

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

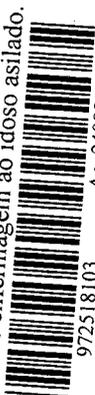
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIII UNIDADE CURRICULAR

## UMA PROPOSTA HUMANIZADA

### DE CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO ASILADO

N.Cham. TCC UFSC ENF 0237  
Título: Uma proposta humanizada de  
cuidado de enfermagem ao idoso asilado.



972518103

Ac. 240985

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**Acadêmicas:** ADRIANA DUARTE SILVA  
DIONICE FURLANI  
ISA TAVARES BARBOSA  
TAISE COSTA RIBEIRO

**Supervisora:** LÚCIA TAKASE GONÇALVES  
**Orientadora:** MARIA ROSANI HILZENDEGER

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0237  
Ex.1

Florianópolis, julho de 1994.

## **AGRADECIMENTOS**

**Queremos expressar a nossa profunda gratidão a todos que, direta ou indiretamente colaboraram para a execução do presente trabalho, e contribuíram para que o mesmo fosse concluído. No entanto, devido a uma participação mais direta, somos especialmente gratos:**

**À professora Doutora Lúcia Takase Gonçalves, pela supervisão e dedicação.**

**Ao professor Wilson Kraemer de Paula, pela atenção dispendida, e pela contribuição teórica.**

**À enfermeira Maria Rosani Hilzendeger, pela orientação no campo prático.**

**Aos funcionários da SERTE, pela recepção, companheirismo e amizade.**

**Aos idosos, que nos ensinaram muito sobre a vida, e auxiliaram na concretização desse.**

**A Gisela Costa Ribeiro, e ao Alexandre Luciano Klein pela contribuição na digitação e impressão gráfica desse.**

**Aos nossos familiares, pelo incentivo e colaboração.**

**A EQUIPE**

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>2 - OBJETIVOS .....</b>	<b>04</b>
<b>Objetivo Geral .....</b>	<b>04</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>04</b>
<b>3 - MARCO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO .....</b>	<b>05</b>
<b>4 - PRESSUPOSTOS .....</b>	<b>22</b>
<b>5 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA .....</b>	<b>23</b>
<b>5.1 - PLANO DE AÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>Objetivo 01 .....</b>	<b>23</b>
<b>Objetivo 02 .....</b>	<b>25</b>

Objetivo 03 .....	26
Objetivo 04 .....	27
Objetivo 05 .....	28
<b>5.2 - PROCESSO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>29</b>
Histórico de enfermagem .....	30
Evolução de enfermagem .....	31
Plano de cuidados .....	31
Prognóstico de enfermagem .....	31
<b>5.3 - LOCAL DA IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA .....</b>	<b>32</b>
<b>5.4 - POPULAÇÃO ALVO .....</b>	<b>34</b>
<b>5.5 - DESCRIÇÃO DA EQUIPE .....</b>	<b>37</b>
<b>5.6 - CRONOGRAMA .....</b>	<b>40</b>
<b>6 - RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
Objetivo 01 .....	43
Objetivo 02 .....	50
Objetivo 03 .....	52
Objetivo 04 .....	57

<b>Objetivo 05 .....</b>	<b>62</b>
<b>7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>
<b>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>9 - ANEXOS .....</b>	<b>71</b>

## **1 - INTRODUÇÃO**

No oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, inseridos na disciplina Enfermagem assistencial aplicada, nós, enquanto acadêmicos, optamos pela realização de um projeto voltado a um cuidado humanizado ao idoso asilado.

A enfermagem no cuidado humanizado ressoa nossa ideologia de que a prática assistencial direcionada ao indivíduo idoso requer renovação diária conforme realidade e necessidade vivenciada. Para tanto, utilizamos a releitura das Necessidades Humanas Básicas por PAULA, e a Relação Pessoa a Pessoa de TRAVELBEE; como recursos teóricos para a fundamentação da atuação prática.

No exercício da organização do presente marco referencial, as autoras encontraram nas crenças, pressupostos e premissas explicitadas pelos teóricos adotados, as próprias crenças pessoais adquiridas pela experiência como acadêmicas de enfermagem.

A instituição na qual desenvolvemos nossa prática assistencial trata-se do Lar dos Idosos Irmão Erasto, localizado na Cachoeira do Bom Jesus, ao norte

da ilha de Santa Catarina. Permanecemos nesse local no período entre 24 de março e 21 de junho do corrente ano.

A opção pelo idoso asilado adveio da problemática interna de enfrentar o envelhecimento; além da rejeição e dos conflitos gerados pela sociedade que subjulga o indivíduo velho, fazendo prevalecer as injustiças oriundas do meio no qual estão inseridos. Foi com essa realidade que nos propusemos a trabalhar com a velhice, no interior de uma instituição asilar, buscando resgatar a auto-suficiência e a fé nos valores mínimos para um envelhecimento saudável.

Estudos afirmam que até a próxima década, a população idosa tende a um crescimento exacerbado ficando os mesmos a mercê de poucos recursos e profissionais da área da saúde. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que tem ocorrido um aumento significativo na população de idosos de Santa Catarina e do Brasil. Com isso, mais atenção tem sido dada a essa temática: velhice.

Nos dias atuais, sabe-se que a melhoria do atendimento médico, educação para saúde, nutrição e condições sanitárias contribuem para o aumento do tempo de vida médio segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1992). Assim, como os profissionais da saúde são contribuidores da longevidade dos indivíduos, devem também zelar pela qualidade de vida dos mesmos. Foi pensando nessa qualidade, que nos empenhamos na concretização da proposta de cuidado humanizado de enfermagem ao idoso asilado.

O indivíduo passa por transformações biológicas no seu processo de envelhecimento que favorecem a instalação de multipatologias, assim como modificações de ordem psico-espiritual e psico-social. Compreender as alterações e problemas que ocorrem no envelhecimento, requer conhecimento e maturidade pessoal. Somente a partir da compreensão de todo esse processo, é que o cuidado será integral e personalizado aos indivíduos que trazem consigo, sabedoria e experiência adquiridas com o tempo.

A proposta ora desenvolvida teve os objetivos explicitados como seguem:

## **2 - OBJETIVOS:**

### **Geral:**

**"Através de um referencial teórico-filosófico planejar, implementar e avaliar uma proposta de cuidado de enfermagem aos idosos asilados, seus familiares e os cuidadores, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta adaptada por Wilson Kraemer de Paula, e Relação Pessoa a Pessoa de Joyce Travelbee.**

### **Específicos:**

- 1 - Identificar a realidade vivenciada por idosos asilados.**
- 2 - Aprofundar estudos a cerca da fundamentação da enfermagem enquanto ciência direcionada a prática da enfermagem geriátrica e gerontocultura.**
- 3 - Refletir junto aos idosos, equipe assistencial e familiares, os valores primordiais para a manutenção de um envelhecimento saudável.**
- 4 - Planejar, implementar os cuidados de enfermagem de acordo com o referencial adotado.**
- 5 - Avaliar a proposta implementada.**

### **3 - MARCO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO:**

**Decidiu-se organizar um marco referencial teórico-filosófico baseado em alguns conceitos e pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da Relação Pessoa a Pessoa para a promoção da saúde, como guia de cuidados de enfermagem ao idoso asilado e seus familiares.**

**Segundo Kerlinger, citado por GEORGE (1993), teorias são "um conjunto de conceitos interrelacionados que proporcionam uma visão sistemática de um fenômeno (um fato ou acontecimento observável) que é por natureza explicativo e profético". Segundo o autor, os propósitos da teoria são de descrição, explicação, previsão e controle de acontecimentos.**

**As teorias de enfermagem, segundo GEORGE (1993), até então publicadas e conhecidas têm demonstrado capacidade descritiva e explicativa das condições humanas em termos de ambiente, saúde e doença, entre outras, porém, com limitações em sua capacidade de prever ou controlar situações ou acontecimentos. Mesmo com essas considerações, TRENTINI (1986), uma autora de destaque da enfermagem brasileira, releva a importância da adoção de um marco teórico ou conceitual como guia para qualquer prática de enfermagem. Ainda define marco conceitual como um conjunto de conceitos e definições inter-relacionadas com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente.**

Para a organização do marco referencial teórico-filosófico adotado, selecionou-se os conceitos de ser humano, família, saúde e doença, envelhecimento, auto-suficiência e independência, qualidade de vida, ambiente, enfermagem, Necessidades Humanas Básicas. Ao definir tais termos, buscou-se suas inter-relações explicitando as crenças e pressupostos a respeito de enfermeira, cuidado humanizado, relação pessoa a pessoa e significado e sentido de vida.

## **CONCEITOS:**

### *Ser Humano:*

PAULA, concorda com HORTA, nesse conceito. Segundo ela, ser humano é parte integrante do universo dinâmico e como tal que o rege, no tempo e no espaço. Está em constante interação com o universo dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço."

O entendimento de ser humano, adquirido da experiência de acadêmicas de enfermagem, está de acordo com o autor acima. Ainda considerando o ser humano, como um ser único e indivisível, com quantidades e qualidades diferenciadas de necessários.

Especificamente, para a presente proposta, estamos entendendo, como ser humano idoso a pessoa que possui suas particularidades e necessidades

específicas. Estar idoso é passar por transformações biológicas, psíquicas e espirituais, que, para alguns, pode ser de maior ou menor intensidade e exigem desses, harmonização com o meio.

***Família/ familiares:***

No entendimento das acadêmicas, é uma unidade que busca autofirmar-se e manter o bem-estar de seus membros, onde há sentimentos como: estima, respeito, aceitação e outros, que reforçam esse elo de união. A família é o início, o meio e o fim de todas as relações sociais, servindo de alicerce para a formação e equilíbrio do homem.

É na família que costuma acontecer cuidados de crianças, doentes e velhos. Para muitos, isso é considerado uma dádiva, para outros, um castigo. Cria-se, entre os indivíduos que precisam de cuidados e aqueles que os fornecem (cuidadores), um vínculo de dependência. Porém, os cuidadores também estão sujeitos a adoecerem nos aspectos bio-psico-sociais e espirituais. Com isso, tanto o cuidador, quanto o que recebe cuidados necessitam de suporte externo. É conveniente que esse suporte seja oferecido por uma equipe multiprofissional, onde a enfermagem desempenha um papel importante de elo entre a saúde do indivíduo e a saúde da família. A enfermagem como cuidadora de uma unidade familiar "doente", pode, efetivamente, utilizar recursos, tais como visitas domiciliares, atendimento ambulatorial, encaminhamentos, entre outros, para a promoção de um relacionamento harmônico e de bem estar entre os membros familiares.

### ***Saúde e doença:***

O processo de saúde-doença acompanha o ser humano ao longo da vida. Na antiguidade, o corpo humano era visto como receptáculo de uma causa externa, que produziria a doença infiltrando no organismo, sem que este participasse ativamente desse processo. Isso era causado por questões naturais ou espíritos sobrenaturais. Os chineses e gregos acreditavam que a doença humana tratava-se de um desequilíbrio entre os elementos fundamentais: terra, ar, água e fogo. Atualmente a doença assume um caráter multicausal, determinado por questões biológicas, funções psíquicas, atributos sociais e outros fatores, visto que o homem é um ser bio-psico-social e espiritual.

Hoje, em nosso país, grande incentivo têm-se dado, para problemas como desnutrição e doenças infecciosas. Porém, com o visível aumento da população idosa, os profissionais da saúde têm, paulatinamente, voltado as atenções para os indivíduos dessa faixa etária.

O processo de envelhecimento é peculiar de cada indivíduo. Traz consigo mudanças biológicas, redutoras da auto-suficiência, assim como a instalação de multipatológicas crônicas, com frequência. Apesar de haverem perdas funcionais, o indivíduo ganha em experiência de vida. O idoso, em geral tende a considerar de maior valia as perdas que os ganhos. Isso demonstra a importância da prática preventiva voltada à terceira idade.

O atendimento das necessidades humanas básicas, em especial as psico-sociais e psico-espirituais, são de suma importância na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

**Envelhecimento:**

Assim como o nascimento é imprescindível para a renovação da vida, o dia a dia traz consigo a difícil tarefa do envelhecimento. Nos últimos tempos, a população idosa cresce mais rapidamente do que os demais grupos, o que leva à necessidade de se preocupar com a qualidade de vida do idoso.

O envelhecimento não consiste apenas na diminuição das funções vitais do indivíduo. Assim, não somente necessidades biológicas são afetadas, mas muitos indivíduos têm necessidades psico-espirituais e psico-sociais amplamente atingidas.

Segundo ERICKSON HAVIGHRST, citado por BRUNNER e SUDART (1990), a posição social do idoso é determinada pela cultura. A autora afirma que as pessoas em geral, têm um certo preconceito com relação às pessoas idosas; que pode estar relacionado com o medo que as pessoas têm de envelhecer. Ainda pode-se associar a incapacidade de muitos, de se confrontarem com o seu próprio envelhecimento.

Os idosos passam por processos de pensamentos lentos, por esquecimento, confusão e senilidade. Ocorre um declínio progressivo começando na meia vida, onde há uma redução da capacidade de aprender e lembrar, uma vez que há perda de peso e diminuição de tamanho. A posição é de flexão, com a cabeça para a frente, a coluna vertebral curvada e os quadris e joelhos fletidos. A perda de altura é agravada pela fraqueza muscular, degeneração das articulações e osteoporose. Há uma diminuição do rosto, que torna-se miúdo e enrugado, a

medida que se perde a gordura subcutânea e pela falta de dentes. O cabelo passa a ter coloração branca ou acinzentada, tornando-se mais fino e, a calvície pode instalar-se. Encontra-se no idoso, comumente, excrescências seborréicas ou senis, hemangiomas e outras manchas na pele. Há uma diminuição da acuidade visual e auditiva. A comunicação verbal pode ser mais lenta e menos clara. A ruptura espontânea de vasos subcutâneos geram equimoses, especialmente nas mãos e braços. A mobilidade física reduz-se, sendo que o andar fica pesado e inseguro, com passos curtos e arrastados. Esse fato associado a desatenção motora, as falhas de coordenação e a lentidão nas reações, aumentam os riscos de quedas. É possível observar uma tremura irregular da cabeça, do maxilar inferior e das mãos.

Segundo GONÇALVES e SANTOS (1989), "a invalidez é um fenômeno social, pois é determinada por fatores sociais e ambientais". É na prevenção que encontra-se subsídios para combater a incapacidade e invalidez na terceira idade, sendo necessário, para tanto, promover precocemente uma educação voltada ao desenvolvimento e processo normal de envelhecimento, aprendendo, refletindo e estimulando os valores desta etapa da vida. Na terceira idade torna-se necessário uma avaliação periódica, tanto das capacidades funcionais quanto do desempenho das atividades diárias e hábitos de vida. O idoso precisa entender o envelhecimento como um processo gratificante, onde, apesar das perdas físicas, os ganhos podem ser maiores na esfera psico-espiritual.

*Auto-suficiência e independência:*

A auto-suficiência nas atividades da vida diária, pode ser o setor que dá mais dignidade e bem estar ao idosos, uma vez que a dependência pode diminuir a sensação de bem estar.

A auto-suficiência é uma necessidade imensurável, pois não somente patologias próprias da idade a determinam, como também, e principalmente, o tipo de comportamento assumido pelo indivíduo idoso.

Segundo a OMS, citados por GONÇALVES e SANTOS (1989), os fatores de risco para a instalação de incapacidade, dependência e invalidez, em muitos idosos estão relacionadas com: as condições de vida e do ambiente; as condições de saúde-doença; a disponibilidade e uso de serviços; o estilo de vida e atitudes; os fatores sócio-econômicos e suporte social; as atitudes da sociedade face as pessoas idosas.

Quando os fatores de risco são ausentes, o prognóstico pode ser bom quando há uma intervenção precoce e efetiva.

Ter boa qualidade de vida significa ter as condições mínimas bio-psico-sociais e espirituais a uma vivência digna. Para o idoso, em especial, a auto-suficiência é um fator determinante em seu cotidiano. Assim, o indivíduo sentir-se-a melhor psicologicamente, o que leva a um enfrentamento, em geral, adequado, para os entraves biológicos, levando à saúde física. A saúde física, por sua vez, confere ao indivíduo , maior possibilidade de ter saúde social. Conclui-se que pensar em auto-suficiência, bem estar, saúde é pensar em boa qualidade de vida, uma vez que estão intimamente inter relacionados.

**Ambiente:**

Para PAULA, (reunião em junho de 1994), é tudo o que está em torno, seja ele físico, psíquico, ambiental, isto é, é tudo o que circunda, de qualquer natureza.

Durante a vida acadêmica, ficou determinado que ambiente é o meio onde o ser está inserido, quer seja físico, psíquico, espiritual ou social. Que este deve oferecer as condições mínimas para uma vivência condigna e salutar.

No confronto com a prática assistencial, pode-se perceber que, em instituições asilares, o ambiente se torna restrito. A política estrutural e suportiva se mostram inoperantes, talvez até insensíveis com relação às necessidades das pessoas que dependem desse ambiente para sobrevivência.

Os idosos que precisam dos asilos públicos, já tiveram em suas experiências de vida, um ambiente familiar, onde estavam inseridos em um grupo social, desempenhando um papel participativo. Assim, as acadêmicas tinham expectativas de que o asilo fosse uma grande família, lar substituto, mantenedor de indivíduos com idade avançada, normalmente impossibilitados de conviver com seus familiares, encontravam todos os necessários para suprir suas necessidades e um cuidado humanizado a este estágio da vida. Entretanto, na prática, a realidade foge a essa visão, sendo os necessários restritos à algumas necessidades biológicas, se perdendo, nesse entremeio, os necessários próprios às necessidades psico-sociais e psico-espirituais. Com isso, os indivíduos, apesar de serem únicos, com quantidades próprias de cada necessário, este é ofertado de modo coletivo.

***Enfermagem:***

**PAULA concorda com HORTA nesse conceito: "Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas Necessidades Humanas Básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. A autora ainda apresenta definições derivadas de:**

**1 - Assistir em enfermagem como o fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.**

**2 - Assistência de enfermagem como a aplicação, pela enfermeira, do processo de enfermagem para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano.**

**3 - Cuidado de enfermagem como a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano.**

**A enfermagem, como parte integrante da equipe de saúde, implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio, pela assistência aos se humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço, segundo o mesmo autor.**

Nesse trabalho, os termos assistência e cuidado de enfermagem serão utilizados como sinônimos, assim como PAULA (1990) considera.

As acadêmicas ainda consideram como a ciência e arte do bem cuidar, tendo como foco o ser humano, no seu equilíbrio bio-psicológico, espiritual e sua inserção na sociedade.

A enfermagem na situação deste trabalho com o idoso asilado e seus familiares, está voltada ao cuidado "humanizado" baseado numa relação pessoal com o idoso. Para isso, é de suma importância estabelecer, manter e terminar a relação, segundo TRAVELBEE (1979). No cuidado humanizado de enfermagem, a pessoa (idoso) é o ente mais importante, que deve ser visto como único, com necessários próprios a serem ofertados através de uma relação interativa idoso-enfermeiro-cuidadores (familiares). A enfermagem, além de dar suporte emocional, precisa ser uma ponte facilitadora, propiciando, quando possível, ao idoso asilado, os seus necessários de modo global.

#### *Enfermeiro:*

Segundo PAULA (1990), o enfermeiro é o ser humano que contém os necessários que o cliente precisa. As acadêmicas consideram ainda, como o agente receptor e transmissor de habilidades técnicas que norteiam o processo saúde-doença; bem como, um indivíduo que procura, através da ciência, fortalecer seus princípios na enfermagem, resgatando sempre os valores básicos do ser humano. O enfermeiro busca ainda, através do cuidado humanizado, abordar o

indivíduo de forma integral na promoção e recuperação da saúde, bem estar e auto-suficiência; na prevenção de doenças e de instalação precoce do envelhecimento; e proteção do indivíduo ou afastamento deste dos fatores de risco que ameaçam a vida e o bem estar.

***Necessários:***

Segundo PAULA, são as manifestações correspondentes das necessidades e são estados de tensão conscientes ou inconscientes, resultantes das mudanças de estado do indivíduo provocadas pelas necessidades. É a diferença entre dois estados, onde um é obtido pela transformação (aplicação de uma função ) no outro..

***Necessidades Fundamentais:***

São aquelas que representam a busca do necessário. Por exemplo, gregária, participação, ambiente, entre outros.

***Necessidades Humanas Básicas:***

PAULA considera como: "Um conjunto de entes do ser humano cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário. As necessidades são identificadas em qualquer estado em que o indivíduo se encontre."

As Necessidades Humanas Básicas, segundo o mesmo autor, são assim classificadas:

**Necessidades Psicobiológicas:**

- 01 - Oxigenação;
- 02 - Hidratação;
- 03 - Nutrição;
- 04 - Eliminação;
- 05 - Sono e repouso;
- 06 - Exercício e atividades físicas;
- 07 - Sexualidade;
- 08 - Abrigo;
- 09 - Mecânica corporal;
- 10 - Motilidade;
- 11 - Cuidado corporal;
- 12 - Integridade física;
- 13 - Integridade cutâneo mucosa;
- 14 - Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular;
- 15 - Locomoção;
- 16 - Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa;
- 17 - Ambiente;

Quando uma necessidade está afetada, altera-se a base e a interrelação entre as necessidades : a de Percepção, alterando, conseqüentemente,

outras necessidades (anexo 07 - Quadro de Interrelação das Necessidades, desenhado por PAULA).

### **Necessidades Psico-sociais:**

01 - Imagem;

02 - Auto-imagem;

03 - Estima;

04 - Auto-estima;

05 - Gregária;

06 - Aceitação;

07 - Comunicação;

08 - Participação;

09 - Criatividade;

10 - Recreação e Laser;

11 - Aprendizagem ;

12 - Orientação no Tempo;

13 - Orientação no Espaço;

14 - Liberdade;

15 - Espaço.

### **Necessidades Psico-espirituais:**

**01 - Religiosidade;**

**02 - Filosofia de vida;**

**03 - Auto-realização.**

**O mesmo autor, continua definindo os conceitos como seguem:**

- **Imagem:** é a necessidade de definir o meio concreto e abstrato.
- **Auto-Imagem:** consiste na forma como a pessoa se auto-define.
- **Estima:** é a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação ao mundo concreto e abstrato.
- **Auto-Estima:** é a necessidade de ter emoções e sentimentos em relação a si próprio.
- **Aceitação:** é a necessidade humana de outros estarem de acordo com o sentir, o pensar e o fazer.
- **Auto-Aceitação:** é a necessidade de estar de acordo consigo mesmo.
- **Gregária ;** é a necessidade de viver em grupo.
- **Comunicação:** é a necessidade de enviar e receber mensagens mediante símbolos, palavras, gestos e outras formas verbais e não verbais.
- **Participação:** é a necessidade de concordar ou discordar, informar e ser informado, delimitar e ser delimitado.
- **Criatividade:** é a necessidade de, a partir de idéias e coisas, produzir novas idéias e coisas.
- **Recreação:** é a necessidade de, a partir da criatividade, reproduzir idéias e coisas.

- Lazer: é a necessidade de, a partir da criatividade, produzir novas idéias e coisas.
  - Aprendizagem: é a necessidade de adquirir conhecimento e/ou, habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida.
  - Orientação no Tempo e no Espaço: é a necessidade de relacionar o presente, passado e futuro.
  - Aprendizagem: é a necessidade de desenvolver conceitos e habilidades.
  - Liberdade: é a necessidade de ter a possibilidade de vir a ser.
  - Espaço: é a necessidade de delimitar-se, ou seja, expandir-se e retrair-se.
  - Religiosidade: é a necessidade de ter uma crença.
  - Filosofia de vida: é a necessidade que determina a qualidade e a quantidade dos necessários.
  - Auto-Realização: é um estado "regulador". Indica a diferença do estado atual e do estado almejado.
- Terapêutica: é a necessidade que aparece quando o indivíduo, por si só, não muda de estado.

Ainda PAULA (1990), afirma que as necessidades humanas básicas estão em todos os indivíduos, qualquer seja o estado em que ele se encontre. O idoso tem as mesmas necessidades dos indivíduos de qualquer idade. O que varia é a quantidade de necessários, relacionada com a filosofia de vida de cada indivíduo. Assim, as necessidades humanas básicas não podem ser priorizadas e, as necessidades afetadas, devem ser analisadas, de indivíduo por indivíduo,

particularmente. Em comum, numa instituição asilar pode-se selecionar as seguintes necessidades afetadas:

**1 - Exercício e Atividades Físicas.**

**2 - Sexualidade**

**3 - Motilidade**

**5 - Percepção Visual e Auditiva**

**6 - Gregária**

**7 - Estima**

**8 - Aceitação**

**9 - Comunicação**

**10 - Recreação e Laser**

**11 - Espaço**

**12 - Liberdade**

**13 - Auto-realização.**

A forma de atendimento ao idoso e sua família, requer do profissional enfermeiro habilidade e discernimento para analisar as variáveis próprias de cada um. O enfermeiro é um ser humano, e reage como tal, com limitações e muitas vezes com julgamentos. Porém, aprendendo a cuidar a num nível maduro, essas limitações tendem a diminuir, podendo, o enfermeiro, melhor comprometer-se profissionalmente, com outros seres humanos, no caso idosos e familiares. A partir

do momento em que um dos componentes da unidade familiar recebe cuidados, os outros recebem, mesmo que indiretamente, essa assistência.

Outro fator primordial no cuidado humanizado consta na reciprocidade de aceitação. O enfermeiro só pode cuidar efetivamente da família quando aceita as limitações humanas dessa.

O cuidado humanizado de enfermagem pode suprir as necessidades humanas básicas afetadas diminuindo os agentes estressores dos cuidadores (família), o que, com um cuidador menos estressado, resulta num melhor cuidado e conseqüentemente, num idoso menos estressado. Essa diminuição, o enfermeiro pode conseguir através de instrumentos básicos, tais como a educação para a saúde, o treinamento e o suporte emocional.

TRAVELBEE (1979), explicita como objetivos da enfermeira: ajudar o cliente a enfrentar realisticamente os problemas emergentes; ajudar a conscientizar-se do seu problema; ajudar o cliente a experienciar seu próprio problema e levar a perceber-se como participante ativo na resolução dos mesmos; ajudar a discernir alternativas vislumbrando a existência de mais de uma possibilidade de enfrentamento para cada problema; ajudar a ensaiar novas linhas de comportamento para o viver diário; ajudar a comunicar-se; ajudar a socializar-se; ajudar a encontrar e/ou a rever o sentido e o significado da sua vida com suas intercorrências.

#### 4 - PRESSUPOSTOS

No exercício de organização do presente marco referencial, as autoras encontraram nas crenças, pressupostos e premissas explicitadas pelos autores adotados, eco às próprias crenças pessoais adquiridas pela experiência. Assim, a presente proposta, esboçou-se nas crenças e pressupostos pessoais e adquiridos com a prática, enquanto estudantes, espelhando a conduta das acadêmicas no cuidado humanizado de enfermagem aos idosos asilados e seus familiares. Assim:

- a) Uma relação pessoa-a-pessoa, entre a enfermeira (acadêmica) e a pessoa idosa se estabelece somente quando cada componente percebe o outro como ser humano único.
  
- b) O conhecimento, a compreensão e as habilidades específicas ao cuidado das pessoas idosas constituem requisitos indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho no diagnosticar, planejar, executar e avaliar cuidados durante a relação pessoa a pessoa.
  
- c) A relação pessoa a pessoa pressupõe um compromisso emocional maduro por parte da enfermeira que se reconhece e aceita a si mesma e reconhece o outro (cliente) com atitude não julgadora, com objetividade e discernimento, em direção a promoção do crescimento pessoal global de ambos os envolvidos na relação.

d) O ser humano idoso, por mais fragilizado esteja por idade, doença ou incapacidades funcionais, tem sempre capacidades latentes e poder a serem reacendidos que lhe dêem dignidade ao seu viver.

e) O ser humano idoso, por mais fragilizado esteja, traz consigo a capacidade e a necessidade de busca e/ou revisão do sentido e do significado do seu viver com todas as circunstâncias que o envolvem.

## **5 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA IMPLEMENTAÇÃO**

### **DA PROPOSTA:**

#### **5.1 - PLANO DE AÇÃO:**

##### **Objetivo 01**

**Identificar a realidade vivenciada por idosos asilados.**

##### **Método:**

Com o convívio diário, durante o estágio, é possível resgatar alguns aspectos da realidade de vida das pessoas. A partir do conhecimento do ambiente, interação com sua questão biológica, e de diálogos diários, pode-se interagir com o

**Íntimo dos indivíduos, conhecendo-se o seu psicológico, espiritual e cultural. Para isso pretende-se:**

- 1.1 - Interagir com a equipe multiprofissional e com a população alvo;**
- 1.2 - observar o ambiente e as relações interpessoais;**
- 1.3 - elaborar o processo de enfermagem mediante:**
  - 1.3.1 - elaboração do histórico de enfermagem;**
  - 1.3.2 - elaboração do diagnóstico de enfermagem;**
  - 1.3.3 - elaboração do plano de cuidados;**
  - 1.3.4 - elaboração da evolução de enfermagem;**
  - 1.3.5 - aplicação da escala de Autonomia-Auto-suficiência (anexo 01);**
  - 1.3.6 - elaboração do prognóstico de enfermagem;**
- 1.4 - realizar visitas domiciliares à família de quatro idosos selecionados pelas acadêmicas conforme critérios de visita domiciliar (anexo 02);**
- 1.5 - realizar plantões noturnos e em finais de semana para conhecer a realidade vivenciada nas 24 horas de vida dos idosos.**

#### **Avaliação:**

**Será considerado alcançado esse objetivo se, durante as atividades práticas:**

- houver interação com a equipe e idosos;**
- elaborar históricos de enfermagem dos idosos assistidos, em número de cinco para cada acadêmica;**
- redigir evolução mensal dos idosos assistidos;**

- realizar visitas domiciliares conforme critérios de visita domiciliares (anexo 02);
- captar suas principais necessidades bio-psico-sociais, espirituais e culturais.

## **Objetivo 02**

**Aprofundar estudos a cerca da fundamentação da enfermagem enquanto ciência, direcionada a prática da enfermagem geriátrica e gerontocultura.**

### **Método:**

A enfermagem, enquanto ciência e arte, na prática assistencial exige um conhecimento prévio de seus conceitos para melhor cuidar do indivíduo. Na prática com idosos, é primordial a revisão de temas gerais e específicos, tais como:

2.1 - Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, adaptada por Wilson Kraemer de Paula; e da Relação Pessoa a Pessoa, de Joice

Travelbee;

2.2 - conceitos básicos da prática de enfermagem;

2.3 - anatomia, fisiologia e suas alterações no avanço dos anos;

2.4 - patologias incidentes no campo prático;

2.5 - farmacologia nos idosos;

2.6 - técnicas necessárias ao cuidado.

### **Avaliação:**

Considerar-se-á alcançado tal objetivo se houver:

- aplicação prática dos referenciais teóricos;

- integração dos conhecimentos de anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia com o processo de envelhecimento e os cuidados de enfermagem.

### **Objetivo 03**

**Refletir sobre os valores primordiais para a manutenção de um envelhecimento saudável.**

#### **Método:**

Dentro da sociedade atual onde o envelhecimento é tido, com frequência, como um problema e conseqüente sentimento de perda da auto-suficiência, torna-se necessário repensar o envelhecimento e a qualidade de vida dos idosos. Para tanto, tentar-se-á:

3.1 - Refletir com os idosos, família e equipe a respeito da velhice e envelhecimento;

3.2 - expor filmes direcionados ao assunto: envelhecimento saudável;

3.4 - dramatizar temas com fundos reflexivos, conforme as Necessidades Humanas Básicas frequentemente afetadas em idosos e modos de atendimento e enfrentamento.

3.5 - dramatizações educativas de um viver saudável na velhice;

3.6 - palestras e discussões em grupos sobre os cuidados na velhice;

3.7 - passeios dos idosos de cunho recreativo e de reabilitação.

#### **Avaliação:**

**Será considerado alcançado esse objetivo se:**

- **houver a participação ativa dos idosos e a equipe assistencial nas atividades planejadas;**
- **a equipe de trabalho desenvolver na prática, as técnicas dentro dos princípios científicos, e conhecimentos básicos de gerontocultura.**
- **houver reflexão do envelhecimento saudável pelos idosos e equipe.**

#### **Objetivo 04**

**Planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem de acordo com o referencial adotado.**

#### **Método:**

**De acordo com o referencial eleito, o cuidado de enfermagem não se restringe à assistência biológica, sendo considerado essencial um cuidado integral e personalizado, pois o ser humano vive em interação bio-psico-social e espiritual.**

**Para tanto, pretende-se realizar:**

- 4.1 - consultas de enfermagem, por ocasião das visitas domiciliares, durante o período de estágio.**
- 4.2 - históricos de enfermagem, completos em cinco idosos escolhidos, por acadêmica, segundo o roteiro adotado (anexo 03);**
- 4.3 - evoluções de enfermagem, completas em cinco idosos escolhidos, por acadêmica, segundo PAULA (1990);**

4.4 - diagnóstico e prognóstico de enfermagem, completos em cinco idosos escolhidos, por acadêmica, segundo PAULA (1990);

4.5 - técnicas de enfermagem aos idosos, durante o estágio;

4.6 - toque terapêutico e massagens, segundo necessidades específicas dos idosos;

4.7 - musicoterapia, segundo necessidades específicas dos idosos;

4.8 - visitas domiciliares à família dos idosos, conforme guia de visitas domiciliares (anexo 04);

4.9 - exposição de filmes, com cunhos recreativos e educativos;

4.10 - aplicação da Escala de Autonomia - Auto-suficiência (anexo 01), com a função de acompanhar a evolução de melhora ou não do nível de dependência.

#### **Avaliação:**

Esse objetivo será considerado alcançado se:

- o processo de enfermagem idealizado foi aplicado, na íntegra;
- houver maior participação dos idosos nas atividades propostas.

#### **Objetivo 05**

**Avaliar a proposta implementada.**

#### **Métodos:**

A avaliação faz parte do processo administrativo e deve constar em relatórios escritos ou não, para validação do método empregado. Nesse trabalho avaliar-se-á da forma abaixo descrita:

5.1 - através da evolução de enfermagem;

5.2 - resultados da escala de Autonomia Auto-suficiência (anexo 01);

5.3 - questionário para avaliação (anexo 05);

5.4 - mudanças de comportamento, por parte dos idosos, equipe assistencial;

5.5 - avaliação verbal feita pelos integrantes do asilo: assistente social, funcionários, idosos, diretoria, outros profissionais, etc.

#### **Avaliação:**

Será considerado alcançado esse objetivo se:

- a escala de Autonomia Auto suficiência demonstrou aplicabilidade prática;
- satisfação dos idosos através de observações informais;
- os resultados do questionário para avaliação, aplicado pelas acadêmicas à assistente social, diretoria, funcionários, detectarem os pontos positivos e negativos da mesma.

#### **5.2 - PROCESSO DE ENFERMAGEM:**

O processo de enfermagem na proposta do cuidado humanizado é guiado pela Releitura das Necessidades Humanas Básicas de WILSON KRAEMER DE PAULA, e será operacionalizado com as seguintes fases presentes:

- 1 - histórico de enfermagem;**
- 2 - diagnóstico de enfermagem;**
- 3 - plano de cuidados**
- 4 - evolução de enfermagem;**
- 5 - prognóstico de enfermagem.**

### **1 - Histórico de Enfermagem:**

Consiste num roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano, significativos para o enfermeiro e para o cliente, que torna possível a identificação de seus problemas (PAULA, 1990). Utilizou-se um roteiro específico para o indivíduo idoso, considerando as necessidades psico-biológicas, psico-sociais e psico-espirituais (anexo 03)

### **2 - Diagnóstico de Enfermagem:**

É realizado partindo-se da análise do histórico de enfermagem, levantamento de problemas, identificação das necessidades afetadas e grau de dependência, segundo PAULA (1990):

O autor considera diagnóstico de enfermagem como "a determinação do estado de atendimento das necessidades humanas básicas de uma pessoa". O diagnóstico compões-se de três fases:

- 2.1 - problema de enfermagem;**

**2.2 - natureza da necessidade;**

**2.3 - auto-suficiência e auto-insuficiência.**

Serão formuladas hipóteses diagnósticas projetando-se o estado almejado (pelo enfermeiro e pelo indivíduo), **IMAGEM**, ao estado em que se encontra, **DOMÍNIO** (PAULA 1990).

### **3 - Plano de Cuidados:**

Consiste num plano que visa a mudança de estados, onde, para cada problema de enfermagem há um plano de cuidados.

### **4 - Evolução de Enfermagem:**

É uma avaliação global do plano de cuidados, que possibilita comparar a qualquer momento os estados das bases de necessidades passadas com o estado atual. Permite ainda, acompanhar e comparar as variações da auto-suficiência ou auto-insuficiência do cliente no atendimento das suas necessidades humanas básicas (PAULA, 1990).

### **5 - Prognóstico de Enfermagem:**

Segundo HORTA (1979), é a estimativa da capacidade do ser humano em atender as suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

Para PAULA (1990), com a introdução de auto-suficiência e auto-insuficiência, o prognóstico deve ser feito pela medida progressiva de suficiência e insuficiência, do cliente em atender as suas necessidades.

Assim, quando o estado do cliente evoluir para auto-suficiência, o prognóstico é bom, e quando evoluir para auto-insuficiência é prognóstico ruim.

### **5.3 - LOCAL DA IMPLEMENTAÇÃO DA PROPOSTA:**

#### **Descrição do Campo Prático:**

O Lar dos Idosos Irmão Erasto pertence à Sociedade Espírita de Recuperação, Trabalho e Educação - SERTE. Está localizado ao norte da ilha, na Cachoeira do Bom Jesus, Florianópolis, Santa Catarina.

A SERTE é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, subsidiada por doações caritativas, pela contribuição de sócios efetivos e pela aposentadoria dos idosos.

A estrutura física da SERTE está dividida em três partes fundamentais: Lar dos Idosos, Lar das Crianças e Educandário. Sua construção é tipo monobloco vertical, integralmente de alvenaria, em fase de expansão e reforma. A estrutura física do asilo é conjugada com a estrutura física do Lar das Crianças. O Lar dos Idosos Irmão Erasto pode ser dividido em duas alas: ala masculina e ala feminina (anexo 06).

O Lar dos Idosos é composto por 14 quartos, 01 enfermaria e 01 isolamento, conforme planta física (anexo 06), sendo que a distribuição dos leitos em cada quarto está demonstrada na tabela 01:

Tabela 01 - Demonstrativa de número de leitos e de internos por quarto, na enfermaria e no isolamento:

nº do quarto	nº de leitos	nº de internos
01	04	04
02	04	04
03	05	05
04	03	03
05	09	09
06	05	05
07	04	04
08	03	03
09	08	08
10	02	02
11	03	03
12	05	05
13	05	05
14	04	04
Isolamento	04	00
Enfermaria	07	00

Os quartos não são uniformes, no que diz respeito a tamanho, número de leitos, nem tampouco na distribuição dos leitos por metro quadrado.

Na ala masculina, os quartos têm chão de taco, onde há alguns soltos. Na ala feminina, alguns quartos estão em reforma, cujo taco está sendo substituído por piso.

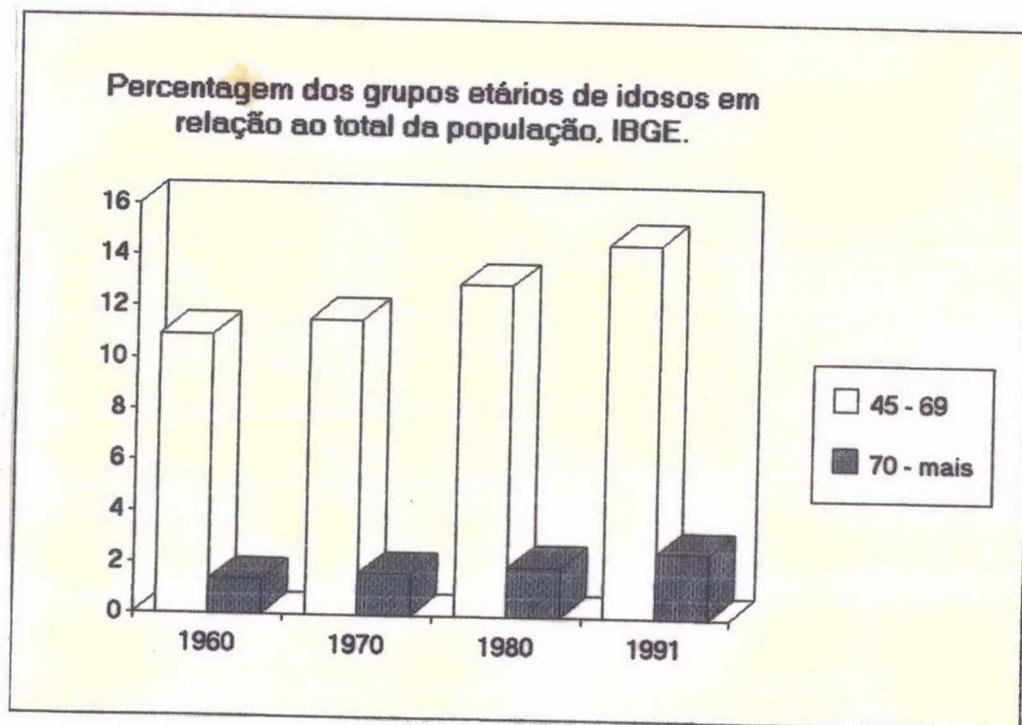
Em cada quarto há um banheiro, sendo que na ala feminina dois quartos conjugam o mesmo banheiro. Os banheiros são isentos de banheira, todos

possuem um corrimão fixo ao lado do chuveiro e uma grade de madeira no chão visando evitar quedas ao banho.

#### 5.4 - POPULAÇÃO ALVO

A população total de idosos acima de 60 anos, no estado de Santa Catarina, em 1991, estava em 305.669, sendo 141.484 do sexo masculino e 164.185 do sexo feminino.

A população de indivíduos acima de 45 anos tem crescido substancialmente desde 1960, segundo dados do IBGE (1991), como mostra o gráfico 01:



Pelos dados estatísticos da tabela 02, pode-se concluir que a percentagem de indivíduos do sexo masculino supera o feminino quanto ao estado conjugal casado, ocorrendo o inverso no que se refere ao estado viuvez.

Tabela 02: Demonstrativa de percentual da população de anos ou mais de idade, por estado conjugal, segundo sexo, 1980:

Sexo	Estado Conjugal				Total
	Casado	Solteiro	Viúvo	Divorciado	
Masc	79,22	5,34	12,52	2,94	100
Fem	39,69	9,20	47,06	4,05	100

Na tabela 03 verifica-se que as mulheres possuem maior longevidade, e que isso tem aumentado consideravelmente nos últimos 31 anos.

Tabela 03: Demonstrativa do percentual, por sexo, da população de 70 anos e mais, em Santa Catarina, 1960 a 1991.

1960		1970		1980		1991	
H	M	H	M	H	M	H	M
14.259	14.672 (+2,85)	22.542	24.793 (+9,48)	33.007	38.058 (+15,3)	31.626	64.812 (+25,5)

Fonte: IBGE.

Segundo a Comissão Municipal de Idosos de Florianópolis, agosto de 1992, as instituições asilares no estado de Santa Catarina estão em torno de 28. Destas, 05 estão em Florianópolis, 04 na Grande Florianópolis, e 19 no interior do estado (anexo 15).

O asilo no qual foi realizado o estágio curricular consta de 64 idosos, considerados, conforme o grau de dependência, em independentes, dependentes e semi-dependentes, de acordo com a tabela 03:

**Tabela 03 - Demonstrativa do Grau de Dependência dos Idosos Asilados - SERTE, 1994**

Dependência	Homens	Mulheres	Total
Independentes	12	12	24
Dependentes	06	14	20
Semi dependentes	09	11	20
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>37</b>	<b>64</b>

**Fonte: Administração da SERTE.**

**Obs.: Destes, 03 estão acamados, 12 fazem uso de cadeira de rodas, 02 utilizam bengala e 47 são deambulantes.**

**Segundo a Assistente Social, I. G., a instituição define:**

**01 - Independente: são os idosos deambulantes, capazes de realizar as atividades diárias, ajudando nos afazeres domésticos e de jardinagem.**

**02 - Semi-dependente: são idosos deambulantes, que necessitam de auxílio técnico em atividades de higiene e conforto, bem como na sua alimentação.**

**03 - Dependente: são idosos acamados e que fazem uso de cadeira de rodas. Necessitam auxílio técnico para desenvolver as atividades diárias.**

**Para sua admissão no asilo, os idosos devem estar enquadrados conforme critérios pré-estabelecidos:**

**01 - Idade acima de 65 anos;**

**02 - ausência de distúrbios psiquiátricos;**

**03 - não possuir família ou alguém diretamente responsável que possa prestar assistência ao idoso;**

**04 - ser carente economicamente;**

**05 - não ser idoso dependente.**

**Existem internos que não estão de acordo com os parâmetros, por terem sido admitidos na época da fundação do asilo, onde não haviam critérios formais. No último critério, o fato de não ser admitido idosos dependentes, se justifica pela deficiência no quadro de funcionários; pois o idoso, pela própria condição física, tende a ficar mais dependente com o passar do tempo.**

**Os idosos institucionalizados na SERTE, possuem distúrbios patológicos e psicobiológicos próprios da velhice. Entre eles estão: incontinência urinária, fecal, cardiopatias, diabetes, broncopatias, infecção urinária, parkisonismo, erisipela, hematomas superficiais, úlcera de estase, distúrbios psíquicos, sequela de acidente vascular cerebral, dificuldades auditivas e visuais.**

**Devido a escasséz de pessoal, há pouco incentivo à recreação dos idosos. As atividades recreativas se restringem aos deambulantes, com uma sala de recreação (televisão e jogos), pouco frequentada e passeios esporádicos. Os idosos com cadeira de rodas ficam ao sol ou nos corredores do asilo, não participando dos passeios.**

## **5.5 - DESCRIÇÃO DA EQUIPE**

**A instituição conta com 54 funcionários contratados, responsáveis pela assistência integral na instituição, desde a administração até a higiene e conforto. Os funcionários distribuem-se entre o lar dos idosos, o lar das crianças e o educandário.**

**Não há um organograma formal, porém, segundo foi transmitido pela diretoria, se dá da seguinte forma:**

**A diretoria é composta por um Presidente e oito Vice-Presidentes:**

- 1 - Vice-Presidente Administrativo**
- 2 - Vice-Presidente Finanças**
- 3 - Vice-Presidente Assuntos Doutriniais**
- 4 - Vice-Presidente Assistência Social**
- 5 - Vice-Presidente Assuntos Educacionais e Comunitários**
- 6 - Vice-Presidente de Patrimônio**
- 7 - Vice-Presidente de Produção**
- 8 - Vice-Presidente de Promoções**

**Os funcionários envolvidos na assistência (idosos e crianças) são em número de:**

- 01 Dentista (idosos são encaminhados ao seu consultório particular);**
- 01 Médico pediatra (atende idosos e crianças duas vezes por semana);**
- 01 Enfermeira (diariamente pela manhã);**
- 01 Fisioterapeuta (uma vez por semana);**
- 01 Assistente social (diariamente pela manhã);**
- 01 Atendente de Fisioterapia (diariamente);**
- 01 Atendente (por 12 h para dar a medicação);**
- 04 Atendentes (por 12 h para higiene e conforto);**
- 01 Atendente (por 08 h para higiene e conforto);**
- 01 auxiliar de enfermagem (por 8 h diárias).**

**A grande maioria dos funcionários reside nas proximidades da instituição, sendo que há dificuldades na contratação de funcionários com maior qualificação técnica, devido a baixa remuneração e pela localização em área distante do centro da cidade.**

**As funções de cada membro responsável pela assistência aos idosos, conforme a diretoria da SERTE, se encontra no anexo 08.**



Maio:

	0	0	0	0	8	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
	2	3	4	5	0	7	9	0	1	2	3	4	6	7	8	9	0	1	3	4	5	6	7	8	0	1	
	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	T	
0	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
3	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
4	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	

Junho:

	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
	1	2	3	4	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	9	0	1	2	3	4	6	7	8	9	0
	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S	T	Q	Q	S
0	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	R	R	R	R	R	R	R	R
1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	R	R	R	R	R	R	R	R
2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	R	R	R	R	R	R	R	R
3	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	R	R	R	R	R	R	R	R
4	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	R	R	R	R	R	R	R	R

Julho:

	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	1	2	4	5	6	7	8	9	1
	S	S	S	T	Q	Q	S	S	S
0	B	R	R	R	A	A	A	E	E
1	B	R	R	R	A	A	A	E	E
2	B	R	R	R	A	A	A	E	E
3	B	R	R	R	A	A	A	E	E
4	B	R	R	R	A	A	A	E	E

**Legenda:****01 - Adriana****02 - Dionice****03 - Isa****04 - Taise****C - Contexto Social****S - SERTE****E - Encontros do Grupo****L - Encontros com supervisora****A - Apresentação do projeto ou do relatório****B - Encontro com a Banca.**

## **6 - RESULTADOS:**

A seguir são apresentados os resultados, de forma descritiva, segundo cada objetivo proposto:

### **Objetivo 01 - Identificar a realidade vivenciada por idosos asilados.**

A interação se deu através de contatos diários durante a realização das atividades práticas junto aos idosos e funcionários. Considerou-se positiva, visto que houve boa receptividade dos funcionários e dos idosos, com relação a aplicação teórico-prática do projeto proposto.

A observação, enquanto processo de trabalho, deve estar associada à prática em todos os níveis de atenção. Portanto, durante todo o período de estágio, houve observações, tanto no que se refere ao ambiente, quanto no que tange à relações interpessoais entre os funcionários, entre funcionários e idosos e entre os idosos.

Constatou-se, a partir do cotidiano, que a relação entre os idosos e entre os funcionários é bastante variável, tendo os conflitos próprios do ser humano. Há idosos que se relacionam positivamente com os demais internos, assim como, com os funcionários. Entretanto, a grande maioria dos idosos se relacionavam com os outros de forma pouco interativa, e, muitas vezes, ocorrendo discussões que geravam ressentimentos, mágoas, e, tornando o ambiente triste. Percebeu-se também, que esses idosos, se mantinham isolados por algum tempo, após os conflitos.

O relacionamento dos idosos com os funcionários, e vice-versa, se processava de forma harmoniosa em geral, com raros e pequenos conflitos.

Observou-se que os idosos requeriam atenção individualizada, decorrente do estado de debilitação física, de "abandono" e de carência afetiva. Essas necessidades humanas eram reduzidas de acordo com a disponibilidade e limitações da equipe, visto que o número de funcionários é insuficiente para assistir o número de idosos institucionalizados.

No que se refere ao relacionamento interpessoal entre os funcionários, tanto a nível pessoal quanto a nível profissional, verificou-se não ser muito interativo; porém, há excessões, que permeiam essas relações, possibilitando uma assistência mais humanizada, que ameniza essas dificuldades.

A morte gera um sentimento normal de angústia, ansiedade, e mais especificamente, nos idosos, de medo. Isso se reflete nas necessidades psico-biológicas, psico-sociais e psico-espirituais. Assim, percebeu-se que o ambiente asilar tornava-se agitado a cada morte, gerando uma expectativa global: "o próximo serei eu?"

A equipe assistencial, em geral, mostrava-se transtornada, redobrando as atenções. Ainda evidenciava-se um sentimento de impotência e revolta com relação a assistência.

A realidade vivenciada por idosos asilados, não se limita somente a instituição em estudo. Sendo assim, realizou-se visita a outra instituição (Associação Irmão Joaquim), com o propósito de conhecer e comparar outra casa asilar.

A casa de repouso Irmão Joaquim diferere da instituição em estudo, no que se refere a entidade mantenedora, planta física, número de funcionários e profissionais de saúde, assistência aplicada, orientação religiosa e localização.

Mesmo com a presença destas pequenas diferenças, ficou evidente ainda mais, a realidade dos nossos asilos, onde as condições, apesar de suportáveis, estão longe de ser digna de seres que independente da idade, ainda podem ser úteis dentro de suas limitações.

O processo de enfermagem possibilita ao enfermeiro uma melhor aplicação prática dos conhecimentos teóricos, seguindo-se etapas pré-determinadas.

No presente estudo, seguiu-se o processo de enfermagem com base oriunda da Releitura das Necessidades Humanas Básicas de WILSON KRAEMER DE PAULA. Seguiu-se, ainda, na etapa prática do processo, as orientações de JOYCE TRAVELBEE(1979), iniciando, mantendo e terminando uma relação pessoa a pessoa.

O processo foi aplicado em vinte idosos selecionados, segundo os seguintes critérios:

- número limitado de cinco idosos para cada acadêmica;
- serem dependentes, semi-dependentes ou independentes;
- concordarem com a proposta de trabalho;
- terem necessidades humanas básicas afetadas que interferem no envelhecer saudável.

Foram seguidos os passos, para cada um dos vinte idosos selecionados segundo PAULA (1990), que são:

**1 - Histórico de Enfermagem:** foi elaborado com base na história pregressa e de saúde, coletadas nos prontuários do serviço social e de enfermagem, de entrevistas diárias com os idosos e questionamento com os funcionários. Os históricos de enfermagem foram escritos através de um roteiro pré-estabelecido (anexo 03).

**2 - Diagnóstico de Enfermagem:** foi redigido a partir do levantamento dos problemas de enfermagem presentes, passados e futuros, onde foram relacionados com a natureza das necessidades humanas básicas afetadas, a hipótese diagnóstica.

A hipótese diagnóstica é formulada conforme os princípios de auto-suficiência e auto-insuficiência interna e externa, e sua classificação em primária, secundária e terciária.

**3 - Plano de Cuidados:** o enfermeiro, enquanto agente capaz de realizar mudanças de estados, do domínio para a imagem, deve prescrever um plano assistencial individualizado onde cada problema de enfermagem com suas respectivas necessidades requer um necessário. As acadêmicas, dentro dessas orientações, fizeram um plano de cuidados para cada idoso selecionado, procurando utilizá-lo na prática.

**4 - Evolução de Enfermagem:** foi feita através da relação entre auto-suficiência e auto-insuficiência de cada problema de enfermagem encontrado nos vinte idosos selecionados.

**5 - Aplicação da Escala de Autonomia (GERONTE):** é um instrumento que visa avaliar a autonomia, portanto, a auto-suficiência segundo o referencial teórico adotado, através da observação do desempenho das atividades cotidianas de cada idoso nas áreas mental, corporal, sensorial, locomotora e social-dommésticas (anexo 01).

Foi aplicado em três etapas, com intervalo de aproximadamente 20 dias entre elas.

**6 - Prognóstico de Enfermagem:** através da evolução dos problemas de enfermagem, a mudança de auto-insuficiência para auto-suficiência e vice-versa deu subsídios para a elaboração do prognóstico de enfermagem. O prognóstico foi considerado bom quando houve mudança de auto-insuficiência para auto-suficiência, e ruim quando não houve mudança no seu estado de auto-insuficiência, ou mudou de auto-suficiência para auto-insuficiência.

Foram selecionados quatro idosos, que apresentavam a necessidade de gregária afetada. Uma das visitas foi realizada na íntegra, seguindo o guia para visitas domiciliares (anexo 02).

Através de conversa informal com os familiares, foi constatado que, apesar de haver condições sócio-econômicas para manter o idoso na residência, o convívio diário com o mesmo era conflituoso, pois os hábitos e costumes do idoso não iam ao encontro com os dos seus familiares. A família justificava os grandes intervalos entre as visitas ao asilo, devido a distância, falta de tempo e pouca disponibilidade financeira para o transporte. Refletiu-se, durante a visita, a cerca

dos problemas de saúde do idoso e sua aceitação. Ainda discutiu-se a possibilidade de maior interação entre a família e o idoso.

As demais visitas programadas não foram realizadas, pois, após o pré-contato telefônico com os familiares, houve a vinda dos mesmos à instituição; sendo que uma das idosas foi levada a passar o final de semana junto aos familiares. As acadêmicas não mantiveram um maior contato com esses familiares, em virtude da incompatibilidade de horários com relação a visita dos familiares ao asilo.

Os plantões noturnos não foram realizados na íntegra, visto que a diretoria considerou inviável a presença de acadêmicas no campo prático sem a presença da orientadora. Em reunião solicitada pelas acadêmicas, a orientadora se prontificou a realizar plantões noturnos até as 24 horas, e aos sábados no período vespertino, quando a mesma tivesse disponibilidade. Essa posição foi sendo modificada a medida em que houve maior integração interpessoal.

Foi realizado um plantão até às 23:15 horas, onde foram realizadas as técnicas inerentes a esse período, incluindo massagens, toque terapêutico, mudança de decúbito e diálogos para propiciar o sono e repouso.

Os idosos dependentes e semi-dependentes são encaminhados ao leito até às 20:00 horas. Os demais costumam deitar-se no mesmo horário, sendo que alguns permanecem nos corredores e outros na sala de recreação, assistindo televisão.

Somaram-se oito dias em finais de semana com a presença das académicas na instituição, alguns, com a ausência da orientadora. Os horários eram variáveis, sendo de quatro a doze horas no local.

Foi observado que há raras visitas de familiares aos idosos, sendo em sua maioria, de curta duração.

Aos sábados são dados passes espirituais, aos idosos, independente de sua religião, porém com seu consentimento. No final do período são convidados a participarem da doutrina espírita.

Com exceção dos alunos do curso de monitores de ação gerontológica do NETI, que frequentam a instituição às quintas feiras à tarde, a maioria dos voluntários é espírita e faz suas visitas ao local nos finais de semana.

Geralmente os voluntários conversam com idosos individualmente. Observou-se que um grupo de voluntárias auxilia a instituição no preparo de doces. Observou-se ainda, que os idosos recebem doces, independente do uso de crachá identificando-os com diabéticos.

Constatou-se a falta de profissionais com maior qualificação técnica à noite e em finais de semana. Isso ficou evidenciado quando em situações emergenciais.

### **Avaliação:**

Somente através da vivência diária e interação pessoal com os indivíduos é que se pode conhecer a sua realidade. Esse objetivo foi alcançado a partir dessa vivência, do resgate de histórias de vida e de saúde, utilizando o

processo de enfermagem na íntegra com vinte idosos selecionados. Foi de suma importância o contato com familiares para conhecer a real situação de relacionamentos e conflitos existentes, enfim, da realidade vivenciada pelos idosos asilados.

**Objetivo 02 - Aprofundar estudos a cerca da fundamentação da enfermagem enquanto ciência direcionada à prática da enfermagem geriátrica e gerontocultura.**

No decorrer do estágio, foi elaborado um estudo bibliográfico a cerca das transformações inerentes ao envelhecimento (anexo 09). E, com a vivência diária, algumas das patologias mais incidentes nessa faixa etária, despertaram maior necessidade de aprofundamento teórico. Repetiam-se algumas das patologias em diversos idosos, tais como: AVC, (anexo 10), depressão (anexo 11), e broncopatias (anexo 12). Uma das doenças pouco incidentes, porém que requer conhecimento acurado para melhor assistência, trata-se do parkinsonismo (anexo 13). Para as demais patologias encontradas nos idosos, o estudo teórico foi informal.

Como há grande diversidade em problemas de saúde, a terapêutica medicamentosa também é bastante variável. Assim, foram elaborados fichamentos específicos para os agentes farmacológicos de maior consumo dentro da instituição. Os fichamentos focavam a composição, indicações, contra-indicações, efeitos colaterais e cuidados de enfermagem; ficando na instituição para manuseio

e consulta quando necessário. Foi escrita uma relação desses medicamentos, que está em anexo 14.

Apesar de o asilo não tratar-se de um hospital, é também uma instituição de saúde, embora inserida em uma obra social, visto que há indivíduos com diversas necessidades humanas básicas afetadas, onde cuidados de enfermagem são efetuados diariamente.

Durante a prática assistencial, as técnicas de enfermagem mais desenvolvidas foram revistas, tais como: mecânica corporal, banho de leito, curativos e bandagens, cuidados com traqueostomia, preparo do corpo após a morte, administração de medicamentos, sondagem nasogástrica, reanimação cárdio-respiratória, toque terapêutico, massagens e oxigenoterapia.

#### **Avaliação:**

A prática do cuidado a idosos, na enfermagem geriátrica e gerontocultura, exige conhecimentos substanciais a cerca do processo pelo qual estão passando.

Os conhecimentos técnico-científicos estão diariamente sofrendo mudanças para subsidiar a qualidade de vida das pessoas. O enfermeiro, enquanto agente transformador, que busca suprir as Necessidades Humanas Básicas do indivíduo, deve consolidar seus conhecimentos continuamente.

O estudo possibilitou às acadêmicas, uma maior relação teórico-prática, ampliando subsídios de assistência à geriatria e gerontocultura, num cuidado mais humanístico e com maior segurança.

**Compete ao referencial teórico guiar e facilitar a prática profissional. A Releitura das Necessidades Humanas Básicas por PAULA (1990) e a Relação Pessoa a Pessoa de TRAVELBEE (1990), foram adotados. A primeira foi aprofundada junto ao seu autor, em reuniões de estudo. Assim, houve maior interação entre o referencial e o cuidado, visto ser sua primeira aplicação prática. O segundo, Relação Pessoa a Pessoa, estava inserido na Releitura das Necessidades Humanas Básicas e os seus conceitos básicos foram revistos e aplicados.**

**Objetivo 3 - Refletir sobre os valores primordiais para a manutenção de um envelhecimento saudável.**

A reflexão sobre a velhice e envelhecimento se fez através das atividades desenvolvidas no decorrer da execução do projeto. Essa troca se deu de maneira informal, junto a funcionários e idosos. Não foi alcançada a família, devido a própria problemática já citada, ou seja, da incompatibilidade de horários e ausência dos mesmos na instituição.

Esse tema, velhice, é abrangente e de difícil reflexão. O ser velho, na sociedade envolve uma série de valores pré-estabelecidos, que são determinados pelos indivíduos jovens, que não concebem o fato de a cada dia estarem envelhecendo.

**Essa questão se reflete dentro da instituição, onde depara-se com idosos envolvidos por preconceitos e com dificuldades de encarar a própria velhice, com limitações e angústias.**

**Ao refletir o tema, ocorreram mudanças profundas no pensar a velhice, não somente nas acadêmicas, mas de alguma forma nos funcionários e nos idosos. Isso envolve mudanças de valores, padrões, hábitos e costumes cultivados em toda uma vida.**

**Os filmes previamente selecionados a cerca do envelhecer não puderam ser expostos, visto que alguns idosos eram analfabetos, possuíam distúrbios auditivos e visuais, e os filmes eram legendados, o que dificultaria sua compreensão.**

**Esse objetivo ficou mais a cunho recreativo, uma vez que o filme exposto se tratava de uma comédia, que abordava a problemática da família, comportamentos, sentimentos e valores.**

**A dramatização foi a melhor forma de buscar no cotidiano dos idosos, o confronto de suas realidades, a possibilidade de mudanças.**

**O enfoque da dramatização surgiu a partir das necessidades humanas básicas mais incidentes.**

**Durante as cenas, as acadêmicas procuraram mostrar ao idoso, possibilidades de enfrentamentos para as questões levantadas. A repercussão se deu de forma positiva, uma vez que os mesmos se identificaram, participando e envolvendo-se durante a apresentação.**

Foram abordadas necessidades psico-sociais e psico-espirituais, tais como: gregária, auto-estima, estima, imagem, auto-imagem, liberdade, espaço, filosofia de vida, participação, criatividade, recreação, aceitação, aprendizagem e auto-realização.

O tema das palestras e discussões foram escolhidos a partir das necessidades e dificuldades encontradas entre os funcionários. Estas foram realizadas, muitas vezes, de maneira informal, no dia a dia, realizando técnicas de cuidados de enfermagem necessárias aos idosos e quando solicitadas, por alguns funcionários que questionavam frequentemente, assuntos diversos. No início, encontrou-se resistência por parte de funcionários, nas mudanças de hábitos necessários para uma melhor assistência. No entanto, no decorrer do estágio, adquiriu-se confiança e respeito, e, a partir daí, houve interação, o que proporcionou o início de um relacionamento interpessoal progressivo.

As palestras formais programadas, como mecânica corporal, banho de leito e higiene oral, escaras, princípios de assepsia médica, curativos, administração de medicamentos, cuidados com traqueostomia, sinais vitais, sinais de hipo e hiperglicemia, não puderam ser transmitidas dessa maneira, em horário e local específico, uma vez que havia dificuldade de conciliação com relação a horário e tempo.

Foi realizada uma palestra formal, com a presença de cinco funcionários, que adiantaram seus afazeres na instituição e foram auxiliados pelas acadêmicas em algumas atividades. Os demais não foram liberados para assistir à exposição. Apesar da interrupção para atendimentos de emergência, foi feita

envolvendo os funcionários presentes que participaram ativamente. Ao final das demonstrações, ao avaliar o aprendizado, os participantes levantaram a necessidade de maior interesse por parte da instituição em promover cursos que aperfeiçoassem os conhecimentos da equipe.

Os demais assuntos foram transmitidos de maneira informal, através de conversações e repasse de trabalhos escritos, fichamentos e cartazes explicativos.

No cotidiano dos idosos asilados, a ociosidade pode ser considerada responsável por agravamentos de distúrbios psico-sociais e biológicos, por não permitir ao indivíduo, realizar atividades saudáveis para a manutenção da vida, uma vez que a pessoa ociosa ocupa seu tempo revivendo conflitos passados e angústias presentes.

Ao retirar o idoso do ambiente asilar, mesmo que por curto período de tempo, esse tipo de conflito interno é amenizado.

Pela necessidade de afastar os idosos do ambiente asilar, e proporcionar momentos diferentes, surgiram as possibilidades da realização dos passeios de fundo recreativo e de reabilitação. Alguns idosos dependentes (que faziam uso de cadeira de rodas) e outros semi dependentes eram acompanhados aos fundos da instituição onde haviam árvores frutíferas. Mesmo com o longo tempo de admissão no asilo, muitos referiram não conhecer o local. Nesses encontros, percebeu-se maior interação dos idosos, sendo que assuntos diversos eram discutidos, onde cada um contava um pouco de sua história de vida aos

demais. Duas idosas que não se comunicavam por preconceitos raciais, iniciaram uma relação afetiva principiando uma amizade.

Constatando os resultados positivos de mudanças de ambiente, as acadêmicas levaram três internos dependentes, em suas cadeiras de rodas, a passear na praia próxima ao asilo. Além da exposição ao sol em horário adequado, os mesmos tiveram contato com areia e água do mar, ambiente esse, que uma das idosas não conhecia. A comunidade mostrou-se surpresa, com o fato de idosos asilados estarem sendo deslocados de cadeiras de rodas pelo ambiente externo do asilo a caminho da praia.

Os passeios de longa distância foram previamente organizados, pois necessitavam da remoção dos funcionários de suas atividades rotineiras, como também da preparação alimentícia e medicamentosa. A realização dos passeios ao Zoológico Capistrano e à Caldas da Imperatriz, foi possível com a colaboração da Academia de Polícia Civil (ACADEPOL), que cedeu o micro-ônibus para concretização desses. A visita ao Zoológico e à Caldas da Imperatriz constou de asilados dependentes, semi-dependentes e independentes, que foram acompanhados por funcionários, assistente social e acadêmicas.

Na realização destes, foi encontrado grande resistência por parte de alguns idosos, que não aceitaram a idéia de deslocar-se a outro ambiente externo ao asilo. Entretanto, os idosos que participaram destas atividades mostraram-se satisfeitos, eufóricos e ansiosos pela próxima oportunidade.

O contato com os animais, aves e natureza, possibilitou um resgate de recordações e imagens que estavam inseridos dentro de suas histórias de vida.

Isso fez com que ocorresse uma reavaliação do seu viver diário, visto que no ambiente asilar estes indivíduos estão envolvidos por um cotidiano ocioso, monótono, impossibilitando esse tipo de reflexão.

Os funcionários, de um modo geral, sentiram modificações comportamentais no nível de autonomia dos idosos, decorrentes dessas atividades.

### **Avaliação:**

O envelhecimento saudável, numa instituição asilar fica dificultado, pelas próprias condições de internação, onde, muitas vezes, o indivíduo é esquecido e rejeitado; porém, considerou-se alcançado tal objetivo, visto que houve, a medida do possível, uma participação efetiva dos idosos e funcionários, tanto nas atividades quanto na reflexão do tema.

**Objetivo 04: Planejar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem de acordo com o referencial adotado.**

O asilo, como um lar, que comporta indivíduos saudáveis, também o faz com pessoas com comprometimento de saúde, decorrentes da própria condição da natureza humana. Apesar de não portar-se como hospital, foram realizadas técnicas e procedimentos de enfermagem ainda não realizados durante o curso, pelas acadêmicas. Entre eles estão:

- aplicação de infra-vermelho;
- procedimentos de preparo do corpo enrigecido após a morte.

**Os realizados foram:**

- **banho de chuveiro em idosos com ou sem cadeira própria para banho;**
- **higiene oral;**
- **cuidados com traqueostomia;**
- **cutis e limpeza de unhas;**
- **curativos;**
- **punção venosa;**
- **aplicação de medicamentos;**
- **oxigêniooterapia;**
- **tapotagem;**
- **drenagem postural;**
- **mudança de decúbito;**
- **mecânica corporal;**
- **reanimação cardiopulmonar;**
- **tamponamento;**
- **higienização;**
- **sondagem nasogástrica;**
- **catéter de O<sub>2</sub>;**
- **fisioterapia respiratória;**
- **fisioterapia postural;**
- **massagem;**
- **aplicação de infra-vermelho;**
- **aplicação de calor e frio;**

- sinais vitais.

No idoso, a percepção sensorial reduzida, principalmente no que tange a visão e audição. A pele, como órgão do sentido (tato), em maior extensão no corpo humano, permite ao idoso um maior contato com o meio externo. O toque tende a suprir as necessidades psico-sociais em geral, assim como algumas psico-biológicas, principalmente quando se trata de massagens.

Durante a realização do estágio, as acadêmicas fizeram dessas técnicas, rotina de trabalho. Foi verificado que o toque permite um melhor relacionamento interpessoal, aproximando as pessoas e fazendo com que o idoso se sinta amado e estimado. Isso aumenta sua auto-estima, auto-imagem, aceitação, participação, comunicação, enfim, as necessidades psico-sociais e psico-espirituais

As massagens, estimulando a circulação aumentando as endorfinas e conseqüentemente diminuindo o estresse, propiciando o relaxamento e prevenindo escaras, deformidades e outras afecções, auxilia a mudança de um estado de auto-insuficiência para auto-suficiência, ou impede a progressão para auto-insuficiência.

O fato de envelhecer e deixar de fazer bem várias coisas, não significa que as alternativas se esgotaram, e sim que outras devem surgir. Necessidades como criatividade, recreação e lazer, participação, espaço, ambiente, liberdade e gregária, devem ser incentivados.

Visando estimular o atendimento dessas necessidades, foram realizadas quatro sessões de musicoterapia, onde os idosos participavam dançando, cantando, batendo palmas, ou simplesmente ouvindo. Os idosos que

faziam uso de cadeira de rodas compartilhavam da dança, movimentando o tronco, cabeça e membros superiores, quando possível.

A música traz ao ambiente harmonia, descontração e alegria. Quando ouvindo músicas antigas, os idosos recordavam momentos passados que consideravam importantes.

O horário programado para a musicoterapia, em todas as sessões foi extrapolado, visto que o envolvimento era intenso por parte dos idosos.

### **Avaliação:**

O processo de enfermagem subsidia o planejamento, implementação e avaliação da proposta de enfermagem.

As atividades eram planejadas, porém nem sempre implementadas em tempo programado em decorrência de imprevistos e solicitações diversas dos idosos e funcionários, considerados de maior importância para o momento.

A elaboração do processo de enfermagem foi realizada durante todo o período de estágio. Dentre as etapas, a formulação do diagnóstico de enfermagem foi a mais dificultosa.

A determinação da auto-suficiência e da auto-insuficiência interna e externa, segundo PAULA (1990), é de fácil aplicação com relação às necessidades psico-biológicas e psico-sociais. Encontrou-se dificuldades na interrelação entre os princípios de auto-suficiência e auto-insuficiência, principalmente em se tratando de necessidades psico-sociais, pois muitas se sobrepõem. Outra dificuldade

encontrada foi a classificação em auto-suficiência primária, secundária e terciária, visto que esta é sua primeira aplicação prática.

Foi constatado ser de fácil aplicabilidade prática, sendo que pode-se obter uma visão mais ampla das mudanças de estado.

Considerou-se, na prática, o modelo GERONTE, de fácil aplicabilidade, quando há conhecimento prévio do idoso. Porém, é necessário a elaboração de um guia específico para cada local em que vai ser utilizado. Em uma realidade asilar, onde há um grande número de idosos dependentes, sendo que as atividades locomotoras, as atividades sociais domésticas internas e sociais domésticas externas, dificilmente mudarão. Ainda, com relação aos idosos semi-dependentes e independentes, há possibilidade de mudanças -"para mais claro", porém, pequenas, assim, a observação das atividades da vida diária devem estar voltadas ao ambiente de vida desses indivíduos. Na grande maioria dos idosos, a escala tende a escurecer, apesar de todo o esforço despendido pela equipe para melhorar. Concluiu-se que para o presente trabalho, não foram observados resultados significativos, devido a não observação desses parâmetros, e pouco tempo de aplicação. Talvez, com uma aplicação a longo prazo os resultados pudessem ser mais substanciais. Deve-se considerar, entretanto, que intervalos maiores podem ter interferência de mudanças cronológicas, assim como da morte.

**Objetivo 5: Avaliar a proposta implementada:**

Conclui-se que a proposta humanizada de cuidado de enfermagem ao idoso asilado exige um compromisso emocional maduro do profissional, oferecendo e promovendo crescimento pessoal global, motivo pelo qual, recomenda-se a utilização dessa proposta em instituições similares.

A avaliação foi possível através da convivência diária, relatos formais e informais de idosos e equipe, e demais resultados do trabalho.

**Avaliação:**

Foi elaborado um instrumento para ser aplicado ao término do estágio. Este traz perguntas referentes à importância da presença de acadêmicas na instituição, se ocorreram mudanças comportamentais, se deixaram contribuições, novas sugestões para um próximo grupo, e comentários que queiram fazer (anexo 05).

A aplicação se deu na última semana de estágio, e foram respondidos por 16 funcionários da parte administrativa e assistencial.

Houve quase que unanimidade nas respostas, onde consideraram "ótimo" a presença das acadêmicas na SERTE, devido a dedicação, empenho, responsabilidade, carinho e atenção dispendida, tanto aos idosos, quanto aos funcionários. Referiram que os idosos, com a presença das acadêmicas, tornaram-se mais calmos, toleráveis, compreensivos, participantes e com melhor

entrosamento. Que as mesmas aprenderam muito com a instituição e que ensinaram muito, deixando segurança, novas técnicas e um bom relacionamento interpessoal, uma lição de dedicação ao trabalho e amor ao próximo. Sugeriram para um novo grupo de estagiárias de enfermagem, os mesmos requisitos e desempenho desse grupo, dedicação, boa vontade, meiguice, carinho, humildade e responsabilidade. Externaram que as acadêmicas iriam fazer falta à instituição em relação ao âmbito profissional e pessoal, e, principalmente, no que se refere aos idosos, uma vez que os mesmos mantinham um profundo envolvimento afetivo e efetivo com as mesmas.

## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nós, enquanto acadêmicas idealizamos um mundo sem injustiças, sem preconceitos. Talvez seja pelo fato de estarmos iniciando nossa vida profissional e nos acharmos auto-suficientes o bastante para mudar toda uma realidade. Entretanto, constatamos ser a velhice, um processo complexo, aparentemente cruel, porque retrata, muitas vezes, uma realidade cruel.

A atitude da sociedade para com o velho é de puro descaso, uma vez que nesse sistema capitalista o indivíduo, quando velho, passa a ser improdutivo, não constituindo qualquer força econômica, deixando de ser um cidadão perante a sociedade e sem direitos e deveres, já que não é visto mais holisticamente como ser humano, mas sim como as sobras do mesmo, desencadeando abandono, preconceitos, misérias, e principalmente, desigualdades sociais.

Em uma instituição asilar, as condições de abandono se ampliam de forma abrupta, se o velho fora de uma instituição já não possui liberdade de expressão, no asilo perde totalmente sua identidade, ficando a mercê dos designios da sociedade.

A rejeição pela família, o esquecimento pela sociedade, conectados pelas terríveis mudanças causadas pelos anos, metamorfoseiam o ser, fazem com

que o mesmo não tenha nenhuma expectativa e visão de futuro, tornando o presente inviável e complexo para ser vivido.

Apesar do infimo tempo dispensado à concretização dessa proposta, dentro de nossas limitações, buscamos estar inseridos no cotidiano do idoso asilar, na expectativa de junto a ele podermos presenciar fatos e deparar com situações que dessem subsídios para criar parâmetros que nos confrontassem com seu viver.

A família, mesmo tendo um papel importante no equilíbrio e manutenção do envelhecimento saudável, não foi abordada de forma interativa, uma vez que percebeu-se a necessidade de direcionar o cuidado ao idoso no interior da instituição, visto que haviam prioridades diárias que exigiam muita atenção. O nome da proposta foi alterado de Uma proposta Humanizada de Cuidado de Enfermagem ao Idoso Asilado e seus Familiares para Uma Proposta Humanizada de Cuidado de Enfermagem ao Idoso Asilado, devido aos fatores já mencionados e a complexidade de se trabalhar a temática em curto período de tempo.

O nosso dever, enquanto estudante e ser transformador da realidade (mesmo que impossível) é identificar as situações e elaborar respostas que possam ser modificadas. Assim o foi nos bancos da Universidade, em nossas prescrições nos prontuários e em nossas orientações aos doentes. Agora, quase enfermeiras, temos a noção de que essa grandiosa profissão não limita-se a um hospital ou posto de saúde. Aqui, não há uma prescrição de enfermagem estabelecida, e sim um comprometimento com a vida, com a existência...

**O sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera, não sabemos quem somos, se ignorarmos quem seremos: "aquele velho, aquela velha", reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade, nossa própria condição humana.**

## ANEXO 01

### **GUIA INSTRUCIONAL PARA O USO DO MODELO GERONTE NA AVALIAÇÃO DA AUTONOMIA (AUTO SUFICIÊNCIA) DOS IDOSOS:**

**O Modelo GERONTE, desenvolvido na Faculdade de Medicina de Lyon, avalia a autonomia observando o desempenho das atividades da vida diária no idoso, classificando-as em seis setores:**

- a) mental;**
- b) sensorial;**
- c) corporal;**
- d) locomotora;**
- e) social doméstica interna;**
- f) social doméstica externa.**

**O boneco GERONTE está subdividido em 27 compartimentos. Para se proceder a anotação dos níveis de desempenho nas atividades, sombrear os compartimentos correspondentes aos itens de atividade em cinza, correspondendo ao desempenho com dificuldade ou com auxílio de outrem (e, portanto, uma perda parcial da auto-suficiência), e em preto correspondendo à perda quase total da**

autonomia, no desempenho da atividade. Os compartimentos onde as atividades são consideradas normais, estarão coloridas de azul.

**a) O setor das atividades mentais subdivide-se em três itens:**

1 - *Coerência*: avalia-se após uma conversação coloquial, onde deve ser verificada a lógica na colocação das idéias.

2 - *Orientação no tempo e no espaço*: é também observado na conversação com perguntas dirigidas com relação ao dia, mês, ano, dia da semana e o local onde se encontra, o que permitirá captar o nível de perda ou não da orientação temporal e espacial.

3 - *Integração Social*: este item pode melhor ser captado observando o comportamento do idoso (no caso de asilado) , o tipo de relacionamento entre os companheiros de enfermaria/quarto e pessoal da instituição.

**b) Atividades Sensoriais: (3 itens)**

4 - *Visão*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta no seu viver diário.

5 - *Audição*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o seu viver diário.

6 - *Tato e paladar*: perguntar quanto à percepção tátil e do paladar, para avaliar o nível de perdas.

**c) Atividades Corporias (9 itens):**

**7 - Higienização das partes altas:** durante o banho, observar o quanto o idoso é autônomo nesta atividade.

**8 - Higienização das partes mais baixas:** durante o banho, observar o quanto o idoso é autônomo nesta atividade.

**9 - Vestir e arrumar-se na parte mais alta:** observar durante o banho e toailete matinal e noturno, quanto o idoso é autônomo nas atividades. Por exemplo: de vestir camiseta, abotoar, amarrar cordão, pentear-se, escovar dentes, lavar dentadura, bochechar; barbear no caso do homem e maquiar-se , no caso das mulheres, etc.

**10 - Vestir e arrumar-se na parte média:** idem às observações do item 9. Exemplos: fechar e abrir zíper, vestir calças, meia calça, etc.

**11 - Vestir e arrumar na parte mais baixa:** idem às observações do item 9, com exemplos de calçar meias, sapato, sandálias, chinelos, amarrar cordão de sapatos, fivelar sandálias, etc.

**12 - Alimentar-se (servir-se das refeições) sem recursos auxiliares:** observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se.

**13 - Alimentar-se com recursos auxiliares (sonda gástrica, utensílios especiais):** observar e perguntar ao idoso sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se com os recursos auxiliares.

**14 - Controle Urinário:** observar e perguntar se há problemas. Se sofre de incontinência urinária, qual e o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.

**15 - Controle Intestinal:** observar e perguntar se há problema, seja incontinência ou constipação. Em caso positivo, verificar o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.

**d) Atividades Locomotoras (4 itens):**

**16 - Subir (escadas, rampas, morros):** observar e perguntar ao idoso, o nível de dificuldades no desempenho deste ato.

**17 - Deslocamento por meio de recursos auxiliares (bengala, muleta, andador, cadeira de rodas):** observar e perguntar o nível de dificuldades na locomoção com meios auxiliares.

**18 - Deslocamento interno (entre um cômodo e outro da moradia/asilo de cama para cadeira e mesa; e vice-versa):** perguntar e observar as dificuldades ou não no desempenho desta atividade.

**19 - Deslocamento externo (fora da moradia/asilo):** perguntar sobre as dificuldades no uso do ônibus, carro, ou como pedestre, na rua (para visitas, consultas, compras e outras necessidades).

**e) Atividades Sociais Domésticas Internas (4 itens):**

**20 - Cozinhar e/ou lavar roupinhas:** observar e perguntar das dificuldades quanto a estas atividades.

**21 - Trabalhos domésticos/manuais:** Idem às observações do item 20.

**22 - Lidar com utensílios comuns (vassouras, rodo, pano de pó, etc.):** idem às observações do item 20.

**23 - Comunicação:** observar e perguntar se há problemas nesta área e quanto dificulta no seu viver diário.

**24 - Uso de Transportes:** perguntar se usa e se tem alguma dificuldade.

**f) Atividades Sociais Domésticas Externas:**

**25 - Compras:** perguntar se atualmente sai para fazer suas compras. Se não, por quê? Se sim, com que dificuldades?

**26 - Visitas:** perguntar se ainda sai de casa/asilo, para fazer visitas. Que dificuldades tem para fazer visitas.

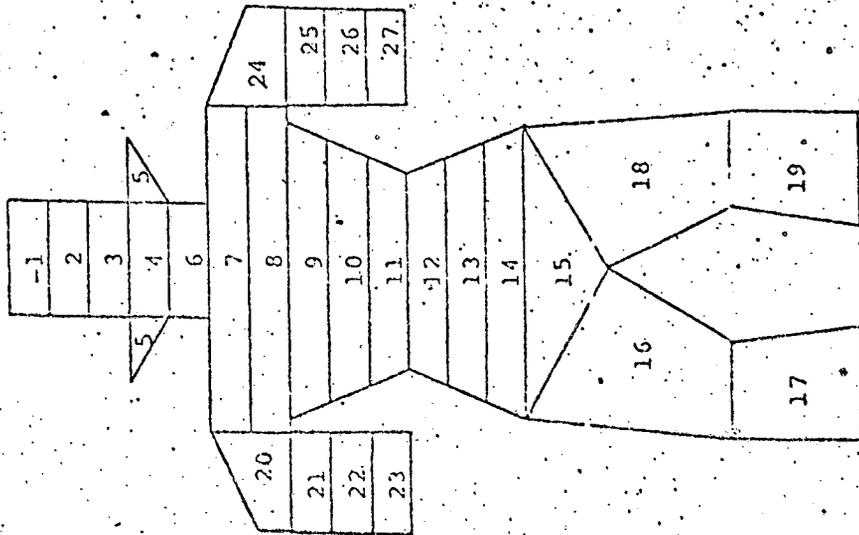
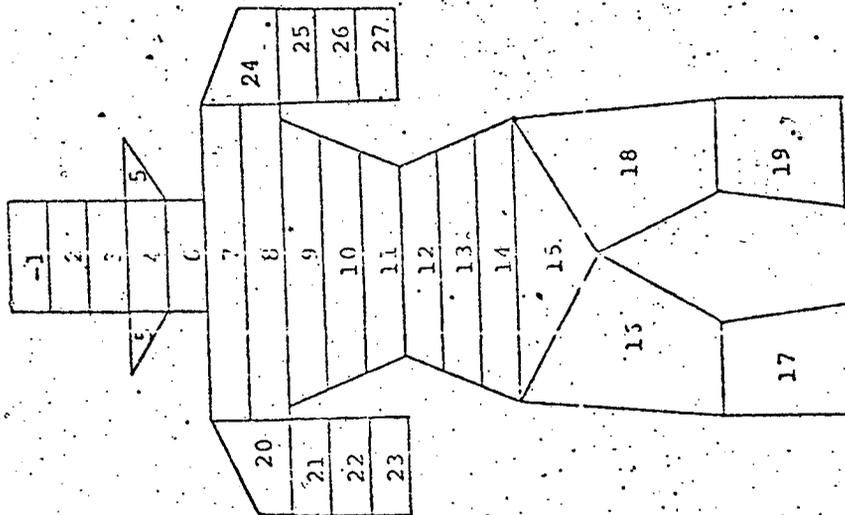
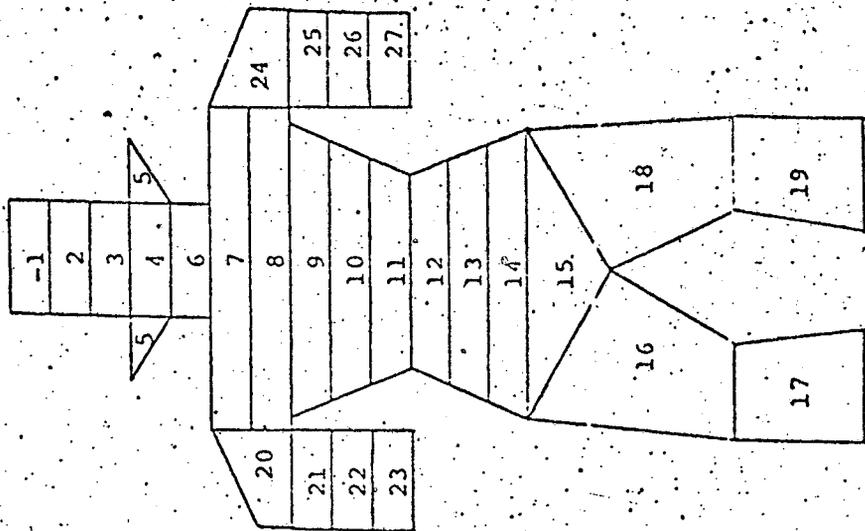
**27 - Invalidez Aparente:** observar pelo comportamento do idoso, e pela sua resposta à pergunta se, se sente útil, válido ou o que se vê tendo controle de si.

**Geronte model:** traduzido e adaptado por Lúcia Takase Gonçalves, 1994.

Modelo de Autonomia = (Auto-Suficiência)  
"GERONTE"

Idade: ---

Nome do Idoso: ---



Em

Acadêmica: ---

Em

Acadêmica: ---

Em

Acadêmica: ---

## **ANEXO 02**

### **GUIA PARA VISITA DOMICILIAR**

- 1 - Observar as condições de vida da família no que diz respeito à saúde física, mental e social.**
- 2 - Não ter atitudes julgadoras.**
- 3 - Coletar informações sobre o idoso, de como era sua vida em família e sociedade.**
- 4 - Refletir e estimular a interação entre família e idoso.**
- 5 - Prestar cuidados de enfermagem, aconselhamentos informações e fazer encaminhamentos quando necessário.**

## ANEXO 03

### ROTEIRO DE HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

#### **I - IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO:**

- Nome completo ou sem nome (iniciais)
- Idade
- Religião
- Procedência
- Data e hora da chegada no asilo
- Nível de consciência e/ou condição de comunicação verbal

#### **II - PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVA (HISTÓRIA DE VIDA)**

- Queixas, medos, preocupações, hábitos, vícios, etc.
- Conhecimentos sobre os problemas atuais (doença)
- Experiência anterior com instituições similares
- Abertura para o idoso fazer perguntas
- Visita de familiares

#### **III - PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS - NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS:**

##### **01 - Oxigenação**

- respiração
- tosse
- expectoração
- oxigenoterapia

##### **02 - Hidratação**

- volume
- frequência
- preferências
- hábitos relacionados a ingesta

##### **03 - Alimentação**

- apetite
- intolerância (alergias)
- mastigação
- hábitos alimentares
- dependência na alimentação
- deglutição e digestão
- tipo de alimentos ingeridos

**04 - Eliminações**

- intestinal
- urinária
- menstrual
- drenagens
- vômitos

**05 - Sono e repouso**

- características
- hábitos relacionados
- problemas que dificultam
- outros problemas relacionados

**06 - Atividades físicas**

- exercícios e atividades físicas praticadas (fisioterapia)
- mecânica corporal (postura, atividade motora)
- locomoção (marcha, musculatura, outros problemas relacionados com a locomoção)
- motilidade (total de vários segmentos do corpo, parcial, mínima ou incapacidade de movimentar qualquer segmento)

**07 - Integridade cutâneo-mucosa**

- pele
- couro cabeludo
- olhos e pálpebras
- ouvidos
- boca
- nariz
- língua
- dentes
- garganta
- ânus
- órgãos genitais
- abdome

**09 - Cuidado corporal**

- necessidade higiênica (se precisa auxílio no banho, toailete e higiene íntima)

**10 - Regulações****Térmica**

- alterações
- fatores que interferem na regulação
- outros problemas relacionados

**Hormonal**

- alterações
- problemas terapêuticos relacionados
- outros problemas relacionados

**Neurológica**

- níveis de consciência
- convulsões
- crises conversivas
- vertigens

**Hidro-eletrolítica**

- sede
- outras manifestações de perda de líquidos
- retenção de líquidos

**Vascular**

- pulso
- pressão arterial

**Crescimento celular**

- problemas gerais

**11 - Percepção dos órgãos dos sentidos**

- visual
- auditiva
- olfativa
- tátil
- gustativa
- dolorosa

**12 - Terapêutica**

- condições dos músculos para terapia IM
- condições da rede venosa para terapia EV
- necessidade de terapêutica (especificar prescrição médica e de enfermagem atuais)

**13 - Sexualidade**

- problemas relacionados com os órgãos genitais
- problemas relacionados com a vida sexual

**14 - Segurança física**

- necessidade de prevenção de quedas
- necessidade de isolamento
- necessidade de prevenção de fugas

**15 - Meio ambiente**

- necessidade de medidas específicas relacionadas ao ambiente do asilo

## **NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS E ESPIRITUAIS**

**16 - Segurança emocional**

**17 - Amor, afeto, atenção**

**18 - Auto-imagem, aceitação, auto-estima**

**19 - Auto-realização**

**20 - Liberdade, participação**

**21 - Comunicação**

**22 - Criatividade**

**23 - Gregária**

**24 - Recreação**

**25 - Espaço**

**26 - Educação para a saúde - aprendizagem**

**27 - Religiosa, ética.**

**Roteiro de Histórico de Enfermagem de Wanda de Aguiar Horta, 1979, utilizado no curso de Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (1994).**

## **ANEXO 04**

### **CRITÉRIOS PARA VISITA DOMICILIAR:**

- 1 - Ser idoso assistido pelas acadêmicas no processo de enfermagem.**
- 2 - Consentimento do idoso para a visita.**
- 3 - Permissão da família através de contato prévio.**
- 4 - Família residir em Florianópolis ou arredores.**
- 5 - Realização da visita domiciliar por duplas de acadêmicas.**

## ANEXO 05

## QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO:

Data:.....

## SERTE

Nome:.....

Função:.....

1 - O que achou da presença das acadêmicas na SERTE?

 Ótimo Bom Regular Ruim

Por quê?.....

2 - Percebeu alguma mudança comportamental nos idosos com a presença das acadêmicas?

 Sim. Qual(is)?..... Não. Justifique.....

3 - Considera importante a presença de acadêmicos na instituição?

 Sim Não

Por quê?.....

4 - Para você, a presença das acadêmicas deixou alguma contribuição?

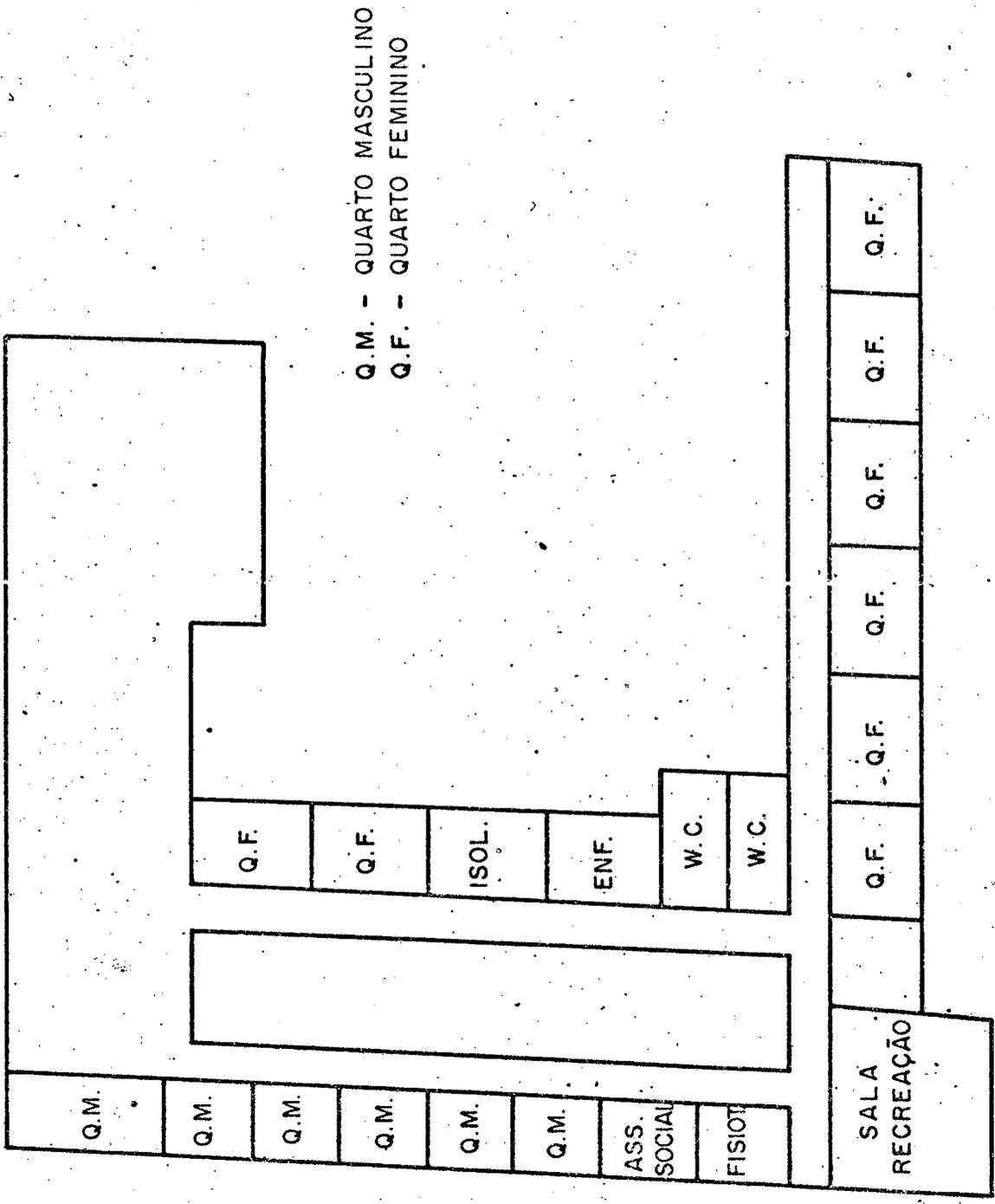
 Sim Não

Qual (is)?.....

5 - Que sugestões você daria a um novo grupo de estagiárias de enfermagem?

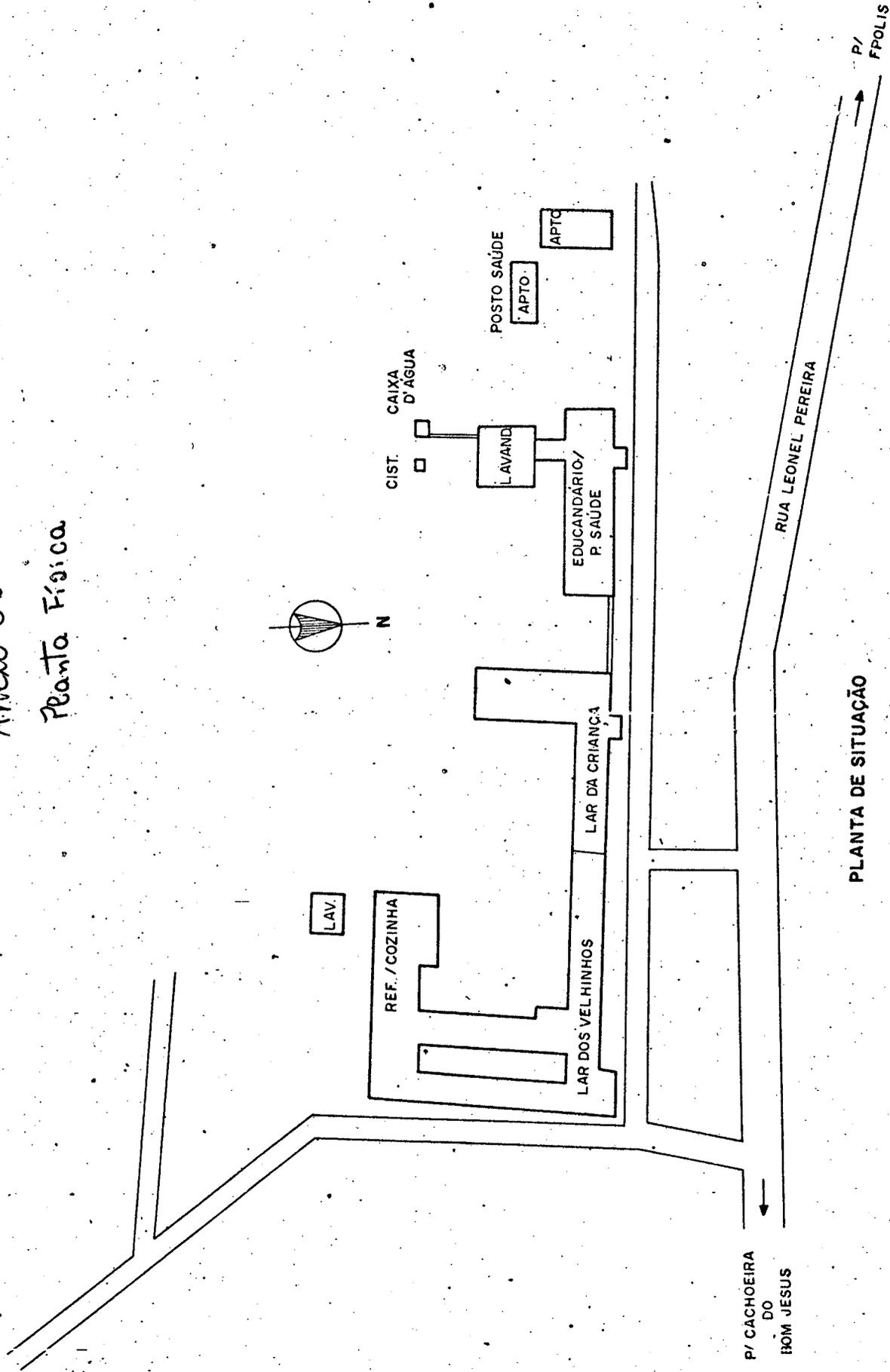
.....

Anexo U6  
Planta Física

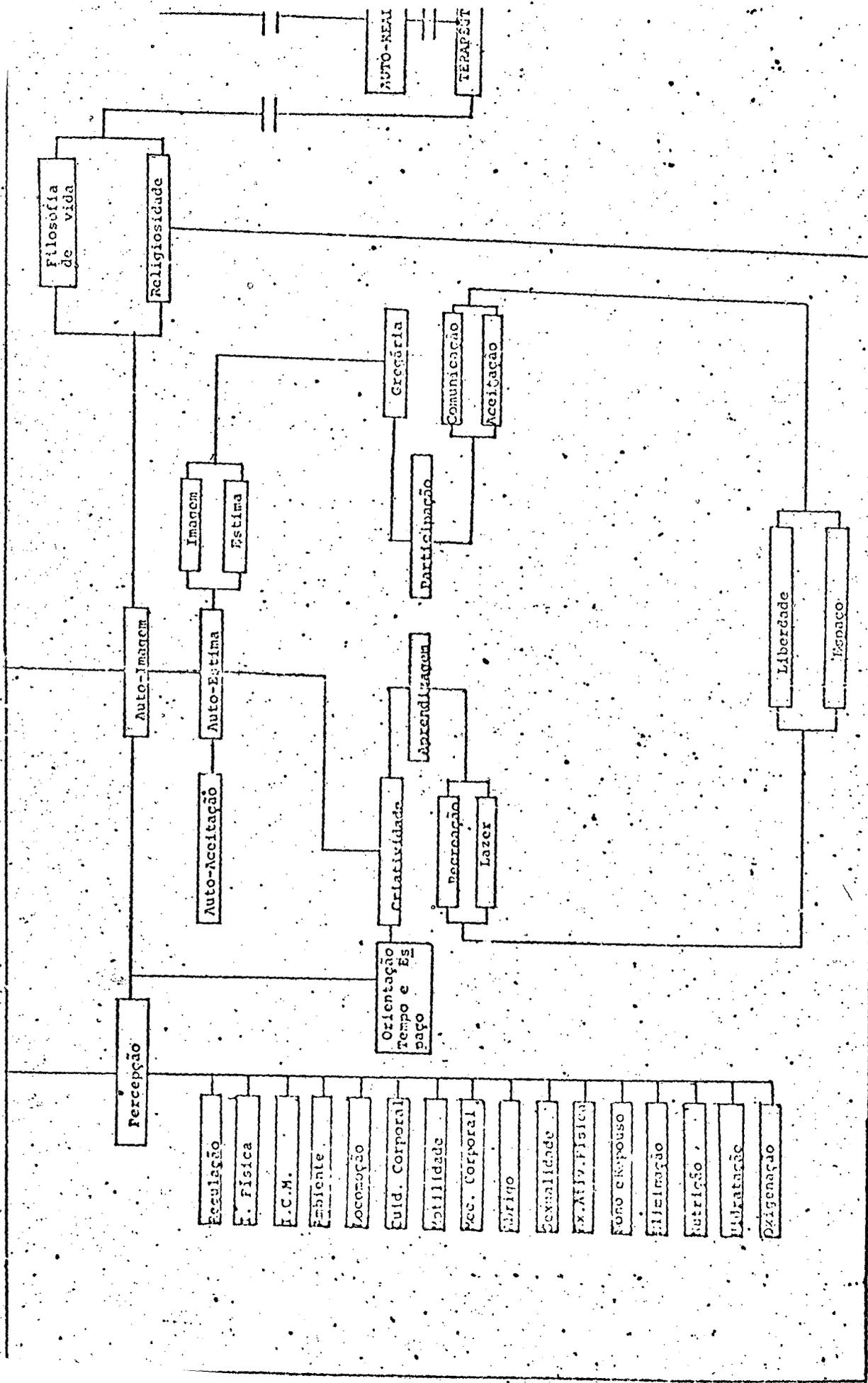


Anexo 06

Planta Física



PLANTA DE SITUAÇÃO



QUADRO RESUMO: DEMONSTRAÇÃO DAS INTER-RELAÇÕES DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS, PSICOSSOCIAIS E PSICOESPIRITUAIS segundo Paula *citada por Jéssete*

## Funções da Equipe

ATRIBUIÇÕES : ATENDENTES DE HIGIENE E CONFORTO

## 1 - O IDOSO:

Observar as condições de higiene do idoso. Mantê-lo sempre limpo.

A - Providenciar com antecedência: sabonete, *shampoo*, talco, lubrificante, cremes para a pele, pomadas, roupa do idoso, roupa de cama, toalhas.

B - Dar banho de leito (no idoso acamado ou dependente) detectando e massageando áreas hiperemiadas, principalmente costas e região glútea, dando ênfase às proeminências ósseas, com talco ou lubrificante (colocar após tintura de benfoius e proteger a área com algodão).

C - Supervisionar e auxiliar no banho de chuveiro, o idoso independente, ajudando-o a se vestir.

\* comunicar à supervisora qualquer alteração observada na pele.

D - Fazer higiene íntima no idoso dependente e orientar o idoso independente, observando as condições da região durante o banho e sempre que necessário.

\* comunicar à supervisora a presença de secreções, lesões e aspecto da região.

- E - Fazer higiene do couro cabeludo, mantendo-o sempre limpo. Passar pente fino toda segunda e quinta-feira.
- \* comunicar à supervisora a presença de ácaro (pio-lho) e/ou outras alterações no couro cabeludo.
- F - Fazer higiene oral após o banho (pela manhã) e após as refeições, removendo restos alimentares e placas.
- G - Supervisionar e auxiliar na escovação de dentes e cuidados com próteses dos idosos independentes.
- \* comunicar à supervisora a presença de placas na língua.
- H - Cortar e/ou lixar as unhas dos pés e das mãos dos idosos.
- I - Estimular e auxiliar na deambulação, observando alterações na marcha, movimentos dos membros inferiores e superiores e deficiências, obedecendo às restrições feitas pelo médico e/ou enfermeira.
- \* comunicar à supervisora as alterações detectadas.
- J - Fazer mudança de decúbito de 2/2 horas no idoso acamado (obedecendo horário prescrito pela enfermeira).
- L - Estimular, encaminhar e auxiliar o idoso ao refeitório e permanecer com ele, observando a aceitação

da alimentação.

\* comunicar à supervisora a não aceitação ou preferências.

M - Estimular a ingestão de líquidos, oferecer líquidos obedecendo as restrições e prescrições do médico e/ou enfermeira.

N - Retirar do leito o idoso dependente, 2X por dia:

- pela manhã, após o banho, colocando-o no leito após o almoço;
- à tarde, após 2 horas de repouso no leito, colocando-o de volta após a janta.

O - Orientar o uso de papagaio e comadre aos idosos que necessitem e orientar e estimular o uso do WC aos demais.

P - Sempre que o idoso tiver consulta ou exames, encaminhar e auxiliar no banho, higiene, roupas limpas (as de passeio).

Q - Observar:

- mudanças, funcionamento vesical e intestinal;
- sudorese, vômitos, sangramento;
- mudanças no comportamento;
- mudança na alimentação;
- queixas de dor.

\* comunicar imediatamente à enfermeira e/ou técnico

de enfermagem.

R - Evitar sempre as quedas do idoso.

S - Proporcionar lazer ao idoso.

2 - A UNIDADE DO IDOSO:

Cama, mesa de cabeceira, guarda-roupas e objetos de uso pessoal.

A - Observar a limpeza e organização do quarto. Manter sempre limpos e organizados a cama, mesa de cabeceira e guarda-roupas. Fazer inspeção rotineira.

B - Orientar o idoso independente sobre a limpeza e arrumação da cama.

C - Trocar roupa de cama 1X por semana e sempre que necessário.

D - Trocar toalhas todos os dias e sempre que necessário.

E - Colocar roupas sujas no hamper, dando-lhes o destino adequado.

F - Manter o guarda-roupas em ordem e/ou orientar o idoso independente a fazê-lo.

- G - Manter a mesa de cabeceira limpa e organizada e/ou orientar o idoso independente a fazê-lo.
- H - Manter limpos jarros e copos dos idosos e trocar a água 2X por dia e/ou orientar o idoso a fazê-lo.
- I - Fazer desinfecção terminal, como rotina, das camas, colchões e quarto, 1X por mês, e, sempre que necessário, quando solicitado pela enfermeira, será feita a desinfecção concorrente.
- J - Comadres e papagaios:
  - \* produtos desinfetante.

**ATRIBUIÇÕES : SUPERVISORA DE HIGIENE E CONFORTO**

- A - Observar as condições de higiene do idoso.
- B - Providenciar todo o material necessário para a higiene dos idosos: sabonete, *shampoo*, talco, lubrificante, cremes, pomadas, roupas, creme dental, escovas de dente, pente, tesouras, lixas de unha, pacote para H.O.
- C - Supervisionar o banho, higiene íntima, couro cabeludo e oral.
- D - Manter em condições de uso as roupas dos idosos.

- E - Supervisionar deambulação, mudanças de decúbito e massagem de conforto no idoso, obedecendo a orientação do médico e/ou enfermeira.
- F - Observar e supervisionar a organização e limpeza de cama, guarda-roupa, mesa de cabeceira, quarta e objetos de uso pessoal (comadre, papagaio) do idoso.
- G - Promover a retirada do idoso do leito, conforme estabelecido em rotina e obedecendo a orientação do médico e/ou enfermeira.
- H - Observar e supervisionar o encaminhamento do idoso ao refeitório e a oferta e ingestão de líquidos, obedecendo restrições do médico e/ou enfermeira, com relação à dieta.
- I - Fornecer objetos de uso pessoal para os idosos.
- J - Supervisionar as condições da unidade do idoso: lâmpadas, camas quebradas, colchões, guarda-roupa, mesa de cabeceira, forração de colchões, chuveiros, torneiras, pias, WC, janelas, portas, etc, encaminhar à manutenção.
- L - Comunicar imediatamente à enfermeira e/ou técnico de enfermagem qualquer alteração súbita no idoso.

M - Fazer relatório diário, escrito sobre condições de pele, couro cabeludo, eliminações, alimentação, queixas, alterações de comportamento e/ou mancha no idoso e entregar o relatório para Ivone ou Zilda.

N - Participar da passagem de plantão.

ATRIBUIÇÕES : ATENDENTE DE ENFERMAGEM

A - Manter a ordem e limpeza no P.E.

B - Administrar medicação prescrita.

C - Auxiliar a técnica de enfermagem e/ou enfermeira em procedimentos complexos: emergência, sondagem.

D - Fazer curativos simples e retirar pontos.

E - Prestar cuidados preventivos a idosos propensos a escaras.

F - Confeccionar pacotes de curativos, H.O., pequenas cirurgias, drenagem de abscessos, extrações de unha.

G - Colocar máscaras de nebulização e intermediários em solução; lavar e enxugar e guardar conforme rotina.

H - Prestar assistência integral ao idoso internado na enfermaria.

- I - Troca de toalhas do P.E. e encaminhamento à lavanderia.
- J - Registrar ocorrências no livro.
- L - Retirar o lixo do P.E.
- M - Comunicar à técnica de enfermagem e/ou enfermeira qualquer alteração súbita ou mudança de hábito e comportamento do idoso.
- N - Comunicar à enfermeira danos ou falta no material permanente.
- O - Participar da passagem de plantão.

ATRIBUIÇÕES : TECNICA DE ENFERMAGEM

- A - Supervisionar e manter a organização e limpeza do P.E.
- B - Revisar o material permanente do P.E.
- C - Revisar o carro de curativo diariamente.
- D - Revisar o armário de medicamento.
- E - Revisar material para reanimação (parada cardíaca)

respiratória).

F - Auxiliar na administração de medicação prescrita, quando necessário.

G - Auxiliar a enfermeira e/ou médico em procedimentos complexos.

H - Fazer curativos simples e complexos e retirar pontos.

I - Fazer indicação dos idosos que necessitam de consulta médica para a enfermeira.

J - Acompanhar o médico na visita ao internado.

L - Acompanhar o idoso na consulta na SERTE.

M - Prestar cuidados preventivos a idosos propensos a escaras, orientando e supervisionando mudanças de decúbito e massagens de conforto.

N - Prestar assistência integral ao idoso internado na enfermaria.

O - Verificar SV e glicemias conforme rotina e/ou prescrição médica ou da enfermeira.

P - Em caso de emergência:

- puncionar a veia e mantê-la;
- aspirar oro-faringe e traqueia;
- administrar oxigênio;
- fazer massagem cardíaca;
- acompanhar o idoso na remoção para o hospital.

Q - Fazer sondagem vesical e vasogástrica.

R - Registrar ocorrências no livro.

S - Fazer relatório diário sobre todos os idosos e entregar para a enfermeira.

T - Relatar a falta de material e/ou medicamento para a enfermeira.

U - Participar da passagem de plantão.

\* substituir as enfermeiras na falta destas.

ATRIBUIÇÕES : PLANTÃO NOTURNO

A - Manter a ordem e limpeza do P.E.

B - Administrar medicação prescrita.

C - Prestar cuidados preventivos aos idosos propensos a escaras.

D - Promover a higiene corporal e trocar a roupa do

idoso e a roupa de cama quando necessário.

E - Prestar assistência integral ao idoso internado na enfermaria.

F - Limpeza e organização do armário:

- gavetas;
- prontuários;
- guarda de material permanente e equipamentos.

G - Preparo do idoso para consulta e/ou exames a serem feitos até as 8 horas da manhã.

H - Registrar ocorrências no livro.

I - Registrar (colocar aviso no mural) dano ou falta de material e/ou equipamento.

J - Proceder desinfecção de máscaras de nebulização e intermediários usados à noite.

L - Verificar SV e glicemias conforme rotina e/ou prescrição médica ou da enfermeira.

M - Participar da passagem de plantão.

N - Registrar ocorrências no livro.

ATRIBUIÇÕES : ENFERMEIRA

- ROSANI

Geral:

A - Planejar, coordenar e supervisionar:

- todas as atividades de saúde, higiene, conforto e alimentação do idoso;
- todas as atividades e atribuições dos funcionários de enfermagem;
- rotinas de serviço da enfermagem.

B - Supervisionar as instalações físicas da unidade do idoso.

C - Zelar por todo o material e equipamento da áreas sob sua coordenação e mantê-los em condições de uso.

D - Promover treinamento e orientar o pessoal sob sua coordenação.

E - Comunicar a direção.

Específicos:

F - Coordenar a atendimento ambulatorial.

G - Orientar e solicitar ao serviço de nutrição sobre dietas e/ou alimentação especial.

H - Fazer visitas diárias ao idoso acamado.

I - Avaliar o idoso quando solicitado pelo pessoal de enfermagem.

J - Fazer consulta de enfermagem a todos os idosos 1X por mês.

L - Realizar procedimentos complexos.

M - Atender casos de emergência.

N - Manter completos e atualizados os prontuários.

O - Fazer visitas domiciliares com assistente social.

P - Marcar consultas externas com especialistas.

Q - Listar material e medicamentos.

R - Controlar e manter estoque de medicamentos e material de consumo e permanente.

S - Controle de medicamentos psicotrópicos.

T - Solicitar avaliações médicas e fisioterapia.

U - Registrar ocorrências no livro.

RESPONSÁVEIS PELA CASA (Lc, Lu, Ed) em fins de se-  
mana:

\* período noturno e/ou ausência da direção:

- enfermagem;

- ~~o~~

c/ o Plantão da Direção.

\* Obs.: ~~\_\_\_\_\_~~

Funcionários dos quais não estiverem trabalhando só virão na Casa, em caso de necessidade, urgência ou autorização da enfermeira OU Direção.

Por mais graves te pareçam as faltas do próximo, não te detenhas na reprovação.

Condenar é cristalizar as trevas, opondo barreiras ao serviço da luz.

Procura nas vítimas da maldade algum bem com que possas soerguê-las, assim como a vida opera o milagre do reverdecimento nas árvores aparentemente mortas.

Antes de tudo, lembra quão difícil é julgar as decisões de criaturas em experiências que divergem da nossa!

Como refletir, apropriando-nos da consciência alheia, e como sentir a realidade, usando um coração que não nos pertence?

Se o mundo, hoje, grita alarmado, em derredor de

teus passos, faze silêncio e espera...

A observação justa é impraticável quando a neblina nos cerca.

Amanhã, quando o equilíbrio for restaurado, conseguirás suficiente clareza para que a sombra te não altere o entendimento.

Além disso, nos problemas de crítica, não te suponhas isento dela.

Através da nociva complacência para contigo mesmo, não percebes quantas vezes te mostras menos simpático aos semelhantes!

Se há quem nos ame as qualidades louváveis, há quem nos destaque as cicatrizes e os defeitos.

Se há quem ajude, exaltando-nos o porvir luminoso, há quem nos perturbe, constrangendo-nos à revisão do passado escuro.

Usa, pois, a bondade, e desculpa incessantemente.

Ensina-nos a Boa Nova que o Amor cobre a multidão dos pecados.

Quem perdoa, esquecendo o mal e aviando o bem, recebe do Pai Celestial, na simpatia e na cooperação do próximo, o alvará da libertação de si mesmo, habilitando-se a sublimes renovações.

## ANEXO 09

### ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE O ENVELHECIMENTO:

Assim como o nascimento é imprescindível para a renovação da vida, o dia a dia traz consigo a difícil tarefa do envelhecimento.

Nos últimos tempos, a população idosa cresce mais rapidamente do que os demais grupos, o que leva a necessidade de se preocupar com a qualidade de vida do idoso.

O envelhecimento não consiste apenas na diminuição das funções vitais do indivíduo. Assim, não somente necessidades biológicas são afetadas, mas muitos indivíduos têm necessidades psico-espirituais e psico-sociais amplamente atingidas.

#### Aspectos psico-sociais do envelhecimento:

Segundo Erikson Havighurst, citado por Brunner e Sudart, 1990, a posição social do idoso é determinada pela cultura, pois embora se difiram as atitudes nas subculturas étnicas da América, um tema sutil de envelhecimento predomina.

As pessoas, em geral têm um certo preconceito com relação às pessoas idosas. Isso pode estar relacionado com o medo que as pessoas têm de

envelhecer ou da incapacidade de muitos de se confrontarem com seu próprio processo do envelhecimento.

#### **Aspectos cognitivos do envelhecimento:**

Os idosos passam por processos de pensamento lentos, por esquecimentos, por confusão e senilidade. Muitas pessoas acreditam que é difícil, se não impossível, introduzir novo aprendizado a um adulto idoso, por estereotipar os processos por que os mesmos passam.

Ocorre um declínio progressivo, começando na meia vida, apesar de que tem de se levar em conta que as pessoas idosas têm respostas mais lentas e precisam de mais tempo para reagir, o que pode mascarar a capacidade real do idoso.

A presença de doenças, condições pré-mórbidas e estresse, podem também afetar negativamente a função intelectual. Em resultados de pesquisas, as demonstrações de criatividade para adultos idosos demonstram que está presente em todas as pessoas sem considerar sua idade. Os desempenhos criativos nos idosos se manifestam melhor quando este vive numa sociedade estimulante.

#### **Aprendizagem e memória:**

A capacidade de aprender e lembrar se é geralmente afetada pelo processo do envelhecimento, uma vez que há perda seletiva de neurônios, causando distúrbios na codificação dos pensamentos.

O processo de aprendizagem pode ser incentivado por profissionais através de estímulos de natureza variada (visuais, auditivos, etc.). No processo de memória, consta a aquisição, armazenamento, recuperação ou lembrança da informação. Mudanças funcionais nos órgãos dos sentidos, distrações e desinteresses interferem com a aquisição de informações.

Os idosos podem recordar fatos ocorridos há muito tempo, com nitidez e precisão, principalmente os eventos mais significantes em sua vida.

#### **Alterações estruturais do envelhecimento:**

Alterações celulares e extracelulares na estrutura orgânica deterioram o corpo em sua aparência e função. As células pós-mitóticas encontradas primariamente no sistema nervoso, sistema muscular esquelético e coração, são incapazes de sofrer reprodução. Essas células gradativamente morrem e contribuem para uma perda lenta da massa muscular.

O colágeno e a elastina, dois componentes essenciais da matriz do tecido conjuntivo intracelular, demonstram alterações significativas relacionadas com a idade. As fibras de colágeno tornam-se mais densas. O espessamento e a sua densidade tornam-se rígidos e há disfunção dos nutrientes e das excreções. A

elastina, um componente importante das fibras elásticas, torna-se fragmentada e calcificada. Isto contribui para a redução da elasticidade tissular.

Existe uma proporção mais elevada de gordura no corpo do idoso, e o volume de líquido intracelular diminui. A água extracelular e o líquido plasmático permanecem os mesmos. Por esse fator acrescido da perda de elasticidade da pele, a avaliação clínica do estado de hidratação é dificultada.

Há a tendência para a perda de peso e os idosos tornam-se mais pequenos. A posição é de flexão, com a cabeça para a frente, a espinha curvada e os quadris e os joelhos fletidos. O rosto torna-se miúdo e enrugado à medida que se perde a gordura subcutânea.

O cabelo tende a tornar-se mais fino e a calvície pode instalar-se; a textura capilar pode endurecer e a cor passar ao cinzento ou ao branco. As excrescências seborréicas ou senis, hemangiomas e outras manchas na pele são comuns.

A densidade, rigidez e perda da elasticidade tissular possuem uma influência profunda no funcionamento do sistema cardiovascular. A ruptura espontânea de pequenos vasos subcutâneos produz equimose especialmente nas mãos e nos braços.

**Alterações Orgânicas Relacionadas com a idade:**

**Alterações cardiovasculares:**

Os distúrbios cardíacos são as principais causas de morte na terceira idade. A função do sistema cardiovascular é reduzida com as alterações estruturais normais. Há um espessamento e aumento da rigidez do coração e das artérias, o que gera a perda da elasticidade. Apesar do mantimento da função em situações normais, o sistema cardiovascular responde ao estresse de maneira reduzida e o débito cardíaco é mantido constante devido a mecanismos adaptativos, tais como dilatação cardíaca e maior volume sistólico. Há uma elevação progressiva na pressão sangüínea sistólica devido a uma perda da distensibilidade da aorta e das artérias principais, a pressão diastólica aumenta objetivando manter o fluxo sangüíneo contra a resistência periférica aumentada.

As alterações normais do envelhecimento, os fatores genéticos e o estilo de vida, podem contribuir para distúrbios importantes, tais como as disritmias cardíacas, a insuficiência cardíaca congestiva, a doença da artéria coronária, a arteriosclerose, a hipertensão arterial, a claudicação intermitente e os acidentes vasculares cerebrais (Brunner e Sudarth, 1990).

#### Alterações do sistema respiratório:

No processo do envelhecimento, os pulmões apresentam-se excessivamente inflados, o que denomina-se "enfisema senil", porém, quando não destruição das paredes alveolares, considera-se "hiperinflação senil".

Brunner e Sudarth citam alguns distúrbios que podem diminuir a capacidade e a função pulmonar, que são:

- aumento no diâmetro torácico ântero-posterior;
- colapso osteoporótico das vértebras, resultando em cifose;
- calcificação das cartilagens costais;
- mobilidade reduzida das costelas;
- eficiência diminuída dos músculos respiratórios;
- aumento na rigidez dos pulmões;
- diminuição da área de superfície alveolar.

Esses distúrbios associados com a redução da eficácia da tosse e da atividade ciliar torna os idosos mais susceptíveis a infecções respiratórias. Isso é compensado pelo fato de aumentar a participação do diafragma na respiração, propiciando uma ventilação mais adequada.

Há uma diminuição na capacidade de reação dos quimiorreceptores, o que faz com que a resposta respiratória a variações de pH,  $pCO_2$ , e  $pO_2$  sangüíneos seja mais demorada e discreta.

#### Sistema tegumentar:

Nos idosos há uma diminuição da proliferação epidérmica; diminuição dos melanócitos, pigmentação irregular e atrofia do tecido adiposo subcutâneo (Robins, 1989). Esses fatores ocasionam o adelgaçamento da derme e epiderme, a diminuição das fibras elásticas e enrigescimento do colágeno. Há uma perda dos capilares na pele, diminuindo o suprimento sangüíneo. Assim, mostram menor resistência a traumatismos, exposição solar e temperaturas excessivas.

Essas alterações diminuem a elasticidade e firmeza da pele, ocasionando o enrugamento da mesma. A diminuição das glândulas sebáceas e sudoríparas, tornam a pele seca e mais propensa a pruridos e irritações.

A diminuição dos melanócitos causa acinzentamento nos cabelos, e a distribuição irregular desse pigmento gera manchas, principalmente nas regiões de maior exposição solar.

#### Sistema reprodutor:

Há necessidade de intimidade, amor, dignidade, interesse e crescimento intelectual, começa muito cedo no ser humano e prossegue durante toda a vida. Estes não são banidos da personalidade humana na meia idade, ou idade avançada. As modificações com o passar dos anos no sistema reprodutor, se dão devido a alterações hormonais. Na menopausa, há uma diminuição de hormônios sexuais influenciando na síntese protéica, equilíbrio da água e sal, no crescimento e renovação dos ossos, e, possivelmente, no mecanismo de controle imunológico. Implica também na sexualidade, onde na mulher ocorre um adelgaçamento e perda da elasticidade da parede vaginal, diminuição das secreções e acidez vaginal, prurido, atrofia do útero e ovários e diminuição do tônus muscular perineal, ocasionando sangramento e dor durante a relação sexual. No homem há uma diminuição dos testículos e do pênis, assim como nos níveis de androgênios.

### **Sistema genito-urinário:**

Com o envelhecimento há uma perda de néfrons, diminuindo a taxa de filtração e função tubular, a eficiência na reabsorção e concentração da urina, sendo que a restauração do equilíbrio ácido-base torna-se mais lenta. Há uma perda do tônus muscular da uretra, bexiga e ureteres. O idoso tende a não esvaziar completamente a bexiga, um risco de infecções urinárias. Ocorre aumento da frequência, da urgência e incontinência urinária entre os idosos.

### **Sistema gastro-intestinal:**

Envelhecimento do esôfago: com a idade, a camada de células escamosas e a espessura do epitélio da mucosa esofágica sofrem um aumento significativo, enquanto que a muscular da submucosa e a camada muscular sofrem atrofia cada vez maior.

Envelhecimento do estômago: com o avançar da idade há uma atrofia progressiva das glândulas fúndicas (produtoras de ácido clorídrico) do estômago, ocorrendo diminuição da secreção ácida da mesma forma quantitativa, porém sem alterar a concentração do ácido secretado. Além da atrofia a mucosa gástrica pode sofrer metaplasia intestinal com o avançar da idade. A atividade da pepsina também tende a diminuir gradualmente com a idade.

**Envelhecimento do Intestino Delgado:** a absorção de substâncias a nível do intestino delgado sofre alterações com a idade.

**Intestino Grosso ou o cólon** sofrem modificações pois a superfície mucosa do cólon diminui com o avançar da idade, principalmente após os 60 anos. A muscular da mucosa sofre um grau cada vez maior de atrofia e o grau de fibrose da muscular da mucosa também aumenta com o avançar da idade.

A velocidade do trânsito intestinal diminui gradualmente, assim como o tempo de trânsito vai aumentando com o envelhecimento. A incidência de divertículos nos cólons aumenta.

Todas essas alterações estruturais da parede intestinal fazem com que a resistência da parede à pressão diminua nitidamente.

**Pâncreas:** sofre uma perda de peso proporcionalmente maior que o peso corporal. A função do pâncreas exócrino diminui gradativamente com a idade, mais intensamente após os 70 anos. O volume do suco pancreático secretado diminui gradualmente; a concentração do bicarbonato de sódio permanece estável.

A amilase secretada diminui gradualmente a quantidade, porém, a concentração permanece inalterada. A pepsina e a lipase diminuem na quantidade e na concentração, consideravelmente.

**Fígado:** sofre uma perda de peso proporcionalmente maior que o peso corporal já a partir dos 30-40 anos de idade. Com isto, há uma diminuição do número de

hepatócitos após 50 anos, além de alterações a nível dos núcleos, as mitocôndrias dos hepatócitos também diminuem em número após 50 - 60 anos.

Há um aumento gradual da superfície (igual comprimento das cristas, como que para compensar a perda da quantidade das mitocôndrias.

Vesícula Biliar: ao contrário dos outros órgãos, a vesícula não sofre alterações importantes com o envelhecimento.

#### Sistema músculo-esquelético:

A massa óssea diminui gradual e progressivamente, relacionada com a ingestão inadequada de cálcio e perdas hormonais, resultando em osteoporose. Assim, uma reabsorção óssea ocorre e os riscos de fratura são maiores. Uma perda de altura é agravada pela osteoporose, fraqueza muscular e degenerações nas articulações. As alterações osteoporóticas são as principais responsáveis pela cifose e pela flexão de quadris e joelhos. Os ossos dos maxilares se atrofiam pela falta de dentes. Os músculos diminuem em tamanho, força, flexibilidade e resistência.

A mobilidade será reduzida e movimentos como o de vestir e despir serão mais lentos. O andar pode tornar-se pesado e inseguro, com passos curtos e arrastados. A desatenção motora aumentará o risco de quedas, também agravados pelas falhas de coordenação e pela lentidão nas reações. Pode haver uma tremura irregular da cabeça, do maxilar inferior ou das mãos. A desatenção com os pés,

pode ocasionar inflamação dos joanetes, calos ou deformação das unhas, o que reduz a mobilidade física.

#### **Alterações do sistema nervoso:**

No idoso ocorre uma redução na velocidade da condução nervosa, que pode ser agravada na presença de alguma doença física. Com isso, há perda dos referenciais ambientais. Conforme dito anteriormente, há uma diminuição de neurônios. Ocorre também, uma redução importante na circulação sangüínea cerebral, o que resulta em diminuição do nível de oxigênio, levando o indivíduo a ter perdas de equilíbrio e lipotimias.

#### **Alterações nos sentidos:**

**Visão:** com o envelhecimento, o cristalino perde sua flexibilidade, deixando passar menos luz à retina, dificultando a focalização de objetos. O cristalino amarelado e opacificado, dispersa a luz tornando o idoso mais susceptível à claridade. Isso também decorre do fato de lentidão no ajustamento da pupila. Alterações na estrutura do globo ocular e seus músculos, prejudicam a visão, especialmente para leituras próximas. Por essas razões, a capacidade de distinguir as cores também é prejudicada.

**Audição (presbiacúsia):** a presbiacúsia consiste na diminuição da audição relacionada com a idade. Ocorre perda seletiva da sensibilidade para sons mais agudos, relacionada a alterações neurológicas irreversíveis. Porém, a perda da sensibilidade geral pode ser determinada pela ossificação da articulação do ouvido médio, que pode ser revertido por cirurgias ou uso de aparelhos de surdez.

**Gosto/odor/tato:** as alterações fisiológicas das papilas gustativas tornam os sabores doces entorpecidos com a idade. O tato, olfato e gosto são os sentidos que menos diminuem com a velhice. Apesar da leve diminuição dos receptores sensoriais de tato, as pessoas idosas têm ânsia pelo toque. Isso também ocorre devido a diminuição das oportunidades nos contatos sociais.

#### **Efeitos mentais:**

Tão importante quanto a deterioração física, o envelhecimento mental é preocupante, uma vez que os processos de pensamento tornam-se mais lentos e as pessoas idosas precisam de mais tempo para raciocinar; todavia, são capazes de compensar esta deficiência, recorrendo à experiência adquirida.

A aprendizagem continua, embora seja mais difícil e demorada; o conhecimento prático é mais facilmente adquirido do que o teórico.

A memória dos acontecimentos recentes é uma das primeiras faculdades mentais a ser afetada; regra geral começam a esquecer nomes, locais e datas.

Como resultado de incapacidade de adaptar-se a novas idéias e rotinas, os velhos gostam de reter objetos familiares e resistem às mudanças.

São facilmente perturbados, ao ponto de entrarem em estado de confusão para alterações no meio, na rotina ou nos contatos íntimos.

A depressão é o distúrbio mais comum no idoso. Seus principais sinais são a tristeza; diminuição da energia, memória e concentração; insônia; inapetência; retraimento; irritação; abuso do álcool; solidão e desesperança; apatia; falta de atenção e expressão de desejos suicidas.

A deteriorização física e mental é compensada por um gancho em sensatez e experiência; a serenidade sucede à atenuação das tensões e fadigas da vida quotidiana. Os velhos precisam de paz e sossego e preferem, muitas vezes, estarem sozinhos, ter a oportunidade de se adaptarem ao processo do envelhecimento e de reorganizarem as suas vidas, com vista a um ritmo diferente de viver.

#### Os medicamentos e o idoso:

A utilização de medicamentos é maior nas pessoas idosas do que em qualquer outra faixa etária. Isto resulta na maior propensão do idoso à efeitos colaterais e interações medicamentosas. No idoso a absorção, distribuição, metabolização e excreção é muito variada, uma vez que o fígado e os rins processam mais lentamente e há uma diminuição na eficiência circulatória e do sistema nervoso em reagir com o efeito de alguns medicamentos.

## ANEXO 10

### ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC (acidente vascular cerebral), trata-se da obstrução completa do fluxo sangüíneo em determinadas áreas do cérebro. É conseqüente do suprimento sangüíneo insuficiente às áreas motoras no lobo frontal do cérebro de um dos hemisférios.

Segundo Brunner e Sudart, 1990, nos Estados Unidos, os pacientes acometidos pelo AVC vão a óbito em cerca de 18%, sendo no primeiro, 37% e nos subsequentes, 62%. Segundo as autoras, aproximadamente dois terços ficam com seqüelas.

#### Causas:

Há várias causas que podem dificultar o fluxo cerebral:

- 1 - Trombose cerebral: causado por arteriosclerose e circulação deficiente.
- 2 - Embolia cerebral: causado por endocardite infecciosa, cardiopatia reumática, infarto do miocárdio e infecções pulmonares.
- 3 - Isquemia cerebral.
- 4 - Hemorragia cerebral.

1 - Trombose cerebral: causa dor de cabeça, tonturas, distúrbios mentais ou convulsões. Pode ocorrer perda transitória da fala, hemiplegias ou hemiparestesias, que geralmente precedem em algumas horas ou dias o início de uma paralisia severa.

2 - Embolia cerebral: o êmbolo se aloja, geralmente, na artéria cerebral média ou em seus ramos.

3 - Isquemia cerebral: estenose ateromatosa das artérias que suprem o cérebro. A manifestação mais freqüente são ataques isquêmicos transitórios.

4 - Hemorragia cerebral: são responsáveis por 15% dos indivíduos acometidos por AVC. Existem quatro tipos principais:

4.1 - Hemorragia extradural: fora da dura-mater;

4.2 - hemorragia subdural: abaixo da dura-mater;

4.3 - hemorragia subaracnóidea: no espaço da aracnóide;

4.4 - hemorragia intracerebral: dentro da substância cerebral.

Fatores de risco:

São fatores que podem aumentar o índice da patologia entre os indivíduos:

- hipertensão arterial;

- cardiopatias sem controle;
- alto hematócrito;
- diabete mellitus descompensada;
- uso de contraceptivos orais, por mulheres maiores de 35 anos, tabagistas, hipertensas e que têm altos níveis de estrogênio;
- queda prolongada ou excessiva da pressão arterial;
- abuso de drogas;
- dieta rica em lipídios, particularmente o colesterol;
- alcoolismo;
- tensão nervosa;
- hereditariedade.

#### **Manifestações Clínicas:**

Dependem da localização da lesão, do tamanho da área atingida e da circulação colateral. Podem ocorrer:

- Perda motora: visto que os neurônios motores se cruzam, a lesão dos neurônios motores superiores do lado oposto do cérebro. Assim, inicia com uma paralisia flácida e perda ou diminuição dos reflexos tendinosos profundos, hemiparesia ou hemiplegia, espasticidade das extremidades do corpo do lado afetado.
- Perda da comunicação: disartria, disfasia ou afasia, apraxia.

- **Distúrbios na percepção:** hemianopia homônima (perda da metade do campo visual), distúrbios nas relações entre os campos visuais, perda de propriocepção, dificuldades de interpretar estímulos visuais, táteis e auditivos.
  
- **Distúrbios mentais e efeitos psicológicos:** pode haver distúrbios na capacidade de aprender e memorizar fatos (dificuldade de atenção, de compreensão, esquecimento, falta de motivação, depressão, labilidade emocional, hospitalidade, frustração, ressentimento e falta de cooperação).
  
- **Disfunção vesical:** incontinência urinária transitória, por confusão, incapacidade de comunicar as suas necessidades, e incapacidade de usar o urinol/comadre por distúrbios motores e posturais. Pode ocorrer atonia da bexiga e má resposta ao enchimento vesical. Incontinência vesical e fecal prolongadas podem estar relacionadas a lesões neurológicas extensas.

#### **Intervenções de Enfermagem:**

A nível preventivo e de recuperação rápida, é preciso atentar para sinais de:

- tontura;
- fraqueza do braço, mão ou pernas;
- fraqueza dos músculos faciais, com tremores num ou no outro lado do rosto;

- adormecimento ou formigamento num braço ou perna;
- cainbras num braço com o exercício físico; friagem ou dor nos dedos;
- falta de jeito no uso de uma das mãos ou pequeno problema de equilíbrio;
- problemas na fala, tais como, afasia e disartria;
- distúrbios visuais;
- memória fraca ou algum outro problema leve no mecanismo do pensamento;
- inesperado rubor no rosto.

1 - Posicionamento correto para prevenção de contraturas, alívio da compressão de um bom alinhamento do corpo, prevenção de neuropatias compressivas e de escaras.

2 - Mudança de decúbito a cada duas horas.

3 - Exercícios frequentes e em períodos de tempo curtos, de flexibilidade, fortalecimento, coordenação, resistência e equilíbrio.

4 - Estimular a deambulação.

Elaborado pela Acadêmica: TAISE COSTA RIBEIRO

## ANEXO 11

### DEPRESSÃO:

Atualmente podemos definir a depressão como o resultado de certas forças biológicas e sociais, que de maneira complexa, exercem funções depressivas sobre o sistema nervoso do indivíduo. A atividade depressiva, por sua vez, altera o comportamento, os sentimentos, e os pensamentos do indivíduo, e é este conjunto de disfunções que constituem a enfermidade depressiva (Cammer, 1978).

Envelhecer significa passar por profundas transformações bio-psico-sociais, que na maioria das vezes são enfrentadas de forma negativa, pois as pessoas, por falta de preparo, não conseguem se adaptar a certas mudanças e acabam entrando num quadro depressivo, que apesar de ser comum nos idosos, é de difícil diagnóstico, já que o mesmo tem tendência a ter perspectivas mórbidas da vida.

Inúmeras são as causas que geram uma depressão, uma vez que envolvem vários fatores, e quase sempre há uma relação entre eles, exemplo disto são os fatores estressantes, muito presentes nesta fase da vida. As causas mais freqüentemente encontradas são: a surdez, a cegueira, dor, imobilidade, perda do paladar, pobreza, aposentadoria, morte de familiar, perda da independência, solidão, rejeição pela família, e ter de sair de casa para viver num asilo.

A depressão pode ocorrer independente de nível económico, social ou intelectual e atingir qualquer tipo de personalidade. Geralmente ela se inicia com sentimentos de tristeza, que se persistirem chegando a interferir no cotidiano diário, leva a uma depressão real.

Os sinais variam conforme cada indivíduo, sendo mais frequentes a perda de apetite, e, conseqüentemente, peso; distúrbios do sono, onde o indivíduo não consegue conciliar o sono, e se consegue, acorda muito cedo, não conseguindo mais dormir, ou, por outro lado, dormindo exageradamente, tentando, com isto, refúgio das sensações angustiantes da depressão. Comumente ocorre também: inquietação, ansiedade, fadiga, letargia dores corporais, perda de interesse, dificuldade de concentração, baixa da auto-estima e sentimento de desesperança.

Segundo Wagner, 1989, é de capital importância, detectar a depressão, pois ela pode ser tratada, e se não vista a tempo, pode complicar e até mesmo tornar irreversível sua remissão.

Diagnosticar a depressão no idoso é muito difícil, pois ele passa por processos orgânicos que ocasionam mudanças intelectuais que podem levar a desorientação, perda da memória, distrabilidade, apatia e falta de atenção, que são comuns, tanto numa depressão, quanto numa demência.

Num quadro depressivo, o idoso se sente sem saída, se fecha em si, e parece não perceber o mundo a sua volta, nada lhe chama a atenção ou lhe propicia prazer. Os movimentos ficam lentos, ou ao contrário, rápidos e repetidos. A postura tende a curvar-se e o olhar é direcionado para baixo,

sempre fixando o chão. O profissional, ao suspeitar de um quadro depressivo, precisa levantar um histórico do idoso, com dados de vida pregressa, comportamentos, hábitos, humores, e outros fatos, que lhe darão subsídios para uma avaliação e possível intervenção. Se o idoso não puder ajudar, é preciso conseguir colaboração de um amigo ou familiar. Para a obtenção de resultados positivos num tratamento, é muito importante identificar a causa, e se possível, eliminá-la, se não, atenuá-la. O profissional precisa utilizar as experiências acumuladas do idoso, que mesmo estando num nível mais baixo nesta fase, podem reabilitá-lo para um restabelecimento de suas relações, onde o mesmo possa se envolver ativamente em ocupações, assumir tarefas e se sentir útil e necessário. É preciso explorar suas expectativas onde ele se dê conta de suas capacidades e limitações, e, a partir daí, sair de uma relação de dependência, buscando as coisas por iniciativa própria, confiando mais em si mesmo, se reestruturando aos poucos.

O idoso encontra forças para viver ao se sentir amado e estimado, não um fardo para as outras pessoas. Por isso é essencial proporcionar-lhes atividades que possam desenvolver dentro de suas limitações.

Elaborado pela Acadêmica: ISA TAVARES BARBOSA

## ANEXO 12

### BRONCOPATIA

#### DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

O termo doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), refere-se a um grupo de condições - enfisema, bronquite crônica, asma brônquica e bronquiectasia - acompanhadas de uma obstrução crônica ou recorrente ao fluxo de ar no pulmão.

### ENFISEMA

O termo enfisema significa distensão dos alvéolos pulmonares, que pode ser localizada ou difusa. O enfisema é uma condição do pulmão caracterizado pela dilatação permanente e anormal dos espaços aéreos distais aos bronquíolos terminais, acompanhado pela destruição de suas paredes. A dilatação dos espaços aéreos não acompanhada pela destruição das paredes é denominada hiperinsuflação. A razão para se incluir o fator de destruição da parede alveolar nessa definição anatômica é que ela corresponde mais intimamente à síndrome clínica do enfisema e pode, sob o ponto de vista prático ser melhor reconhecida.

A relação entre bronquite crônica e o enfisema é complicada, mas felizmente o emprego de definições precisas tem colocado um pouco de ordem em tais termos. A definição de enfisema é morfológica. Por outro lado, a bronquite

crônica é uma doença definida em termos clínicos, como condição caracterizada pela secreção excessiva de muco, crônica ou recorrente na árvore brônquica. Muitos pacientes com enfisema apresentam bronquite crônica.

Na pneumopatia obstrutiva crônica encontram-se uma limitação da ventilação alveolar e, conseqüentemente, alteração importante no quociente ventilação/perfusão. Nas fases iniciais o déficit ventilatório é compensado graças à estimulação do centro respiratório assegurada pela PACO<sub>2</sub> elevada. Entretanto, nas fases avançadas ocorre insensibilidade dos núcleos que respondem ao CO<sub>2</sub>, passando o centro respiratório a responder apenas ao estímulo hipóxico dos receptores periféricos aórticos e parotídeos. O combate a hipóxia deve ser, portanto, cautelosa nessa fase.

#### QUADRO CLÍNICO

- Dispnéia de esforço com início insidioso, nas fases finais: dispnéia em repouso.
- É comum a antecedente de asma brônquica ou uso imoderado do cigarro.
- Tosse produtiva, incapaz, muitas vezes, de limpar os brônquios.
- Estertores roncantes e sibilantes; expiração prolongada.
- Tórax em tonel; dedos em vaqueta de tambor.

- Se houver cor pulmonale: sinais de insuficiência cardíaca, como galope, hepatomegalia, distensão das jugulares.

## TIPOS DE ENFISEMA

O enfisema não é apenas definido em termos da natureza anatômica da lesão, mas é também classificado de acordo com sua distribuição anatômica nos lóbulos. Lembremo-nos de que o lóbulo é constituído por um grupo de ácinos, as unidades responsáveis terminais alveolares. Embora o termo enfisema seja as vezes aplicado livremente com relação a diversas condições, existem apenas quatro tipos de enfisema; (1) centrolobular; (2) panlobular; (3) parasseptal e (4) irrogular. Além de outros tipos que são empregados de forma pouco rigorosa em algumas condições intimamente relacionadas a ele; enfisema compensatório; enfisema senil e enfisema bolhoso.

## ENFISEMA SENIL

O enfisema senil refere-se aos pulmões superdilataados e algumas vezes volumosos, encontrados em pessoas idosas. É uma denominação incorreta porque os estudos morfométricos atuais mostram que a área de superfície alveolar diminui progressivamente após os 30 anos em uma proporção de 4% em cada década. Nos cortes histológicos e macorscopicamente, o pulmão aparece

superinflado. Essa aparente discrepância é explicada através de estudos quantitativos meticolosos nos quais demonstrou-se que os ductos alveolares e os brônquios respiratórios se dilatam com a idade, enquanto os alvéolos propriamente se tornam mais rasos e menores. O último caso se deve provavelmente, à perda do leito capilar alveolar. Há uma alteração da geometria interna do pulmão - ductos alveolares alargados e alvéolos diminuídos. As alterações funcionais primárias são o aumento da complacência e a diminuição da elasticidade. Alterações no esqueleto (especialmente na coluna vertebral) de pessoas mais idosas provavelmente também desempenham algum papel nas alterações pulmonares que ocorrem no enfisema senil. O deslocamento da caixa torácica resulta num aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax (tórax em tonel). Isso aumenta a pressão intrapleural negativa e a força de tração dos pulmões, levando a uma forma de hiperinsuflação compensatória. Já que não há destruição da substância pulmonar e o déficit respiratório é mínimo, a melhor designação para esses casos de pulmões idosos seria hiperinsuflação senil.

Elaborado pela Acadêmica: DIONICE FURLANI

## ANEXO 13

### DOENÇA DE PARKINSON

Trata-se de um distúrbio neurológico extrapiramidal progressivo que afeta os centros cerebrais responsáveis pelo controle e regulação de movimentos. Caracteriza-se por bradicinesia (lentidão dos movimentos) tremor e rigidez muscular. Idade de início entre 60 a 80 anos e sexo masculino.

#### Manifestações clínicas:

- Deficiência do movimento
- Rigidez muscular
- Tremor
- Fraqueza muscular
- Perda dos reflexos posturais

Com a progressão da doença, o tremor que é característico, começa frequentemente em uma mão e braço, depois na outra e posteriormente, na cabeça, embora possa ser o tremor unilateral. O movimento é lento, de rotação (pronação-supinação) do antebraço e da mão, e em movimento do polegar contra os dedos. Aumenta quando a pessoa está concentrada ou ansiosa.

A doença ainda afeta a face, estatura e marcha. Ocorre perda do balanço normal dos membros superiores, extremidades rígidas tornando-se mais fracas, face com pouca expressão (movimento limitado da musculatura).

Ocorre perda dos reflexos posturais, o indivíduo fica de pé com a cabeça inclinada para frente e anda como se houvesse perigo de queda. As quedas freqüentes são decorrentes da dificuldade de se virar, a perda do equilíbrio.

É comum estes indivíduos apresentarem sinais de depressão e não foi estabelecido se a depressão é uma reação ao distúrbio ou se há ligação com anormalidades bioquímicas. As manifestações de percepção e de memória, manifestações psiquiátricas são comuns, entre os idosos, tais como: alterações de personalidade, psicose, demência, confusão aguda. As principais causas de morte são as complicações, como pneumonias, infecções no trato urinário, devido à mobilidade.

#### **Fisiopatologia:**

A lesão parece resultar em uma perda dos neurônios pigmentados, particularmente aqueles na substância negra do cérebro.

A dopamina é um dos principais neurotransmissores, e executa a função de inibidora no controle central dos movimentos, na doença de Parkinson a dopamina está depletada na substância negra e no corpo estriado. A depleção dos níveis de dopamina nos gânglios basais está relacionada à bradicinesia, rigidez e tremores.

Na doença de Parkinson, o fluxo sanguíneo regional é reduzido, havendo alta prevalência de demência. Os doentes de Parkinson podem ter doença de Alzheimer coexistente. Na maioria dos indivíduos, a causa da doença é desconhecida.

**Tratamento:**

Consiste na estimulação da transmissão de dopamina. o tratamento farmacológico inclui anti-histamínicos, anticolinérgicos, amantadina e levodopa. Vários desses fármacos causam efeitos colaterais psiquiátricos nos idosos.

**Intervenções de enfermagem:**

- a) Melhora da motilidade (programa progressivo de exercícios diários);
- b) estimulando as atividades de autocuidado;
- c) promoção da eliminação intestinal;
- d) garantindo nutrição adequada;
- e) melhora da comunicação;
- f) desenvolvimento das capacidades positivas de adaptação (caminhadas e adequação a exercícios;
- g) educação e cuidados domiciliares com a saúde.

Elaborado pela Acadêmica: ADRIANA DUARTE SILVA

**ANEXO 14****LISTA DOS MEDICAMENTOS MAIS UTILIZADOS PELOS  
IDOSOS ASILADOS - SERTE/MAIO/1994:**

- Deprilam
- Dexclofenamina
- Diazepan
- Digoxina
- Dipirona
- Cinarizina
- Efortil
- Fenergan
- Furosemida
- Gardenal

- Haldol
- Hidróxido de Aluminio
- Hidroclrtiazida
- Dilacoram
- Insulina Regular
- Insulina NPH
- Lexotam
- Luftal
- Meticortem
- Macrofantina
- Nifedipina
- AAS
- Aerolin
- Akineton
- Aldalactone
- Aldomet
- Aminofilina
- Amiodaroma
- Artane
- Berotec
- Benzetacil
- Buscopan
- Bricanil

- Bisolron Linctus
- Capoten
- Cronomet
- Complexo B
- Daomil
- Neozine
- Polaramine
- Persontin
- Plasil
- Sustrate
- Sulfato ferroso
- Soro Fisiológico
- Trental
- Tryptanol
- Tezonim
- Tylenol
- Gardenal

**ANEXO 15****LISTAGEM DE ASILOS**

**Segundo Comissão Municipal do Idoso de Florianópolis:**

**FLORIANÓPOLIS**

- 1 - Lar de Idosos Bem Querer - Lagoa da Conceição
- 2 - Centro Vivencial para Pessoas Idosas - Itacorubi
- 3 - Lar de Jesus (Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna - SEOVE) - Campeche
- 4 - Sociedade Lar São Francisco - Ribeirão da Ilha
- 5 - Asilo Irmão Joaquim - Centro

**GRANDE FLORIANÓPOLIS:**

- 1 - Orionópolis Catarinense - São José
- 2 - Pensionato para Idosos Novo Horizonte - Ponta de Baixo
- 3 - Lar dos Velhinhos de Zulma - Campinas
- 4 - Casa de Repouso Santa Rita de Cássia - Biguaçu

**INTERIOR DO ESTADO**

- 1 - Casa de Repouso Madre Paulina - Nova Trento
- 2 - Asilo Nossa Caravaglio - Brusque
- 3 - Instituição Bethesda Pirabeiraba - Joinville
- 4 - Sociedade São Francisco de Paula - Joinville
- 5 - Lar dos Velhinhos São Francisco de Assis - Mafra
- 6 - Sociedade de Educação e Caridade Santa Isabel - Laguna
- 7 - Abrigo dos Velhinhos de Tubarão - Tubarão
- 8 - Asilo Viscentino da Velhice Desamparada - Lages
- 9 - Asilo São Vicente de Paula - Criciúma
- 10 - Lar dos Velhinhos São Jorge - Ponte Serrada
- 11 - Sociedade Evangélica Ansionato Elsbth Kelhler - Blumenau
- 12 - Casa São Simião - Blumenau
- 13 - Asilo dos Velhos Recanto do Sossego - Trombudo Central
- 14 - Lar dos Velhinhos Conferência Vicente de Paula - Rio do Sul
- 15 - Ansionato Elza Benz - Timbó
- 16 - Lar dos Velhinhos Iracy A. de Freitas - Balneário Camboriú
- 17 - Asilo Dom Bosco - Itajaí
- 18 - Rotary Clube, a Casa da Amizade - Araranguá
- 19 - Associação Beneficiente Cultural e Social Asilo Imaculada Conceição - Imbituba.

## ANEXO 16

### PROCESSO DE ENFERMAGEM

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### **I - IDENTIFICAÇÃO:**

D.F.S., 71 anos, cor branca, católico não praticante, natural de Biguaçu, foi internado na instituição em 02/12/89 por solicitação do cunhado.

#### **II PERCEPÇÃO OU EXPECTATIVAS:**

D.F.S. casou-se três vezes. No primeiro matrimônio teve cinco filhos.

Segundo o relato da filha, foi um péssimo marido e pai. Batia na esposa e filhos. A esposa não agüentou e abandonou o lar. A filha refere ter traumas, devido as atitudes do pai, que chegou até a tentar abusar sexualmente dela, fazendo com que ela saísse de casa e fosse morar com sua avó. Ambos não se falam. A filha externa não ter consideração nenhuma para com o pai.

Algum tempo após, foi viver maritalmente com outra mulher e teve um filho. Também não deu certo.

No terceiro casamento teve mais três filhos, sendo esse relacionamento também frustrado. D.F.S. tinha mania de perseguição e estava convicto que um de seus filhos não era dele.

A filha considera o pai culpado pelos problemas dos filhos, pois alguns fazem uso de drogas e álcool desenfreadamente.

Em maio de 1991, já na instituição, começou a apresentar alterações de conduta, manifestando mania de perseguição. Referia que alguns idosos e funcionários queriam matá-lo e prejudicá-lo; foi feito acompanhamento médico.

Recebe visitas periódicas de dois dos filhos e da nora.

### **III - PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

#### **- PSICO-BIOLÓGICAS:**

1 - Oxigenação: eupneico, com movimentos respiratórios normais. Somente se altera quando modificada a medicação.

2 - Hidratação: ingere líquidos, aproximadamente 4 copos de água por dia, juntamente com café e leite.

3 - Alimentação: alimenta-se conforme dieta da instituição. Sem restrição alimentar. Nutre-se sem dificuldade e não rejeita o que lhe é oferecido; não possui dificuldade de ingestão e mastigação. Quando em crises de tremores, é auxiliado na alimentação.

4 - Eliminações: evacua com dificuldade, apresentando constipação constantemente, aliviada através de laxantes. Urina diariamente sem auxílio, em torno de duas a três vezes ao dia e sem dificuldades. Não possui problemas com a eliminação urinária.

5 - Sono e repouso: dorme em torno de oito horas diariamente. Refere custar a dormir, pois não pára de pensar em sua vida e nas condições em que se encontra (descontrole motor).

6 - Atividades físicas: deambula pouco, permanecendo 80% de seu tempo sentado em banco no corredor. Quando estimulado, não admite ser auxiliado. Quando as crises são intensas, abstêm-se de atividades físicas.

7 - Integridade física: controle motor alterado em virtude de doença de Parkinson, levando a deformidades mecânicas. Faz uso de prótese.

8 - Integridade cutâneo-mucosa: pele íntegra, sem escoriações, hematomas ou equimoses.

9 - Cuidado corporal: é altamente asseado, porém dependente nas atividades rotineiras de higiene e conforto. Manifesta desagrado quando a acadêmica tenta acompanhá-lo no banho.

10 - Regulações:

- Térmica: 36,2°C.

- Vascular: pulso em 76 bpm, e pressão arterial em 120/90 mmHg.

11 - Percepção dos órgãos dos sentidos: idoso pouco comunicativo, porém, quando estimulado, responde as questões feitas. Ouve sem dificuldades. Visão

turva a longas distâncias. Percepção tátil e estímulo doloroso sem alterações aparentes.

12 - Terapêutica: faz uso de: Deprilon, Artane e Cronomet.

13 - Sexualidade: voltada a fatos do passado. Evita comentários a cerca de sua sexualidade.

14 - Segurança física: equilíbrio motor deficitário, necessitando auxílio para o desempenho de atividades diárias.

15 - Meio Ambiente: vive a parte do meio em que o rodeia, restringindo o contato com alguns idosos e funcionários. Refere não suportar o convívio no asilo e diz que o relacionamento é conturbado e extressante. Refere desinteresse pela vida, e que a morte seria um presente para aliviar o sofrimento.

#### **NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS:**

Percebeu-se que as tremedeiras do idoso reduzem quando em atividades recreativas.

Refere solidão, dificuldade de gregária e, principalmente insegurança emocional.

**No período em que está no asilo, tem vivido sedentariamente, restringindo sua recreação, realização, imagem e liberdade.**

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS
1 - Pele ressecada e unhas compridas	-imagem -auto-imagem -regulação	Pele - AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA Unhas- AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA TERCIÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
2 - Desprezo da filha	-estima -auto-estima -gregária	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
3 - Prostração diária no corredor	-imagem -liberdade -espaço	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA TERCIÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
4 - Mania de perseguição	-recreação -ambiente -participação	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
5 - Dificuldade de nutrição (em crises)	-orientação -espaço -ambiente -alimentação -liberdade -imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
6 - Crises constantes de tremores (descoordenação motora)	-imagem -liberdade -espaço -recreação -gregária -participação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
7 - Propensão a quedas	-liberdade -espaço -participação -recreação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
8 - Mobilidade física reduzida	-liberdade -espaço -participação -recreação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS
9 - Isolamento	-gregária -recreação -participação -imagem -auto-imagem -estima -auto-estima -liberdade	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
10 - Vida sedentária	-recreação -participação -filosofia de vida -comunicação -espaço	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA TERCIÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
11 - Comunicação de difícil entendimento	-comunicação -participação -recreação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
12 - Constipação intestinal	-eliminações -ambiente -exercícios físicos	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE FUTURO
13 - Dificuldade de sono	-repouso -ambiente	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA	PRESENTE PASSADO FUTURO
14 - Visão diminuída	-percepção -participação -recreação -auto-imagem -liberdade	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PRESENTE FUTURO
15 - Reação a medicação	-imagem -auto-imagem -terapêutica -aceitação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PRESENTE FUTURO
16 - Desintegração ao meio ambiente	-ambiente -espaço -participação -recreação -liberdade	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO
17 - Desejo de morrer	-estima -auto-estima -auto-imagem -filosofia de vida -religiosidade	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE FUTURO
18 - Insegurança emocional	-estima -auto-estima	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE PASSADO FUTURO

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS
19 - Apatia	-imagem -estima -auto-estima -participação -comunicação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA TERCIÁRIA	PRESENTE FUTURO

## **PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM:**

### **01 - Pele ressecada e unhas compridas.**

- Aumentar a ingesta hídrica
- Passar hidratante
- Reforçar hábitos de higiene completo
- Observar alterações cutâneas

### **02 - Desprezo da filha**

- Contactar com assistente social
- Investigar causas da problemática
- Possibilitar aproximação
- Estimular para que fale sobre o assunto, pois diminui a angústia, ansiedade e proporciona bem estar
- Elaborar visita domiciliar

### **03 - Prostração diária no corredor**

- Estimular deambulação
- Dialogar
- Proporcionar recreação e contato com outros idosos
- Incentivar mudança de ambiente
- Buscar causas desta postura

**04 - Mania de perseguição**

- Conversar diariamente
- Ouvir

**05 - Dificuldade de nutrição**

- Auxiliar na alimentação
- Estimular e facilitar gradativamente o desenvolvimento de
- Providenciar alimentação de fácil mastigação

**06 - Crises constantes de tremores (descoordenação motora)**

- Estimular a deambulação e exercícios respiratórios
- Proporcionar ambiente calmo e arejado
- Utilizar o toque terapêutico
- Reforçar diálogo
- Mostrar preocupação e sentimentos positivos
- Providenciar banhos quentes e massagem
- Estimular atividades de auto-cuidado (ensinar, apoiar e supervisionar durante atividades diárias)
- Providenciar corrimão próximo ao leito (dificuldade locomotora)

**07 - Propensão a quedas**

- Auxiliar no banho
- Prevenir quedas (grades, corrimão, etc.)

- Acompanhar na deambulação

#### **08 - Mobilidade física reduzida**

- Dar suporte para a realização de movimentos físicos
- Aplicar o toque terapêutico e massagens

#### **09 - Isolamento**

- Providenciar socio-terapia
- Manter ambiente tranquilo, arejado e descontraído
- Estimular comunicação
- Ouvir

#### **10 - Vida sedentária**

- Realizar programas terapêuticos
- Incentivar a utilização da fisioterapia
- Mostrar a importância de atividades para uma vida salutar

#### **11 - Comunicação de difícil entendimento**

- Solicitar que aumente a tonalidade da voz e que fale mais compassado

#### **12 - Constipação intestinal**

- Aumentar a dieta a base de fibras
- Incentivar a ingestão hídrica

- Aplicar calor local
- Massagens na região abdominal

### 13 - Dificuldade de sono

- Providenciar ambiente arejado, tranquilo e limpo
- Reduzir agentes estressores
- Proporcionar adequação a horários de repouso ou atividades

### 14 - Visão diminuída

- Contactar com oftalmologista
- Prevenir quedas
- Facilitar a deambulação

### 15 - Reação a medicação

- Estar atento a efeitos colaterais
- Contactar com médico para avaliação

### 16 - Desintegração do meio ambiente

- Estimular a participar de atividades recreativas
- Dialogar
- Proporcionar caminhadas pela instituição
- Facilitar contato com outros idosos

**17 - Desejo de morrer**

- Procurar buscar assunto que estimule a conversação
- Evitar deixá-lo sozinho
- Fazer com que se sinta amado
- Buscar familiares

**18 - Insegurança emocional**

- Programar terapias em grupo
- Conversar e saber ouvir
- Aplicar toque terapêutico

**19 - Apatia.**

- Programar terapias em grupo
- Inspirar confiança
- Conversar e saber ouvir
- Aplicar toque terapêutico.

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
01 - Pele ressecada e unhas compridas	Como houve resultados com os cuidados implementados, o idoso evoluiu para auto-suficiência.
02 - Desprezo da filha	Mesmo com os esforços dispendidos para a aproximação entre o pai e a filha, não houve êxito. Assim, não evoluiu seu estado de auto-insuficiência.
03 - Prostração diária no corredor	Mesmo participando dos passeios, atividades físicas e recreativas propostas, não passou para auto-suficiência, pois só se locomovia quando muito estimulado pela acadêmica.
04 - Mania de perseguição	Este problema foi superado a medida que o idoso foi se sentindo mais seguro e confiante com relação ao meio, evoluindo assim, para auto-suficiência.
05 - Dificuldade de nutrição (em crises)	Permanece em crises, o que continua dificultando sua alimentação, portanto, não evoluiu o seu estado de auto-insuficiência.
06 - Crises constantes de tremores (descoordenação motora)	O seu quadro continua o mesmo, com crises constantes, assim, não houve evolução do seu quadro de auto-insuficiência.
07 - Propensão a quedas	Como o idoso permanece em desequilíbrio motor e também devido a própria idade, a insuficiência está presente
08 - Mobilidade física reduzida	O estado de auto-insuficiência não progrediu, pois o indivíduo, mesmo perante a estímulos, permanece resistindo a atividades físicas
09 - Isolamento	Como não ocorreu melhoras em relação a integração social, e o idoso permanece se isolando, a auto-insuficiência continua evidenciada.
10 - Vida sedentária	Apesar dos esforços freqüentes na modificação do sedentarismo diário, o idoso não progrediu para auto-suficiência.

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
11 - Comunicação de difícil entendimento	O problema continua sem apresentar progressões, reafirmando a sua auto-insuficiência.
12 - Constipação intestinal	Como a constipação no parkinsonismo é uma característica normal, dificilmente passará para auto-suficiência.
13 - Dificuldade de sono	O idoso continua referindo insônia constante; o quadro não evoluiu de auto-insuficiência para auto-suficiência.
14 - Visão diminuída	Sendo a diminuição visual no idoso infima e própria do envelhecer, foi verificado no mesmo auto-suficiência.
15 - Reação a medicação	A auto-insuficiência do idoso continua evidente, mesmo com a permuta medicamentosa.
16 - Desintegração ao meio ambiente	Como não ocorreu melhoras em relação a integração social, e o idoso permanece se isolando, a auto-insuficiência continua evidenciada.
17 - Desejo de morrer	O idoso reafirma quotidianamente desejo de morrer, ficando na auto-insuficiência.
18 - Insegurança emocional	Apesar de apresentar certa melhora em alguns momentos, o idoso referia se sentir inseguro em relação às pessoas, não superando a auto-insuficiência.
19 - Apatia	Mesmo demonstrando contentamento durante os passeios, o idoso, no ambiente asilar dificilmente fugia de sua apatia, por isso, a auto-insuficiência ainda está presente.

## **PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

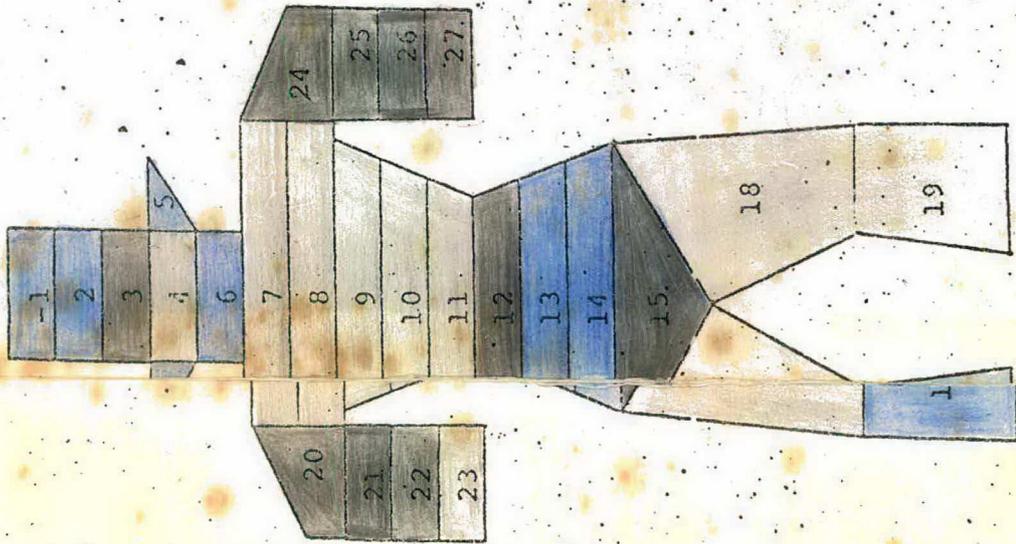
**Como o parkinsonismo é uma doença progressiva e o idoso refere que a mesma possui grande repercussão em sua vida diária, deseja freqüentemente a morte como forma de amenizar seu sofrimento. A auto-insuficiência é de difícil reversão. Sendo assim, o prognóstico é considerado ruim para o cuidador, porém bom para o idoso, uma vez que a morte exterminará sua dor.**

**Elaborado pela Acadêmica: ADRIANA DUARTE SILVA**

Modelo de Autonomia = (Auto-Suficiência)  
"GERONTE"

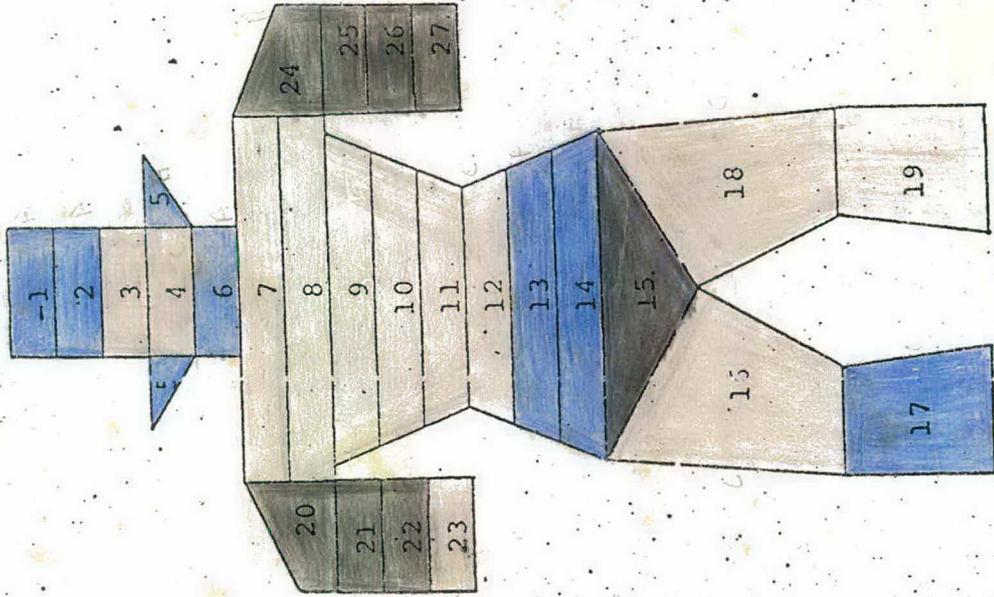
Nome: D. Y. S.

Idade: 71



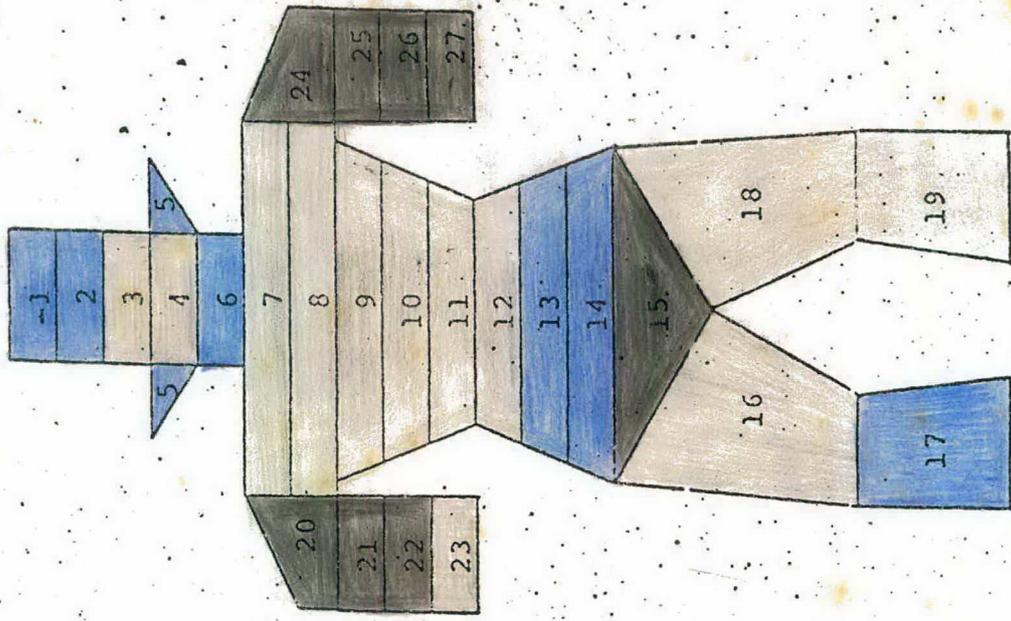
Em: 24.1.94

Acadêmica: Adriana



Em: 30.10.1994

Acadêmica: Adriana



Em: 10.10.1994

Acadêmica: Adriana

## ANEXO 17

### PROCESSO DE ENFERMAGEM

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### I - IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO:

M. de S. A., 80 anos, cor branca, católica, brasileira, viúva, natural de Laguna, procedente de Bela Vista II, São José, chegou a esta instituição em julho de 1993, em cadeira de rodas. Lúcida, orientada, consciente, comunicativa, acompanhada pelo filho.

#### II - PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS:

Teve, na primeira infância, paralisia infantil que a deixou com seqüelas e dificuldades de marcha. Tem história de hipertensão, faz uso de anti-hipertensivo. Teve AVC, em 1992, originando disfagia e hemiplegia esquerda e também, doença diverticular do cólon. Tem problemas pulmonares com infecções das vias aéreas superiores com freqüência.

Possui seis filhos, três homens, sendo um falecido e três mulheres. Uma filha com o vírus de HIV, contaminada pelo segundo marido já faleceu. Um filho usuário de drogas, outro com doença mental. Viúva, residia com uma filha. Esta realizou mastectomia, radioterapia, quimioterapia, ficando impossibilitada de cuidá-la. O único filho que deseja e tem condições de cuidá-la, a nora rejeita.

### **III - PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:**

#### **NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS:**

**1 - Oxigenação:** dispnéica, respiração ruidosa, cansada, palidez cutâneo mucosa, relata falta de ar. Tosse produtiva com expectoração, secreção amarelada espessa em pouca quantidade, ausculta pulmonar apresentando roncos e sibilus. R: 28 mpm.

**2 - Hidratação:** idosa desidratada, ingere em média um a um e meio copo de água por dia. Não é estimulada a ingesta hídrica. Gosta de chás e sucos.

**3 - Alimentação:** alimenta-se da dieta oferecida pela instituição (sopa, salada, arroz, feijão, ovos, carnes, frutas). Tem bom apetite. Devido a hemiplegia esquerda, tem dificuldades de manipular talheres e alimentar-se.

**4 - Eliminações:** evacua com dificuldade, fezes ressequidas, média quantidade, com pouca frequência (quatro vezes por semana, mais ou menos), coloração e odor característicos.

Idosa faz uso de calça plástica para dormir: possui um certo grau de incontinência urinária. Urina 3 a 4 vezes por dia, média quantidade, cor e odor característicos.

**5 - Sono e Repouso:** normalmente dorme toda a noite e tira alguns "cochilos" durante o dia. Entretanto ultimamente não tem dormido bem devido ao cansaço, falta de ar e tosse.

**6 - Atividades Físicas:** acamada, fazendo uso de cadeira de rodas, hemiplegia esquerda (seqüela de AVC). Tem dificuldade de marcha. Não realiza fisioterapia ou alguma atividade física.

**7 - Integridade cutâneo-mucosa:** pele desidratada, descamando em MMII. Grande fragilidade capilar. Processo ulcerativo a nível de maléolo em MIE, cotovelo MSE e região lombo-sacra. A coloração da pele, principalmente a nível de membros, apresenta grande quantidade de manchas hemorrágicas. No couro cabeludo, presença de caspas em pequena quantidade.

**8 - Integridade Física:** a idosa faz uso de prótese em arcada superior, estando a inferior desprovida de dentes.

**9 - Cuidado corporal:** a idosa necessita de ajuda no banho, não podendo fazê-lo sozinha. Apresenta higiene oral em precárias condições.

**10 - Regulações:**

- Neurológica: lúcida, consciente, comunicativa, orientada, tendo perda de memória.

- Hidroeletrólítica: desidratada

- Vascular: instabilidade na pressão arterial, acima da média, acompanhada de cefaléia intensa. Pulso: 92 bpm; pressão arterial em 130/70 mmHg.

11 - Percepções dos órgãos dos sentidos: não há alterações significativas nesses sentidos, somente uma diminuição dos mesmos, característicos da faixa etária.

12 - Terapêutica: idosa apresenta uma diminuição na quantidade da massa muscular. Tem uma grande fragilidade capilar, tendo soroma com facilidade.

Prescrição médica em 12/05/94:

1 - Depometrol

2 - Benzetacil

3 - Aerolin

4 - Aminofilina

5 - Nebulização

6 - Fisioterapia respiratória.

13 - Sexualidade: idosa refere ser apaixonada por um dos funcionários, sente-se traída quando esse dá atenção a outras idosas.

14 - Segurança Física: propensa a quedas.

15 - Meio ambiente: a mesma, devido a seu estado de saúde, encontra-se na enfermaria, não tendo um espaço específico.

### **NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS:**

Devido a própria condição de saúde, agravada pela doença, a separação da família, ambiente familiar e carência afetiva própria da idade, a idosa encontra-se com suas necessidades psico-sociais e psico-espirituais amplamente atingidas.

As experiências de amor, para muitos, iniciam-se intra-útero e se estendem por toda a vida. Entretanto é na velhice que ficam mais sujeitas a desequilíbrios. A idosa possui suas necessidades de amor, afeto, atenção afetadas. Possui uma grande carência afetiva, mantendo uma relação forte com todas as pessoas que dela se aproximam.

M. de S. A. possui auto-imagem, estima e auto-estima afetadas, não conseguindo confrontar-se com o próprio processo de envelhecimento. Costuma dizer "Sou feia, um trapo, velha, não sirvo para nada, quero morrer..."

A idosa sente-se realizada pela vida que teve e gosta de relembrar o passado. Sua liberdade e espaço estão restritas ao leito e à cadeira de rodas, uma vez que não possui meios de locomover-se.

Com as crises freqüentes de infecção pulmonar, a idosa encontra-se cansada, tendo dificuldade em comunicar-se.

Devido ao ambiente asilar e o afastamento da família, a idosa está com a gregária afetada, sentindo muita saudade dos filhos e da família.

Participa das recreações desenvolvidas na instituição, assiste as doutrinas espíritas e acredita muito em Deus.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-INSUFICIÊNCIA E AUTO-SUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS PRESENTES OU FUTURAS
1 - Tosse produtiva	-eliminação -oxigenação -hidratação -sono e repouso	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
2 - Cansaço	-regulação -locomoção -oxigenação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
3 - Roncos pulmonares	-oxigenação -eliminação -hidratação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
4 - Dispnéia	-oxigenação -regulação eletrolítica -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
5 - Palidez cutâneo mucosa	-oxigenação -circulação -nutrição -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
6 - Pele seca e descamada	-hidratação -integridade cutâneo mucosa -cuidado corporal -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE
7 - Fezes ressequidas	-hidratação -eliminação -nutrição -ambiente -espaço -liberdade	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
8 - Dificuldade de expectoração	-hidratação -eliminação -motilidade -integridade cutâneo mucosa -ambiente	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-INSUFICIÊNCIA E AUTO-SUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS PRESENTES OU FUTURAS
9 - Acamada	-locomção -ambiente -integridade física -espaço -liberdade -gregária -imagem -auto-imagem -estima -auto-estima -participação -atividade física	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA TERCIÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
10 - Uso de cadeira de rodas	-locomção -atividade física -imagem -auto-imagem -estima -auto-estima -auto-realização -ambiente -participação -espaço -liberdade	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA TERCIÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
11 - Hemiplegia esquerda	-locomção -mecânica corporal -integridade física	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
12 - Fragilidade capilar	-regulação -cuidado corporal -motilidade -integridade cutâneo mucosa	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
13 - Processo de ulceração	-cuidado corporal -motilidade -oxigenação -integridade cutâneo mucosa	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
14 - Membros hiperemiados	-oxigenação -integridade cutâneo mucosa	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE
15 - Manchas hemorrágicas	-oxigenação -integridade cutâneo mucosa	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-INSUFICIÊNCIA E AUTO-SUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS PRESENTES OU FUTURAS
16 - Separação da família 18 - Saudades dos filhos	-gregária -filosofia de vida -imagem -estima	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
17 - Vontade de morrer	-filosofia de vida -ambiente -religiosidade	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
18 - Perda da liberdade 19 - Perda da privacidade	-liberdade -espaço -filosofia de vida	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO

**PLANO DE CUIDADOS:**

**01 - Tosse produtiva**

**02 - Cansaço.**

**03 - Roncos pulmonares.**

**04 - Dispneia.**

**- Incentivar a ingestão hídrica (água e/ou chá)**

**- Realizar tapotagem após nebulização**

**- Deixar cabeceira da cama elevada (Semi Fowler)**

**- Orientar na fisioterapia respiratória - soprar luva, incentivar tosse, respiração profunda**

**- Observar sinais vitais**

**- Observar características das secreções.**

**05 - Palidez cutâneo mucosa.**

**06 - Pele seca e descamada.**

**07 - Fezes ressequidas.**

**08 - Dificuldade de expectoração.**

**- Incentivar ingestão hídrica**

**- Proporcionar banho de sol em horário adequado**

**- Realizar massagens**

**- Passar hidratante**

**09 - Acamada.**

**10 - Uso de cadeira de rodas.**

**11 - Hemiplegia esquerda.**

**- Realizar fisioterapia**

**- Realizar massagens**

**- Incentivar a deambulação**

**- Proporcionar banho de sol**

**12 - Fragilidade capilar.**

**13 - Processo de ulceração.**

**14 - Membros hiperemiados.**

**15 - Manchas hemorrágicas.**

**- Orientar a equipe de saúde sobre a necessidade do cuidado na mecânica corporal**

**- Realizar massagens**

**- Supervisionar o banho de sol**

**- Realizar mudanças de decúbito**

**- Utilizar luvas de água nos locais mais propícios à pressão**

**16 - Separação da família.**

**17 - Saudades dos filhos.**

**18 - Vontade de morrer.**

**19 - Perda da liberdade.**

**20 - Perda da privacidade.**

- Contactar com familiares para verificar uma possível visita
- Ouvir, conversar com a idosa a respeito do assunto
- Descobrir os motivos que levam a idosa a querer morrer, discutí-los
- Manter o ambiente, na medida do possível reservado à mesma
- Não trocá-la de cama
- Manter seus pertences junto a ela.

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
01 - Tosse produtiva 02 - Cansaço 03 - Roncos	Durante o período que seguiu-se, a idosa executou duas mudanças de estado, não atingindo o estado almejado - imagem. A auto-insuficiência interna permanece.
04 - Dispneia 05 - Palidez cutâneo-mucosa	Não houve mudança de estado; a base da necessidade manteve-se em auto-insuficiência interna.
06 - Pele seca e descamada 07 - Fezes ressequidas 08 - Dificuldade de expectoração	Chegou-se ao estado de equilíbrio, a base da necessidade foi mudada de auto-insuficiência interna para auto-suficiência interna.
09 - Acamada 10 - Uso de cadeira de rodas 11 - Hemiplegia esquerda	Mesmo aplicada a "função", não foi atingido o estado almejado, devido ao quadro clínico da idosa. Permaneceu com auto-insuficiência interna.
12 - Fragilidade capilar 13 - Processo de ulceração 14 - Membros hiperemiados 15 - Manchas hemorrágicas	A base da necessidade foi mudada, chegou-se ao equilíbrio, evoluindo de auto-insuficiência interna para auto-suficiência interna.
16 - Separação da família 17 - Saudades dos filhos 18 - Vontade de morrer 19 - Perda da liberdade 20 - Perda da privacidade	Devido a condição asilar em que se encontrava a idosa, e seu estado clínico, apesar de aplicadas as funções, não houve mudança na base da necessidade e a mesma continua em desequilíbrio, auto-insuficiência externa.

## PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

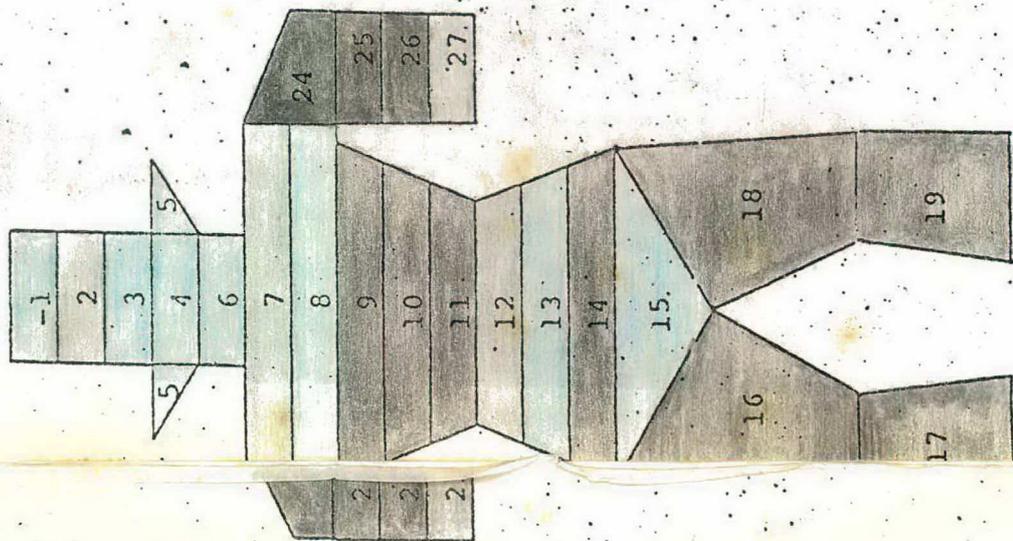
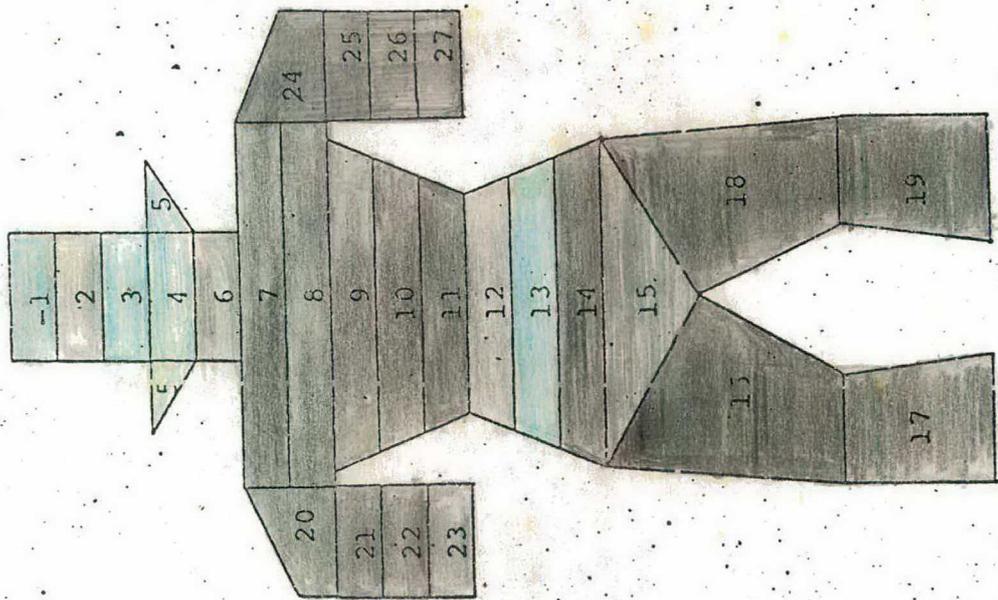
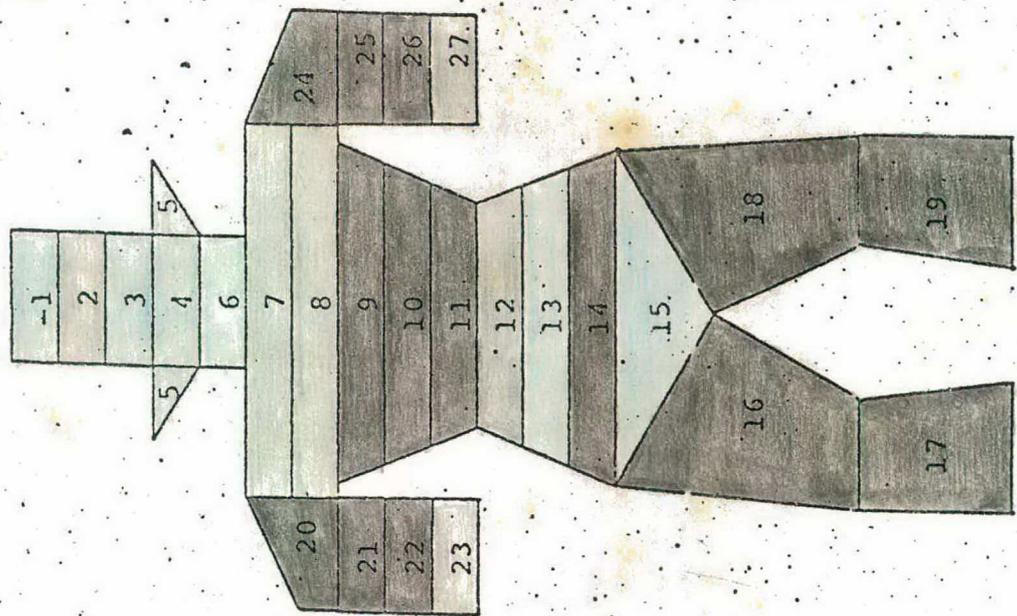
Considerou-se o prognóstico da idosa bom, uma vez que seu estado clínico manteve-se. Houve poucas mudanças na base das necessidades, mas estas, quando ocorreram, demonstraram uma evolução para auto-suficiência.

Elaborado pela Acadêmica: DIONICE FURLANI

Modelo de Autonomia = (Auto-Suficiência)  
"GERONTE"

Nº do Idoso: m. de 5.ª f.

Idade: 60 anos



Em Junho de 1994  
Acadêmica: S.B.

Em Maio de 1994  
Acadêmica: S.B.

Em Abril de 1994  
Acadêmica: Dionice Furlani

**ANEXO 18****PROCESSO DE ENFERMAGEM****HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:****I - IDENTIFICAÇÃO:**

M. A. S. N., 81 anos, católica, branca, natural de Florianópolis, foi internada na instituição em 04/11/72, por vontade própria.

**II - PERCEPÇÃO OU EXPECTATIVAS:**

M. A. viveu com a mãe até os 47 anos, quando se casou com P.L.N. Não tiveram filhos e com 10 anos de casada, ficou viúva e foi residir com sua irmã, sentia que levava uma vida muito sedentária, já que a irmã não a deixava fazer nada. Assim, decidiu procurar uma vaga no asilo da SERTE. Quando conseguiu, doou sua casa e terreno para a instituição e se internou.

Durante anos foi bastante ativa, desenvolvendo atividades, como corte e costura, rendas e tapete para os outros idosos. Atualmente encontra-se bastante isolada por estar com dificuldades visuais. Não recebe visitas dos familiares, e apresenta resistência a deambulação e integração social.

**III - PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS - PSICO-BIOLÓGICAS:**

**1 - Oxigenação:** não foi constatada nenhuma história de problemas respiratórios. Respiração em 18 mpm.

**2 - Hidratação:** ingere duas canecas de café com leite diariamente, e água a vontade, conforme sente necessidade.

**3 - Alimentação:** por não querer ir ao refeitório, algumas vezes a idosa fica sem alimentar-se. Quando oferecido, aceita toda a dieta da instituição.

**4 - Eliminações:** evacua todos os dias, e urina de três a quatro vezes por dia.

**5 - Sono e Repouso:** refere dormir a noite toda, acordando somente quando tem algum barulho.

**6 - Atividades Físicas:** praticamente nula, deambulando somente da cama para o sofá e quando precisa ir ao banheiro, porém, quando estimulada, deambula pelos corredores da instituição.

**7 - Integridade Física:** idosa não possui membros amputados. Os membros inferiores possuem discreta desproporção no que se refere a tamanho. Não possui dentição e não faz uso de próteses.

**8 - Integridade Cutâneo-mucosa:** idosa possui pele seca em toda a extensão corpórea, com eritema em ambos os membros inferiores. Observa-se grande quantidade de excrescências ceborreicas no couro cabeludo. Apresenta halitose moderada.

**9 - Cuidado corporal:** é auxiliada na higiene e conforto, tomando banho diariamente pela manhã, lavando a cabeça uma vez por semana. Foi observado que a idosa, quando estimulada, possui maior auto-suficiência durante o banho. Faz higiene oral uma vez por dia, pela manhã. Há acúmulo excessivo de cerúmen em ambos os pavilhões auditivos.

**10 - Regulações:**

- Térmica: temperatura: 36,2° C.
- Hidro-eletrolítica: edema acentuado em membros inferiores.
- Vascular: pulso em 70 bpm e pressão arterial em 140/80 mmHg.

**11 - Percepção dos Órgãos dos Sentidos:** apresenta redução na acuidade visual e auditiva, sendo que a percepção tátil está acentuada em compensação da dificuldade visual.

**12 - Terapêutica:** atualmente não faz uso de nenhuma medicação.

**13 - Sexualidade:** refere se sentir feia e muito sozinha.

14 - Segurança Física: idosa propensa a quedas, principalmente pela dificuldade visual.

15 - Meio Ambiente: refere não gostar de dividir o quarto com mais três idosas, preferindo um quarto menor. Não gosta do ambiente asilar, pois tem pouca integração social no mesmo.

#### **NECESSIDADES PSICO-SOCIAIS:**

Constatado que M.A., por dificuldade visual, isolou-se dos demais idosos, privando-se de qualquer atividade conjunta, como alimentar-se no refeitório. Chora constantemente, referindo saudades da família e do tempo em que podia exercer atividades domésticas e recreativas. Refere ainda, estar emagrecendo muito, tornando-se feia. Não aceita participar de nenhuma atividade programada, e fica bastante resistente quando convidada a sair do ambiente de costume.

#### **NECESSIDADES ESPIRITUAIS:**

Refere ser católica não praticante, e não ligar para o tipo de religião, que o importante é rezar para Deus, que é um só para todos.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NATUREZA DAS NECESSIDADES	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS PRESENTES OU FUTURAS
1 - Diminuição da acuidade visual	-imagem -auto-imagem -aceitação -participação -cuidado corporal -percepção visual -integridade física -atividade física -comunicação -recreação -liberdade -locomoção -nutrição	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO(?)
2 - Não recebe visitas dos familiares	-gregária -estima -auto-estima -comunicação -aceitação -imagem -auto-imagem -filosofia de vida	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE
3 - Pouca integração social	-comunicação -recreação -gregária -participação -ambiente -motilidade -imagem -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
4 - Resistência a deambulação	-filosofia de vida -recreação -participação -ambiente -locomoção -atividade física -cuidado corporal	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
5 - Não está se alimentando por não trazerem no quarto	-liberdade -participação -recreação -nutrição -ambiente -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA TERCIÁRIA	PASSADO

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NATUREZA DAS NECESSIDADES	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS PRESENTES OU FUTURAS
6 - Atividade física praticamente nula	-cuidado corporal -recreação -participação -liberdade -auto-realização -atividade física -mecânica corporal -locomoção -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
7 - Pele seca e hipocorada	-hidratação -nutrição -auto-imagem -cuidado corporal -ambiente	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO
8 - Edema em membros inferiores	- regulação eletrolítica -eliminação -exercício e atividades físicas	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
9 - Presença de excrescências seborreicas no couro cabeludo	-imagem -cuidado corporal -integridade cutânea mucosa -nutrição -hidratação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
10 - Diminuição da acuidade auditiva	-comunicação -participação -recreação -aceitação -auto-realização -percepção auditiva -cuidado corporal -regulação neurológica -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
11 - Acúmulo de cerúmen em ambos os pavilhões auditivos	-comunicação -participação -cuidado corporal -percepção auditiva -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO
12 - Ausência de denteição	-integridade física -auto-imagem -nutrição -comunicação -percepção gustativa -aceitação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NATUREZA DAS NECESSIDADES	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS PRESENTES OU FUTURAS
13 - Halitose moderada	-auto-imagem -comunicação -cuidado corporal -integridade cutâneo mucosa	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
14 - Solidão (refere se sentir sozinha e feia)	-gregária -estima -auto-estima -imagem -participação -recreação -comunicação -aceitação -auto-aceitação -criatividade	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
15 - Propensão a quedas	-liberdade -espaço -auto-realização -ambiente -percepção visual -imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
16 - Não realiza atividades recreativas	-recreação e lazer -comunicação -participação -espaço -gregária -ambiente -imagem -estima -filosofia de vida	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)
17 - Chora constantemente ficando apática e desinteressada das coisas que a rodeiam	-estima -auto-estima -aceitação -auto-realização -gregária -comunicação -imagem -auto-imagem -ambiente	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM	NATUREZA DAS NECESSIDADES	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS PRESENTES OU FUTURAS
18 - Encontra-se, por vezes, desorientada quanto a tempo e espaço	<ul style="list-style-type: none"> <li>-orientação no tempo</li> <li>-orientação no espaço</li> <li>-oxigenação</li> <li>-percepção auditiva</li> <li>-ambiente</li> <li>-comunicação</li> <li>-participação</li> <li>-regulação neurológica</li> <li>-nutrição</li> </ul>	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO (?)

## **PLANO DE AÇÃO**

### **1 - Diminuição da acuidade visual.**

- **Conversar com a idosa, incentivando a falar sobre o problema demonstrando compreender suas dificuldades.**
- **Investigar quando começou a apresentar o problema e o que já foi feito a respeito.**
- **Encaminhar para o oftalmologista.**

### **2 - Não recebe visitas dos familiares.**

- **Conversar sobre seus familiares, abrindo espaço para que a mesma relate sobre sua vida passada, convivência com familiares e comunidade.**
- **Entrar em contato com a família para possível visita domiciliar.**

### **3 - Pouca integração social.**

- **Investigar motivo do isolamento.**
- **Incentivar participação das atividades recreativas.**
- **Incentivar integração social com outros idosos.**

### **4 - Resistência a deambulação.**

- **Conversar sobre a importância de atividades físicas para a manutenção da saúde.**

- Estimular deambulação.
- Realizar massagens.

**5 - Não está se alimentando por não trazerem no quarto.**

- Investigar o motivo de não lhe trazerem alimentação.
- Incentivar ida ao refeitório.
- Trazer a alimentação no quarto ou no corredor.

**6 - Atividade física praticamente nula.**

- Conversar sobre a importância de atividades físicas para a manutenção da saúde.
- Estimular deambulação.
- Realizar massagens.
- Incentivar participação nas atividades recreativas.
- Conversar com fisioterapeuta para possíveis sessões de fisioterapia.

**7 - Pele seca e hipocorada.**

- Orientar uso diário de hidratante.
- Incentivar ingestão hídrica diária.
- Oferecer alimentos ricos em ferro.

**8 - Edema em membros inferiores.**

- Elevar membros em ângulo de 45 graus.

- Estimular deambulação.
- Encaminhar para avaliação médica.

#### **9 - Presença de excrescências seborreicas no couro cabeludo.**

- Incentivar higiene pessoal, com lavagem do couro cabeludo, pelo menos, duas vezes por semana.
- Oferecer shampoo anti-caspa.

#### **10 - Diminuição da acuidade auditiva.**

- Investigar diminuição auditiva, quando começou e o que já foi feito a respeito.
- Conversar com a idosa, levantar suas dúvidas dando afeto, compreensão e esclarecimentos.
- Explicar para a idosa o processo de envelhecimento, as mudanças que ocorrem e suas conseqüências.

#### **11 - Acúmulo de cerúmen em ambos os pavilhões auditivos.**

- Realizar limpeza auditiva.

#### **12 - Ausência de dentição.**

- Investigar se a ausência da dentição está ocasionando problemas referentes a alimentação ou a auto-imagem.
- Verificar possibilidade do uso de prótese.
- Oferecer dieta pastosa e de fácil digestão.

**13 - Halitose moderada.**

- Estimular higiene oral pela manhã e após as refeições.

**14 - Solidão (refere se sentir sozinha e feia).**

- Dar atenção e conversar com a idosa.
- Estimular interação com outros idosos.
- Abrir espaço para que fale de seus problemas, angústias e qual seria a melhor maneira de amenizá-los.
- Ver possibilidade, se necessário, de encaminhar para terapeuta ou grupo de apoio.
- Incentivar vinda dos familiares.

**15 - Propensão a quedas.**

- Orientar para caminhar devagar ou usando o corrimão.
- Proporcionar segurança durante o banho.
- Observar ambiente, e retirar objetos e tapetes que possam proporcionar quedas.

**16 - Não realiza atividades recreativas.**

- Investigar o que gostava e gosta de fazer.
- Proporcionar atividade que possa desenvolver.

- Incentivar participação nas sessões de musicoterapia e caminhadas pelos arredores da instituição.

17 - Chora constantemente ficando apática e desinteressada das coisas que a rodeiam.

- Dar atenção apoio e carinho, fazendo com que se sinta estimada e amada.

- Levantar expectativas, junto a idosa, para voltar a se relacionar e interagir com outras pessoas.

- Conversar sobre assuntos que são interessantes e agradáveis para a idosa.

- Procurar envolver os familiares na ajuda a idosa.

18 - Encontra-se, por vezes, desorientada, quanto a tempo e espaço.

- Conversar sobre fatos passados que ela lembra ou os familiares referiram.

- Orientar quanto ao dia, mês, ano e local todos os dias.

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
1 - Diminuição da acuidade visual	Este quadro se mantém inalterado, uma vez que a idosa, ao ser avaliada pelo oftalmologista, obteve a informação que somente através de cirurgia poderá melhorar a acuidade visual. Portanto, não evoluiu de auto-insuficiência para auto-suficiência.
2 - Não recebe visitas dos familiares	Houve progresso neste problema, pois os familiares visitaram a idosa por duas vezes durante a permanência das acadêmicas, levando-a a ficar auto-suficiente.
3 - Pouca integração social	Apesar do incentivo para a reversão da situação, considerou-se não ter evoluído de auto-insuficiência para auto-suficiência, uma vez que ocorreu melhora somente com relação às acadêmicas.
4 - Resistência a deambulação	Apesar da resistência, quando muito estimulada pela acadêmica, na qual criou confiança, aceitava caminhar pela instituição. Contudo não houve evolução para auto-suficiência.
5 - Não está se alimentando por não trazerem no quarto	Mesmo permanecendo resistente em ir ao refeitório, considerou-se que houve evolução para auto-suficiência, uma vez que a idosa voltou a se alimentar normalmente.
6 - Atividade física praticamente nula	Apesar de todo o esforço despendido, a idosa permaneceu no seu quadro de auto-insuficiência.
7 - Pele seca e hipocorada	Como houve reversão do problema, alcançou-se um estado de auto-suficiência.
8 - Edema em membros inferiores	A auto-insuficiência permaneceu, visto que o edema continuou acentuado em membros inferiores, mesmo mediante os cuidados de enfermagem.
9 - Presença de excrescências seborreicas no couro cabeludo	Houve melhora no quadro, e se o plano de cuidados continuar sendo realizado, a auto-suficiência será alcançada.
10 - Diminuição da acuidade auditiva 11 - Acúmulo de cerúmen em ambos os pavilhões auditivos	Com a lavagem auditiva, ocorreu melhoras na acuidade auditiva, e como a diminuição da acuidade é própria do envelhecer, considerou-se que evoluiu para um estado de auto-suficiência.
12 - Ausência de dentição	O estado permaneceu auto-insuficiente, pois mesmo a idosa mostrando interesse no uso de próteses, por motivo econômico ainda não houve possibilidades.
13 - Halitose moderada	Mesmo incentivando ao hábito diário de higienização oral, não houve retorno, permanecendo em estado de auto-insuficiência.
14 - Solidão (refere se sentir feia e sozinha)	Mesmo com a vinda dos familiares e a presença diária das acadêmicas, considerou-se permanência da auto-insuficiência, porque fora esses momentos, a idosa permanecia sozinha, sem interagir com quase ninguém.
15 - Propensão a quedas	Como a idosa continua propensa a quedas, o estado de auto-insuficiência não alterou-se.

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO
17 - Chora constantemente ficando apática e desinteressada das coisas que a rodeiam	Apesar de não mais chorar, por muitos momentos permanece desinteressada e distante, estando o estado de auto-insuficiência ainda presente.
18 - Encontra-se, por vezes, desorientada quanto a tempo e espaço	Como a idosa ainda não se orienta quanto a tempo, a auto-insuficiência permanece evidenciada.

## **PROGNÓSTICO:**

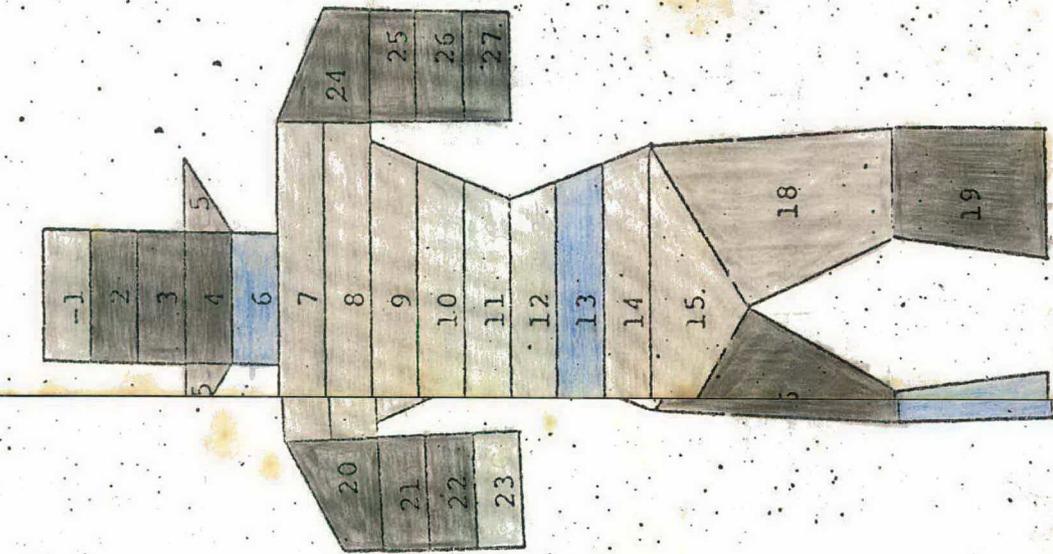
O prognóstico, neste caso, apesar de todas as auto-insuficiências evidenciadas, pode ser considerado bom, uma vez que a idosa refere ser a diminuição da acuidade visual, seu maior impecilho para um envelhecer saudável. Se a mesma retornar ao oftalmologista, realizar a cirurgia e apresentar, com isso, melhoras na acuidade visual, conseqüente o quadro depressivo também irá reverter-se, mudando assim, para um estado de auto-suficiência. Por outro lado, será ruim, se a auto-insuficiência permanecer inalterada.

**Elaborado pela Acadêmica: ISA TAVARES BARBOSA**

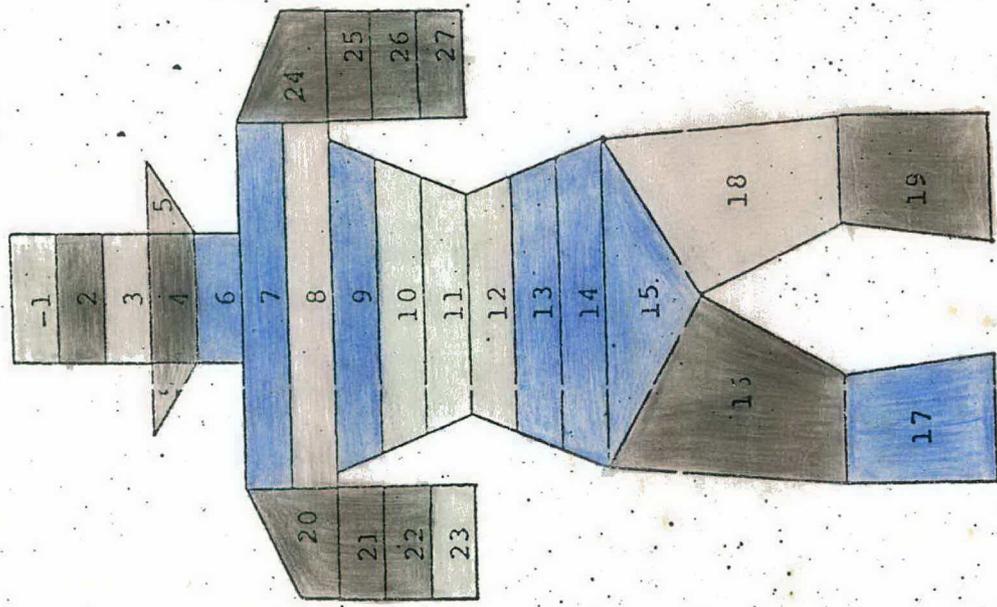
Modelo de Autonomia = (Auto-Suficiência)  
"GERONTE"

Nome: Idoso M.A.S.N.

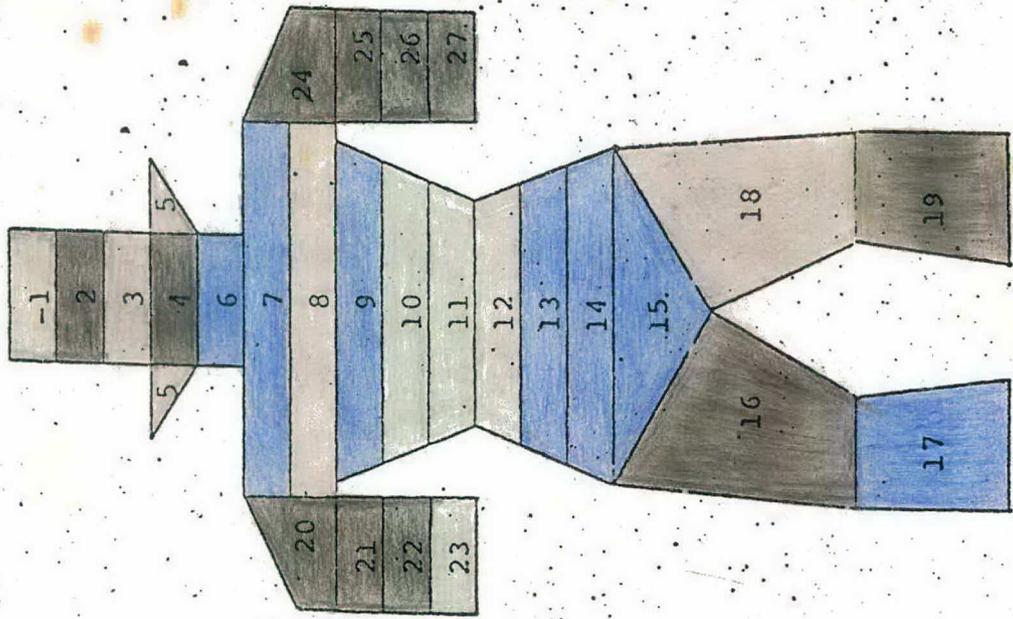
Idade: 81 anos



Em: 4/99  
Acad.: Soa



Em: 3.01.05/94  
Acadêmica: Soa



Em: 15/06/94  
Acadêmica: Soa

## **ANEXO 19**

### **PROCESSO DE ENFERMAGEM**

### **HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

#### **I - IDENTIFICAÇÃO:**

A.I.C., 74 anos, branco, católico não praticante, procedente de Florianópolis, foi internado no asilo da SERTE em 26/08/77, pela filha.

#### **II - PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS:**

Idoso rejeitado pelos filhos, desejava o internamento. Foi soldado no exército, depois vendia loterias. Era alcoolista, muitas vezes tendo sido encontrado na rua, sem consciência. Sua família refere que o idoso era bastante "boêmio e mulherengo". Deixou sua primeira esposa para casar-se novamente, sendo que a segunda esposa faleceu. A partir daí, começou a levar mulheres para casa, que lhe roubavam os pertences. Maltratava sua segunda esposa, porém diz que a amava muito. Tem uma casa que é cuidada pela sua filha mais velha (alugada). Gosta muito dessa filha, e refere vontade de ir morar com a mesma.

#### **III - PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS - NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS:**

**1 - Oxigenação:** idoso eupneico, com ausência de tosse e expectoração. Fumante de longa data.

**2 - Hidratação:** ingere líquidos somente junto às refeições. Refere não sentir sede.

**3 - Alimentação:** ingere a dieta oferecida. Alimenta-se rapidamente, não mastigando bem, sendo que não possui dentes.

**4 - Eliminações:** evacua diariamente fezes em quantidade e características normais. Urina normalmente. Tem enurese.

**5 - Sono e Repouso:** refere ter um sono tranquilo. Não gosta de ambiente claro, para dormir.

**6 - Atividades Físicas:** está fazendo fisioterapia duas vezes por semana. Caminha pelos corredores, com alguma dificuldade, apoiado em uma bengala. Além disso, não realiza atividades físicas.

**7 - Integridade Física:** não apresenta membros amputados. Seu corpo mantém-se vertido para o lado esquerdo (principalmente tronco e pescoço), devido a seqüela de AVC, apresentando dificuldades de movimentação ao outro lado do corpo.

**8 - Integridade Cutâneo-Mucosa:**

**-Pele: apresenta-se bastante desidratada; possui alguns cravos no nariz e rosto.**

**Unhas compridas, tanto dos pés, quanto das mãos.**

**- Couro cabeludo: apresenta grande quantidade de excrescências ceborreicas.**

**Mantém-se com boné o dia todo, mesmo logo após lavar os cabelos. Lava seus cabelos, de duas a três vezes por semana.**

**- Ouvidos: grande quantidade de cerume em ambos os pavilhões auditivos.**

**- Dentes: ausência de dentes e de dentadura.**

**- Cuidado corporal: toma banho de chuveiro todos os dias, auxiliado pelo atendente de higiene e conforto. Não consegue colaborar no banho, nem em sua toailete.**

**Higiene oral feita uma vez ao dia, após almoçar.**

**10 - Regulações:**

**- Térmica: normal.**

**- Hormonal: normal.**

**- Neurológica: períodos de desorientação no tempo.**

**- Hidroeletrólítica: aparentemente normal.**

**- Vascular: pulso 88 bpm; pressão arterial em 130/80 bpm.**

**11 - Percepção dos Órgãos dos Sentidos:**

- Visual: diminuída.
- Auditiva: diminuída.
- Tátil, gustativa e dolorosa: sem alterações.

**12 - Terapêutica:** no momento não está fazendo uso de nenhum tipo de medicação.

**13 - Sexualidade:** atualmente não possui parceira sexual. Quer casar-se novamente.

**14 - Segurança Física:** idoso propenso a quedas devido a seqüela de AVC.

**15 - Meio ambiente:** não refere queixas quanto ao meio em que vive.

**NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS:**

Idoso pouco se comunica com os demais internos. Pede cigarro constantemente, e quando não é oferecido, reclama e fala mal da pessoa a quem pediu. Não recebe a visita dos familiares com freqüência, nem pode ir visitá-los, devido a dificuldade de locomoção.

Tem muita vontade de casar-se novamente, e diz que se isso já tivesse ocorrido, não estaria mais no asilo.

**NECESSIDADES ESPIRITUAIS:**

**Católico não praticante, não faz orações, e refere não pensar muito  
nisso.**

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS.
1 - Rejeição pelos filhos.	-estima -auto-estima -imagem -auto-imagem -aceitação -comunicação -aprendizagem -filosofia de vida	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
2-Era alcoolista	-estima -auto-estima -imagem -auto-imagem -gregária -aceitação -aprendizagem -filosofia de vida -auto-realização -regulação neurológica	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
3 - Maltratava a esposa	-estima -auto-estima -imagem -auto-imagem -gregária -aceitação -liberdade -espaço -filosofia de vida -sexualidade -aprendizagem -ambiente	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA	PASSADO PRESENTE

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS.
4 - Não mastiga bem (alimenta-se rapidamente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-nutrição</li> <li>-cuidado corporal</li> <li>-regulação neurológica</li> <li>-regulação eletrolítica</li> <li>-percepção gustativa</li> <li>-percepção olfativa</li> <li>-auto-imagem</li> <li>-aceitação ambiente</li> </ul>	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
5 - Tem enurese	<ul style="list-style-type: none"> <li>-eliminação</li> <li>-sono e repouso</li> <li>-motilidade</li> <li>-locomoção</li> <li>-cuidado corporal</li> <li>-imagem</li> <li>-auto-imagem</li> <li>-estima</li> <li>-auto-estima</li> </ul>	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
6 - Não realiza atividades físicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-exercício e</li> <li>atividades físicas</li> <li>-mecânica corporal</li> <li>-integridade física</li> <li>-locomoção</li> <li>-auto-imagem</li> <li>-auto-estima</li> <li>-participação</li> <li>-criatividade</li> <li>-espaço</li> <li>-cuidado corporal</li> <li>-gregária</li> <li>-aceitação</li> <li>-recreação</li> <li>-liberdade</li> <li>-auto-realização</li> </ul>	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS.
7 - Pele desidratada	-hidratação -nutrição -cuidado corporal -ambiente -auto-imagem -comunicação	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE FUTURO
8 - Excreções seborreicas no couro cabeludo	-hidratação -nutrição -cuidado corporal -integridade cutâneo mucosa -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE
9 - Cravos na pele	-hidratação -nutrição -cuidado corporal -integridade cutâneo mucosa -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE
10 - Cerúmen em ambos os pavilhões auditivos	-cuidado corporal -percepção auditiva -ambiente -comunicação -participação -auto-imagem	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PASSADO PRESENTE
11 - Não possui dentes	-nutrição -percepção gustativa -auto-imagem -aceitação -comunicação integridade física	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PRESENTE FUTURO

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS.
12 - Dificuldade de locomoção	<ul style="list-style-type: none"> <li>-exercício</li> <li>atividades físicas</li> <li>-mecânica corporal</li> <li>-integridade física</li> <li>-locomoção</li> <li>-ambiente</li> <li>-auto-imagem</li> <li>-auto-estima</li> <li>-gregária</li> <li>aceitação</li> <li>-participação</li> <li>-recreação e lazer</li> <li>-liberdade</li> <li>-espaço</li> </ul>	e AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE FUTURO
13 - Não consegue limpar-se sozinho	<ul style="list-style-type: none"> <li>-eliminação</li> <li>-exercício</li> <li>atividades físicas</li> <li>-cuidado corporal</li> <li>-integridade física</li> <li>-locomoção</li> <li>-ambiente</li> <li>-imagem</li> <li>-auto-imagem</li> <li>-estima</li> <li>-auto-estima</li> <li>-gregária</li> <li>-comunicação</li> <li>-participação</li> <li>-recreação e lazer</li> <li>-espaço</li> </ul>	e AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE FUTURO

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	NATUREZA DA NECESSIDADE	PRINCÍPIOS DE AUTO-SUFICIÊNCIA E AUTO-INSUFICIÊNCIA	NECESSIDADES PASSADAS, PRESENTES OU FUTURAS.
15 - Diminuição da acuidade visual	-nutrição -integridade física -percepção visual -imagem -gregária -auto-imagem -auto-estima -recreação e lazer -locomoção -exercício atividades físicas -liberdade e	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PRESENTE FUTURO
16 - Diminuição da acuidade auditiva	-integridade física -cuidado corporal -percepção auditiva -imagem -auto-imagem -auto-estima -recreação e lazer -locomoção -exercício atividades físicas -liberdade e	AUTO-INSUFICIÊNCIA INTERNA PRIMÁRIA	PRESENTE FUTURO
17 - Propensão a quedas	-liberdade -espaço -regulação neurológica -integridade física -auto-realização -percepção visual -imagem -ambiente	AUTO-INSUFICIÊNCIA EXTERNA SECUNDÁRIA	PRESENTE FUTURO

## PLANO DE CUIDADOS

### 1 - Rejeição pelos filhos.

- Conversar com o idoso;
- Realizar visitas domiciliares, caso possível.
- Promover e incentivar a interação com os familiares.

### 2 - Era alcoolista.

- Conversar com o idoso a cerca dessa doença.
- Conversar com os familiares sobre o alcoolismo.

### 3 - Maltratava a esposa.

- Ouvir.
- Conversar com os familiares.

### 4 - Não mastiga bem (alimenta-se rapidamente).

- Oferecer alimentos de fácil mastigação.
- Encaminhar ao dentista para ver a possibilidade de colocar prótese.
- Oferecer um ambiente propício à alimentação.
- Conversar com o idoso para que se alimente mais calmamente.

### 5 - Tem enurese.

- Estimular a eliminação urinária antes de ir dormir.
- Auxiliar no deslocamento ao banheiro a noite.

#### **6 - Não realiza atividades físicas.**

- Estimular exercícios ativos.
- Encaminhar ao fisioterapeuta.
- Auxiliar nos exercícios.

#### **7 - Pele desidratada.**

- Estimular a ingestão hídrica.
- Passar hidratante na pele.
- Evitar agentes que desidratem a pele (talco, álcool).

#### **8 - Exacerbações seborreicas no couro cabeludo.**

- Estimular o banho diário.
- Evitar o uso de boné (conversar).
- Utilizar shampoo anti-caspa.

#### **9 - Cravos na pele.**

- Realizar limpeza de pele.

#### **10 - Cerúmen em ambos os pavilhões auditivos.**

- Realizar limpeza auditiva.

- Encaminhar ao otorrinolaringologista.

**11 - Não possui dentes.**

- Encaminhar ao dentista, para ver a possibilidade de colocar prótese.

- Oferecer alimentos de fácil mastigação.

**12 - Dificuldade de locomoção.**

- Auxiliar na deambulação.

- Encaminhar ao fisioterapeuta.

- Estimular a recreação.

**13 - Não consegue limpar-se sozinho.**

- Auxiliar nas atividades da vida diária.

- Manter o idoso limpo e confortável.

- Estimular o auto-cuidado.

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PROBLEMAS ENFERMAGEM	DE	EVOLUÇÃO
1 - Rejeição pelos filhos.		Apesar de não receber visita dos filhos, com frequência, foi considerado ter ocorrido mudança de um estado de auto-insuficiência para auto-suficiência, visto que os mesmos referem não o rejeitar mais.
2-Era alcoolista		Não é mais considerado um estado de auto-insuficiência, visto que não utiliza mais a bebida alcoólica.
3 - Maltratava a esposa		Pode ser considerado que evoluiu para um estado de auto-suficiência, visto que não maltrata ninguém no asilo.
4 - Não mastiga bem (alimenta-se rapidamente		Permanece em seu estado de auto-insuficiência, pois não recebeu prótese.
5 - Tem enurese		Continua auto-insuficiente, para esse problema, apesar de ser incentivado a ir ao banheiro a noite.
6 - Não realiza atividades físicas		Seu estado de auto-insuficiência não se alterou, visto que continua resistente a realizar atividades físicas.
7 - Pele desidratada		Seu estado de desidratação cutânea reduziu, tendo o idoso, evoluído a um estado de auto-suficiência.
8 - Excrecências ceborricas no couro cabeludo		Com a utilização diária do shampoo anti-caspa, as excrecências ceborréicas desapareceram, passando a um estado de auto-suficiência.
9 - Cravos na pele		Com a limpeza na pele, os cravos foram retirados, passando a um estado de auto-suficiência.
10 - Cerúmen em ambos os pavilhões auditivos		Apesar de ter ocorrido uma discreta redução no cerúmen com a limpeza auditiva, continua auto-insuficiente nesse problema.
11 - Não possui dentes		Continuando sem prótese, permanece em seu estado de auto-insuficiência.
12 - Dificuldade de locomoção		Como é uma seqüela de AVC, sem chances de alterações positivas, permanece em seu estado de auto-insuficiência.
13 - Não consegue limpar-se sozinho		Continua auto-insuficiente para esse problema.
14 - Desorientação no tempo		Apesar de momentos de orientação, permanece auto-insuficiente para esse problema.

<b>PROBLEMAS ENFERMAGEM</b>	<b>DE</b>	<b>EVOLUÇÃO</b>
15 - Diminuição da acuidade visual		Continua com uma dificuldade importante para visualizar objetos a distância. Assim, continua auto-insuficiente.
16 - Diminuição da acuidade auditiva		Sua dificuldade auditiva permanece evidente, portanto não houve evolução em sua auto-insuficiência.
17 - Propensão a quedas		Apesar de todo o cuidado que a acadêmica e os funcionários tem tido com relação a esse problema, continua auto-insuficiente.
18 - Não realiza atividade recreativa		Continua resistente a realizar atividades recreativas, apesar de participar de eventos externos ao asilo. Assim, considera-se que permanece auto-insuficiente.

**PROGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

O prognóstico do idoso é ruim, visto que não houve mudanças significativas do estado de auto-insuficiência para auto-suficiência.

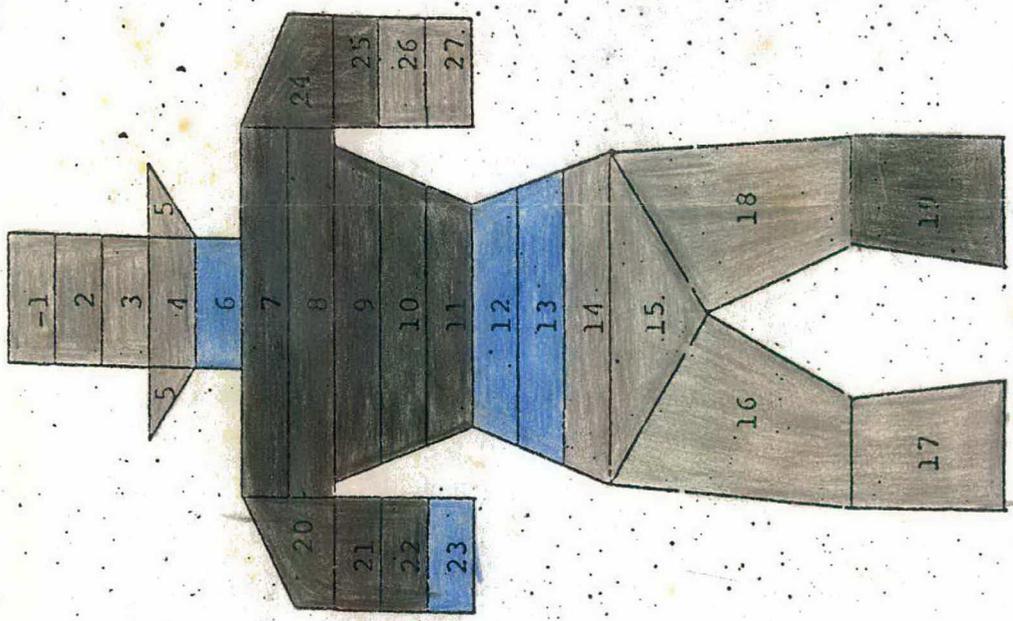
Elaborado pela Acadêmica: TAISE COSTA RIBEIRO

Modelo de Autonomia = (Auto-Suficiência)  
"GERONTE"

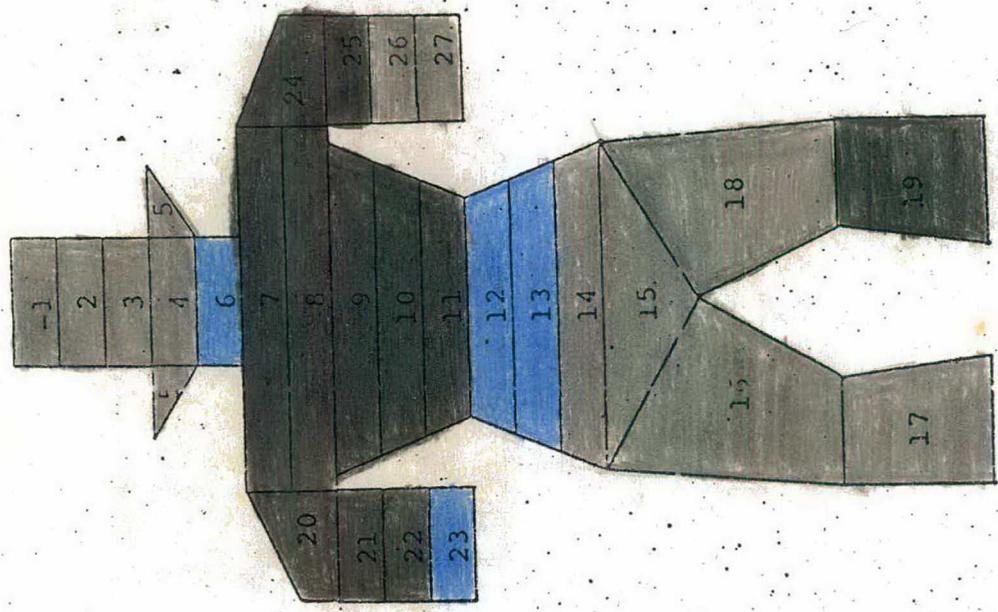
Idosc: AIC

... ..

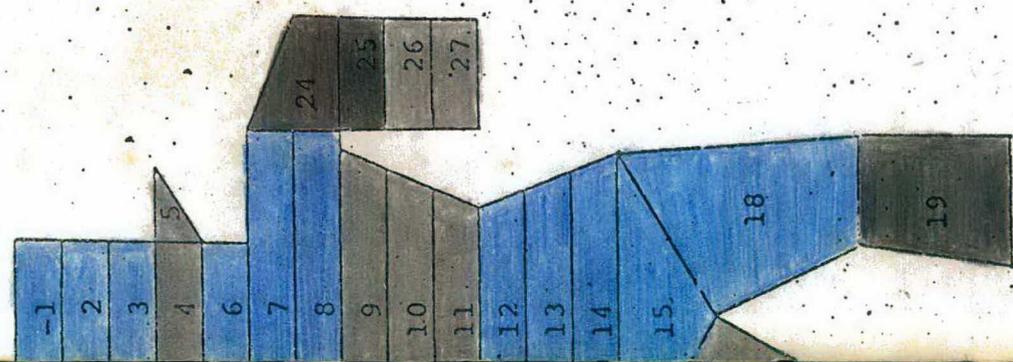
Idade: 79



Em 10/06/94  
Acadêmica: Daise



Em 30/05/94  
Acadêmica: Tais



04/94  
Tais

## BIBLIOGRAFIA

ABBEY, J. C., ATCHLEY, R. C., BENGTON, V. L. et al. **Enfermagem e os Idosos** São Paulo : Brasíndice, [19--]. 547 p.

ARTE de envelhecer. [S.l.] : Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [19--]. Não paginado.

ASPECTOS de la relacion de persona a persona. In: **Intervencion en enfermeria psiquiatrica** : el proceso de la relacion de persona a persona. Cali : Organizacion Panamericana de la Salud, [19--].

BARATA, R. de C.. A Historicidade do conceito de causa. In: **Textos de apolo-epidemiologia 1**. Rio de Janeiro : PEC/ENSP-ABRASCO, 1985.

BATES, B., GRINBAUM, N. S.. **Propedêutica médica**. 4. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987. 613 p.

BRUNNER, L. S., SUDDARTH, D. S.. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 6. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1990. v. 1.

CAMMER, L.. **Saindo da depressão**. Rio de Janeiro : DIFEL, 1978. 257 p.

CENTRE International de Gérontologie Sociale. [S.l.] : [s.n.], [19--]. Não paginado.

CENTRO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA SOCIAL. **Programa de formacion en gerontologia**. Rio de Janeiro, 1986.

CENTRO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA SOCIAL. **Cursos de formacion en gerontologia** : articulos seleccionados. [S.I.], 1986.

CONVIVÊNCIA familiar com idosos. Ribeirão Preto : Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [19--]. Não paginado.

DIAS, R. B., PERRACINI, M., CAMPEDELLI, M. C.. Grupo de cuidadores de idosos : uma experiência multiprofissional. **Amb. Hosp.**, v. 1, p. 46-55, 1993.

FORACCH, M. M., MARTINS, J. de S.. **Sociologia e sociedade** : leituras de introdução à sociologia. [S.I.] : Livros Técnicos e Científicos, 1980. p. 193-198.

FRAIMAN, A. P.. **Sexo e afeto na terceira Idade** : aquilo que você quer saber e não teve com quem conversar. São Paulo : Editora Gente, 1994. 313 p.

GEORGE, J. B.. et al. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

GEORGE, J. B.. **Teorias de enfermagem** : os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. 338 p.

GONÇALVES, L. H. T., SANTOS, L. L. C. dos. A enfermagem na manutenção da autonomia e prevenção e controle de riscos à saúde e bem estar do idoso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., set. 1989, Florianópolis. **Anals...** Florianópolis , 1989.

GUIMARÃES, R. M., CUNHA, U. G. de V.. **Sinais e sintomas em geriatria.** Rio de Janeiro : REVINTER, 1989. 196 p.

HORTA, W. de A.. **Processo de enfermagem.** São Paulo : EPU, 1979.

HORTA, W. de A.. **Processo de enfermagem.** São Paulo : EPU, 1979. 99 P.

IYER, P. W., TAPTICH, B. J., BERNOCCHI-LOSEY. **Processo e diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1993. 325 p.

KAUFMANN, T.. **A Idade de cada um : vida plena na velhice.** Petrópolis : Vozes, 1982. 89 p.

MELO, O. V.. **Espiritualidade na 3a. e melhor idade.** Passo fundo : Pe. Berthier, 1992. 150 p.

MORIGUCHI, Y., MORIGUCHI, E. H.. **Biologia geriátrica ilustrada.** São Paulo : Fundo Editorial ByK, 1988.

MORIGUCHI, Y. , MORIGUCHI, E. H.. **Biologia geriátrica ilustrada.** São Paulo : Fundo Editorial Byk, 1988. 235 p.

PITTA, A. M. F.. **A Equação humana no cuidado à saúde e a doença.** [S.l.] : [s.n.], [19--]. 7 p.

RABELLO, E. S., LIMA, M. G. O., GONÇALVES, L. H. T.. A enfermagem no grupo Interdisciplinar de gerontologia. **R. Gaúcha Enf.**, v. 11, n. 2, p. 47-51, jul. 1990.

LA RELACION de lo biologico y lo social. [S.l.] : [s.n.], [19--]. p. 16-33.

ROBBINS, S.. et al. **Patologia estrutural e funcional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

SALGADO, M. A.. **Velhice, uma nova questão social**. São Paulo : SESC, 1980. 121 p. (Biblioteca Científica SESC. Série Terceira Idade, 1).

SKINNER, B. F., VAUGHAN M. E.. **Viva bem a velhice aprendendo a programar sua vida**. São Paulo : Sumus, 1985.

SKINNER, B. F., VAUGHAN, M. E.. **Viva bem a velhice : aprendendo a programar a sua vida**. São Paulo : Sumus, 1985. 141 p.

STORRS, A. M. F.. **Enfermagem geriátrica**. Europa : América, 1980.

STORRS, A. M. F.. **Enfermagem geriátrica**. [S.l.] : Publicações Europa América, [19--]. 237 p.

SWARTZ, M. H.. **Semiologia : anamnese e exame físico**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. 511 p.

TAYLOR, M. L. . **Afasia seus problemas**. São Paulo : USP, [19--]. 35 p.

**TRAVELBEE;;J. Intervencion en enfermaria. Colombia; Carnajal, 1979.**

**UMA conversa franca sobre a arte de envelhecer. Ribeirao Preto: Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica [19-]. 11 p.**

**WAGNER, E. C. (Trad.), MEDINA, M. C. G.. Como cuidar de pessoas prejudicadas mentalmente: guia para familiares e outros cuidadores. São Paulo: Editora Nacional, [199-].**

**WAGNER, E. C. A. E M.. Viver a doença e a proximidade da morte no envelhecimento. [ S.l.] : [s.n], [19--]. Não paginado.**

**WAGNER, E. M.. Amor, sexo e morte no entardecer da vida. São Paulo: Caiçara, 1989. 153 p.**

**WHO. Performance in activities of daily living (geronte model). In: WHO Services to prevent disability in the elderly. Copenhagen: WHO, 1983.**