

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0429
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0429

Autor: Vicente, Cíntia al

Título: Assistência de enfermagem domici



972492732

Ac. 241826

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR A IDOSOS E SEUS FAMILIARES
NA COMUNIDADE DO PÂNTANO DO SUL/FPOLIS -SC, BASEADA NA TEORIA
DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL DE LEININGER

Cíntia Alves Vicente
Mara Cristina Mesquita da Silva

FLORIANÓPOLIS - SC
Semestre 2004/1

CINTIA ALVES VICENTE
MARA CRISTINA MESQUITA DA SILVA

“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR A IDOSOS E SEUS FAMILIARES
NA COMUNIDADE DO PÂNTANO DO SUL/FPOLIS -SC, BASEADA NA TEORIA
DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL DE LEININGER”

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, realizado na
Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada

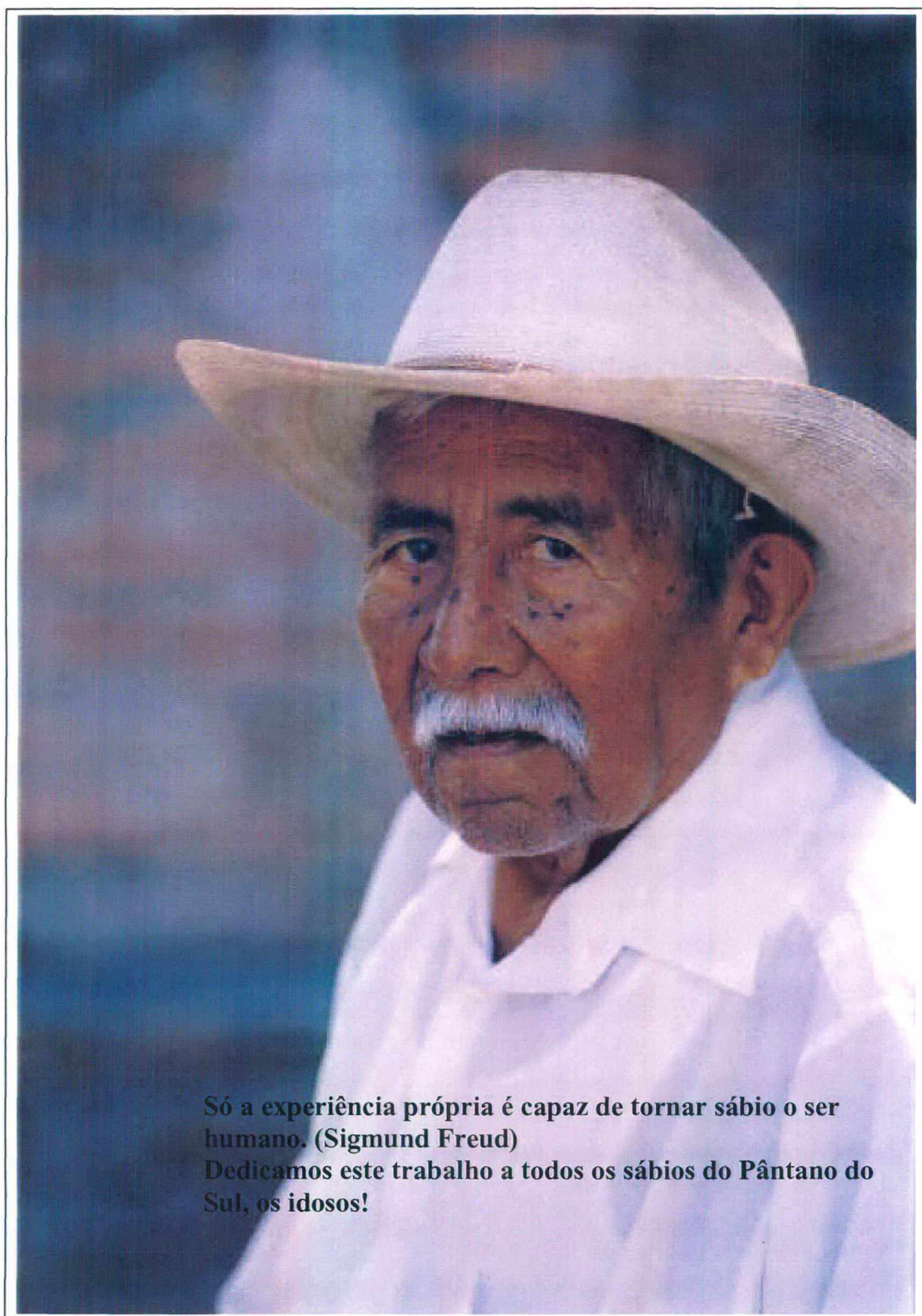
Banca de Avaliação:

Enf^a Dr.^a Lucia Hisako Takase Gonçalves (ORIENTADORA)

Enf^a Maria Francisca Daussy (SUPERVISORA)

Ângela Maria Alvarez (3º MEMBRO DA BANCA)

Florianópolis - SC
Semestre 2004



Só a experiência própria é capaz de tornar sábio o ser humano. (Sigmund Freud)
Dedicamos este trabalho a todos os sábios do Pântano do Sul, os idosos!

NOSSOS AGRADECIMENTOS:

A *Deus*, que esteve sempre ao nosso lado nos guiando, iluminando e dando força em toda a trajetória do caminho, que em alguns momentos foram árduos, mas com seu infinito amor encorajou-nos a continuarmos seguindo em frente animadas e confiantes.

A nossa professora e orientadora *Lúcia*, pela confiança, paciência, dedicação e por sua grande sabedoria que nos despertou o interesse pela área Gerontológica na qual todo o conhecimento adquirido deve-se a ela.

A *Francisca*, nossa supervisora, que gentilmente aceitou este desafio e sempre mostrou-se disponível a nos ajudar em todos os momentos desta prática.

A *Ângela*, terceiro membro da banca examinadora, pela sua contribuição e sugestões que enriqueceram este trabalho.

A *equipe multiprofissional* do Centro de Saúde do Pântano do Sul, pela receptividade e interesse em nos ajudar sempre que necessário.

Aos *idosos e comunidade* do Pântano do Sul, pelo acolhimento e colaboração para a concretização deste trabalho.

As *famílias* que acompanhamos, por terem depositado confiança em nosso trabalho e por terem nos aceito dentro de seus domicílios, compartilhando conosco seus sentimentos, vivências e cuidados permitindo assim que trabalhássemos com suas culturas e maneiras de vida.

A todos os *amigos de curso*, em especial à *Anne, Gê e Mireli*, pelos momentos difíceis, de diversão, descontração e companheirismo compartilhados ao longo do curso.

Obrigada!

Aos meus pais, *Angélica e Jarmi*, por todo empenho e confiança depositadas em mim durante todos estes anos, por apoiarem todas as decisões de minha vida e apesar de não vivermos juntos, terem me proporcionado uma vida repleta de carinho, educação e valores que levarei por toda a minha vida.

Ao meu irmão, *Júnior*, que apesar da distância em que vivemos neste momento, esteve sempre interessado e presente em todos os acontecimentos de minha vida.

A *Valda e Vilson*, por fazerem parte de minha vida, e estarem sempre dispostos a me ajudar e por fazerem de minhas vitórias suas alegrias.

Ao meu namorado, amigo e “dindo”, *Erick*, que apesar da distância em que nos encontramos agora sempre se fez presente, me apoiando e incentivando em todos os momentos. Obrigada pelo seu amor, sua preocupação, dedicação e colaboração que ajudaram a me fortalecer e a concretizar este trabalho.

A minha companheira, *Mara*, por ter aceito comigo este desafio. Pela parceria, companheirismo, amizade e cumplicidade que nos fizeram unidas durante toda a vida acadêmica. Espero que a amizade entre nós prossiga ao longo de nossas vidas, Valeu parceira!

A todos os *amigos (as)*, pelo interesse no andamento deste trabalho e pelos momentos de descontração e alegrias proporcionados.

A todas as pessoas, que direta ou indiretamente que contribuíram para a realização deste trabalho.

Cíntia Alves Vicente

Aos meus pais, *Antonio Carmelo* e *Dária Mesquita*, pela confiança, incentivo e por terem acreditado em mim. Apesar da distância vocês sempre tiveram presentes nos meus pensamentos. Dedico a vocês essa conquista. Amo muito vocês!

As minhas adoráveis irmãs, *Márcia*, *Mônica* e *Marcela* pelo companheirismo, pelos momentos alegres e tristes e por terem sempre me apoiado em todos os momentos da minha vida. Adoro Vocês!

Aos meus irmãos, *Marcelo* e *Marco*, pelo incentivo e ajuda durante estes anos em Florianópolis.

Aos meus sobrinhos, *Tobias*, *Tomas*, *Thor*, *Athos*, *Enzo* e *Taise* pelos momentos de descontrações e brincadeiras.

Aos meus cunhados, *Clóvis*, *Denílson* e *Cristiane*, pela força e carinho ao longo do curso.

Ao meu namorado, amigo e companheiro *Fabiano*, pelo incentivo e por estar sempre presente nesta fase tão importante da minha vida. Pelos nossos momentos alegres e tristes, pelas as idas e vindas e por ter proporcionado-me muitos momentos felizes.

À minha amiga e companheira *Cíntia*, por tudo que nós passamos juntas, pelos desentendimentos, risos, brincadeiras, festas e por participado da minha vida e ajudado-me nos momentos difíceis. Valeu!

A minha leal companheira *Shakira*, que sempre conseguia me fazer sorrir mesmo quando chegava em casa cansada e por ser tão especial para mim.

Aos meus amigos, pelos momentos de descontrações, festas e brincadeiras.

A todas as pessoas que participaram direta ou indiretamente da minha vida e que contribuíram para a realização deste trabalho.

Mara Cristina Mesquita da Silva

RESUMO

O trabalho a seguir trata-se de um relato de experiência sobre a prática assistencial desenvolvido por duas acadêmicas durante a VIII fase curricular do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. O mesmo realizou-se na Unidade Básica de Saúde da Praia do Pântano do Sul, em Florianópolis – SC, no período de 01 de abril a 08 de junho de 2004. Este estudo teve como principal objetivo prestar assistência de enfermagem ao idoso e seus respectivos familiares, guiadas pelo marco conceitual baseado na teoria de cuidado transcultural de Madeleine Leininger. A teoria de Leininger refere-se ao cuidado ligado às crenças, valores e modos de vida das pessoas. O marco conceitual envolveu os conceitos de enfermagem, ser humano, idoso e família, saúde-doença e envelhecimento, comunidade, meio ambiente e cultura. A metodologia adotada constitui-se de visitas domiciliares, consultas de enfermagem, e utilização de um instrumento feito por nós acadêmicas, além da aplicação do processo de enfermagem adaptado segundo referencial adotado. A vivência com os idosos e familiares oportunizou a identificação das necessidades e capacidades de cuidados culturalmente congruentes, além do estabelecimento de uma relação harmoniosa entre o idoso/familiar cuidador e enfermagem favorecendo um cuidado humanizado para obter um viver saudável. Ao final este trabalho nos proporcionou um entendimento mais amplo acerca da influência que a cultura, os valores e as práticas familiares tem no aprendizado e na aplicação do cuidado.

PALAVRAS CHAVE: Idosos, Cuidado, Família, Cultura, Enfermagem.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	10
2 - OBJETIVOS	15
2.1 - GERAL	15
2.2 - ESPECÍFICOS.....	15
3 - MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL ADOTADO.....	17
3.1 - MARCO DE REFERÊNCIA.....	17
3.2 - BREVE HISTÓRIA DA TEÓRICA LEININGER.....	18
3.3 - UM POUCO DA TEORIA.....	19
3.4 - PRESSUPOSTOS DE LEININGER SELECIONADOS	22
3.5 - CONCEITOS INTERRELACIONADOS:	24
4 - REVISÃO DE LITERATURA.....	30
4.1 - ENVELHECIMENTO	30
4.1.1 - Definindo Envelhecimento	30
4.1.2 - Idade Cronológica e Idade Biológica.....	31
4.1.3 - Teorias do Envelhecimento	32
4.1.4 - Envelhecimento Normal e Patológico	35
4.1.5 - Aspectos Biológicos do Envelhecimento	36
4.1.6 - Aspectos Psicológicos do Envelhecimento	37
4.1.7 - Fisiologia do Envelhecimento	38
4.1.8 - Alterações aparentes do envelhecimento.....	46
4.2 - ENFERMAGEM GERONTOGERIATRICA.....	51
4.3 - A ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIARIO	53
4.3.1 - Característica da Assistência Domiciliar Gerontológica	55
4.4 - O IDOSO E A FAMÍLIA	57
4.5 - O IDOSO E O AMBIENTE DOMÉSTICO	58
4.6 - DOENÇAS RELACIONADAS À VELHICE	58
4.6.1 - Doenças encontradas durante a prática assistencial:.....	59
5 - METODOLOGIA.....	71
5.1 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DO CONTEXTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	71
5.2 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO	77
5.3 - POPULAÇÃO ALVO.....	84
5.4 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRATICADA COM OS IDOSOS E FAMILIARES.....	86
5.5 - PLANO DE AÇÃO.....	88

6 - ASPECTOS ÉTICOS	93
7 - O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	97
7.1 - REALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS E SUA AVALIAÇÃO	98
7.2 - CUIDANDO DOS IDOSOS E FAMILIAS NO DOMICILIO	106
FAMÍLIA “TAINHA”	106
FAMÍLIA “CAÇÃO”	109
FAMÍLIA “ANCHOVA”	112
FAMÍLIA “ESPADA”	115
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
9 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	128
10 - PARECER FINAL DA ORIENTADORA	131
11 - APÊNDICES.....	132
12 - ANEXOS.....	136

1 - INTRODUÇÃO

Durante o curso de Graduação em Enfermagem no ano de 2001 na 3ª fase, tivemos a oportunidade de cursar a Disciplina de Enfermagem Gerontogerátrica, na qual tivemos nosso primeiro contato e fez nos interessar para trabalharmos com as pessoas idosas. No mesmo ano, a convite da Professora Drª Lúcia H. Takase Gonçalves passamos a participar do GESPI/UFSC como bolsistas de iniciação científica tendo como tema de pesquisa "O Perfil da Família Cuidadora de Idosos doentes e/ou Fragilizados". Nestes 1,5 anos como bolsistas, tivemos contatos e experiências com diversas pessoas, eventos, trabalhos e pesquisas todos ligados ao idoso, que à medida do tempo, foi aumentando o nosso interesse em trabalhar com idosos. A oportunidade então nos surgiu na 8ª fase curricular onde inicialmente, realizamos um projeto de assistência na área Gerontológica, visto que temos interesse em nos especializar após nos tornarmos profissionais.

A população idosa no Brasil vem crescendo anualmente com números bastante significativos. Projeções para o ano de 2025 demonstram que o Brasil deverá possuir a 6ª maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos (OMS, 2000 apud Netto). Considerando-se a população do Brasil como um todo, em 1950, dos 50 milhões de habitantes então existentes 2/3 viviam em áreas rurais. O quadro hoje se apresenta totalmente modificado, pois quase 3/4 dos 130 milhões de habitantes vivem em áreas urbanas (IBGE, 2000 apud Netto).

Com base nestes dados fica evidente que a sociedade brasileira é

predominantemente urbana, e com isso aumenta o processo de envelhecimento populacional, com conseqüências socioeconômicas para todos, em especial aos idosos. Este aumento da população em centros urbanos é conseqüência do êxodo rural e da migração, em especial dos jovens que buscam melhores condições de vida e trabalho. Em conseqüência disso geralmente são os idosos que permanecem isolados nas regiões rurais, e com a migração intensa para os centros urbanos não há investimentos em educação, saúde e empregos dentro destas áreas.

Como visto nesta realidade, optamos em trabalhar com os idosos em zona rural, para conhecermos um pouco da assistência de saúde, a maneira de vida da população e a influência que esta exerce sobre a saúde do idoso, além de sermos futuras profissionais da saúde, nos preocupamos com o envelhecimento humano dentro destas localidades.

Nossa prática assistencial foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde do Pântano do Sul, no município de Florianópolis, no período de 01 de abril à 08 de junho de 2004. Escolhemos esta comunidade pela sua localização dentro do Município, ou seja, corresponde a área mais afastada do centro urbano, e a influência cultural é muito forte em relação ao modo de vida dos moradores, e porque através de pesquisas ao IBGE constatamos que o número de idosos é bastante grande nesta região, além da possibilidade de inserir um projeto assistencial numa localidade em que acadêmicos de enfermagem não haviam ainda atuado e desenvolvido algum projeto, levando isso a uma troca de experiências enriquecedoras para ambas as partes e uma maior aproximação da Universidade com comunidades mais distantes do campus.

Acreditando nas premissas básicas do Sistema de Saúde (SUS) e na implementação destas para uma maior efetivação da qualidade de atendimento, escolhemos a área da atenção primária para desenvolver nossa prática assistencial por entendermos que se encontra uma maior possibilidade de promoção do envelhecimento saudável da população residente.

Alonso (2003) em sua participação junto a uma comunidade assistida por uma equipe

do PSF constatou que geralmente os profissionais atuam com saberes técnicos-profissionais, não levando em conta as necessidades reais das famílias e tampouco sem considerar os modos de enfrentar os problemas de saúde da comunidade.

O foco central de nossa prática assistencial foi de prestar um cuidado humanizado de enfermagem aos idosos e seus familiares no contexto domiciliar, considerando seus conhecimentos, crenças e valores culturais; valorizando os processos biológicos e psíquicos do envelhecimento, assim como atentando para a contextualização do idoso em suas dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais. Para isso utilizamos a teoria do cuidado transcultural de Madeleine Leininger, que tem como característica o cuidado ligado às crenças, valores e modos de vida das pessoas, ou seja, o cuidado considerando a cultura e o contexto social dos idosos na prática do cuidado.

Kosberg (1992) fala do cuidado de idosos na família ser uma tradição cultural em todo mundo e é desenvolvido pelo sistema de suporte informal. Neste inclui família, vizinhos e membros da comunidade. Mas geralmente o que predomina são os cônjuges e outros parentes. Segue o autor referindo que em tal contexto familiar tradicional o cuidado é provido por normas sociais ou culturais e que a responsabilidade pelo idoso na sociedade recai sobre a família. Por isso existe uma expectativa por parte do idoso de ser cuidado por um membro familiar (KOSBERG apud ALVAREZ, 2001).

Por acreditarmos que o cuidado com idoso em domicílio vem de uma tradição cultural de anos, é que focalizamos o cuidado de vida e saúde que prestamos ao idoso em seu contexto familiar e comunitário, através de visitas domiciliares. A visita domiciliar nos permitiu conhecer o contexto de vida e a realidade do idoso, assim como as suas relações familiares, além de estabelecermos um bom vínculo de confiança, já que as pessoas consideram a VD como um atendimento diferenciado e privilegiado.

Segundo o Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) a visita domiciliária

(VD) é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas, também, e principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde. A caracterização das condições de vida e trabalho dessas famílias permite compor os perfis de reprodução e produção, respectivamente, os quais, por sua vez, permitirão conhecer grupos distintos no território, homogêneos em função dessas características identificadas. As condições de saúde, a vulnerabilidade aos agravos e as condições protetoras comporão perfis epidemiológicos desses mesmos grupos sociais.

O processo de envelhecimento acarreta perda de funções sejam elas psíquicas, biológicas, além de provocar incapacidades, como o de exercer funções cotidianas consideradas normais. Mas devemos lembrar que velhice não é doença, por isso é importante distinguirmos o processo de envelhecimento e as doenças que acometem o idoso na velhice.

Dentre algumas mudanças normais mais óbvias que ocorrem com a idade incluem-se a perda da força e do vigor físico, visão curta, problemas na memória de curto prazo, perda de massa óssea, diminuição da audição entre outras. As doenças associadas a velhice não só parte do processo normal de envelhecimento. O câncer, as doenças cardíacas vasculares, doença de Alzheimer e outras demências, tornam-se mais prevalentes à medida que se envelhece (HAYFLICK, 1997). Dentre estas doenças podemos acrescentar o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, que são as de maior ocorrência dentro da UBS da localidade do Pântano do Sul.

De acordo com o Código de ética Profissional de enfermagem (1992, Cap.I, artigo 3) “O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa

humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”. Em respeito aos sentimentos, às informações pessoais, á dignidade, a o direito de expressão, ao direito de escolha do idoso/família na participação de nosso trabalho acadêmico. Em todas as ações de enfermagem a ética se fez presente. Incluímos o idoso e família como ponto central do cuidado, respeitando sua vida e seus direitos, respeitando os valores, as crenças, os significados e o saber de cada um deles, bem como da própria família.

No presente relatório descrevemos e a analisamos o percurso teórico – metodológico da nossa prática de cuidar de famílias na comunidade à luz da teoria transcultural, bem como nossas vivências profissionais/acadêmicas e pessoais junto aos idosos, familiares, equipe de saúde do CS e comunidade do pântano do Sul, nesta trajetória.

2 - OBJETIVOS

2.1 - GERAL

➤ Prestar assistência de enfermagem ao idoso e seus respectivos familiares, guiadas pelo marco conceitual baseado na teoria de cuidado transcultural de Leininger.

2.2 - ESPECÍFICOS

1 - Realizar consulta de enfermagem e visitação domiciliária junto aos idosos e seus respectivos familiares cadastrados no PSF do Centro de Saúde do Pântano do Sul.

2 – Aplicar o processo de enfermagem, seja nas visitas domiciliares quanto nas consultas realizadas no CS, identificando as condições de vida e saúde de idosos/familiares; estabelecendo o diagnóstico de enfermagem; planejando, implementando e avaliando os cuidados congruentes de enfermagem.

3 – Prestar assistência ao idoso, família e comunidade na qual eles estão inseridos,

promovendo a educação para um processo de envelhecimento saudável e desenvolvimento de comportamentos de cuidado no viver diário.

4 – Elaborar a revisão de literatura específica relativa ao envelhecimento normal e patológico, e a enfermagem junto à clientela idosa e seus familiares sobretudo dos cuidadores.

5 - Desenvolver habilidades como acadêmicas participando das atividades assistenciais desenvolvidas pela equipe multiprofissional do Centro de Saúde, no atendimento da demanda diária.

6 - Avaliar a aplicação do marco conceitual adotado na presente prática assistencial.

7 - Participar de eventos e de sua organização relacionados à área Gerontogeriátrica que sejam importantes ao aprimoramento acadêmico como: Simpósio Catarinense de Estomaterapia – Incontinência Urinária e 5º Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28º Jornada Catarinense de Enfermagem.

3 - MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL ADOTADO

3.1 - MARCO DE REFERÊNCIA

Segundo Silva & Arruda (1993, p.85) marco de referência é: “Um conjunto de conceitos e pressuposições derivadas de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para a utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo às situações gerais ou específicas na área de assistência ou ensino de enfermagem”.

A enfermagem sendo uma ação humana de cuidado torna-se importante esclarecer alguns conceitos mais gerais sobre a origem das ações dos seres humanos, mesmo que de um modo simplificador. Para que possamos guiar nossa prática assistencial, optamos pela teoria de Leininger, que enfoca a Enfermagem Transcultural na assistência de enfermagem, que associada às proposições da Enfermagem Gerontogeriatrica, serviram como guia para a prática de nosso trabalho. Para Leininger o cuidado é a essência da enfermagem e no seu processo de cuidar a enfermeira estabelece um elo entre o cuidado popular e o cuidado profissional. Nós acreditamos que a família e o enfermeiro prestam cuidados, ambos baseados

na suas crenças, culturas, valores e práticas. Portanto, a enfermagem deve ter conhecimentos suficientes a respeito da cultura das famílias onde irão trabalhar para compreendê-las e desenvolver assistência, baseada na promoção do cuidado de enfermagem culturalmente coerentes.

3.2 - BREVE HISTÓRIA DA TEÓRICA LEININGER

Dra. Madeleine Leininger é segundo George (1993), uma teórica norte-americana, graduada em Enfermagem no ano de 1948, em Denver, na St. Anthony's School of Nursing. Tornou-se Bacharel em Ciências, no ano de 1950, pelo Benedictine College, em Atchinson e, em 1965, concluiu o curso de Doutorado em Antropologia, na University of Washington, Seattle. Leininger foi a primeira enfermeira no mundo a se doutorar em antropologia.

No exercício de sua prática profissional, durante os anos 50, trabalhou num lar para orientações de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem clínica. A partir daí passou a se dedicar à enfermagem transcultural, como subárea da enfermagem. Leininger inicialmente usou os termos “Enfermagem Transcultural”, “Etno Enfermagem” e “Enfermagem cultural Cruzada” nos anos 60. Em 1966, na Universidade do Colorado, ministrou o primeiro curso de Enfermagem Transcultural com experiência de campo, que foi instrumental para o desenvolvimento de cursos similares em inúmeras outras instituições. Em 1979 Leininger definiu Enfermagem Transcultural como: “Um sub-campo ou ramo da Enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à Enfermagem e as práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde-doença”. E ao mesmo tempo definiu o termo Etnoenfermagem como: “O estudo das crenças, valores e práticas do atendimento de

enfermagem como percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas, crenças e sistemas de valores”.

Em 1995, publicou seu livro “Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice”, além de continuar escrevendo e editando o “Journal of transcultural Nursing”, que aceita publicações transnacionais sobre saúde e cuidado transcultural.

3.3 - UM POUCO DA TEORIA

Segundo George (1993), Leininger deu a sua teoria o nome de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado e representa-o no Modelo *Sunrise*. Este modelo possui quatro níveis sendo o primeiro o mais abstrato e o quarto o menos abstrato. Os níveis de um a três oferecem a base necessária de conhecimentos para o planejamento e a execução de cuidado cultural coerente e no nível quatro e onde o cuidado coerente será desenvolvido. Esse cuidado e coerente com os membros da cultura e avaliados por eles.

Nível Um - é a visão de mundo e do nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo fora da cultura.

Nível Dois - oferece conhecimentos sobre indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde.

Nível Três - focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem.

Nível Quatro - é o nível das decisões e ações de cuidado de enfermagem, e envolve a: Preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do Cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Leininger salienta que o modelo não é a teoria, mas uma descrição dos componentes da Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. O objetivo do modelo é auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o

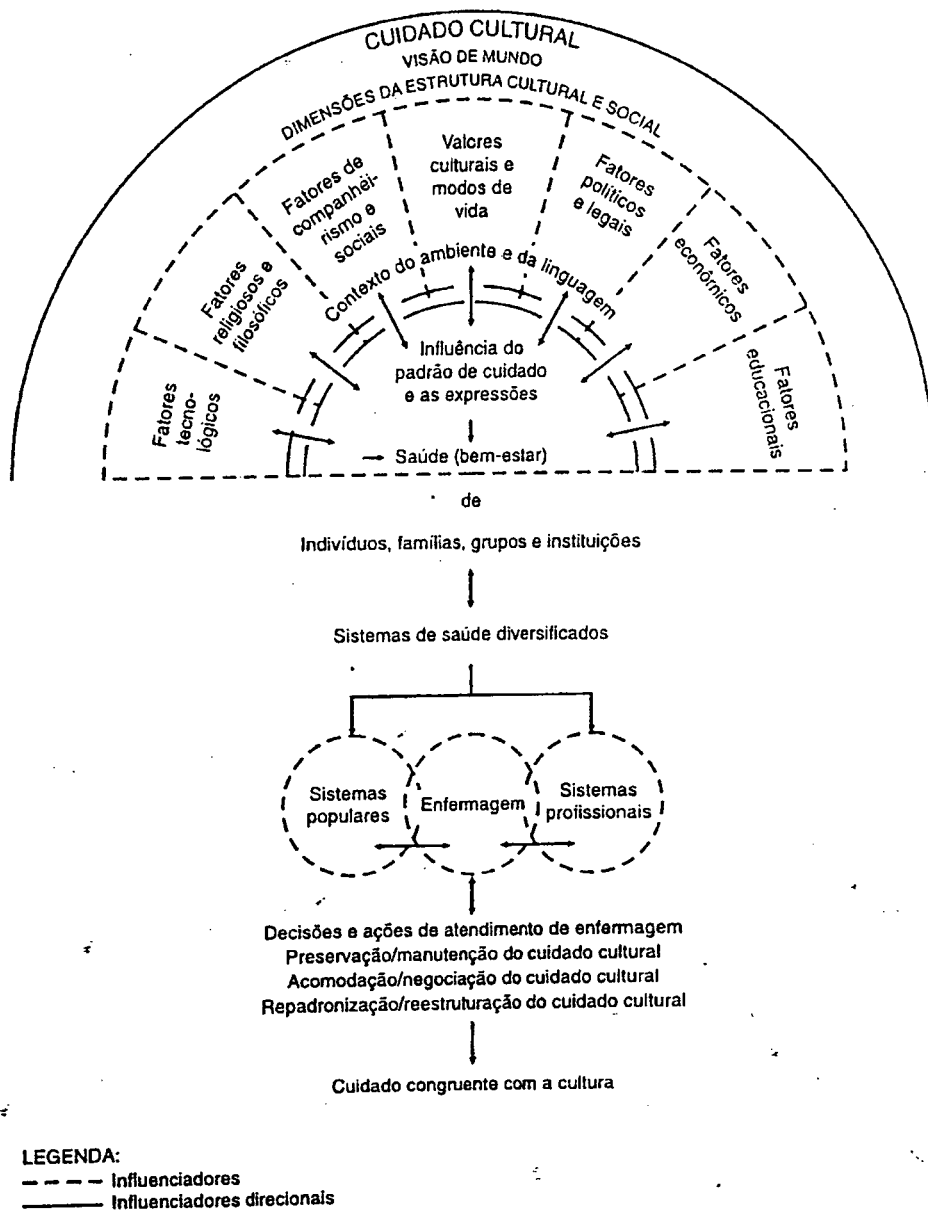
estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura. Ela se diz fortemente contrária à utilização de definições operacionais e noções preconcebidas, bem como de perspectivas causais ou lineares, no estudo da diversidade e universalidade cultural de cuidado.

O modelo *Sunrise* representado na figura 1, simboliza o nascer do sol (que são os cuidados). A metade superior do círculo contém os componentes da estrutura social e os fatores da visão de mundo que influenciam a assistência à saúde através da linguagem da etno história e do contexto ambiental. Estes fatores influenciam também os sistemas populares, e dos profissionais de enfermagem que se situam na parte central do modelo. As duas metades formariam um sol completo, como representação do universo que os enfermeiros devem considerar para saber valorizar em sua magnitude, a assistência à saúde dos seres humanos.

Leininger construiu a sua teoria da enfermagem transcultural sobre a premissa de que as pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde. Baseado em sua premissa, o atendimento de enfermagem desenvolve-se do contexto cultural que será proporcionado.

Segundo Leininger, o cuidado humano é central para enfermagem como disciplina e como profissão. Ela e outros estudaram o fenômeno do cuidado durante mais de quatro décadas, reconhecem e propõem a preservação do cuidado como essência da enfermagem. Ela retirou da antropologia o componente cultural e da enfermagem o componente cuidado. Suas crenças de que as culturas têm tanto práticas de saúde específicas a uma cultura quanto padrões prevalentes são comuns culturalmente levou ao acréscimo dos termos “diversidade” e “universalidade” ao título de sua teoria. Assim, o título mais atual da teoria de Leininger é cuidado cultural ou diversidade e universalidade do cuidado cultural.

FIGURA 1 – O modelo *Sunrise* de Leininger descreve as dimensões da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. (De Leininger, M. [1991]).



3.4 - PRESSUPOSTOS DE LEININGER SELECIONADOS

A teoria transcultural de Leininger apresenta pressupostos que dão apoio à sua previsão de que "culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo". Ela faz referência aos elementos comuns como universalidade, e as diferenças como diversidade. (LEININGER apud GEORGE, 1993).

Ao concordarmos com os seus pressupostos, selecionamos para esta prática de cuidado, os seguintes:

➤ “A enfermagem é uma disciplina de cuidados transculturais humanísticos e uma profissão cujo propósito maior é servir o ser humano” (LEININGER apud LEOPARDI, 1999, p.96).

➤ “O cuidado cultural tem um significado holístico importante para o conhecimento, explicação, interpretação e predição do fenômeno ‘cuidar’ na Enfermagem” (MONTICELLI et al, 1999, p.96).

➤ “Não se pode produzir cura sem cuidados, mas pode haver cuidado sem que se produza a cura” (LEININGER apud LEOPARDI, 1999, p.97).

➤ “A administração de cuidados é uma prática de profundas raízes culturais e

requer, portanto, um conhecimento de base cultural além de suficiente capacitação para sua eficaz aplicação” (LEININGER apud LEOPARDI, 1999, p. 97).

➤ “Os valores, as crenças e as práticas para o cuidado culturalmente relacionado, são formados e freqüentemente incorporadas no contexto de visão de mundo lingüístico, religioso (ou espiritual), de companheirismo (social), político (ou legal), educacional, econômico, tecnológico, etno - histórico e ambiental da cultura” (MONTICELLI et al, 1999, p.96).

➤ “Os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seus cuidados de Enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde” (LEININGER apud LEOPARDI, 1999, p.95).

ELABORAÇÃO DE ALGUNS PRESSUPOSTOS NOSSOS:

Considerando que trabalhamos com idosos em ambiente domiciliar, apresentamos os nossos pressupostos baseados em Leininger.

- A cultura popular influencia diretamente na condição saúde/doença do idoso e sua família.
- O idoso e sua família, independente de sua condição de vida e saúde, é merecedor de uma assistência digna e humanizada.
- A família em nossa cultura, geralmente costuma ser o cuidador principal.
- Prestar assistência ao idoso, à sua família e à comunidade na qual ele está inserido, favorecer a compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitar as adaptações necessárias ao viver diário.

3.5 - CONCEITOS INTERRELACIONADOS:

Para organização deste marco conceitual, descreveremos as definições dos conceitos: enfermagem, ser humano, idoso e família, saúde/doença e envelhecimento, e comunidade, meio ambiente e cultura.

ENFERMAGEM

Para Leininger, "A enfermagem é uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista enfocada no fenômeno e nas atividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte" (LEININGER apud LEOPARDI, 1993, p. 47). "O atendimento profissional de enfermagem é definido como o conhecimento de cuidados profissionais e habilidades práticas aprendidas, formal e cognitivamente, e obtidos através de instituições educacionais que estão acostumadas a proporcionar atos assistenciais, apoiadores, capacitadores ou facilitadores para outro ou por outro indivíduo ou grupo, visando melhorar a condição de saúde humana (ou bem-estar), a incapacidade e o modo de vida ou para trabalhar com clientes à morte" LEININGER apud LEOPARDI, 1993, p.47).

"A enfermagem Gerontogerátrica supõe a composição da especialidade do conhecimento e da prática da enfermagem, fundamentada nos conhecimentos provenientes da enfermagem geral, da geriatria, que é uma disciplina médica, e da gerontologia, essa uma área mais abrangente que se vem construindo à luz dos conhecimentos de várias disciplinas básicas e aplicadas" (GONCALVES & ALVAREZ, 2002, p.757).

Para Leininger, “O cuidado cultural é aquele em que os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, assistem, apóiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o seu bem estar, a melhorar suas capacidades e modos de vida, a enfrentar a doença, as incapacidades e a morte” (LEININGER apud LEOPARDI, 1999, p.98).

“A prática do cuidado na enfermagem gerontogerátrica só pode ser visualizada quando vinculada ao processo de cuidar da enfermagem como um todo, direcionando-se à pessoa idosa em seu contexto de vida” (ALVAREZ, 2001, p.760). O cuidar é um processo dinâmico e depende da interação, do respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família. Assim sendo, o processo de cuidar, em enfermagem, consiste em olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso e pela família, enquanto cliente da enfermagem” (GONCALVES & ALVAREZ, 2002, p.760).

A enfermagem junto aos idosos e sua família, para nós acadêmicas constitui-se em uma arte e ciência no assistir promovendo o bem-estar com visão holística e humanística. Na situação desta prática optamos pela assistência domiciliar e atendimento comunitário através de consultas no UBS. Para a realização desta assistência contamos com os conceitos da Gerontogeriatría para garantirmos uma assistência humanizada e integral necessária. Prevemos cuidados de vida e saúde de pessoas idosas, a priorização de: promoção de um viver saudável; compensação de limitações e incapacidades; provisão de apoio e controle no curso de envelhecimento; cuidados específicos e facilitação do processo de cuidar (Stevenson et al, 1997). Salientamos que o cuidado é humanizado quando procuramos considerar o contexto e a cultura de cada unidade familiar do idoso a fim de oferecer uma assistência individualizada segundo sua realidade cotidiana de crenças e valores de vida.

SER HUMANO: IDOSO/FAMILIAR

Na prática assistencial que foi desenvolvida, caracterizamos como ser humano: os idosos e seus respectivos familiares.

Para Leininger, “Os homens são seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado de inúmeras maneiras, de acordo e com culturas, necessidades e cenários diferentes” (LEININGER apud GEORGE, 1993, p.287).

“A compreensão do idoso como pessoa única, inserida num contexto familiar e social com o qual interage continuamente, deve ser um dos princípios norteadores no atendimento. Além disso, alguns aspectos peculiares de cada pessoa necessitam ser considerados, como, por exemplo, a avaliação global do idoso, com enfoque nos aspectos biofuncionais, psicológicos sociais e ambientais” (GONCALVES & ALVAREZ, 2002, p.764).

“Na família do idoso o laço sanguíneo não aparece como um componente principal, pois mais importante que o vínculo biológico é a concepção que cada elemento tem sobre família e a dinâmica das relações familiares construída ao longo da história de vida.” (GONCALVES & ALVAREZ, 2002, p.764).

Para nós, os idosos são seres humanos, portadores de experiências devidas e habilidades para o cuidado baseado em suas crenças, valores se deu contexto cultural. De acordo com a potencialidade de cada idoso, o cuidado pode ser independente ou dependente outrem. Geralmente os familiares são à base de sustentação da assistência de cada idoso, por serem eles pessoas a qual confiam e depositam todas as dificuldades, tristezas e alegrias de

suas vidas. Por isso a importância da participação da família no cuidado junto com a enfermagem, é essencial para a enfermeira ter maior aproximação e identificação mais completa a respeito das condições de vida e saúde do idoso.

O familiar cuidador em função de sua tarefa, muitas vezes extenuante, também corre o risco de adoecer, por isso a enfermagem considera um potencial cliente a merecer atenção específica de saúde.

SAÚDE/DOENÇA E ENVELHECIMENTO

Para Leininger, “A saúde é o estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a habilidade dos indivíduos ou grupos em realizar suas atividades diárias de forma culturalmente satisfatória. No entanto a saúde é uma moldura lingüística geral para as profissões da saúde. Seu elo com a enfermagem relaciona-se diretamente aos fenômenos do cuidado que, por sua vez, devem ser estudados sobre uma perspectiva científica e humanística e, desta forma, delinear a verdadeira natureza desta profissão (LEININGER apud LEOPARDI 1999, p.97)”.

“Acredita-se que a saúde seja entendida como algo universal a todas as culturas, embora definida no âmbito de cada cultura, numa forma que reflita as crenças, valores e práticas daquela determinada cultura. Assim a saúde é também e diversificada” (GEORGE, 1993, p.291).

“À medida que envelhecemos, ocorrem milhares de mudanças em todos os nossos órgãos e tecidos que consideramos de envelhecimento normal. As doenças associadas à velhice não são parte do processo normal de envelhecimento, por isso são considerados como envelhecimento patológico” (HAYFLICK, 1997, p. 36)

A saúde pode ser entendida como o bem estar físico, mental e emocional ou pela adaptação do idoso a hábitos e estilos de vida que o levam a uma condição de saúde, que está diretamente relacionada a seu modo de vida e sua cultura. Em certas populações, influenciados por sua cultura, o envelhecimento pode ser considerado uma doença até mesmo em idosos em estado de independência. No processo de envelhecimento entendemos o vivenciar saúde como a busca da melhoria da qualidade de vida e bem-estar. Para entendermos sobre o processo de envelhecimento, é necessário distinguirmos o envelhecimento normal e saudável, que acontece com o passar da idade cronológica e suas modificações, do envelhecimento patológico, que é aquele acometido por doenças geralmente associadas à velhice.

CULTURA/AMBIENTE/SOCIEDADE

O contexto ambiental segundo Leininger, vem a ser a totalidade de um evento, situação ou experiências particulares, que atribuem em sentido às expressões, interpretações e interações sociais humanas em dimensões físicas, ecológicas, sócio-políticas e culturais (MONTICELLI et al, 1999, p.97).

“A definição de cultura, focaliza um determinado grupo (sociedade) e os padrões das ações, pensamentos e decisões que ocorrem como resultado dos valores, crenças, normas e práticas de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos”. (GEORGE, 1993, p.291).

“Sociedade refere-se ao fato básico da associação humana. Inclui todas as espécies e graus de relações entre os homens, sejam elas conscientes ou não, antagônicas ou cooperativas. Essa sociedade tem uma estrutura social, situa-se num ambiente físico e tem uma cultura. A estrutura social é constituída de agregados organizados dentro de uma

sociedade que interdependem entre si: sistemas religiosos, sistema de saúde, sistema econômico, classe social, educacional, de parentescos e outros”. (MAYER E RUMMEY apud BOEHS, 1990, p.46).

O local onde realizamos nossa prática assistencial é característico por ser uma colônia de pescadores, que preserva a cultura açoriana, onde acreditam em contos e crendices, como rezas, benzeduras, utilização de ervas, e outros, e utilizam destes para justificar as doenças, curas e os cuidados no meio onde vivem. Achamos interessante realizar visitas domiciliares e até mesmo o cuidado na própria residência dos idosos, pois consideramos que a casa, o lar, enfim o domicílio é o local onde está a família e o ambiente familiar cujo componente é importante na vida das pessoas, tanto sob o ponto de vista físico e mental quanto afetivo e, influencia no processo de saúde-doença de seus componentes. E também pelo fato de que para se realizar um cuidado humanizado e transcultural, é necessário conhecermos o ambiente e a contextualização de onde vive o idoso.

4 - REVISÃO DE LITERATURA

4.1 - ENVELHECIMENTO

4.1.1 - Definindo Envelhecimento

Há quem encare o envelhecimento como algo inevitável, aceitando-o como o destino da maioria das coisas com quais estamos familiarizados e como uma consequência normal da passagem do tempo. Outros levam uma parte substancial de suas vidas em atividades destinadas a deter ou anular os efeitos indesejados do envelhecimento em si próprios e naquilo que os cerca. O envelhecimento, não é a mera passagem do tempo, è a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período (HAYFLICK, 1997, p.4) .

Apesar de ser o envelhecimento um fenômeno comum a todos os animais, surpreende que ainda hoje persistam tantos pontos obscuros quanto à dinâmica e a natureza deste processo. Pode-se considerar o envelhecimento, como a fase de um *continuum* que é a vida, começando esta como a concepção e terminando com a morte (FREITAS et al, 2002, p.02).

4.1.2 - Idade Cronológica e Idade Biológica

O envelhecimento desafia definições fáceis, pelo menos em termos biológicos. O envelhecimento não é a mera passagem do tempo. É a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. A idade cronológica não está diretamente correlacionada à idade biológica. A idade cronológica mede quanto ao tempo, quantos anos se passaram a partir de um determinado acontecimento. Para os gerontologistas, o envelhecimento é cronológico apenas no sentido legal ou social. O tempo, em si, não produz efeitos biológicos. Os eventos biológicos que se seguem ao nascimento acontecem em momentos diferentes e em ritmos diferentes em cada um de nós. É provável que as mudanças relacionadas à idade comecem diferentes partes do corpo em momentos diferentes e que o ritmo anual de mudança varie entre várias células, tecidos e órgão, bem como de pessoa para pessoa. Ao contrário da passagem do tempo, o envelhecimento biológico, às vezes chamado de envelhecimento funcional, desafia medições fáceis. O que gostaríamos de ter é uma ou algumas mudanças biológicas mensuráveis que espelhassem todas as outras mudanças biológicas associadas à idade sem referência à passagem do tempo. Esse tipo de medição ajudaria a explicar porque uma pessoa de 80 anos de idade tem tantas mais qualidades juvenis do que outras, que também com 80 anos, que biologicamente pode ter 80 ou até 90. (HAYFLICK, 1997, p.4) .

O limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 anos para os países em desenvolvimento. Sob alguns aspectos, principalmente legais, no entanto, o limite é de 65 anos também em nosso país.

O critério cronológico é também adotado nos trabalhos científicos, devido à dificuldade de definir a idade biológica. Esse fato tem como uma das causas determinantes as visões contraditórias sobre o início do processo de envelhecimento. Com efeito, discute-se

ainda hoje se o envelhecimento tem início logo após a concepção, no final da terceira década da vida ou próximo do final da existência do indivíduo. Este aspecto, associado a inexistência de marcadores biofisiológicos eficazes e confiáveis do processo de envelhecimento, justifica a dificuldade de definir a idade biológica.

É importante assinalar o conceito de idade funcional, que possui estreita relação com a idade biológica e que pode ser definida como o grau de conservação do nível de capacidade adaptativa, em comparação com a idade cronológica. (FREITAS et al, 2002, p.09)

4.1.3 - Teorias do Envelhecimento

Várias teorias modernas sobre as causas do envelhecimento têm suas raízes em antigas idéias. A consideração dessas meditações iniciais é útil porque elas influenciaram nosso pensamento atual (HAYFLICK, 1997, p.211).

- A teoria da “substância vital”

Uma idéia inicial, ainda predominante, é que os animais começam suas vidas com uma quantidade limitada de alguma substância vital. À medida que essa substância é consumida, ocorrem mudanças associadas à idade que levam a perda de vigor. Quando a substância vital se exaure, o animal morre. Antigamente, acreditava-se que essa substância era um ou mais “humores” vitais, considerados responsáveis pelo controle de toda biologia humana. (HAYFLICK, 1997, p.212).

- A teoria da mutação genética

A mutação é o motor que impulsiona a evolução e a seleção natural. Devido à sua função essencial na diversidade da vida e na adaptação dos animais ao seu ambiente, as mutações são um sério concorrente ao local de origem dos fenômenos do envelhecimento e da

longevidade. No final da década, vários cientistas começaram a explorar a função das mutações no envelhecimento. Como as mutações genéticas são fundamentais à vida, as mudanças nos genes pareciam ser boas candidatas à causa do envelhecimento. Os primeiros indícios em apoio a essa idéia vieram de observações sugerindo que a radiação, que subitamente aumenta o ritmo da mutação, também acelerava simultaneamente o processo de envelhecimento em animais experimentais. Depois de vários experimentos, os cientistas chegaram a uma conclusão: A radiação normal não acelera o envelhecimento. (HAYFLICK, 1997, p.213).

- A Teoria da Exaustão Reprodutiva

Após um surto da atividade reprodutiva, um animal ou planta começa a envelhecer e morrer rapidamente. Contudo, um surto de atividade reprodutiva seguida de envelhecimento e morte não é um padrão universal na natureza de muitos animais, inclusive os seres humanos, se reproduzem várias vezes gerando um ou mais descendentes e é preciso universalidade para criar uma teoria sustentável de envelhecimento. (HAYFLICK, 1997, p.215).

Arking (1998) sugeriu o emprego de uma classificação dual, segundo a qual deve-se considerar se a teoria proposta sugere que os efeitos por ela e descritos são exercidos em todas as células ou na maioria delas, constituindo o ramo das teorias intracelulares, ou se os mesmos são exercidos principalmente sobre componentes estruturais ou sobre mecanismos reguladores interligando grupos de diferentes células. (FREITAS et al, 2002, p.14)

- Teorias Estocásticas

Essa idéia é a base das teorias que postulam ser a deterioração associada a idade avançada devida à acumulação de danos moleculares que ocorre ao acaso. Tais macromoléculas defeituosas poderiam se acumular através de diferentes mecanismos: falha

em repara danos ou erros causados aleatoriamente na síntese de macromoléculas. Em ambos os casos, haveria perda de função e de informação vitais para as células. A quantidade destas macromoléculas incorretas alcançariam um nível em que algumas ou todas as células de um ser vivo, estariam tão deficientes, metabolicamente, a ponto de causarem a morte do próprio organismo. (FREITAS et al, 2002, p.15)

- Teoria de Uso e Desgaste

As teorias classificadas como “uso e desgaste” são, provavelmente, as mais antigas precursoras do conceito de falha e de reparo. Atualmente, três motivos lógicos contribuem para o descrédito desta teoria: primeiro, animais criados em ambientes livres de patógenos ou de ferimentos não envelhecem, segundo, muitos danos menores postulados pela teoria do uso e desgaste são mudanças dependentes do tempo, que provocam aumento da probabilidade de morte, mas não servem como mecanismos causais para o processo de envelhecimento. Terceiro, a teoria está defasada em relação ao conhecimento biológico. Embora desatualizadas, elas persistem, possivelmente por serem reforçadas inconscientemente por observações cotidianas. Nesta concepção, o acúmulo de agressões ambientais no dia-a-dia levaria ao decréscimo gradual da eficiência do organismo e, por fim, à morte. (FREITAS et al, 2002, p.15)

- Teoria das Proteínas Alteradas

Essa teoria estabelece que mudanças que ocorrem em moléculas protéicas após a tradução, e que são dependentes do tempo, provocariam alterações conformacionais, e mudariam a atividade enzimática, comprometendo a eficiência da célula. Possivelmente, as enzimas alteradas são moléculas de longa vida e residem na célula por um tempo longo o bastante para sofrerem uma desnaturação sutil no ambiente citoplasmático. Nesta concepção, modificações oxidativas seriam um conceito unificador que permitiria compreender as

alterações protéicas durante o envelhecimento. Proteínas alteradas representariam um caso especial do conceito de ligações cruzadas, envolvendo mudanças conformacionais que poderiam ser tanto reversíveis, como irreversíveis. (NETTO et al, 2002, p. 15)

4.1.4 - Envelhecimento Normal e Patológico

Para entendermos o envelhecimento precisamos distinguir o envelhecimento normal das doenças associadas à velhice. Quando falamos de desenvolvimento normal, estamos nos referindo à seqüência de mudanças normais através da qual o óvulo fertilizado torna-se adulto. Consideramos o processo de envelhecimento normal aquele que é independente das mudanças de um desenvolvimento anormal. Não ocorrem “defeitos”, como por exemplo, de um erro genético num óvulo durante sua fase embrionária, conhecida como desenvolvimento anormal (HAYFLICK, 1997, p.35).

Não há dúvida que com o avançar da idade vão ocorrendo alterações funcionais e estruturais, que embora variam de um indivíduo a outro, são encontrados em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal. É óbvio também que as doenças podem induzir tais modificações que, com freqüência, assumem maior intensidade, exteriorizando-se comumente de maneira a tornar possível sua caracterização. Porém, como foi anteriormente citado, não é sempre fácil estabelecer os limites entre senescência e senilidade, ou seja, entre modificações peculiares do envelhecimento e as decorrentes de processos mórbidos mais comumente em idosos. (NETTO et al, 2002,p.07)

- Mudanças Normais Associadas à Idade

À medida que envelhecemos, ocorrem milhares de mudanças em todos os nossos órgãos e tecidos, em cada células que os compõem e até nos cimentos que unem as nossas células. Essas mudanças menos aparentes dão origem as manifestações mais óbvias do

envelhecimento. As mudanças associadas à idade menos óbvias afetam as células individuais de praticamente de todos os nossos órgãos, incluindo o sistema imunológico, endócrino e cardiovascular. O ponto importante é que essas mudanças não aparentes associadas a idade são consideradas normais e não estados de doenças.

As doenças associadas à velhice não são parte do processo natural do envelhecimento. Câncer, doenças cardíacas, doença de Alzheimer e derrames tornam-se mais prevalentes à medida que envelhecemos devido a nossa menor capacidade de combatê-los. Assim, embora as perdas funcionais que ocorrem em nossos sistemas vitais com o envelhecimento sejam eventos normais, elas realmente aumentam nossa vulnerabilidade a doenças ou acidentes. E, ao contrário do envelhecimento, as doenças não são normais (HAYFLICK, 1997, p.36).

O envelhecimento normativo pode ser de dois tipos: primário e secundário. O primeiro é universal, presente em todas as pessoas, geneticamente determinado ou pré-programado. O segundo é resultante da alteração das influências externas e é variável entre indivíduos em diferentes meios. Seria decorrente de fatores cronológicos, geográficos e culturais. Se tais fatores não forem considerados, as diferenças encontradas entre grupos de pacientes podem ser erroneamente atribuídas ao envelhecimento intrínseco ou primário, quando na verdade são conseqüentes as influências externas citadas (NETTO et al, apud Freitas, 2002, p.11).

4.1.5 - Aspectos Biológicos do Envelhecimento

“Biologicamente o envelhecimento é processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o nascimento e o acompanham por todo o tempo da vida possível, terminando com a morte. Neste trajeto, prova no organismo modificações fisiológicas, ou seja, alterações na forma do corpo (aparecimento de rugas,

cabelos brancos e outros); modificações fisiológicas, relacionadas com as funções orgânicas; modificações bioquímicas, diretamente ligadas às transformações, das reações químicas presentes no organismo. Pouco se sabe sobre os reais mecanismos desse processo de envelhecimento, embora pesquisas tenham formulado teorias que tentam explicá-las. Dentre elas, destacamos uma que parte do princípio da *deterioração dos mecanismos de síntese protéica* realizada pelas células do corpo, cujo processo é fundamental para manutenção da vitalidade orgânica. Outra teoria trabalha com a hipótese do *relógio biológico*, considerando que as células humanas reproduzem-se até um determinado número, conforme o seu tipo, e depois morrem. Existem ainda uma terceira proposta, mais abrangente, para explicar o envelhecimento. Trata-se da chamada *homeostase*, que compreende um conjunto de mecanismos fisiológicos essenciais ao corpo humano, pois regulam e estabilizam nosso meio interno. Quanto mais idosa a pessoa fica, intensifica-se a tendência de aumentar os defeitos homeostáticos do organismo; em consequência, aumentam os desequilíbrios fisiológicos, o que contribui para a aceleração do próprio envelhecimento” (SANTOS, 2001, p.18).

4.1.6 - Aspectos Psicológicos do Envelhecimento

Quando o envelhecimento passou a ser mais amplamente estudado, a partir do começo do século XX, foi ficando cada vez mais claro que o processo não poderia ser contextualizado só por fatores orgânicos e fisiológicos, porque, junto às transformações corporais, e interagindo com elas, as pessoas apresentavam mudanças de comportamentos, de papéis, de status, de crenças, de acordo com as diferentes fases e grupos etários a que pertenciam e também em função de suas escolhas e adaptações individuais ao longo do seu ciclo de vida. Convém destacar que as primeiras abordagens psicológicas do envelhecimento e da velhice priorizavam, principalmente, as necessidades das sucessivas adaptações que as

peças viam-se obrigadas a fazer no decorrer do seu ciclo de vida, a fim de se ajustarem aos padrões comportamentais estabelecidos pelo sistema social (SANTOS, 2001, p.19).

4.1.7 - Fisiologia do Envelhecimento

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte (FILHO apud NETTO, 2002,p.60).

- O Sistema Cardiovascular

Não há muita dúvida de que a incidência de doenças cardiovasculares aumenta exponencialmente com a idade. Como resultado, essa é principal causa de morte entre os mais idosos em praticamente todos os países industrializados. Curiosamente, as mortes por doenças cardiovasculares diminuíram nos últimos 30 anos. Talvez a detecção precoce e o aperfeiçoamento dos testes para o diagnóstico de doenças cardíacas, o melhor controle da hipertensão e uma redução do tabagismo também tenham contribuído.

As mudanças cardiovasculares eram consideradas tão ao processo de envelhecimento que algumas pessoas as consideravam causa desse processo. Segundo Leonardo da Vinci em seu trabalho de dissecação dos seres humanos, escreveu que as causas do envelhecimento seriam veias que, devido ao espessamento das túnicas que ocorre nos idosos, limitam a passagem de sangue e, como resultado desta falta de nutrição, destroem a vida dos idosos enfraquecem pouco a pouco em uma morte lenta. Mas as doenças do sistema cardiovascular, embora sejam a principal causa de morte na maioria dos países desenvolvidos, não são a causa do envelhecimento, a prova disso é que pessoas que não têm doenças cardiovasculares também envelhecem.

Um dos princípios básicos dos estudos gerontológicos é que não se pode detectar com certeza as mudanças normais da idade na presença de doença, mas a prevalência da doença cardiovascular pode dificultar a obtenção de número suficiente de pessoas idosas com corações saudáveis, para que possamos estudar o processo normal de envelhecimento.

Até recentemente, acreditava-se que ocorria um declínio inevitável da função cardiovascular com a idade, mas pesquisadores do BSLA (Baltimore Longitudinal Study of Aging), descobriram que a idade não tem qualquer efeito previsível sobre o índice ou rendimento de doença cardíaca, embora a pressão arterial sistólica máxima realmente aumenta com a idade. A principal mudança normal das artérias associada à idade é o aumento lento da espessura de um dos anéis concêntricos de tecido, o anel mais interno, que constituem o ducto arterial. O resultado desse espessamento é o estreitamento do diâmetro da artéria e o aumento da sua rigidez que podem aumentar a predisposição à aterosclerose quando existem outros fatores presentes. (HAYFLICK, 1997, p.142).

O envelhecimento determina modificações estruturais que levam à diminuição da reserva funcional, limitando a performance durante a atividade física, bem como reduzindo a capacidade de tolerância em várias situações de grande demanda, principalmente nas doenças cardiovasculares. O débito cardíaco pode diminuir em repouso, principalmente durante o esforço, tendo uma influência importante do envelhecimento através alguns determinantes como a diminuição da resposta de elevação de frequência cardíaca ao esforço ou outro estímulo.

Com o envelhecimento o débito cardíaco poderá estar normal ou diminuído, sendo que o “coração idoso” é competente em repouso, com resposta ao esforço alterada, podendo facilmente entrar em falência quando submetido a uma maior demanda, como na presença de doenças cardíacas ou mesmo sistêmicas (NETTO, 2002, p.231).

- O Sistema Imunológico

A função imune declina com a idade, como a maioria das funções. A marca do envelhecimento é o progressivo declínio dos três sistemas de comunicação do corpo: o imune, o endócrino e o nervoso. Paralelamente existe um aumento na susceptibilidade a infecções, tumores e fenômenos auto-imunes. Entre as incontáveis variáveis relacionadas ao processo de envelhecimento, uma das mais controversas é o perfil imunológico do indivíduo velho. Há um consenso de que ele se modifica tornando-se menos eficiente (FREITAS,2002,p.550).

O trabalho do sistema imunológico é detectar, inativar e eliminar microorganismos e outros corpos estranhos do organismo. O sistema imunológico humano começa a desenvolver alguns meses após a concepção, mas só em torno da época do nascimento é ativado para detectar proteínas estranhas. Todas as proteínas presentes no organismo antes do sistema imunológico ser ativado são automaticamente reconhecidas como próprias a partir desse momento. Com a idade, algumas de nossas proteínas próprias sofrem pequenas mudanças que, isoladas, não são prejudiciais. Mas a vigilância do sistema imunológico é tão intensa que ele fabricará anticorpos para essas proteínas modificadas, embora esse ato possa ser caracterizado como uma forma de autodestruição. Assim, a sensibilidade extraordinária de nosso sistema imunológico, tão útil na juventude, pode nos prejudicar na velhice, atacando como proteínas estranhas o que, na verdade, são proteínas próprias ligeiramente modificadas. Acredita-se que esta circunstância seja a causa das doenças chamadas *auto-imunes*, como as artrites e o lúpus eritematoso. Alguns gerontologistas acreditam que a probabilidade de desenvolver essas doenças auto-imunes aumenta com a idade, à medida que o sistema imunológico passa a responder as mudanças sutis de um número cada vez maior de proteínas em processo de envelhecimento. (HAYFLICK, 1997, p.144).

- O Sistema Endócrino

O envelhecimento altera todo o sistema endócrino, porém as modificações são mais acentuadas em algumas estruturas que em outras, dependendo do indivíduo. O comprometimento é observado nas células glandulares, na secreção hormonal, nos receptores hormonais e nas células –alvo (NETTO, 2002, p. 68).

Alterações no sistema endócrino associadas à idade leva à deterioração do organismo e ao processo do envelhecimento; a teoria neuroendócrina sugere a presença de um marcapasso central que leva à falência do sistema endócrino.

Essa teoria se baseia no fato de que muitos indivíduos jovens com doenças endócrinas apresentam alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que são encontradas em indivíduos idosos “sem doenças”.

O aumento da incidência de doenças como diabetes mellitus, a associação de falências de mais de um órgão endócrino levando à síndrome de falência poliglandular e a apresentação atípica de patologias (hipertireoidismo e hipotireoidismo) são características do envelhecimento (FREITAS, 2002, p.480).

As mudanças hormonais que ocorrem com o envelhecimento talvez diminuam a reserva fisiológica de nossos tecidos e órgãos que, na juventude, nos permitia responder com eficiência a uma variedade de pressões. Na velhice, as mudanças hormonais podem reduzir essa reserva vital, aumentando nosso risco de contrair males próprios da velhice. A redução da capacidade de recuperação de queimaduras, feridas ou traumas cirúrgicos ou da capacidade da resposta aos estresses de calor e frio que ocorre nas pessoas idosas pode ser provocadas por problemas de manifestação ou desequilíbrio hormonal. Até mesmo a menopausa, é desencadeada por mudanças no sistema endócrino. Acredita-se que o aumento da glândula próstata, quase universal nos homens idosos, também sejam resultado de mudanças hormonais.

Descobriu-se que a secreção de muitos hormônios como, testosterona, insulina,

aldosterona, hormônio da tireóide e crescimento diminuem com o envelhecimento normal. Estudos mostraram que esses hormônios atuam conectando-se inicialmente a um receptor presente nas células –alvos, e que o número desses receptores também diminuem com a idade. A capacidade do sangue de manter um nível normal de glicose, também diminui com a idade (HAYFLICK, 1997, p.146).

- Função Renal nos Idosos

A insuficiência renal nos idosos cresceu dramaticamente nos últimos 20 anos. Um número cada vez mais maior de pacientes busca assistência clínica de nefrologistas notando-se uma melhora na sobrevivência de pacientes com co-morbidades tais como insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial e doença vascular aterosclerótica; todas estas doenças contribuem para a disfunção renal. Os pacientes são frequentemente avaliados devido à perda funcional do rim e da proteinúria (FREITAS, 2002, p.457).

Os rins apresentam diversas alterações morfológicas durante o processo de envelhecimento. Observam-se redução do tamanho e do peso dos rins, diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal, esclerose e hialinização glomerulares, aumento do tecido conjuntivo intersticial e alterações tubulares.

Do ponto de vista funcional verifica-se que o fluxo plasmático reduz 10% por década após os 50 anos e a filtração glomerular diminui cerca de 35% a 50% entre os 20 e os 90 anos de idade. Paralelamente à queda da filtração glomerular ocorre declínio da função tubular, alterando-se a capacidade de concentração e diluições urinárias (NETTO, 2002, p.65).

- O Sistema Reprodutor Feminino

As mulheres perdem a capacidade de reprodução aproximadamente quarenta anos depois da maturação sexual, ou quando chegam mais ou menos aos cinquenta anos. À medida que as mulheres se aproximam dos cinquenta anos, o número de óvulos imaturos em cada ovário se aproxima de zero. Surpreendentemente, cerca de metade dos óvulos imaturos que

uma mulher possui quando nasce são perdidos mesmos antes da puberdade. Pouquíssimos dos óvulos restantes da puberdade amadurecem, saem do ovário e são expelidos pela menstruação. Nas mulheres que estão se aproximando da menopausa, a produção de óvulos normais diminui. Os defeitos cromossômiais são mais comuns em óvulos de mulheres mais idosas e são responsáveis pela grande proporção de óvulos anormais produzidos por mulheres que se aproximam da menopausa. Não se sabe a razão, mas essa maior proporção de óvulos anormais talvez seja responsável pela diminuição da fertilidade nas mulheres mais idosas, bem como pela maior probabilidade de ter um bebê portador de defeito congênito. A ocorrência de defeitos cromossômiais é bem documentada; sua conexão com os efeitos congênitos pode ser mais bem explicada pela Síndrome de Down, que se sabe ser mais comum em bebês nascidos de mães idosas. Após a menopausa, as mulheres apresentam rápida redução dos níveis de vários hormônios circulantes. Em contrapartida, a maior parte da capacidade funcional do ovário é controlada por hormônios secretados pela glândula pituitária, localizada na base do cérebro, que é controlada por mudanças mais básicas nos hormônios secretados pelo hipotálamo. Com a idade, também ocorrem mudanças em outros órgãos do sistema reprodutor feminino. O peso e o tamanho do útero diminuem. Frequentemente, a parede da vagina torna-se mais fina e as secreções das glândulas locais diminuem, as mamas diminuem de tamanho e tornam-se mais flácidas com a idade mas, por razões desconhecidas, as mamas de aproximadamente 10% das mulheres apresentam um aumento após a menopausa. (HAYFLICK, 1997, p.148).

- O Sistema Reprodutor Masculino

Comparado ao envelhecimento reprodutivo visível que ocorre nas mulheres, a senescência do sistema reprodutor masculino é um processo mais gradual. Claramente, alguns homens mantêm total capacidade reprodutiva até idade extremamente avançada. Como nas

mulheres, os níveis de vários hormônios nos homens aumentam ou diminuem com a idade. Embora a maioria dos tecidos e órgãos encolha com a idade, por razões desconhecidas, o coração, os pulmões e a próstata tendem a aumentar. Quando a glândula prostática aumenta, pode causar constrição no canal urinário emergente, dificultando a micção. Com muita frequência, o aumento deve-se a um crescimento de células benignas, mas, às vezes, o crescimento é canceroso, portanto, a condição deve ser acompanhada de perto por um urologista para que se possa verificar a presença de tecido canceroso (HAYFLICK, 1997, p.150).

- O Sistema Esquelético

As quedas e suas conseqüências se fazem presentes em todas as épocas da vida, porém são encaradas mais explicitamente como um problema na idade mais avançada. São mais freqüentes nessa faixa etária, e os indivíduos idosos, quando caem, ocorrem mais riscos de lesões. O impacto psicológico das quedas é outro fator importante entre indivíduos mais velhos.

As causas desse problema freqüente entre os mais velhos podem ser únicas e claramente identificáveis ou, mais comumente, múltiplas e de difícil individualização. Estão, também intimamente relacionados à postura e à marcha, que por sua vez, sofrem influências do envelhecimento normal e patológico. Os distúrbios de marcha e do equilíbrio são, de modos semelhantes, prevalentes entre os idosos. (FREITAS, 2002, p.624)

Quando a perda óssea resulta em um colapso de uma vértebra ou em maior suscetibilidade a fraturas, o diagnóstico provável é osteoporose. Nessas condições os ossos são normais, mas a quantidade é simplesmente pequena demais. A condição é observada principalmente em mulheres. As manifestações mais claras são as costas arqueadas, curvadas e corcundas (cifose) que se tornaram parte da caricatura da velhice. A causa da osteoporose

não é clara, mais muitos indícios sugerem que quatro variáveis desempenham papel significativo: mudanças na concentração de hormônios como estrogênio, hormônios da paratireóide, calcitonina, corticosteróide e possível progesterona; fatores nutricionais , especialmente deficiências de cálcio e vitamina D; imobilidade causada pelo estilo de vida sedentário, doença, problemas de articulação e fraturas; e status de massa óssea na maturidade. Dentre outros fatores de riscos estão o biótipo baixo, magro e caucasiano. (HAYFLICK, 1997, P.151).

- O Sistema Nervoso

O sistema nervoso central (SNC) é o sistema biológico mais comprometido com o processo do envelhecimento, pois é o responsável pela vida de relação (sensações, movimentos, funções psíquicas, etc) e pela vida vegetativa (funções biológicas internas).

Sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida de um indivíduo que envelhece, sem comprometerem a sua vida de relação, suas atividades pessoais, gerenciais, executivas, etc., o que pode ser considerado como envelhecimento saudável (senescência) apesar de existirem danos, a sua intensidade é menor.

O envelhecimento patológico (selenidade) se dá quando esses mesmos danos ocorrem em uma intensidade muito maior, levando as deficiências funcionais marcantes e, seguramente, a alterações das funções nobres do SNC, atingindo especialmente as relacionadas com a capacidade intelectual do indivíduo, através de alterações da atenção, memória, raciocínio e juízo crítico, as funções práxicas e gnósicas, na fala e em outras formas de comunicação, e, conseqüentemente, comprometendo progressiva e seriamente a sua vida de relação, sua afetividade, personalidade e conduta. Entretanto, "selenidade" é um termo amplo, impreciso e, muitas vezes, mau emprego, o que torna indistinta a fronteira entre a idade e a doença física ou legal (FREITAS, 2002, p.112; 114).

Alguns gerontologistas acreditam que o cérebro, que controla o sistema nervoso normal e o periférico, também controla as mudanças decorrentes do envelhecimento. Acredita-se que o hipotálamo, localizado no cérebro, inicia a menopausa e a cascata de eventos subsequentes associados ao envelhecimento do sistema reprodutor feminino. A íntima relação entre o cérebro e o sistema endócrino é tal que as mudanças em um dos sistemas frequentemente produzem mudanças no outro. Em contrapartida, essas últimas mudanças podem afetar a liberação da secreção original no cérebro. Sabe-se que os mecanismos de relógios tornam-se menos precisos com a idade e que muitos relógios parecem ser controlados por hormônios liberados pela glândula pituitária na base do cérebro. Alguns geriatras especularam que o efeito que o efeito sobre os nossos relógios internos poderiam ser responsável pelas mudanças bem conhecidas nos padrões de sono que ocorrem na velhice (HAYFLICK, 1997, p.142).

4.1.8 - Alterações aparentes do envelhecimento

- Altura

A estatura mantém-se até os 40 anos. A partir dessa idade reduz-se cerca de um centímetro por década, acentuando-se essa redução até os 70 anos. Esse fato é consequência das alterações da coluna, do arqueamento dos membros inferiores e do achatamento do arco plantar, sendo mais acentuado no sexo feminino. Em pacientes idosos, uma das maneiras de verificar a altura aproximada quando jovens é através da envergadura. (NETTO, 2002, p.63)

A postura normal, ereta, característica do adulto jovem, raramente é observada nas pessoas realmente idosas. Existem vários motivos para isso inclusive mudanças no esqueleto e nos músculos. Entretanto, a perda é tão pequena até cerca de sessenta anos que é difícil de detectá-la em qualquer indivíduo. Acredita-se que a diminuição da altura com a idade se deva

a uma combinação de fatores como perda de água, enfraquecimento de grupos musculares, mudanças posturais, osteoporose, deterioração dos discos espinhais e deformidades de espinhas. Nas mulheres, a causa predominante de diminuição de altura associada ao envelhecimento é a osteoporose (HAYFLICK, 1997, p.157).

- **Peso**

Devido às alterações composição corpórea no idoso, há tendência à redução do peso após os 60 anos de idade. Quando, após essa idade, o peso mantém-se inalterado ou eleva-se, deve-se ao acúmulo de gordura.

Para melhorar avaliação do peso de um indivíduo em relação à sua altura, tem sido utilizada a relação peso em Kg/altura² em metro, denominada de Quelet. A aplicação desse índice no idoso apresenta uma restrição importante, devido à redução da altura com o envelhecimento. (NETTO, 2002, p.63)

Praticamente todos os estudos realizados mostram que o peso aumenta na meia-idade e diminui na velhice (HAYFLICK, 1997, p.158).

- **Tamanho do Tórax**

De modo geral, o diâmetro, a circunferência e a profundidade do tórax aumentam com a idade, tanto nos homens quanto nas mulheres (HAYFLICK, 1997, p.158).

- **Rosto**

Vários estudos mostraram que tanto o nariz quanto às orelhas se alonga com a idade. Outras dimensões faciais aparentemente não se modificam significativamente após os cinquenta anos (HAYFLICK, 1997, p.159).

- Crânio

Os ossos do crânio são independentes, embora conectados por articulações fibrosas chamadas suturas. Muitas dessas suturas começam a se fundir aos setenta, oitenta e noventa anos. Os ossos do crânio também parecem ficar mais espessos com a idade. Dois estudos longitudinais mostraram que a circunferência, a expansão e o tamanho da cabeça aumentam com a idade em ambos os sexos. (HAYFLICK, 1997, p.159).

- Esqueleto

O crescimento de alguns ossos da bacia continua em algumas pessoas até a sétima década de vida. Na maioria dos indivíduos, o segundo dos cinco ossos cilíndricos que compreendem a palma da mão se alarga até a oitava década. (HAYFLICK, 1997, p.159).

- Água Corporal

Uma possível causa do encolhimento dos órgãos, diminuição da altura e redução de peso observado na maioria das pessoas idosas é a perda de água corporal. A perda de água com idade pode se dever à perda real de células ou a redução do tamanho delas. Como somos compostos de mais de 50% de água, e cerca de 30% de nossas proteínas são uma substância chamada colágeno que mantém nossas células unidas, é surpreendente que haja massa restante suficiente para fazer de nós o que somos. Todas as nossas células são feitas de um gel complexo chamado protoplasma. Acreditava-se que as mudanças associadas à idade ocorressem à medida que o teor de água desse gel protoplásmico diminuía, provocando todos os tipos de danos que interferiam na capacidade da célula funcionar adequadamente. Por mais atraente que essa hipótese possa parecer, não existem indícios diretos de que a perda de água, em si, seja a causa das mudanças associadas à idade. (HAYFLICK, 1997, p.160).

- Pele

A pele é o órgão que mais evidentemente demonstra os sinais do envelhecimento. Muitas alterações como perda de tecido de sustentação de gordura subcutânea, diminuição dos pêlos, alterações na distribuição da pigmentação de pele e pêlos, diminuição das glândulas sudoríparas e sebáceas, ocasionam mais ressecada, frágil, sem a preservação de elasticidade e turgor. Torna-se mais propensa a machucados, prurido e infecções (NETTO, 2002,p.227).

Embora existam doenças de pele associadas à idade, a pele normal envelhecida não tem significado clínico. Ninguém morre porque a pele envelhece, mas a pele realmente mostra mudanças drásticas decorrentes do avanço da idade. Frequentemente, é a aparência da pele que determina nossas conclusões estereotipadas sobre a idade de uma pessoa. Sua descoloração, rugas e deterioração são comumente consideradas um reflexo da idade cronológica e até da saúde de modo geral. Muitos idosos têm várias afecções de pele. Ressecamento e coceira são queixas extremamente comuns; o aparecimento de calosidades, granulações, pé-de-atleta e alterações nas unhas também fazem com que pessoas idosas busquem tratamento (HAYFLICK, 1997, p.160).

- Glândulas Sudoríparas:

Os idosos suam menos porque muitas glândulas sudoríparas desaparecem ou perdem a funcionalidade. A capacidade de cada glândula restante de produzir suor diminui com a medida que diminuem os aumentos de temperaturas com a idade. As glândulas sudoríparas apócrinas, localizadas nas axilas, são controladas por um hormônio androgênio, que começa a funcionar durante a puberdade. O suor apócrino fornece substrato para bactérias, que originam o cheiro acre e forte do corpo humano. A produção de androgênios diminui com a idade, especialmente nas mulheres após menopausa. Por isso que o odor corporal nos idosos é menos intenso. (HAYFLICK, 1997, p.160).

- Capacidade de Cicatrização

Uma resposta nervosa menos eficiente da pele mais idosa, combinada a uma queda do sistema imunológico, também pode ser responsável pela redução ou retardamento da resposta inflamatória aos fatores irritantes. A cicatrização de ferimentos nos idosos é mais lenta do que nos jovens, e força do ferimento em si (resistência ao desgaste) é menor até a conclusão do processo de cicatrização, embora os reparos ocasionais sejam igualmente bons. Uma operação em uma pessoa idosa raramente é descartada apenas devido a considerações sobre a cura da cicatriz. (HAYFLICK, 1997, p.160).

- Cabelo

As mudanças que ocorrem no crescimento capilar com a idade são um enigma não resolvido. O mistério fica ainda maior quando percebemos que o crescimento capilar diminui em algumas partes do corpo, mas aumenta em outras. O crescimento do cabelo no couro cabeludo em geral diminui, mas em regiões adjacentes orelhas, narinas e sobrancelhas o cabelo pode sofrer um surto de crescimento contínuo. Em muitas mulheres, o crescimento do cabelo acima do lábio superior ocorre quando a concentração do hormônio feminino estrogênio cai após a menopausa. Ocorrem também mudanças nos padrões de cor e crescimento. Em fases mais avançadas da vida, o crescimento mais lento e a perda do cabelo ocorrem freqüentemente em ambos os sexos e não parecem ser geneticamente induzidos. Os pêlos axilares, ou cabelo nas axilas tendem a diminuir com a idade e, nas mulheres idosas, freqüentemente desaparecem. As diferenças raciais desempenham um papel importante no padrão de crescimento e perda capilar associados à idade. O embranquecimento do cabelo provavelmente é o sinal mais notável. (HAYFLICK, 1997, p.165).

4.2 - ENFERMAGEM GERONTOGERIATRICA

A Enfermagem Gerontogeriatrica e uma especialidade da Enfermagem que, no Brasil, vem se organizando recentemente, para se constituir num corpo de conhecimentos específicos, aliados a um rol de habilidades praticas apropriadas, já acumuladas pela experiência (GONCALVES & ALVAREZ, 2002, p.756).

- Terminologia e Definições

A enfermagem gerontogeriatrica supõe a composição da especialidade do conhecimento e da pratica da enfermagem, fundamentadas nos conhecimentos provenientes da Enfermagem Geral, essa uma área mais abrangente vem construindo a luz dos conhecimentos de varias disciplinas básicas e aplicadas.

Essa especialidade foi iniciada e denominada nos Estados Unidos, Enfermagem Geriátrica, como se pode observar na historia da Associação Americana de Enfermeiras. Após 16 anos de sua fundação, em 1976, os estatutos mudaram a denominação para Enfermagem Gerontológica. A Gerontologia, que visa tratar do ser humano em processo de envelhecimento em sua mais ampla multidimensionalidade. Com tal visão, entendeu-se que a Geriatria já se encontra inclusa na Gerontologia como campo de estudo. Por isso, e comum encontrarmos na literatura, terminologia da especialidade sem usar o termo “geriátrica” (GONCALVES & ALVAREZ, 2002, p.757).

- A Pratica do Cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica

Segundo Alvarez (2001), a pratica do cuidado na enfermagem gerontogeriatrica só pode ser visualizada quando vinculada ao processo de cuidar da enfermagem como um todo, direcionando-se a pessoa idosa em seu contexto de vida.

O cuidar é um processo dinâmico e depende da interação, do respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade dos idosos e de sua família. Assim sendo, o processo de cuidar, em enfermagem, consiste em olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso e pela família, enquanto cliente da enfermagem.

Faz parte do cuidado a preservação da relação dinâmica entre o profissional, o idoso e sua família, mais direcionada para a resolução de problemas imediatos nos momentos em que as situações exigem. Assim, deve-se visualizar a prática do cuidado de enfermagem gerontogeriatrica como especificidade, tanto no interior da prática da enfermagem geral, quanto da prática exercida pela equipe multiprofissional (STEAVENSON, GONCALVES, ALVAREZ, 1997).

No cuidado de saúde de pessoas idosas, convencionou-se agrupar, de modo sintético, as seguintes metas principais: promoção de um viver saudável; compensação de limitações e incapacidades; tratamento e cuidados específicos; facilitação do processo de cuidar. Atingir essas metas e o que visam as práticas de cuidado de enfermagem.

No âmbito da promoção de um viver saudável, enquanto transcorre o processo de envelhecimento, a prática de cuidado de enfermagem centra-se na educação para a vida e para a saúde. De posse dos conhecimentos e das experiências acumuladas no campo da gerontogeriatrica, enfatiza-se a tomada dos seguintes cuidados: a adoção ou a revisão de estilos de vida saudáveis, no que concerne ao autocuidado, enquanto esta exercendo as atividades cotidianas; o controle apropriado das eventuais condições de cronicidade; a prevenção atenta aos fatores de riscos específicos da velhice.

Os cuidados de acompanhamento ao longo da vida devem pautar-se, tanto quanto possível, pela manutenção do bem-estar e pelo estímulo a uma vida com dignidade. Geralmente esses cuidados cotidianos se dão no contexto domiciliar, em família.

Para a enfermagem, que desempenha um papel tão importante na assistência domiciliar, urge resgatar sua função, principalmente no serviço público de saúde, para dedicar-se aos cuidados no nível de assistência primária no domicílio, particularmente no atendimento da população mais carente e fragilizada. (GONCALVEZ & ALVAREZ, 2000, p.760-761).

4.3 - A ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIARIO

A Política Nacional de Saúde do Idoso publicada em 13 de dezembro de 1999 adota o conceito de capacidade funcional como “a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma”. E ainda enfatiza a questão da capacidade funcional como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso (GONCALVES E ALVAREZ ,2000, p.762).

A Portaria n. ° 73, de 10/05/2001, fala sobre as normas de funcionamento de serviços de atendimento ao idoso brasileiro. Ela também define a assistência domiciliar ou atendimento domiciliário como aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à promoção de autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança. Essa modalidade de atenção ou programa destina-se a idosos dependentes e semidependentes e tem como objetivos os seguintes itens:

- Aumentar a autonomia do idoso para que este possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível;
- Manter a individualidade dos idosos adaptando, com flexibilidade, as particularidades concretas do ambiente onde será prestada a assistência;
- Respeitar a memória física e afetiva dos idosos;
- Prevenir situações carenciais que aumentam o risco da perda de independência;

- Criar ou aprimorar hábitos saudáveis;
- Reforçar vínculos familiares e sociais;
- Recuperar capacidades funcionais perdidas para as atividades da vida diária;
- Respeitar e observar as características particulares da região;
- Integrar e estabelecer parceria com órgãos públicos e privados da área da saúde;
- Prestar atendimento especializado de saúde.
- Atendimento Domiciliário aos Idosos e a suas Famílias.

O atendimento domiciliário (esta denominação segundo o *Novo dicionário Aurélio da língua Portuguesa* tem o significado “relativo a domicílio”, “feito em domicílio”, e o termo “domiciliar”, significa “recolher em domicílio”, “fixar residência”. Por isso os programas de saúde adotaram o atendimento na residência dos pacientes como “domiciliário”.) e uma modalidade de atenção à saúde que vem sofrendo uma grande expansão, em especial aos últimos anos devido aos seguintes fatores: - os avanços tecnológicos; - o interesse e aceitação dos profissionais, instituições e familiares; e as mudanças demográficas.

A individualização assistencial, que traduz uma maior satisfação aos pacientes, a seus familiares e aos profissionais, e a diminuição dos custos assistenciais, que possibilita uma redistribuição de recursos mais adequada e a possibilidade de um desenvolvimento profissional mais autônomo, tem contribuído para o aumento da demanda por esse tipo de assistência.

As mudanças demográficas que acarretam o envelhecimento populacional cada vez mais acelerado, acompanhado por incremento de doenças crônico-degenerativas e suas seqüelas, contribuem para o aumento da demanda para o atendimento domiciliário.

Keenan & Hepburn (1997), classificaram **cinco critérios** para a escolha do idoso no atendimento domiciliário. O **primeiro critério** é a estabilidade clínica, onde a assistência

domiciliaria gerontológica visa essencialmente o acompanhamento de idosos com afecções crônicas e suas seqüelas, não tendo, portanto, caráter emergencial. O **segundo**, e a existência de rede de suporte social (cuidador, família, amigos, voluntários, etc.). O **terceiro critério** e ter um ambiente apropriado, pois sendo o atendimento domiciliário uma intervenção terapêutica, o ambiente residencial deve propiciar sua realização. A partir da avaliação do idoso e de suas demandas, algumas adaptações ambientais podem ser necessárias e, portanto, são necessários recursos que devem ser previamente analisados. Qualquer alteração ambiental deve ser detalhadamente discutida com os próprios idosos, se este tiver condições para tanto, e com sua família. O **quarto critério** e ter uma avaliação previa das demandas existentes, ou seja, a admissão de um idoso num Programa de Assistência Domiciliaria requer uma avaliação previa das demandas existentes. Essa avaliação envolve o idoso, seu cuidador, sua família e o contexto domiciliar em questão. O **quinto** e ultimo critério se trata do suporte financeiro. A Assistência Domiciliaria implica a adição de custos ao orçamento doméstico, tais como: maior consumo de energia elétrica, água, locação/aquisição de materiais e/ou equipamentos que podem não ser fornecidos pelo programa (GONCALVES E ALVAREZ, 2002, p.763-764).

4.3.1 - Característica da Assistência Domiciliaria Gerontológica

Há assistência domiciliaria e muito diferente da assistência institucional para qual os profissionais de saúde são treinados. Os aspectos peculiares relacionados a este tipo de assistência nem sempre são ressaltados na maioria dos currículos de graduação dos profissionais de saúde. A seguir destacaremos algumas das características da assistência domiciliaria na qual consideramos importantes e os pontos principais que devem ser observados. (GONCALVES & ALVAREZ, 2002, p.764).

O Idoso - A compreensão do idoso como pessoa única, inserida num contexto familiar

e social com o qual interage continuamente, deve ser um dos princípios norteadores no atendimento domiciliário.

A família – se cada família é única, não podemos simplesmente transportar nossos próprios valores para os contextos domiciliares, pois estaríamos dificultando a interação entre os diversos elementos que compõem a relação do cuidado. O trabalho com famílias não é uma prática a que todos os profissionais da saúde estão acostumados ou habilitados, mas é, sem dúvida, uma condição básica para o sucesso de qualquer intervenção domiciliar.

O Contexto Domiciliar – Assim como a família, o contexto domiciliar em que está inserido o idoso possui uma história própria, construída ao longo do tempo. No caso do contexto domiciliar, o domínio do ambiente e das pessoas que ali residem. A equipe multiprofissional não deixa de ser uma “visita”, que deve solicitar autorização para entrar, deve respeitar os valores e padrões de comportamentos locais, deve dimensionar o espaço físico e pessoal que utilizara, não sendo permitido interferir neste ambiente sem consulta e autorização prévia.

O Cuidador - Representa o elo entre o idoso, a sua família e a equipe interprofissional. Os membros da família são, na maioria das vezes, os responsáveis pela escolha do cuidador, ou seja, da pessoa que irá assumir a responsabilidade do cuidado do idoso. A função do cuidador principal, que geralmente é assumido por uma única pessoa, é de assumir tarefas de cuidado atendendo as necessidades do idoso e responsabilizar-se por elas. A designação do cuidador é informal e segundo Mendes (1995), se baseia em quatro fatores: parentesco (na maioria das vezes, o cônjuge); gênero (preferencialmente mulher); proximidade física e proximidade afetiva. Já a denominação de cuidador secundário, é atribuída aquele que cuida ocasionalmente do idoso, não mantém compromisso e responsabilidade formal pelo cuidado.

4.4 - O IDOSO E A FAMILIA

E importante reconhecer a importância da família, da rede de solidariedade e do entrelaçamento de afetos que centraliza e intermedeia, e da proteção que representa, especialmente com relação aos idosos. Nas condições brasileiras, os cuidados aos idosos são prestados predominantemente por suas famílias e, na falta destas, por amigos e vizinhos. (CABRAL et al, 2000, p. 1059)

Segundo Ângelo (2000), A família e um organismo vivo, e é apenas desta maneira que pode corretamente ser compreendida. Família e uma palavra que desperta diferentes imagens para indivíduos diferentes. Isso e verdade se considerarmos que as definições focalizam aspectos específicos da família, dependendo de como ela e abordada. Assim, no campo das ciências, temos a definição legal de família, a religiosa, a biológica, a sociológica e ou a psicológica, que representam múltiplos conceitos considerados acerca do fenômeno família. Independentemente da definição utilizada, e importante enfatizar que todo trabalho que tem a família como perspectiva concebe uma definição específica de família, incluindo a nossa própria, que norteia tudo o que diz a respeito do trabalho no contexto familiar.

O ciclo de vida na família de idosos apresenta alguns eventos significativos que compõe uma transição e que de certo modo determinam relações familiares e o potencial assistencial familiar. As transições nas famílias de idosos ocorrem no momento em que os papeis e responsabilidades começam a se transferir entre as gerações, quando os filhos percebem que os pais recorrem a eles para apoio emocional e outras formas de ajuda. A relevância das transições para toda a dinâmica familiar reside não apenas na aprendizagem, mas, sobretudo na capacitação de novos papeis, tanto por parte dos idosos como pelos demais membros da família. Este processo e geralmente vivido como uma verdadeira crise, não

apenas pelas transformações materiais que determina; mas principalmente pelas transformações nas maneiras de definir todos os elementos presentes na experiência familiar. Assim, a observação de quem cuida de quem numa família está relacionado com a compreensão da história de cada família em particular.

4.5 - O IDOSO E O AMBIENTE DOMÉSTICO

É sabida a importância que o ambiente tem no desempenho funcional das pessoas idosas. As teorias mais recentes apontam que o controle motor emerge da interação entre as características do indivíduo, a tarefa a ser realizada e o contexto ambiental. Apesar das alterações com o envelhecimento diminuírem a capacidade dos indivíduos de lidar com os perigos do ambiente, as formas que realizam as atividades rotineiras e a percepção do ambiente não mudam ao longo do tempo, colocando os indivíduos em risco de acidentes e diminuindo sua capacidade de realizar atividades pessoais e instrumentais. O ambiente domiciliar é construído ao longo da vida levando-se em conta as expectativas pessoais, normas sociais e culturais, padrões estéticos, funcionalidade e condições econômicas. Os idosos têm dificuldades de funcionar em situações adversas, podendo levar a quedas e acidentes, dependência, depressão, desuso e inatividade. É fundamental conhecer as habilidades funcionais dos idosos para que possa ser desenvolvido um projeto que resolva os seus problemas específicos (PERRACINI et al, 2000).

4.6 - DOENÇAS RELACIONADAS À VELHICE

A dificuldade de se determinar se alguns processos de envelhecimento são doenças também é influenciada por duas outras preocupações. Se o envelhecimento, assim como a passagem à idade adulta, é universal, não deveria ser encarado como doença, pois nenhuma

doença é universal. Entretanto, existem patologias que são encontradas em quase 100% das pessoas idosas. Se a prevenção e cura do envelhecimento são objetivos desejáveis, chamar envelhecimento de doença se justificaria. Caso contrário, o processo de envelhecimento assim como os processos que nos levam da infância a idade adulta são desejáveis e, portanto, não são doenças. Uma distinção normal é que as perdas fisiológicas características do envelhecimento acabam ocorrendo nas células, tecidos e órgãos de todos os membros idosos de uma espécie, enquanto as mudanças decorrentes do envelhecimento ocorrem apenas em alguns membros. (HAYFLICK, 1997, P.37).

4.6.1 - Doenças encontradas durante a prática assistencial:

Um fato que nos surpreendeu ao chegarmos e levantarmos os dados junto a enfermeira da UBS, foi o fato da grande maioria dos idosos atendidos na UBS sofrerem de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Segundo ela, cerca de 50% sofre de diabetes e 90% de hipertensão arterial. Nas quatro famílias que visitamos e aplicamos o processo, todos os idosos sofriam de diabetes e hipertensão e alguns dos familiares também, além do que na demanda diária da UBS muitos idosos vão fazer o controle e durante nossa estada atendemos muitos deles e por isso consideramos essencial fazer uma revisão sobre este assunto afim de melhorar nosso atendimento e promoção de cuidado com estes idosos e alguns de seus familiares.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Conceito

A hipertensão é definida oficialmente, como uma pressão arterial sistólica superior a 140mmHg e uma pressão diastólica maior que 90mmHg durante um período sustentado. São definidos três estágios de hipertensão, mesmo dentro da faixa normotensa os três níveis de pressão arterial ótima, normal e normal-alta foram especificados para indicar que quanto

menor for a pressão arterial, menor será o risco. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.691)

Classificação

A hipertensão pode ser vista como três entidades: um sinal, um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica e uma doença. Como um sinal, as enfermeiras e outros profissionais de saúde usam a pressão arterial para monitorizar o estado clínico do paciente; uma pressão elevada pode indicar uma dose excessiva de medicação vasoconstritora ou outros problemas. Como um fator de risco, a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumule dentro das paredes vasculares. Quando considerada uma doença, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.691)

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona, eventualmente, os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente nos órgãos-alvo, como coração, rins, cérebro e olhos. Dessa maneira, as conseqüências usuais da hipertensão prolongada e descontrolada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais e comprometimento visual. Além disso, o ventrículo esquerdo do coração torna-se aumentado, à medida que ele trabalha para bombear o sangue contra a pressão elevada.

Etiologia

Embora a etiologia exata para a maioria dos casos de hipertensão não possa ser identificada, compreende-se que a hipertensão é uma condição multifatorial. Como a hipertensão é um sinal, é mais provável que ela possua muitas causas, exatamente como a febre apresenta muitas causas. Para que a hipertensão ocorra, deve haver uma alteração em um dos fatores na equação de pressão arterial: resistência periférica ou débito cardíaco. Para que a hipertensão aconteça, deve haver um problema com os sistemas de controle que monitorizam ou regulam a pressão, além de uma ou mais alterações nos fatores na equação da pressão arterial. Diversas hipóteses sobre as bases fisiopatológicas da pressão arterial elevada

estão associadas ao conceito de hipertensão como uma condição multifatorial. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.692)

A hipertensão é resultado de: atividade aumentada do sistema nervoso simpático ligado à disfunção do sistema autônomo; reabsorção renal de sódio, cloreto e água aumentada ligada a uma variação genética nas vias pelas quais o rim manuseia o sódio; atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em uma expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada; vasodilatação diminuída das arteríolas ligadas à disfunção do endotélio vascular; resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligando a hipertensão, diabetes melittos do tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.692)

CONSIDERAÇÕES GERONTOLÓGICAS

As alterações estruturais e funcionais no coração e nos vasos sangüíneos contribuem para os aumentos da pressão arterial que ocorrem com a idade. Essas alterações incluem o acúmulo da placa aterosclerótica, a fragmentação das elastinas arteriais, o depósito aumentado de colágeno e a vaso dilatação comprometida. O resultado dessas alterações é uma diminuição na elasticidade dos principais vasos sangüíneos. Por conseguinte, a aorta e as grandes artérias são menos capazes de acomodar o volume de sangue bombeado pelo coração (volume sistólico); a energia que teria de estirar os vasos em vez disso eleva a pressão arterial sistólica. A hipertensão sistólica isolada é mais comum nos idosos. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.693)

DIABETE MELLITUS

Conceito

O Diabetes Mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou na ação desta. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.933)

Classificação

Diabete tipo 1

O diabetes tipo 1 é caracterizado pela destruição das células *B*- pancreáticas, o que leva à uma deficiência absoluta ou relativa de insulina pancreática que por sua vez leva à cetose. Ocorre principalmente na infância e na adolescência , mas também ocorre no adulto diante de situações de estresse orgânico importante. Os diabéticos tipo 1 tem uma deficiência de insulina causada pelo dano auto-imune causado às células beta. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.935)

Diabete tipo 2

O diabetes tipo 2 é um grupo heterogêneo em que temos, de um lado, a resistência à insulina e, de outro, liberação de insulina pancreática progressivamente diminuída. Nesse tipo, a obesidade (particularmente do tipo central ou andróide) é muito freqüente. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.935)

Diagnóstico

Os diabéticos tipo 1 geralmente apresentam quadro súbito de poliúria,

polidipsia, polifagia, e perda de peso devido hiperglicemia. Como há uma deficiência absoluta de insulina, ocorre produção de corpos cetônicos, com desidratação progressiva e cetoacidose diabética. Crianças podem ter enurese noturna.

As pessoas em condição de diabete tipo 2 têm uma história mais lenta, e muitas vezes são assintomáticos ou diagnosticados, quanto à presença de complicações como insuficiência coronariana, neuropatia periférica, retinopatia, nefropatia e infecções ginecológicas. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.933)

Tratamento

Educação e Cuidados Gerais

Informar o idoso e familiares sobre a doença utilizando uma linguagem coloquial para garantir seu entendimento e aprendizado. Ressaltar as conseqüências da doença e, estabelecer metas a serem cumpridas quanto a mudanças no estilo de vida e controle metabólico, considerando sempre as condições da família e a maneira de cuidado já utilizada pelos mesmos. Cuidados gerais como verificar periodicamente o peso e inspecionar os pés, também são importantes.

Dieta

A dieta deve ser personalizada, e adaptada às condições de vida do idoso. Ressalta-se a necessidade da redução de peso em pessoas com sobrepeso ou obesas. A dieta deve ser fracionada em três refeições principais e três intermediárias (compostas por leite, principalmente a noturna ou carboidratos complexos, como fibras). Evitar frituras, carnes gordas, leite integral, doces entre outros.

Exercícios Físicos

A prática regular de exercícios reduz o peso, a pressão arterial e a resistência à insulina, favorece o controle glicêmico e lipídico e promove a sensação de bem-estar. Os exercícios são preferencialmente aeróbicos, com duração de vinte a quarenta cinco minutos, pelo menos três vezes por semana.

Controle Pressórico

A hipertensão tem alta prevalência no diabético, cerca de 50% ou mais dos diabéticos apresentam hipertensão, o que agrava os problemas cardiovasculares.

Tratamento Farmacológico

Insulinas

O uso de insulina está indicado em pessoas diabéticas tipo 1, nas pessoas em condição de diabetes tipo 2, com falência secundária aos hipoglicemiantes orais ou em situações que necessitam controle rígido durante o período de internação, nas pessoas com diabetes com insuficiência hepática e renal que contra-indique o uso de hipoglicemiantes orais e nas gestantes diabéticas tipo 2, que não conseguem o controle adequado da dieta.

Quanto ao tempo as insulinas podem ser classificadas em ação ultra-rápida, rápida, intermediária, lenta e ultra-lenta

Complicações

As complicações microvasculares da retinopatia, nefropatia e neuropatia são menos prevalentes, e não tão graves no tipo 2 do que no tipo 1. A doença macrovasculares é o grande desafio da diabetes tipo 2, porque ela é a causa de 50 a 60 % de sua mortalidade. O controle

glicêmico através da dieta, exercícios e medicamentos, é o caminho para reduzir as complicações acima descritas. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.961)

Retinopatia

A visão reduzida é um termo genérico empregado para descrever um estado comprometimento visual que exige o uso de aparelhos e estratégias, além de lentes corretoras, para executar tarefas visuais. As causas mais comuns da cegueira e do comprometimento visual em adultos com 40 anos de idade ou mais são a degeneração macular, o glaucoma, a retinopatia diabética, as lesões, as doenças inflamatórias e distúrbios genéticos.

A perda de visão é sinal tardio da doença, daí a necessidade da avaliação oftalmológica anual. A avaliação deve incluir a medição da acuidade visual e da pressão intra-ocular e a dilatação da pupilar. As pessoas em condição de diabete devem ser informados acerca do risco de sua doença ocular e quaisquer sintomas devem ser investigados. Devem saber o suficiente sobre o curso e tratamento dos problemas oculares do diabético, para aceitarem a realização anual dos exames, e também sobre catarata e glaucoma. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.971)

DOENÇAS REUMÁTICAS

Dentre os idosos no qual aplicamos o processo, três destes idosos, sofre de alguma doença reumática. Dentre estas, Sra. Cação que caminha com auxílio de bengala e de sua acompanhante e se queixa todo o tempo de dores nos joelhos, nas pernas e como ela mesmo nos disse: “dor nos quarto”, que quer dizer dores nas costas. Porém suas dores são superadas com muita força de vontade, pois Sra. Cação não deixa de freqüentar as missas, o grupo de idosos e até se arrisca a pequenas viagens de excursão.

Sra. Espada também reclama muito de dores nas pernas e nas costas, e caminha com

bastante dificuldade e lentidão. Não sai mais de casa, pelo fato de se sentir muito cansada e acha que não tem mais condições de caminhar longos trajetos. A filha cuidadora apóia a mãe e faz questão que ela fique em casa.

A Sra. Tainha. queixa-se muito de dores no corpo e se diz muito cansada, porém ao se empolgar em uma conversa, dança e até rebola. Percebemos que lhe falta incentivo e força de vontade para caminhar e sair de casa. Após varias e longas conversas sobre a importância da locomoção, sempre respeitando suas limitações e capacidades, convencemos Sra. Tainha a fazer pequenas caminhadas diárias. Após seu retorno do hospital, fomos em sua casa para acompanhá-la em seu primeiro passeio.

Com isto, fomos buscar argumentos e maneiras de ajudar estas Sras. a partir de uma breve revisão literária sobre o assunto, que apresentamos a seguir.

Conceito

Comumente chamadas de artrite (inflamação no joelho), as doenças reumáticas compreendem, na realidade, mais de 100 tipos diferentes de distúrbios, os quais afetam principalmente os músculos esqueléticos, ossos, ligamentos, tendões e articulações de homens e mulheres de todas as idades. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.1342)

Manifestações Clínicas

A dor constitui o sintoma de uma doença reumática que, mais amiúde, faz com que a pessoa procure cuidados médicos. Os outros sintomas frequentes incluem a inchação articular, movimentação limitada, rigidez, fraqueza e fadiga. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.1343)

Históricos e Achados Diagnósticos

O histórico começa com uma história de saúde geral, a qual inclui o estabelecimento dos sintomas e como eles evoluíram, a história familiar e quaisquer outros fatores contribuintes. Isso é seguido por um histórico clínico completo.

Muitas pessoas idosas esperam e aceitam a imobilidade e os problemas de autocuidado ligados a doenças reumáticas e não procuram auxílio, pensando que nada pode ser feito. O diagnóstico minucioso e o tratamento apropriado podem melhorar a qualidade de vida para as pessoas idosas.

No paciente idoso, outras condições médicas podem ter procedência sobre a doença reumática, o que, comumente, constitui uma preocupação e diagnóstico secundário. Identificar os efeitos da doença reumática no estilo de vida do paciente, independência e outras condições crônicas ou agudas é importante.

As fraturas de quadril e aquelas por compressão vertebral no idoso estão mais frequentemente relacionadas a osteoporose. Para uma pessoa idosa que apresentou uma doença difusa do tecido conjuntivo, o risco de osteoporose mostra-se aumentado. Dor, perda da mobilidade, perda da auto-imagem positiva, morbidade crescente podem resultar da osteoporose progressiva.

A visão diminuída e o equilíbrio alterado, frequentemente presentes nas pessoas idosas, podem ser problemáticos para o paciente cuja doença reumática nos membros inferiores afeta a locomoção. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.1343)

Tratamento

O tratamento farmacológico da doença reumática nos pacientes idosos é mais difícil que nos pacientes mais jovens. O efeito cumulativo dos medicamentos é acentuado por causa das alterações fisiológicas do envelhecimento.

Os pacientes idosos com doença reumática podem conformar-se com ou resistir a dor, perda de deambulação e dificuldade com as atividades da vida cotidiana de forma desnecessária. A necessidade de visualizar-se como capaz de controlar a vida de maneira independente, apesar da idade pode exigir considerável energia. A imagem corporal e a auto-estima da pessoa idosa com doença reumática, combinada à depressão subjacente, podem interferir com o uso de aparelhos de auxílio, como as muletas.

Em geral, o paciente idoso possui um longo padrão de lidar com o estresse. Dependendo do sucesso desse padrão, o paciente idoso pode, com freqüência, manter uma atitude positiva e a auto-estima quando se depara com uma doença reumática – especialmente como apoio. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.1344)

OSTEOPOROSE

Caracteriza-se por uma redução da massa óssea total e por uma alteração na estrutura óssea, a qual aumenta a suscetibilidade à fratura. A velocidade de reabsorção óssea é maior que sua velocidade de formação, resultando em massa óssea total reduzida. Com a osteoporose, os ossos tornam-se cada vez mais porosos, quebradiços e frágeis; eles fraturam com maior facilidade sob estresses que não quebrariam o osso normal. Com freqüência, a osteoporose resulta em fraturas por compressão das partes torácica e lombar da coluna vertebral, fraturas da região do colo e intertrocântica do fêmur e fraturas de colles do punho. A osteoporose é um distúrbio dispendioso, não apenas em termos de gastos com cuidado de saúde, com também em relação ao sofrimento humano, dor, incapacidade, fratura e morte.

Um colapso gradual de uma vértebra pode ser assintomático; ele é observado como cifose progressiva. Com o desenvolvimento da cifose, ocorre uma perda associada na altura. Em geral, as mulheres na pós-menopausa perdem altura a partir do colapso vertebral. As

alterações posturais resultam do relaxamento dos músculos abdominais e em um abdome protruso. A deformidade também pode produzir insuficiência pulmonar.

A identificação precoce das adolescentes e mulheres jovens em risco, a ingestão de cálcio aumentada, a participação em exercícios regulares de sustentação de peso e a modificação do estilo de vida diminuem o risco para o desenvolvimento de osteoporose, fraturas e incapacidade associada em um período posterior na vida. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.1740)

CONSIDERAÇÕES GERONTOLÓGICAS

A prevalência de osteoporose em mulheres acima de 80 anos de idade é de 84%. A mulher média de 75 anos de idade perdeu cerca de 25% de seu osso cortical e 40% do seu osso trabecular. Com o envelhecimento da população, a incidência de fraturas, dor e incapacidade associada à osteoporose estão crescendo. As pessoas idosas absorvem o cálcio da dieta com menor eficiência e o excretam mais prontamente através dos rins; portanto, as mulheres na pós-menopausa e as idosas realmente necessitam consumir quantidades liberais de cálcio.

A perda de massa óssea é um fenômeno universal associada ao envelhecimento. A perda ligada à idade começa logo depois que se atinge a massa óssea máxima. A calcitonina, que inibe a reabsorção óssea e promove a formação óssea, é diminuída. O estrogênio, que inibe a clivagem óssea, diminuem com o envelhecimento. Por outro lado, o hormônio paratireóideo aumenta com o envelhecimento e aumenta a reabsorção óssea. A consequência dessas alterações é a perda da massa óssea global com o passar do tempo. As mulheres desenvolvem osteoporose com maior frequência e de forma mais extensa que os homens devido ao pico de massa óssea mais baixo e ao efeito da perda de estrogênio durante a

menopausa. (BRUNNER & SUDDARTH, 2002, p.1741)

5 - METODOLOGIA

Sendo a metodologia a maneira na qual colocamos nossas idéias e propostas em prática, acreditamos que alguns itens são imprescindíveis e necessitam ser esclarecidos neste capítulo. Deste modo descrevemos o local de estágio, o contexto onde foi realizada a prática assistencial, o público alvo atingido, assim como a assistência de enfermagem que colocamos em prática, o plano de ações para a realização de nossos objetivos e a questão da ética, onde trabalhamos com respeito e cumplicidade.

5.1 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DO CONTEXTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

PANTANO DO SUL – O LUGAR E SEUS HABITANTES

Em um primeiro momento, buscamos conhecer a história do bairro, e através de pesquisas bibliográficas selecionamos o estudo da geógrafa, Eugênia Costa Neli Pereira (2001) que em sua dissertação de mestrado que tem como título: Um lugar chamado Pântano do Sul: um estudo das territorialidades do lugar chamado Pântano do Sul, onde realizou seu

estudo na localidade e fez um levantamento histórico da região. Descrevemos aqui alguns dos pontos que consideramos relevantes para este estudo.

Figura 2 – Pântano do Sul – Vista Panorâmica



A pequena povoação do Pântano do Sul no período de 1938 a 1949 era constituída por pescadores, pequenos agricultores e pequenos comerciantes. Em virtude do desenvolvimento da atividade pesqueira, famílias provenientes das localidades de Ganchos, Tijucas, Garopaba e Biguaçu viriam a se estabelecer no Pântano do Sul.

Na década de 50 poucas transformações ocorreram no Pântano do Sul. Começaria a imigração de agricultores das áreas de Imaruí de Laguna e Paulo Lopes/SC e de outras localidades próximas à ilha. Vinham a procura de terras férteis. Iniciaram-se as primeiras plantações de arroz. Alguns filhos do Pântano do Sul se deslocaram para o centro de Florianópolis à procura de trabalho. Até esta década a maioria da comunidade não tinha acesso a nenhum tipo de energia. As lamparinas eram a querosene, os ferros eram a carvão e os fogões a lenha.

Na década de 60, com a expansão urbana de Florianópolis e crescente imigração,

toda a ilha se Santa Catarina sofria algum tipo de transformação. O Pântano do Sul não se manteve imune à onda desenvolvimentista. Teve suas vias, embora ainda rurais, ampliadas. A sua população teve um pequeno crescimento e a presença do Estado estabeleceria novas relações de poder dentro da localidade.

- A economia regional

Os pequenos agricultores cultivavam café, banana, mandioca e outras pequenas culturas. A mão de obra utilizada nestas atividades era essencialmente familiar, ocasionalmente contratavam-se ajudantes. As “roças” localizavam-se longe das moradias e eram mantidas em terras comunais (terras de uso comum).

A comercialização dos excedentes da agricultura era feita pelos armazéns locais. A expressão nesta atividade era o café e a mandioca transformada em farinha, nos engenhos da localidade. Alguns pescadores complementavam a renda familiar criando gado, geralmente leiteiro, que também pastavam nas terras comunais.

A comunidade era pobre e somente os donos de salgas* tinham um poder aquisitivo que permitia a seus filhos prosseguir seus estudos ou se aventurarem em outros negócios. Nesta época não havia energia elétrica, as geladeiras funcionavam através de querosene e a luz através de um gerador de energia.

As salgas comercializavam a produção local para fora da localidade, apresentando um aspecto de pequena produção mercantil. Em seu ponto de venda na comunidade intermediavam os produtos locais bem como comercializavam as mercadorias que não eram produzidas no Pântano do Sul.

Na década de 70 o engenho de farinha que nas décadas passadas era uma atividade econômica produtiva, nesta época deixa de existir. Em seu local surge o primeiro loteamento planejado do Pântano do Sul, o Parque Balneário dos Açores. O empreendimento tem

dificuldades de se incorporar socialmente a localidade. Neste período começam as primeiras reservas de terras na localidade. A comunidade passa a se compor de territorialidades de diversas ordens que demarca seus espaços de poder, por identidade territorial ou funcionando como elementos representativos de interesses locais.

Em 1978, foi instalado um bar, o Bar do Arantes. A partir desta iniciativa seriam instalados outros bares/restaurantes à beira da praia, mantendo um estilo de colônia de pescadores. Em 1979 seria pavimentada a estrada de ligação do centro ao Pântano do Sul. Com a pavimentação, o comércio veranista começaria a crescer.

Nos dias de hoje, a comercialização da pesca mantém-se em seu território. É estabelecida na praia, em duas pescarias, com a diversificação da atividade do comércio na localidade, a comercialização da pesca torna-se apenas um ramo de comércio. A atividade comercial é diversificada com: pousadas, bares/restaurantes e pequenos mercados que ampliam o seu território.

- As Mulheres da Comunidade

As senhoras da comunidade além de serem responsáveis pela casa e a criação dos filhos colaboravam na renda familiar em atividades como:

Salgadeiras – pessoa que limpa e salga os peixes. O fígado do peixe também era salgado com a finalidade de ser transformado depois em óleo. Este processo era feito na comunidade.

Rendeira de Bilro – artesanato, tipo renda de almofada típica de Santa Catarina. As rendas eram vendidas a senhoras que as comercializavam no mercado público no centro de Florianópolis.

Agricultoras – exerciam esta atividade auxiliando o marido e os filhos. Na ausência dos maridos pescadores, elas mesmas comercializavam a produção.

Hoje em dia, algumas mulheres ainda salgam peixes e fazem renda de bilro, porém não mais como colaboração para a renda familiar.

- A Infância

As brincadeiras das meninas eram a ratoeira, jogo de pedra, pular corda, acusado e cozinhar de verdade. As dos meninos eram puxar carrinho feitos de bambu e outros materiais encontrados no lugar, acusado, etc.

- As festas e religiosidade

Em 1984 parte da população, juntamente com o Padre, na data do centenário da construção da Capela de São Pedro, decidem demoli-la no intuito de construir uma capela mais ampla. Parte da população se ressentiu até hoje da demolição.

Naqueles tempos, as festas religiosas da comunidade eram realizadas em volta da antiga Capela de São Pedro, construída de pedra e óleo de baleia entre os anos de 1882 e 1884, hoje demolida. Estes momentos especiais de convivência social são marcados por valores positivos. As festas eram a de São Pedro, padroeiro do Pântano do Sul e a de Nossa Senhora dos Navegantes, protetora dos pescadores. Toda comunidade participava das festas.

A festa do divino, transportada para Santa Catarina pelos colonos açorianos, é comum em quase todas as freguesias da Ilha e do continente. Nesta década, a festa do divino chegou à comunidade, proveniente do Ribeirão da Ilha. A festa do Divino Espírito Santo é uma festa religiosa que envolve toda a comunidade, é organizada pelo festeiro, o “Imperador”, um membro das comunidades participantes, que deverá ser casado e financiar toda a festa.

Sítio arqueológico

Em maio de 1942, o cemitério foi deslocado para mais próximo do núcleo da

comunidade. Com o deslocamento do cemitério foi encontrado o primeiro sítio arqueológico do Pântano do Sul, logo catalogado pelo Padre João Alfredo Rhor. O sambaqui do Pântano do Sul é o mais antigo da Ilha de Santa Catarina, com datação próxima de 4.500 anos.

- Saúde

No período da década de 50, a comunidade não recebia assistência médica no local. As pessoas não tinham recursos para se deslocarem até o centro e eram tratadas com ervas e rezas. Os partos eram feitos por parteiras. E muitas crianças morreram do “mal de 7 dias”.

- Política

Em 1962, foram criados os Distritos do Pântano do Sul e o de São João do Rio Vermelho, através da lei n/ 531, pela Câmara dos Vereadores do Município de Florianópolis. Ela foi sancionada no dia 4 de dezembro de 1962, pela prefeitura, e publicada no diário oficial do dia 17 de dezembro de 1962. A localidade passa a ser sede do Distrito, onde foi instalada a Intendência Distrital e nomeado o primeiro intendente distrital do Distrito do Pântano do Sul. A principal função do Intendente Distrital seria então, a de levar ao conhecimento público as necessidades da localidade. Assim a prefeitura poderia ter maior eficácia em sua proposta administrativa. A legislação não faz nenhuma referência aos critérios de nomeação para o cargo de intendente. A escolha fica a critério do prefeito que o nomeia.

Após solicitação da comunidade, em 1968, a luz elétrica chegou ao Pântano do Sul e mudou a vida da localidade. Já era possível a conservação da produção pesqueira. Mas as relações de trabalho permaneceram, pois poucos tiveram condições de adquirir equipamentos necessários a esta conservação.

Após a política implantada pelo governo pós-64, ocorreria uma grande expansão dos aparelhos estatais (escolas). Através da Intendência distrital seria registrado no Pântano do Sul

o aumento significativo dos aparelhos de Estado. Até esta década, o único aparelho estatal era a escola Estadual Clementino de Brito, agora uma escola reunida, isto é, uma professora para cada série. Foram instalados, o posto policial, o posto médico, a concessão para uma empresa de transporte coletivo privada fazer a ligação do Pântano do Sul ao centro de Florianópolis.

O DNOS (Departamento Nacional de Obras e Saneamento) neste período retificaria e abriria alguns canais na área de planície. Com os novos equipamentos urbanos chegaria ao Pântano do Sul um novo mercado, o da especulação imobiliária. Apesar de esquecido pelo poder público durante todo este tempo, agora é denominado de balneário, estabelecendo assim um status consumista do local.

Em 1987 é fundada a Associação de moradores do Pântano do Sul com o propósito de trabalhar para a conquista de melhorias para a comunidade. A partir desta década foram feitas varias resoluções protegendo a localidade através de leis ambientais. A via pavimentada é ampliada. A concessão de transporte coletivo é estendida até a localidade da Costa de Dentro, passando pelo Balneário dos Açores. A escola Estadual Clementino De Brito tem seu nome substituído para Escola Municipal Severo Honorato da Costa. Passa a ser uma escola de ensino básico (1º a 8º série).

5.2 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTAGIO

O estágio foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Pântano do Sul, no período de 01 de abril a 08 de junho de 2004.

A UBS localiza-se na rua Obelardo Otacílio Gomes s/nº, atrás da Associação de Moradores da Intendência Distrital. A UBS abrange os bairros Pântano do Sul, Costa de Cima, Costa de Dentro, Balneário dos Açores e Sertão do Peri, Solidão e Saquinho, sendo 1

área e 7 microáreas. Junto à enfermeira e médico da UBS, pudemos acompanhar várias visitas a algumas destas microáreas como: Costa de Dentro, Costa de Cima e Sertão do Peri. Nas microáreas da Costa de Cima e Costa de Dentro realizamos visitas domiciliares, e também participamos da Campanha de Vacinação contra a Paralisia Infantil. O sertão do Peri é o local mais afastado da grande área e o acesso a esta localidade é muito difícil, pois a estrada é de barro, além de ter uma subida bem íngreme. Para chegar até lá, obrigatoriamente é necessário um automóvel, e também contar com a previsão do tempo, pois quando chove é impossível o acesso. Além de termos realizado visitas, participamos também de consultas e da campanha de vacinação realizadas neste local.

A estrutura física da UBS, passou por uma última reforma no ano de 2001, onde foi ampliado 1,84m², passando de 160,79m² para 162,63m² de área total, dividida em 01 sala de vacinas, 02 consultórios médicos, 01 consultório odontológico, 01 sala de triagem, 01 consultório para realização de coleta de preventivos de Câncer de Colo de Útero com banheiro, 01 sala para curativo e outros procedimentos de enfermagem, 01 farmácia, 01 cozinha, 02 banheiros (um para usuários e outro para funcionários), uma sala onde funciona a recepção, marcação e espera de consultas.

Os tipos de serviços oferecidos à comunidade no momento são:

- Preventivo de câncer do colo de útero
- Vacinas
- Procedimentos básicos de Enfermagem (curativos, consultas)
- Serviço de Odontologia
- Consultas Médicas
- Marcação de Consultas e Exames Especializados
- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento das Crianças
- Pré-Natal

- Visitas Domiciliares
- Entrega de Medicação
- Grupo de Gestantes

O quadro de funcionários no momento é composto por:

- 1 Enfermeira
- 1 Médico Clínico Geral
- 1 Odontólogo
- 1 Técnica em Enfermagem
- 2 Auxiliares de Enfermagem
- 1 Auxiliar de Odontologia
- 2 Auxiliares Administrativos
- 1 Estagiária Administrativa
- 1 Funcionário para Serviços Gerais
- 4 Agentes Comunitários de Saúde

O horário de atendimento do CS é das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00hs, de segunda a sexta-feira.

Os programas inseridos e oferecidos à comunidade são:

Grupo de Atenção	Programação	Objetivo de Serviço	Tipo de Atividade
Crianças de 0 a 06 anos e Puépera	Programa Capital Criança		Consulta do 07º ao 10º dia de vida do recém-nascido, pré-marcada por agentes da SMS que visitam as maternidades;

Grupo de Atenção	Programação	Objetivo de Serviço	Tipo de Atividade
			<p>- Consulta para a mãe (puérpera) do 07º ao 10º dia; - Consulta para a puérpera com 45 dias; - Consulta odontológico para a criança com 30 dias e subseqüentes até 06 anos; - Consulta de Puericultura à criança; - Vacinação. Observação: são realizadas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem à puérpera e à criança.</p> <p>- Cadastramento da mãe e da criança no Programa Capital Criança, para garantir as demais consultas e procedimentos nos Centros de Saúde com agendamento prévio;</p>
Gestante	Pré-Natal	Reduzir a morbimortalidade materno –infantil	<p>- gestantes têm prioridade no atendimento, com garantia das consultas de pré-natal;</p> <p>- grupos de gestantes</p>

Grupo de Atenção	Programação	Objetivo de Serviço	Tipo de Atividade
			<p>e/ou grávidos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantia de tratamento odontológico; - atividades de enfermagem; -vacinação. <p>Obs: São realizadas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem à gestante;</p>
Crianças do 3º ao 5º dia de vida	Teste do Pezinho	Prevenir Contra a Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística e Anemia Falciforme.	Teste do Pezinho
Crianças maiores de 06 anos	Atenção a Saúde da Criança	Realizar prevenção e tratamento curativo em pediatria	Consulta Médica Infantil e consulta odontológica
Crianças e Gestantes Desnutridas impossibilitadas de amamentar ou com	SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)	Diagnosticar e controlar o estado nutricional da população materno-infantil (gestantes e	-Avaliação do estado nutricional materno-infantil;

Grupo de Atenção	Programação	Objetivo de Serviço	Tipo de Atividade
amamentar ou com algum distúrbio nutricional específico.		infantil (gestantes e crianças de 00 a 06 anos)	<p>- Fornecimento de leites especiais para crianças com distúrbios nutricionais específicos;</p> <p>- Fornecimento de cestas</p> <p>Nutricionais para crianças desnutridas de 2 a 5 anos de idade (Programa “Hora de Comer”).</p>
Mulher	Atenção à saúde da mulher	<p>Aconselhar e fornecer métodos à concepção ou à contracepção desejada</p> <p>Prevenir o câncer cérvico-uterino</p>	<p>Orientação sobre os métodos contraceptivos disponíveis</p> <p>Fornecimento de: contra-ceptivos orais (pílulas), preservativos (camisinha), diafragma.</p> <p>No momento coloca DIU (Dispositivo Intra-uterino)</p> <p>Exame preventivo do câncer cérvico-uterino;</p> <p>- Exame preventivo do câncer de mama;</p> <p>- Orientações sobre o auto-exame preventivo</p>

Grupo de Atenção	Programação	Objetivo de Serviço	Tipo de Atividade
			do câncer de mama.
População em Geral	<p>Atividade enfermagem</p> <p>Programa Saúde da Família (PSF)</p> <p>Programa de Agentes Comunitários (PACS)</p> <p>Vacinação</p>	<p>Executar procedimentos preventivos e curativos de enfermagem</p> <p>Prevenir e realizar tratamento curativo de doenças e ações de vigilância à saúde</p> <p>Realizar ações de vigilância à saúde, através de Agentes de Saúde, supervisionados por Enfermeiros Supervisores.</p> <p>Imunizar contra doenças imunopreviníveis</p>	<p>Atividades de Enfermagem</p> <p>-Consultas médicas e de enfermagem;</p> <p>Atividades de enfermagem; Visitas domiciliares;</p> <p>Atividades de vigilância à saúde.</p> <p>Atividades de vigilância à saúde.</p> <p>Tipos de vacinas: Sabin, Triviral, Dupla Adulto, Tríplice Bacteriana, Hepatite B, Verorab (anti rabica hum.)Varicela Tetravalente; Febre Amarela, Influenza, Dupla Viral.</p>

Grupo de Atenção	Programação	Objetivo de Serviço	Tipo de Atividade
	Atendimento em clínica médica	Realizar ações de prevenção e tratamento e/ou controle em clínica médica.	Consulta em clínica médica
	Atenção à Saúde Bucal	Executar procedimentos preventivos e curativos de odontologia.	Consulta em odontologia

5.3 - POPULAÇÃO ALVO

A população que fez parte de nosso projeto assistencial foi constituída por idosos e seus familiares que residem na área de abrangência da UBS da Praia do Pântano do Sul. (Escolhemos esta comunidade através de pesquisa feita pelo IBGE conforme quadro abaixo.) Os idosos e familiares que visitamos e trabalhamos foram aqueles devidamente cadastrados no Programa Saúde da Família – PSF. A escolha dos idosos foi feita através de indicações da enfermeira e agentes de saúde, considerando idosos com algum grau de dependência e residindo ou não com familiares.

POPULAÇÃO TOTAL DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE				
UNIDADE DE SAÚDE	PÂNTANO DO SUL			
	2000	2001	2002	2003
Pessoas residentes - 1 ano	59	61	63	65
Pessoas residentes - 2 anos	45	47	48	50
Pessoas residentes - 3 anos	51	53	54	56
Pessoas residentes - 4 anos	44	45	47	49
Pessoas residentes - 5 anos	46	48	49	51

Pessoas residentes - 6 anos	45	47	48	50
Pessoas residentes - 7 anos	47	49	50	52
Pessoas residentes - 8 anos	46	48	49	51
Pessoas residentes - 9 anos	49	51	52	54
Pessoas residentes - 10 anos	51	53	54	56
Pessoas residentes - 11 anos	51	53	54	56
Pessoas residentes - 12 anos	54	56	58	60
Pessoas residentes - 13 anos	46	48	49	51
Pessoas residentes - 14 anos	35	36	37	39
Pessoas residentes - 15 anos	35	36	37	39
Pessoas residentes - 16 anos	54	56	58	60
Pessoas residentes - 17 anos	56	58	60	62
Pessoas residentes - 18 anos	64	66	68	71
Pessoas residentes - 19 anos	50	52	53	55
Pessoas residentes - 20 anos	39	40	42	43
Pessoas residentes - 21 anos	41	42	44	45
Pessoas residentes - 22 anos	50	52	53	55
Pessoas residentes - 23 anos	49	51	52	54
Pessoas residentes - 24 anos	50	52	53	55
Pessoas residentes - 25 a 29 anos	248	255	265	274
Pessoas residentes - 30 a 34 anos	245	253	262	270
Pessoas residentes - 35 a 39 anos	241	249	258	266
Pessoas residentes - 40 a 44 anos	196	202	210	216
Pessoas residentes - 45 a 49 anos	169	174	181	187
Pessoas residentes - 50 a 54 anos	122	126	131	134
Pessoas residentes - 55 a 59 anos	92	95	98	101
Pessoas residentes - 60 a 64 anos	80	82	86	88
Pessoas residentes - 65 a 69 anos	57	59	61	63
Pessoas residentes - 70 a 74 anos	40	41	43	44
Pessoas residentes - 75 a 79 anos	43	44	46	47
Pessoas residentes - 80 anos ou mais	32	33	34	35
TOTAL	2779	2872	2968	3067

Fonte: Cálculo correlação dados dos setores censitários/IBGE e as micro-áreas de saúde/SMS maio/2003 pelo Setor de Territorialização DPAA-SMS a partir da orientação do IBGE para o cálculo de totais populacionais, para os anos intercensitários.

5.4 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRATICADA COM OS IDOSOS E FAMILIARES.

De acordo com George (1993 p.292) após uma atenta revisão ao Modelo Sunrise de Leininger, fica clara a existência de semelhanças entre o modelo e o processo de enfermagem. Segundo ele, o modelo e o processo de enfermagem, juntos representam um processo de solução de problemas.

O foco do processo de enfermagem é o cliente que em nosso caso foi o idoso, alvo do cuidado de enfermagem. O cliente é também o foco do Modelo Sunrise, embora a importância do conhecimento e da compreensão da cultura do cliente constitua uma força modeladora importante no Modelo.

Como já citamos no capítulo anterior, utilizamos o Processo de enfermagem fundamentado no modelo Sunrise que descrevemos a seguir. (em APÊNDICE).

Nível Um - Reconhecimento da situação cultural, da realidade ambiental/domiciliar e da saúde do idoso e sua respectiva família: Envolveu conhecer a realidade local e serviu ajudando-nos a evitar o choque e as imposições culturais. Nesta fase coletamos os dados e informações sobre a estrutura social e visão de mundo da cultura do idoso/família utilizando um instrumento elaborado por nós baseado no modelo *Sunrise* de Leininger. Aqui entraram dados sobre os aspectos fisiológico, tecnológico, religioso, social, político, econômico, educacional, valores culturais e estilo de vida do idoso/família.

Nível Dois – Definição da situação do idoso/familiar e a partir desta informação traçarmos o diagnóstico de enfermagem: A partir dos dados coletados do nível anterior e fazendo uma reflexão, compreensão e conclusão do que foi visto e dito, pudemos identificar as limitações de recursos de cada idoso/família, as práticas de cuidado cultural realizados por

eles, a importância dos termos como saúde/envelhecimento citados por eles, além de outras informações que nos ajudaram a formular o próximo nível. Ao longo desse processo foi importante reconhecer e identificar as características que são universais ou comuns nas culturas e aquelas que são diferentes ou específicas da cultura na qual trabalhamos.

Nível Três - Planejamento e implementação do cuidado popular para cada idoso/família: Com as identificações e informações dos três sistemas (popular, profissional e de enfermagem), nos possibilitou as tomadas de decisões e ações do cuidado de enfermagem culturalmente embasadas para melhor satisfazer as necessidades do idoso e propiciar um cuidado coerente à sua cultura. George (2000, p.301) descreve três modos de ações que são: a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado. Onde na preservação/manutenção cultural do cuidado, as ações profissionais focalizam o apoio, o auxílio ou a capacitação dos clientes (idosos) para que preservem ou mantenham saúde favorável, para que se restabeleçam de uma doença ou enfrentem a morte. Esta ação equivale ao sistema popular. O sistema profissional que equivale à acomodação/negociação cultural do cuidado centraliza seu foco nas ações profissionais de capacitação, auxílio ou apoio que representem maneiras de negociar, adaptar ou ajustar à saúde do cliente e aos padrões de cuidado, para um estado benéfico de saúde. O sistema de enfermagem equivale à ação repadronização/reestruturação cultural do cuidado, que refere-se às ações profissionais que buscam ajudar os clientes a modificar padrões significativos de vida e de saúde para padrões mais saudáveis e adequáveis para idosos e familiares.

Nível Quatro - Evolução do plano assistencial e avaliação de enfermagem:

Aqui obtivemos os resultados atingidos pela assistência e cuidado ao idoso/familiar. O modelo Sunrise não inclui uma área identificada como evolução. No entanto, na discussão que Leininger faz acerca da enfermagem transcultural, ela dá muita importância à necessidade

de o cuidado de enfermagem propiciar maneiras em que o cuidado beneficie o cliente, e ela dá importância também a necessidade de, sistematicamente, estudar-se comportamentos de cuidados de enfermagem para determinar quais os comportamentos de cuidado que são apropriados aos modos de vida e aos padrões de comportamento da cultura para a cura, a saúde e o bem-estar.

Na evolução avaliamos os benefícios trazidos pelo cuidado ao idoso/família. O registro do processo (APÊNDICE A), se deu em um instrumento próprio, constatando as etapas de: Reconhecimento da situação cultural, da realidade ambiental/domiciliar e da saúde do idoso e sua respectiva família; Definição da situação do idoso/familiar e a partir desta informação traçamos o diagnóstico de enfermagem; Planejamento e implementação do cuidado para cada idoso/família e evolução. As vivências junto aos idosos/famílias foram registradas, em um diário de campo contendo anotações metodológicas e anotações pessoais de nós acadêmicas. Após aplicarmos o processo através do instrumento foi feita uma avaliação baseada em Leininger contendo as identificações das necessidades de cuidados.

5.5 - PLANO DE AÇÃO

Descrevemos a seguir estratégias que planejamos utilizar na etapa de planejamento deste trabalho, a fim de alcançarmos os objetivos nele propostos. A avaliação de tais estratégias e objetivos específicos foram abordados com detalhes no próximo capítulo.

OBJETIVO 1 - Realizar consulta de enfermagem e visita domiciliária junto aos idosos e seus respectivos familiares cadastrados no PSF da Unidade Básica de Saúde do Pântano do Sul.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O OBJETIVO PROPOSTO:

- Conhecer os idosos bem como as famílias, interagindo com ambos;
- Apresentar e esclarecer a nossa proposta assistencial;
- Solicitar consentimento formal do idoso e família para a participação de nosso estágio;
- Desenvolver e realizar consultas segundo as etapas do processo de enfermagem; (Realizar no mínimo três consultas semanais cada acadêmica).
- Conhecer e respeitar a cultura e a maneira de vida de cada idoso, coletando dados; para traçar juntos planos de assistência de enfermagem.
- Contar com a participação da enfermeira da UBS;

OBJETIVO 2 - Aplicar o processo de enfermagem, seja nas visitas domiciliares quanto nas consultas realizadas na UBS, identificando as condições de vida e saúde de idosos/familiares; estabelecendo o diagnóstico de enfermagem; e planejando, implementando e avaliando os cuidados congruentes de enfermagem.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O OBJETIVO PROPOSTO:

- Fazer consultas de enfermagem e VDs;
- Elaborar e aplicar o processo de enfermagem baseado no modelo teórico de Leininger
- Realizar as técnicas de enfermagem de acordo com as necessidades e possibilidades, respeitando os valores culturais de cada idoso;
- Promover a humanização durante as consultas e VDs.
- Reconhecer e respeitar a cultura de cada idoso e familiar durante as consultas e VDs;

- Buscar a participação dos idosos e familiares durante as atividades realizadas por nós acadêmicas.

OBJETIVO 3 - Prestar assistência ao idoso, família e comunidade na qual eles estão inseridos, promovendo a educação para um processo de envelhecimento saudável e desenvolvimento de comportamentos de cuidado no viver diário.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O OBJETIVO PROPOSTO:

- Verificar e colher informações junto com a enfermeira, sobre os idosos e familiares;
- Conhecer a realidade dos idosos/família em seu contexto domiciliar;
- Prestar cuidados de enfermagem congruentes com a realidade das famílias.
- Acompanhar a equipe do PSF nas VDs e verificar a metodologia de assistência por ela aplicada.

OBJETIVO 4 - Elaborar a revisão de literatura específica relativa ao envelhecimento normal e patológico, e a enfermagem junto à clientela idosa e seus familiares, sobretudo dos cuidadores.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O OBJETIVO PROPOSTO:

- Realizar leituras sobre os temas: Teoria do envelhecimento; Contextualização da população idosa; multipatologias de incidência aos idosos; Cultura regional; Enfermagem Gerontogeriátrica; O idoso e comunidade; O idoso e a família; Mudanças que ocorrem no decorrer do envelhecimento, etc;
- Procurar conhecer com a enfermeira da UBS os temas mais comuns e

abordados durante a prática assistencial;

- Discussão das acadêmicas e trocas de idéias sobre a literatura revisada;
- Estudo diário sobre os temas acima citados.

- Encontros e discussões das acadêmicas com a Enfermeira e Orientadora sobre

as leituras;

OBJETIVO 5 - Desenvolver habilidades sob supervisão das atividades assistenciais desenvolvidas pela equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde, no atendimento da demanda diária.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O OBJETIVO PROPOSTO:

- Reconhecer a cultura local da equipe da UBS e o sistema profissional;
- Interagir com os funcionários e equipe da UBS;
- Conhecer e praticar as rotinas e normas da UBS.
- Cooperar com a equipe e construir uma relação adequada com os funcionários da UBS;

- Contribuir e participar nos serviços gerais prestados a comunidade em geral e idosos/familiar.

OBJETIVO 6 - Avaliar a aplicação do marco conceitual adotado na presente prática assistencial.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O OBJETIVO PROPOSTO:

- Verificar periodicamente e constantemente se a prática em realização está

contemplando o que foi estabelecido no marco.

- Verificar e proceder retificações e aprimoramento do marco conceitual adotado segundo a realidade da prática desenvolvida.

- Procurar duas vezes durante a semana, averiguar a relação da prática assistencial com o marco conceitual escolhido.

- Adequar as práticas ao marco caso esta não estiver correspondendo ao esperado.

OBJETIVO 7 - Participar de eventos e de sua organização relacionados à área Gerontogeriátrica que sejam importantes ao aprimoramento acadêmico como: Simpósio Catarinense de Estomaterapia – Incontinência Urinária e 5º Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28º Jornada Catarinense de Enfermagem.

ESTRATÉGIAS PARA ALCANÇAR O OBJETIVO PROPOSTO:

- Participar ativamente dos eventos e da organização dos mesmos.
- Experiência de aprendizagem de organização de um evento local;
- Experiência de atuação em comissões organizadoras.

6 - ASPECTOS ÉTICOS

A ETICA NO CONTEXTO DOMICILIAR

O atendimento domiciliário possui particularidades que os diferencia de qualquer outro tipo de atendimento seja hospitalar ou o ambulatorial. Não seria diferente quanto aos aspectos éticos. Neste sentido, precisamos esclarecer conceitos como valores, moral e ética.

Valor significa o que tem custo, e refere-se a uma crença individual ou social manifestada pela conduta ou comportamento e que expressa sentimentos. Moral, é o que é imposto, obrigatório. Denomina-se moralidade e corresponde a normas adotadas por uma sociedade com o objetivo de determinar direitos e deveres sob vigilância de um responsável pelo cumprimento dessas regras, uma autoridade designada pelo grupo social. Ética é o que resulta de amadurecimento, e individual, vem de dentro para fora.

O atendimento domiciliário diferencia-se inicialmente de outros atendimentos pelo próprio local. No domicílio, mesmo que o profissional pertença a um grupo específico de prestação de serviço, não há caracterização explícita da instituição, pois o ambiente pertence ao paciente, no caso o idoso, e a sua família. A ausência do ambiente institucional com suas regras de preparação do prontuário, não justifica a mudança de conduta ante um idoso atendido em casa.(DIOGO et al, 2000, p.479-481)

ÉTICA NA ENFERMAGEM

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de Assistência de Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os agentes de Trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população. Este Código tem como referência os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembléia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975). Tem como referência, ainda, o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa em Seres Humanos (Declaração de Helsinque, 1964, revista em Tóquio, 1975 e Resolução nº 1, do Conselho Nacional de Saúde, MS, 1988).

A responsabilidade entre os profissionais abrange a ética individual e estabelecida pelos códigos de ética de cada categoria. No domicílio eles se aplicam normalmente. As responsabilidades são as mesmas, e os profissionais obedecem aos respectivos códigos de ética. Lembrando que nem todos no domicílio são profissionais, na situação de um cuidador não qualificado, o profissional responderá pelas orientações estabelecidas, ficando a critério da família a conduta quanto a responsabilidade do cuidador, quando não profissional, sem destitui-lo de sua ética individual e de suas responsabilidades.

Capítulo I

Dos Princípios Fundamentais transcreveremos os seis artigos aqui porque são básicos que norteiam a prática assistencial da Enfermagem

Art.1º- A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas,

respeitando os preceitos éticos e legais.

Art.2º - O Profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art.3º - O Profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Art.4º - O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art.5º - O Profissional de Enfermagem presta assistência à saúde visando a promoção do ser humano como um todo.

Art.6º - O Profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

A ÉTICA E O IDOSO

Acreditamos que a luta pela saúde e bem estar da população em geral é uma questão de ética, em especial á da população idosa.

Segundo Papalléo (1994), nossa sociedade caracteriza-se por uma visão utilitarista do ser humano, onde as pessoas são valorizadas pelo ter ou poder, e não pelo ser. O idoso, por ser freqüentemente improdutivo materialmente e intelectualmente diminuído corre o risco de ser considerado menos útil e, portanto menos digno, não só pela sociedade, mas infelizmente pelos profissionais de saúde e familiares.

Acentua-se ainda que a respeito á decisão da pessoa e no caso idoso, traz á tona o respeito á autonomia. A autonomia então considera o direito de decidir, de escolher, optar, mas inclui finalmente o direito de ser bem informada sobre as questões que envolvem a própria autonomia. (BOING et al, 2000,p.117) m

ASPECTOS ÉTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial ao idoso/família procuramos respeitar os seguintes aspectos éticos:

- A realização do estágio, assim como, a assistência, consultas e visitas, foram mediante a autorização da Coordenação do CS da localidade, e Secretaria da Saúde de Florianópolis;
- Os objetivos do trabalho foram primeiramente expostos à Enfermeira e equipe do CS, e posteriormente aos idosos/família consultados;
- Foi respeitado o direito de escolha do idoso/família na participação de nosso trabalho acadêmico;
- Foi garantido o sigilo sobre as informações cedidas que estão relatadas no relatório, esse direito foi garantido através de um termo de consentimento elaborado pelas acadêmicas que se encontra em anexo;
- Foi prestada uma assistência de enfermagem de forma humanizada sem discriminação de qualquer natureza com respeito, competência, responsabilidade e honestidade;
- No trabalho que foi desenvolvido buscamos o enriquecimento científico e o crescimento como futuras profissionais.

7 - O DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Antes de iniciarmos o desenvolvimento da prática assistencial, fizemos algumas visitas ao local, procurando nos ambientar com as pessoas e com o local, além disso de estabelecer um contato com a enfermeira e a equipe do posto a qual não conhecíamos. O local já era conhecido por uma das acadêmicas pela existência de parentes próximos a localidade. Este fato requereu nossa atenção no princípio, pois o fato de uma das acadêmicas conhecer um pouco da comunidade poderia dificultar ou facilitar o nosso trabalho.

Já no final do semestre passado estávamos decididas a fazer nosso estágio na UBS da Praia do Pântano do Sul. Agendamos previamente com a enfermeira supervisora um dia, para que pudesse nos mostrar a UBS, e lhe apresentar nossa proposta inicial e perguntá-la o que a comunidade idosa estaria necessitando. Ela se mostrou muito contente com a idéia de supervisionar alunas de Enfermagem, visto que seríamos as pioneiras em estagiar no seu posto e nos deu idéias de como poderíamos atuar junto a ela e a equipe da UBS. Antes de iniciarmos o estágio fizemos três visitas para colher dados de serviços prestados na UBS, para integrarmo-nos com a enfermeira e ao ambiente.

Desde o início da elaboração do projeto até a realização da prática estávamos ansiosas, empolgadas e com um certo receio com os resultados, já que seríamos o primeiro

grupo de estágio curricular a desenvolver um projeto acadêmico assistencial, na UBS do Pântano do Sul. Contudo, a cada dia que passava e a cada visita, ficava claro que a escolha não poderia ser outra, e que ali poderíamos buscar muito aprendizado e contribuir para o trabalho da UBS, isso graças ao acolhimento e dedicação da enfermeira supervisora, da receptividade da equipe de saúde e do carinho recebido pela comunidade.

Na prática assistencial desenvolvida rica em experiências, tivemos a oportunidade de alcançar todos os objetivos propostos; mas como a prática de enfermagem é dada à particularidades, envolvendo desde as relações profissionalmente construídas, a interação com a comunidade e a individualidade de cada idoso e família assistida, os muitos fatores que contribuíram e intervieram também são de grande importância e requerem uma descrição das atividades como uma totalidade assistencial. Portanto, ao fazermos este relato de assistência, optamos relatar a partir dos objetivos traçados antes de irmos ao campo. Posteriormente, realizaremos a descrição das ações relacionadas com cada um dos objetivos e, por fim, uma reflexão sobre o alcance dos mesmos, procurando dar um contorno mais claro aquilo que denominamos como sendo nosso objetivo maior, ou seja, o de prestar assistência de enfermagem ao idoso e seus respectivos familiares, guiadas pelo marco conceitual baseado na teoria de cuidado transcultural de Leininger.

7.1 -REALIZAÇÃO DOS OBJETIVOS E SUA AVALIAÇÃO

Objetivo 1 - Realizar consulta de enfermagem e visitação domiciliária junto aos idosos e seus respectivos familiares cadastrados no PSF do Centro de Saúde do Pântano do Sul.

As visitas de enfermagem, primeiramente foram feitas com a presença da

enfermeira supervisora, afim de ela nos apresentar a família e o idoso para eles terem uma referência de segurança a nosso respeito. Também assim poderíamos conhecer a conduta e metodologia utilizadas pela enfermeira e assim, adaptar a esta o referencial da teoria geral de enfermagem de Leininger. Como previsto nas estratégias esclarecermos a nossa vinda a comunidade e apresentar nosso projeto assistencial a família e idoso, além de iniciarmos um processo interativo de conhecimento das famílias e idosos. Após a primeira visita a cada família, já sentíamos a vontade para retornarmos quando necessário. Os idosos de maneira geral, sempre se encontravam sentados em um sofá ou cama sem conversar muito com a família que geralmente estava atarefada nas atividades diárias, e por isso, gostavam quando íamos visitar e achavam ótimo o nosso retorno.

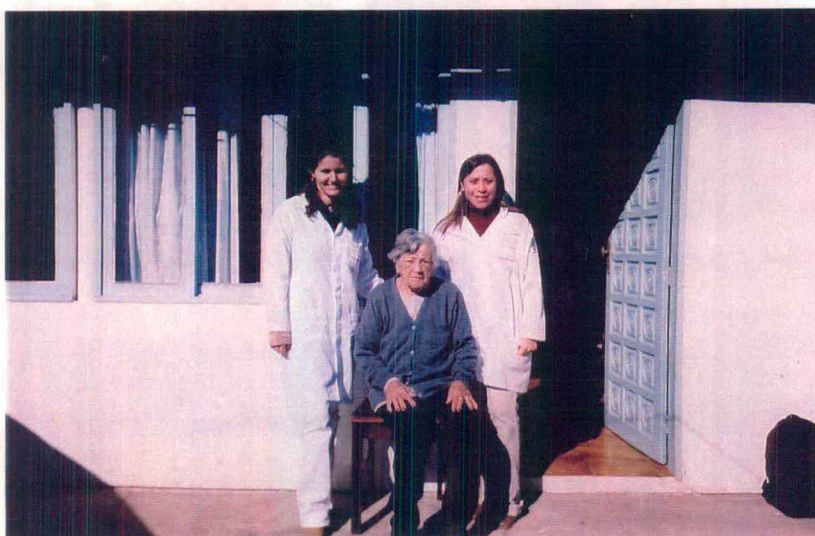
Para podermos iniciar um diálogo durante as visitas, antes de qualquer coisa, solicitávamos a cada uma das famílias e idosos, seu consentimento verbal. Esse era considerado um pré-requisito, mesmo que nossas ações, inicialmente, se resumissem na observação do idoso e familiar em seu ambiente, pois entendemos que uma relação de confiança requer, primeiramente, o respeito às individualidades e o direito de que as pessoas a serem assistidas devem optar pelos cuidados profissionais e não os profissionais devem decidir pelo processo assistencial. Acreditávamos que se os idosos e familiares estivessem bem informados, teriam melhores condições de decidir sobre sua participação e inclusive se gostariam que continuássemos ou não com as realizações das visitas.

Havíamos colocado como estratégia para alcance deste objetivo, que cada acadêmica deveria realizar no mínimo três consultas de enfermagem semanais. Isto não foi possível devido à falta de espaço físico na UBS. Achamos que alcançaríamos este objetivo porque nas visitas que fizemos à UBS antes mesmo de iniciarmos a prática, vimos que existia uma sala desocupada. Porém junto com a nossa chegada no local de estágio, também chegou um novo médico que ocupou esta sala. Tentamos ainda ocupar a sala quando o médico não estava

ocupando-a e conseguimos realizar apenas duas consultas de enfermagem com aplicação do processo.

Antes de iniciarmos o estágio tivemos receio de que os idosos e familiares viessem a oferecer certa resistência aos nossos propósitos, até mesmo pelas características inerentes à condição da comunidade ser afastada do grande centro urbano e principalmente pela idéia inédita das acadêmicas de enfermagem no processo assistencial de saúde. No entanto nosso receio foi superado inicialmente, com a grande aceitação da comunidade, sobretudo dos idosos, com relação a nossa participação assistencial na UBS e nas visitas domiciliares. Porém, é importante ressaltar que sempre tivemos nossas ações pautadas na ética, no compromisso e na valorização dos idosos, familiares e seus contextos, quanto os próprios idosos e familiares que nos acolheram após constatarem que as nossas intenções e nosso desejo era trabalharmos em conjunto na promoção de um cuidado humanizado para um envelhecimento saudável, em colaboração com os profissionais que atuam diariamente na unidade de saúde.

Figura 3 –Senhora Cação

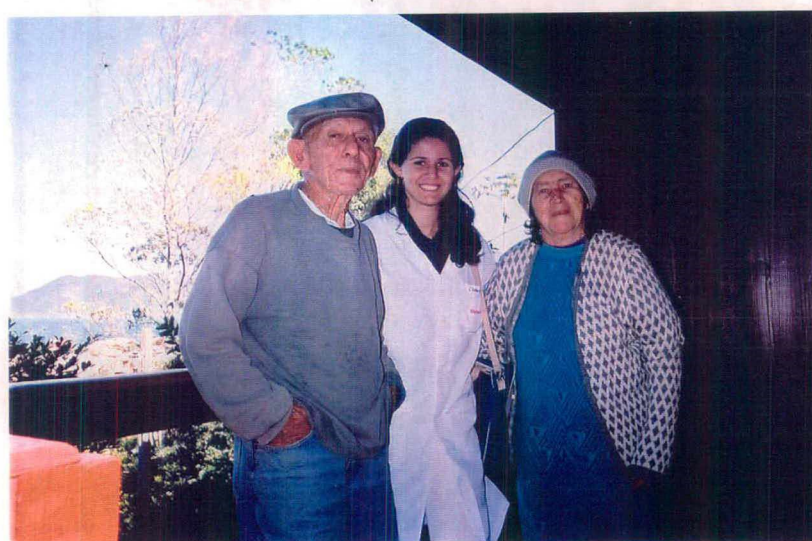
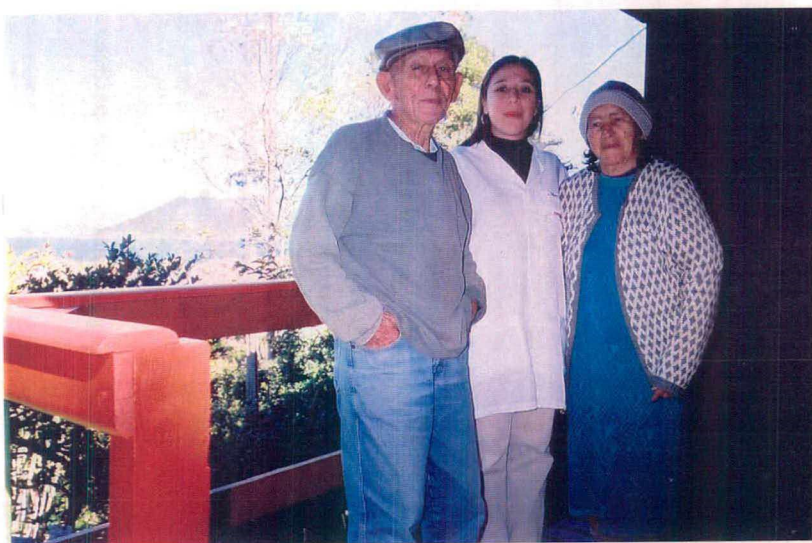


Consideramos esse objetivo parcialmente alcançado, pois não conseguimos realizar as consultas previstas por nós pela falta de sala na UBS e também pelo fato de na terceira

semana de estágio definimos os idosos a serem visitados e ficamos trabalhando com eles, e na UBS auxiliávamos somente nos serviços prestados cotidianamente.

Objetivo 2 - Aplicar o processo de enfermagem, seja nas visitas domiciliares quanto nas consultas realizadas na UBS, identificando as condições de vida e saúde de idosos/familiares; estabelecendo o diagnóstico de enfermagem; planejando, implementando e avaliando os cuidados congruentes de enfermagem.

Figuras 4 e 5 – Família Anchova



SELECIONANDO AS FAMÍLIAS

Conforme estipulado no objetivo geral do projeto selecionamos famílias, que em sua formação tivessem a presença de um idoso. Esta seleção foi feita a partir da Unidade Básica de Saúde. Logo em uma primeira reunião com a Coordenadora e com as agentes comunitárias de Saúde pudemos expor nossos objetivos de trabalho e escolhemos quatro famílias. A escolha se deu por idosos residentes na comunidade, preferencialmente que residisse com algum familiar ou cuidador, portadores de alguma fragilidade que necessitasse de um cuidado permanente. Em todos aplicamos o processo de enfermagem com base nas teorias de Leininger. Ao todo foram feito 10 processos e selecionado 4.

Respeitando e garantindo o anonimato da população em estudo, optou-se em identifica-los com nomes de Peixes. A escolha destes pseudônimos deu-se devido à comunidade ser uma colônia de pescadores e como vimos em sua história, muitos vivem até hoje da pesca, atividade muito presente na região.

Para incluir estas famílias em nosso trabalho, logo no primeiro encontro, ao nos apresentarmos, explicávamos os nossos objetivos e a finalidade a que se destinava nossa prática assistencial, esclarecendo que eles fariam parte de nosso estudo, mas garantindo-lhes o anonimato. Em nosso trabalho acadêmico enquanto descrevendo suas vidas oferecemo-lhes a oportunidade de desistência na continuidade do trabalho, em qualquer momento de sua execução através do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1) com o qual também nos autorizavam a tirar fotos suas expostas nesse trabalho.

PROCESSO DE CUIDAR FUNDAMENTADO NO MODELO DO SOL NASCENTE

Etapa 1 - RECONHECIMENTO DA SITUAÇÃO CULTURAL E DE SAÚDE DA FAMÍLIA

É a fase onde se coletam os dados e informações sobre a estrutura social e a visão de mundo da cultura do idoso e família. Aqui entram dados sobre os aspectos fisiológicos, tecnológicos, religiosos, social, político, econômico, educacional, valores culturais e estilo de vida do idoso/família.

Durante esta etapa foi preciso a realização de no mínimo duas visitas no domicílio das famílias selecionadas para o reconhecimento da situação cultural e de saúde, dentro de seu contexto sócio/econômico/cultural. Juntamente com os agentes comunitários de saúde, que formam um elo sócio-cultural entre a comunidade e o Centro de Saúde, nos aproximou das famílias para nossa primeira visita. Antes mesmo da primeira visita já tínhamos alguma idéia de alguns aspectos que iríamos encontrar no domicílio de cada família, já que estas foram indicados pelas ACS, que mantinham contato e conhecimento das famílias. Em um segundo encontro levantamos alguns dados sócio-culturais, com base no instrumento próprio, elaborado previamente (APÊNDICE A) o que tornou possível visualizar a família como um todo, bem como seus membros individualmente.

Etapa 2 - DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO DA FAMÍLIA E ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.

Esta etapa consistiu em reflexões, compreensões e conclusões sobre a situação que se

apresentou na etapa 1. nesta etapa foram identificadas respostas humanas, limitações de recursos, bem como práticas de cuidado cultural, que direcionaram os nossos cuidados à estas famílias na etapa posterior. Serviu de guia para embasar a etapa 3 do processo.

A partir dos dados coletados pelo instrumento foi possível refletir e analisar as condições de saúde das famílias para assim elaborarmos o diagnóstico de enfermagem. Inicialmente, foi bastante difícil, chegarmos ao diagnóstico de enfermagem para podermos planejar e implementar os cuidados através da manutenção, acomodação ou repadronização. Esta dificuldade surgiu devido a pouca intimidade que tínhamos com o referencial teórico escolhido, pois nunca havíamos trabalhado com ele nas experiências anteriores do decorrer do curso. Lidar com as questões culturais na família foi um grande desafio. As práticas culturais de cuidado, na família, nem sempre são ditas claramente ou citadas durante as visitas. Muitos destes cuidados tivemos que buscar através de interpretações dos depoimentos dos idosos e familiares. Da mesma forma, é necessário entender o nível de importância e significado que determinada prática cultural de cuidado representa para cada família. Por vezes estas questões só são reveladas após várias visitas, o que também prejudica de certo modo, o planejamento, já que o diagnóstico é levantado com certa demora. Compreendemos que o acesso às questões relacionadas às práticas culturais de cuidar tem uma relação direta com o interesse e o aprofundamento das relações interativas entre enfermeira e famílias. A abertura ao outro e a revelação de modos de vida e aspectos culturais ocorre proporcionalmente à medida que se estabelecem progressivamente a interação e empatia entre profissional e cliente.

Etapa 3 - PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DO CUIDADO

Nesta etapa incluíram as decisões e o processo de cuidados de enfermagem, procurando oferecer cuidados culturalmente congruentes. Um outro desafio que encontramos

foi implementar o processo de enfermagem a família. A dinâmica de abordagem familiar contemplava, em determinados momentos, a família como um todo, como uma unidade de cuidado, ou seja, seu cuidado dependia e envolvia os outros membros. O exercício de individualizar os problemas de saúde da família nos fez perceber que um membro com a saúde afetada envolve toda a família de uma forma geral em aspectos financeiros, emocionais, comprometendo as interações familiares, pois este indivíduo necessita de uma maior atenção, fazendo que o cuidador mude completamente sua vida cotidiana.

A princípio procuramos conhecer a família como um todo, baseados em fatores fisiológicos, tecnológicos, religiosos, sociais, políticos, econômicos, educacionais, valores culturais e estilo de vida. Posteriormente, definimos em conjunto com as famílias, um plano de ação geral, procurando priorizar aquelas situações de saúde-doença que necessitam de maior atenção. Os três modos de ação usados segundo Leininger são:

Preservação/manutenção cultural do cuidado: fenômeno culturalmente embasado de assistir, dar suporte, facilitar ou capacitar o idoso/família auxiliando a preservar os hábitos favoráveis de cuidado e saúde.

Acomodação/negociação cultural do cuidado: atos culturalmente embasados de assistir facilitar ou capacitar, que revelam formas de adaptação ou ajustamentos de hábitos de saúde e de vida de idosos/família.

Repadronização/reestruturação cultural do cuidado: modelos reconstruídos ou alterados (reorganizados) auxiliam o idoso/família a mudar os hábitos de saúde ou de vida, de forma a tornar significativos ou congruente para ele próprio/ e para a família.

Etapa 4 - EVOLUÇÃO

Nesta fase avaliamos os benefícios trazidos pelo cuidado, ao idoso/família. A avaliação é considerada a última etapa do processo. Caracterizou-se mais especificamente, pela apreciação conjunta das ações desenvolvidas durante o processo de cuidar. Permitiu ainda, verificar junto às famílias, quais os cuidados mantidos, adaptados ou repadronizados.

O registro do processo (APENDICE A), se deu em um instrumento próprio, constatando as etapas de: reconhecimento da situação cultural e de saúde do idoso e família, definição da situação do idoso e família e elaboração do diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação do cuidado e evolução. As vivências junto aos idosos e famílias foram registradas em um diário de campo contendo notas pessoais das acadêmicas.

7.2 - CUIDANDO DOS IDOSOS E FAMILIAS NO DOMICILIO

FAMILIA “TAINHA”

A família tainha sempre reside no bairro Pântano do Sul/Fpolis. Possui casa de alvenaria, composta por 6 cômodos (3 salas, 1 sala, 1 cozinha , 1 banheiro) e uma área , ao lado da casa passa um corredor de passagem,não há quintal. A residência dispõe de luz elétrica, água encanada e esgoto.

O idoso da família é a Sr. Tainha, que reside na casa de sua filha, a qual é a cuidadora, o genro e dois netos. A casa pertence à filha. Sra. Tainha, nascida em 12/06/1932, tendo portanto 71 anos, é viúva há 9 anos. Possui 8 filhos, tendo tido 12 gestações, tendo 2 abortos, e cujos nascimentos foram 3 na maternidade e 5 em casa, com auxílio de parteira. É natural e procedente do Pântano do Sul, e segundo ela: “nasci aqui e morrerei aqui”. Sra. Tainha é

evangélica, e não pratica porque não há igreja evangélica na comunidade, somente na vizinha, mas não tem quem a leve, já que a família não possui automóvel. Tainha recebe ajuda da filha nas atividades diárias, e que depende dela para sobreviver, já que recebe somente a aposentadoria de R\$ 240,00 que gasta na compra de remédios, portanto não ajuda seus familiares financeiramente. As atividades que ela executa sozinha são os cuidados de higiene pessoal, e quando se sente disposta passeia com o neto.

A primeira visita que fizemos a Sra. Tainha fomos acompanhadas de uma ACS para fazermos a vacinação contra a gripe e Pneumonia, além do controle de PA e Glicemia. Nesta visita encontramos Tainha acamada, recém chegada do hospital por motivo de uma pneumonia e ainda muito fragilizada. Na segunda visita, Tainha já estava de pé, na sala e conversamos sobre sua saúde. Percebemos que ela se sentia muito fraca e desanimada. Disse que era muito feliz no hospital e que em casa não era feliz porque considera que incomoda a filha pelo fato de estar fragilizada e depender de cuidados. Sra Tainha descreveu o hospital como: o “céu”. Disse que foi muito bem tratada e que as enfermeiras eram muito atenciosas. No momento em que ela nos disse isso, sua filha interrompeu a conversa e muito chateada falou: “Ela falando desse jeito, até parece que é maltratada dentro de casa...”. Neste momento D. Tainha disse que é por isso que ela gostava do hospital, pois em casa ela sobrecarregava a filha. Esclarecemos então que no hospital era muito pior para a filha, pois a preocupação era muito maior e, além disso, ela se deslocava de casa todos os dias deixando as tarefas diárias acumuladas e tendo que levar o filho menor. A filha de D. Tainha concordou conosco e D. tainha também.

Os diagnósticos médicos relatados por D. Tainha são: Pneumonia, Diabetes, Hipertensão, Bronco Infecção e “Músculo Cansado”. Já sofreu uma cirurgia de implante de marcapasso e foi internada 10 vezes por motivos de: pneumonia, (“pontada no peito”) e cirurgia de implante de marcapasso. Toma medicações específicas e segue dieta para diabetes

e hipertensão. Toma chá de melissa como tranqüilizante e acredita muito em oração como tratamento. D. Tainha disse que tem muita angustia dessas doenças e preocupação com a velhice. Ela nos disse que a velhice esta diretamente relacionada com as doenças, pois segundo ela: “quanto mais o tempo passa, pior a gente fica”. Diz ter medo de não poder andar, comer com as próprias mãos e enxergar. Se sente muito desanimada e cansada. É muito queixosa, diz que gostaria muito de andar, porém, não se esforça. Disse que há tempos atrás gostava de caminhar pela praia e costumava freqüentar o grupo de idosos para cantar e dançar com as amigas, segundo ela, as amigas a chamavam de “Carla Perez” do Grupo, pois ela dançava muito e rebojava. Diz sentir saudades, e não retorna porque atualmente a atividade do Grupo limita-se ao jogo de Bingo, o qual ela não gosta.

Diante desses relatos e observações, aconselhamos D. Tainha a continuar com as dietas, e iniciar pequenas caminhadas, primeiramente dentro de casa, depois até o início da rua e assim prolongando a medida em que se sentir segura. Também conversamos sobre ela retornar ao grupo de Idosos, para encontrar as amigas e conversar um pouco, já que fica todo o tempo em casa e não tem nenhuma atividade de lazer. Como tentativa de reintegrá-la ao grupo fomos busca-la em sua casa para participar do Grupo, mas ela negou e disse que iria em uma próxima atividade. Na seguinte visita, ela nos contou que foi visitar o irmão e esta começando a fazer pequenas caminhadas como tínhamos conversado. Acreditamos que nessa situação o cuidado foi o de preservação e/ou manutenção, pois indicamos uma atividade a fim de preservar a maneira de vida e saúde que já existia. Seu processo, avaliação de enfermagem e consentimento esclarecido, encontra-se em posse das acadêmicas.

Sra. T1, membro da família Tainha, é filha de D. Tainha tem 40 anos, estudou até o primário, trabalhou como copeira e hoje é “do lar”. Sofre de diabetes e problemas de tireóide. Diz tratar os problemas com médico particular e também com consultas freqüentes ao médico

da UBS. Além de cuidar da mãe, cuida do filho pequeno de 4 e 8 anos e do marido. Os filhos são saudáveis, e o marido de 69 anos também se trata do diabetes e hipertensão. Realiza sozinha todas as atividades diárias domésticas. Presta cuidados a mãe como: preparar alimentação, administrar medicações, receber aposentadoria, fazer compras, e leva-la ao médico. Sente-se bem ajudando a mãe, porém gostaria que sua dedicação fosse reconhecida pelos seus irmãos, que segundo ela, não se importam com a situação de saúde da mãe. . Reclama que não tem tempo para seu lazer junto ao marido, pois não pode sair de casa, por preocupação com a mãe. Seu processo, avaliação de enfermagem e consentimento esclarecido, encontra-se em posse das acadêmicas.

Conversamos com T1, ressaltando suas qualidades como cuidadora, e na possibilidade de conversar com seus irmãos a respeito de sua impossibilidade de realizar atividades de lazer.

FAMÍLIA “CAÇÃO”

A família cação se compõe da Sra. Cação e de sua acompanhante A1. Sra. Cação nasceu e foi criada na comunidade na qual reside os dias de hoje. Possui casa de alvenaria, composta por 6 cômodos (2 quartos, 2 salas, 1 cozinha, 1 banheiro) e um quintal bem amplo, onde 2 de seus filhos construíram uma casa cada um, para passar férias e visitar a mãe. A residência dispõe de luz elétrica, água encanada e esgoto. Percebemos que há tapetes ao lado da cama e nos pés da poltrona. Há um degrau relativamente alto que divide as salas de TV e estar. A casa é toda revestida de piso antiderrapante. No banheiro há um suporte de apoio dentro do boxe e uma cadeira para o banho.

A casa pertence Sra. Cação, nascida em 25/07/1911, tendo, portanto 92 anos, é viúva

há 30 anos. Possui 3 filhos (2 homens e 1 mulher), tendo tido 4 gestações, sendo que uma filha morreu quando completou 1 ano e 7 meses, por motivos segundo Sra. Cação de “vômito e diarreia”. Os nascimentos foram todos em casa, com auxílio de parteira. Ao lembrar da filha falecida, Sra. Cação se emocionou e disse: “lembro dela como se fosse hoje, ela adorava ouvir a banda da polícia”. Na época em que a filha morreu Sra. Cação residia no centro com o marido que era Bombeiro. Morou por pouco tempo no centro e logo voltou a morar no Pântano.

Sra. Cação é natural e procedente do Pântano do Sul, e segundo ela: “nasci, me criei e morrerei aqui”. Sra. Cação é católica praticante, vai a missa todo domingo e participa de três irmandades: Irmandade Nosso Sr. Dos Passos, Irmandade Imaculada Conceição e Irmandade Sagrado Coração de Jesus. Estas últimas se localizam no Centro, e Sra. Cação passou a participar quando residiu próximo. A devoção de Sra. Cação é muito forte, em todas as visitas, Sra. Cação se encontrava sentada em sua poltrona assistindo a missa pela TV. Ela disse que assiste todos os dias pela manhã. Sra. Cação recebe ajuda de uma acompanhante que esta ao seu lado há 2 anos, anteriormente havia outra, mas por motivos pessoais ela foi embora. Desde a morte de seu marido Sra. Cação utiliza os serviços de acompanhante. Ao se referir a A1 ela disse: “Ela é muito mais que uma acompanhante, eu a considero minha filha”. Sua filha não mora próxima de sua casa e seus dois filhos residem em outro estado, mas sempre a visitam. Sra. Cação diz que os filhos fazem tudo por ela, e por isso, não tem do que se queixar. Ela não depende financeiramente de nenhum e quando pode ajuda eles financeiramente, mas nenhum depende dela e ela também não depende de nenhum deles. Quando jovem Sra. Cação ajudava a família fazendo renda de birro, “escalando peixe”, e tirando café do Rios das Facas, atual praia da Solidão.

Sra. Cação é muito vaidosa, sempre esta bem penteada, de roupas combinadas e unhas compridas e sempre pintadas. Ela própria se arruma, porém necessita de ajuda para realizar a

higiene pessoal e as atividades diárias.

Quando perguntamos se ela acreditava em algum cuidado caseiro, o filho que no momento estava presente sorriu e disse: “Mamãe é benzedeira!”, pegou um caderno e nos mostrou as suas benzeduras e versos, na qual retiramos algum e colocamos em anexo neste trabalho. Após esta revelação Sra. Cação não parou de recitar versinhos, todas as suas repostas eram relacionadas com algum versinho. Sra. Cação aprendeu as benzeduras com uma irmã, já falecida e iniciou suas benção aos 60 anos. Ela nos contou que duas equipes de TV a filmaram benzendo e, portanto ficou muito famosa na região. Sra. Cação benze “cipra, mal olhado, etc.”. Algumas de suas benzeduras e versos encontra-se em anexo. (ANEXO 2)

Além de benzer e ir a missa, Sra. Cação gosta de jogar dominó, viajar. Freqüenta o grupo de idosos porque gosta de conversar e jogar bingo. Tem muitos amigos e recebe muitas visitas. atualmente se sente feliz, pois apesar de não gozar de plena saúde, esta perto dos filhos.

Os diagnósticos médicos relatados por D. Cação são: Osteoporose, Diabetes, Hipertensão, Artrose nos joelhos, anemia e (“peso na vista”). Já sofreu uma cirurgia de varizes e foi internada apenas uma vez por este motivo. Toma medicações específicas e segue dieta para diabetes e hipertensão. Sua alimentação diária baseia-se em café com leite, pão de trigo com banana cozida, arroz, frango e carnes, frutas e somente em vitaminas, não se alimente se verduras, e antes de dormir costuma comer pirão com peixe. Bebe bastante suco e pouca água. Suas eliminações são diárias e normais. Acredita muito em oração como tratamento. Sra. Cação diz que sua saúde não presta e que entregou a vida para Deus. Associa as doenças à velhice, e diz que tem medo de ficar sozinha. Queixa-se do fato de não poder andar livremente, sem a ajuda de bengala e de uma pessoa lhe apoiando, e lamenta o fato de não poder viajar. Ela fala com muitas saudades das 40 viagens que fez a Aparecida do Norte e quando entrou em grupo de excursão e viajou 45 dias pelo país.

Recomendamos a Sra. Cação a continuar com as dietas, e iniciar banhos de sol em seu quintal a fim de beneficiar os problemas com a osteoporose. Conversamos com Sra. Cação e A1 sobre o perigo que tapetes, degraus podem trazer a Sra. Cação, como possíveis quedas, aconselhamos a retirar os tapetes e não descer o degrau sozinha. Acreditamos que nessa situação o cuidado foi o de acomodação e/ou negociação, pois indicamos uma atividade a fim de preservar e melhorar a maneira de vida e saúde. Seu processo, avaliação de enfermagem e consentimento esclarecido, encontra-se em posse das acadêmicas.

Sra. A1, acompanhante de Sra. Cação, natural de Criciúma, tem 52 anos, é solteira e estudou até o primário. Sempre trabalhou como acompanhante diz não sofrer de nenhum problema de saúde. Procura regularmente os serviços da UBS. Realiza sozinha todas as atividades diárias domésticas. Presta cuidados a Sra. Cação como: preparar alimentação, administrar medicações, fazer compras, e leva-la ao médico, acompanhar no grupo de idosos e passeios. Gosta muito de trabalhar para Sra. Cação, pois a considera como uma mãe. Diz não ter nenhum problema ou dificuldades na tarefa do cuidar e fica preocupada com o estado de saúde de Sra. Cação a medida que a impossibilita realizar atividades e que as deixa triste.

FAMÍLIA “ANCHOVA”

A família Anchova se compõe da Sra. Anchova e seu marido. É procedente de Guarantigueta –SP e se mudou para a comunidade há 7 anos. Reside com o marido em casa de madeira, composta por 4 cômodos (2 quartos, 1 sala e cozinha, 1 banheiro). A residência dispõe de luz elétrica, água encanada e esgoto. Nos fundos da casa reside o filho, a nora e duas netas. O banheiro da casa é de alvenaria, e o piso revestido de azulejo, não há apoio no banheiro. A casa localiza-se em uma subida bastante íngreme e é de difícil acesso. A casa

pertence ao filho.

Nascida em 18/11/1917, tendo 86 anos, é casada há 66 anos. Possui 1 filho, tendo tido 5 gestações, 4 abortos. O nascimento foi na maternidade e parto normal. Sra. Cação é católica e não pratica porque não pode caminhar até a igreja. Quando solteira Sra. Cação trabalhava como camareira em um hotel em SP.

Sra. Anchova tem amigas, mas não recebe visitas pela localização de sua casa. Se sente muito sozinha por que não pode sair de casa, e, além disso, não tem nenhuma distração. O marido passeia pelo centro da cidade todos os dias. Percebemos que não havia aparelho de Tv e radio em sua casa, e perguntamos se ela não gostava, e ela revelou que gosta muito de TV, mas a dela queimou e não tem dinheiro para comprar outra. Sugerimos então que conversasse com seu filho na possibilidade de comprar uma em uma loja de usados. Sra. Anchova ficou animada e disse que iria conversar. Atualmente se sente triste porque não pode fazer atividades domésticas, não pode passear e não tem uma distração. Na visita seguinte Sra. Anchova diz que conversou com seu filho e sua neta lhe cedeu sua TV, nos agradeceu e diz estar mais contente, porém queixou-se de dores nos olhos. Foi recomendado ao marido marcar uma consulta para Sra. Anchova com o médico da UBS afim de encaminhá-la a um oftalmologista.

Em todas as visitas percebemos que Sra. Anchova estava sempre com a mesma roupa, e havia sempre umas feridas não cicatrizadas em seu rosto. Certo dia chegamos em sua casa e sua mão estava com uma ferida e sangrando bastante, ela apenas tinha coberto a ferida com algodão para cicatrizar. Sra. Anchova acredita e utiliza cuidado caseiro, ela utiliza uma erva que enterrada funciona como um “gelol” para acalmar dores musculares, e bebe uma erva que ganhou de uma vizinha que após ser cozida foi colocada em uma garrafa com água que serve para curar Diabetes.

Sra. Anchova recebe ajuda do marido e da nora nas atividades diárias. Ela depende do

filho e nora financeiramente, pois a aposentadoria dela e marido é pouca, e em algumas atividades diárias, como cozinhar. Diz fazer apenas os cuidados de higiene pessoal sozinha, diz que não consegue mais cozinhar e fazer atividades porque sente dores nas pernas e só enxerga vultos.

Os diagnósticos médicos relatados por D. Anchova são: Diabetes, Hipertensão. Já sofreu uma cirurgia “circulação” no membro inferior esquerdo e foi internada 5 vezes por motivo desta cirurgia e quatro vezes por parto. Toma medicações específicas, porém não faz rodízio de insulina. Diz que não tem ninguém para aplicar em seus braços, e que o único lugar onde consegue aplicar é na barriga. Observamos que o abdômen de D. Anchova estava bastante edemasiado. Conversamos com a Nora na importância de realizar o rodízio e na possibilidade de ela aplicar, mas ela disse que dá aula e sai muito cedo e também tem medo, mas aceitou que fossemos ensina-la. Na semana visita seguinte em que ensinávamos ela não estava, então o marido da Sra. Anchova diz que se disponibilizaria, ensinamos a ele, e ele treinou em nós mesmas e na própria Sra. Anchova. No dia seguinte ele foi ao posto buscar medicação e quando viu uma de nós, se levantou do banco de espera e falou: “Hei, Hei, consegui aplicar, apliquei agora de manhã no braço direito e a tarde vou aplicar no braço esquerdo, é muito fácil, se eu soubesse antes...” Com certeza ficamos muito satisfeitas com o benefício que propiciamos a ele e a Sra. Anchova.

Além das medicações Sra. Anchova segue dieta para diabetes e hipertensão. Sua alimentação diária baseia-se em café com leite, pão de trigo com queijo branco, arroz, feijão, frango e carnes, e sopa principalmente de verduras. Bebe bastante pouca água, pois diz urinar muitas vezes ao dia. Evacua através de utilização de supositório, pois sofre de prisão de ventre. Associa as doenças à velhice, diz que sua saúde é terrível e que a doença é muito ruim, porque impossibilita de fazer as coisas que gosta. Sra. Anchova diz ter medo de não andar mais e ficar cega.

Aconselhamos a Sra. Anchova a continuar com as dietas ressaltamos a importância do rodízio de insulina, a ingestão de líquidos. Ensinamos a ela e seu marido a realizar pequenos curativos. Ficamos muito gratificadas em poder ajudado tão significadamente esta família e pela felicidade desta deles ao darmos uma foto que tiramos do casal. Acreditamos que o cuidado realizado a esta família dói o de reestruturação e/ou repadronização do cuidado cultural, pois além das orientações, ensinamos ao marido a aplicar a medicação, os hábitos de vida dele e dela com certeza foi modificado. Sua avaliação e seu processo de enfermagem encontra-se nos apêndices finais deste trabalho. (APENDICE A, B e C)

Sr. M1, marido da Sra. Anchova, natural de Aparecida do Norte-SP, tem 89 anos, estudou até o primário. Trabalhou como cortador de pedra em uma pedreira em SP. Não tem queixas de saúde, e diz procurar regularmente a UBS para controle. Realiza algumas atividades diárias domésticas, como: varrer a casa, lavar louça e lavar roupa. Presta cuidados a Sra. Anchova como: administrar medicações, fazer compras, e leva-la ao médico.. Gosta muito de ajudar a esposa, não se aborrece em fazer atividades diárias. Diz não ter nenhum problema ou dificuldades na tarefa do cuidar e fica preocupado com o fato de ela não caminhar e enxergar pouco. Seu processo, avaliação de enfermagem e consentimento esclarecido, encontra-se em posse das acadêmicas.

FAMÍLIA “ESPADA”

A família Espada compõe-se da Sra. Espada e de sua filha(AI) e seu neto. Sra. Espada nasceu e foi criada na comunidade na qual reside nos dias de hoje, na praia do Pântano do Sul. Possui casa de alvenaria, composta por 5 cômodos (2 quartos, 1 salas, 1 cozinha , 1 banheiro) e um quintal pequeno e plano. A residência dispõe de luz elétrica, água encanada e esgoto.

A casa pertence Sra. Espada, nascida em 15/04/1918, tendo, portanto 85 anos, é viúva

há 56 anos. Só teve uma filha, sendo o parto desta realizado por parteira em sua própria casa. A filha é sua companheira e ajuda a Sra Espada em todas as suas tarefas diárias.

Sra.Espada é natural e procedente do Pântano do Sul, refere tem muito orgulho de ser nativa, só reclama que antigamente tinha mais tainha e que agora este mais difícil devido o aumento de barcos na praia. É católica praticante, assisti as missas pela TV e recebe a hóstia semanalmente das ministras eucarísticas, gostaria muito de ir as missas, mas é impossibilitada por ter dificuldades de andar. Sra Espada não participa de nenhum grupo de idosos e nunca sai de casa,mas recebe visitas periodicamente de suas vizinhas e tem sempre a companhia de sua filha que só deixa sua mãe sozinha uma vez por mês quando tem que pegar a aposentadoria de ambas, mais mesmo assim sempre pede para que alguma vizinha fique cuidado de sua mãe. Sua filha é muito preocupada com o estado de saúde de sua mãe. Sendo ela a cuidadora tem um carinho muito grande, apesar de abdicar de seu lazer para não deixa-la sozinha. Quando jovem Sra. Espada ajudava a família fazendo renda de bilro, e depois vendia tudo para uma senhora que tinha uma loja na cidade.

Sra. Espada é muito vaidosa e muito lúcida, sempre esta bem penteada, de roupas combinadas. Ela própria se arruma, porém necessita de ajuda para realizar a higiene pessoal e as atividades diárias. Gosta de receber visitas e é bastante comunicativa atualmente sente-se infeliz por ter muita dificuldade para locomover-se, gostaria muito de fazer suas atividades domesticas, principalmente de lavar roupa, diz sentir muitas saudades.

Os diagnósticos médicos relatados por D. Espada são: Osteoporose, Diabetes, Hipertensão, Artrose nos joelhos e Reumatismo. Toma medicações específicas e segue dieta para diabetes e hipertensão. Sua alimentação diária baseia-se em café com leite, bolacha integral e adoçante no café depois come uma laranja ou maçã, no almoço costuma comer arroz, frango, carnes e feijão, não se alimente se verduras, e antes de dormir costuma tomar um café com leite e gosta de comer uma banana assada. Em geral ingeri pouco liquido. Tem

problemas de constipação e incontinência urinária. Acredita muito em ervas como tratamento. Associa as doenças à velhice, e diz que tem medo de ficar sozinha. Queixa-se do fato de não poder andar e senti muitas saudades de lavar roupas. Sua maior preocupação é com seu neto que trabalha em um supermercado localizado na Agronômica até as 24:00hs. Sra. Espada não consegue dormir direito, e pelo fato de dormir junto com a filha, não a deixa dormir enquanto o neto não chega do serviço, que é por volta das 4:00hs da manhã. A1 diz que se sente cansada porque trabalha o dia inteiro e não consegue dormir tranquilamente.

Recomendamos a Sra. Espada a continuar com as dietas, e iniciar banhos de sol em seu quintal a fim de beneficiar os problemas com a osteoporose. Foi orientada quanto a importância de fazer pequenas caminhadas. Conversamos sobre a importância da vacina Pneumococcus, pois a Sra Espada recusou-se a tomar. Conversamos a respeito da importância do sono e repouso de sua filha, já que trabalha durante o dia inteiro. Acreditamos que nessa situação o cuidado foi o de acomodação e/ou negociação, pois indicamos uma atividade e orientamos modos de vida e cuidados a fim de preservar e melhorar a maneira de vida e saúde. Seu processo, avaliação de enfermagem e consentimento esclarecido, encontra-se em posse das acadêmicas.

Sra. A1, filha e acompanhante da Sra. Espada é natural do Pântano do Sul, tem 56 anos, é divorciada, tem um filho de 24 anos. Estudou até o primário, é aposentada, trabalhou quando jovem em serviços gerais. Refere ter osteoporose e sente dores na coluna, procura regularmente os serviços da UBS. Realiza sozinha todas as atividades diárias domésticas. Sente falta de realizar atividades de lazer. Tem medo de deixar a mãe sozinha e medo que a mesma caia. Tem conhecimento sobre o estado de saúde de sua mãe e gosta muito da sua companhia.

Aconselhamos a A1, a acrescentar fibras em sua dieta, tomar banho de sol, fazer compressas de bolsa quente para aliviar dores na coluna, indicamos sua participação no grupo

de idosos como atividade de lazer, realizar caminhadas e negociar com seu filho rodízios de cuidados com Sra. Espada. Seu processo, avaliação de enfermagem e consentimento esclarecido, encontra-se em posse das acadêmicas.

Consideramos o objetivo alcançado, visto que aplicamos o processo de enfermagem, identificando as condições de vida e saúde de idosos/familiares; estabelecendo o diagnóstico de enfermagem; e planejando, implementando e avaliando os cuidados congruentes de enfermagem durante as visitas domiciliares feitas por nós, e nas três consultas realizadas na UBS.

Objetivo 3 - Prestar assistência ao idoso, família e comunidade na qual eles estão inseridos, promovendo a educação para um processo de envelhecimento saudável e desenvolvimento de comportamentos de cuidado no viver diário.

Sempre procuramos buscar com que houvesse uma harmonia entre o idoso, familiar, acadêmicas e demais profissionais da UBS, permitindo-os assim o reconhecimento do outro e assim implicando em uma relação de respeito.

Assim sendo, foi necessário conhecermos os idosos e familiares para juntos reconhecermos as necessidades de cada um, e para que esses idosos e familiares pudessem receber em seu contexto ambiental e familiar, os cuidados que desejara, favorecendo assim, o bem-estar e o cuidado culturalmente congruente.

Durante a realização do estágio, foi dada prioridade ao primeiro contato buscando interação idoso/familiar e acadêmicas, estabelecendo uma relação harmônica. Assim depois da comunidade se habituar com nossa presença, começamos a participar da assistência ao idoso e familiar, fazendo atividades como: verificação de P.A e glicemia, onde aproveitávamos para promover a educação para um viver saudável, conversando e orientando

sempre a respeito de dietas alimentares, exercícios físicos, atividades de lazer e hábitos de vida, sempre relacionando estes à cultura e contexto ambiental do idoso. Durante toda a prática, contamos com a ajuda dos profissionais da UBS, pois sempre que havia um familiar de algum idoso, éramos rapidamente avisadas por algum deles, o que nos possibilitava uma melhor abordagem com a pessoa. E com isso tínhamos oportunidade de observar e acompanhar o seu estado de saúde e até mesmo relaciona-lo com o fato do familiar ser um eventual cuidador. Com isso aproveitávamos para estreitarmos a relação fora do ambiente domiciliar, o que representava maior confiança por parte dos familiares em relação a nós acadêmicas, por observarem nossa presença junto aos profissionais de saúde e também realizando e promovendo saúde junto a eles.

Tivemos a oportunidade de participar da Campanha da Vacinação, onde além de vacinarmos na UBS, saímos junto a agente de saúde em busca dos idosos em seus próprios domicílios. Além disso, acompanhávamos quinzenalmente as visitas domiciliares realizadas pela Enfermeira e o Médico no Sertão do Peri área rural da comunidade , onde também vacinamos idosos contra a Gripe e a Pneumonia.

Figuras 6 – Sertão do Peri

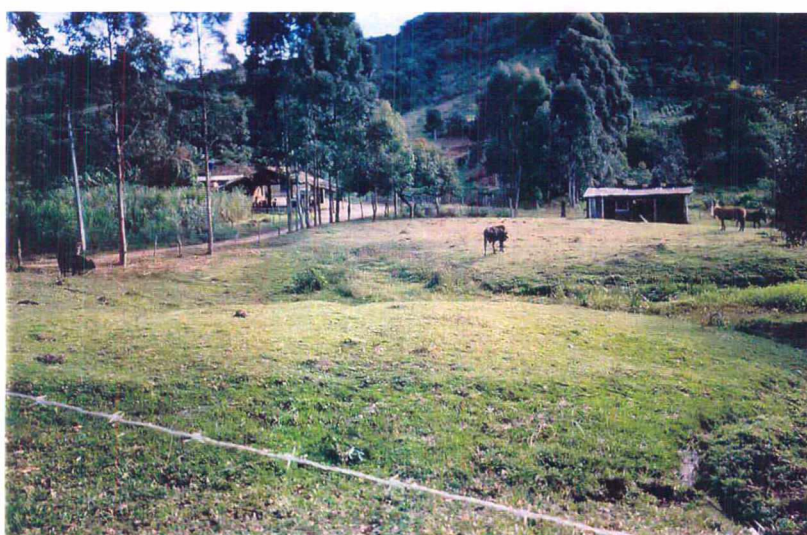
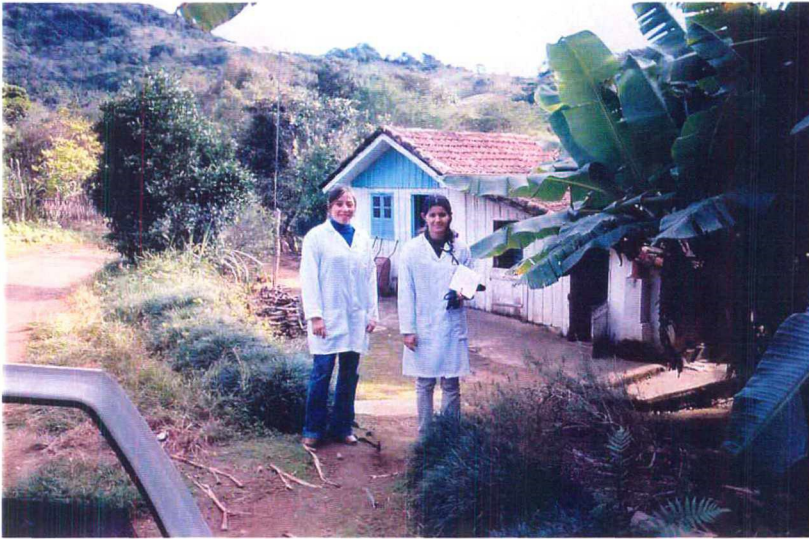


Figura 7 – Campanha de Vacinação



Nossa participação se estendeu além da UBS, visitamos várias semanas o Grupo de Idosos, onde propusemos a Coordenadora do Grupo uma palestra realizada pela UBS, com a participação do médico. Esta proposta foi comunicada a enfermeira que já comunicou o Médico, e que a seu critério de disponibilidade as palestras serão realizadas na primeira terça feira semanal de cada mês, pois o grupo de idosos funciona toda as 3^o feiras semanais de cada mês. Ficamos muito felizes com essa conquista, pois, os idosos têm uma certa resistência a falar sobre saúde, pois consideram o grupo como um momento de lazer, e o fato de ir para o grupo para ouvir e conversar sobre saúde é algo que não os agrada. Com isso se faz uma reflexão de que nós profissionais de saúde temos que tirar este “estigma” de que saúde relaciona-se diretamente com doenças. Temos que principalmente no caso dos idosos relacionar saúde com formas de viver saudavelmente, dentro da cultura e contextos de cada idoso e família.

Consideramos este objetivo alcançado, concluindo que além de proporcionar conhecimento técnico-científico, conseguimos estabelecer umas relações com os idosos, familiares e comunidade, a fim de promovermos a educação para um processo de

envelhecimento saudável e desenvolvimento de comportamentos de cuidado no viver diário.

Objetivo 4 - Elaborar a revisão de literatura específica relativa ao envelhecimento normal e patológico, e a enfermagem junto à clientela idosa e seus familiares, sobretudo dos cuidadores.

No decorrer da prática assistencial, presenciamos várias situações em que os idosos necessitavam de orientações sobre suas condições de saúde afim de obter um envelhecimento saudável. Devido a importância de promover o envelhecimento saudável, julgamos importante revisar alguns aspectos relacionados á doenças que acometem os idosos como o diabetes e hipertensão, estes presentes em todos os idosos que assistimos.

Foi realizada uma revisão de literatura em livros específicos (como: Papaleo Netto 1996, Hayflick); periódicos e internet, da qual obtivemos uma visão mais ampla referente ao ser idoso e seu processo de saúde/doença. Além do processo fisiopatológico, procurou-se ainda conhecer os elementos relacionados aos aspectos sociais e psicobiológicos, buscando compreendê-lo em sua interação com o meio social. Procuramos também identificar metodologias próprias relacionadas ao cuidado de enfermagem, para desempenhar as funções da enfermagem junto ao idoso e seus familiares.

O objetivo foi alcançado no sentido em que nos fez sentir mais preparadas frente ao processo de envelhecer saudável, uma vez que os conhecimentos adquiridos foram necessários e indispensáveis para uma atuação mais segura e eficaz.

Objetivo 5 - Desenvolver habilidades como acadêmicas participando das atividades assistenciais desenvolvidas pela equipe multiprofissional do Centro de Saúde, no atendimento da demanda diária.

Figura 8 - Equipe de Enfermagem do CS Pântano do Sul



Nos primeiros dias de estágio observamos a rotina da Unidade Básica de Saúde e prestamos auxílio no desenvolvimento geral do processo de trabalho, sempre que foi necessário ou sempre que nos foi solicitado. No decorrer do estágio procuramos aproveitar as oportunidades para interagirmos com equipe da UBS, buscando conhecê-los melhor, nos deixar conhecer e procurarmos um estreitamento de relações, baseados na cooperação, cordialidade e confiança. Para isso, colocamo-nos a disposição da equipe, na medida do possível, para estarmos participando e contribuindo nos trabalhos desenvolvidos na UBS, englobando todos os trabalhos, mesmo aqueles não relacionados com à saúde dos idosos. Com isso auxiliamos a equipe de enfermagem na realização de tarefas como: vacinas, triagem, administração de medicamentos, distribuição de medicamentos, curativos, nebulização, entre outros. Além de nos aproximar da equipe serviu-nos também para aprofundarmos e aprimorarmos habilidades acadêmicas. Tivemos oportunidade de maior

interação com equipe, o fato de algumas vezes, almoçarmos com eles, o que nos proporcionou maior praticidade para nós, e uma convivência mais íntima e informal, além de maior abertura para expor nossas idéias e buscar conhecer as idéias de cada um.

Também tivemos a possibilidade de nos aproximar e trocar experiências com o odontólogo, com o médico e a enfermeira supervisora. Estes sempre se mostraram interessados em saber como andava nosso estágio, e se estávamos gostando do trabalho e comunidade. Com a enfermeira supervisora tivemos um contato mais próximo, que nos ajudou muito em nossa aproximação com a equipe e comunidade, mostrando-se sempre confiante em nosso trabalho, sempre disposta a nos ajudar e nos incentivando a buscarmos um aprimoramento maior a cada dia.

A enfermeira supervisora também nos apresentou as agentes comunitárias de saúde, que sempre foram muito prestativas e dispostas a nos ajudar. As ACS mostraram-se disponíveis em realizar as visitas domiciliares, traziam problemas que a comunidade e, em especial os idosos enfrentavam e também nos trazendo idéias para melhorar a aproximação com os idosos e famílias. Enfim o papel das ACS foi muito importante em nosso trabalho, pois através delas pudemos nos aproximar dos idosos e de suas famílias, entrando em seus lares , conhecendo sua realidade e fazendo que essas famílias e idosos nos conhecessem nos apresentando de uma forma simples e informal, mas bastante satisfatória.

Este objetivo foi alcançado à medida que ocorreu a interação entre a equipe da UBS possibilitando uma assistência integralizadora ao idoso, familiares e comunidade.

Objetivo 6 - Avaliar a aplicação do marco conceitual adotado na presente prática assistencial.

Durante toda a prática assistencial, principalmente antes e após cada visita

procurávamos reler a teoria de Leininger para aprimorarmos nosso conhecimento e adaptarmos em nossa conduta de assistência com os idosos e família. O resultado desta leitura e busca pela aplicação do marco foram as várias adaptações feitas no questionário que usamos nas consultas e visitas. Ao todo foram 3 modificações, que se deram devido a cada visita que realizávamos, percebíamos a importância de fazer certas perguntas e de retirar outras que tinham pouca relevância para este estudo.

Sendo assim, consideramos o objetivo alcançado, na medida em que durante a prática assistencial, pudemos avaliar a aplicação do referencial adotado e a partir desta análise adaptamos a nossa realidade.

7 - Participar de eventos e de sua organização relacionados à área Gerontogeriatrica que sejam importantes ao aprimoramento acadêmico como: Simpósio Catarinense de Estomaterapia – Incontinência Urinária e 5º Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28º Jornada Catarinense de Enfermagem.

Os nossos conhecimentos foram complementados ao participarmos de um evento científico, assim como a sua organização. Durante várias semanas nos encontrávamos junto a comissão de organização dos dois eventos citados acima.

O Simpósio Catarinense de Estomaterapia – a pessoa com Incontinência Urinária, possibilidades de viver saudável, aconteceu no dia 26 de abril de 2004, no Hospital Universitário, em Florianópolis, sendo promovido pelo GAO – Grupo de Apoio à Pessoa Ostromizada e contou além de outros, com o apoio do GESPI na qual somos bolsistas e por isso convidadas para a organização do evento. A programação contou com palestras, mesas-redondas e exposição de painéis. Os temas abordados incluíram a assistência à pessoa idosa

incontinente, e cuidados de enfermagem à pessoa idosa incontinente e à família. A participação na comissão organizadora nos despertou um espírito de liderança, de capacitação para a realização das atividades administrativas, oportunizando um aprendizado de organização de um evento. As cópias dos certificados de participação do evento encontram-se em anexo. (ANEXO 3)

A V Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontogerátrica, que será realizada no período de 8 à 10 de setembro de 2004 na Universidade Federal de Santa Catarina, ainda está em fase de organização, na qual estamos contribuindo, e esperamos continuarmos auxiliando para a realização deste grande evento.

Implementar o objetivo nos possibilitou o aperfeiçoarmos e atualizarmos os conhecimentos, contribuindo para um amadurecimento pessoal e profissional, apoiado no cuidado humanizado.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção deste trabalho foi o de promover um envelhecimento e um viver saudável para os idosos e familiares.

Baseadas na teoria de Leininger o desenvolvimento de nossa prática baseou-se no cuidado humanizado culturalmente congruente, identificando os padrões de cuidado junto aos idosos e familiares a fim de promover e estimular hábitos saudáveis, buscando uma aproximação entre o sistema profissional e o sistema popular do cuidado.

Ao vivenciar o referencial teórico de nosso trabalho na prática, buscamos inicialmente conhecer as nossas próprias crenças e práticas ligadas as nossas culturas. Crenças e valores pessoais/profissionais que referem ao ato de cuidar, pois só assim podemos buscar a compreensão das crenças e valores dos idosos e familiares.

Para aproximarmos de um cuidado culturalmente congruente procuramos estar sempre interadas das práticas culturais existentes nas famílias contando com a participação deste a fim de promover um viver saudável dentro de seu ambiente, foi por almejarmos esta aproximação que consideramos feliz a escolha do trabalho com idosos e familiares sob a luz da Teoria de Leininger.

O cuidado domiciliar nos possibilitou uma maior aproximação e interação do contexto

sócioeconômico/cultural dando oportunidade de conhecermos a realidade em que vivem os idosos e familiares e assim analisando e vivenciando a saúde em seus cotidianos. Esta aproximação abriu caminhos para melhor compreendê-los e cuidar-los aprendemos assim a enxergar o que não se vê ao no primeiro olhar, ultrapassando os limites físicos do CS e desta maneira captar o significado importante do cuidado para essas famílias. Isto é, quando se pretende uma aproximação contextualizada e cultural para a assistência de enfermagem.

Ao analisarmos a teoria utilizada, percebemos que esta foi de grande valia para que conseguirmos viabilizar o trabalho seguindo os objetivos propostos. Nesse sentido Leininger foi guia para o desenvolvimento de uma assistência humanizada onde a cultura e a maneira de vida do idoso encontraram-se em todas as etapas do processo.

A metodologia sistematizada para o desenvolvimento de nosso projeto assistencial também facilitou a assistência prestada, guiando nossos passos e possibilitando grande aprendizado. À medida que fazíamos uma relação de informações entre a teoria escolhida e a prática realizada e vivenciada, compreendíamos mais profundamente a maneira de vida e cultura dos idosos, interligando este ao processo de enfermagem. O processo de enfermagem contribuiu nos trabalhos desenvolvidos por fornecer uma visão ampliada das necessidades e capacidades dos idosos e ajudou a estabelecer e implementar cuidados que auxiliassem esses idosos a um envelhecimento saudável.

Concluimos que todas as áreas assistências, no âmbito da saúde, as crenças e os valores devem ser levados em consideração para que sejam alcançados os cuidados culturalmente congruentes.

Para finalizar este uma reflexão se faz necessário, que profissionais de enfermagem procurem refletir sobre a busca da promoção de um envelhecimento saudável, associando sempre ao exercício de suas funções, a cultura do idoso, respeitando à dignidade humana e um cuidado humanizado à assistência prestada.

9 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, Sibely M. **Cuidado Domiciliar: Uma Maneira de Assistir em Enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Graduação em Enfermagem.

ALONSO, K.L.I., **Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: A intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar,** Fpolis: UFSC, 2003, 257p – Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFSC, 2003.

ALVAREZ, A.M. **Tendo que Cuidar: A Vivência do Idoso e sua Família Cuidadora no Processo de Cuidar e Ser Cuidado em Contexto Domiciliar.** Série Teses em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2001.

ANGELO, M., O Contexto Familiar. In **Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontológico,** DIOGO, M.J.D.; DUARTE, Y.A.: São Paulo: Editora Atheneu, Cap. 3, p. 28-30, 2000.

BARCELLOS, Viviane R.; SCHENEIDER, Kariny A.; SILVA Eulália. **Cuidando de Famílias na Comunidade, À Luz da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.** Florianópolis: UFSC, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Graduação em Enfermagem.

BOEHS, Astrid Eggert. **Prática do cuidado ao recém nascido e sua família, baseado na Teoria Transcultural de Leininger e na Teoria de Desenvolvimento da Família.** Florianópolis: UFSC, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

BOING, Renatha M.; SCHEIDT Penélope P. R.; CRUZ, Fernanda B. J. **Assistência de Enfermagem Humanizada ao Idoso no Ambiente Asilar, Buscando o Resgate da Identidade e Autonomia, Tentando Minimizar os Conflitos Causados Pela Necessidade de Institucionalização.** Florianópolis: UFSC, 2000. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Graduação em Enfermagem.

BRUNNER & SUDDARTH; **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica;** 9º edição. Volumes 1,2,3e 4, Rio de janeiro : Guanabara Koogan, 2002.p.691;1741.

CABRAL, B.E.S.; AQUINO, F.T.M. O Idoso e a Família. In FREITAS, E. U.; Py, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2002, Cap. 128 p. 1056-1060.

DIOGO, M.J.D. DUARTE, Y.A.O. Cuidados em Domicílio: Conceitos e Práticas. In FREITAS, E. U.; Py, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2002, p762-767.

FREITAS, E. U. et al; Py, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2002, p. 2-624.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**, 4ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, Cap.21, p. 298-309.

GONÇALVES, L.H.T. ALVAREZ, A.M. **A Enfermagem Gerontogeriatrica: Perspectiva e Desafios**, Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Rio Grande do Sul: UPF, 2004. p. 57 - 68

GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M. O Cuidado na Enfermagem Gerontogeriatrica: Conceito e Prática. In FREITAS, E. U.; Py, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara -Koogan, 2002, Cap. 91, p756-765.

HAYFLICK, Leonard. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997, p.4-215

SKYLER, Jay **Diabete e suas Complicações** Interlivros: Rio de Janeiro 1998

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias de Enfermagem: Instrumentos para a Prática**. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Papa Livros, 1999, p.94-102.

MARQUES, Sheila B, HONÓRIO, Melissa O. KAMKE, Maira B. **Assistência Humanizada ao Idoso e à sua Família: Do Hospital ao Domicílio**. Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Graduação em Enfermagem.

MONTICELLI, M. et al, Madeleine Leininger – Teoria de Enfermagem Transcultural, apud **Teorias de Enfermagem Instrumentos para a Prática**, LEOPARDI, Maria Tereza. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Papa Livros, 1999, p.94-102.

PEREIRA, Neli Eugênia Costa. **Um lugar chamado Pântano do Sul: um estudo das territorialidades do lugar chamado Pântano do Sul**, município de Florianópolis, SC, no período de 1938 a 1998. Florianópolis, 2001. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

PERRACINI, R. M et al, Avaliando e Adaptando o Ambiente Domestico. In **Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontológico**, In DIOGO, M.J.D.; DUARTE, Y.A.: São Paulo: Editora Atheneu, Cap. 14, p. 187-188, 2000.

PORTELLA, R.M, **Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo/RS**, Fpolis: UFSC, 1998, 125p. Dissertação de Mestrado, 1998.

RUIPEREZ, I.; LLORENTE, P. **Geriatria**. Guias Práticos de Enfermagem, Rio de Janeiro: McGraw - Hill, 2001. p.1-27.

SANTOS, S.M.A . **A Especificidade da Enfermagem na Equipe Interdisciplinar.** Texto & Contexto. Florianópolis: UFSC, v.6, p.156-161, 1997.

SILVA, A.L. **O Estado da Arte do Cuidado na Enfermagem.** Texto & Contexto. Florianópolis: v. 6, p. 19-32, 1997.

STEVENSON, J.S.; GONÇALVES,L.H.T.; ALVAREZ, A .M. **O Cuidado e a Especificidade da Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.** Texto & Contexto.- Florianópolis: UFSC, v.6, n° 2, p. 33-50, 1997.

XAVIER, F. M. F. Perda da Adaptabilidade Emocional Progressiva do Idoso: Este Fenômeno Existe? In Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano. Rio Grande do Sul: UPF, 2004. p. 81-85



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

As alunas Cíntia A. Vicente e Mariana Cristina M. da Silva desenvolveram sua monografia de TCC baseada na prática assistencial feita junto à UBS do Pantano do Sul, atendendo famílias com idosos cadastrados no PSF. Adotaram para essa prática o referencial teórico de enfermagem transcultural de Leininger. Tal escolha feliz se adequou à comunidade local que ainda guarda traços culturais marcantes de antepassados açorianos.

Durante o desenrolar do estágio de prática assistencial, as alunas conseguiram aplicar os conhecimentos adquiridos por estudos em literatura acerca das teorias do envelhecimento e conhecimentos de enfermagem gerontogeriatrica, aliando ao referencial de cuidado congruente de enfermagem.

O desempenho das alunas, desta última fase do Curso, foi adequado e suficiente, vislumbrando perspectivas de iniciar a carreira profissional com sucesso. Congratulações!

Em 08/07/2004.

Lucia H. Takase G.
(profa. orientadora)

11 - APÊNDICES

APÊNDICE A

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

RECONHECIMENTO DA SITUAÇÃO CULTURAL DA REALIDADE AMBIENTAL/DOMICILIAR E DA SAÚDE DA FAMÍLIA

DATA: 06/04/2004 VISITA (x) CONSULTA ()

1 - HISTÓRICO DO IDOSO/ FAMILIAR CUIDADOR

A - IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

NOME: M. F. (Sra. Anchova).

ESTADO CONJUGAL: casada há 66 anos

IDADE: 86 anos

PROCEDÊNCIA: Guaratinguetá - SP

NATURALIDADE: Guaratinguetá - SP

SEXO: Feminino RELIGIAO/ É PRATICANTE: é católica, mas não pratica porque não pode se deslocar até a igreja, devido sua casa ser em uma subida e por isso não tem condições físicas para descer e subir novamente.

OCUPAÇÃO ANTERIOR/ATUAL: Quando jovem trabalhava como camareira em um hotel em sua cidade de origem, hoje em dia é aposentada.

B – CONHECENDO O IDOSO, SUA FAMÍLIA E SUA COMUNIDADE

IDOSO:

1. COM QUEM MORA?

Com o marido. O filho tem uma casa nos fundos do terreno a qual mora com sua mulher e duas filhas jovens.

2. DE QUEM É A CASA?

Do filho.

3. TEM QUANTOS FILHOS? - NO CASO DE MULHER, COMO FORAM OS PARTOS?

Apenas um. Mas teve 5 gravidez na qual abortou quatro e o que nasceu, foi de parto normal e na maternidade.

4. O QUE É FAMÍLIA P VC?

“É uma coisa muito sagrada e importante na vida da gente”

5. QUEM COSTUMA LHE AJUDAR NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA?

O marido e a nora

6. NO MOMENTO VC DEPENDE DE ALGUM DELES?

Sim, a nora prepara a refeição, e o marido limpa a casa, lava a roupa, além de auxiliar em atividades como leva-la ao médico.

7. VC AINDA AJUDA SEUS FAMILIARES? COMO?

Não. “Não tenho condições, quando caminhava até passeava com meu bisneto”.

8. QUAIS SÃO OS CUIDADOS QUE O SR (A) FAZ PARA SI?

“Tomo banho e preparo algumas refeições, como o café”.

9. A FAMÍLIA ACREDITA E/OU UTILIZA ALGUM TRATAMENTO E CUIDADO CASEIRO? DIGA COMO É.

Sim. Uma vizinha lhe deu uma raiz, que após cozida é engarrafada e Sra. Anchova bebe para ajudar no tratamento para o diabetes.

A nora enterra uma raiz e após uma semana, desenterra, coloca em um recipiente de vidro e utiliza como relaxante muscular "gelol".

10. O QUE VC GOSTA E COSTUMA FAZER?

Gosta de ver TV, mas no momento não tem, pq queimou. Quando podia sair de casa, gostava de visitar as amigas, e caminhar.

11. VC TEM ALGUM GRUPO DE AMIGOS, CONVIVE COM ELES?

Sim, mas no momento não pode visitá-las e às vezes alguns a visitam.

12. COMO VC É NORMALMENTE: TRISTE OU FELIZ?

Triste por não poder sair de casa, realizar atividades domésticas. Fica a maior parte do tempo sozinha em casa, pois seu marido vai passear no centro da cidade todos os dias.

"-Ele pega o carro das 11:00hs e só volta às 16:00hs para fazer meu café".

13. COMO VC VÊ A VELHICE?

"A velhice traz doenças, pois quando era moça eu tinha boa saúde". Sra. Anchova disse que gostaria de ter uns 40 anos, pq poderia fazer tudo o que hoje não faz.

FAMILIAR CUIDADOR

1. NOME: J. F.
2. IDADE DO CUIDADOR: 89 anos, GRAU DE INSTRUÇÃO: primário completo.
3. OCUPAÇÃO: aposentado. (quando jovem cortava pedras em uma pedreira em SP)
4. TEM PROBLEMAS DE SAÚDE? TRATA ONDE? COMO CUIDA?
Não. Realiza consultas regularmente no Cs, e segue dieta junto com a esposa.

5. QUE TIPO DE CUIDADOS VC OFERECE AO IDOSO E COM QUE FREQUENCIA?

“Faço companhia, varro a casa, lavo a louça e a roupa, vou buscar insulina no Cs, ligo o gás e ascendo o fogo para ela fazer o café”.

6. EXISTEM OUTRAS PESSOAS QUE TE AJUDAM? QUEM? O QUE FAZ?

Sim. A nora que prepara a comida.

C - PERCEPCAO E/OU EXPECTATIVAS FACE AO ESTADO DE SAUDE/DOENÇA E ENVELHECIMENTO

• COMO VC VÊ SUA VIDA, SAÚDE E VELHICE?

“A saúde é tudo na vida da gente, quem tem saúde tem tudo. A doença e velhice são terríveis”

• MEDOS OU PREOCUPAÇÃO COM O SEU ENVELHECIMENTO: FALE POUCO.

Tem medo de não caminhar mais e ficar cega.

• COMO VC AVALIA SEU ESTADO DE SAÚDE?

“E muito ruim, não posso fazer nada”.

D – DO FAMILIAR CUIDADOR:

• COMO VC VÊ SUA VIDA, SUA SAÚDE E O CUIDADO DA FAMILIA?

“A saúde é uma coisa muito boa. Vou passear todos os dias no centro, vou a rodoviária, a praça e na feira”.

• MEDOS OU PREOCUPAÇÃO COMO CUIDADOR (A) DA FAMILIA: FALE UM POUCO.

“Fico preocupado por ela não andar normalmente. E não fazer as coisas”.

• COMO VC AVALIA SEU ESTADO DE SAÚDE?

“Boa, faço tudo que eu quero”.

- **QUAIS OS CUIDADOS QUE VC PRECISA DAR AO IDOSO E QUAIS DELES VC TEM DIFICULDADE OU NÃO GOSTA DE FAZER?E PQ?**

Lavar louça, roupa, limpar a casa, fazer compras, auxilia na administração de medicamentos, faz companhia.

E- ESPACO E AMBIENTE DOMICILIAR

(LEVANTAR DADOS ATRAVÉS DE OBSERVAÇÕES NA VD.)

- **USO DE TAPETES:** Não há tapetes na casa, só um no banheiro para enxugar os pés.
- **TIPO DE ILUMINACAO:** Não é muito boa. A casa é um pouco escura. (O fato de ser de madeira, também contribui para isso)
- **VENTILACAO/ENSOLAÇÃO DOMÉSTICA:** Não entra sol em nenhum período do dia. a casa sempre se encontra com janelas e portas fechadas.
- **O QUARTO DO IDOSO E CORREDORES:** A casa não tem corredores. O quarto é amplo e sem obstáculos, é de fácil acesso até o banheiro.
- **CONJUNTO SANITARIO (BANHO E PRIVADA):** Não possui apoio para o banho.
- **PISO DA CASA E ARREDORES:** a casa é de madeira, exceto o banheiro que é de alvenaria, e possui azulejo. O terreno é desnivelado, cheio de pedras contendo limos e buracos. A casa se encontra em uma subida muito íngreme, de difícil acesso. Na entrada da casa há escadas de mais de dois degraus, o que dificulta sua saída.

F – DOENÇAS, TRATAMENTO E CONTROLE

- DIAGNÓSTICO MÉDICO (POLIPATOLOGIA)?

Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial.

MEDICAMENTOS: QUAIS SÃO? ESTÃO VISÍVEIS E DE FÁCIL ACESSO AO IDOSO? SÃO UTILIZADOS CONFORME A PRESCRIÇÃO? O IDOSO TOMA SOZINHO?

Captopril e Insulina. Os medicamentos estão em fácil acesso, porém, a insulina é aplicada incorretamente. A idosa se autoaplica somente na região abdominal.

DIETA ALIMENTAR: SEGUE ALGUM TIPO?

Sim, procura evitar alimentos gordurosos e doces para o controle de diabetes e hipertensão.

PENSE EM UM DIA COMUM E DIGA TUDO O QUE COME, DESDE A HORA EM QUA LEVANTA ATÉ A HORA DE DORMIR:

8hs – café c/ leite, pão de trigo e queijo branco.

10hs – come uma fruta, caqui, laranja, banana.

11:30hs – almoça sopa de legumes, arroz, macarrão, frango.

16:00hs - café c/ leite , pão de trigo e queijo branco

18:00hs – sopa, frutas.

E QUANTO A INGESTÃO DE LÍQUIDOS: CONTE COMO É DURANTE TODO O DIA (O QUE E QUANTIDADE)

Bebe café com leite, sopa e bebe pouca água.

G - HISTÓRICO CLÍNICO DO IDOSO

JÁ FEZ ALGUM TIPO DE CIRURGIA? QUANTAS E DO QUE?

Sim, na perna esquerda, realizou uma cirurgia vascular.

JÁ ESTEVE HOSPITALIZADO? QUANTAS VEZES? MOTIVOS?

Sim 5 vezes. 4 por motivos de parto e 1 de cirurgia vascular.

SITUAÇÃO VACINAL (OLHAR CARTÃO DE VACINA DO IDOSO E PERGUNTAR SE AS VACINAS ESTÃO EM DIA)

Vacinas em dia

CONTROLE DAS ELIMINAÇÕES (URINÁRIA E INTESTINAL):

Diz que urina até demais, e faz uso de supositório diariamente para evacuar.

FAZ CONTROLE DE GLICEMIA E P.A. REGULARMENTE?

Sim

1 Queixa(s) atuais do idoso (na linguagem do paciente ou de seu familiar cuidador).

“ Sinto muitas dores nos olhos”

2 - Revisão dos sintomas relacionados (coloque C para crônico, A para agudo).

<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	Sincope
<input type="checkbox"/>	Fadiga *(2)	<input type="checkbox"/>	Dor abdominal
<input type="checkbox"/>	Perda de peso	<input checked="" type="checkbox"/>	Prisão de ventre
<input type="checkbox"/>	Ganho de peso	<input type="checkbox"/>	Frequência urinária e/ou urgência
<input type="checkbox"/>	Dor de cabeça	<input type="checkbox"/>	Nictúria
<input type="checkbox"/>	Insônia	<input type="checkbox"/>	Incontinência urinária*(1)
<input type="checkbox"/>	Hipersônia (2)	<input type="checkbox"/>	Tontura/Instabilidade (3) (1)
<input checked="" type="checkbox"/>	Perturbação visual provisória	<input type="checkbox"/>	Quedas * (3) (1)
<input type="checkbox"/>	Desconforto dental (dentadura)	<input type="checkbox"/>	Problemas nos pés
<input type="checkbox"/>	Desconforto no peito em razão de esforços	<input type="checkbox"/>	Fraqueza focal ou perda sensorial
<input type="checkbox"/>	Ortopnéia	<input type="checkbox"/>	Esquecimento *(5) (2)
<input type="checkbox"/>	Edema	<input type="checkbox"/>	Conduta destrutiva
<input type="checkbox"/>	Claudicação (3)	<input type="checkbox"/>	Ansiedade (2)
<input type="checkbox"/>	Dor nas articulações (3) (1)	<input checked="" type="checkbox"/>	Tristeza (2)
<input type="checkbox"/>	Disfunção visual (1)	<input type="checkbox"/>	Perambulações (5)

* se positivo, preencher formulário próprio.

- (1) Aplicar Modelo Geronte de Autonomia (anexo 1)
- (2) Aplicar Inventário de Depressão (anexo 2)
- (3) Aplicar Questionário de quedas (anexo 3)
- (4) Aplicar instrumento de Avaliação (Minimental) (anexo 4)

3. Diga ao idoso como cuida de sua saúde no dia-a-dia e o que acredita ser bom. Levantar os dados levantados com o familiar, junto a familiar cuidador. Verificar se há posições diferentes por parte da família em termos de cuidados diários.

- Aplica insulina e toma as medicações diariamente. Tem fé em Deus, mas acha a diabetes muito difícil de curar.

**BASEADO NO MODELO SUNRISE DE LEININGER E NA AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL GERONTO-GERIATRICO UTILIZADA NO NIPEG/UFSC**

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Família do idoso: Anchova

IDENTIFICANDO AS NECESSIDADES DE CUIDADO:

Reconhecimento da situação cultural e de saúde do idoso/família	Definição da situação do idoso/família e elaboração do diagnóstico de enfermagem	Planejamento e implementação do cuidado	Evolução
<p>Sra. Anchova: 86 anos, comunicativa e pouco vaidosa. Percebemos que em todas as visitas se encontrava com a mesma roupa. Fica a maior parte do tempo em sozinha em casa, pois o marido sai todo o dia para o centro da cidade. Não pode sair de casa, pois mora na subida de um morro de difícil acesso. Sente muita falta de caminhar nas ruas, visitar os amigos e realizar tarefas domésticas.</p> <p>Reside com o marido que lhe ajuda nas</p>	<p>- Sente-se triste pq não pode sair de casa e não realiza nenhuma atividade doméstica e de lazer. Aplicado inventário de Depressão, na qual resultou Depressão leve. -Queixa-se de dores “na vista”. Possui deficiência visual relacionada com a Diabetes. - Se auto-aplica insulina somente na região abdominal,</p> <p>- onde encontra-se edemaciado,</p>	<p>-Indicado uma alternativa de lazer compatível com a realidade familiar. -Aconselhada a procurar um oftalmologista. -Esclarecido a importância de cuidados intensivos com o diabetes e hipertensão. - O marido foi orientado e treinado quanto à aplicação de insulina e realização de rodízio.</p>	<p>Reestruturação e/ou repadronização do cuidado cultural, pois além de orientações, houve uma mudança na maneira de vida de ambos. Após conversar com seu filhos a Sra. Anchova ganhou uma TV, se sente contente por ter uma distração. Após consulta com oftalmologista , foi diagnosticado “catarata” e</p>

<p>atividades domésticas e gerais. O filho e a nora residem nos fundos da casa, e lhe ajudam na alimentação. Toma uma erva engarrafada, que acredita ajudar a combater o diabetes. Também utiliza uma erva que após ser “enterrada” funciona como “gelol” e é ótimo cicatrizante.</p> <p>- Cuidador: Goza de boa saúde, gosta de cuidar da esposa, não sente dificuldades em realizar atividades domésticas ou de cuidado, porém relata ter medo e não ter conhecimento sobre a aplicação de insulina.</p>	<p>devido a continua aplicações de insulina.</p> <p>Dificuldade de deambulação devido a problemas circulatórios.</p> <p>- Falta de conhecimento do marido sobre aplicação de insulina.</p>	<p>aguarda por uma cirurgia em breve.</p> <p>O marido passou a aplicar e realizar o rodízio diariamente</p>
---	--	---

APÊNDICE B

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

O questionário contém diferentes conjuntos de afirmações. Escolha, em cada um dos grupos de perguntas abaixo relacionadas, uma frase que melhor descreva o modo como se sentiu na última semana, incluindo o dia em que está respondendo a este questionário.

Assinale, com um círculo, o número ao lado da frase escolhida.

Se várias frases se aplicarem ao que sente, assinale, com um círculo, o número mais alto. Tenha certeza de ter lido todas as frases em cada um dos grupos, antes de fazer a sua escolha.

Cliente: Sra. Anchova

Idade: 86 anos Sexo feminino

1. 0 - Não me sinto triste.
1 - Sinto-me triste.
2 - Estou triste todo o tempo e não consigo livrar-me desse sentimento.
3 - Estou tão triste ou infeliz que não aguento mais.

2. 0 - Não me sinto desencorajado em relação ao futuro.
1 - Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
2 - Sinto que não tenho mais nada de bom pela frente.
3 - Não tenho esperanças quanto ao futuro e acho que nada mais vai melhorar na minha vida.

3. **0 - Não me sinto fracassado.**
1 - Sinto que fracassei mais do que as outras pessoas.
2 - Quando penso em minha vida só vejo derrotas.
3 - Sinto que sou um total fracasso.

4. **0 - Tenho prazer nas coisas que faço.**
1 - Não tenho prazer no que faço.
2 - Não tenho mais prazer em nada.
3 - Estou infeliz e aborrecido com tudo.

5. **0 - Não me sinto culpado de nada.**
1 - Sinto-me culpado, às vezes.
2 - Sinto-me culpado a maioria das vezes.
3 - Sinto-me sempre culpado.

6. **0 - Não acho que estou sendo punido por alguma coisa.**
1 - Sinto que estou sendo punido por alguma coisa.
2 - Espero ser punido por alguma coisa.
3 - Sinto que estou sendo punido por ter feito alguma coisa má.

7. **0 - Não me sinto pior que as outras pessoas.**
1 - Estou desapontado comigo mesmo.
2 - Estou desgostoso comigo mesmo.
3 - Eu me odeio.

8. **0 - Não me sinto pior do que as outras pessoas.**
1 - Sou muito crítico sobre minhas fraquezas e os erros que cometo.
2 - Recrimino-me todo o tempo pelos erros que cometi.
3 - Recrimino-me por tudo de mal que acontece.
9. **0 - Não penso em me matar.**
1 - Tenho idéias de me matar, mas não vou fazê-lo.
2 - Gostaria de me matar.
3 - Se tivesse oportunidade, eu me mataria.
10. **0 - Não choro mais do que costumava fazê-lo.**
1 - Choro mais do que costumava fazê-lo.
2 - Choro o tempo todo.
3 - Costumava chorar, mas agora, mesmo que eu queira, não consigo.
11. **0 - Não estou mais irritado que de costume.**
1 - Aborreço-me ou irrito-me mais facilmente do que costumava fazê-lo.
2 - Sinto-me irritado todo o tempo.
3 - Irrito-me com coisas que antes não me irritavam.
12. **0 - Não perdi o interesse nas pessoas.**
1 - Estou menos interessado nas pessoas que antes.
2 - Perdi o interesse nas pessoas.
3 - Perdi todo o meu interesse nas pessoas.
13. **0 - Continuo decidido como sempre.**
1 - Deixo de tomar mais decisões do que tomava anteriormente.
2 - Tenho mais dificuldades que anteriormente para tomar decisões.
3 - Não consigo tomar decisões.
14. **0 - Não me sinto com pior aspecto que antes.**
1 - Estou preocupado com o fato de estar parecendo velho e desajeitado.
2 - Sinto que estou mudando e ficando uma pessoa desagradável.
3 - Acho que estou feio e/ou desagradável.
15. **0 - Trabalho como sempre trabalhei.**
1 - Tenho que fazer mais esforço para começar alguma coisa.
2 - Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 - Não consigo fazer nada.
16. **0 - Estou dormindo como sempre dormi.**
1 - Não durmo tão bem como antes.
2 - Acordo 2 a 3 horas mais cedo que antes e demoro para voltar a dormir.
3 - Não consigo fazer nada.
17. **0 - Não me canso mais do que antes.**
1 - Canso-me mais facilmente que antes.
2 - Canso-me com qualquer esforço.
3 - Estou sempre cansado.

18. 0 - Meu apetite está igual ao que era antes.
1 - **Meu apetite não é tão bom como era antes.**
2 - Meu apetite agora está muito pior do que antes.
3 - Não tenho apetite.

19. 0 - **Ultimamente, não perdi peso.**
1 - Perdi mais de 250g.
2 - Perdi mais de 5 Kg.
3 - Perdi mais de 7.5 Kg.

Estou tentando perder peso e estou comendo menos (de propósito).
Sim Não

20. 0 - Não me preocupo com minha saúde mais do que o necessário.
1 - **Preocupo-me com algumas dores e mal-estares, como distúrbios gástricos e/ou obstipação.**
2 - Estou muito preocupado com minha saúde e não consigo deixar de pensar nisso.
3 - Estou tão preocupado com minha saúde que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 - Não notei diferença quanto ao meu apetite sexual.
1 - Estou menos interessado em sexo do que de costume.
2 - **Estou, agora, muito menos interessado em sexo do que de costume.**
3 - Perdi completamente o interesse sexual.

A avaliação global do BDI é feita através da soma dos números - ao lado das perguntas - conferidos aos itens selecionados pelo paciente. O item da perda proposital de peso (item 19) não é computado. Um resultado de 0 - 9 é considerado normal; 10 - 15 sugere a existência de uma depressão leve; 16 - 23 de uma depressão média e 24 ou mais pontos, de depressão severa.

Tabela de pontos obtidos = 15
Aplicado por: Cíntia Vicente

fonte:

GUZ, Isac. Depressão: o que é, como se diagnostica e trata. São Paulo: Roca, 1990.

GUIA INSTRUCIONAL PARA O USO DO MODELO GERONTE

A) O compartimento 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, o tipo de relacionamento com as pessoas.

B) Atividades Sensoriais (3 itens):

4 - *Visão*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o 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 Corporais (9 itens).

7 - *Tomar refeições sem recursos auxiliares*: observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se.

8 - *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.

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

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

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

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

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

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

15 - *Controle intestinal*: observar e perguntar se há problemas, 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 (escada, rampa, morro)*: observar e perguntar ao idoso, o nível de dificuldade no desempenho deste ato.

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

18 - *Deslocamento interno (entre um cômodo e outro da moradia; da 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)*: perguntar sobre as dificuldades no uso do ônibus, carro, ou como pedestre, na rua (para visitas, consultas, compras e outras necessidades), ou para movimentação fora de casa, quintal ou jardim.

E) Atividades Sociais Internas (4 itens):

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

21 - *Lidar com trabalhos domésticos/manuais*: idem às observações do item 20.

22 - *Lidar com utensílios comuns na limpeza e arrumação (vassouras, rodo, pano de pó, etc.)*: idem 20.

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

F) Atividades Sociais Domésticas Externas (4 itens):

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

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

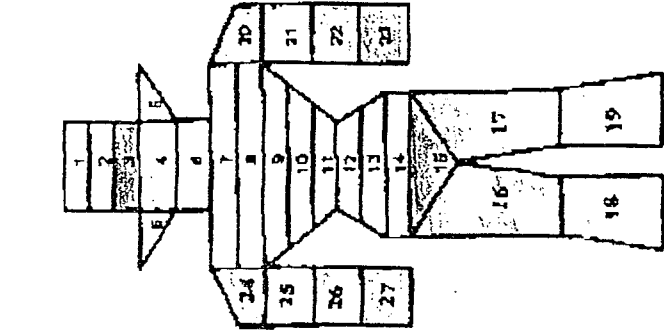
26 - *Visitas*: perguntar se sai de casa para fazer visitas. Que dificuldades tem para fazer visitas.

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

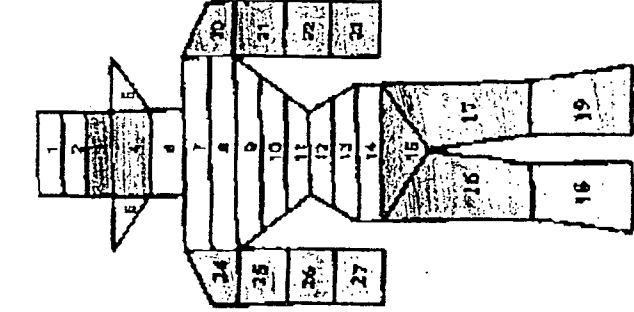
Sra. Aneltova

LEGENDA

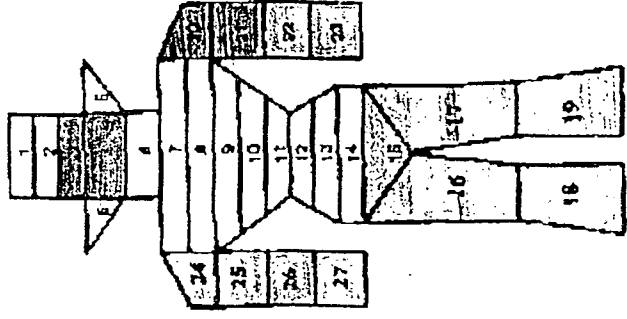
Atividades	
Mentais	01. Coerência 02. Orientação no tempo e espaço 03. Integração social
Sensoriais	04. Visão 05. Audição 06. Tato e paladar
Corporais	07. Alimentar-se normalmente 08. Alimentar-se com algum recurso 09. Higiene da parte mais alta 10. Vestir a parte mais alta 11. Vestir a parte média 12. Vestir a parte mais baixa 13. Higiene da parte mais baixa 14. Controle urinário 15. Controle intestinal
Locomotoras	16. Subir 17. Modo de deslocamento 18. Deslocamento interno 19. Deslocamento externo
Sociais domésticas Internas	20. Cozinhar 21. Trabalhos doméstico. 22. Lidar com utensílios comuns 23. Comunicação
Sociais domésticas Externas	24. Uso de transporte 25. Compras 26. Visitas 27. Validez social



DATA:06/04/04
AVALIADOR:Cintia



DATA:18/05/04
AVALIADOR:Mara



DATA:04/06/04
AVALIADOR:Cintia

APÊNDICE C

5.6 CRONOGRAMA: MARÇO/2004

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
	01	02	03	04	05	06
07	08 Interfases Apresentação da Disciplina	09 Elaboração do projeto	10 Elaboração do projeto	11 Elaboração do projeto	12 Encontro com a Orientadora - Reunião da Jornada Brasileira de Gerontogeriatría	13
14	15 Elaboração do Projeto - Reunião de Comissão do Simpósio de Estomaterapia	16 Visita ao Centro de Saúde	17 Revisão de Literatura	18 Revisão de Literatura	19 Encontro com a Orientadora - Reunião da Jornada Brasileira de Gerontoge riatria	20
21	22 Encontro com a Orientadora	23 Elaboração do Projeto	24 Revisão do projeto	25 Entrega do projeto à banca examinadora	26 Preparação para apresentação do projeto	27
28	29 Entrevista com a banca	30 Apresentação do Projeto	31 -Início doEstágio -Apresentação das acadêmicas Reconhecimento do CS			

ABRIL/2004

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
				01 - Estágio - Interação do campo Reconhecimento da comunidade	02 Estágio	03
04	05 Estágio Diário de campo	06 Estágio Diário de campo	07 Estágio Diário de campo	08 Estágio Diário de campo	09 Sexta-Feira da Paixão	10
11 Páscoa	12 Estágio Diário de campo	13 Estágio Diário de campo	14 Estágio Diário de campo	15 Estágio Diário de campo	16 Estágio Diário de campo	17
18	19 Estágio Diário de campo	20 Estágio Diário de campo	21 Tiradentes	22 Estágio Diário de campo	23 Estágio Diário de campo	24
25	26 Simpósio Catarinense de Estomaterapia (Incontinência Urinária	27 Estágio Diário de campo	28 Estágio Diário de campo	29 Estágio Diário de campo	30 Estágio Diário de campo	

MAIO/2004

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
						01 Dia do Trabalho
02	03 Estágio Diário de campo	04 Estágio Diário de campo	05 Estágio Diário de campo	06 Estágio Diário de campo	07 Estágio Diário de campo	08
09	10 Estágio Diário de campo	11 Estágio Diário de campo	12 Estágio Diário de campo	13 Estágio Diário de campo	14 Estágio Diário de campo	15
16	17 Estágio Diário de campo	18 Estágio Diário de campo	19 Estágio Diário de campo	20 Estágio Diário de campo	21 Estágio Diário de campo	22
23	24 Estágio Diário de campo	25 Estágio Diário de campo	26 Estágio Diário de campo	27 Estágio Diário de campo	28 Estágio Diário de campo	29
30	31 Estágio Diário de campo					

JUNHO/2004

DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
		01 estágio Diário de campo	02 estágio Diário de campo	03 estágio Diário de campo	04 estágio Diário de campo	05
06	07 estágio Diário de campo	08 Finalização do estágio Confraternização com funcionários	09 Elaboração do relatório final	10 Corpus Christi	11 Elaboração do relatório final	12
13	14 Elaboração do relatório final	15 Elaboração do relatório final	16 Elaboração do relatório final	17 Elaboração do relatório final	18 Elaboração do relatório final	19
20	21 Elaboração do relatório final	22 Entrega do relatório aos membros da banca examinadora.	23 Preparação para apresentação do relatório.	24 Entrevista com a banca examinadora.	25 Entrevista com a banca examinadora.	26
27	28 Apresentação dos relatórios na forma de Seminário ao público	29 Apresentação dos relatórios na forma de Seminário ao público	30 Apresentação dos relatórios na forma de Seminário ao público	JULHO Dia 08/07/04 - Entrega do relatório final (versão final, com capa dura) e entrega das notas.		

12 - ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, _____, residente na rua _____, declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito do Trabalho de conclusão de Curso “ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR A IDOSOS E SEUS FAMILIARES NA COMUNIDADE DO PÂNTANO DO SUL/FPOLIS -SC, BASEADA NA TEORIA DA ENFERMAGEM TRANSCULTURAL DE LEININGER”, a ser realizado pelas acadêmicas da 8º fase curricular do Curso de Graduação de enfermagem da UFSC: Cíntia Alves Vicente e Mara Cristina Mesquita da Silva, que estou ciente de seus objetivos e métodos, fazer uso de minha imagem e ou fala para fins acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados no relatório final deste trabalho, bem como o meu direito de desistir a qualquer momento.

Nome: _____

Assinatura: _____

Florianópolis, ____/____/____.

ANEXO 2

EU VOU POR AQUI ABAIXO
COMO QUEM NAO VAI NINGUEM
VOU PEGAR AQUELA ROSA
QUE AQUELA ROSEIRA TEM.

ROSA BRANCA TOMA CÔR
NAO SEJA TÃO DESMAIADA
AS VERMELHAS TAO DIZENDO
QUE AS BRANCAS NAO VALEM NADA.

A MOÇA PRÁ SER BONITA
HÁ DE FAZER 3 FIGURA
HÁ DE SER ALTA MORENA
DELICADA DA CINTURA.

FORAM CONTAR PRO MEU BEM
MEXERICO E MENTIRA
QUERIA SABER QUEM FOI
PARA VER QUE LUCRO TIRA.

QUANDO PASSARES POR MIM
POTA JEUS OLHOS PRO CHÃO
QUE É PRÁ NÓS SE QUERER BEM
É O POVO DIZER QUE NAO

Quem se vai para tão longe
é como quem já morreu
o que tinha levou.
é o que deixou perdeu.

ADEUS PANTANO DO SU
AS COSTAS TE VOU VIRANDO
A MINHA BOCA VAI RINDO
MEU CORAÇÃO VAI CHORANDO.

VOU ME EMBORA PRA CIDAD
QUE O SÍTIO ME ABORRECE
LÁ NA CIDADE EU TENHO
QUEM POR MIM PENA, PADEC

PADECER POR PADECER
MUITO EU TENHO. PADECIDO
MUITO MAIS PADECO AGORA
POR TE TRAZER NO SENTIDO

QUEM MORRE DEMAL DE ANULO
NÃO VAI PARA O CÉU DIREITO
VAI PASSAR NO PURGATÓRIO
PRA PASSAR O QUE TEM FEITO

QUEM MORA NA SOLIDÃO
PODE SE CONTAR FELIZ
O QUE HOUVE, NÃO VÊ, NÃO CONTA
QUEM CONTA, NÃO VÊ, NÃO DIZ.

DO RIO TAARES A FARINHA
DO RIBEIRÃO O FÉIÇÃO
DA COSTEIRA A COCOROCA
DO TANTANO O CAÇÃO.

SE SOUBESSE QUE TU DAVAS
UM PASSO PARA ME VER
EU DAVA MINHA PALAVRA
SUSTENTAVA ATÉ MORRER

CULTEIRINHA NÃO TE CASA
VAI VIVER A BOA VIDA
EU JÁ VI UMA CASADA
CHORANDO DE ARREPENDIDA

SETE ANOS EU TE AMEI
SETE ANOS TE MANDEI RECADO
SETE ANOS SE TE LIGASSE
MEU TEMPO MAL EMPREGADO

SE EU SOUBESSE NÃO MANEJARIA
NÃO PERDIA O QUE EU PERDI
FICA NA MINHA LEMBRANÇA
NÃO MANDAR PODENDO EU IR.

CARÇA BRANCA LEVIANA
RECOSO DE VAI E VEM
QUEM NÃO SABE O QUE É AMOR
NÃO SE META QUERER BEM

DEI UM TIRO NA LAGOA
MATEI UM LOTE DE GANSO
O MEU AMOR ME DEIXOU
PARA MIM FOI UM DESCANSO

PENEDURA DO SENHOR
SANTO Onofre (Vermes, Bica)

⊗ CADELAO DA IGREJA DA NOSSA
SENHORA DA CONCEIÇÃO, BICHA,
CATINGUENTA, MORRINHENTA,
SAI DO VENTRE DESSA CRIANÇA,
VAI EMBORA COM O VENTO.
CORTA O RABO, CORTA A CO-
BECA, CORTA A CABEÇA, CORTA
O RABO, ASSIM COMO A NO-
SENHORA, TÊVE O SEU FILHO 9
MÊSES EM SEU VENTRE, QUE
ESSE MAL NÃO CRESÇA NE-
ENVERDEÇA, E DAQUI DESAPAREÇA,
EM NOME DE DEUS E DA
VIRGEN MARIA, ASSIM
SEJA Amém.

BENZEDIÇÃO DE "MAU JEITO"
FULANO DE TAL, EU VOU TE BENE-
DE QUEBRADO, OU NERVO TORTO
OU QUEBRADO, OU MACHUCADO
OU DESTRONADO. (O QUE É
QUE EU COBO? CARNE QUE
BRADA OU NERVO TORTO) ASSI-
MESMO EU COBO. EM NOME DE
DEUS E DA VIRGEN MARIÁ,
FULANO DE TAL, SERÁ CURADO
DE QUEBRADO OU MACHUCADO.
SE FOR QUEBRADO OU DESTRO-
CADO, QUE VÁX AD SEU LUGAR.

✕

EM NOME DAS 3 PESSOAS
DA SANTÍSSIMA TRINDADE
FULANO SERÁ CURADO.
ZIPRA, IZIPELA, JESUS
DÊ UM FIM A ELA.

② Zipra (—)

EU IA POR UM CAMINHO
ENCONTREI COM A "VERMELHA"
NÃO ME CHAME DE
→ VERMELHA; QUE AQUI MESMO
EU ME DESMANCHO COMO
O SAL NA ÁGUA FREIA →
→ ME CHAMA DE COMEDEIRA
DE CARNE E OSSO, POIS
TU ES COMEDEIRA DE CARNE
OSSO, EU TE PORTO O PESCOÇO

EM NOME DE DEUS E DA
VIRGEM MARIA. ✕

③ Zipra: —

A ZIPRA DEU NO SANGUE
DO SANGUE FOI PRÁ CARNE
DA DELE FOI PRO FUTURO
DO TUTANO FOI PRO MAR
PERMITA JESUS AO CÉU QUE
ESSA ZIPRA NÃO TE DE MAIS
✕

PENZEDURA DO MAU DLH
(QUEBRANTO): → DEUS TE GEROU.

Deus te criou, Deus no
MUNDO TE BOTOU, VOU TE BE-
ZER DE QUEBRANTO E MAU OLH-
DO (DIZER FULANO: SE N
COMES, VAI COMER. SE NÃO
'BEBES, VAI BEBER. QUEBRAN-
E MAU OLHAR SERÃO REFETI-
RADOS DO SEU CORPO, PARA
AS ONDAS DO MAR SA GRADO

A crescentar.
SENÃO DORMES, VAI
DORMIR.

ONDE NÃO PASSA CRISTÃO
BATIZADO; NÃO VÊ O GALO
CANTAR, O BOI BERRAR
NEM O SINO BATER,
FULANO SERÁ SARADO E
CURADO EM NOME DAS 3
PESSOAS DA SANTISSÍMA
TRINDADE.
(REZAR: 1 PAI NOSSO E AVE-
MARIAS).

⁰⁰
BENZEDURA DA DOR DE DENTE

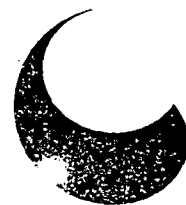
SÃO PEDRO ESTAVA SENTADO
NA PEDRA MÁRMORE GRITANDO
JESUS CRISTO PASSOU, E
PERGUNTOU: PEDRO, O QUE
SENTES? UMA DOR DE DENTE
QUE ME ATORMENTA. CALA
PEDRO! EU TE BENZO NO DENTE
"QUEIXAL" COM O DEDO. PORGR
SE E DICHO, QUE MORRA;
SE E SANGUÉ, QUE ESPALHA.
FRATO E FRIO OU É QUENTÃO
REY QUE TE BENZO, DEUS
É QUE TE CURA.

A

ANEXO 3



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À EXTENSÃO



CERTIFICADO

Certifico que **CÍNTIA ALVES VICENTE** participou do(a) **Comissão Organizadora no SIMPÓSIO CATARINENSE DE ESTOMATERAPIA - A pessoa com incontinência Urinária em 26/04/2004**, com carga horária total de **8 horas**.

Conteúdo Programático / Ministrantes:

Estomaterapia no Brasil e em Santa Catarina; Aspectos Históricos e Epidemiológicos da Incontinência Urinária; Anatomia e Fisiologia - Tipos de Incontinência e Investigação; Tecnologias Disponíveis para a Assistência à Pessoa Incontinente; Assistência a Pessoa Idosa Incontinente - Consenso em Geriatria; Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa Incontinente e à Família; A pessoa com incontinência e a perspectiva multidisciplinar.

Florianópolis, 10/05/2004

Registro Nº 2004.0337


Prof. Góias Silva
DIRETOR DEPARTAMENTO DE APOIO
À EXTENSÃO
DAE/PRCE/UFSC
Diretor DAEx.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À EXTENSÃO

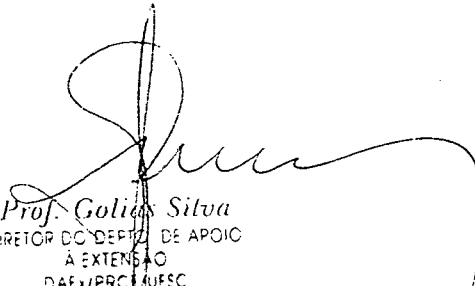


CERTIFICADO

Certifico que **CÍNTIA ALVES VICENTE** participou do(a) **SIMPÓSIO CATARINENSE DE ESTOMATERAPIA - A pessoa com incontinência Urinária** em **26/04/2004**, com carga horária total de **8** horas.

Conteúdo Programático / Ministrantes:

Estomaterapia no Brasil e em Santa Catarina; Aspectos Históricos e Epidemiológicos da Incontinência Urinária; Anatomia e Fisiologia - Tipos de Incontinência e Investigação; Tecnologias Disponíveis para a Assistência à Pessoa Incontinente; Assistência a Pessoa Idosa Incontinente - Consenso em Geriatria; Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa Incontinente e à Família; A pessoa com incontinência e a perspectiva multidisciplinar.


Prof. Gólicas Silva
DIRETOR DO DEPTO. DE APOIO
À EXTENSÃO
DAE/PRC/UFSC
Diretor DAEx.

Florianópolis, 10/05/2004

Registro Nº 2004.0337

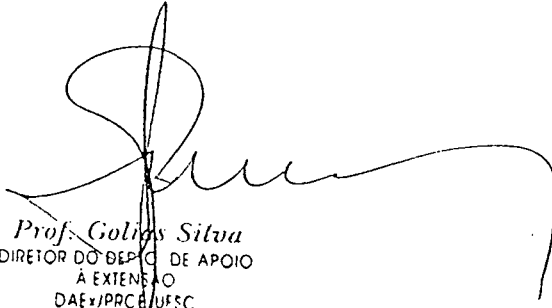


CERTIFICADO

Certifico que **MARA CRISTINA MESQUITA DA SILVA** participou do(a) **SIMPÓSIO CATARINENSE DE ESTOMATERAPIA - A pessoa com incontinência Urinária** em **26/04/2004**, com carga horária total de **8 horas**.

Conteúdo Programático / Ministrantes:

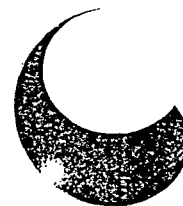
Estomaterapia no Brasil e em Santa Catarina; Aspectos Históricos e Epidemiológicos da Incontinência Urinária; Anatomia e Fisiologia - Tipos de Incontinência e Investigação; Tecnologias Disponíveis para a Assistência à Pessoa Incontinente; Assistência a Pessoa Idosa Incontinente - Consenso em Geriatria; Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa Incontinente e à Família; A pessoa com incontinência e a perspectiva multidisciplinar.



Prof. Golias Sitva
DIRETOR DO DEPTO. DE APOIO
À EXTENSÃO
DAE+PRCE/UFSC
Diretor DAEx.

Florianópolis, 10/05/2004

Registro Nº 2004.0337



CERTIFICADO

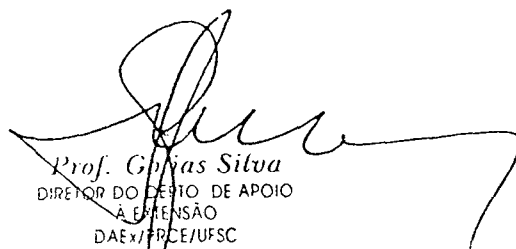
Certifico que **MARA CRISTINA MESQUITA DA SILVA** participou do(a) **Comissão Organizadora no SIMPÓSIO CATARINENSE DE ESTOMATERAPIA - A pessoa com incontinência Urinária** em **26/04/2004**, com carga horária total de **8 horas**.

Conteúdo Programático / Ministrantes:

Estomaterapia no Brasil e em Santa Catarina; Aspectos Históricos e Epidemiológicos da Incontinência Urinária; Anatomia e Fisiologia -Tipos de Incontinência e Investigação; Tecnologias Disponíveis para a Assistência à Pessoa Incontinente; Assistência a Pessoa Idosa Incontinente - Consenso em Geriatria; Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa Incontinente e à Família; A pessoa com incontinência e a perspectiva multidisciplinar.

Florianópolis, 10/05/2004

Registro Nº 2004.0337


Prof. Gylas Silva
DIRETOR DO DEPTO. DE APOIO
À EXTENSÃO
DAEX/PRCE/UFSC
Diretor DAEx.