

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0061

Autor: Silva, Yolanda Flo

Título: Relatório sobre a proposta de ap



972521759 Ac. 240124

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

RELATÓRIO SOBRE A PROPOSTA DE APLICAÇÃO
DE UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL A MULHERES
DA TERCEIRA IDADE INTERNADAS EM UM ASILO
DE FLORIANÓPOLIS

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0061
Ex.1

YOLANDA FLORES E SILVA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO

VIIIa. UNIDADE CURRICULAR - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

FLORIANÓPOLIS

JUNHO - 1986

RELATÓRIO SOBRE A PROPOSTA DE APLICAÇÃO
DE UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL A MULHERES
DA TERCEIRA IDADE INTERNADAS EM UM ASILO
DE FLORIANÓPOLIS

ORIENTADORA E SUPERVISORA:

PROFa. LEONY LOURDES CLAUDINO DOS SANTOS

Dedico este trabalho:

- a todas as idosas do Lar da vovó na SEOVE;
 - às funcionárias: Bia, Tereza, Erotide, Elza, Edna, Nina, Santa e Generosa - pelo amor, de dicação e entrega com que realizam sua jorna da de trabalho;
 - ao maridão Fran que cedeu muitas horas que poderíamos estar juntos para realização des te projeto;
 - aos meus velhos, sangue de meu sangue.
-

SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO	01
II - RESULTADOS	06
III - CONCLUSÃO	32
IV - AVALIAÇÕES E SUGESTÕES	36
V - RECOMENDAÇÕES	39
VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
VII - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	43
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO

O presente relatório avalia uma proposta de assistência integral a mulheres da terceira idade que vivem em asilo pertencente a Sociedade Espírita Obreiros da Vida Eterna (SEOVE).

A elaboração de um projeto com uma proposta de assistência de enfermagem, é exigência curricular da disciplina INT 1108 - VIII Unidade Curricular, intitulada Enfermagem Assistencial Aplicada. A carga horária compreendeu 300 horas, sendo que 220 horas foram para o estágio prático e as horas restantes para elaboração e apresentação de projetos e relatórios.

As atividades de estágio foram efetivadas no período da manhã de 8:00 às 12:00 horas ou no período noturno de 20:00 - 6:00 horas, sendo concedido um dia de folga após o plantão noturno.

Durante o período de estágio, era feito um plano diário de atividades que englobava não somente o que seria feito no asilo como também o tempo gasto para revisão bibliográfica, contato com profissionais que atuavam ou pudessem atuar junto com a estagiária, visita a asilos pa

ra observação do tipo de atendimento oferecido por eles, avaliação e troca de informações com a orientadora.

O principal objetivo deste trabalho foi, antes de tudo, uma tentativa de modificar o perfil apresentado pelo idoso que vive asilado, onde o desengajamento social e as perdas que sofre decorrentes da aposentadoria, morte do cônjuge e amigos, abandono dos familiares, o faz amargo e desencantado com a vida. Segundo SALGADO¹² "um alto nível de engajamento, nessa idade, tem relação direta com um alto nível de satisfação e ajustamento".

Esta era uma das metas do projeto que acreditava poder levar as internas a um engajamento maior com a realidade, realizando atividades, saindo, conversando e enfrentando com determinação, mesmo os maiores dissabores.

Para que houvesse uma continuidade na modificação dentro do asilo e no comportamento das pessoas que lá estão (funcionários e internas) seria necessário a continuação de todos os objetivos a que nos propomos e a adição de novos objetivos de acordo com o que fosse detectado.

Queremos que as internas não fiquem como consumidores dos serviços prestados pelas instituições, que como coloca CANÔAS³, preocupam-se com limpeza, compras, arrecadação de fundos, pedidos de ajuda a comunidade, porém esquecem que pessoas não se satisfazem somente com casa, comida e uma vida vegetativa.

Questionamos se as instituições de amparo a velhice estão erradas ou poderia existir tudo que elas ofere

cem sem contudo tirar a individualidade e o domínio sobre o corpo e a personalidade do velho.

Este questionamento é feito porque observa-se que as instituições por acharem que estão dando o melhor para o asilado, vão tirando pequenas e grandes coisas que o mesmo pode fazer, por exemplo: a liberdade de tomar banho quando desejasse, cortar os cabelos se quisesse, vestir a roupa que lhe agrada no corpo. Aos poucos sua própria história se perde porque não lembra de fatos ocorridos em sua vida e também pela ausência de dados e registros sobre sua pessoa. Então temos um idoso despersonalizado, sem desejos, inativo e representando apenas uma caricatura do que já foi no passado.

Tivemos o cuidado de fazer as modificações necessárias gradativamente, FERREIRA & SANTOS⁵ colocam que "os velhos têm particular dificuldade em aprender novos métodos quando estes alteram substancialmente os métodos já aprendidos e bem estabelecido". Compreendendo este ponto de vista foi que colocamos as atividades relacionadas aos objetivos, conforme a resposta que tínhamos das internas. Se a resposta era pequena repetíamos as orientações e/ou atividades.

Sabemos que para ocorrer um atendimento eficaz na SEOVE precisaríamos de muito mais do que dispomos. BASTIAN¹ em análise feita sobre internatos que abrigam idosos, concluiu que para uma atenção eficaz e eficiente, estas instituições teriam que observar:

1. As condições da planta física do estabelecimento

to.

- Na SEOVE a planta física apenas abriga, mas o atendimento é comum, nada é individualizado, não existindo respeito quanto ao espaço pessoal. A interna não consegue ter um momento, um objeto ou roupa só sua. Tudo é de todos e ao mesmo tempo não é de ninguém.

2. Instalações e Equipamentos.

- O ambiente deveria ser preparado para facilitar aquelas com problemas de locomoção, ou deficientes visuais. Deveria ter um local para atendimento comum, outro para abrigar internas doentes e um pequeno ambulatório para emergências, etc.

3. Área para atividades da residente.

- O ideal seria ter um local para leituras, bordados, ouvir música, desenho, etc.

4. Pessoal técnico para assistência global à clientela.

- É necessário prevenir problemas e não apenas atender a nível emergencial. Este pessoal, conforme BASTIAN¹ deve abranger todos os níveis de atendimento: nutrição, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, biblioteconomia, educação física, enfermagem, medicina, etc.

Observamos que a instituição por não ter as condições citadas por BASTIAN, apresenta dificuldades para fazer um atendimento com padrões considerados de excelente qualidade. Todavia vale ressaltar o espírito humano em

preendedor e caritativo de realizar esta tarefa que é de obrigação do estado, com uma disposição e vontade que falta a muitos de nossos órgãos públicos que são responsáveis por este setor.

Solicitamos a estes órgãos que contribuam para este trabalho com verbas e pessoal qualificados, a fim de parcialmente colaborar com a melhoria das condições de nossos velhos, dando-lhes uma vida mais digna.

II - RESULTADOS

- Objetivos relacionados a assistência direta.

2.2 - Específicos

- . Objetivos A, B, C: - Determinar as necessidades e a natureza da assistência a ser dada a cada interna:
- Planejar a assistência a ser oferecida procurando respeitar individualidades, preconceitos e condição psíquica das internas;
 - Assistir diretamente as internas que são total e/ou parcialmente dependentes, orientando funcionários e internas independentes na realização de tarefas e condutas de rotina.

Iniciávamos os trabalhos no asilo às 8:00 horas ou 20:00 horas conforme esquema de horário previamente

programado, com uma visita a todas as internas onde procurávamos ouvir suas queixas e problemas. Quando ocorria algum agravamento de saúde ou iniciava-se um processo patológico, a interna em questão era então a primeira a ser visitada.

As queixas de todas as internas eram anotadas, assim como observações feitas por funcionário ou interna a respeito de como se iniciou este ou aquele caso, descrições sobre quedas, convulsões, aspecto de fezes, vômitos, mudanças de comportamento, entre outras coisas.

A partir dos relatos, da visita e de observações feitas pela estagiária, começava-se a fazer uma avaliação sobre as situações apresentadas e o tipo de plano de cuidado a ser efetuado conforme prioridades previamente estabelecidas, a fim de que a estagiária não se perdesse nas tarefas que haveria de realizar.

Cada situação era analisada levando-se em conta a história de saúde da interna após a chegada na SEOVE e quando possível sua história quando ainda convivia com a família, seus hábitos, sua doença atual, e o que poderia ter agravado sua situação. O plano de cuidados era então feito levando-se em conta aspectos individuais e se houvesse necessidade de atendimento médico imediato e/ou imediato tomava-se as providências para tal (encaminhamentos a emergência do HU ou Caridade, consultas com a médica do posto do Campeche ou com especialistas do INAMPS, etc).

Os cuidados de enfermagem eram prestados pela es

tagiária havendo sempre orientações a um funcionário, uma interna independente e a própria interna a quem os cuidados eram destinados. Isto era feito a fim de que se estabelecesse uma rotina entre as internas onde cada uma poderia auxiliar a outra e ainda saber sobre o porque e como fazer cada procedimento, assim como o benefício proporcionado por ele. Estas orientações também auxiliavam no trabalho feito pelos funcionários e estagiária que sempre tinham muitas tarefas a serem realizadas em um curto espaço de tempo.

Toda assistência procurava na medida do possível respeitar a individualidade de cada uma, levando-se em conta os tabus e preconceitos próprios da idade, da região de onde vieram e as crenças e pensamentos formado ao longo dos anos.

Alcançamos e superamos os objetivos em questão : atingimos 100% do atendimento as 14 internas dependentes (parcial ou totalmente) e 80% das 15 internas independentes executaram procedimentos de rotina. (Obs: o número das internas dependentes e independentes difere do apresentado no projeto inicialmente. Foi feita uma nova avaliação, visto terem ocorrido alguns agravos de saúde que levaram a dependência, entrada de novas internas e morte de duas, . Ver Anexo I - Relação das internas dependentes e independentes).

. **Objetivo D:** Manter uma relação pessoa-a-pessoa com as internas procurando avaliar aquelas que

apresentavam distúrbios psíquicos (fuga da realidade, gravidez imaginária, idéia de perseguição, etc) e assistí-las respeitando-as, conversando sobre a realidade que as rodeia, a solidão, o desejo de amar e ser amada e as mudanças ambientais a que foram forçadas a suportar.

Esta relação foi mantida com todas as internas, com exceção de uma que rejeitou a relação devido a retirada de um medicamento que tomava como rotina.

Procurando seguir algumas premissas de TRAVELBEE¹⁵ tais como a que orienta "establecer, mantener y terminar una relacion de persona a persona ...", segundo a autora este tipo de relação pode ser feita com todo tipo de paciente, seja psiquiátrico ou não e tem como objetivo proporcionar ao paciente um aprendizado sobre como relacionar-se com a realidade de forma adequada e satisfatória, distinguindo aspectos de sua vida em que necessita de ajuda e trabalhá-las com a enfermeira ou com outros profissionais com quem esteja mantendo a relação pessoa-a-pessoa.

A princípio procurou-se aquelas internas com problemas perceptíveis de distúrbios psíquicos, podendo-se perceber que a maioria delas necessitava essencialmente de alguém que as ouvisse, com quem pudessem conversar e chorar. Ocupava-se 30 minutos, 1 hora, ou até mais, conforme a necessidade, o momento e a pessoa, para conversar com as internas menos ativas, mais solitárias e que

choravam mais constantemente. A tentativa era de fazer amizade, ouvir e falar sobre alternativas de mudanças da situação, trabalhar com a interna seus problemas, a melhor forma de resolve-los ou ameniza-los.

A abandono pareceu ser o fator que mais levou ao abatimento daquelas que tinham maior dependência dos familiares e se achavam amadas e queridas. Aquelas que anteriormente foram mais independentes e ativas e que não recebem visitas de parentes, não falam com mágoa visível sobre o abandono. Apenas relatam que ninguém as quer e que é "melhor estar no asilo do que na rua esmolando".

Apesar de saberem que foram mandadas pelos familiares para o asilo, uma boa parte das internas procurava desculpas para o comportamento dos mesmos e alimentava uma realidade feita de ilusões, com visitas imaginárias, passeios que não ocorriam e em alguns casos, agressões aos funcionários por achar que a família não a levava para casa porque os mesmos não autorizavam.

Procurou-se então fazê-las ver que os funcionários não as prendiam e que a família estava ocultando a verdade; em alguns momentos aproveitávamos a visita do familiar e conversando com os dois, sutilmente, fazíamos a interna compreender qual a sua real situação.

É claro que isto muitas vezes gerava depressão e muitas lágrimas, porém o carinho das outras internas, de visitantes, o bate-papo com a estagiária e uma psicóloga, ajudava a sair do quadro estabelecido.

A relação pessoa-a-pessoa também procurou orientar o indivíduo para a realidade palpável, não foi somen

te a psicológica. Esta realidade que denominamos palpável incluía o dia, mês, ano, local em que se encontrava, razões para estar no asilo, quem o trouxe e porque.

Procuramos também nos orientar pelos princípios de TAVELBEE¹⁴. Este autor coloca que o indivíduo idoso deve receber as informações de forma gradativa e somente após repetições das mesmas é que o indivíduo ficará orientado no tempo e no espaço. Não devemos apressá-lo e nem tão pouco podemos deixar explicações pela metade ou incompreensíveis, a fim de não desorientá-lo ainda mais.

. **Objetivo E:** Orientar e promover o auto-cuidado entre as internas independentes e parcialmente dependentes.

Este objetivo teve a finalidade de mostrar a importância do aprendizado e da realização de algumas tarefas no sentido de favorecer a independência e a autodeter^{minação} no idoso, satisfazendo assim suas necessidades de aprendizagem com atividades, visando retorno gradativo a uma vida mais ativa.

Aplicou-se o que OREM, citada por REIBNITZ¹¹ definiu como auto-cuidado: "a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar".

Estas atividades não dizem respeito somente aquelas destinadas a prevenir, controlar ou curar doenças ou sequelas. Elas implicam em levar as pessoas a se auto-cuidarem nos três tipos de auto-cuidado existentes:

1. Universal: alimentação, eliminação, repouso, etc.

2. Desenvolvimento: derivam de uma condição, morte de parentes, abandono dos filhos, etc.

3. Desvios de saúde: cegueira, paraplegia, amputação de membros, etc.

Compreendemos que para orientação e promoção do auto-cuidado entre as internas, seria necessário utilizar os fatores componentes e indicadores da competência do indivíduo para o auto-cuidado de OREM, citados por REIBNITZ¹¹ (Anexo II).

Com base nestes fatores, iniciamos o trabalho com as internas que se enquadravam nos mesmos; elas passaram então a receber explicações verbais e práticas sobre os procedimentos a serem realizados e quais os prioritários, conforme a necessidade individual de cada uma.

Conseguimos atingir 80% das 15 internas independentes que além de passarem a praticar o auto-cuidado nos três tipos, orientavam a internas parcialmente dependentes; das parcialmente dependentes 50% conseguiram realizar atividades de auto-cuidado do tipo universal, sendo que 25% além deste tipo de auto-cuidado realizaram cuidados do tipo desvios de saúde. (Ver Anexo III).

. **Objetivo F:** Orientar e assistir as internas total e/ou parcialmente cegas sobre: alimentação sem auxílio, higiene pessoal, troca de roupas, deambulação, uso das mãos para fazer traba

lhos manuais e reconhecimento dos objetos ,
frutas e localização da área onde se encon
tra.

Das 3 internas citadas no projeto, passamos a 5
com deficiência visual, sendo que em 3 (Emilia, Darcy e
Amália) a perda é quase completa, destas 1 (Darcy) não
consegue realizar o auto-cuidado por ser deficiente men
tal em um nível de total desequilíbrio psico-motor, e 2
(Carolina e Corina) com perda visual em apenas 1 olho.

Um ponto considerado de dificuldade para realiza
ção do objetivo foi a quase total depressão e falta de es
tímulo que algumas sentiam por estarem no asilo, serem ce
gas e terem chegado a velhice nestas condições.

Antes das orientações foram necessários vários
diálogos onde predominava o incentivo à vida, ao auto-cui
dado e as coisas que poderiam ser realizadas independen
tes da cegueira ou da velhice. A psicóloga foi um profis
sional que muito auxiliou, procurando mostrar a interna
quantas coisas ela já realizava mesmo sendo cega e quan
tas mais poderiam ser feitas se houvesse o real desejo de
realizar algo útil e proveitoso a si próprio.

A "benzedeira" do asilo, D. Eugênia, de 92 anos ,
deu também seu incentivo fazendo rezas para que a "mole
za do corpo e os feitiços que tiraram a luz" pudessem ir
embora e deixassem as internas livres para realizarem ta
refas rotineiras do dia-a-dia.

Aproveitamos esta crença comum entre as idosas do
asilo, porque a mesma retabelecia a confiança que a inter

na tinha em si e com isto a aprendizagem era mais fácil.

As orientações consistiam em incentivar as seguintes atividades:

1. Banho sozinha;
2. Troca de roupas;
3. Alimentar-se;
4. Trabalhos manuais: desenho, crochê;
5. Arrumação da cama;
6. Pentear-se, escovar os dentes, cortar e limpar as unhas;
7. Reconhecimento da área onde se encontra o asilo;
8. Efetuar caminhadas em local já reconhecido e não muito longe da casa.

A maior parte das atividades já tinham sido realizadas pelas internas segundo as funcionárias, só que nos últimos meses elas tinham se tornado mais inativas e assim as funcionárias ou internas faziam ou auxiliavam na realização destas tarefas.

Conseguimos neste período o retorno completo a estas atividades (exceto do crochê) e com isto as camas já não eram mais tão ocupadas durante o dia, havendo sempre alguma coisa a ser feita, com uma recaída ou outra na depressão porém por motivos alheios a cegueira e que tentávamos resolver com carinho e compreensão.

Alguns pontos citados por BURNSIDE² foram empregados para facilitar o trabalho com as internas cegas, entre eles:

1. Encarar a pessoa diretamente ao falar;

2. Tocar na pessoa para ela melhor localizá-lo;
3. Presença de rádio no quarto e/ou na sala;
4. Corrimão no caminho para o banheiro;
5. Não deslocamento de objetos sem aviso às pessoas cegas, sejam de uso pessoal ou mobília;
6. Falar com clareza, lentamente, enquanto encara a pessoa idosa. Se estiver mais de uma pessoa no ambiente , tocar ou chamar pelo nome;
7. Em caso de audição prejudicada, falar diretamente no ouvido, antes tocando de leve a pessoa para não assustá-la;
8. Explicar sempre o que está ocorrendo ao redor;
9. Não deixar muito tempo sozinha e sempre que passar pela pessoa se identificar e conversar alguma coisa;
10. Não mudar seus programas diários;
11. Uso de estímulos sensoriais: toque, sons e odores;
12. Conversar francamente sobre a cegueira com a pessoa que perdeu a visão*.

É certo que não conseguimos fazer com que as internas aceitassem a sua condição de cegueira, mesmo por que segundo diagnóstico esta é irreversível. Do ponto de vista das idosas isto é terrível e juntando-se a outras perdas que já tiveram, o retorno da visão seria a solução para todos os problemas, inclusive o retorno ao lar e familiares.

* Algumas alterações na lista de BURNSIDE foram feitas para acompanhar a realidade que tínhamos ou podíamos fazer no asilo.

. **Objetivo G:** Fazer, orientar e supervisionar massagens e exercícios de reabilitação em internas que sofreram acidentes vascular cerebral e apresentam sequelas em membros superiores e inferiores.

Das 4 internas que tiveram AVC, 1 além de ter tido AVC sofre uma patologia degenerativa, que acomete as células cerebrais e forma a pessoa um ser vegetativo que mal consegue falar ou mover algum membro sozinha. A segunda interna, além do AVC tem câncer de intestino, mas recuperou os movimentos e consegue deambular, alimentar-se sozinha e realizar tarefas simples. As duas restantes não andam, têm dificuldade para movimentação dos membros superiores, falam lentamente e algumas vezes de forma incompreensível, comem devagar para não "afogar-se com alimentos sólidos".

Os exercícios de reabilitação praticamente se restringiram as duas últimas, sendo que o objetivo foi prejudicado devido agravos de saúde, falta de cooperação e de estímulo "por ser muito devagar"; o que na verdade elas solicitaram era "um remedinho para voltar a andar".

Outro problema que prejudicou o alcance do objetivo em questão foi o tempo de inatividade desde o acidente até o momento em que se instituiu o tratamento.

O tratamento consistia de massagens relaxantes, sedativas e/ou estimulantes conforme a tensão do músculo, e exercícios ativos e passivos de educação e reeducação muscular.

As massagens eram feitas ap^os os exerc^ocios ou antes conforme o membro e o grau de comprometimento, ou caso a interna sentisse dores musculares.

Os exerc^ocios seguiram as sugest^oes dadas por SHESTACK¹³, tais como:

1. Flex^oo dos dedos, estender e abrir os dedos, cerrar os punhos;
2. Usar a m^oo n^oo afetada para levantar a afetada em dire^oo a cabe^oa, para tr^{as} e para frente;
3. Flexionar, estender e abrir os dedos dos p^es; fazer dorsiflex^oo dos p^es (para fortalecer os m^usculos fracos e esticar os m^usculos esp^{as}ticos);
4. Agarrar e segurar objetos de v^{ar}ios tamanhos (fizemos bolas de papel e meias de l^ã)*.

Procuramos colocar as internas em acolchoados no ch^oo para os exerc^ocios ativos e passivos dos membros inferiores e utilizamos um org^oo eletr^onico da institui^oo para os exerc^ocios com os membros superiores.

Alcan^oamos algum progresso na reeduca^oo dos membros superiores, por^{em} a paci^{en}cia em fazer exerc^ocios j^ã n^oo fazem parte destas internas com problemas de AVC e a pedido das mesmas, muitas vezes os deixamos de fazer.

Incentivou-se exerc^ocios para corre^oo de postura a fim de estimular a respira^oo diafragm^ãtica e fortale

* Adaptamos as sugest^oes de SHESTACK as nossas necessidades e ao tipo de material que tⁱⁿhamos acesso.

cer o diafragma. O fato de permanecerem sentadas a maior parte do tempo faz com que o diafragma sofra um abaixamento e permaneça nesta posição, em consequência a interna não consegue respirar corretamente porque o diafragma não atua como deveria. O acúmulo de secreções provocados pela imobilidade mais a deglutição das mesmas, faz com que sejam mais sujeitas a problemas torácicos e respiratórios.

Outros exercícios foram feitos com velas e balões de sopro, além de inalação com chá de eucalipto limão para fluidificar as secreções e facilitar a liberação dos mesmos.

. **Objetivo H:** Promover exercícios, relaxamento, conversas de grupos e recreação, procurando orientação do Departamento de Psicologia.

O Departamento de Psicologia indicou uma psicóloga formada recentemente e com experiência em Dinâmica de Grupo para programar o trabalho a ser realizado com as internas. A estagiária matriculou-se na disciplina Dinâmica de Grupo com o intuito de também estabelecer uma certa vivência em fazer parte de um grupo e assim poder também realizar algum trabalho mesmo quando a psicóloga não estivesse presente.

Pretendíamos incentivar a realização de brincadeiras e conversas de grupo que levassem a um ambiente mais alegre, relaxado e de encontro entre as internas.

Inicialmente foi muito difícil juntar as pessoas para conversarem ou simplesmente "brincar", desenhar, cor

tar figuras para colar em cartazes. Aos poucos porém com o incentivo de 1 ou 2 internas que aproveitavam a ocasião para falar do passado, começaram a contar histórias, piadas e as vezes formavam-se duetos para cantarem músicas do seu tempo de mocidade.

A música também incentivou os "saraus", duplas dançantes que se formavam após o almoço ou a noite quando não estava muito frio. Dançávamos desde carnaval, rock até valsas vienenses. Normalmente estas atividades eram realizadas quando se encontravam somente os funcionários e a estagiária, as internas evitavam quando haviam visitas ou alguém muito doente no asilo.

De uma forma geral apenas as acamadas ou que estavam com algum problema é que não participavam, todas de uma maneira ou de outra tomavam parte, as vezes só observando já davam sua contribuição ao grupo.

Algumas caminhadas foram feitas dentro da área do asilo da SEOVE para estimular a deambulação e observação da natureza, percepção das cores e para colher frutas no pomar. A idéia era incentivar caminhadas em grupo e sozinhas para relaxamento, reflexão e até mesmo medida de resistência e verificação de quanto se pode ainda fazer mesmo estando na velhice.

. **Objetivo I:** Orientar as internas com relação a hidratação e sua importância nos processos biofisiológicos do envelhecimento.

Viabilizar este objetivo entre internas que de

uma certa maneira tem péssimos hábitos alimentares e já não sentem necessidade de ingerir líquidos, é quase iniciar uma batalha perdida.

Para que fosse possível proporcionar uma ingestão hídrica de pelo menos 2 litros nas 24 horas, tivemos que estimular a ingestão de sopas, chás, sucos, frutas e vegetais, além é claro da água, em quantidades favoráveis a fim de proporcionar uma boa hidratação e evitar a constipação que "é frequente entre as pessoas idosas, parcialmente devido à atonia da musculatura intestinal, porém associada à diminuição da atividade física e presença de hábitos alimentares pouco saudáveis ... ingestão insuficiente de líquidos", XAVIER¹⁸ que favorecem este processo.

Os funcionários e as internas foram orientados de forma simultânea sobre a modificação da alimentação (objetivo 1 - assistência indireta) em função de balanceá-la e ao mesmo tempo proporcionar ingestão hídrica adequada.

O oferecimento de água é feito várias vezes ao dia, principalmente entre as que estão acamadas e a colocação de um filtro foi uma medida que favoreceu a execução do objetivo em questão.

- Objetivos Relacionados a Assistência Indireta:

. **Objetivo 1:** Dotar a instituição com o auxílio do Departamento de Nutrição, de dietas para hipertensos e diabéticos.

Este foi um objetivo que teve como maior obstáculo

lo a falta de conhecimentos das funcionárias sobre por que fazer uma dieta diferenciada e também devido a má educação alimentar da maior parte das internas.

Outro problema estava em não se ter na instituição balanças para pesar os alimentos e também para pesagem das internas diabéticas.

Chegamos a conclusão que não seria viável fazer uma dieta individualizada por calorias (para as diabéticas) com medição e pesagem dos alimentos, em vista de não termos instrumentos para tal. Decidiu-se então por inicialmente avaliar o cardápio da instituição e as porções que eram fornecidas a cada interna. A partir desta análise começamos a retirar, diminuir e/ou introduzir alguns alimentos, assim como diminuir gradativamente as porções alimentares conforme necessidade, explicando a diabética a razão para este procedimento.

Aquelas internas que puderam sair do asilo para pesagem no posto do Campeche, tiveram uma avaliação de suas necessidades calóricas e pode-se fazer uma dieta mais ou menos aproximada da realidade exigida. As que estão acamadas não tiveram esta avaliação e a dieta seguia o que foi explicado acima.

Para se chegar a um valor aproximado da necessidade calórica usou-se: peso, altura, idade e calorias consumidas a fim de termos o número "x" de calorias que o diabético deve receber. Levamos também em conta o tipo de atividade desenvolvida por cada uma, visto que "o adulto em ocupações sedentárias pode requerer entre 1000 a 1500

calorias diariamente, enquanto que pessoas ativas em desenvolvimento podem receber 2500 a 3000 ou mais calorias por dia" (KRALL⁸).

Seguindo o que foi dito anteriormente através da avaliação do cardápio da instituição (Anexo IV) fizemos uma dieta classificada como favorável para KRALL⁸ (ver Anexo V), onde os alimentos tiveram suas quantidades estimadas com restrição de doces, massas e alimentos ricos em açúcar, tendo-se o cuidado para se estipular a quantidade mesmo para os alimentos dietéticos, considerados erradamente por algumas pessoas como de acesso livre.

Através de tentativas e com alguns erros, ainda está havendo um ajustamento gradual as necessidades individuais de cada interna. O cardápio sofreu algumas modificações e continua sendo comum a todas, havendo apenas diferenciação para as que estão com dieta hipossódica e para as porções alimentares das diabéticas (ver Anexo VI: cardápio modificado).

O cardápio que vigora atualmente não é o ideal e mesmo assim ele não é seguido totalmente, isto ocorre por causa dos vícios que persistem no pessoal da cozinha, na má educação alimentar fazendo com que muitas vezes haja recusa em comer alimentos folhosos crus ou cozidos (muitas procuram os visitantes para solicitar que tragam mais alimentos ou doces), e as vezes a instituição fica na dependência de doações ou das compras que são feitas por algumas pessoas que terminam acrescentando alguns alimentos que deveriam ser evitados.

Tentamos introduzir aos poucos mais verduras e legumes, farinhas integrais, frutas, sobremesas dietéticas; evitamos: frituras, massas brancas, doces, combinações de carboidratos, refrigerantes, etc.

As orientações aos familiares, visitantes, funcionários e internas tem sido feita constantemente, porém os resultados ainda são mínimos e as dificuldades são tantas quanto as agressões feitas principalmente por visitantes. que não compreendem o trabalho que tentamos realizar.

. **Objetivo 2:** Promover através de contatos verbais e instrução escrita, uma campanha com familiares e visitantes com relação a alimentação distribuída entre as internas, trato e respeito a individualidade, uso da área, etc.

Instruir os 30% dos 10 familiares e visitantes que frequentam a SEOVE foi um trabalho árduo e dificultado em todos os momentos em que houve os contatos verbais e a instrução escrita.

As pessoas acham que "quem já perdeu tudo, tem direito a balas, doces, chocolates"; no entanto lhes tiram o direito de decisão com relação ao corpo, a roupa que veste, a cama que deita; são tratados como crianças deficientes mentais e servem como razão de piadas e chacotas, recebendo apelidos ou nomes considerados carinhosos como: vovô, tia, etc. Parece até que ser velho é perder o controle sobre tudo que diz respeito ao indivíduo, todos passam a mandar em suas atitudes e tornam-se "netos"

ou "sobrinhos" destes idosos, sem terem a sua autorização e o consentimento para tal.

Para podermos chegar ao objetivo em questão tivemos que trabalhar de forma diplomática e cautelosa, procurando mostrar acima de tudo, a responsabilidade de cada pessoa no que se refere ao respeito da individualidade e na preservação da saúde e prevenção de doenças no adulto idoso. Procurou-se orientar para que sentimentos de penúria fossem isolados do relacionamento com as internas, afinal elas como seres humanos já têm toda uma carga de auto-piedade que as impede de lutarem um pouco mais pela vida, se houver alguém que as faça aumentar este sentimento o que ocorrerá como consequência serão suicídios lentos, onde cada idosa fará o seu "harakiri"* particular ou ficará vegetando ociosa pelos cantos do asilo.

No início do estágio ficamos alguns sábados e domingos conversando com as famílias e visitantes sobre patologias que precisam de controle alimentar, alimentos indicados após a meio idade, maneira de dirigir-se as idosas, etc. Colocamos nas paredes cartazes com pedidos e avisos sobre alimentos, sentar nas camas sem convite e chamar por apelidos; depois outros cartazes mais audaciosos foram substituindo estes primeiros e assim fomos ora solicitando cautelosamente, as vezes sendo rudes (quando preciso), e em outras ocasiões até proibindo determinadas atitudes que poderiam resultar em prejuízo para a interna.

* Suicídio em japônês.

Apesar de termos alcançado este objetivo, o resultado não satisfiz visto as dificuldades terem sido além do que prevíamos e porque haveria necessidade de um trabalho mais constante junto a estes visitantes. Os vícios eram comuns entre internas e as pessoas que frequentam a instituição o que colaborava ainda mais para aumentar as dificuldades citadas anteriormente,

Objetivo 3: Promover leituras e discussão de temas diversos entre as internas, com a colaboração do Departamento de Biblioteconomia e projeto PORTEPRÁ.

A aceitação das leituras ultrapassou as expectativas, atingindo percentagem maior que a prevista no objetivo e o que deveria ser feito apenas nas quintas feiras pela biblioteconomia, passou a ser desenvolvido através da estagiária nos momentos mais livres (3as. e 5a. após as 10:00 horas e nos plantões noturnos) e também por senhoras que faziam visitas às internas.

Os livros levados pela biblioteconomia eram títulos diversos que variavam desde histórias infantis até romances de autores brasileiros, assim como romances populares do tipo SABRINA que foram solicitados pelas internas.

As leituras que mais levaram a bate-papos e conversas humoradas, foram as feitas no período noturno e do tipo SABRINA, as cenas de sexo explicadas detalhadamente em algumas histórias, davam margem ao retorno de fatos

passados mais tradicionais e piadas sobre a possibilidade de estas coisas existirem na época em que as internas eram moças.

Alguns livros também levaram a discussão sobre a diferença dos tempos, o que se faz hoje e que no passado não havia ou não era permitido; as mudanças de costumes, modo de vestir e até mesmo sobre dinheiro e suas transformações até o cruzado, pois algumas ainda estão na época do tostão.

A maior parte das leituras foram feitas em grupo, sendo que para aquelas que queriam ficar sozinhas ou de duas as leituras eram proporcionadas após o almoço ou jantar, quando as mesmas se preparavam para dormir (a pedido).

Estima-se que apenas 5 não tiveram acesso a este tipo de lazer, porque estavam com a saúde agravada ou devido a surdez.

- . **Objetivo 4:** Orientar funcionários quanto a procedimentos de emergência: em crises convulsivas, paradas cardíacas, crises asmáticas, quedas com fraturas, epistaxe, desmaios, tonturas, vômitos, hipo e hiperglicemia.

As orientações a que nos propomos no levantamento dos dados para o projeto, com temas escolhidos pelos funcionários, não foi possível se efetivarem da maneira como estava na estratégia.

O primeiro ponto de impedimento foram as tarefas

exercidas pelos funcionários que só os deixavam com tempo quando a estagiária não mais estava no asilo.

Tivemos então que fazer um horário especial, onde pudéssemos discutir a teoria e já fazer algumas demonstrações.

Os temas também foram modificados conforme algumas necessidades que surgiram ou foram sentidas pelos funcionários e estagiária. Os mesmos eram colocados de maneira simples, havendo repetição do conteúdo com perguntas e após era feito uma dramatização, com demonstração feita por funcionários e internas de como seria o atendimento.

Os temas abordados foram os seguintes:

1. Pressão Arterial (Anexo VII): foi um tema solicitado pela funcionária do período noturno, que faz o seu plantão sozinha e não tem nenhuma instrução voltada para a saúde.

2. Parada Cardíaca (Anexo VIII): teoria e dramatização com todas as funcionárias do diurno e algumas internas.

3. A alimentação e sua importância para o idoso (Anexo IX): teoria e prática com preparação de receitas, assim como escolha de um cardápio junto com as cozinheiras e algumas internas.

4. Cuidados com internas portadoras de doenças do aparelho respiratório (Anexo X), explicações teóricas para as funcionárias responsáveis pelos cuidados direto às internas.

Como o tempo não deixou possível a realização dos

outros temas também escolhidos pelos funcionários, a estagiária doou a SEOVE o livro "Onde não há Médico/ de David Werner, para leitura e orientação em caso de emergências. As funcionárias do período diurno que são responsáveis pelos cuidados diretos às internas, serão as primeiras a fazer as leituras, após, elas passarão aos demais funcionários.

Acredito que apesar da mudança dos temas, o objetivo foi amplamente alcançado visto que houve um aproveitamento real das orientações (mais de 50%), uma vez que todas as orientações dadas são colocadas em prática diariamente (excessão da parada cardíaca).

Outras orientações também foram fornecidas no dia-a-dia do asilo conforme o aproveitamento de casos ou solicitação dos funcionários, entre elas: deambulação do idoso e sua importância; movimentação no leito; meio de prevenir escaras; o açúcar com cicatrizante; alimentos permitidos aos diabéticos; o risco de medicar sem prescrição, etc. Estes temas aqui foram apenas comentados durante reuniões ou mesmo em bate-papos informais.

. Objetivo 5: Organizar fichário com informações sobre as internas (resumo do histórico sócio familiar e de saúde).

O fichário foi montado em fichas que a instituição já possuía onde constam os seguintes quesitos: identificação, exame médico, exames complementares, diagnóstico, tratamento e observação (ver Anexo XI).

Pensando em aproveitar este material é que a estagiária juntamente com a médica Moema Ferrari que atende no asilo, começou a colher dados para o preenchimento das fichas.

A idéia inicial era fazer um apanhado da história social e de saúde, entretanto isto tornou-se quase impossível em virtude do esquecimento das internas, a falta de visitas dos familiares e de endereço dos mesmos para contato, e informações incompletas fornecidas pelos funcionários que pouco ou nada sabiam sobre algumas internas.

Como não foi possível fazer um apanhado completo sobre a situação de cada idosa, 26 fichas foram preenchidas com os dados baseados na história da interna desde que chegou a SEOVE e/ou da data de início do estágio até o término. Duas fichas ainda estão incompletas por total falta de informação, visto que as internas foram recolhidas nas últimas 3 semanas e a família não levou informações completas sobre o real estado das mesmas, sendo que a instituição cometeu o deslize de aceitá-las confiando que a família retornaria para trazer exames, medicamentos que tomavam, doenças que já teve, hospitalizações, etc.

Procurou-se colocar termos conhecidos para facilitar o entendimentos dos funcionários e pessoas leigas que algumas vezes necessitam consultar o fichário a fim de passar estas informações a instituições onde as internas estão sendo atendidas (hospitais, postos de saúde, etc).

- . **Objetivos 6 e 7:** - Participação no Seminário sobre Idoso da IVa. Unidade Curricular.
- Participação na Jornada de Geriatria e Gerontologia.

O Seminário sobre idoso da IVa. Unidade Curricular contou com a participação dos alunos e professores da IVa. e VIIa. Unidades Curriculares, que estiveram em visita ao asilo da SEOVE, onde conheceram suas dependências, conversaram com internas e funcionários e após a visita foi aberta discussão sobre a condição do idoso e o que se está tentando fazer na SEOVE e em outras instituições.

A estagiária relatou o projeto que está desenvolvendo no asilo, os aspectos positivos e negativos do trabalho, as dificuldades encontradas e suas compensações não só a nível material e físico assim como psicológico (para as internas e estudante).

Infelizmente a participação dos estudantes da VIIa. Unidade Curricular foi mínima, havendo desinteresse em observar e avaliar o que a enfermagem pode realizar em termos de assistência integral ao adulto da terceira idade,

O seminário teve continuação no dia posterior (15/4), onde os alunos e professores da IVa. U.V. e a estagiária estiveram em visita ao asilo de São Simeão em Blumenau. Lá os estudantes puderam ver a diferença de atendimento em uma instituição com recursos quando comparada a uma outra que pode ser considerada carente. Por exemplo: as instalações, o comportamento dos internos e o

nível sócio cultural dos mesmos, a presença do profissional qualificado e o uso mais proveitoso da área física.

A participação na Jornada de Geriatria e Gerontologia de Curitiba, de 11 a 13 de abril, foi bastante proveitosa, a estagiária pode assistir palestras relatando experiências de várias realidades não só do Sul do país, bem como teve a oportunidade de fazer o relato da experiência vivida na SEOVE, havendo aceitação e até uma certa perplexidade do trabalho que está sendo desenvolvido a nível de última fase do curso de enfermagem.

Houve a repetição do relato para algumas pessoas que sentiram interesse em saber mais detalhadamente o tipo de assistência iniciado pela enfermagem, mas que abrangia outros profissionais fazendo com que a assistência se tornasse multiprofissional e não só a nível de saúde.

III - CONCLUSÃO

A realização de um trabalho desta natureza na VIIIa. Unidade Curricular serve como polo de estímulo a criação, ao estudo e a implantação de uma assistência de enfermagem voltada para o modelo aprendido na escola e que comumente não conseguimos encontrar no mercado de trabalho existente.

Ter feito um projeto voltado para o adulto idoso foi um exercício cerebral, físico e psicológico intenso. Cada objetivo foi conquistado com muita garra, estudo, preocupação e a certeza de que diante do que tem para ser feito, estes objetivos representam apenas o estágio inicial do trabalho.

Consideramos como alcançados todos os objetivos, embora os relacionados a exercícios de reabilitação e orientação e treinamento de funcionários tenham sofrido mudanças em decorrência de necessidades sentidas, ou problemas relacionados a aceitação do objetivo, horário para orientações e outras circunstâncias já citadas anteriormente.

Conquistamos um novo objetivo: a implantação de horta, pomar, parque florestal, apicultura, psicicultura, avicultura e educação ecológica para as idosas e crianças da creche. Este projeto está sendo montado por alunos da Agronomia (2) e a intenção é transformar a área da SEOVE em campo de estágio do Curso de Agronomia.

A estagiária quando efetuou o convite não tinha idéia de que um projeto de horta pudesse ser transformado em algo tão grande e que a partir disto muitos benefícios poderiam advir para alunos e moradores do asilo.

As mudanças ocorrerão a longo prazo e talvez somente daqui a 5 anos possamos ver resultados do projeto que agora se inicia. O que já podemos observar são os pequenos canteiros da horta que já têm germinados repolhos, couves, beterrabas e cenouras.

A terapia com música foi também uma descoberta, e foi levada a efeito nos dias frios e com vento, quando não havia muito que fazer; juntas cantávamos ou ouvíamos músicas, lembranças do passado vinham à tona, lágrimas de saudades, desabafos e também muitos sorrisos por descobrir que ainda podia cantar, gritar ou simplesmente falar alto.

Outra ocorrência agradável foi a cena em que um filho encontrou sua mãe; não a levou do asilo, mas a visita constantemente, abriu caminho para passeios futuros em casa, poder conhecer os netos, rever a família. Quem sabe um dia ele a leve e descubra que maravilhosa mãe e avô estava perdendo no asilo do Campeche?

Infelizmente não é sempre que presenciamos um en

contro entre parentes, parece até que ser velho é algo contagioso, perde-se os direitos e ganha-se um dever: manter-se afastado sem dar muito trabalho. Como coloca SALGADO¹², "a sociabilidade é inerente à condição humana, os convívios sociais são necessários ao homem de qualquer idade". Ou seja, mesmo na velhice precisamos estar próximos, necessitamos de amor, carinho e apoio, além de manter-mos atividades compatíveis com a idade e capacidade física.

Cavan citado por VARGAS¹⁶, relata que o "equilíbrio do idoso e seu ajustamento ambiental dependem principalmente de vários fatores sociais: a) um contato social suficiente; b) uma ocupação cheia de significado; c) uma certa segurança social; d) um estado de saúde satisfatório".

Se houvesse uma mudança nos valores dos homens, eles não deixariam seus velhos longe da família e trabalhariam com eles uma maneira de mante-los mesmo se a situação econômica fosse crítica. A questão é que envelhecer é mutilar-se, e aos mutilados faz-se como em Esparta (cidade grega), joga-se no abismo ou abandona-se no deserto para morrer.

Lamentavelmente muitos enfermeiros também pensam assim e nos leitos de hospitais relegados as últimas das importâncias, encontramos o velho e o desenganado, para estes dois a assistência de enfermagem é quase nula. Não se sabe se por medo, pena ou se é porque no fundo, o enfermeiro é nada mais do que um cumpridor das normas e di

retrizes da sociedade atual, esta que segrega ao esquecimento aqueles considerados inúteis como força de produção.

Esperamos que o trabalho apresentado seja um incentivo para algumas mudanças que gostaríamos de ver realizadas dentro da enfermagem e conseqüentemente na própria sociedade. Mostrando que os nossos valores estão mudando, melhoraremos o mundo atual e o futuro, no qual nós seremos os velhos.

IV - AVALIAÇÕES E SUGESTÕES

O estágio que agora se encerra foi um trabalho por demais construtivo e produtivo, porque focalizou em uma área especializada - a Geriatria e Gerontologia, conhecimentos envolvendo as ciências da saúde e ciências sociais e tudo mais que pudesse significar uma forma de melhorar tecnicamente o atendimento a idosos.

Para realização dos objetivos houve a necessidade de reunir profissionais de áreas distintas para juntos somarem forças e conseguirem um atendimento excelente em quantidade e qualidade.

Como mentora da idéia de assistência integral à mulheres da terceira idade, considerei como um ensaio de liderança este trabalho feito com uma equipe de profissionais convidados com o intuito de executar alguns objetivos estabelecidos. Profissionalmente a estagiária teve que liderar, administrar e dar assistência de enfermagem em todos os níveis, de prevenção, recuperação e reabilitação.

Pela ausência de supervisora na instituição a Professora Leony Lourdes Claudino dos Santos, teve que desempenhar os papéis de supervisora e orientadora, fazendo

sitas a SEOVE semanalmente, além das orientações fornecidas na Universidade. O fato de não ter uma supervisora integralmente no local de estágio foi um fator dos mais positivos, visto que a estagiária pode agir e tomar decisões como profissional, assumindo sua competência quanto aos acertos que viesse a ter ou sua incompetência caso cometesse erros.

Considerando que a estagiária fez o trabalho sozinha e não em grupo e que atuava sem supervisionamento diário, a sugestão seria para que todos os alunos tentassem na medida do possível, fazer um trabalho como este, sozinhos, aplicando e testando sua capacidade, medindo seus conhecimentos, agindo como agiria um enfermeiro no seu local de trabalho. Acho que este é um exercício que irá em parte tirar o medo do estudante de assumir responsabilidades.

Algumas pessoas poderiam dizer que com este isolamento, perdeu-se a oportunidade de trabalhar em equipe, avaliando-se pontos que estivessem corretos ou errados e a postura de atendimento empregada. Porém isto seria verdadeiro se a estagiária não tivesse procurado enfermeiros e colegas de curso para discutir com eles alguns aspectos do estágio, assim como a orientadora que através de suas observações detectava necessidades que deveriam ser atendidas, ou objetivos que precisavam ser revistos; tivemos um trabalho que não ficou isolado, muito pelo contrário, tanto os profissionais enfermeiros, como outros de áreas diferentes da nossa, foram procurados e solicitados.

Das muitas coisas boas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a VIIIa. Unidade Curricular é a melhor oportunidade que o aluno pode ter para se tornar e sentir-se enfermeiro. É a única oportunidade que este tem de escolher onde e com quem trabalhar e a área onde mais se indentificou.

V - RECOMENDAÇÕES

À Instituição:

1. Preocupação no atendimento de saúde a nível de atenção primária - prevenção, e não apenas emergencial , procurando manter profissionais da área permanentemente;
2. Solicitar assessoramento e/ou participar de estudos e seminários sobre a Terceira Idade, a fim de adquirir maiores informações sobre as alterações biopsicofisiológicas deste período de vida;
3. Realizar treinamento e reciclagem dos funcionários, sobre o atendimento específico que o mesmo realiza e como relacionar-se, atender e conviver com o idoso;
4. Permanecer com o número de leitos já existentes, evitando-se assim que o asilo assuma características de depósito humano. Recomendamos o aumento de leitos somente se houver condições de atendimento nos diversos níveis: saúde, educação e lazer;
5. Rejeitar asilamento de idosas que chegam sem documentos, prescrições médicas (caso tomem medicamentos), histórico familiar e social. Procurar fazer um fichário

que fique em local próprio, seguro e acessível. A aceitação de idosas sem documentos só deveria ocorrer no caso de abandono da família e a mesma ser trazida por pessoas da comunidade ou por autoridades.

Aos alunos e professores:

1. Cabe não esquecer desta área, procurando no decorrer do curso estudar novas alternativas de atendimento a nível geriátrico e gerontológico;

2. Solicitar que seja implantado no curso uma disciplina que aborde os diversos aspectos e modificações ocorridas no idoso e o tipo de assistência que deverá receber no domicílio, asilo, hospital e postos de saúde.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASTIAN, E.M. Estudo sobre credenciamento de internados para pessoas idosas. Rev. Saúde Publ., São Paulo, 14:439-53, 1980.
2. BURNSIDE, I.M. Enfermagem e os idosos. São Paulo, Andreu, 1979. p. 339-353.
3. CANÔAS, C.S. A condição humana do velho. São Paulo, Cortez Editora, 1983. p. 17-24.
4. CLARKE, M. Enfermagem geral II. Lisboa, Europa-América 1977.
5. FERREIRA, L.R. Orientação para a realidade e os idosos. In: BURNSIDE, I.M. Enfermagem e os idosos. São Paulo, Andrei, 1979. p. 215-224.
6. FRANCO, G. & CHALOUB, S.R. Dietas e receitas para diabéticos e obesos. 2 ed. Rio de Janeiro, 1985.
7. HORNEMANN, G. Procedimentos básicos de enfermagem. São Paulo, E.P.U., 1977.
8. KRALL, L.P. Manual do diabete de joslim. 11 ed. São Paulo, Roca, 1983. p. 43.

9. MILES, S. Manual de primeiros socorros. Lisboa, Europa-América, 1970.
10. MUSSI, F. e Col. Relatório de assistência em unidade de atendimento no Hospital Universitário. UFSC. Florianópolis, 1985. (mimeo.).
11. REIBNITZ, K.S. Síntese da teoria do auto-cuidado de Dorothea Orem. UFSC, Florianópolis, 1985. (mimeo.).
12. SALGADO, M.A. Velhice, uma nova questão social. São Paulo, SESC, 1982.
13. SHESTACK, R. Fisioterapia prática. 3 ed., São Paulo, Manole, 1980. p. 122-141.
14. TAULBEE, L.R. Orientação para a realidade e os idosos. In: BURNSIDE, I.M. Enfermagem e os idosos. São Paulo, Andrei, 1979. p. 215-224.
15. TRAVELBEE, J. Intervencion en la enfermeria psiquiatrica. Colim OPAS, 1982. p. 139-164.
16. VARGAS, H.S. Psicologia do envelhecimento. São Paulo, Byk-Prociencx, 1983. p. 25.
17. WERNER, D. Onde não há médico. 7 ed. São Paulo, Paulinas, 1981.
18. XAVIER, E.R.A. Nutrição. In: GOMES, F.A. & FERREIRA, P.C.A. Manual de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro, E.B.M., 1985. p. 303-307.

VII - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ALTSCHUL, A. A psicologia na enfermagem. Lisboa, Publicações Europa-América, 1969.
2. BABA, C.T.N. Superando as limitações. São Paulo, Paulinas, 1982.
3. BASTIAN, E.M. Gerontologia, campo da enfermagem. Enf. Novas Dim., 5(2):17-22, 1979.
4. _____. Pessoal de enfermagem na assistência à saúde da pessoa idosa. Enf. Novas Dim., 3(3):131-135, 1977.
5. BAUR, R. & EGELER, R. Ginástica, jogos e esportes para idosos. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1983.
6. BEAUVOIR, S. de. A velhice e as relações com o mundo. Tradução de Heloisa de Lima Dantas. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980. V. 2.
7. _____. A velhice - a realidade incômoda. Tradução de Heloisa de Lima Dantas. 2a. ed., São Paulo, Difusão Europeia de Livros, 1976. V. 1.

8. _____ . O segundo sexo. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980. V. 2.
9. BELAND, I.L. & PASSOS, J.Y. Enfermagem clínica. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979. V. 3.
10. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Enfermagem médico-cirúrgica. 3 ed., Rio de Janeiro, Interamericana , 1977.
11. BUTLER, R.N. & LEWIS, M.I. Sexo e amor na terceira idade. Tradução de Ibanez de Carvalho Filho, São Paulo, Summus, 1985.
12. CANÇADO, J.C.L. Do - In - Livro dos primeiros socorros. 18 ed., São Paulo, Ground, 1985, V. 1.
13. _____ . Do - In - primeiros socorros. ed. 6, Rio de Janeiro, Montra, 1985. V. 2.
14. CÍCERO, M.T. Da velhice e da amizade. São Paulo , Cultrix, 1985.
15. D'ANDREA, F.F. Desenvolvimento da personalidade. 6 ed., São Paulo, Difel, 1982.
16. DANIEL, L.F. Atitudes interpessoais em enfermagem . São Paulo, EPU-EDUSP, 1983.
17. DICKSON, M. Onde não há dentista. São Paulo, Paulinas, 1985.
18. DONFUT, C.A. Seminário de estudos sobre a terceira idade. Cadernos da Terceira Idade, São Paulo, SESC, 1979.

19. DUGAS, B.W. Enfermagem prática. 3 ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1978.
20. EIROWITZ, E.B. Primeiros socorros ao paciente geriátrico. São Paulo, Andrei, 1985.
21. FERNANDES, C.A.F. Enfermagem geriátrica. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, 20(1):46-55, jan-fev., 1967.
22. GOMES, D.L.S. e Col. Os idosos e a realidade da velhice. Rev. Bras. Enf., RS, 36:129-151, 1983.
23. HORTA, W. de A. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979.
24. _____ . A assistência de enfermagem ao adulto idoso. Enf. Novas Dim., São Paulo, 4(5):268-273. 1978.
25. ORSI, R.M. Massagem - a terapia dos deuses. São Paulo, Ágora, 1985.
26. QUEIROZ, J.B. e Col. Influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. Rev. Bras. Enf., RS. 35:95-106, 1983.
27. SANTISO, T.P. Terceira idade: tempo para viver. São Paulo, Paulinas, 1983.
28. SHEEHY, G. Passagens - crises previsíveis da vida adulta. 10 ed., Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1985.
29. SCHNEIDER, J. Manual de geriatria. São Paulo, Rocca, 1985.

30. SCHWARZER, A. Simone de Beauvoir, hoje. Tradução de José Sanz, Rio de Janeiro, Rocco, 1985.
31. STORRS, A.M.F. Enfermagem geriátrica. Lisboa, Publicações Europa-América, 1980.
32. WELLS-MACKIE, J.J. Avaliação clínica e determinação de prioridades. In: vários autores, Clínicas de Enfermagem da América do Norte. Rio de Janeiro, 1981. p. 3-12.
33. WERNER, D. & BOWER, B. Aprendendo e ensinando a cuidar da saúde. São Paulo, Paulinas, 1984.
34. WOLTERECK, H. Vida nova para os velhos. São Paulo, Ibrasa, 1959.

ANEXO I

ANEXO I

RELAÇÃO DAS INTERNAS POR NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

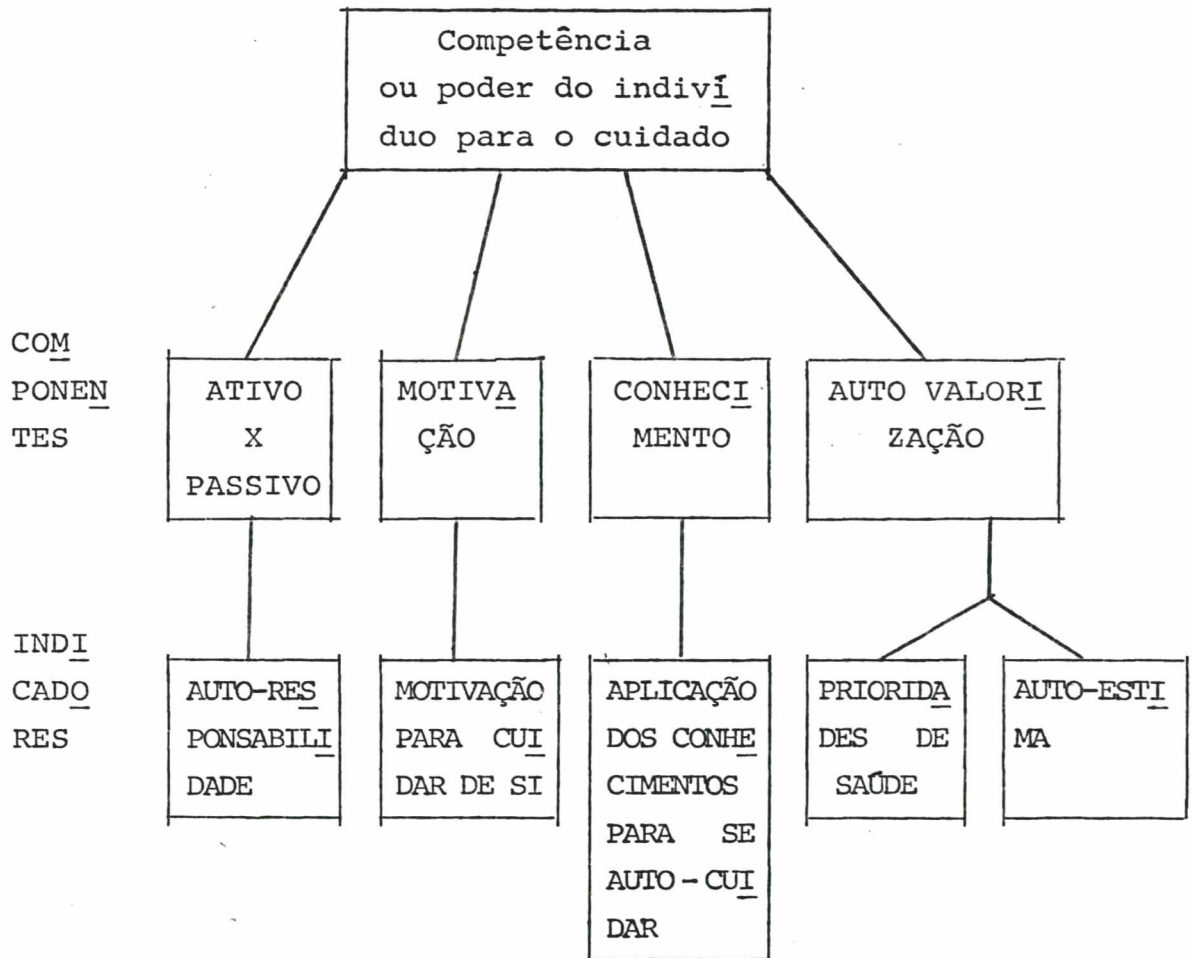
INDEPENDENTES	DEPENDENTES	
	PARCIAIS	TOTAIS
R.S.*	D.A.L.	F.B.
D.M.S.	E.A.C.	E.E.V.**
A.R.T.	V.S.	I.B.
M.C.C.S.*	C.A.Z.	M.N.
L.M.	I.M.A.	V.U.S.
V.B.S.	J.C.S.	M.Q.**
E.A.S.	O.M.	
J.C.	A.C.S.	
L.A.S.		
O.K.		
M.E.*		
F.F.X.		
R.M.		
Z.P.S.*		

* Internas independentes que não auxiliavam ou executavam o cuidado.

** Internas que faleceram poucos dias antes do final do estágio.

ANEXO II

FATORES COMPONENTES E INDICADORES DA COMPETÊNCIA
DO INDIVÍDUO PARA O AUTO-CUIDADO - OREM



ANEXO III

ATIVIDADES EXECUTADAS PELAS INTERNAS
(Orientação para o auto-cuidado)

1. Higiene Corporal:
 - . banho completo
 - . banho parcial
 - . banho de assento
 - . escovar os dentes
 - . troca de roupas íntimas
 - . cortar unhas
 - . pentear cabelos
2. Exercícios respiratórios com balões e velas.
3. Massagem de relaxamento.
4. Exercícios com membros inferiores e superiores (passivos - auxiliados por outra interna, e ativos).
5. Alimentação.
6. Preparo das camas e roupas de vestir.
7. Lavar pratos e enxugá-los.
8. Preparar pão.
9. Auxiliar a colocar a mesa.
10. Crochê e tricô.
11. Auxílio deambulação.
12. Desenho.
13. Caminhadas pelos arredores.

ANEXO IV

CARDÁPIO DO ASILO NO INÍCIO DO ESTÁGIO

Segunda - Feira

07:00 = café preto + leite com açúcar
pão branco com doce e/ou margarina.

09:30 = 1 fruta (laranja, maçã ou banana)

11:00 = peixe frito

feijão

arroz

aipim

14:00 = café e/ou chá e/ou refrigerante

bolo e/ou pão e/ou biscoito

17:00 = sopa de legumes (liquidificada)

20:30 = chá e/ou leite com biscoito.

Terça - Feira

07:00 = idem segunda - feira

09:30 = 1 fruta (idem)

11:00 = galinha ensopada

macarrão

salada de chuchú com azeite e vinagre

refrigerante.

15:00 = idem segunda feira.

17:00 = canja de galinha

pão branco.

20:30 = idem segunda feira.

Quarta - Feira

07:00 = idem

09:30 = 1 fruta (idem)

11:00 = carne moída refogada com cebola e molho de tomate
ou bolinhos de carne moída

feijão

arroz

batata

15:00 = idem

17:00 = sopa de carne e batata (liquidificada)

20:30 = idem.

Quinta - Feira

11:00 = peixe frito

feijão

arroz

refogado de abóbora

refrigerante.

17:00 = mingau dietético de soja ou aveia.

Sexta - Feira

11:00 = carne ensopada com batata

repolho refogado com azeite e vinagre

pirão

arroz

17:00 = sopa de carne (liquidificada).

Sábado

11:00 = carne moída

arroz

beterraba, ou repolho, ou abóbora

pirão

17:00 = café + leite

bolo

pão

sopa ou mingau (1 xicara).

Domingo

11:00 = galinha assada ou frita

macarrão

maionese

17:00 = mingau de neston, maizena ou sobras do almoço.

ANEXO V

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO TIPO DE DIETA USADO
NA CLÍNICA JOSLIM

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS
Dieta Livre	Sem restrições; os pacientes comem de tudo inclusive doces e massas.
Pobre	Evita-se doces e massas, mas a dieta é variável e em geral irrestrita.
Favorável	Estimam-se as quantidades de alimentos, com a restrição de doces, massas e alimentos ricos e açúcar (carboidratos), mas não há discriminações no resto da dieta.
Boa	Aderência cuidadosa no geral à dieta com medida e/ou pesagem do alimento, não menos que uma vez ao mês, com ocasionais indiscriminações dietéticas.
Excelente	Aderência cuidadosa com medida e/ou pesagem do alimento não menos que uma vez por semana e quase nunca indiscriminações dietéticas.

FONTE: Manual do Diabete de Joslim - Leo P. Krall, p. 43.

ANEXO VI

CARDÁPIO MODIFICADO

Segunda - Feira

07:00 = café preto + leite

pão branco e pão integral

creme vegetal

geléia dietética

09:30 = 1 laranja média

11:00 = fígado ensopado com verduras e legumes variados

(salsa, cebola, tomate, agrião, batata, etc)

arroz

aipim cozido

14:00 = suco de frutas

bolo, pão

creme vegetal

geléia

17:00 = mingau dietético a base de soja

20:30 = chá e/ou leite

torrada e/ou biscoito

Terça - Feira

07:00 = idem.

09:30 = 1 maçã

11:00 = galinha ensopada com verduras e legumes diversos.

salada de repolho e cenoura com limão

arroz.

14:00 = suco, café e/ou chá

1 fruta ou pão.

17:00 = canja de galinha (não liquidificada).

20:30 = idem.

Quarta - Feira

07:00 = idem

09:30 = 1 tangerina

11:00 = carne moída (ou como bolinhos, panquecas, ensopa
da, etc)

salada de agrião e tomate temperadas com limão

arroz

feijão

14:00 = idem

17:00 = sopa de carne (não liquidificada)

20:30 = idem

Quinta - Feira

07:00 = idem

09:30 = carambola

11:00 = bucho ensopado/ovos (para as que não gostam)

e vísceras (fígado,

coração, rim, etc)

arroz

salada de vagem.

14:00 = idem

17:00 = mingau de neston ou outro farináceo

20:30 = idem.

Sexta - Feira

07:00 = idem

09:30 = banana/biscoito/bolo

11:00 = peixe assado ou cozido

arroz

refogado de abóbora com salsa e cebolinha

pirão

14:00 = fruta (variada)

pão ou biscoito

café + leite

creme vegetal + geléia

17:00 = sopa de verduras e legumes

pão.

20:30 = idem.

Sábado

11:00 = carne ensopada com verduras e legumes variados

arroz

salada de chuchú e espinafre

pirão.

17:00 = café + pão + leite e/ou sopa de carne

Domingo

11:00 = galinha assada

macarrão

maionese e/ou salada crua

doce ou geléia (sobremesa)

17:00 = canja e/ou mingau

fruta (sobremesa).

ANEXO VII

PRESSÃO ARTERIAL

Objetivo: Aprender a verificar pressão arterial.

Conteúdo: teórico = informações teóricas
prático = demonstração prática.

Instrumentos: livros = "onde não há médico" - David Wer
ner.

"Procedimentos básicos de Enferma
gem" - Grave V. Hornemann.

Estetoscópio

Esfignomanômetro.

1. Informações Teóricas:

A pressão arterial é um dos sinais vitais do ser humano, pode ser medida por meio de um esfignomanômetro e um estetoscópio.

A pressão sistólica é a maior força exercida pe los batimentos cardíacos sobre as paredes das artérias e a diastólica é a menor.

Ex:

	120	X	80	mmHg
	↙		↘	
Pressão			Pressão	
Sistólica			Diastólica	

A pressão arterial depende:

1. Do volume de sangue do sistema circulatório
2. Da força dos batimentos cardíacos
3. Da condição das artérias

4. E até mesmo do horário que vai ser verificada, sendo que algumas pessoas a pressão pode variar conforme a posição (sentado, deitado, de pé) ou o braço que será verificado.

As artérias quando perdem sua elasticidade oferecem maior resistência e a pressão torna-se mais alta.

Sangue ARTÉRIA artérias rígidas dificultam a passagem do sangue — PA

Outros fatores que também aumentam a pressão:

1. Exercícios
2. Alimentação
3. Estimulantes
4. Distúrbios emocionais.

Fatores que diminuem:

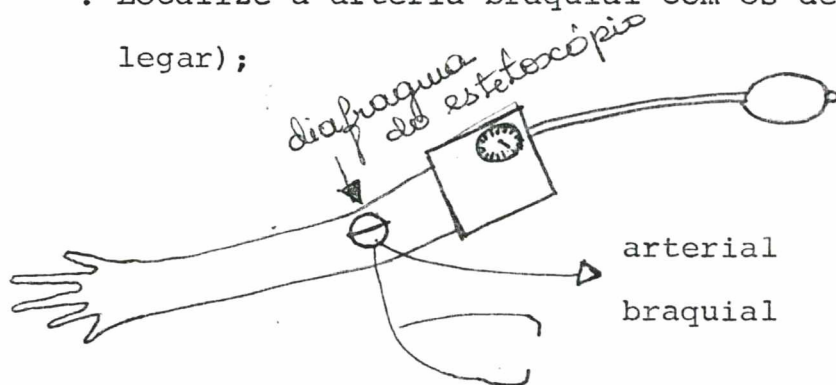
1. Repouso
2. Jejum
3. Depressores
4. Emoções agradáveis.

2. Procedimento (Prática):

- . Reunir o equipamento: esfigmomanômetro, estetoscópio;
- . Cumprimentar a interna e explicar o que vai fazer;
- . Estender o braço da interna, com a palma da mão voltada para cima. O braço deve ficar em repouso, nunca pendurado. Escolha um dos braços para verificar a pressão e

procure sempre observar neste, isto porque pode existir ligeira diferença de um braço para outro;

- . Coloque o manguito no braço nũ (sem mangas ou qualquer tecido envolvendo) e prenda-o aos colchetes ou abotoadura do mesmo (conforme o tipo de mangnito);
- . Localize a artéria braquial com os dedos (não usar o po legar);



- . Coloque o diafragma do estetoscópio sob a artéria bra quial e suas extremidades nos seus ouvidos;

- . Feche a vãvula da pãera e insufle ar no manguito até cessar a pulsação;

- . Abra o ar da pãera e deixe o ar escapar até ouvir o pri meiro som, observe o manômetro e registre na memória es te primeiro som (pressão sistólica). Quando o som ces sar ou ficar muito baixo a pressão é diastólica;

- . Retire o manguito e deixe expelir todo o ar;

- . Registre: Hora:

Pressão Arterial:

ANEXO VIII

PARADA CARDÍACA

Objetivo: socorro a interna com parada cardíaca.

Conteúdo: informação teórica

dramatização: demonstração prática.

Instrumentos: Livros: "Manual de Primeiros Socorros" -

Stanley Miles

"Enfermagem Geral II" - Margaret

Clarke.

1. Informação Teórica:

Quando o coração para de bater os tecidos deixam de receber oxigênio. A circulação deve então ser restaurada imediatamente, porque a falta de irrigação do cérebro pode levar a morte das células do cérebro em dois minutos. Caso estas células morram, mesmo que o indivíduo consiga sobreviver é provável que este não possa levar uma vida independente como antes. Dependendo do tipo de célula que morrer, este poderá perder uma função no organismo (Ex: não movimento das pernas e braços, visão, fala, deglutição, etc).

A respiração artificial deverá ser feita simultaneamente com a massagem cardíaca. O ideal seria que houvessem duas pessoas para trabalharem em conjunto.

Deve-se verificar a hora da parada cardíaca e os seguintes itens:

1. Não sentir nenhuma pulsação no pescoço (artéria carótida)

tida), ou no pulso (arterial radial);

2. Dilatação fixa das pupilas.

2. Procedimentos

- a) Colocar o doente sobre superfície dura (no chão, tábua);
- b) Coloca-se a parte da mão junto ao pulso sobre a metade inferior do externo, depois coloca-se a outra mão sobre a primeira e fazem-se compressões firmes sobre a área;
- c) Empurra-se o tórax (peito) para baixo cerca de 3 cm a 4 cm de cada vez, a uma frequência de 1 por segundo;
- d) O segundo ajudante insufla (sopra) ar na boca do doente e depois espera até o primeiro ajudante fazer de 6 a 8 compressões;
- e) Assim que o pulso recomeça, para-se as compressões, po rém continua-se a insuflar ar boca-a-boca até o que o doente recomece a respirar naturalmente.

No caso de existir só um socorrista, a sequência de atendimento é: - 5 sopros boca-a-boca

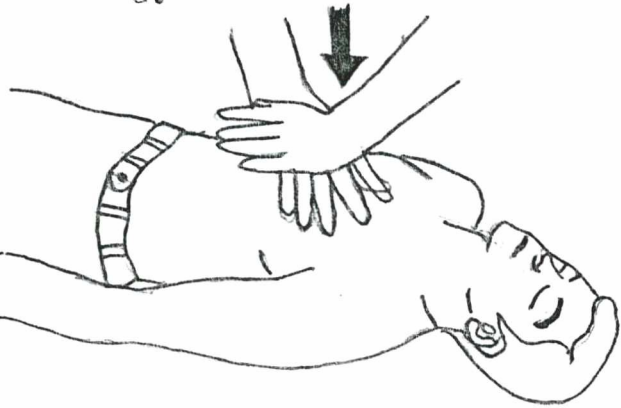
~~—~~ - seguidos de 10 compressões no peito.

. Não empregar muita força na compressão do tórax de crianças e idosos magros.

— Sequência de Desenhos.

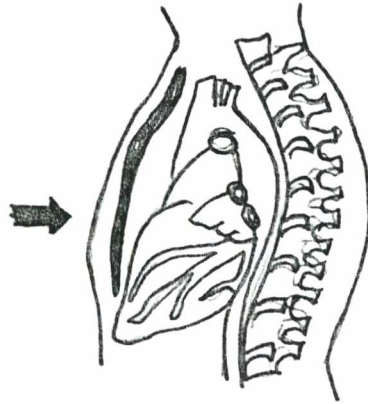
a. b. c.

a.



DEITAR SOBRE SUPERFÍCIE
DURA

b.



EXERCER PRESSÃO NA BASE
DO ESTERNO

c.



INSUFLA-SE AR NA BOCA
DO DOENTE ATÉ QUE O
DOENTE RESPIRE NOVA-
MENTE.

ANEXO IX

A ALIMENTAÇÃO E SUA IMPORTÂNCIA PARA O IDOSO

Objetivo: Explicar porque a alimentação pode influenciar no bem estar físico e psicológico do idoso, o que é alimentação balanceada, o que retirar e o que acrescentar nas refeições e porque.

Conteúdo: Informação teórico e prática.

Instrumentos: - Xerox do texto - Nutrição de Elisabeth Regina Alves Xavier.

- Livro: "Diets e Receitas para diabéticos e obesos - Franco e Chaloub".

- Revistas de Receitas Guia Cozinha da Abril Cultural.

Método: - Leitura do texto (ver fotocópia)

- Discussão do assunto

- Escolha do cardápio

- Preparo de algumas receitas.

Referências Bibliográficas

1. EXTON-SMITH, A.N. — Windsor, C.M. — Fundamentos del Tratamiento Medicamentoso en los Ancianos. I. Rossman. Salvat, 399-421 p., 1974.
2. HODKINON, M.A. — Geriatria. Martin, 1977.
3. HURWITZ, N. — Admissions to Hospital Monitoring of Adverse Reactions to Drugs. *Brit. Med. J.*, 1: 153, 1969.
4. ROSSI, E. — Transgressões Terapêuticas. Aula — Curso Temas de Geriatria e Gerontologia. Hospital Souza Aguiar, 1982.

Nutrição

Elizabeth Regina Alves Xavier

A **nutrição**, por definição, é a ciência dos alimentos e a sua relação com a vida e a saúde; por isso, os padrões de saúde de uma determinada população mostrar-se-ão baixos sempre que a nutrição for inadequada.

Estudos experimentais revelaram que a nutrição perinatal seria de fundamental importância no desenvolvimento do organismo e de suas características na velhice e que os cuidados dietéticos que são tomados na idade adulta poderiam estabelecer a diferença entre saúde e enfermidade na velhice. Portanto a profilaxia através da nutrição deve iniciar-se com a gestação e findar com a morte do indivíduo.

Fundamentalmente, não existe diferença entre uma nutrição sadia para jovens e velhos. Achamos, apenas, que características próprias ao processo de envelhecimento acrescentam peculiaridades à nutrição geriátrica, assim como fatores importantes afetam o estado nutricional dos velhos.

A maioria das pessoas não chega à velhice com todos os dentes. Dificuldades na mastigação, por falta deles, ou por próteses defeituosas, principalmente por terem sido feitas há muitos anos, podem levar à omissão de alimentos que exijam muita mastigação. À medida que o tempo passa, importantes itens da alimentação são automaticamente excluídos, principalmente as carnes e as fontes mais comuns de resíduos: frutas e vegetais.

Hábitos alimentares bons ou maus são adquiridos com o passar da vida, e o padrão dietético de muitas pessoas é de estrutura difícil de se modificar, constituindo-se um obstáculo importante para o estabelecimento de dietas ótimas para o velho. Quanto mais se tiver sido indulgente com seus hábitos alimentares, tanto mais rígidos e arraigados serão os indivíduos.

O medo da constipação intestinal, da indigestão e da ingestão de alimentos pesados para o jantar pode constituir um problema difícil de ser solucionado e na maioria das vezes o médico não consegue remover tais preconceitos dos idosos, levando muitos deles à subnutrição e à desnutrição.

Os fatores econômicos também são de extrema importância no padrão alimentar de cada pessoa idosa. Há uma tendência para comerem alimentos ricos em carboidratos, que são de baixo preço, e deixar de lado os alimentos proteicos, que são mais importantes nutricionalmente, porém também mais caros.

A solidão e a vida em asilos influem no tipo de alimentação de muitas pessoas, porque nestas circunstâncias não existe incentivo em refeições organizadas e bem elaboradas. Outras pessoas vivem conflitos familiares, o que se reflete na sua recusa de comer apropriadamente.

A diminuição de sensibilidade ao paladar e ao olfato, que ocorre com o passar dos anos, interfere com o prazer associado normalmente ao ato de comer. A digestão e a absorção nas pessoas idosas não são perfeitas, devido à diminuição da secreção de ácido clorídrico e das enzimas digestivas.

É bastante freqüente a existência de problemas biliares, interferindo com a digestão e com a utilização das gorduras, podendo provocar gases e desconforto depois da ingestão de alimentos gordurosos. Associados a esses fatores fisiológicos do envelhecimento, a constipação é freqüente entre as pessoas idosas, parcialmente devida à atonia da musculatura intestinal, porém associada à diminuição da atividade física e presença de hábitos alimentares pouco saudáveis. A ingestão insuficiente de líquidos e a omissão de frutas e vegetais estão por trás de grande parte desse processo.

A pouca reserva de vitaminas lipossolúveis é comum, seja devida a uma abstenção voluntária de gorduras ou de uma absorção intestinal deficitária.

O balanço nitrogenado também tende a se tornar negativo à medida que a ingestão de proteína diminui e a assimilação de nitrogênio se torna menos eficiente, ao mesmo tempo que o catabolismo proteico permanece inalterado.

A diminuição do metabolismo basal, associada a diminuição da atividade física, reduz consideravelmente o requisito calórico total. Apesar disso, em muitas pessoas, os hábitos alimentares não se modificam com o passar dos anos, mesmo que suas necessidades estejam diminuídas, levando assim muitos deles à obesidade. Os obesos são susceptíveis às enfermidades degenerativas, arteriosclerose precoce, hipertensão, insuficiência cardíaca e outras. O prognóstico para o paciente diabético ou cardíaco é também pior, em presença da obesidade.

Embora se faça essa referência aos idosos obesos, por considerarmos evidente uma relação entre peso e longevidade, esse não é o problema freqüente dos indivíduos de idade muito avançada. Nos indivíduos de 70 e 80 anos, a redução calórica e a caquexia são mais prevalentes que a obesidade. Um peso muito baixo e subnutrição são igualmente indesejáveis, pois diminuem o vigor e o sentimento de bem-estar do velho.

As necessidades alimentares independem da idade, não diferindo entre jovens e velhos. A grande diferença entre eles diz respeito ao valor calórico total da dieta. A alteração do peso do corpo e composição do organismo, a redução do metabolismo basal, bem como a redução da atividade física e maior incidência de doenças e enfermidades, constituíram-se nas causas mais importantes dessa diferença entre jovens e velhos.

A partir de 40 anos já é aconselhável uma diminuição das calorias alimentares, na seguinte proporção:

40 a 59 anos — redução de 5% para cada década.

60 a 69 anos — redução de mais 10%.

70 anos em diante — redução de mais 10%.

Assim, após os 70 anos a sua redução chega a 30%.

Além da quantidade de hidratos de carbono presentes na dieta, são importantes a qualidade deles e o número de refeições. A divisão de hidratos de carbono em várias refeições, ao invés de juntá-los em duas ou três, é um artifício que resulta em necessidades menores de insulina, mesmo em pacientes diabéticos. Dietas isocalóricas e isonitrogenadas, quando ministradas em refeições menores e em maior número, resultam em níveis mais baixos de colesterol e em maior retenção nitrogenada. A dieta do velho deve conter mais amido e menos sacarose, pois esta, por ser facilmente assimilada, eleva rapidamente os níveis séricos de glicose.

Deste modo, verifica-se que para os pacientes idosos há necessidade de se fazer restrições dietéticas. No entanto, ao ser elaborada uma dieta diminuindo o valor calórico, não podemos deixar de administrar nutrientes suficientes, o que muitas vezes se torna difícil. É de grande valia que, nesta redução calórica de alimentação do velho, não provoquemos grandes alterações de seus hábitos alimentares, como já mencionamos anteriormente.

O requisito metabólico de vitaminas não muda acentuadamente na velhice: contudo problemas que vão desde a ingestão diminuída de alimentos até uma seleção deficiente dos itens alimentares possivelmente levam a uma absorção menos eficaz das vitaminas. Embora, para alguns autores, as necessidades de vitaminas aumentem com a idade, um outro grupo de estudiosos não evidenciou presenças concretas de tais necessidades e o assunto continua a ser muito debatido.

Os requisitos minerais não diminuem por causa da idade. Entre as pessoas idosas, é provável que a ingestão de cálcio e ferro seja deficitária. O risco de uma deficiência crônica de ferro é aumentada pela diminuição de secreção gástrica de ácido clorídrico, o que provoca decréscimo na absorção de ferro dietético.

Pesquisa sobre alimentação dos velhos, nos EUA, verificou com maior frequência a deficiência de cálcio, ferro, vitamina A, ácido ascórbico e vitaminas do complexo B, enquanto que, em outros países do ocidente, essas carências estariam relacionadas ao cálcio, ferro, vitamina A, riboflavina e ácido ascórbico.

É preciso assinalar que, durante muitos anos, acreditava-se que a osteoporose fosse conseqüente a um balanço negativo de cálcio. Embora pesquisas demonstrem uma deficiência de cálcio no organismo dos idosos, esta estaria relacionada apenas à metabolização do cálcio, que passa a não se fazer adequadamente com o avançar dos anos.

Na idade avançada, cerca de 25% da ingestão calórica devem provir de gordura. Assim como no caso das vitaminas, as gorduras também merecem discussões por parte de autores. Tem-se dado muita ênfase à relação arteriosclerose, lipídios plasmáticos e gordura alimentar. Apenas, não devemos esquecer que muitas vezes os idosos fazem dieta para reduzir o colesterol, excluindo alimentos importantes, como o ovo e o leite, o que seria um erro dietético.

Não há unanimidade nas prescrições dietéticas para indivíduos idosos, mas, como recomendações gerais, podemos dizer que esta dieta deve ser moderadamente alta em proteínas, moderada em carboidratos, relativamente baixa em gordura e rica em vitaminas e sais minerais. A ingestão de líquidos deve ser generosa. Quando a insônia constitui um problema, o uso da cafeína nas últimas horas do dia deve ser abolido. O uso cuidadoso e moderado de bebidas alcoólicas é freqüentemente considerado de grande auxílio nos cuidados nutricionais do idoso. Como exemplo, um cálice de vinho antes do jantar aumenta o apetite e tem um efeito protetor e vasodilatador, segundo alguns autores: suas propriedades relaxantes são também valiosas na hora de dormir.

Chamamos a atenção ainda para a depleção de sal na dieta, que, algumas vezes, por ocasião do calor ou da febre, pode ser perigosa, levada por uma perda de cloro e de sódio na transpiração acentuada.

Cione e cols. elaboraram uma dieta para a qual chamamos a atenção, dentro das inúmeras propostas por outros autores, onde o valor calórico total deve ser de 30 a 35 cal por kg de peso teórico.

Sua fórmula calórica seria:

Carboidratos — 50%
 Proteínas — 25% do VCT
 Gorduras — 25%

As vitaminas e os sais minerais deverão ser ligeiramente superiores aos correspondentes ao adulto jovem de igual peso e atividade.

Junto a esta, gostaríamos também de lembrar a dieta elaborada por Tremolière e cols., onde são levados em conta o sexo e a atividade física, dividida em sedentária e ativa:

	Mulheres Vida		Homens Vida	
	Sedentárias	Ativas	Sedentários	Ativos
Cal.	1.600-1.800	1.800-2.000	1.800-2.000	2.000-2.500
Prot.	60-70	70-80	60-80	80-85
Gord.	50-60	60-70	60-70	70-80
C.H.	240-290	290-340	200-260	260-360

É aconselhável no velho alimentação com elementos altamente poliinsaturados, como o ácido pentanoico (EPA), encontrado nos peixes, e que teria a propriedade de baixar o colesterol, e os triglicérides, caracteristicamente por redução do VLDL-colesterol.

Também deve ser citado o uso de alimentos ricos em fibras (celulose, pectina), que, aumentando o volume do bolo fecal e acelerando a sua eliminação, tendem a reduzir o colesterol total, aumentando sua excreção pelos ácidos biliares nas fezes. Reduzem também o VLDL-colesterol, existindo dúvidas se este tipo de alimentos eleva o HDL-colesterol.

Outro elemento importante é a proteína de soja, que reduz o colesterol total e o LDL-colesterol, porém, quando usada em grandes quantidades, pode reduzir também o HDL-colesterol. Não é interessante uma utilização não muito excessiva da proteína de soja na alimentação normal moderna.

Não devemos ainda esquecer que a dieta do velho deverá obedecer às circunstâncias individuais, ou seja, encarando problemas sociais, econômicos, fisiológicos e patológicos. Esse é o grande desafio aos nutrólogos e podemos em reforço disto citar a conclusão do Congresso sobre Nutrição e Geriatria, realizado na Inglaterra, em 1965:

Não está provado que uma dieta inadequada seja causa de má saúde; no entanto está demonstrado que uma dieta adequada favorece a boa saúde, agregando vida aos anos.

Referências Bibliográficas

1. BURTON, B.I. — Nutrição Humana, 1979.
2. CHINI, C. e cols. — Nutrição e Velhice. *Clinica Geriátrica* (Amancio-Uchôa) — Cap. 10. Atheneu, Rio de Janeiro, 73-84 p., 1975.
3. CIONES, L.P. e cols. — Nutrición y Deficiencias Vitamínicas. *Geriatría* (Miatelo), Buenos Aires, 1978.
4. JIMENEZ HERRERO, J. — Alimentación y Nutrición del Anciano. *Innovación en Geriatria y Gerontología*, Madrid, 1981.
5. NAKAMURA, N. — Curso Internacional de Geriatria, Porto Alegre, 1984.
6. TREMOUËRE e cols. — Nutrición and Metabolism. *Practical Geriatrics*, S. Katjet, 1975.

ANEXO X

CUIDADOS COM INTERNAS PORTADORAS DE DOENÇAS DO
APARELHO RESPIRATÓRIO - ORIENTAÇÕES

Objetivo: Orientar sobre medidas preventivas a fim de evitar crises relacionadas a dificuldades respiratórias.

Conteúdo: Cuidados básicos - orientação teórica.

Instrumentos: xerox com cuidados básicos ao paciente com bronquite, asma, gripe com tosse expectorativa, etc. (Do relatório da VIIa. U.C.).

Método: Leitura e discussão do texto.

1. Informação Teórica:

- . Evitar contato com fumaça e poeira;
- . Agasalhar bem durante o frio;
- . Não fumar próximo a interna;
- . Fazer inalação com chá de eucalipto limão 2 ou 3 vezes ao dia, ou nebulização com 5 ml de soro fisiológico mais 2 ml de propólis (medicamento homeopático), 1 ou 2 vezes ao dia - ajuda a amolecer e soltar o catarro;
- . Estimular a ingestão de líquidos (chás, sucos, leite, sopas, água) - amolece e solta o catarro;
- . Estimular caminhadas ao ar livre;
- . Estimular repouso antes e após as refeições;
- . Observar, anotar e comunicar mudanças na cor do catarro (verde, amarelo ou com sangue);

- . Não usar talco ou perfumes ativos nas internas com problemas respiratórios;
- . Não deixar acumular pó nos móveis do quarto (principalmente os próximos a cama);
- . Não deixar a interna fazer atividades que a deixe muito cansada (com falta de ar).

ANEXO XI

SEOVE - Sociedade Espirita Obreiros da Vida Eterna

Serviço de Saúde

Ficha nº:

Data:/...../.....

1. Identificação :

Nome:

Sexo: Estado Civil:

Idade:

Peso:

Altura:

Residência: Rua:

Bairro:

Profissão:

Local de Trabalho:

Exame Médico:

a. Queixa principal:

.....
.....
.....

b. Histórico de doença:

.....
.....
.....
.....
.....

c. Exame físico:

.....
.....
.....
.....
.....

3. Exames Complementares:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Tratamento :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Observação :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....