- ✓ Ludoterapia
- ✓ Consulta de psicologia

MARQUE A SUA CONSULTA

☎ **919 353 300 • 211 956 487**

📍 **Consulta Presencial ou Online**

Inscrito na ERS n.º 177978

auxilioeamizade.pt

Obrigado!

A todos os que contribuíram neste **Abril Latas Mil**

ANGARIAMOS 1077 LATAS

Enlatados para distribuir a famílias carenciadas.

Pequenas ações, grandes mudanças!

Gratidão a todos os que fizeram parte!

Juntos somos mais fortes!

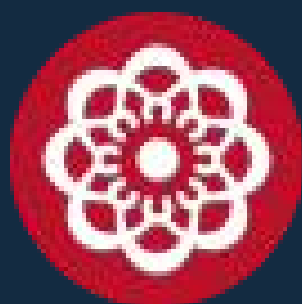
Ajudamos quem mais precisa!

Cada lata conta, cada gesto transforma!

Com a sua participação, conseguimos angariar mais de mil enlatados!

Esta recolha consolida o stock deste tipo de produtos para alguns meses, assegurando uma importante parte dos cabazes que entregamos mensalmente.

A Associação Auxílio e Amizade agradece a todos!



CONSULTE OS NOSSOS
PROTOCOLOS E PARCERIAS

www.habicuidados.pt