

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

***COMPREENDENDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO:
UMA PROPOSTA DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA***

ISABEL CRISTINA BRÖERING
PATRICIA ZILIO
VALDETE SCHUELTER

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1997

ISABEL CRISTINA BRÖERING

PATRICIA ZILIO

VALDETE SCHUELTER

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0302
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0302

Autor: Bröering, Isabel C

Título: Compreendendo o processo de enve



972492118

Ac. 241495

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

***COMPREENDENDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO:
UMA PROPOSTA DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA***

Relatório apresentado a VIII Unidade
Curricular do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina

ORIENTADORA: Silvia Maria Azevedo dos Santos

SUPERVISORA: Ernesta Rabello

Florianópolis, Julho, 1997.



**“Não se ressinta de ficar velho:
a muitos é negado esse privilégio.”**

Anônimo

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela luz constante em nossos caminhos;

Aos familiares pela vontade de nos ver vencer;

A quem amamos pelo incentivo, compreensão nos momentos de ausência e apoio constante em nossa caminhada;

A nós, enquanto grupo, pela amizade, união e bons momentos vivenciados;

Aos pacientes pela fundamental contribuição que nos deram para realização de nosso trabalho;

À Silvia, que além de ótima Orientadora, foi uma amiga especial nos momentos difíceis;

A Supervisora, Ernesta, por acreditar em nossas potencialidades, nos dando espaço e fundamentação para nossa prática assistencial.

A Dra. Lúcia pela rica contribuição que forneceu ao nosso trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVOS	
Geral	09
Específicos	09
3. COMPREENDENDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO	11
4. MARCO REFERENCIAL	20
5. METODOLOGIA	27
6. AVALIANDO OS OBJETIVOS PROPOSTOS	33
7. EXEMPLIFICANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA: CONSULTA E VISITA DOMILIAR	78
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Em cumprimento a disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvemos nossa prática assistencial na área da Saúde do adulto dando ênfase ao idoso.

Nossa prática assistencial foi desenvolvida no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina com extensão ao domicílio através da Visita Domiciliar. Prestamos atendimento a uma população com faixa etária superior a 50 anos e residentes na Grande Florianópolis

Conforme Veras, Coutinho e Ney Jr apud Deps (1993), desde o início da década de 70 mais da metade das pessoas que chegam aos 60 anos vivem em países do terceiro mundo, sendo que as projeções demográficas para o final do século indicam que este seja o grupo etário que mais crescerá na maioria dos países menos desenvolvidos.

Pensando em termos de futuro espera-se chegar ao final do século com 8.658.000 idosos, ou seja, 1 em cada 20 brasileiros terá 65 anos e mais. Este número crescerá para 16.224.000 em 2.020, quando 1 em cada 13, pertencerá a população idosa. (Berquó, 1996)

Ainda segundo estimativas no ano 2.025 o Brasil será o 6º país que terá a maior população de idosos. (IBGE, 1990) Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1992), atualmente, sabe-se que a melhoria do atendimento médico, educação para saúde, nutrição e condição sanitárias contribuem para o aumento do tempo de vida médio. Assim, como os profissionais da saúde são contribuidores da longevidade dos indivíduos, devem também zelar pela qualidade de vida dos mesmos.

Frente a estes dados epidemiológicos percebemos também a necessidade de nos aprofundar no assunto, pois o mesmo foi pouco abordado durante o decorrer do curso. Para que o enfermeiro desenvolva as atividades mínimas requeridas para prestar os Cuidados Primários de Saúde, consideramos que o mesmo deverá ter domínio de conhecimentos, desenvolver práticas e atitudes pertinentes a estas atividades. Para tanto se

faz necessário uma reformulação curricular, vindo de encontro as necessidades deste segmento da população.

Adotamos para o desenvolvimento de nossa proposta, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, uma vez que a mesma é utilizada como metodologia da Instituição onde desenvolveremos nossas atividades. Outra razão pela escolha do referencial foi o curto tempo de estágio, dificultando a implementação de uma nova teoria de Enfermagem. Acreditamos que utilizando a metodologia da Instituição, será possível a outros profissionais ou acadêmicos darem continuidade ao nosso trabalho. Para dar maior suporte a proposta utilizaremos a Teoria relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee, a fim de efetuar-se uma maior interação entre acadêmicas - clientes - familiares.

Conforme Mattos (1995), Visita Domiciliar vem a ser um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. É um método de trabalho em Enfermagem que tem como objetivo principal levar ao indivíduo/família, no seu domicílio, assistência e orientação sobre saúde.

Segundo Adami apud Santos et all (1992), “os cuidados primários consistem nos cuidados prestados à nível periférico do sistema de saúde, realizados por médico generalista, enfermeiro, dentista, etc. Servem como porta de entrada aos demais níveis do sistema, devendo prover uma gama de serviços básicos indispensáveis à preservação e à recuperação da saúde. Ressalta ainda que a simplicidade dos cuidados primários não deve ser confundida com a baixa qualidade das ações de saúde, mas entendida como uma simplificação dos meios correspondentes à simplicidade dos problemas.”

De acordo com Santos et all (1992), a maioria dos alunos está preparada apenas para desenvolver cuidados à clientes hospitalizados, com cuidados específicos. Os estudantes, ao ingressarem no último semestre do Curso de Graduação, geralmente não evidenciam conhecimentos e habilidades suficientes para atuarem como generalistas, desenvolvendo cuidados básicos relacionados a atividades mínimas em unidades mais simples, localizada o mais próximo possível do domicílio do cliente.

Desenvolvemos nossa prática assistencial no cuidado de idosos, em virtude do rápido crescimento da população idosa no Brasil, acarretando aumento da expectativa de vida média, levando a necessidade de se estimular estudos na área da Gerontologia.

Segundo Kalache (1987), no terceiro mundo o grupo etário que mais cresce é o da terceira idade.

Na gerontologia, o início do envelhecimento, tem sido motivo de discussões e controvérsias. Não se tem unanimidade a respeito da conceituação de velhice ou envelhecimento. Sobre o envelhecimento biológico já se tem um maior consenso, porém quanto aos aspectos psicológicos e sociais não se chegou a uma concordância.

Segundo Baqueiro apud Leite (1995), diagnosticar velhice biológica é mais fácil do que diagnosticar velhice psicológica e social, pois um conjunto de sinais e sintomas permite tal diagnóstico.

Conforme Hermanova apud Haddad (1986), os que estão envelhecendo são aqueles que depois de terem passado por um período de crescimento e maturidade, entram numa fase que tem sido chamada de terceira idade. Envelhecer é uma fase normal da vida humana e deve ser considerada como tal.

De acordo com Storrs (1980), “a velhice não é uma doença no verdadeiro sentido da palavra, antes uma alteração biológica retrógrada que leva a diminuição do poder de sobrevivência e de adaptação. O ritmo a que este processo se desenvolve varia de indivíduo para indivíduo, de órgão para órgão e mesmo de tipo de célula para tipo de célula.” Dentre algumas das mudanças normais mais óbvias que ocorrem com a idade, de acordo com Hayflick (1996), “incluem-se a perda da força e do vigor físico, visão curta, crescimento de pelos nas orelhas e narinas, problemas na memória de curto prazo, queda de cabelo, perda da massa óssea, diminuição da audição, e a menopausa, entre outros. As mudanças associadas à idade menos óbvias afetam as células individuais de praticamente todos os nossos órgãos, incluindo os sistemas imunológico, endócrino e cardiovascular. O ponto importante é que essas mudanças não-arentes associadas à idade são consideradas normais e não estado de doença.” Outro aspecto que consideramos relevante é a questão social onde observamos a sociedade subjulgando o indivíduo idoso, como um ser obsoleto.

Consoante Xavier et al (1987), “o cidadão idoso é personagem sem lugar comum e sem papéis determinados na sociedade, sendo desvalorizado e desconsiderado. Poderia, contudo, a certa altura da vida, usar o que aprendeu, retribuindo o que de produtivo e criativo lhe foi proporcionado.”

Segundo Bosi apud Xavier (1987), a velhice é uma categoria social, tendo um estatuto contingente, pois cada sociedade vive de forma diferente o declínio biológico do homem. De fato, em cada sociedade o grupo dominante ou aquele que detém o poder, é cúmplice nas restrições que lhes são impostas, já não levam em conta e nem desejam se

preocupar com as necessidades, valores e expectativas do elemento humano que enfrenta a terceira idade.

Para Tournier apud Xavier (1987), o problema dos velhos não é de exclusiva competência deles, mas concerne a toda sociedade.

Segundo o Cardeal Dom Paulo Evaristo Arns (1995), na atual conjuntura nacional a grande causa da exclusão dos idosos é o salário miserável e indigno que recebem dos fundos de pensões governamentais, onde a insegurança e a miséria atingem centenas de lares de aposentados brasileiros. Enfatiza no entanto que a Nação que não respeita os que construíram o presente não terá futuro digno, nem honesto.

Para Dudas (1989), a resposta de pessoas idosas a vários estressores, incluindo doença, luto, dificuldades financeiras e eventos que obrigam a um reajustamento, dependem em grande parte das experiências de vida anteriores e dos recursos adaptativos da pessoa. Portanto, o papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que os estes indivíduos tenham levado, como das condições atuais em que se encontram.

Percebemos ainda que muitas pessoas não encontram-se preparadas para enfrentar o processo do envelhecimento, devido a sociedade não dar o suporte necessário para mais esta etapa da vida, conduzindo o idoso ao isolar-se da sociedade a que pertence.

Segundo Erickson Havighrrest apud Brunner & Sudart (1990), a posição do idoso é determinada pela cultura, onde as pessoas em geral, tem um certo preconceito com relação às pessoas idosas; que pode estar relacionado com o medo que as pessoas tem de envelhecer. Ainda pode-se associar a incapacidade de muitos, de se confrontarem com seu próprio envelhecimento.

As leis de amparo a velhice inexístiam até a década passada, somente em 1988 passaram a integrar a Constituição Federal. No capítulo VII da Constituição Brasileira encontramos os seguintes artigos: Art. 229. “Os pais tem o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”. Art. 230: “A família , a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes direito à vida”. Porém os dirigentes de nosso país ainda não foram capazes de estruturar qualquer política governamental, que garanta os direitos estabelecidos na constituição.

Bellak apud Xavier et all (1987. P.21-32), “a idade é um período da vida cuja proximidade é uma surpresa constante. O envelhecimento é um processo variável que não se pode predizer facilmente, e como a maioria está mal orientada, não a espera, sente os problemas como ciladas do destino ou algo armado pelos próprios homens para transtornar a velhice”.

Segundo Queiroz apud Xavier el all (1987), a velhice não determina necessariamente o desinteresse pela vida, nem a apatia que com muita freqüência acaba se instalando após alguns anos de improdutividade, contrariamente afirma que, enquanto o processo de isolamento social não se concretiza, a ânsia pela participação permanece, sempre que o processo de isolamento social não tem atingido, de maneira irreversível a pessoa que envelhece. E, quanto mais a pessoa idosa se sentir participante do contexto da sociedade, menos ela se constituirá em um peso para esta mesma sociedade.

Consideramos que a promoção da boa qualidade de vida na idade madura ultrapassa limites de caráter pessoal, compreendendo uma responsabilidade sociocultural. Uma velhice satisfatória não depende somente da parte biológica, psicológica ou social, mas sim da forma de interação entre pessoas de uma mesma sociedade.

Então é necessário repensar o planejamento sócio-econômico para que os idosos sejam conduzidos a uma independência de vida, baseada na manutenção de sua autonomia e inserção social, alcançando o máximo de suas possibilidades e independência de acordo com o grau de dificuldade que apresentem.

II - OBJETIVOS

GERAL: Compreender o processo de envelhecimento com a finalidade de planejar, implementar e avaliar uma proposta assistencial à clientes idosos portadores de doenças crônicas no ambulatório do Hospital Universitário - HU, estendendo-se ao domicílio através de visitas domiciliares com vistas a contribuir para minimizar internações e reinternações, tendo como marco referencial a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e a Relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee.

ESPECÍFICOS:

1. Revisar bibliografias pertinentes a área com finalidade de se inteirar do processo de envelhecimento, suas manifestações biopsicossociais e espirituais.
2. Realizar Consulta de Enfermagem no Ambulatório do Hospital Universitário à clientes idosos utilizando o marco referencial baseado em Wanda de Aguiar Horta e Joyce Travelbee;
3. Identificar o conhecimento prévio ^{do mulher} que o indivíduo e ou família possui acerca de seu estado de saúde/doença;
4. Avaliar a necessidade de cuidados de enfermagem a luz do referencial teórico escolhido, visando prestar uma assistência individualizada e humanizada;
5. Discutir com o cliente, o familiar e com a equipe os cuidados com a saúde, ambiente, tratamento médico conforme as Necessidades Humanas Básicas afetadas, tendo em vista os objetivos da enfermagem em desenvolver a relação pessoa-pessoa.
6. Realizar Visita Domiciliar à clientes idosos portadores de doenças crônicas atendidas no ambulatório, a fim de conhecer a realidade do contexto familiar e rever a adequação das condutas prescritas no ambulatório;
7. Avaliar a eficácia do referencial adotado em relação a sua aplicabilidade a nível ambulatorial e no domicílio;

8. Contribuir nas aulas junto ao Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) na disciplina de Noções de Saúde para a formação de Monitores da Ação Gerontológica, com a finalidade de conhecer o idoso saudável integrado em um programa social;
9. ^{Realizar orientações sobre} Coordenar reuniões de sala de espera do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia - GIG, a fim de discutir com base na relação pessoa-pessoa, comportamentos de saúde e de vida em seu processo de envelhecer;
10. Participar de reuniões semanais do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia (GIG) a fim de conhecer o trabalho multiprofissional e colaborar na discussão de casos clínicos;
11. Participar de reuniões mensais do Grupo de ajuda Mútua de Alzheimer, a fim de conhecer a problemática dos cuidadores de portadores de Alzheimer.

III - COMPREENDENDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Procuramos obter uma maior compreensão do processo de envelhecimento humano a partir do enfoque de autores como: HAYFLICK (1996), BURNSIDE (1979), BRUNNER & SUDDARTH (1992).

ASPECTOS BIOLÓGICOS

ALTERAÇÕES CELULARES E TECIDUAIS

Entre as maiores alterações na pele com o envelhecimento, estão a diminuição da espessura das camadas gordurosas subcutâneas e epiteliais. Existem vários fatores que determinam a quantidade de gordura no tecido subcutâneo, inclusive um potencial genético herdado e os estados de nutrição. Embora essas variações individuais tendem a mascarar o processo, pode-se observar uma tendência que consiste em perda de tecido gorduroso, principalmente a partir da periferia. Com o desaparecimento da camada de gordura, os músculos tornam-se mais visíveis, de modo que se pode ver perfeitamente o início e as inversões dos músculos, como, por exemplo, do deltóide.

Outros componentes da pele também regridem, inclusive as fibras elásticas e colágenas, e a camada epitelial diminui de espessura, bem como a redução do número de glândulas sudoríparas. O resultado final é tornar a pele dos idosos seca e inelástica. A perda das glândulas sudoríparas contribui para uma alteração acentuada na regulação da temperatura do corpo, estando mais sujeitos à exaustão provocada pelo calor. É também uma maior sensibilidade ao frio devida a perda da gordura e a circulação periférica diminuída.

Entre as alterações celulares, está a dos melanócitos, que contribuem para a pigmentação. Dessa maneira a pele tende a se tornar mais branca com a idade, sendo muitas vezes confundido com anemia. O encanecimento, que é também uma falha das células de pigmento, é sem dúvida, a mais conhecida das alterações do envelhecimento.

Em geral as pessoas idosas tendem a se tornar calvas. Não há apenas uma rarefação acentuada dos cabelos, como também, de pêlos pubianos e axilares. Paradoxalmente, pode haver crescimento de pêlos no rosto, sendo mais notável nas mulheres idosas e pensa-se que deve ser devido a alterações na relação andrógeno/estrógeno.

As rugas são dobras permanentes do tecido epital e subepitelial, estando mais acentuadas no rosto e são devidas em grande parte, aos esforços repetidos na pele produzido pelos músculos que dão a expressão fisionômica. Outros processos também se adicionam nesta ação, especialmente a perda da elasticidade, alterações atróficas no tecido subcutâneo e a exposição ao sol.

A manutenção da homeostasia do organismo dificulta-se e os sistemas orgânicos não funcionam com eficiência plena devido aos déficits celulares e teciduais.

ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

A postura normal, ereta, raramente é observada nas pessoas idosas. Os motivos para que isso ocorra são vários, inclusive alterações no esqueleto e nos músculos. Estudos realizados mostraram que a altura do ser humano tanto de pé quanto sentado, diminui com a idade, começando nos homens em torno dos 40 anos e nas mulheres em torno dos 43 anos.

Acredita-se que a diminuição de altura com a idade se deva a uma combinação de fatores como perda de água, enfraquecimento de grupos musculares, mudanças posturais, deterioração dos discos espinhais e perda de massa óssea.

De modo geral, o diâmetro, a circunferência e a profundidade do tórax aumentam com a idade, tanto nos homens quanto nas mulheres.

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

Muitas suturas dos ossos do crânio começam a se fundir aos 70, 80 ou 90 anos. O ossos do crânio parecem ficar mais espessos com a idade.

Vários estudos mostraram que tanto o nariz quanto as orelhas se alongam com a idade. Já as outras dimensões faciais aparentemente não se modificam significativamente com a idade.

Os músculos diminuem de tamanho e perdem força, flexibilidade, resistência e equilíbrio devido a menor atividade e a idade avançada, predispondo a ocorrência de quedas. A força muscular diminui de 30 a 40% nos homens, e em menor grau nas mulheres, estando relacionada à perda real de massa muscular à medida que os seres humanos envelhecem.

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES

As alterações estruturais normais do envelhecimento que ocorrem no coração e no sistema vascular reduzem a capacidade dessas estruturas de funcionarem eficientemente. As válvulas cardíacas tornam-se mais espessas e rígidas e o coração e as artérias perdem a elasticidade. Há um acúmulo de cálcio e gorduras nas paredes arteriais e as veias tornam-se cada vez mais tortuosas.

A principal mudança normal nas artérias, associada à idade, é o aumento lento da espessura de um dos anéis concêntricos do tecido que constituem o ducto arterial, estando em contato íntimo com o sangue que corre nos ductos. O resultado desse espessamento é o estreitamento do diâmetro da artéria e o aumento de sua rigidez. Ambas são alterações normais que não ameaçam a vida, mas podem aumentar a predisposição ou a vulnerabilidade à aterosclerose quando existem outros fatores presentes.

Embora a função seja mantida em circunstâncias normais, o sistema cardiovascular apresenta reserva menor e há diminuição da capacidade de responder ao estresse. O débito cardíaco e a frequência cardíaca máximos diminuem anualmente em condições de estresse.

Um dos princípios básicos dos estudos gerontológicos é que não se pode detectar com certeza as mudanças normais da idade na presença de doenças, uma vez que a incidência de doenças cardiovasculares aumentam exponencialmente com a idade. Todavia, não são a causa do envelhecimento.

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

As alterações relacionadas com a idade no sistema respiratório afetam a capacidade e a função pulmonar e incluem: aumento no diâmetro ântero-posterior do tórax, calcificação das cartilagens costais e menor mobilidade das costelas, pouca eficiência dos músculos respiratórios, aumento na rigidez do pulmão e diminuição na área da superfície alveolar. O

aumento da rigidez ou a perda da retração elástica determinam o aumento do volume pulmonar residual e a diminuição na capacidade vital, com a diminuição da troca gasosa e da difusão.

A menor eficácia da tosse, a pequena atividade ciliar e o aumento do espaço morto tornam o idoso mais vulnerável às infecções respiratórias. Embora os idosos tenham respiração suficiente para realizar as atividades do cotidiano, existem uma menor capacidade ventilatória, necessitando de curtos períodos de repouso durante uma atividade prolongada.

ALTERAÇÕES GASTRINTESTINAIS

De maneira geral, a função do trato gastrointestinal é adequada durante toda a vida. Todavia, muitas pessoas idosas sofrem desconfortos relacionados com trânsito alimentar lentificado ou com motilidade pequena. O fluxo salivar diminui e a pessoa idosa pode apresentar ressecamento da cavidade oral.

A peristalse esofágica é menos eficiente no idoso, e a alteração do relaxamento do esfíncter gastroesofágico, determina o atraso no esvaziamento e dilatação do terço inferior do esôfago. As principais queixas são sensações de plenitude, pirose e indigestão. A motilidade gástrica pode diminuir, determinando o esvaziamento lentificado do conteúdo gástrico. A reduzida secreção de ácido e pepsina reduz a absorção de ferro, cálcio e vitamina B12.

No intestino delgado a absorção de nutrientes parece diminuir, porém é adequada durante toda a vida. De modo geral a função do fígado, da vesícula e do pâncreas mantem-se preservadas, embora ocorram algumas deficiências na absorção e na tolerância às gorduras. A incidência de cálculos na vesícula e no colédoco aumentam progressivamente com o passar dos anos.

ALTERAÇÕES NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

A estrutura e a função do sistema nervoso alteram com a idade avançada. A perda progressiva da massa cerebral é atribuída à perda de células nervosas, que após os 40 anos pode chegar a 200 mil células por dia, sendo que não são substituídas.

Há redução na síntese e no metabolismo dos principais neurotransmissores. Os impulsos nervosos são conduzidos mais lentamente e os idosos demoram mais a responder e a reagir. O sistema nervoso autônomo é menos eficiente e pode ocorrer hipotensão postural. A homeostasia é mais difícil de ser mantida, porém o idoso age adequadamente e retém suas capacidades cognitivas e intelectuais quando não há alterações patológicas .

ALTERAÇÕES COGNITIVAS

A memória a curto prazo diminui com a idade. Após os 60 anos a maioria dos idosos apresentam uma queda de desempenho nos testes de lógica. A capacidade de aprendizado de materiais orais, em oposição a materiais escritos, só diminui após os 60 anos.

A memória visual, medida pela capacidade de reproduzir desenhos geométricos guardados na memória diminui ligeiramente entre os 50 e 60 anos e é bastante inferior após os 70 anos. A memória é um processo complexo que envolve a aquisição, o armazenamento e a recuperação ou lembrança da informação. As perdas sensitivas, as distrações e o desinteresse interferem na aquisição da informação. As alterações cerebrais relacionadas com a idade afetam o armazenamento e a lembrança.

Em todos os grupos, inclusive no idoso, são encontrados indivíduos com alto desempenho e indivíduos cujo desempenho nas tarefas mentais não diminui com a idade. Já o desempenho relacionado ao vocabulário não muda com a idade.

ALTERAÇÕES DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

VISÃO

Uma mudança universal característica do envelhecimento normal dos seres humanos seria as alterações do cristalino. À medida que surgem novas células na superfície externa do cristalino, ocorre acúmulo de células centrais anteriores que se tornam amareladas, rígidas, tensas e turvas, reduzindo a capacidade de foco em objetos próximos. A condição chamada presbiopia ocorre em cerca de 42% das pessoas na faixa etária de 52 a 64 anos, 73% das pessoas entre 65 a 74 anos, e 92% das pessoas com mais de 75 anos. O primeiro sinal pode ser a incapacidade de ler as letras miúdas a distância usual dos olhos.

O cristalino amarelado e turvo faz com que a luz sofra dispersão, mantendo a pessoa idosa suscetível ao ofuscamento. A capacidade de distinguir o azul do verde diminui. A pupila dilata lentamente e menos completamente por causa da maior rigidez dos músculos da íris. O idoso demora mais para adaptar-se quando muda para ambientes claros e/ou escuros, e necessita de luz forte para ver de perto. Embora as patologias visuais não façam parte do envelhecimento normal, há uma maior incidência de doença ocular nos idosos.

AUDIÇÃO

O sentido da audição muda com a idade na maioria das pessoas. A habilidade de ouvir as frequências sonoras mais altas começa a diminuir em torno dos 30 anos de idade. Tal perda da audição relacionada com a idade, denominada presbiacusia, é atribuída a alterações irreversíveis no ouvido interno. É frequente a pessoa idosa ser incapaz de acompanhar a conversação porque os sons de alta frequência das consoantes parecem semelhantes.

A perda da audição pode conduzir a pessoa idosa a responder incorretamente, a entender com distorções a conversa e, por isso evitar a interação social. Este comportamento pode ser interpretado como confusão ou “senilidade”.

PALADAR

A diminuição da capacidade de detectar gostos diferentes associada à idade não se deve a uma diminuição no número de papilas gustativas, mas sim a mudanças degenerativas dentro de cada célula da mesma.

A capacidade de detectar os quatro paladares primários (salgado, doce, amargo, ácido) diminui ligeiramente com a idade mas, as diferenças individuais são muitas. Desses, os paladares doce são muito afetado nos idosos. No caso de determinados sabores as pessoas idosas precisam de uma concentração de 6 a 10 vezes maior do que os jovens para identificar sua origem.

OLFATO

A perda da capacidade de detectar odores parece começar muito mais cedo do que as outras perdas sensoriais.

O problema na detecção e identificação de odores poderia ser atribuído à degeneração de algumas células nos órgãos que detectam o odor; outra possibilidade poderia ser a perda de células cerebrais associadas ao sentido do olfato.

A perda não ocorre apenas na capacidade de detectar odores fracos mas também na capacidade de apreciar a magnitude de odores fortes.

ALTERAÇÕES GENITURINÁRIAS

O sistema geniturinário mantém seu funcionamento adequado, embora haja perda de néfrons. As alterações na função renal incluem a velocidade de filtração reduzida, diminuição da função tubular com menor eficiência, reabsorção de concentração da urina e normalização mais lenta do equilíbrio ácido-básico em resposta ao estresse.

Os ureteres, a bexiga e a uretra perdem o tônus muscular. A capacidade vesical reduz e o idoso pode ser incapaz de realizar o esvaziamento vesical completo. A retenção urinária aumenta o risco de infecções.

A frequência, a urgência, a incontinência também são problemas comuns. A mulher pode apresentar uma diminuição no tônus dos músculos perineais que resulta em incontinência de esforço e urgência.

A Hiperplasia Prostática Benigna é um achado comum nos homens idosos, sendo o aumento da próstata causador de retenção urinária crônica, frequência e incontinência.

ALTERAÇÕES REPRODUTIVAS

MULHER

A produção ovariana de estrógeno e progesterona cessa na menopausa. As alterações que ocorrem no sistema reprodutor feminino incluem o adelgaçamento da parede vaginal, com estreitamento e perda da elasticidade; há pequena quantidade de secreções vaginais que determinam o ressecamento do canal vaginal, prurido e diminuição da acidez; involução uterina e ovariana; e diminuição do tônus do músculo pubococcígeo que resulta em flacidez vaginal e perineal. Todas essas alterações contribuem para o sangramento vaginal e para uma relação sexual dolorosa.

As mulheres perdem a capacidade de reprodução aproximadamente 40 anos depois da maturação sexual, ou quando chegam mais ou menos aos 50 anos.

A medida que as mulheres se aproximam dos 50 anos o número de óvulos imaturos em cada ovário se aproxima de zero. Os defeitos cromossômicos são mais comuns em óvulos de mulheres mais idosas e talvez sejam responsáveis pela diminuição da fertilidade.

As glândulas mamárias também mudam como resultado das modificações hormonais complexas que ocorrem após a menopausa. Acredita-se que as mudanças normais da idade aumentam a predisposição das mulheres pós-menopausa à osteoporose e talvez a aterosclerose, bem como, o aumento da incidência de doenças cardíacas.

HOMEM

Os níveis de vários hormônios nos homens aumentam ou diminuem com a idade. A produção do hormônio testosterona prossegue na idade avançada, porém sua concentração é cada vez mais inadequada, e influi no declínio gradual da energia sexual, do vigor muscular e do esperma.

Os testículos tornam-se menores e menos firmes; os túbulos seminíferos tornam-se espessos e começa um processo degenerativo que inibe a produção do esperma. Há uma redução do volume e da viscosidade do fluido seminal, de modo que a força de ejaculação diminui. Estas alterações em conjunto são responsáveis por certas alterações aparentes na expressão global da sexualidade.

ASPECTOS PSICOSOCIAIS

O envelhecimento psicológico bem-sucedido manifesta-se no idoso pela capacidade de se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais e de obter contentamento, serenidade e satisfação frente as mudanças no padrão de vida.

A posição social do idoso é determinada pela cultura, onde certos papéis são destinados às pessoas mais velhas. Embora as atitudes em relação aos idosos diferem, há predominância do tema velhismo. Os estereótipos, ou seja, as crenças simplificadas e geralmente falsas, reforçam a imagem negativa que a sociedade faz do idoso.

Acredita-se que esse preconceito baseia-se no medo de envelhecer e na incapacidade de muitos enfrentarem seu próprio processo de envelhecimento. A aposentadoria e a percepção de improdutividade também são responsáveis por sentimentos negativos.

Geralmente o envelhecimento é bem sucedido para os idosos que vivem em comunidades que conservam os seus valores e suas tradições e que conseguiram transmitir tais valores a seus filhos.

Somente a compreensão do processo de envelhecimento e o respeito por cada pessoa como indivíduo podem acabar com os mitos do envelhecimento. A qualidade de vida dos idosos pode ser melhorada caso eles sejam tratados com dignidade e incentivados a tomar decisões e a manter sua autonomia.

IV - MARCO REFERENCIAL

Com finalidade de alcançar os objetivos propostos, promovendo uma assistência de enfermagem comprometida com as reais necessidades do cliente idoso e familiares, fez-se necessário delinear um marco referencial baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e a Teoria da Relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee, esclarecendo o entendimento de alguns conceitos que são fundamentais para operacionalização do mesmo.

Segundo Watson apud George (1993), “teorias são conjunto de conceitos interligados, passíveis de teste e que propiciam orientação ou provisão; maneira sistemática de encarar o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, predizê-lo ou controlá-lo.”

Conforme Trentini (1996), é de fundamental importância a adoção de um marco teórico ou conceitual como guia para qualquer prática de enfermagem. Esta autora define Marco Conceitual como “conjunto de conceitos e definições interrelacionadas com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de modo abrangente.”

Anteriormente a apresentação dos conceitos faremos a apresentação da teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e Relação Pessoa-Pessoa, relacionando alguns dados da vida e trajetória de Wanda de Aguiar Horta e Joyce Travelbee, respectivamente.

Wanda de Aguiar Horta idealista, pioneira e cientista. Professora da Escola de Enfermagem da USP durante 20 anos. Em 1963 introduziu na disciplina de Fundamentos de Enfermagem o plano de cuidados, somente em 1970 publicou na Revista Brasileira de Enfermagem o artigo “Contribuição para a teoria sobre Enfermagem”. Criou a Revista “Enfermagem Novas Dimensões”. Sua última publicação foi o livro “Processo de Enfermagem” publicado em 1979, que contempla a teoria da “Necessidades Humanas Básicas” e sua operacionalização. Devido sua grave doença, seu trabalho nos últimos anos de vida foi impedido de ser aperfeiçoado. Em 1982, veio a falecer. Segundo HORTA a enfermagem é uma ciência aplicada e que está saindo da fase empírica para a científica. Suas teorias foram desenvolvidas a partir da sistematização de experiências e pesquisas,

favorecendo dia-a-dia para que a enfermagem se torne uma ciência independente. Em trinta anos de vida profissional Wanda acumulou conhecimentos, viveu intensamente a enfermagem, o que a levou a procurar desenvolver uma teoria que pudesse explicar a natureza da enfermagem. O trabalho realizado por esta pioneira é considerado um marco na enfermagem brasileira.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas é uma teoria prescritiva, contendo agente, recipiente, término, processo, estrutura e dinâmica, da qual derivam conceitos, proposições e princípios. Esta teoria se apoia e engloba leis gerais que regem os fenômenos da lei do equilíbrio, lei da adaptação e a lei do holismo, sendo desenvolvida a partir da teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas Necessidades Humanas Básicas.

Joyce Travelbee, nasceu em 1926 e concluiu seus estudos básicos de Enfermagem em 1946, na Escola de Enfermagem Centro Médico na Universidade Estadual de Louisiana, Nova Orleans. Em 1956, tornou-se Bacharel em Ciências da Enfermagem e em 1959 completou seu curso de Mestrado na Universidade de Yale. Em 1952, iniciou o curso de Enfermagem Psiquiátrica e lecionava na Universidade de Nova York e Mississipi. Publicou seu primeiro livro "Interpersonal Aspects of Nursing" em 1966 e em 1971 reeditou-o. Em 1969, publicou o segundo "Travelbee's Intervention in Psychiatric Nursing". Em 1973, iniciou um programa de doutorado na universidade da Flórida, mas não chegou a concluir, pois meses depois, inesperadamente veio a falecer. Sua teoria é resultado da vivências e leituras, tendo recebido influência de Ida Jean Orlando, sua instrutora na Universidade de Yale. As semelhanças entre ambas, está na crença que enfermeira e paciente interagem e também na definição do propósito da enfermeira em ajudar o indivíduo, família e comunidade a enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento.

Segundo Travelbee (1979), a relação pessoa-pessoa constitui uma meta a ser alcançada, sendo o resultado final de uma série de interações planejadas entre os seres humanos. Expressa também uma série de experiências para os participantes, durante o qual ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais. Coloca ainda, que um certo número de interações acumuladas não constitui necessariamente uma relação, sendo que sua principal característica é a mudança de comportamento entre enfermeira-paciente.

A relação pessoa-pessoa entre enfermeira e paciente não constitui um conceito novo, criado pelas enfermeiras psiquiátricas. Em todas as partes, as enfermeiras tem

prestado seus serviços no contexto de uma relação. Travelbee (1979) cita algumas premissas básicas da relação pessoa-pessoa, entre elas:

- O estabelecimento, mantimento e término da relação pessoa-pessoa, constituem atividades que se encontram dentro do campo da prática de enfermagem;
- somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único;
- As enfermeiras precisam saber usar a biblioteca e encontrar as obras relacionadas com a informação desejada;
- O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planificar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a relação pessoa-pessoa, constituem requisitos prévios para desenvolver a capacidade de trabalho em grupos.

Para desenvolvimento desta Prática Assistencial associamos essas teorias, uma vez que a teoria das Necessidades Humanas Básicas traz o processo de enfermagem de forma sistematizada. Logo a teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee serve como suporte para uma prática assistencial mais humanizada, uma vez que visa iniciar, manter e terminar a relação Paciente x Enfermeiro x Família.

Visando um melhor entendimento das teorias escolhidas, apresentaremos a seguir alguns conceitos que contribuíram fundamentalmente para o bom desenvolvimento de nossa prática assistencial.

SER HUMANO

Segundo Horta (1979) “o ser humano é parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito a todas as leis que o regem, estando sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrios no tempo e no espaço”. Coloca ainda que o “ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e do poder de unir presente, passado e futuro. Tais características do Ser Humano permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade, sendo agente de mudanças no universo dinâmico”. Horta considera a expressão “Ser Humano” como substituta de indivíduo, família e comunidade.

Consideramos Ser Humano como único, dotado de particularidades e necessidades específicas, podendo estar em equilíbrio ou desequilíbrio. Onde sua evolução e

transformação se dá de acordo com o meio onde está inserido. O Ser Humano Idoso além das características já citadas possui uma maior experiência de vida e sabedoria, com capacidade para exercer seus direitos e deveres como cidadão.

FAMÍLIA

Segundo Delaney apud Nitscke et all (1992), “família é um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos e um alto grau de intimidade.” Um importante aspecto da enfermagem de nossos dias está na ênfase de considerar a unidade familiar como cliente, onde a família serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e sociedade, fornece proteção psicossocial aos seus membros, sendo o maior veículo de transmissão de cultura.

Consideramos a família uma unidade constituída por indivíduos de identidade própria, unidos por objetivos comuns, que possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos influenciados por sua cultura e nível sócio econômico. Familiar cuidador é aquele que busca o bem-estar de outro membro da família, prestando cuidados de saúde, incentivando-o, encorajando-o e ajudando-o . Percebemos ainda que este precisa ter conhecimento acerca da situação, paciência, confiança e esperança.

ENFERMAGEM

“É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com demais profissionais”. (HORTA, 1979)

“A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estado de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço”. (HORTA, 1979)

Como pressupostos Horta coloca que a Enfermagem:

- respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano;
- é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio;
- reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade, como elemento participante, ativo no seu auto-cuidado.

Segundo as acadêmicas, enfermagem é uma ciência que visa assistir o indivíduo, a família no atendimento de suas necessidades de forma integral, holística e humanizada, com objetivo de prevenir, recuperar e manter o bem-estar conduzindo-o para sua autonomia e independência, e principalmente nas suas atividades de vida diária em se tratando de pessoas idosas e seus familiares.

ENFERMEIRO

“O Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de *cuidar de gente*, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente”. (HORTA, 1979)

Segundo Travelbee (1979), a enfermeira tem como objetivos:

- Ajudar o paciente a enfrentar os problemas presentes. A enfermeira ajuda o paciente a conceitualizar seu problema atual, e a partir daí, adquirir uma visão mais ampla de seu problema;
- Ajudar o paciente a conceitualizar o seu problema. Os problemas identificados pelos pacientes mudam, e mudarão a medida que a relação progride. A enfermeira escuta cuidadosamente o paciente e formula perguntas discretas;
- Ajudar o paciente a perceber sua participação em uma experiência. A medida que a relação progride o paciente reconhece com mais facilidade sua participação nas experiências da vida e no que ele pensa e sente, se dando conta de sua influência no comportamento dos que lhe rodeiam;
- Ajudar o paciente a enfrentar de forma realista os problemas emergentes. Um paciente pode definir superficialmente um problema, mas o quadro muda gradualmente e começam a surgir problemas mais profundos;
- Ajudar o paciente a discernir alternativas, perguntando o que ele pode fazer para resolver seu problema, ajudando-o a entender que há mais de uma solução para seu problema;
- Ajudar o paciente a ensaiar novas linhas de comportamento, fazendo com que este adquira confiança em si mesmo, apreciando-se como participante ativo das experiências da vida;

- Ajudar o paciente a comunicar-se;
- Ajudar o paciente a socializar-se, termo que significa algo mais que falar com os outros, interatuar com os outros e prestar atenção em suas necessidades.

As acadêmicas consideram enfermeiro como qualquer outro ser humano, possuidor de direitos e deveres, porém, sendo um profissional da saúde com habilidades técnicas e conhecimento científico, que presta assistência de forma holística e humanizada visando a promoção do ser humano.

SAÚDE / DOENÇA

“Doença é o estado de desequilíbrio e saúde é o estado de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço.” (HORTA, 1979)

Consideramos que a saúde das pessoas idosas tem estreita relação com a autonomia e independência que as mesmas possuem para realizar as principais atividades da vida diária, sejam elas de domínio físico, mental, social e econômico.

“Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes... As necessidades não-atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença.”(HORTA, 1979)

Atualmente a doença assume um caráter multicausal, determinado por questões biológicas, funções psíquicas, atributos sociais e outros fatores, visto que o homem é um ser bio-psico-social e espiritual. Logo consideramos doença como um desequilíbrio de qualquer um destes fatores.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

“É fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se auto-cuidar ; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais.” (HORTA, 1979)

Na assistência de enfermagem, consideramos a pessoa idosa um ser importante, que deve ser visto como único, com necessidades próprias a serem atendidas através de uma relação idoso-enfermeiro-familiares e equipe de saúde de maneira holística e humanizada.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

“São os entes da enfermagem.... estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais... são aquelas condições ou situações que o indivíduo, família ou comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não.” (HORTA, 1979)

“As necessidades são universais, comum a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.” (HORTA, 1976)

O atendimento das necessidades humanas básicas, em especial as biopsico-sociais e psico-espirituais, são de suma importância na melhoria da qualidade de vida dos idosos, uma vez que percebemos em nossa sociedade atual os inúmeros problemas específicos que os idosos e seus familiares enfrentam.

ENVELHECIMENTO

Para Serro Azul apud Leite (1995), o envelhecimento humano pode ser conceituado como um processo dinâmico, progressivo, onde há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, em consequência da ação do tempo. Em decorrência há uma perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente que leva o organismo a uma maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por conduzi-lo à morte.

Segundo Dudas (1989), “o envelhecimento é um processo complexo, gradual e contínuo através da vida. É um processo irreversível, caracterizado por desenvolvimento e maturação do ponto de vista físico, social e psicológico. Há um decréscimo gradual das funções orgânicas, nas últimas décadas do tempo de vida normal que pode ou não ser associado ao decréscimo da capacidade funcional psicológica.”

Definimos envelhecimento como um processo natural e individual de cada ser humano. Sendo influenciado pela constituição genética, pela cultura, fatores ambientais e por hábitos de saúde acumulados ao longo de toda a vida.

V - METODOLOGIA

Apresentaremos neste capítulo, a metodologia escolhida para desenvolver a nossa prática assistencial. Neste faremos a caracterização geral do local de estudo, Hospital Universitário e ambulatório, dos critérios de seleção do cliente para consulta de Enfermagem e visita domiciliar (população alvo), dos critérios de proteção dos direitos humanos e do processo de enfermagem.

O Hospital Universitário está localizado no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, no bairro da Trindade, no município de Florianópolis - SC. Este foi inaugurado em 02 de maio 1980, funcionando como órgão complementar da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, sendo diretamente subordinado a reitoria. Foi programado, projetado e construído para cumprir as diretrizes recomendadas pela Comissão de ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura - MEC. Tem características tais como: Hospital Geral prestando assistência médica gratuita, ensino na área de saúde e desenvolvimento de pesquisa. Presta assistência à nível primário (ambulatório), secundário e terciário principalmente para micro região de Florianópolis.

O ambulatório do Hospital Universitário - HU, proporciona atendimento à diversas especialidades como: Cardiologia, Pneumologia, Nefrologia, Hematologia, Endocrinologia, Reumatologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Neurologia, Geriatria, Genética, Homeopatia, Alergista, Psiquiatria, Oncologia, Ortopedia, Ginecologia, Tocoginecologia, Clínica Médica, Saúde do Trabalhador, etc. Além dessas especialidades a população conta com atendimento de Psicólogos, Enfermeiros, Nutricionistas e Assistentes Sociais.

O hospital Universitário atende uma média diária de 695 pacientes, sendo que destes 354 são atendidos através do ambulatório, 319 via emergência e 22 internações. Mensalmente o Grupo Interdisciplinar de Gerontologia atende uma média de 86 clientes, sendo 65 consultas e 21 reconsultas.

O fluxo dos pacientes a nível ambulatorial procede da seguinte maneira: o paciente marca a consulta no Serviço de Prontuário do Paciente - SPP conforme sua necessidade. É

atendido pelo médico ou outro profissional, e se este achar necessário pede para o cliente retornar ou faz um encaminhamento aos demais profissionais.

Fotos do Hospital Universitário e Ambulatório B.



O cliente idoso quando consulta com qualquer uma das especialidades pode ser encaminhado para uma avaliação geriátrica no ambulatório B e começar a freqüentar as reuniões do GIG ou os programas desenvolvidos pelo ambulatório B, tais como o programa de Diabetes e Hipertensão.

Utilizamos como critérios de seleção para consulta de enfermagem e visita domiciliar, clientes com faixa etária de 50 anos e mais e de ambos os sexos. Ainda priorizamos cliente com degenerescência decorrente de doenças crônicas e que sejam residentes na Grande Florianópolis. Executamos no decorrer da prática assistencial um total de sessenta e sete consultas de enfermagem e seis visitas domiciliares à clientes priorizados, conforme critérios estabelecidos.

Com relação a proteção dos Direitos Humanos seguimos o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde no Capítulo IV - Dos Deveres, o Art. 26 diz que o enfermeiro deve “ *Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer..*” o Art. 27 cita como dever do enfermeiro “*respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem estar*” e o Art. 28 coloca que o enfermeiro deve “*Respeitar o natural pudor, a privacidade e intimidade do cliente*”. Ainda relacionado a proteção dos Direitos Humanos, informamos a todos os clientes que por nós passaram, primeiramente nossos respectivos nomes e nossa condição de acadêmicas de Enfermagem em fase de conclusão de curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina ; a importância dos clientes para o alcance dos objetivos deste trabalho; garantir sigilo acerca da identificação do cliente, patologia, bem como outras informações pessoais; garantir liberdade acerca da escolha de colaborar ou não com o trabalho.

No Hospital Universitário o método de assistência de enfermagem está fundamentado na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e no Prontuário Orientado para o Problema (POP), baseado no sistema WEED. Este método contém quatro etapas: Histórico de Enfermagem, Plano Inicial, Prescrição e Evolução de Enfermagem.

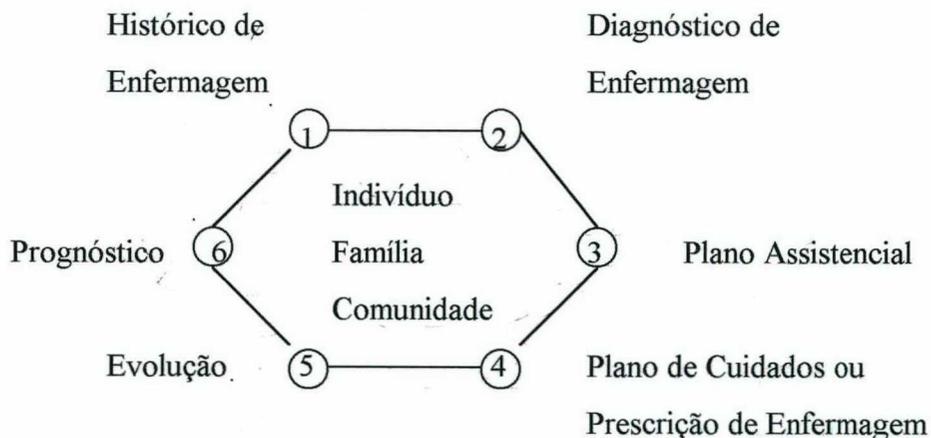
No Ambulatório B do Hospital Universitário, o registro das consultas de enfermagem é feito sob a forma de evolução. Para realização da Consulta de Enfermagem, reelaboramos o instrumento pertencente ao ambulatório para coleta de dados, no qual consta a identificação do cliente; registro de suas percepções e expectativas acerca da

patologia e do tratamento oferecido; levantamento de suas necessidades básicas, hábitos de saúde e um exame físico completo. A partir dos dados obtidos fizemos a identificação dos problemas de Enfermagem e elaboramos um plano assistencial juntamente com o cliente. (ANEXO 1)

A partir da Consulta de Enfermagem, de acordo com a necessidade, selecionamos alguns clientes para realização de Visita Domiciliar. Para tal elaboramos um instrumento específico que nos permitiu identificar a situação sócio-cultural do cliente, visando a elaboração de um plano assistencial de acordo com a realidade apresentada. (ANEXO 2)

Os instrumentos propostos foram elaborados de acordo com o Processo de Enfermagem apresentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Para a aplicabilidade da Teoria das Necessidades Humanas Básicas a autora propõe a utilização do Processo de Enfermagem e esta o define como a dinâmica das ações sistematizadas, visando a assistência ao ser humano. Caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. Horta descreve os passos do processo de Enfermagem, conforme ilustração abaixo.



Tendo em vista a metodologia utilizada pelo ambulatório do Hospital Universitário - HU e que a nossa prática assistencial foi desenvolvida a nível ambulatorial utilizamos do Processo de Enfermagem somente os seguintes passos: (vide ilustração a seguir)

1. O primeiro passo do processo de Enfermagem é o *Histórico de Enfermagem*; definido como um roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

2. **Plano Assistencial:** é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante dos problemas identificados, que nada mais são do que as necessidades humanas básicas afetadas. Este plano assistencial é sistematizado em termos do conceito de assistir em enfermagem, isto é, encaminhamentos, supervisão, orientação, ajuda e execução de cuidados.
3. **Evolução de Enfermagem** é evolução a cada consulta ou visita domiciliar das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a resposta do ser humano à assistência de enfermagem implementada.

PASSOS ADOTADOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM



Ainda de acordo com a metodologia do Hospital Universitário, utilizamos como forma de registro o SISTEMA WEED. Este modelo está subdividido em quatro componentes: banco de dados iniciais; lista de problemas ou diagnóstico; plano terapêutico ou assistencial; evolução. Com relação à enfermagem em termos de processo, o histórico de enfermagem, corresponde ao primeiro componente do modelo; o diagnóstico de enfermagem, ou seja, a listagem das necessidades humanas básicas afetadas que requerem a intervenção de enfermagem corresponde ao segundo componente; o plano de cuidados de enfermagem corresponde ao terceiro componente, e a avaliação do plano implementado e levantamento de novos problemas correspondem ao componente evolução.

Neste componente cada problema tem sua evolução relatada segundo as letras da sigla SOAP ou seja:

S = dados subjetivos são as informações e observações do paciente (família, amigos ou responsáveis) sobre ele mesmo, ou seja: o que o paciente sente, observa e/ou acredita ser.

O = dados objetivos são observações ou dados mensuráveis, obtidos por elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem, tais como observações clínicas (sinais, sintomas) resultado de exames que requerem ações de enfermagem, resultados da execução de cuidados, tratamentos, orientações, etc...

A = a análise explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos. Aqui o profissional registra sua opinião sobre como definir o problema num grau de maior precisão. Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada e a identificação de novos problemas. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta.

P = o plano representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise. O enfermeiro prescreve e evolui sobre o paciente como um todo, sendo todos os problemas de enfermagem incluídos no número 1.

VI - AVALIANDO OS OBJETIVOS PROPOSTOS

OBJETIVOS:

GERAL: Compreender o processo de envelhecimento com a finalidade de planejar, implementar e avaliar uma proposta assistencial à clientes idosos portadores de doenças crônicas no ambulatório do Hospital Universitário - HU, estendendo-se ao domicílio através de visitas domiciliares com vistas a contribuir para minimizar internações e reinternações, tendo como marco referencial a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e a Relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee.

ESPECÍFICOS:

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
1 . Revisar bibliografias pertinentes a área com finalidade de se inteirar do processo de envelhecimento, suas manifestações biopsicossociais e cuidados de enfermagem, visando prestar uma assistência de enfermagem mais qualificada;	A prática assistencial na enfermagem exige um conhecimento prévio de seus conceitos para melhor cuidar do indivíduo. Na área específica do idoso é necessário uma revisão de temas gerais e específicos, tais como: <ul style="list-style-type: none"> • Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta; • Teoria da Relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee; • Aspectos biopsicossociais da Terceira Idade; • Cuidados de Enfermagem 	Considerar-se-á alcançado tal objetivo quando as acadêmicas esgotarem seus conhecimentos acerca da bibliografia pertinente a área.

Para alcançar objetivo proposto realizamos um estudo bibliográfico acerca das manifestações biopsicossociais do processo de envelhecimento humano.

No decorrer do estágio sentimos a necessidade de aprofundar nossos conhecimentos relacionados a patologias comumente observadas em idosos, tais como Osteoporose, HAS, DM, Artrite/Artrose, Depressão, Alzheimer, entre outros. A síntese dessas patologias e seus respectivos cuidados de Enfermagem encontram-se no ANEXO 3.

Para melhor aplicabilidade da nossa prática assistencial realizamos um estudo mais detalhado acerca das teorias adotadas. No decorrer de nossa graduação tivemos a oportunidade de conhecer e aplicar essas teorias, o que facilitou nossa compreensão e aplicação do marco conceitual utilizado.

Ao término de nossa prática assistencial, verificamos que o objetivo proposto foi alcançado, uma vez que com a revisão bibliográfica realizada conseguimos prestar uma assistência de enfermagem de maior qualidade.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
<p>2 . Realizar Consulta de Enfermagem no Ambulatório do Hospital Universitário à clientes idosos utilizando o marco referencial baseado em Wanda de Aguiar Horta e Joyce Travelbee.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reelaborar um instrumento para o histórico de enfermagem a partir do Marco Conceitual adotado, a fim de direcionar a Consulta de Enfermagem; • Apresentar-se ao cliente, informar o motivo da realização do trabalho, bem como nossos objetivos; • Solicitar permissão do cliente para realização da consulta utilizando dados no trabalho proposto; • Colher o histórico de enfermagem utilizando o instrumento previamente elaborado; • Prestar assistência ao cliente conforme necessidade humana básica afetada e o plano assistencial; • Registrar todos os passos da consulta de enfermagem segundo o método adotado. 	<p>O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem efetuar no mínimo de 20 consultas cada uma, no decorrer do estágio.</p>

Para alcançar esse objetivo, partimos do marco conceitual onde reelaboramos um instrumento, a fim de direcionar a consulta de enfermagem e facilitar o registro da mesma.

Ao início de cada consulta, fazíamos nossa apresentação ao cliente, informando o motivo e objetivos da realização de nosso trabalho. A seguir solicitávamos autorização para execução e registro das mesmas.

Nessas consultas, atendemos clientes que participavam pela primeira vez do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia (GIG), onde de acordo com nosso objetivo, o registro se deu através de Histórico de Enfermagem e Evolução (SOAP). De acordo com o levantamento das Necessidades Humanas Básicas afetadas, agendamos juntamente com o cliente uma reconsulta, onde tivemos a oportunidade de avaliar a evolução do quadro clínico apresentado e eficácia das orientações fornecidas anteriormente.

No decorrer de nossa prática assistencial realizamos um total de 67 consultas de enfermagem, sendo 54 consultas novas e 13 reconsultas.

A seguir apresentaremos um quadro com o resumo das consultas realizadas.

1ª. Cons.	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		R.A.C	F	53	Florianópolis	DM. II Osteoporose Úlcera Gástrica Hérnia Discal	Polidipsia, poliúria, desconforto gástrico, diminuição da acuidade visual, dores ósseas e articulares, insônia.	Orientada sobre sinais de hipo/hiperglicemia; dieta; prevenção de quedas; consulta oftalmológica. Encaminhada para nutricionista.
X		E.V.S.	F	62	Florianópolis	Depressão HAS	Idéia de suicídio, complexo com a aparência, anorexia, tontura, constipação, diminuição da acuidade visual com ardência e lacrimejamento, varizes MMII, dor MMII.	Orientada sobre dieta, exercício físico, prevenção de quedas. Encaminhada para nutricionista, psicóloga e oftalmologista. Oferecido apoio emocional.
X		N.F.M	F	67	Florianópolis	Osteoartrite Lombalgia Cefaléia	Cefaléia, dor e amortecimento MMII, anorexia, tontura, esquecimento.	Orientada sobre prevenção de quedas, exercício de memorização, postura corporal, exercício físico. Encaminhada para Geriatria e Ginecologista.

1ª Cons.	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		MJOP	F	56	Palhoça	Sem diagnóstico	Tontura, esquecimento, dores articulares, cefaléia, dores articulares.	Orientada sobre exercício físico, prevenção de quedas, exercício de memorização. Encaminhada para Geriatria.
X		M L.P.	F	68	Florianópolis	HAS DPOC	Tontura, nervosismo, preocupação com a auto-imagem, diminuição da acuidade visual,	Orientada sobre dieta, realização de caminhadas, prevenção de quedas, importância de procurar oftalmologista. Oferecido apoio emocional
X		LMC	F	56	São José	Rinite Alérgica Labirintite	Esquecimento, tontura, diminuição da acuidade visual e auditiva, dores articulares, lesão em punho direito, frigidez sexual.	Orientada sobre atividade física com moderação, prevenção de quedas, exercícios de memorização. Encaminhada para consulta Oftalmologista, Otorrinolaringologista e ginecologista.

1ª Cons.	Recons	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		HSD	F	74	São José	Osteoartrose HAS Cefaléia	Prisão de ventre, insônia, tontura, dor de cabeça, diminuição da capacidade gustativa, acuidade visual, esquecimento, rigidez articular.	Orientada sobre dieta, atividade física, prevenção de quedas, exercício para memória. Encaminhada para oftalmologista.
	X	HSD	F	74	São José	Osteoartrose HAS Cefaléia	Insônia, tontura, dor de cabeça, diminuição da capacidade gustativa e visual, esquecimento e rigidez articular, preocupação com a doença	Questionada sobre eficácia das orientações fornecidas em consulta anterior. Reforçado as orientações. Informado sobre a doença e seus respectivos cuidados. Oferecido apoio emocional.
X		CMB	F	73	Florianópolis	Escoliose Incontinência Urinária Dislipidemia	Insônia, episódio de esquecimento, diminuição da acuidade visual, varizes MMII, hematoma discreto em perna direita.	Encaminhada para consulta Geriátrica e Oftalmológica. Orientada sobre a prevenção de quedas, exercícios para memória, dieta, atividade física.

1ª Cons.	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		MDM	F	65	Florianópolis	HAS DM	<p>Polidipsia, Poliúria, boca seca, saliva espessa, insônia, cansaço, falta de ar, dormência em perna direita, ansiedade e preocupação, diminuição da acuidade visual.</p>	<p>Levantado conhecimento prévio sobre a doença. Orientado sobre sinais de hipo e hiperglicemia, dieta, caminhadas, prevenção de quedas. Encaminhada para consulta Geriátrica e Oftalmológica.</p>
	X	MDM	F	65	Florianópolis	HAS DM	<p>Polidipsia, Poliúria, boca seca, saliva espessa, insônia, cansaço, falta de ar, dormência em perna direita, diminuição da acuidade visual.</p>	<p>Verificar cumprimento das orientações fornecidas em consulta anterior. Reforçado orientações sobre dieta, atividade física, prevenção de quedas, sinais de hipo e hiperglicemia.</p>
X		EMPS	F	66	Florianópolis	Bursite	<p>Derrame ocular, dores articulares, episódio de esquecimento, diminuição da acuidade visual, Filha com problemas de depressão e agressividade.</p>	<p>Levantado conhecimento prévio sobre a doença. Orientado quanto a exercícios de memória, atividade física com moderação, prevenção de quedas. Encaminhada para consulta Oftalmológica e Geriátrica.</p>

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
	X	EMPS	F	66	Florianópolis	Bursite	Dores articulares à movimentação, esquecimento.	Reforçado exercícios para memória, cuidados para prevenção de quedas e atividades diárias com moderação. Questionada se as orientações fornecidas anteriormente foram seguidas.
X		AROM	F	60	São José	DM Artrose	Polidipsia, Poliúria, Varizes esquecimento, dores articulares, diminuição da acuidade visual.	Avaliado conhecimento prévio acerca da doença. Orientada sobre dieta, exercício físico, sinais de hipotensão e hiperglicemia, exercício de memorização, prevenção de quedas
	X	AROM	F	60	São José	DM Artrose	Polidipsia, Poliúria, Varizes esquecimento, dores articulares, diminuição da acuidade visual. Coceira nos pés.	Reforçado orientações fornecidas na consulta anterior. Questionada se as orientações estão sendo seguidas. Encaminhada para Dermatologista.

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		DSN	F	71	Florianópolis	Osteoporose Osteoartrose	Dores articulares, preocupação com a doença, esquecimento	Levantado conhecimento prévio da doença. Orientada sobre osteoporose, osteoartrose e respectivos cuidados, prevenção de quedas, exercício para memória, oferecido apoio emocional.
	X	DSN	F	71	Florianópolis	Osteoporose Osteoartrose	Dores articulares, preocupação com a doença, esquecimento	Avaliado estado emocional, oferecido apoio. Questionada sobre o cumprimento e eficácia das orientações fornecidas em consulta anterior. Reforçado as orientações.
X		AS	F	82	São José	Osteoporose Depressão Síndrome de Impacto Ombro	Tristeza, Dor articular, preocupação com provável cirurgia, fraqueza, tontura, dor e queimação MMII, perda da visão.	Oferecido apoio emocional. Orientada sobre prevenção de quedas, encaminhada para psicóloga e oftalmologista.
	X	AS	F	82	São José	Osteoporose Síndrome de Impacto Ombro	Tristeza, indecisão sobre a cirurgia, insônia, hematoma perna enfaixada.	Informada sobre o risco / benefício da cirurgia.; cuidados com as pernas.

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		EHC	F	80	Florianópolis	HAS	Prisão de ventre, insônia; esquecimento; diminuição da acuidade visual, dor de cabeça, dor nas costas.	Levantado conhecimento prévio acerca da doença. Orientado sobre dieta, exercício físico; prevenção de quedas, exercício de memorização. Encaminhada para consulta geriátrica exame preventivo. Verificado possibilidade de realizar visita domiciliar.
	X	EHC	F	80	Florianópolis	HAS	Prisão de ventre, insônia; esquecimento; diminuição da acuidade visual, dor de cabeça, dor nas costas	Reforçado orientações fornecidas em consulta anterior.
X		AMF	F	60	Florianópolis	DM HAS Bursite	Polidipsia, poliúria, prisão de ventre, tontura, insônia, perda da acuidade visual, corrimento vaginal, preocupação com a doença.	Levantado conhecimento prévio sobre a doença. Oferecido apoio emocional. Orientado sobre dieta, prevenção de quedas, sinais de hipo e hiperglicemia. Encaminhada para Oftalmologista, geriatra e para exame ginecológico.

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médica	Problemas levantados	Plano Assistencial
	X	AMF	F	60	Florianópolis	DM HAS Bursite	Polidipsia, poliúria, prisão de ventre, tontura, insônia, perda da acuidade visual, corrimento vaginal, preocupação com a doença.	Avaliado eficácia e cumprimento das orientações fornecidas. Reforçado orientações.
X		VI	M	68	Florianópolis	HAS Cardiopatia	Diminuição da acuidade visual, esquecimento, preocupação com genro que é etilista e está desempregado	Levantado conhecimento prévio da doença. Orientado sobre dieta, exercício físico e de memorização, prevenção de quedas. Encaminhado para Oftalmologista e Geriatria. Informado sobre grupos de apoio para alcoólatras.
	X	VI	M	68	Florianópolis	HAS Cardiopatia	Diminuição da acuidade visual, esquecimento, preocupação com genro que é etilista e está desempregado	Reforçado orientações fornecidas em consulta anterior. Oferecido apoio emocional.
X		NGS	F	82	Florianópolis	Osteoporose Hipercolesterolemia	Dor em MMII, Nervosismo, Insônia	Orientado sobre: o que é a doença, fatores de risco, dieta, exercício físico, banho de sol, encaminhado para geriatra

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		SFO	F	70	Florianópolis	HAS Bronquite Osteoporose Obesidade Artrose Gastrite Litíase Biliar	Dispnéia; insônia; nervosismo, conflitos familiares; dor precordial aos esforços.	Revisado conhecimento prévio; reforçada orientação sobre dieta; dado apoio emocional; encaminhada para geriatria.
X		TL	F	65	Florianópolis	Osteoporose Úlcera Duodenal	Esquecimento; dor MMII; tontura.	Levantado conhecimento prévio, orientada sobre dieta; prevenção de quedas; encaminhada para nutricionista.
X		NMI	F	56	Florianópolis	Osteoporose Reumatismo, Sinusite hipercolesterolemia Obesidade	Dermatite região sacra; angústia por problemas familiares, fezes ressequidas; flatulência; falta de visão.	Levantado conhecimento prévio acerca de seus problemas. Orientado sobre dieta; encaminhadas. Encaminhado para consulta geriátrica e oftalmológica.
X		OFC	F	67	Florianópolis	Osteoporose Glaucoma	Dores articulares	Orientada sobre dieta rica em cálcio, banhos de sol; encaminhadas; prevenção de quedas.

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		MCAF	F	72	Palhoça	Osteoporose Hipercolesterolemia hipertriglicerolemia	Dores ósseas, mal estar, falta de vontade para viver.	Levantamento prévio de conhecimentos. Orientada sobre fatores de risco para quedas; dieta; caminhadas, banhos de sol; encaminhada para consulta geriátrica e psicóloga.
X		LSF	F	63	Florianópolis	Osteoporose Sinusite	Dores no corpo; conflito com o marido; nervosismo; angústia; fezes ressequidas.	Levantado conhecimento prévio. Orientado sobre dieta; exercícios; sol e prevenção de quedas.
X		NG	F	51	Florianópolis	HAS Incontinência Urinária	Dor na bexiga; constipação intestinal.	Orientado sobre dieta laxativa e hipossódica.
X		AM	M	65	Florianópolis	DM	Perda de peso; dor nas pernas; boca seca; muita sede.	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física.
X		JOV	M	72	Florianópolis	Cardiopata Obesidade HAS	Urina muito; cansaço.	Orientada para fazer caminhadas regulares.

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		MLS	F	67	Florianópolis	Osteoporose Gastrite	Dores no corpo; boca amarga	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física
X		DSF	F	65	Palhoça	Osteoporose Artrite	dor em hipocôndrio esquerdo; angústia (filho drogado); urgência urinária; insônia; nervosismo	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física. oferecido apoio emocional.
X		IG	F	63	Colônia Santana	Esteatose hepática DM	Muita sede; urina muito; fraqueza; tontura; visão turva.	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física
X		MCF	F	52	Florianópolis	Sem diagnóstico	Dor MMII; cansaço aos esforços; dor estômago.	Orientada sobre caminhadas diárias, evitar comidas ácidas e condimentadas; erguer MMII.
X		MS	F	60	Florianópolis	HAS	Eczema MID com prurido; dor nas costas; catarro preso; falta de visão.	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física
X		ML	F	69	Florianópolis	Osteoporose	Mal estar; indisposição; desanimo; preocupação; tristeza.	Oferecido apoio emocional

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
	X	ML	F	69	Florianópolis	Osteoporose	Dor na ponta das costelas; tristeza	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física
X		LS	F	63	Florianópolis	Osteoporose Sinusite	Nervosismo; tristeza; depressão; insônia; dores ósseas.	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física
X		LML	F	61	Florianópolis	Osteoporose Asma	Dor em perna D e quadril; nervosismo; falta de ar.	Orientada para colocar compressa gelada em ombro.
X		DVP	F	52	Florianópolis	Bursite	Dor fêmur direito e ombros.	Orientado sobre prevenção de quedas, alimentação saudável; atividade física
X		MZS	F	65	Florianópolis	Litíase Biliar Artrite Hérnia de estômago Hipercolesterolemia Osteoporose	Nervosismo; coceira nos pés e vagina; dor nas costelas.	Orientado sobre dieta; atividade física; prevenção de quedas.

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		POM	F	74	Florianópolis	HAS Estenose aórtica Depressão	Tontura, quedas, insônia; dor pernas; nervosismo	Orientado sobre: dieta; exercício físico; banho de sol. Oferecido apoio emocional.
X		MSM	F	73	Bombinhas	HAS Osteoporose Osteoartrose	Peso e queimor nos braços e mãos; boca amarga; cansaço.	Orientado sobre dieta hipossódica; atividade física, osteoporose, prevenção de quedas.
	X	MSM	F	73	Bombinhas	HAS Osteoporose Osteoartrose	Peso e queimor nos braços e mãos;	Reforçado orientações fornecidas na consulta anterior.
X		ZS	F	64	Florianópolis	HAS	Problemas familiares; cansaço; tristeza; dor de cabeça; insônia.	Orientada sobre: alimentação saudável, caminhadas, atividades de lazer.
X		CNL	F	50	São José	Osteoartrose ; Osteopenia Inc. Urinária	Dor coluna; dor e queimor na perna; dificuldade para respirar, tosse; insônia	Orientada sobre dieta, atividade física, prevenção de quedas.
X		NMI	F	56	Florianópolis	Gastrite Obesidade	Dor coluna e articulações	Orientado sobre dieta hipossódica; osteoporose, prevenção de quedas Encaminhado para nutricionista

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		JAAM	M	66	Florianópolis	Demência Incipiente	Dor nos braços e pernas;; tontura; perda de equilíbrio; manchas no rosto.	Orientado sobre dieta hipossódica; atividade física, osteoporose, prevenção de quedas. Encaminhado para Dermatologista.
X		BK	M	64	Florianópolis	Hipercolesterolemia	Tosse, dores articulares.	Orientado sobre dieta, atividade física, prevenção de quedas
X		IAFF	F	71	Florianópolis	Precordialgia	Problemas familiares; tosse	Orientado sobre dieta hipossódica; atividade física, osteoporose, prevenção de quedas.
	X	IAFF	F	71	Florianópolis	Precordialgia	Problemas familiares;	Reforçado orientações. Dado apoio emocional
X		EMS	F	81	Florianópolis	Osteoartrose Catarata Inc. Urinária HAS	Dor perna direita	Orientado sobre dietas caminhadas e hipossódica
X		AT	F	62	Florianópolis	HAS	Dores articulares; constipação intestinal.	Orientado sobre atividade física; encaminhada para preventivo..

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
X		NAM	F	60	Florianópolis	Osteoporose Osteartrose Artrose	Dorme muito pouco; cansaço; falta de apetite	Orientada sobre a importância de bons hábitos de sono e repouso e uma alimentação adequada.
	X	NAM	F	60	Florianópolis	Osteoporose Osteoartrose Artrose	Dorme pouco.	Orientada sobre dieta, atividade física; reforçado orientações fornecidas em consulta anterior.
X		MVS	F	79	Florianópolis	HAS Obesidade	Dor nas pernas e na coluna	Informada sobre dieta; oferecido apoio emocional.
X		LLV	F	71	Florianópolis	Osteoporose Osteoartrose Depressão	Insônia; constipação intestinal; dor em ombro direito.	Orientada sobre dieta rica em cálcio; encaminhada para realizar preventivo; orientada sobre risco de queda; oferecido apoio emocional.
X		AVS	F	66	Florianópolis	hipertireoidismo Osteoporose Inc. Urinária Varizes MMII	Cãibras; prurido nas pernas; ardência para urinar; escape de urina.	Orientada sobre Osteoporose; prevenção de quedas; dieta adequada; caminhadas.

1ª Cons	Retorno	Nome	Sexo	Idade	Procedência	Diag. Médico	Problemas levantados	Plano Assistencial
	X	AVS	F	66	Florianópolis	hipertireoidismo Osteoporose Inc. Urinária Varizes MMII	Cãibras; prurido nas pernas; ardência urinária; escape de urina.	Reforçado orientações fornecidas em consulta anterior
X		MGS	F	50	Gov. Celso Ramos	Lombalgia HAS	Dor na coluna	Encaminhada para nutricionista; Orientada sobre dieta; exercício físico..

Durante o atendimento prestado aos clientes idosos registramos suas principais queixas. Para demonstrar a incidência desses sintomas, achamos relevante a construção de uma tabela

Tabela demonstrativa da incidência dos sinais e sintomas encontrados nos 54 pacientes atendidos nas consultas de enfermagem.

<i>SINAIS E SINTOMAS</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
	<i>CASOS</i>	<i>CASOS</i>
Angústia / Tristeza	29	53
Dores Ósseas / Musculares	28	51
Diminuição da Visão	17	31
Tontura	14	25
Insônia	14	25
Dores Articulares	13	24
Esquecimento	11	20
Nervosismo	10	18
Constipação Intestinal	10	18
Cansaço	09	16
Muita sede	06	11
Aumento da frequência urinária	06	11
Queimor e Amortecimento MMII	05	09
Dor de cabeça	05	09
Boca Amarga	05	09
Falta de ar	04	07
Tosse	04	07
Frigidez Sexual	03	05
Hematoma subcutâneo	03	05
Prurido no corpo	03	05
Falta de apetite	02	03
Perda de peso	01	01
Aumento do apetite	01	01
Corrimento e ardência vaginal	01	01

Através de uma pesquisa aos prontuários dos clientes atendidos, fizemos um levantamento das patologias (Diagnóstico Médico) que mais incidiram. Para melhor explanação elaboramos a tabela a seguir.

Tabela demonstrativa da incidência de patologias encontradas nos 54 pacientes atendidos na consulta de enfermagem.

PATOLOGIA	N^o	%
	CASOS	CASOS
Osteoporose	21	38
HAS	18	33
Doenças Reumáticas	18	33
Hipcolesterolemia	07	12
DM	07	12
Gastrite	06	11
Depressão	05	09
Incontinência Urinária	05	09
Obesidade	05	09
Cardiopatias	04	07
Lombalgia	04	07
Dermatite	04	07
DPOC	03	05
Sinusite	03	05
Litíase Biliar	02	03
Dislipidemia	02	03
Catarata/Glaucoma	02	03
Varizes MMII	02	03
Demência Incipiente	01	01
Labirintite	01	01
Rinite Alérgica	01	01
Hipertriglicerolemia	01	01
Sem Diagnóstico Médico	03	05

Quanto ao número de doenças associadas ocorreu uma média de 2,3 doenças por paciente, sendo que 09 pacientes apresentaram uma patologia e 42 pacientes apresentaram duas ou mais patologias, sendo que tres pacientes não apresentavam diagnóstico médico.

Observamos que muitas das queixas relatadas pelos clientes estão relacionadas com a patologia de base. Logo, verificamos a importância de conhecer as manifestações clínicas de cada patologia, a fim de implementar uma melhor assistência de enfermagem.

Consideramos o objetivo alcançado, pois superamos o número de consulta proposto, uma vez que conseguimos colher o histórico do cliente, utilizando o instrumento elaborado, identificando Necessidades Humanas Básicas afetadas. Elaboramos um plano assistencial em conjunto com o cliente, registrando as etapas da consulta. Sempre que necessário encaminhamos os clientes aos demais profissionais.

A realização deste objetivo possibilitou-nos um grande aprendizado acerca da consulta de enfermagem, uma vez que conseguimos fazer um elo entre a teoria adotada e a nossa prática assistencial. Outro aspecto gratificante, foi a valorização que tivemos por parte dos clientes atendidos, mostrando-nos que as orientações fornecidas serviram para a promoção de uma melhor qualidade de vida.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
3 - Identificar o conhecimento prévio que o indivíduo e ou família possui acerca de seu estado de saúde/doença;	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a realização da consulta de enfermagem e da visita domiciliar fazer perguntas abertas ao cliente e/ou familiar, a fim de estimular a expressão de seus conhecimentos; • Ouvir e valorizar as informações, crenças e valores do cliente e familiar acerca das questões relativas ao processo saúde/doença. 	Este objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem um diálogo aberto com o cliente e/ou familiar podendo assim, identificar os conhecimentos acerca de seu estado de saúde/doença.

Tendo em vista objetivos 3 e 4 estarem relacionados, resolvemos avaliá-los conjuntamente, a fim de facilitar a compreensão.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
4 . Avaliar a necessidade de cuidados de enfermagem a luz do referencial teórico escolhido, visando prestar uma assistência individualizada e humanizada.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar no decorrer da consulta de enfermagem e da visita domiciliar as necessidades humanas básicas afetadas, a fim de direcionar a assistência de enfermagem; • Identificar quais as necessidades humanas básicas afetadas que são prioritárias para o cliente/familiar. • Definir junto com o cliente/familiar as medidas a serem tomadas visando compensar as necessidades humanas básicas afetadas. 	O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem identificar e priorizar as necessidades humanas básicas afetadas, estabelecendo um encaminhamento correto as mesmas.

Durante a realização da consulta de enfermagem, visita domiciliar e palestras na sala de espera, procuramos ao máximo identificar conhecimentos do cliente e/ou família acerca do seu estado de saúde/doença.

Procuramos, sempre que possível, questionar de forma aberta valorizando informações, crenças e valores, estabelecendo assim uma melhor relação com o cliente, visando uma assistência mais humanizada.

Para melhor elucidar, selecionamos alguns depoimentos relatados a partir de nossa prática assistencial, como por exemplo:

“...meu genro é alcoólatra porque recebeu um encosto de um espírito alcoólatra...”

“...osteoporose é quando o osso fica furadinho né?..”

“...minha filha morreu porque eu dei remédio de vermes na lua cheia...”

“...estou ficando tão enrugada que já não me olho mais no espelho..”

“...já vivi bastante, agora só estou dando trabalho aos outros..”

“...apesar das minhas doenças, me sinto bem, quero viver bastante pra continuar fazendo o que eu gosto..”

“...estou ansiosa, o médico falou que eu tenho osteoartose e eu nunca ouvi falar sobre esta doença...”

“... estou decepcionada com a minha idade, tenho medo que minha doença piore....não quero dar trabalho pra minha família..”

“...tô cansada, sem vontade de fazer as coisas, não tenho fome, nem sono, acho que eu tô com depressão de novo..”

“...saúde para mim é poder fazer o meu serviço da casa...”

“...sinto-me doente porque não me entendo com minha filha..”

A partir das informações fornecidas pelo cliente e da nossa percepção frente a esses, identificamos as Necessidades Humanas Básicas afetadas, logo implementamos um plano de cuidados juntamente com o cliente, uma vez que a forma de percepção frente a situação saúde/doença se dá de maneira diferente entre profissional e cliente.

Conseguimos perceber a importância de dar espaço para o cliente expressar suas angústias, dúvidas, medos, crenças, valores e hábitos de vida. Pois conhecendo melhor o cliente conseguimos realizar consultas de enfermagem e/ou visitas domiciliares de maneira mais individualizada e humanizada, prestando assim uma assistência direcionada às suas Necessidades Humanas Básicas afetadas.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
5 . Discutir com o cliente, o familiar e com a equipe os cuidados com a saúde, ambiente, tratamento médico conforme as Necessidades Humanas Básicas afetadas tendo em vista os objetivos da enfermagem em desenvolver a relação pessoa-pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> • A partir do conhecimento prévio do cliente e/ou familiar fornecer orientações que minimizem dúvidas acerca dos cuidados de saúde; • Questionar com o cliente e/ou familiar se as orientações fornecidas foram assimiladas; • Readequar as orientações conforme se fizer necessário. 	O objetivo será alcançado quando as acadêmicas fornecerem orientações necessárias para o cliente o/ou familiar ao nível de sua compreensão.

Após identificarmos o conhecimento do cliente (método descrito no objetivo 3), fizemos o levantamento de suas Necessidades Humanas Básicas afetadas. A partir disso, juntamente com o cliente e/ou familiar e com a equipe elaboramos um plano assistencial, visando uma melhor qualidade de vida.

Durante a realização das consultas discutimos com o cliente/familiar se as orientações fornecidas em consulta anterior estão sendo seguidas corretamente, além de verificar se estas orientações trouxeram modificações na sua situação saúde/doença. Sempre que necessário fizemos uma readequação das orientações fornecidas.

Julgamos este objetivo realizado, uma vez que tivemos a oportunidade de identificar as necessidades dos clientes, fornecendo orientações ao nível de sua compreensão, minimizando suas dúvidas e trazendo melhoria para seu bem-estar.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
<p>6 Realizar Visita Domiciliar à clientes idosos portadores de doenças crônicas atendidos no ambulatório, a fim de conhecer a realidade do contexto familiar e rever a adequação das condutas prescritas no ambulatório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Acrescentar ao instrumento itens que permitam avaliar condições ambientais, físicas, sócio-cultural e em especial verificar sua capacidade para o auto-cuidado nas atividades da vida diária; - Selecionar clientes para Visita Domiciliar de acordo com as Necessidades Humanas Básicas afetadas, a partir da Consulta de Enfermagem e indicações feitas nas reuniões do Grupo Inter-disciplinar de Gerontologia - GIG, - Verificar com o cliente a possibilidade da realização da visita com data e horário pré-estabelecidos; - Cada acadêmica fará no mínimo duas (02) visitas domiciliares, levando ao indivíduo/família, assistência e orientação sobre saúde; as quais contribuirão para o relatório; - Realizar a visita domiciliar e aplicar o processo de enfermagem adotado; - Prestar atendimento as necessidades humanas básicas afetadas ou potencialmente comprometidas visando torná-lo auto-suficiente; - Estimular a participação dos familiares no atendimento ao cliente para através de sua colaboração recuperar e manter o bem-estar do idoso; 	<p>O objetivo será alcançado quando as acadêmicas conseguirem realizar no mínimo duas visitas domiciliares cada, e se as mesmas conseguirem aplicar o instrumento, obtendo os dados desejados e prestando assistência necessária ao cliente/família.</p>

Para alcançarmos este objetivo, selecionamos clientes a partir das consulatas de enfermagem e de indicações feitas nas reuniões do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia (GIG), de acordo com as suas Necessidades Humanas Básicas afetadas.

A fim de melhor direcionar a visita e o registro da mesma, elaboramos um instrumento contendo identificação e condições de saúde do cliente/família, previamente levantados na consulta de enfermagem e/ou GIG, além dos objetivos da visita.

As visitas realizadas foram marcadas com antecedência, sendo data e horário estabelecidos pelo cliente. Durante este encontro conversávamos com o cliente, deixando-o ciente que a visita a ser realizada tinha como objetivo identificar e avaliar condições ambientais, físicas, sócio-cultural em geral e verificar sua capacidade para o auto-cuidado nas atividades da vida diária. O plano de cuidados foi discutido com o cliente/família, visando recuperar, manter e promover o bem-estar dos mesmos.

Realizamos um total de seis visitas domiciliares, sendo quatro a um cliente portador de Alzheimer; uma para cliente com Hipertensão Arterial Descompensada; e uma para cliente com história de Depressão, Síndrome do Impacto do Ombro esquerdo e Osteoporose.

As visitas realizadas ao portador de Alzheimer, foram indicadas pelo grupo de Ajuda Mútua dos Familiares de Idosos com Doença de Alzheimer e Doenças Similares, que sentiram a necessidade de uma visita domiciliar, em virtude da aflição e do desconhecimento dos familiares/cuidadores acerca do diagnóstico recente.

Ao conhecermos a realidade do cliente/família, percebemos a necessidade de prestar um maior acompanhamento, tendo em vista o número de Necessidades Humanas Básicas afetadas, exigindo assim, um plano assistencial mais detalhado.

Selecionamos uma cliente portadora de Hipertensão Arterial descompensada, uma vez que a mesma tem 80 anos, reside sozinha e possui conflitos familiares. Logo sentimos a necessidade de conhecer melhor sua realidade, ou seja, seu ambiente, seus hábitos e suas atividades diárias.

Observamos que esta cliente encontrava-se ciente em relação a dieta hipossódica e hipolipídica, tratamento medicamentoso e atividade física, seguindo as orientações fornecidas durante a consulta de enfermagem. Identificamos ainda no ambiente fatores de risco para queda, sendo eles: tapetes no banheiro e cozinha, banquetas para alcançar objetos que ficam em armários altos e piso escorregadio. Em virtude desse aspecto fornecemos orientações de como minimizar esses riscos.

A terceira cliente selecionada, é uma senhora de 82 anos, que reside sozinha e é acompanhada pelo Grupo Interdisciplinar de Gerontologia -GIG- a vários anos, com história de depressão e osteoporose. Durante a consulta de enfermagem a cliente nos

informou da probabilidade de realizar uma cirurgia para correção de um problema no ombro esquerdo (Síndrome do Impacto), e que esta situação a estava deixando muito angustiada, com medo de submeter-se a uma cirurgia com anestesia geral devido a idade em que se encontra, e ao tempo de recuperação pós-operatório ser prolongado.

A partir das informações obtidas, procuramos o Ortopedista do Hospital Universitário, a fim de obter informações sobre a cirurgia proposta, tempo de hospitalização e recuperação, além do risco/benefício da mesma.

Estando a par desses dados, programamos e realizamos a visita domiciliar. Nesta procuramos sanar todas suas dúvidas acerca da cirurgia, tentando minimizar sua angústia.

Acompanhamos a paciente no retorno a consulta médica, onde o mesmo explicou novamente como seria a cirurgia, e deixou a decisão de submeter-se ou não a cirurgia por conta da cliente. Diante dessa situação, a cliente optou pela não realização da mesma, sentindo-se mais tranqüila.

Sentimos grande dificuldade em agendar outras visitas, em virtude da não aceitação dos clientes para a realização das mesmas, e pela pouca demanda de clientes que realmente necessitassem de um acompanhamento domiciliar.

O objetivo proposto foi alcançado já que as acadêmicas tiveram a oportunidade de executar as seis visitas conjuntamente, com supervisão da enfermeira do ambulatório, obtendo os dados desejados e prestando assistência necessária ao cliente/família.

Consideramos que foi de grande valia a realização desse objetivo, pois obtivemos resultados concretos após a implementação de uma metodologia de assistência individualizada, qualificada e mais humanizada.

Podemos destacar como gratificante a visita ao cliente portador de Alzheimer e seu familiar/cuidador, por ser esta uma experiência nova que nos trouxe grande conhecimento tanto da teoria quanto da prática vivenciada pelo familiar/cuidadora, e nos proporcionou uma relação interpessoal de início, meio e fim.

Fotos da Visita realizada à Portador de Alzheimer



OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
7 . Avaliar a eficácia do referencial adotado em relação a sua aplicabilidade a nível ambulatorial e no domicílio.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar marco referencial adquirindo maior compreensão do mesmo; • Analisar os passos do processo de enfermagem utilizado no ambulatório e na visita domiciliar; • Por em prática na consulta e visita domiciliar os passos selecionados do processo de Enfermagem; 	O objetivo será alcançado quando o processo de enfermagem utilizado na prática de enfermagem do cliente idoso, a nível ambulatorial e domiciliar, for analisado, levantando os pontos fortes e os que necessitam de revisão, justificando-os.

Através do marco referencial adotado, ou seja, Teoria das Necessidades Humanas Básicas e Teoria da Relação Pessoa-pessoa, conseguimos levantar dados inerentes a nossa prática assistencial. Paralelamente a isso, estabelecemos uma forte interação com os clientes/familiares, uma vez que os mesmos depositaram em nós confiança, contando-nos seus problemas pessoais/familiares, solicitando ajuda e conselhos. Essa interação era fortalecida através de gestos e palavras carinhosas. Logo, conseguimos realizar o casamento entre as duas teorias, promovendo assim, uma assistência de enfermagem comprometida com as reais necessidades do cliente idoso e familiares.

Atendendo a este objetivo, reelaboramos um instrumento para levantamento de dados na consulta de enfermagem e elaboramos um para visita domiciliar, ambos indo de encontro ao marco referencial adotado.

Utilizamos como guia, para operacionalização de nossa prática assistencial, o Histórico de enfermagem do Ambulatório do Hospital Universitário, o qual é baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Para melhor aplicabilidade de nossa prática fizemos algumas adaptações no instrumento, tais como sentimentos em relação a idade, relacionamento com familiares, grau de dependência para realização das atividades diárias, etc. Julgamos que estas adaptações subsidiaram melhor nossa prática assistencial, propiciando um melhor enfoque do cliente idoso.

A partir do processo de enfermagem proposto por Wanda de Aguiar Horta selecionamos três passos: Histórico de Enfermagem, Plano Assistencial e Evolução.

Na consulta de enfermagem, ao implementarmos o histórico de enfermagem buscamos juntamente com o cliente fazer o levantamento de sua situação saúde/doença. A

partir desse levantamento identificamos e sublinhamos as Necessidades Humanas Básicas afetadas. A seguir fizemos um plano assistencial contemplando as NHB afetadas, sendo o registro feito sob forma de SOAP. Este se deu a partir da 1ª consulta de enfermagem, visando uma sistematização mais adequada do prontuário do paciente, levando em conta a forma de registro do ambulatório.

Executamos um número reduzido de evoluções, uma vez que o período de nossa prática assistencial foi curto e o retorno do cliente não era constante, impossibilitando o acompanhamento do seu quadro clínico.

Quanto a consulta de enfermagem, consideramos a aplicabilidade dos passos adequada, uma vez que conseguimos executar todos na íntegra, favorecendo nossa prática assistencial.

A partir do Histórico de Enfermagem, conhecendo de ante mão a situação saúde/doença, selecionamos clientes para realização de visitas domiciliares. As informações levantadas no histórico contribuíram para a melhor aplicabilidade do instrumento elaborado. O registro da visita domiciliar foi feito sob a forma de SOAP.

Consideramos a aplicação do processo no âmbito ambulatorial e domiciliar adequado, uma vez que conseguimos com facilidade associar a teorias propostas e implementá-las.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
8 . Contribuir nas aulas junto ao Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) na disciplina de Noções de Saúde para a formação de Monitores da Ação Gerontológica, com a finalidade de conhecer o idoso saudável integrado em um programa social;	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar de acordo como cronograma da disciplina de Noções de Saúde do NETI, aulas que sejam relevantes ao desenvolvimento do trabalho proposto; • Revisar bibliografias referentes a estes conteúdos ; • Contribuir com os professores responsáveis pelas aulas com participação e/ou materiais didáticos. 	O objetivo será alcançado quando as acadêmicas participarem das aulas previamente selecionadas, adquirindo conhecimento teórico-prático para prestar uma melhor assistência.

As ações desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos da Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina - NETI/UFSC - desde a sua criação em 1982, vem sendo constantemente reavaliadas, o que faculta uma melhor prestação de serviços à população idosa. Dentro desse princípio, a partir de 1984 foram iniciadas as primeiras atividades de educação permanente com a realização de um curso sobre o folclore da Ilha de Santa Catarina. Em 1986 foram desenvolvidos cursos de extensão que obtiveram grande aceitação da comunidade. A experiência teve continuidade em 1987 e 1988 e em 1989 uma nova modalidade foi realizada. A proposta objetivava conhecer o interesse e disponibilidade do idoso por atividade de educação continuada, já com algum comprometimento com a questão da velhice.

O NETI tem por objetivos:

- Ampliar e sistematizar o conhecimento da gerontologia;
- Formar recursos humanos nos diversos níveis;
- Manter atividades interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão;
- Divulgar e desenvolver ações institucionais e interinstitucionais;
- Assessorar entidades na organização de programas de valorização do idoso;
- Oferecer subsídios para uma política de resgate do papel do idoso na sociedade brasileira.

Para contemplar este objetivo, partimos do cronograma da disciplina Noções de Saúde, onde selecionamos temas relevantes ao desenvolvimento do trabalho proposto.

Participamos como aluno ouvinte e outras vezes contribuíamos ativamente na explanação de algumas aulas da disciplina Noções de Saúde, oferecida pelo Curso de Formação de Monitores da Ação Gerontológica - NETI/UFSC, onde destacamos as seguintes aulas:

- Alcoolismo e suas quimiodependências, ministrada pelo Professor Wilson Kraemer de Paula;
- Tabagismo, ministrada pelo Professor Lumar Bertoli;
- Aula prática no laboratório de Enfermagem - CCS -, sobre dicas para os familiares cuidadores de pessoa idosa doente : acamada/fragilizada (ANEXO 4), ministrada pelas enfermeiras Maria Gliolanda Lima, Jordelina Schier e Dra. Lúcia H.T. Gonçalves. Segue foto:



Com essa participação no NETI, conseguimos diferenciar o idoso ativamente integrado a um programa social do idoso não inserido nesse meio. Percebemos nitidamente que o idoso integrado tem uma maior compreensão acerca do processo natural do envelhecimento, seus direitos e deveres, aposentadoria, noções de saúde/doença. Além de

refazer sua rede de suporte pessoal, fazendo novos amigos, planejando atividades em grupo, estabelecendo novos projetos de vida, engajando-se em projetos comunitários, resgatando sua auto-estima, sentindo-se útil, necessário, importante e forte enquanto pessoa idosa.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
<p>9 . Coordenar reuniões de sala de espera do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia - GIG, a fim de discutir com base na relação pessoa-pessoa, comportamentos de saúde e de vida em seu processo de envelhecer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar bibliografias referentes a patologias comuns a terceira idade em especial orientações para o auto-cuidado; • Selecionar juntamente com os clientes assuntos de interesse comum; • Preparar materiais didáticos como: cartazes, slides, fita de vídeo, etc, facilitando a melhor compreensão dos assuntos esplanados; • Verificar com os clientes como foi o aproveitamento obtido; • Readequar as orientações conforme se fizer necessário 	<p>O objetivo será alcançado quando conseguirmos coordenar as reuniões do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia - GIG, fornecendo orientações acerca de patologias da terceira idade e auto-cuidado, verificando qual foi o aproveitamento que os clientes obtiveram com as orientações fornecidas.</p>

Para alcançarmos este objetivo, desenvolvemos atividades de educação em saúde na sala de espera do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia, situado no Ambulatório B, do Hospital Universitário, no período de 31 de março à 12 de Junho de 1997.

Essas atividades foram desenvolvidas sob a forma de palestras, onde abordamos temas comuns da terceira idade selecionados previamente com os clientes. A partir dos temas selecionados, elaboramos um cronograma a fim de facilitar o andamento das atividades (ANEXO 5). Para uma melhor compreensão dos assuntos expostos, distribuimos material informativo e utilizamos recursos audio-visuais, tais como cartazes e vídeo. Os temas escolhidos e por nós trabalhados foram: Osteoporose, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete Mellitus, Stress, Artrose, Artrite, Prevenção de quedas, Depressão e Lombalgia.

Tais palestras foram realizadas todas as terças e quintas-feira, no período da manhã, somando o total de 20 palestras, com duração média de 40 minutos cada. Primeiramente fazíamos a exposição do tema e a seguir abríamos a discussão para o grande grupo, sempre reforçando as orientações fornecidas.

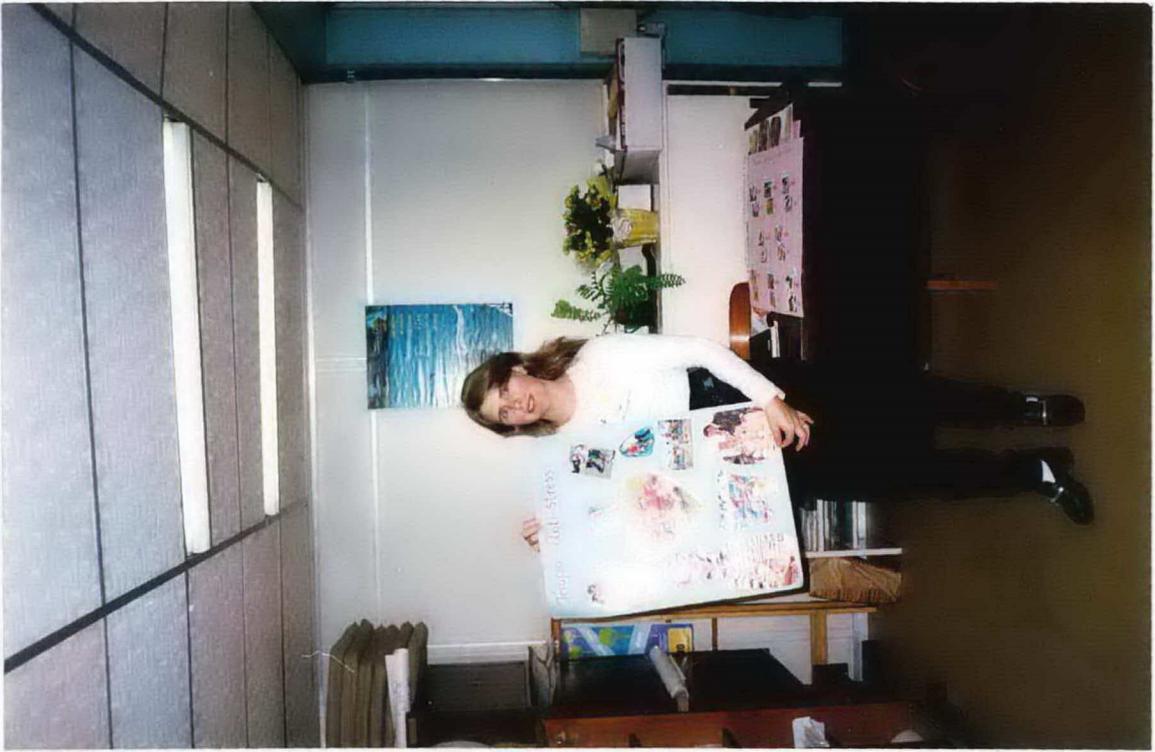
Ao término de nossa explanação procurávamos saber do cliente qual foi o aproveitamento que obtiveram com a temática exposta e suas respectivas orientações.

Em algumas manhãs, no decorrer de nosso estágio, fomos procuradas na sala de espera, no corredor do hospital, nos consultórios, por clientes que encontravam-se ansiosos pelo desconhecimento acerca de sua patologia e dos cuidados específicos a serem seguidos. Nessas ocasiões, procuramos esclarecer suas dúvidas e fornecer as devidas orientações de acordo com nosso conhecimento. Em certas situações sentimos a necessidade de agendar uma consulta de enfermagem a fim de que pudéssemos buscar um maior conhecimento acerca da patologia em questão, para assim, prestarmos uma assistência de enfermagem mais qualificada.

Consideramos o objetivo alcançado, pois conseguimos coordenar as reuniões do GIG, fornecer orientações e informações aos clientes, o que nos proporcionou um maior conhecimento sobre os mais variados assuntos. Além de ter sido muito gratificante, uma vez que estabelecemos uma interação com o cliente, indo de encontro com o marco referencial adotado.

O cumprimento desse objetivo também acrescentou-nos enquanto acadêmicas um maior crescimento pessoal, uma vez que conseguimos minimizar nossas angústias, dúvidas, medos, além de superarmos nossa inibição para falar em público, muitas vezes lidando com o imprevisto, o que nos forneceu subsídios para nossa futura prática profissional enquanto enfermeiras.







NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE

-NETI-

ORGANIZAÇÃO:

- Equipe multidisciplinar de profissionais da UFSC;
- Especialistas de vários ramos do conhecimento humano;
- Colaboração de funcionários da UFSC e estagiários de cursos de graduação e pós-graduação.

OBJETIVOS:

1. Ampliar e sistematizar o conhecimento da Gerontologia;
2. Fomentar recursos humanos nos diversos níveis;
3. Manter atividades interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão;
4. Divulgar e desenvolver ações institucionais e interinstitucionais;
5. Assessorar entidades na organização de programas de valorização do idoso;
6. Oferecer subsídios para uma política de resgate do papel do idoso na sociedade brasileira.

ATIVIDADES:

- Curso de formação de monitores da Ação Gerontológica;
- Curso de especialização em Gerontologia;
- Intercâmbio comunitário em Gerontologia;
- Os avós na Universidade;
- Grupo de estudos e interações humanas;
- Grupo de convivência "5 de Maio";
- Grupo de crescimento pessoal;
- Grupo de encontro de amigos;
- Estágios curriculares e extra-curriculares;
- Ginástica para a terceira idade;

Elaboração por:
 Tereza C. de Moraes
 Ana Carolina
 Priscilla
 Priscilla

GRUPO DE INTERDISCIPLINAR DE GERONTOLOGIA - GIG

OBJETIVOS:

- Promover sistematicamente o conhecimento em nível interdisciplinar em relação ao envelhecimento humano, possibilitando a aproximação do saber e a reconstrução da realidade.
- Selecionar para a atuação de estudos interdisciplinares em áreas relacionadas ao envelhecimento humano, pesquisadores de diversas instituições de ensino superior, possibilitando a troca de experiências e o desenvolvimento de projetos conjuntos.

FORMAÇÃO POR:

RELACIONOS INTERDISCIPLINARES: ANATOMIA, PSICOLOGIA, FÍSICA

- Promover em função de suas atividades em campo de estágio para alunos de outras instituições de ensino superior.
- Promover o desenvolvimento de programas de educação continuada de pessoas interessadas em áreas relacionadas ao envelhecimento humano, possibilitando a troca de experiências e o desenvolvimento de projetos conjuntos.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DO CLIENTE:

- Idade mínima de 50 anos;
- Problematiza física, psíquica e/ou social;
- Com história de reintegração;
- Residentes na Grande Florianópolis.

Elaboração por: Ruth, Theresita, Tereza, C. de Moraes, Priscilla, Ana Carolina, Priscilla

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
10 . Participar de reuniões semanais do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia (GIG) a fim de conhecer o trabalho multiprofissional e colaborar na discussão de casos clínicos;	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar bibliografias referentes as patologias evidenciadas nos clientes atendidos no ambulatório. • Revisar bibliografias referentes a interdisciplinaridade 	O objetivo será alcançado se as acadêmicas participarem das reuniões do GIG e contribuírem na discussão de casos clínicos aperfeiçoando seus conhecimentos a fim de prestar uma melhor assistência aos clientes.

Em cumprimento a este objetivo participamos ativamente das reuniões semanais do GIG, que eram realizadas nas quintas-feira, às 10:30h. Estas contavam com a participação de todos os membros do Grupo Interdisciplinar de Gerontologia, ou seja, médicos, enfermeiras, nutricionista, psicóloga e assistente social.

Nessas reuniões discutíamos casos clínicos do processo saúde/doença de clientes atendidos pelos diversos profissionais.

Os clientes são selecionados, em virtude da grande demanda, a partir da problemática levantada em consulta onde um ou mais profissionais sentem a necessidade de uma assistência multiprofissional, quer seja um encaminhamento a outro profissional, uma reconsulta, uma visita domiciliar ou ainda a discussão do caso em grupo.

Com a participação nessas reuniões tivemos a oportunidade de conhecer as diferentes áreas de atuação dos profissionais e seus respectivos enfoques.

Achamos de suma importância o trabalho multiprofissional, uma vez que o cliente é visto pelos diversos profissionais de forma integralizada, contribuindo para uma assistência globalizada. O trabalho interdisciplinar garante para aqueles que o praticam, um grau elevado de maturidade. Aprende-se com a interdisciplinaridade que um fato ou solução nunca é isolado, mas sim consequência da relação entre muitos outros.

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	AVALIAÇÃO
11. Participar de reuniões mensais do Grupo de ajuda Mútua de Familiares de Idosos com Doença de Alzheimer e Doenças Similares, a fim de conhecer a problemática dos cuidadores de portadores de Alzheimer.	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar bibliografia acerca da Doença de Alzheimer; • Conhecer a realidade do portador de Alzheimer e seu cuidador; • Participar das discussões que emergirem nas reuniões do Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos com Doença de Alzheimer e Doenças Similares. 	Este objetivo será alcançado quando as acadêmicas adquirirem maior conhecimento sobre a doença de Alzheimer e compreenderem a realidade dos portadores de Alzheimer

Este objetivo foi alcançado parcialmente devido as reuniões do Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos com Doença de Alzheimer e Doenças Similares ocorrerem uma vez a cada mês em horário pré-estabelecido pelo Grupo. Tendo em vista nossa prática assistencial ser de apenas dois meses e de uma reunião neste período ter sido suspensa ficou difícil a nossa participação em todos os encontros.

Apesar de nossa pequena participação conseguimos inteirar-nos da dinâmica utilizada, a qual consiste na troca de experiências entre os familiares e/ou cuidadores, já o papel do profissional é o de prestar um suporte teórico, sanando dúvidas que possam aparecer. No sentido de não constranger a expressão dos familiares e/ou cuidadores procura-se ter um número reduzido de profissionais em relação aos demais participantes.

Na reunião na qual participamos, tivemos a oportunidade de conhecer uma familiar que apresentava-se ansiosa, cheia de dúvidas em relação ao diagnóstico recente do pai. A mesma foi bem recebida pelos demais participantes que através de relatos pessoais de suas vivências enquanto cuidadores, procuraram amenizar sua ansiedade. Em virtude dessa situação e de acordo com o familiar planejamos uma visita domiciliar, com a finalidade de conhecer a realidade vivenciada pelo portador e seus familiares e fornecer orientações de acordo com a necessidade. Para este cliente/familiar, fez-se necessário a realização de quatro visitas domiciliares, tendo em vista o grande número de problemas apresentados e a necessidade de uma assistência implementada a longo prazo.

Participamos no dia 16 de Maio de 1997, do I Simpósio sobre a Doença de Alzheimer, realizado no auditório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (ANEXO 6). Para este evento contribuimos na divulgação, além de monitorar as atividades no dia do evento. A seguir fotos do Simpósio:



Lamentamos a pequena participação nas reuniões de Alzheimer, pois acreditamos que estas nos trariam maior subsidio para nossa prática assistencial. Apesar deste fato, conseguimos através da reunião, das visitas, do Simpósio e da busca em bibliografia, obter um grande conhecimento acerca dessa patologia até então pouco conhecida, bem como conhecer a problemática vivenciada pelo portador e familiar/cuidador.

**VII - EXEMPLIFICANDO A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA:
CONSULTA E VISITA DOMICILIAR**

09/04/97 - 9h

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

A.M.F., sexo feminino, 60 anos, casada, mãe de 07 filhos, cursou até a 4ª série primária, católica, natural e procedente de Biguaçu, onde reside com seu marido e um filho solteiro e outro separado.

II - PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS

Refere que veio consultar encaminhada pelo Dr. Reinaldo, sendo a mesma quem marcou a consulta, vindo só.

Relata ter tido malária e hepatite aos oito anos de idade e que ficou internada por um ano. Diz ser portadora de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial há mais ou menos 20 anos e Bursite há 5 anos. Nega etilismo e tabagismo. Refere estar decepcionada com a sua idade e preocupada com sua saúde, pois tem medo de vir a dar trabalho para a família devido sua doença.

III - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1. Oxigenação: sp
2. Hidratação: Sente muita sede, toma café e chás em média 2l/dia. Não gosta de água.
3. Alimentação: Faz dieta, evitando sal, açúcar e alimentos gordurosos. Tem um bom apetite e apresenta dificuldade na mastigação por ausência completa de dentes.
4. Eliminações: Vesical: Urina em média 10 vezes ao dia em grande quantidade, sendo a frequência maior a noite. Intestinal: Passa até seis dias sem evacuar, com fezes ressequidas.

5. Sono e Repouso: Refere dormir pouco, das 23 às 5 da manhã. Faz uso de Rivotril.
6. Atividade Física: Realiza toda as atividades domésticas de sua casa. Não pratica caminhadas.
7. Integridade cutâneo-mucosa: Apresenta pele e mucosas íntegras e coradas.
8. Regulações: Neurológica: Às vezes sente tontura e vertigens, principalmente a noite.
Vascular: P.A. 150/100 mmHg e FC 78 bpm.
9. Percepção dos Orgãos dos Sentidos: Visual: Referiu perda da visão e que faz 06 anos que não vai ao oftalmologista, e que está com consulta marcada para este mês. Faz uso de óculos só para fazer suas atividades diárias.
10. Sexualidade: Refere apresentar corrimento esverdeado com odor fétido e que fazem 02 anos que não vai ao ginecologista.

NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS

1. Segurança Emocional: Mostra-se preocupada, ansiosa e com medo de sua doença. Decepcionada com a idade e medo de vir a dar trabalho para a família.
2. Gregária: Mora com o marido e 02 filhos, tendo um bom relacionamento com os mesmos. E recebe visita frequente dos demais filhos. Sente-se preocupada por o seu filho estar desempregado e não seguir a religião da família.
3. Educação para a saúde: Entende que deve fazer dieta para DM e HAS, porém desconhece os sinais de Hipo/Hiperglicemia.

Ac. Enfermagem Valdete

EVOLUÇÃO

S. Refere que veio consultar encaminhada pelo Dr. Reinaldo. Relata história de malária e hepatite aos 8 anos de idade, onde teve que ficar internada por 1 ano. Informa ser portadora de HAS e DM há aproximadamente 20 anos. Refere fazer uso de Triatic, Rivotril, Moduretic e Tanakam. Nega etilismo e tabagismo.

Relata estar preocupada com sua saúde e decepcionada com a idade, pois tem muito medo de vir a dar trabalho para família, possui um bom relacionamento com a mesma.

Informa fazer dieta alimentar, evitando sal, açúcar e alimentos gordurosos. Apresenta dificuldade na mastigação, pois tem ausência total da dentição.

Refere ainda que urina em média 10 vezes por dia e a frequência aumenta durante à noite. Evacua com dificuldade, passando até 06 dias sem evacuar, sendo as fezes bem ressequidas. Relata grande dificuldade para dormir, sendo que dorme às 23h e acorda-se às 5h. Diz que sente muita tontura principalmente no período da noite e também que sua visão fica embaralhada. Há 06 anos que não consulta com oftalmologista, porém tem consulta este mês.

Refere ter corrimento esverdeado e com odor fétido, e que já faz 02 anos que não vai ao ginecologista.

O. Comunicativa, orientada e deambulante. Mostrou-se preocupada com sua saúde e desconhece sinais de hipo/hiperglicemia.

Apresenta pele e mucosas íntegras, coradas e um bom aspecto geral.

Peso - 52Kg

Alt. - 152cm

PA - 150/100 mmHg

FC - 78 bpm.

A.-

- Preocupação com a doença e decepcionada com à idade.
- Poliúria e polidipsia relacionado a sinais de hiperglicemia;
- Dificuldade na mastigação relacionado a ausência total da dentição;
- Constipação intestinal provavelmente relacionada a ingesta alimentar inadequada;
- Corrimento esverdeado e com odor fétido provavelmente por infecção bacteriana;
- Pressão Arterial acima dos limites de normalidade.

P.

- Dado apoio emocional acerca da doença e idade;
- Orientada quanto aos sinais e sintomas de hipo/hiperglicemia;

- Reforçado orientação sobre a importância da dieta alimentar e da atividade física diária para o tratamento da DM e HAS;
- Orientada para fazer uma dieta laxativa;
- Orientada quanto aos cuidados de prevenção de quedas;
- Levantado a importância da realização do preventivo periodicamente e encaminhada a uma consulta ginecológica;
- Informada que é o normal da pessoa idosa dormir pouco e que os remédios viciam e fazem mal a saúde.
- Encaminha a consulta geriátrica.

Ac. Enfermagem Valdete

RECONSULTA.

Data: 22/05/97.

S. Refere que veio consultar a pedido da médica geriatra para ver a necessidade de realizar exames. Queixa-se de dores na “nuca” e nas costas, dificultando a realização das suas atividades diárias. Informa ter muita sede e que não gosta de água, urina em média 8 vezes ao dia em grande quantidade, sendo à frequência maior à noite, atrapalhando seu sono. Refere ter melhorado de seu problema intestinal após ter seguido as recomendações da última consulta, sendo que agora ingere todos os dias mamão, aveia, manga e sucos de fruta em quantidade, evacuando quase todos os dias.

Informa que parou de tomar o Rivotril e que na primeira semana apresentou grande dificuldade para dormir e que agora está dormindo a mesma quantidade que antes, quando tomava o remédio.

Refere estar preocupada com o filho que ingere muita bebida alcoólica, principalmente nos finais de semana e que não aceita ajuda profissional.

Informa que melhorou do seu problema de tonturas e vertigens e que fez consulta com oftalmologista que receitou uso de óculos, só que ainda não mandou fazê-lo.

Refere melhora do corrimento vaginal, agora tem “ardume” e queimação.

Relata que começou a caminhar diariamente por 45 minutos e que no início sentiu-se muito cansada.

O. Paciente comunicativa, orientada, deambulante.

Apresenta pele e mucosas íntegras e boa higiene corporal.

Sinais vitais:

PA: 130/90 mm/Hg

FC: 72 bpm

Glicemia Capilar: 80 mg/dl - Leitura visual aproximada

A-

- Níveis pressóricos e glicose sanguínea dentro dos limites normais
- Dores nas costas provavelmente relacionadas à história de doença reumática e/ou atividades da vida diária.
- Cansaço nas caminhadas relacionado à prática incorreta.
- Preocupação e ansiedade relacionado ao filho que faz uso de bebida alcoólica
- Ardume e queimação vaginal, provavelmente relacionada a uma infecção.

P.

- Questionada se as orientações fornecidas anteriormente foram seguidas, e se foram eficazes.
- Orientada para realizar as atividades da vida diária com moderação.
- Reforçado quanto a importância de manter uma dieta hiposódica, hipocalórica e laxativa.
- Orientada sobre a maneira correta de praticar caminhadas e sua importância.
- Encaminhada para realização de preventivo de colo uterino.
- Informada sobre a existência de grupos de Apoio a Alcoólotras e sua importância.

Ac. Enfermagem Valdete

07/05/97 - 8:20h.

I - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

I.A .F.F., sexo feminino, 71 anos, viúva há 23 anos (foi casada durante 30 anos), 03 filhos e 03 netos. Natural de Panambi -RS; residente em Florianópolis há 02 anos, com uma filha e uma colega da mesma. Estudou até o ginásio. Trabalhou no comércio, em biblioteca;

atualmente cuida da casa. Recebe aposentadoria do marido. Sua filha foi quem marcou a consulta.

II - PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS

Veio até o ambulatório porque acha que com a idade que está deve procurar um médico para fazer exames. Relata que perdeu o marido (Trombose cerebral) há 23 anos, e que sente muita falta dele. Diz nunca mais ter olhado para nenhum homem. Tem 03 filhos, duas filhas solteiras de 51 e 36 anos e um filho casado de 45 anos que reside no Mato Grosso. Reside com a filha de 51 anos e a outra filha reside em São Paulo. Diz que sente saudade dos filhos, que gostaria de vê-los mais freqüentemente, só que a distância é muito grande. Informa não se entender bem com a nora, diz que é mal recebida na casa do filho. Que a nora já chegou a expulsá-la da casa. Diz que não fala nada para não deixar o filho chateado, tem medo de estragar o casamento deles.

Relata que teve muitas decepções com amigos, nos negócios, com os parentes (principalmente com uma irmã e com a nora). Diz estar se afastando cada vez mais das pessoas; não gosta de receber, nem de fazer visitas. Sente-se bem com a idade que possui, porém, esta apavorada com a juventude de hoje em dia *‘são todos mal educados, desorganizados..’* relata.

Há aproximadamente 50 anos fez uma cirurgia para retirar nódulo da região axilar direita, fez radioterapia. Com 49 anos de idade, retirou o útero (mioma). Fez ainda 04 cirurgias no nariz, diz não saber ao certo o que era, mas diz que não era câncer.

É fumante desde os 23 anos de idade.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

1. Oxigenação: Refere um pouco de tosse.
2. Alimentação: Bons hábitos alimentares, ingerindo bastante frutas, legumes e verduras, pouca gordura e sal.

3. Hidratação: Ingere aproximadamente 02 litros de água por dia.
4. Eliminações: Intestinal: evacuações diárias. Vesical: sem problemas.
5. Sono e Repouso: deita geralmente perto das 24h, levantando após as 8h. Faz uso e ROMPINOL - 2 comprimidos de 1 mg cada, 1 vez ao dia há mais de 10 anos.
6. Atividade Física: Faz todo o serviço da casa, ginástica e caminhadas, gosta muito de nadar.
7. Cuidado Corporal: Bom aspecto geral. Independente para o auto cuidado.
8. Regulações; Neurológica - sente tontura quando olha para cima, diz ter labirintite.
PA = 130 x 80 mmHg. Peso = 66 Kg Altura = 1,61 cm
9. Gregária; Isolada das pessoas. Refere ter medo de manter uma amizade e se decepcionar com a pessoa. Prefere ficar sozinha. Problemas com a nora.

Ac. Enfermagem Patricia

S. Paciente refere ter vindo até o ambulatório porque acha importante cuidar da saúde com a idade em que está (71 anos). Viúva há 23 anos (ficou casada durante 30 anos), tem 03 filhos e 03 netos. Reside com uma filha solteira (51 anos) e com uma amiga da mesma. Relata ser fumante desde os 23 anos de idade. Atualmente fuma menos de uma carteira por dia. Fez cirurgia para retirada de um nódulo próximo a região axilar direita, retirada do útero (mioma) e 04 cirurgias no nariz, dez não saber ao certo o que era, diz que não era câncer. Está se isolando das pessoas, pois já teve muitas decepções com amigos e parentes. Não gosta de fazer novas amizades. Diz estar apavorada com a atual juventude, segundo ela os jovens são mal educados e desorganizados. Relata que faz tempo que não vai ao médico, não lembra de ter feito exame de osteoporose. Diz ter problemas com a nora.

O. Paciente lúcida, orientada, contactuante, deambulante. Mostrou-se ansiosa, falou bastante sobre seus problemas com a nora. Faz uso de ROMPINOL 2 comprimidos de 1 mg cada 1 vez ao dia há mais de 10 anos.

Hidratada, corada. Bom aspecto geral, com um pouco de tosse.

PA = 130 x 80 mmHg Peso = 66 Kg Altura = 1,61 cm

- A.** - Tosse provavelmente relacionada ao hábito de ser fumante.
- Problemas familiares com a nora, talvez pelo fato dele ser o único filho homem e ter uma ligação afetiva forte com a mãe, o que gera ciúmes da esposa.
- P.** - Orientada sobre prevenção de quedas;
- Orientada sobre a importância de exame / consulta ginecológica;
- Marcado exame ginecológico para 14/05/97.
- Fornecido apoio emocional;
- Informada sobre a possibilidade de participar de grupos de idosos, grupo de convivência, entre outros.

Ac. Enfermagem Patricia

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DATA: 23 / 04 / 97 10:45h.

I - IDENTIFICAÇÃO

E.M.P.S., sexo feminino, 66 anos, viúva, mãe e 05 filhos, católica, com 1º ano do primário, não sabe escrever, apenas sabe ler. Já trabalhou na Celesc durante 5 anos como faxineira e 11 anos na Associação Catarinense de Professores. Atualmente está aposentada e trabalha de doméstica em uma casa de família. É procedente da Trindade e mora com uma filha solteira que está aposentada por problemas de nervo e depressão, já tendo sido internada na Colônia Santana por 14 vezes.

II - PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS

Veio consultar porque teve derrame no olho esquerdo, sendo que está fazendo tratamento médico. Apresenta queixas de dor em ombro direito e na região dorsal, que piora à movimentação. Refere que o médico falou que possui o osso gasto. Já fez cateterismo à 1 ano e está em acompanhamento. médico e faz uso de Somalgim.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

NECESSIDADES BIOLÓGICAS.

1. Oxigenação - sem queixas;
2. Hidratação - Ingere em média 5 copos de água ou suco por dia;
3. Alimentação - tem bom apetite, alimenta-se com bastante verdura e fruta e pouca carne.;
4. Eliminação - Intestinal: sem problemas; Vesical: entre 5 a 6 vezes ao dia, sendo que de 2 a 3 vezes a noite;
5. Sono e Repouso - dorme das 23 às 6:30h da manhã, acordando apenas para ir ao banheiro;
6. Atividade Física - caminha diariamente 15 minutos de manhã e 17 minutos a noite para ir e voltar do trabalho. Realiza as atividades da vida diária;
7. Integridade Física e Cutâneo-mucosa - sem problemas;
8. Regulações - Neurológica: Informa estar bastante esquecida, não lembrando muitas vezes onde coloca as coisas. Vascular : PA 130 / 80 mmHg. Peso 65Kg.
9. Percepção dos Órgãos dos Sentidos: Apresenta diminuição da acuidade visual, faz uso de óculos. Teve derrame no olho esquerdo há 1 ano e 15 dias, está fazendo acompanhamento com o médico;
10. Sexualidade: fez preventivo de colo uterino e mama 15 dias, costuma fazer auto-exame de mama.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS

1. Segurança Emocional - sem problemas;
2. Auto - imagem - sente-se bem com a idade e considera-se uma pessoa ativa;
3. Gregária - Reside com uma filha com problemas neurológicos, depressão, as vezes agressiva. Recebe visita dos demais filhos e tem um bom relacionamento com todos;
4. Recreação / Lazer - Gosta de bailes, pescar, fazer festa na casa dos filhos.

Ac. Enfermagem Isabel.

P 1

S. Refere que teve derrame no olho esquerdo há 1 ano 15 dias, está fazendo acompanhamento médico. Queixou-se de dor no ombro esquerdo, e que o médico falou que ela está com o osso gasto. Sente dor em região dorsal que piora a movimentação. Informa que fez cateterismo a 1 ano e que faz acompanhamento médico. Faz uso de Somalgin. Diz estar bastante esquecida, não lembrando de fatos recentes. Apresenta diminuição da acuidade visual.

O. Comunicativa, orientada, dambulante, pele e mucosas íntegras e coradas. Bom aspecto geral.

PA = 130 x 80 mmHg.

Peso = 57,200 Kg

Altura = 1,56 cm

A.

- Queixas de dores no ombro direito e região dorsal, que piora a movimentação;
- Frequentes episódios de esquecimento;
- Diminuição da acuidade visual e derrame no olho esquerdo.

P.

- Orientada para realizar exercícios de memória;
- Orientada para ter cautela nos movimentos e evitar carregar peso;
- Orientada quanto a prevenção de quedas;
- Reforçado a importância de caminhadas diariamente.

Ac. Enfermagem Isabel

RECONSULTA

DATA: 20 / 05 / 97

S. Refere dor à movimentação no ombro direito, que irradia para o pescoço e o braço. Diz ter a impressão que as dores pioraram após a realização do cateterismo feito há 1 ano. Faz acupuntura e ginástica com os braços por recomendação do Dr. Julio Cesar

Marchi. Relata que trabalha de doméstica e as dores tem dificultado a realização das atividades. Refere episódios de esquecimento, sendo que por 3 vezes não conseguiu encontrar a casa de uma amiga.; esquece também onde coloca os objetos.

Informa ter bom apetite, come muita fruta e verdura. Evacuações diárias. Tem sono tranquilo.

Diz ser uma pessoa bastante agitada, gostando de ver as coisas sempre em ordem, tendo grande disposição para o trabalho e lazer como pescarias e passeios.

Relata ter uma filha com temperamento forte, muitas vezes não aceitando opinião, estando inclusive, fazendo tratamento médico homeopata pois tem problemas de nervo e depressão, apresentando grande melhora ultimamente.

O . Comunicativa, ativa, orientada, deambulante, sorridente. Apresenta-se corada, pele e mucosas íntegras e boa higiene corporal.

Peso = 57,100 Kg

PA = 140 x 80 mmHg P = 68 bpm.

A.

- Níveis pressóricos dentro da normalidade;
- Episódios de esquecimento provavelmente relacionado a idade;
- Dor em ombro direito que irradia do pescoço à movimentação;
- Dificuldade para realizar as atividades da vida diária relacionado à dor em ombro direito;

P.

- Reforçado orientações fornecidas na consulta anterior;
- Orientada sobre prevenção de queda.

Ac. Enfermagem Isabel

no momento seu pai está bem desorientado, apresentando apenas pequenos momentos de lucidez e que tornou-se uma pessoa bastante agressiva.

Coloca que tem vontade de voltar para Major Gercino, acredita que ele piorou após ter vindo para Florianópolis e que retornando o mesmo poderá vir a melhorar. Diz ter esperança que, por ter sido funcionária da Prefeitura de Major Gercino por vários anos, o Prefeito poderá vir a ajudá-la principalmente na compra dos remédios.

Parou de trabalhar para cuidar do pai e que a aposentadoria que ele recebe é de um salário mínimo, o que torna difícil a compra dos remédios e alimentos.

C. tem aceitado pouco a alimentação oferecida e tem dificuldade para mastigar os alimentos. M. tem oferecido sopa de legumes batida no liquidificador e sucos. Refere que seu pai pediu chocolate e balas, o que lhe causou diarreia.

Refere que seu pai urina várias vezes a noite na cama e algumas vezes ele pede, onde ela coloca uma vasilha por ser muito difícil para levá-lo no banheiro sozinha. Diz trocar suas roupas e as da cama sempre que estão molhadas ou sujas, para deixá-lo bem confortável e aquecido e que seu pai tem dificuldade para aquecer os pés.

Informa que tem tomado bastante cuidado para não formar feridas nas costas, mudando de posição com frequência e colocando os lençóis bem estendidos.

Diz receber ajuda nos cuidados com o pai de uma sobrinha e de uma irmã, que moram ao lado de sua casa. Queixou-se que os demais irmãos não a ajudam nem financeiramente, mas a maioria não tem condições de ajudá-la.

M.D. (irmã de M.), refere que somente ela e M. prestam os cuidados ao pai, enquanto os demais irmãos quase nem visitam. Coloca ainda que se prontifica para os cuidados, porém M. prefere fazê-los sozinha.

Relata que praticamente não tem saído de casa, sai apenas para ir a Igreja e fazer compras, sendo que nestas ocasiões sua irmã a ajuda nos cuidados.

O. Fomos recebidos pela sua filha M. Nos apresentamos e informamos o objetivo da visita, a seguir pedimos sua permissão para a realização da mesma. M., sorridente, convidou-nos a entrar e visitar o pai. Seu C. reside com uma filha em uma casa de madeira com 05 cômodos, sendo sala, cozinha, 2 quartos e banheiro, estando a casa arrumada e limpa.

M.D., entrou no decorrer da visita, nos cumprimentou e agradeceu nossa presença, uma vez que foi a mesma que contactou conosco para a realização da visita.

Encontramos o cliente acamado, bastante emagrecido, desidratado, hipocorado e eupneico. Apresentava-se comunicativo, respondendo as perguntas, porém não reconheceu suas filhas. Mostrou breves períodos de lucidez ao referir que possui cachorros que ficam ao lado da sua casa.

Apresenta uma pequena área de pressão com discreta hiperemia na região coccígena e hematoma em tornozelo esquerdo, por contusão na cama. Possui boa higiene corporal, vestuários e roupas de cama limpos.

Faz uso de Complexo B, 40 gotas após o almoço; Oxigen 30 mg, 3 comprimidos ao dia; e Somalium 3mg; Accuvit, 1 comprimido por dia; Sobrepin (xarope) 1 colher de sobremesa 3 vezes ao dia.

A filha encontrava-se angustiada, chorosa e preocupada com a doença do pai.

A .

- Agressividade e desorientação relacionada a doença de Alzheimer;
- Desnutrição e desidratação relacionada a baixa ingestão alimentar e hídrica;
- Hiperemia na região coccígena relacionada a pressão do corpo sobre estrutura óssea;
- Incontinência urinária relacionado a doença;
- Hematoma em tornozelo por contusão nos momentos de agressividade;
- Dependente de cuidados com incapacidade de realizar as atividades da vida diária, relacionado a doença de Alzheimer;
- Estado emocional da filha afetado, relacionado à preocupação com a doença do pai, cuidados que este requer, situação financeira e inadaptação ao local de moradia (mudança de cidade).

P .

- Oferecido fraldas descartáveis;
- Oferecido coletor de urina (condon) e orientado as filhas quanto a técnica correta de uso;

- Orientado mudança de decúbito de 2 em 2 horas e sua importância;
- Orientado sobre a importância de uma dieta mais variada;
- Informada para evitar oferecer balas e chocolate;
- Orientado para estimular a memória nos períodos de lucidez;
- Informado os principais sintomas da doença;
- Informado sobre o Grupo de Ajuda Mútua de Alzheimer e a importância da participação dos familiares;
- Contactuar com a Assistente Social a fim de conseguir medicamentos;
- Oferecido apoio emocional;
- Agendado nova visita.

NOME: C.M.

Nº DA VISITA: 02

SEXO: Masculino

IDADE: 79 anos

ENDEREÇO:XX

DATA DA VISITA: 30 / 04 / 97

HORÁRIO: 9h

ACADÊMICAS: Isabel , Valdete e Patricia **SUPERVISORA:** Enf. Ernesta

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CLIENTE / FAMÍLIA

- Portador de Alzheimer com diagnóstico recente;
- Reside com a filha M. que é a cuidadora;
- Dependente de cuidados;
- Angústia dos familiares em relação ao diagnóstico recente.
- Desconhecimento da patologia por parte dos familiares.
- Cliente acamado, desnutrido, desidratado;
- Baixa renda familiar.

OBJETIVOS DA VISITA:

GERAL: Identificar e avaliar condições ambientais, físicas, sócio-cultural e em especial verificar sua capacidade para o auto-cuidado nas atividades da vida diária.

ESPECÍFICOS:

- Avaliar a eficácia do uso do coletor de urina;
- Oferecer material informativo acerca da doença;
- Identificar e esclarecer eventuais dúvidas;
- Avaliar alterações no quadro clínico do cliente;
- Verificar se as orientações foram seguidas e qual foi a eficácia das mesmas;
- Oferecer medicamentos (Accuvit e Oxigen);
- Oferecer apoio emocional à filha.

REGISTRO DA VISITA DOMICILIAR - Nº 02

S. A filha M. refere que seu pai não aceitou o uso do coletor de urina, arrancando-o e que o uso do fraldão não deu certo por vaziar pelas laterais. Informa que o mesmo continua urinando várias vezes a noite, não tendo controle, sendo que as vezes pede para ir ao banheiro. Relata que chegou a levantar 16 vezes em uma noite para atender os chamados do pai. Troca as roupas de cama do pai, até 05 vezes em uma noite. Informa que seu pai tem evacuado várias vezes ao dia, ultimamente chegando a 08 vezes de consistência pastosa. Refere que seu pai tem aceitado melhor a alimentação e que ela tem oferecido suco de laranja com maracujá; vitamina de banana com cenoura; sopa de legumes (vagem, cenoura, espinafre, couve e batata); sopa de feijão com arroz, batido no liquidificador; pão e bolachas.

Informa que C. continua apresentando momentos de agressividade, as vezes a chama pelo nome e que ela tem conversado bastante com o mesmo.

Coloca que os membros da igreja Católica de sua comunidade oferecem uma cadeira de rodas e que está animada porque seu pai poderá tomar sol, dar uma volta na rua, ficar mais sentado e menos restrito ao leito.

Relata que gostaria de voltar para Major Gercino porque lá seu pai tem mais conhecidos e amigos para lhe fazerem companhia. Sente-se cansada e inútil, gostaria de voltar a trabalhar.

1

O. Encontramos C., acamado, hidratado, corado, eupneico e comunicativo, com períodos de lucidez, chamando sua filha pelo nome. Apresenta pele e mucosas íntegras e boa higiene corporal. Mostrou-se incomodado e agressivo com nossa presença, e ao ser manuseado pela filha.

Levantou-se da cama com pequeno auxílio da filha e permaneceu de pé apoiado na mesma, por um curto período.

A.

- Melhora do quadro de desidratação e desnutrição relacionado a uma ingestão hídrica e alimentar mais adequada;

- Regressão da área de pressão em região coccígena e hematoma em tornozelo esquerdo em virtude dos bons cuidados;
- Ineficácia do uso do coletor de urina relaciona a não aceitação do cliente;
- Mantendo momentos de agressividade relacionado a doença de Alzheimer;
- Cansaço e sentimentos de inutilidade da filha relacionado aos cuidados com o pai e privação do vida profissional;
- Filha relata desejo de retornar a sua cidade de origem.

P.

- Parabenizado a filha pelos cuidados e melhoras apresentadas;
- Questionado dificuldades na realização dos cuidados com o pai;
- Reforçado importância de manter uma dieta adequada;
- Informada sobre a importância em fazer mudança de decúbito de 2 em 2h;
- Orientado quanto a importância do banho de sol e questionado possibilidade de realizá-lo;
- Reforçado os principais sintomas da doença e oferecido material informativo;
- Informado sobre a realização do I Simpósio de Alzheimer e convidada para participar;
- Oferecido medicamentos;
- Questionado vantagens e desvantagens no retorno para Major Gercino
- Agendado nova visita.

VISITA DOMICILIAR**NOME:** C.M.**Nº DA VISITA:** 03**SEXO:** Masculino**IDADE:** 79 anos**ENDEREÇO:**XX**DATA DA VISITA:** 21/05/97**HORÁRIO:** 9h**ACADÊMICAS:** Isabel , Valdete e Patricia **SUPERVISORA:** Enf. Ernesta**CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CLIENTE / FAMÍLIA**

- Portador de Alzheimer com diagnóstico recente;
- Reside com a filha M. que é a cuidadora;
- Dependente de cuidados;
- Angústia dos familiares em relação ao diagnóstico recente.
- Desconhecimento da patologia por parte dos familiares.

OBJETIVOS DA VISITA:

GERAL: Identificar e avaliar condições ambientais, físicas, sócio-cultural e em especial verificar sua capacidade para o auto-cuidado nas atividades da vida diária.

ESPECÍFICOS:

- Identificar dificuldades encontradas pelo cuidador;
- Fornecer orientações e informações acerca da patologia e seus respectivos cuidados;
- Avaliar condições clínicas do cliente;
- Identificar estado emocional da filha;
- Verificar eficácia das orientações fornecidas.

REGISTRO DA VISITA DOMICILIAR - Nº 03

S. A filha M. nos recebeu e convidou-nos a entrar. Refere que naquele dia o pai está bastante agressivo não deixando tocá-lo e que a mesma ainda não conseguiu trocar as suas roupas molhadas.

Coloca que C. tem solicitado para ir ao banheiro várias vezes durante o dia e a noite, não tem controle das evacuações e que ultimamente a frequência tem diminuído passando para duas ou três vezes ao dia.

Informa que tem aceitado bem a alimentação e que ela tem variado os alimentos oferecidos. Refere que está preocupada porque começou a formar uma pequena ferida nas costas, apesar dos cuidados que tem tomado para prevenir, passando mercúrio diariamente e mudando de posição.

Informa que recebeu a cadeira de rodas e que seu pai não gosta de ficar sentado por muito tempo. Queixou-se que tem dificuldade para colocá-lo na cadeira sozinha e para levá-lo a um passeio, depende da ajuda de um sobrinho.

Relata que C. continua bem desorientado, apresentando apenas pequenos períodos de lucidez, quando a reconhece chamando pelo nome.

Refere que o mesmo está com a barba e cabelo comprido, não deixando cortá-lo e que ela tem medo de machucá-lo.

Coloca que tem vontade de voltar para Major Gercino pois o pai tem vários conhecidos e receberia mais visitas, tendo com quem conversar. Acredita que talvez melhorasse um pouco estando na sua casa onde morou muito tempo, em contato com móveis e objetos pessoais (rádio, cama, colchão, etc). Refere que está com uma grande dúvida sobre o que fazer, pois aqui ela tem ajuda da irmã e da sobrinha nos cuidados com o pai, e mais facilidade para adquirir os medicamentos. E voltando para Major Gercino não sabe se receberá ajuda dos irmãos, mas acredita que um deles ajudarão. Por outro lado, os irmãos a culpam por ter vindo para cá, pelo estado que o pai se encontra, não aceitando sua doença.

Coloca que com todos esses problemas e apesar dos cuidados que tem com o pai, está se sentindo uma pessoa inútil, cansada e entristecida por ter abandonado seu emprego para cuidar do pai.

O. Encontramos M. lavando as roupas do pai. Apresentava labilidade emocional ao falar da doença do pai.

C. permanecia acamado, com as roupas urinadas, estando bastante agressivo não deixando manuseá-lo. Mostrou-se bem desorientado não reconhecendo a filha e falando palavras sem sentido. Apresentava-se corado, hidratado e eupneico, com cabelos e barba comprida. Presença de uma pequena área de pressão hiperemiada na região sacra.

P.A. 120/80 mmHg.

A.

- Paciente mantendo-se no mesmo quadro, apresentando diminuição da frequência intestinal; e presença de escara em região sacra, relacionada a permanência no leito;
- Filha apresentou labilidade emocional relacionada a doença do pai e decisão a ser tomada acerca de possível mudança.

P.

- Questionado e esclarecido dúvidas acerca da evolução da doença;
- Fornecido material educativo sobre Alzheimer para distribuir entre familiares ;
- Orientada para não utilizar mercúrio cromo nas lesões;
- Reforçado orientações sobre dieta, mudança de decúbito, banho de sol, uso de fraldas, etc;
- Levantado com familiar as reais vantagens em retormar a Major Gercino;
- Parabenizado a filha pelos cuidados prestados ao pai;
- Convidado a filha para reunião mensal do Grupo de Mútua de Alzheimer;
- Fornecido medicação para o tratamento;
- Agendado nova visita.

REGISTRO DA VISITA DOMICILIAR - N° 04

S - Fomos recebidas pela filha M. , que com um sorriso, nos convidou a entrar e visitar seu pai. M. refere que seu pai continua praticamente no mesmo estado, aceitando bem a alimentação oferecida e muitas vezes pedindo algo para comer. Continua não tendo o controle das evacuações e que solicita sua ajuda com bastante frequência para urinar.

Coloca que tentou usar o fraldão novamente e que tem facilitado bastante, apesar de vazar um pouco pelos lados, por ser um pouco grande.

Informa que C., hoje encontra-se bem calmo e bastante orientado, conversando muito. Diz que ele permanece praticamente todo o tempo deitado, ficando sentado apenas para receber as refeições e que o mesmo não gosta de ficar na cadeira de rodas, solicitando para voltar a cama.

M. refere que a ferida nas costas está melhorando e que ela tem passado hipoglós e mudado de posição com frequência.

Coloca que continua com vontade de voltar para Major Gercino e ainda não decidiu o que fazer, sendo este o seu grande dilema. Diz que seus irmãos quase não vem visitar o pai, e acredita que o motivo seja porque eles não queriam que ele viesse morar para cá, estando chateados com ela e com a irmã M.D. que a influenciou na sua vinda. Informa que tem um irmão que é bem de vida e que teria condições de ajudá-la financeiramente, mas não o faz.

O - Encontramos M. lavando as roupas do pai. Apresentava-se sorridente e comunicativa.

C. permanecia acamado, com as roupas secas e limpas. Apresentava-se corado, hidratado, eupneico, calmo e comunicativo, com longos períodos de orientação, formulando frases com sentido e reconhecendo a filha. Permanecia com a barba e cabelos à fazer.

A -

- Paciente evoluindo apresentando descontrole de esfíncter anal relacionado com a sua doença;
- Períodos de orientação relacionado a fase da doença;
- Melhora da escara em região coccígea, relacionado aos bons cuidados da filha;
- Permanência no leito relacionado a doença e a pedido do mesmo;

- Filha em conflito consigo mesma relacionado a pressão dos irmãos e pela incerteza se a mudança traria benefícios.

P -

- Estimulada para conversar bastante com o pai nos períodos de lucidez;
- Reforçada as orientações fornecidas anteriormente;
- Oferecido fraldas descartáveis;
- Tentado esclarecer dúvidas ainda existentes;
- Informada do término de nosso estágio e de nossas visitas e comunicado que a enfermeira E. juntamente com a assistente social continuariam a fazê-las;
- Oferecido número do telefone do ambulatório do Hospital Universitário para qualquer eventualidade.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após passarmos por várias etapas chegamos ao fim. No decorrer dessa caminhada deparamos com muitas situações, situações essas que nos proporcionaram um grande aprendizado, tanto para nossa vida pessoal quanto para nossa prática profissional.

Optamos em desenvolver nossa prática assistencial com idosos, no intuito de aprendermos um pouco mais e tentarmos oferecer uma parcela de nosso conhecimento à eles. E no final desta, notamos que com a relação estabelecida entre ambos, eles nos ofereceram muito do que tinham: experiência, sabedoria e competência. Em contrapartida aprendemos a reconhecer, dar o devido valor e mostrar o quanto esse ser é útil para nossa sociedade.

Desenvolver nossa prática à nível ambulatorial e domiciliar, juntamente com uma equipe multiprofissional nos fez acreditar cada vez mais na atenção primária à saúde e a valorizar a atuação dos diferentes profissionais prestando uma assistência mais qualificada e humanizada.

O marco referencial adotado veio de encontro aos objetivos propostos direcionando nossa prática assistencial. A realização das consultas de enfermagem e visitas domiciliares nos proporcionaram um grande conhecimento, onde percebemos o papel importante que o enfermeiro pode desempenhar fazendo educação em saúde. Com isso conseguimos fazer um elo entre teoria e a prática.

Realizar este trabalho em grupo nos fortaleceu enquanto pessoas, uma vez que tínhamos os mesmos objetivos e soubemos respeitar as diferenças existentes entre nós. As diferentes opiniões contribuíram para o enriquecimento do nosso trabalho. A amizade, a união e o companheirismo proporcionou-nos agradáveis momentos em nossa prática. Neste estágio, crescemos muito, enquanto pessoas, grupo, pois tivemos a oportunidade de atuar com autonomia tomando decisões, realizando tarefas administrativas, ministrando palestras, trabalhando muitas vezes com o imprevisto e com nossos próprios sentimentos de medo, ansiedade e insegurança.

No decorrer de nossas atividades, percebemos que a grande maioria dos idosos que procuraram assistência no ambulatório eram mulheres, relacionamos este fato a maior dificuldade da população masculina em procurar assistência à saúde e pela própria expectativa de vida das mulheres ser maior. Outro aspecto que observamos foi a grande diferença apresentada entre os idosos. Onde os idosos inseridos em grupos tem maior facilidade de integrar-se socialmente, fazendo novos amigos; planejando atividades conjuntamente; estabelecendo novos projetos de vida; resgatando sua auto-estima, sentindo-se útil e forte enquanto pessoa idosa.

A relação que estabelecemos proporcionou-nos um maior entendimento acerca de suas vivências, ou seja: conquistas, enfrentamentos diante das situações. Percebemos ainda os inúmeros problemas apresentados em relação aos conflitos familiares, onde estes aparecem com grande frequência, mostrando o quanto o idoso é desvalorizado começando no seio familiar estendendo-se a sociedade.

Consideramos de grande relevância o avanço nos estudos na área da gerontologia e geriatria, que tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos idosos, tendo em vista o aumento da expectativa de vida e conseqüente aumento dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNS, P.E. **Idosos e exclusão social.** In: SARMIENTO, S., A terceira idade na pastoral da criança - de bem com a vida. Curitiba, 1995. P. 14-16.

BERQUÓ, E. **Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil.** Trabalho preparado para o Seminário Internacional sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século. Brasília. 1-3 de Julho de 1996.

BERTOLUCCI, P.H.F. DOENÇA DE ALZHEIMER - Perspectivas no tratamento Farmacológico. **Revista Brasileira de Alzheimer.** São Paulo, Ano 1, Numero 0, 1996.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 7ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1994.

BURNSIDE, I.M. **Enfermagem e os Idosos.** São Paulo: Organização Andrei Ed. Ltda. 1979.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. 1993

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. 05 de Outubro de 1988.

DEPS, V.L., Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In. LIBERALESSO, A . (Org.) **Qualidade de vida e idade madura.** São Paulo. Papirus, 1993. P. 57-82.

DOCUMENTOS BÁSICOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Novembro, 1980.

DUDAS, S.; BEYERS, M. Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tratado de Prática Clínica.

2 d. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuário estatístico do Brasil. 1990.

GEORGE, J.B., Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.

Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GOMES, F.A. A., FERREIRA, P.C.A., Manual de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: EBM, 1985.

HADDAD, E.G.M., A ideologia da velhice. São Paulo: Cortez, 1986.

HAYFLICK, L. Como e Porque envelhecemos. Tradução de Ana Beatriz Rodrigues, Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HORTA, W.A., Processo de Enfermagem. São Paulo: E.P.U. / EDUSP, 1979.

KALACHE, A. et all. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista Saúde Pública. V. 21, p. 10, São Paulo, 1987.

LEITE, R.C.B.O., O idoso dependente em domicílio. Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Março, 1995.

MATTOS, T.M. et all. Enfermagem Comunitária. São Paulo: EPU, 1995.

NITSCHKE, R.G. et all. Família Saudável: um estudo sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. Ver. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, vol. 1. Número 2. Jul/Dez. 1992. P. 152-166.

RABELLO, E.S. et all. A Enfermagem no Grupo Interdisciplinar de Gerontologia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 11(2): 47-51, Jul. 1990.

SAMARA, A.M. Artrose. **Rev. Reumatologia Geriátrica**. São Paulo, 1994.

SANTOS, B. R.L. dos, et all. O ensino de atenção primária à saúde: avaliação diagnóstica e formativa através de microcomputadores. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre 13(2): 5-10, Jul. 1992.

SILVA, A .D.; BARBOSA, I.T.; FURLANI, D.; RIBEIRO, T.C. Uma proposta humanizada de cuidado de enfermagem do idoso asilado. Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1994.

STORRS, A .M.F. **Enfermagem Geriátrica**. São Paulo. Europa-América, 1980.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermeria psiquiatrica: El Proceso de la Relacion Persona a Persona**. Organización Panamerica de la Salud, 1979.

TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V. Condição Crônica de Saúde e o Processo de ser saudável. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, vol. 1, número 2, Jul/Dez. 1992. P. 76-88.

XAVIER, E.R.A . et all . A encruzilhada da aposentadoria. **Geriatrics em Síntese**. Ano IV, p. 21-32. Janeiro, 1987.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

I - IDENTIFICAÇÃO

- Nome (apelido) Sexo
- Idade Estado Civil
- Religião
- Grau de Instrução
- Ocupação anterior/atual
- Procedência
- Onde e com quem reside?

II - PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS

- Como você se relaciona com seus familiares?
- Recebe visita de outras pessoas da família?
- Se dependente, quem o auxilia?
- Quem marcou a consulta? (Veio acompanhado ou não)
- Por que veio consultar?
- História de doença anterior (Tratamento, internações)
- História da doença atual
- O que sabe sobre a doença/tratamento?
- Faz uso de alguma medicação? Qual? Quem indicou?
- Fatores de risco. (fumo, álcool...)
- Tem algo lhe incomodando no momento? (Queixas, dúvidas, preocupações)
- O que entende por saúde/doença?
- Você se sente doente?
- Como se sente em relação a sua idade? (auto-imagem/velhice)

III - NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

- 1- Oxigenação (respiração, tosse, expectoração)
- 2- Hidratação (volume, frequência, preferência)
- 3- Alimentação (apetite, intolerância, mastigação, hábitos alimentares)
- 4- Eliminação (intestinal, urinária, climatério)

- 5- Sono e Repouso (hábitos relacionados, problemas que dificultam)
- 6- Atividades Físicas (caminhadas, exercícios, dança, atividades da vida diária)
- 7- Integridade Física
- 8- Integridade Cutâneo-mucosa
- 9- Cuidado Corporal (necessidade, higiene)
- 10- Regulações
 - . térmica
 - . hormonal
 - . neurológica (níveis de consciência e orientação, vertigens, tonturas)
 - . vascular
- 11- Percepção dos Órgãos dos Sentidos (locomoção)
- 12- Segurança Física
- 13- Sexualidade

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E ESPIRITUAIS

- 1- Segurança Emocional
- 2- Auto-Imagem
- 3- Gregária
- 4- Recreação/Lazer
- 5- Espaço
- 6- Educação para Saúde/Aprendizagem

EXAME FÍSICO:

Condições Gerais

- Aspecto geral
- expressão facial
- estado mental
- locomoção
- postura
- vestuário
- peso
- altura

Sinais Vitais

- Temperatura
- Pulso
- Respiração
- Pressão Arterial

Condições dos Segmentos

ANEXO 2

INSTRUMENTO PARA VISITA DOMICILIAR

NOME:

Nº DO PRONTUÁRIO:

Nº DA VISITA:

SEXO:

IDADE:

ENDEREÇO COMPLETO: (TELEFONE)

.....
.....

DATA DA VISITA:

HORÁRIO:

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CLIENTE/FAMÍLIA

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

OBJETIVOS DA VISITA:

GERAL: Identificar e avaliar condições ambientais, físicas, sócio-cultural e em especial verificar sua capacidade para o auto-cuidado nas atividades da vida diária.

ESPECÍFICOS:

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

REGISTRO DA VISITA DOMICILIAR

S......
.....
.....
.....
.....
.....

O

A

P......
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 3

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

A micção normalmente é uma função indolor que ocorre cinco a seis vezes ao dia e ocasionalmente uma vez a noite. A pessoa produz e elimina em média 1.200 a 1.500 ml de urina em 24 horas. Esta quantidade é modificada pela ingestão de líquido, sudorese, temperatura externa, vômitos ou diarreia.

A incontinência urinária (perda involuntária de urina) pode resultar da lesão do esfíncter urinário externo, doença neurogênica adquirida, ou grave urgência por infecção.

Com frequência, a pessoa idosa não relata tal problema, a menos que se faça uma pergunta específica sobre ele, podendo ser o mesmo agudo e surgir durante doença, ou pode se desenvolver cronicamente durante um período de anos.

O tratamento da incontinência urinária depende dos fatores etiológicos subjacentes. Entretanto, antes que possa ser iniciado o tratamento apropriado, a presença do problema deve ser identificada e a possibilidade de tratamento bem sucedido reconhecida. O tratamento bem sucedido depende da natureza da incontinência urinária e dos fatores etiológicos. A incontinência urinária pode ser transitória ou reversível; uma vez tratada com sucesso a causa básica, o padrão de micção do paciente volta ao normal.

Dependendo dos resultados da avaliação, pode ser indicado tratamento da enfermagem e ou tratamento médico. As medidas da enfermagem que frequentemente são eficazes podem ser medidas simples que incluem assegurar um ambiente favorável à toilette; colocar a campainha e/ou "comadre/compadre" ao alcance; deixar uma luz acesa no quarto do paciente; e ajudar o paciente a selecionar roupas que facilitam sua colocação; retirada rápida para usar o banheiro; ingerir quantidades adequadas de líquidos; evitar irritantes vesicais (bebidas como: cafeínadas, álcool e adoçantes); realizar exercícios para os músculos do assoalho pélvico; manter a higiene perineal (pele limpa e seca, absorventes, creme hidrorresistentes na pele, roupas íntimas limpas).

DEPRESSÃO

A depressão é um distúrbio emocional mais comum da idade avançada. Os sinais de depressão incluem tristeza, pouca energia, menos memória e concentração, distúrbios do sono, alterações do apetite, afastamento, irritabilidade, consumo de álcool, manifestação de sentimento de desamparo e desespero, apatia, diminuição da atenção, dores persistentes que não respondem ao tratamento e manifestação de desejos suicidas.

Pessoas deprimidas são frequentemente consideradas confusas ou portadoras de doença mental e orgânica. A depressão é tratável e reversível com uso de medicamentos antidepressivos e aconselhamento. As tentativas de suicídio são um risco potencial nos casos de depressão, sendo que o índice de suicídio em homens idosos da raça branca é maior do que qualquer outro grupo etário.

A depressão na pessoa idosa tem as mesmas características básicas da depressão no adulto. Entretanto, devido às particularidades da idade, à situação existencial do indivíduo, à sua perspectiva de vida agora não muito longa, às suas peculiaridades gerontológicas e geriátricas, fazem com que a depressão nessa fase da vida tenha algumas nuances que nenhuma outra época traz. A depressão na pessoa idosa é muito mais frequente do que em todas as outras épocas da vida. Chega mesmo a se constituir um problema de saúde pública de primeira grandeza, como ocorre nos países desenvolvidos.

Um dos maiores obstáculos para se obter ajuda contra a depressão clínica pode ser a atitude da pessoa. Muitas pessoas acham que a depressão desaparecerá sozinha ou que estão muito velhas para serem ajudadas, ou que procurar ajuda é sinal de fraqueza.

Há vários medicamentos eficazes, mas os três tipos mais utilizados no tratamento da depressão são os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da monoaminoxidase e o lítio. Todos os medicamentos modificam a ação de substâncias químicas no cérebro, melhorando o humor, o sono e o apetite, aumentando a energia e a capacidade de concentração. Pessoas diferentes podem necessitar de medicamentos diferentes, e, as vezes, mais de um medicamento é necessário para tratar a depressão clínica.

Conversar com um terapeuta experiente pode também ser útil no tratamento de certos tipos de depressão, especialmente na depressão leve.

DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer é uma degeneração progressiva e irreversível do sistema nervoso central de origem desconhecida, com início insidioso que leva a perda de populações de neurônios com consequências generalizadas e profundas. É chamada algumas vezes de demência degenerativa primária ou demência senil do tipo Alzheimer (DSTA), que corresponde à 50% de todas as demências apresentadas pelo idoso.

Esta doença não é exclusiva da pessoa idosa, embora a idade avançada seja considerada um fator de risco. Recentemente estudos de uma dada população mostrou que os índices de prevalência da doença associam-se fortemente a idade.

O início da doença pode acontecer aos 40 e/ou 50 anos, sendo então, chamada de demência pré-senil. Entretanto as demências pré-senil e senil são consideradas clinicamente e patologicamente idênticas. No grupo etário de 65 e 74 anos, observou-se que 3% apresentavam a doença, em comparação com 18,7% daqueles de 75 a 84 anos e 47,2% daqueles acima de 85 anos.

Estudos epidemiológicos sugerem que até 50% dos casos da doença são familiares e alguns pesquisadores especulam que sua causa seja genética. Acredita-se ainda que diversas doenças infecciosas podem ser a causa ou aceleram a instalação da doença.

O diagnóstico da Demência de Alzheimer é essencialmente clínico, realizado com base na história, exame físico e neurológico.

No momento o diagnóstico é feito por exclusão e confirmado na necrópsia. Os sintomas clínicos, a eletroencefalografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e o exame do líquido cefalorraquidiano e do sangue podem excluir ou sustentar o diagnóstico. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são muito úteis para se excluir hematomas, tumores cerebrais, derrame e a atrofia, mas não são confiáveis para a definição do diagnóstico da doença.

Os sintomas da doença de Alzheimer variam muito. No início pode ocorrer esquecimento e deficiência da memória, porém o paciente apresenta função cognitiva adequada que oculta a perda.

Na medida que a doença progride é impossível esconder os déficits. O esquecimento manifesta-se no cotidiano. Ocorre alterações da função cognitiva como a linguagem, onde a conversa torna-se difícil, desaparece a capacidade formular conceitos e pensamentos abstratos.

As alterações da personalidade geralmente são negativas. O paciente pode ficar deprimido, desconfiado, paranóide, hostil e até mesmo agressivo. Com a progressão da doença os sintomas intensificam-se. A fala deteriora para sílabas desconexas, a agitação e a atividade física aumentam. É freqüente o desenvolvimento de um apetite voraz em virtude de seu alto grau de atividade.

No estágio mais avançado da doença ocorre disfagia e incontinência, onde o paciente precisará de ajuda em todas as áreas de cuidados pessoais. O estágio terminal pode durar meses e de maneira geral, o paciente torna-se imóvel e requerendo assistência total. A morte ocorre como resultado de complicações, tais como pneumonia, desnutrição ou desidratação.

Através do conhecimento dos fatores de risco é possível tomar medidas para que o processo não venha a se instalar. Um exemplo são diversas doenças infecciosas, onde através da vacinação é possível evitar sua instalação.

O tratamento consiste em medidas gerais, onde o paciente e sua família devem ser encorajados a estabelecer um estilo de vida o mais estável possível, ou seja, um programa regular de refeições, exercícios físicos, repouso e sono. A família deve ser informada sobre a natureza progressiva da doença, sendo encorajada a utilizar os recursos da comunidade como os grupos de suporte local da Associação Brasileira de Alzheimer.

Para o tratamento farmacológico específico, atualmente o F.D.A. aprovou uma única droga, TACRINA (Cognex), para o tratamento da doença de Alzheimer. Esta droga pode ser utilizada em associação com precursores colinérgicos como a colina ou lecitina. A droga não cura a doença, mas ameniza seus sintomas melhorando o déficits cognitivo, em apenas 8% dos casos em que já foi utilizada. Tem sua prescrição feita com muita cautela devido aos sérios efeitos colaterais que provoca.

O tratamento dos distúrbios do humor e do pensamento, consiste em anti-depressivos que podem ser utilizados nas fases iniciais da doença. Os antipsicóticos estão indicados para o controle de agitação e delírio.

Já para o tratamento comportamental utiliza-se Terapia de orientação para realidade; Terapia comportamental, evitando-se reforçar comportamentos regressivos; e Melhorias ambientais, onde pode se utilizar barras de apoio em corredores, banheiros, cadeiras, roupas de fácil colocação, etc.

Outro recurso oferecido são os Grupos de Ajuda Mútua, como é o caso da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) que dispõe de grupos de apoio familiar em todo território nacional. Embora não sejam conduzidos por terapeutas os grupos, são de grande valor para a discussão de frustrações, perdas e falta de carinho para o membro da família demenciado.

Algumas cidades contam ainda com Centros Dia, que é importante no atendimento regular ou ocasional dos pacientes demenciados e dos idosos em si.

Os cuidados de enfermagem visam:

À manutenção da função cognitiva satisfatória através de:

- Redução a confusão ambiental, utilizando uma abordagem tranquila e agradável; conversas previsíveis; ambiente simples e agradável; manter cronograma diário regular; criar recursos de memória conforme necessidade (listas, lembretes, etiquetas em objetos, quadros, desenhos).
- Aumento das referências ambientais, identificando-se quando interagir com o paciente; chamar o paciente pelo nome; situar paciente no tempo e espaço (fotos, relógio, calendário, etc).

Manutenção da segurança física através de:

- Controle do ambiente com remoção de perigos óbvios, reduzindo potencial de lesão por quedas (usar grades no leito, manter o leito na posição baixa, usar luzes noturnas, etc.); monitorar esquema de medicação e temperatura dos alimentos; e supervisionar todas as atividades externas.
- Permitir independência máxima e liberdade, evitando o uso de contenções; permitir liberdade no ambiente seguro; manter etiqueta de identificação no paciente.

Manutenção de um nível ótimo de funcionamento psicológico através de:

- Produção de situação que reduzam a ansiedade na rotina diária, mantendo a orientação da realidade sem ameaças; ter paciência com o esquecimento; aceitar comportamento excêntrico inóculo; manter rotina diária regular; manter os estímulos simples; distrair em vez de confrontar o comportamento inaceitável; evitar situações que perturbaram o paciente no passado; e não tentar argumentar com o paciente.
- Aumentar a qualidade de vida, oferecendo inúmeras oportunidades de realização (música, animais domésticos, caminhadas, exercícios, passatempos antigos, etc.); e providenciar conforto e segurança.
- Incentivar sentimentos possíveis em relação a si mesmo, tratando o paciente como pessoa que tem sentimento; discutindo abertamente seus sentimentos de ansiedade e incentivá-lo; conversar adequadamente; não infantilizar; não tentar retrainar o paciente quando estes perdeu suas habilidades.

Conseguir troca de idéias entre pacientes e outras pessoas através de:

- Implementação de estratégias para que o paciente consiga interpretar melhor as mensagens, com atitude calma, agradável e não ter pressa; dar mensagens verbais curtas e simples; evitar situações que exijam decisões; usar mensagens não verbais junto com as palavras; evitar ruídos e distrações; evitar questões complexas; conversar com o paciente mesmo se ele não responder; e observar a expressão do paciente para identificar o que compreende.
- Desenvolver estratégia para melhorar a capacidade do paciente expressar mensagens, ajudando com as palavras esquecidas quando possível; ignorar os erros; dar tempo para conversa; incentivar frases curtas e simples; proporcionar métodos alternativos de comunicação (apontar, descrever gravuras, etc.); e reconhecer a frustração que o paciente sente.

Manutenção da independência máxima em atividades cotidianas através de:

- Desenvolvimento de estratégias para facilitar a realização das atividades diárias, mantendo um programa diário regular na hora conveniente ao paciente; mantendo o ambiente simples e agradável; dar instruções simples e dividir as tarefas em pequenas partes.
- Proporcionar medidas específicas para encorajar a continência, usando roupas que abram facilmente; manter uma rotina de higiene; incentivar quantidade adequada de líquidos, fibras e atividades para evacuação intestinal regular; e recomendar a restrição de líquidos à noite.
- Dar autonomia e dignidade ao paciente na prestação dos cuidados necessários, incentivando o paciente a fazer escolhas (roupas, alimentos, rotinas, etc.); e proporcionar privacidade adequada.

Conseguir adaptação e harmonia familiar através de:

- Incentivos e reforços acerca do conhecimento da doença por parte da família, orientando a família sobre a doença; e incentivar os familiares a fazerem leituras e questionamentos.
- Reconhecimento do impacto emocional da doença na família, identificando a reação da família à doença do paciente; incentivar família a conversar sobre suas preocupações, culpas, raivas e frustrações; incentivar o uso de técnicas de redução do estresse; e incentivar a família a compartilhar preocupações e sentimentos com o paciente.

Aumentar a socialização e satisfação das necessidades mais íntimas através de:

- Incentivos de encontros sociais com famílias e amigos, encorajando-os a usar o tato para contactar com o paciente; tocar, abraçar, e demonstrar afeto; reagir objetivamente as respostas negativas; limitar o número de visitantes de 2 a 3 por vezes; e providenciar um animal de companhia e se possível apropriado.
- Proporcionar oportunidades para satisfazer necessidades íntimas e a manifestação sexual, incentivando manifestações de intimidade e suavidade com o cônjuge.

Manutenção de um nível adequado de nutrição através de:

- Monitorização a ingesta de alimentos e observar os hábitos alimentares, observando ganho ou perda ponderal; incentivando ingesta adequada de líquidos e providenciar programas regulares de refeição.
- Manutenção de ambiente favorável para alimentação, permitindo independência do paciente; mantendo ambiente calmo e agradável; oferecer um menu de escolhas; e oferecer alimentos familiares.

Manutenção do Equilíbrio entre o sono e a atividade através de:

- Redução das distrações noturnas, identificando e reduzindo os desconfortos com os ruídos e a ansiedade; e evitar perturbar o paciente durante a noite para procedimentos ou medicações.
- Medidas para aumentar a segurança, providenciando luzes noturnas; bloqueando o acesso ao exterior; e distrair, monitorizar e manter o paciente em área segura.
- Criação de esquema balanceado de atividade/sono, aumentando o tempo da vigília durante o dia e incentivando curtos períodos de repouso ao invés de cochilos longos; e incentivar programas regulares de exercícios e atividades.

Fonte: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. 1994.

ARTRITE REUMATÓIDE

A artrite reumatóide é uma doença crônica, sistêmica e progressiva do tecido conjuntivo com início geralmente insidioso. A principal lesão é a inflamação da membrana sinovial, com resultante erosão da cartilagem e do osso, podendo ocorrer ainda aderência. A artrite manifesta-se poliarticular e atinge pequenas articulações das mãos e dos pés, atacando também as grandes articulações.

Acredita-se que a artrite reumatóide seja uma resposta imunológica a antígenos desconhecidos de origem interna ou externa, onde o estímulo para

esta resposta pode ser viral ou bacteriano, ou pode ter relação com uma alteração na produção e função normal do colágeno.

A artrite reumatóide pode ocorrer em qualquer faixa etária e geralmente aumenta a incidência na idade avançada. Pode haver ainda predisposição genética à doença.

O diagnóstico baseia-se na história clínica, no exame físico e exames laboratoriais. O exame físico revela informações sobre o tamanho, a simetria e o movimento das articulações afetadas. Pode-se observar ainda, presença de nódulos reumatóides.

Certos exames laboratoriais são importantes, como o fator reumatóide (FR) que aparece em mais de 80% dos pacientes com artrite reumatóide; a velocidade de hemossedimentação (VHS) está aumentada; os testes da proteína C reativa (PCR) e do anticorpo antinuclear são positivos. São feitos ainda estudos radiológicos para diagnosticar e estadiar a doença.

O quadro clínico da artrite reumatóide é variável, mas em geral, a dor, o edema, o calor, a hiperemia e a ausência da função na articulação são aspectos clínicos clássicos da artrite reumatóide. O comprometimento articular começa nas pequenas juntas das mãos, punhos e pés. Os joelhos, os ombros, o quadril, os cotovelos, os tornozelos, a coluna cervical e as articulações temporomandibulares são afetadas à medida que a doença progride. Além da dor e do edema na articulação, outro sinal clássico é a rigidez articular principalmente pela manhã, pode ocorrer deformidade das mãos e dos pés e presença de nódulos.

Alguns sinais e sintomas sistêmicos, compreendem a fadiga, febre, perda de peso, anemia, anorexia, taquicardia e adenomegalia.

O tratamento requer uma abordagem multidisciplinar. Os objetivos do tratamento incluem a redução ou a suspensão do processo inflamatório, estabelecendo o aumento do conforto, a diminuição dos efeitos colaterais, a preservação da função da articulação e dos músculos e o retorno a uma vida desejável e produtiva.

Na doença inicial, a terapia começa com orientação para adotar um equilíbrio entre repouso e exercício. A terapia medicamentosa começa com altas doses de salicilatos ou antiinflamatórios não-esteróides. Outros medicamentos

também são utilizados, como antimaláricos, Penicilamina, Hidrocicloroquina, Cloroquina, Imunossuppressores, corticosteróides entre outros.

O tratamento inclui terapia ocupacional, fisioterapia, cirurgia reparadora como: sinovectomia (ressecção da membrana sinovial), tenorrafia (sutura de um tendão), artrodese (fusão cirúrgica da articulação) e atroplasia (correção cirúrgica da articulação).

Os cuidados de enfermagem consistem em:

- Alívio da dor e do desconforto, através de técnicas a curto prazo, com aplicação de calor e frio, proteção da articulação, repouso e analgésicos. Orientação sobre o controle da dor a longo prazo, incluindo o uso de antiinflamatórios, um programa para manter a articulação móvel e técnicas de relaxamento;
- Diminuição da fadiga. A educação do paciente concentra-se nos fatores físicos e emocionais relacionados com a doença que causam ou contribuem para a fadiga.
- Maior mobilidade e independência nas atividades do auto-tratamento. O enfermeiro pode aumentar muito a mobilidade do paciente e sua capacidade de auto-cuidar-se ao aliviar a dor persistente ou a rigidez matutina;
- Melhora do sono. As intervenções devem focalizar a causa do problema que pode ser a fadiga, a dor, a inatividade física, a rigidez articular e a depressão. Além dos medicamentos, técnicas de relaxamento podem ser úteis para aliviar a tensão muscular, a fadiga e o estresse;
- Maior conhecimento sobre o tratamento da doença. Podem ser usadas várias técnicas educacionais dependendo do nível de conhecimento prévio do paciente, do seu interesse, do grau de conforto e de influências sócio-culturais. O enfermeiro deve orientar o paciente no que diz respeito ao tratamento básico da doença, às medicações e às adaptações necessárias em seu modo de vida;
- Melhoria da auto-imagem. O enfermeiro e a família devem tentar compreender as reações emocionais do paciente à doença. A comunicação deve ser incentivada para que o paciente e sua família expressem sentimentos, percepções e medos em relação à doença;

- O enfermeiro pode visitar o paciente após sua alta hospitalar para certificar-se de que ele é capaz de agir o mais independentemente possível com seus problemas de mobilidade e de controle com segurança nos tratamentos e farmacoterapia.

Fonte: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. 1994.

OSTEOARTRITE

A osteoartrite caracteriza-se por perda progressiva da cartilagem articular e alterações reacionais nas margens articulares e no osso subcondral. No processo degenerativo a elasticidade da cápsula articular, da cartilagem articular e dos ligamentos diminui à medida que a junta sofre stress mecânico repetido. A placa articular afina e sua função amortecedora diminui, o espaço articular se estreita e perde estabilidade, os ossos endurecem e hipertrofiam nas superfícies articulares e os ligamentos calcificam.

A etiologia da osteoartrite é desconhecida, entretanto existem vários fatores associados. A idade avançada está diretamente relacionada com o processo degenerativo, que geralmente começa na terceira década da vida e atinge um pico entre a quinta e a sexta décadas. A doença pode estar associada a estresse repetido, obesidade, traumatismo anterior ou esforço físico extenuante.

O exame físico do sistema musculoesquelético mostra dor e aumento das articulações. O exame radiográfico das articulações em degeneração revela hipertrofia óssea, formação de esporão, destruição da cartilagem com o resultante estreitamento dos espaços articulares e irregularidades visíveis nas estruturas articulares. Os estudos laboratoriais não são úteis no diagnóstico da doença.

As principais manifestações clínicas são dor, rigidez e deficiência funcional. A rigidez é mais comum pela manhã ao despertar e a deficiência funcional deve-se à dor a movimentação e a pequena mobilidade da articulação, que ocorre quando surgem alterações estruturais nas juntas.

A doença atinge mais frequentemente as articulações que sustentam peso (quadril, joelho, coluna lombar e cervical), podendo ainda atingir as articulações interfalangeanas. Pode haver nódulos ósseos característicos, geralmente indolores à inspeção e palpação.

O tratamento clínico visa ao controle dos sintomas, já que não há nenhum tratamento disponível que pare o processo degenerativo. O tratamento medicamentoso consiste em analgésicos e antiinflamatórios. As modalidades terapêuticas consistem também em medidas de suporte e intervenção cirúrgica quando a dor é intratável e a função foi perdida, fazendo com que amenize a dor e reestabeleça parcialmente os movimentos.

Os cuidados de enfermagem assemelham-se aos da artrite reumatóide, sendo que os principais objetivos devem incluir o alívio da dor e do desconforto, maior mobilidade e resistência física e obtenção de um nível ótimo de independência nas tarefas do cotidiano.

Fonte: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. 1994.

ARTROSE

Artrose é uma doença degenerativa e metabólica da cartilagem articular que atinge a terceira idade, acometendo sobretudo, as articulações de carga. A artrose pode ser dividida em primária e secundária. Por artrose primária entende-se enfermidade sem causa aparente, enquanto a secundária, contém em tudo uma expressão clínica semelhante, circunstanciada por outra enfermidade recente ou anterior, algum agente traumático ou vício postural.

O diagnóstico da artrose baseia-se em três aspectos distintos pela ordem de importância: o clínico, o radiológico e o laboratorial.

Três elementos propedêuticos são essenciais na caracterização clínica da artrose pela ordem de frequência: a dor, a crepitação e finalmente a presença ou não de sinais inflamatórios.

A dor é referida como se a articulação fosse literalmente atingida, principalmente na forma inflamatória. A dor de intensidade variável é mais acentuada nas articulações de (as dos membros inferiores). O ritmo da dor não foge à regra geral das doenças articulares, sendo mais intensa nos primeiros movimentos e desaparece ou suaviza no repouso.

A crepitação adequadamente interpretada ajuda a caracterizar a enfermidade. A crepitação é a percepção tátil e/ou auditiva de um ruído seco, espontâneo, contínuo ou interrompido, que se sente no percurso da movimentação articular passiva e ativa. A crepitação é de maior importância nos ombros, para caracterização desta enfermidade em relação as demais que se manifestam sob forma de ombro doloroso.

A inflamação na artrose não é intensa nem tão constante e simétrica quanto nas artropatias inflamatórias. A inflamação traduzida por tumefação e derrame articular, bem como aumento local de temperatura e mais raramente rubor, é percebida nas formas inflamatórias crônicas, ou crônicas com período de agudização.

O tratamento da artrose deve consistir de medidas clínicas gerais e especiais, medidas cirúrgicas e fisioterápicas. O tratamento tem se resumido em medicamentos de efeitos sintomáticos como: antiinflamatórios não hormonais e corticosteróides.

As medidas fisioterápicas são de valor inestimável, devendo ser iniciada de forma gradual na fase sub-aguda da doença, com movimentos passivos e mais adiante ativos. As medidas fisioterápicas estão melhor indicadas nas fases crônicas da enfermidade e consistem em trações, exercícios passivos e ativos, calor das mais diversas formas. Essas medidas apenas completam o tratamento, sem serem resolútivas por si só no complexo terapêutico da artrose.

Os cuidados de enfermagem consistem nas medidas adotadas nas demais doenças reumáticas tais como: alívio da dor, maior mobilidade física e independência nas atividades de auto-cuidado, diminuição da fadiga, melhora do sono e proporcionar maior conhecimento sobre a doença, prevenção e tratamento.

Fonte: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. 1994.

DOENÇAS REUMÁTICAS

CONSIDERAÇÕES GERONTOLÓGICAS:

Embora seja comum considerar as doenças reumáticas um sinônimo de envelhecimento, elas atingem pessoas de todas as faixas etárias. No entanto, essas doenças tem realmente algumas implicações especiais no adulto idoso.

A frequência, o padrão do início, os aspectos clínicos, a gravidade e o impacto na função podem ser diferentes no idoso. Algumas doenças reumáticas são mais prevalentes na idade avançada, como a osteoartrite, já polimialgia reumática é uma doença exclusiva do idoso.

Quanto a gravidade, certas doenças reumáticas podem ser menor no idoso. A artrite reumatóide, que começa na idade avançada, geralmente é menos grave que em um jovem. Em outras condições como bursite, não são incapacitantes por si só, mas combinados aos processos fisiológicos naturais do envelhecimento, podem ter um efeito significativo. Em muitos casos, a artrite, é um diagnóstico secundário, porque as patologias que o indivíduo apresenta podem ser prioritárias. Essa talvez seja a questão mais difícil, pois tratamento pode não ser feito em virtude do outro problema clínico, da falta de conhecimento do que pode ser feito para tratá-la e da concepção errônea de que artrite e envelhecimento são sinônimos.

Os efeitos da doença podem causar alterações consideráveis no estilo de vida da pessoa e podem ameaçar sua independência. A diminuição da visão e a alteração no equilíbrio do idoso são fatores de segurança que o enfermeiro deve preocupar-se. A combinação de audição deficiente, pouca visão,

esquecimento e depressão contribuem para a ineficácia do esquema de tratamento do idoso.

O tratamento farmacológico da doença reumática no idoso é mais difícil que no jovem. O efeito de algumas medicações nos sentidos (audição e cognição) é maior no idoso. O efeito cumulativo dos medicamentos aumenta por causa das alterações fisiológicas do envelhecimento. Por exemplo, a diminuição da função renal no idoso altera o metabolismo das drogas. O idoso tem ainda maior probabilidade de usar remédios por conta própria, ingerir muitas drogas diferentes e ser suscetível a métodos de tratamentos não comprovados.

O idoso pode aceitar ou resistir desnecessariamente à dor, à perda da deambulação e à dificuldade nas atividades do cotidiano. Sua imagem corporal e sua auto-estima, combinados com a depressão podem interferir no uso de dispositivos de auxílio.

Fonte: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. 1994.

DIABETES MELLITUS

É um grupo heterogêneo de distúrbios caracterizado por uma elevação no nível de glicose de sangue. Normalmente há uma certa quantidade de glicose circulando no sangue que resulta dos alimentos ingeridos, e da formação de glicose no fígado. A insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose do sangue, regulando a produção e o armazenamento de glicose.

No Diabetes pode haver uma diminuição da capacidade corpórea em responder à insulina e ou uma diminuição ou ausência de insulina produzida pelo pâncreas.

Cerca de 5 a 10% das pessoas com Diabetes tem o tipo I, ou insulino-dependente. Nesta forma, são produzidas quantidades inadequadas de insulina pelo pâncreas, resultando na necessidade de injeções de insulina para controlar a glicose sanguínea. Este tipo é caracterizado por um início repentino, geralmente antes de 30 anos de idade.

Cerca de 90 a 95% das pessoas com Diabetes tem o tipo II, ou não-insulino-dependente. Este tipo, resulta de uma diminuição na sensibilidade das células à insulina e uma diminuição na quantidade de insulina dependente. O Diabetes tipo II é inicialmente tratado com dieta e exercício físico. Caso persistam níveis elevados de glicose, a dieta é suplementada com agentes hipoglicemiantes orais.

O Diabetes tipo I é caracterizado pela destruição das células Beta do pâncreas. Atualmente é tido como o resultado de uma combinação de fatores genéticos, imunológicos, e possivelmente ambientais (ex: viral), contribuindo para a destruição das células Beta.

No Diabetes tipo II são desconhecidos até o momento os mecanismos exatos que levam à resistência à insulina e à secreção prejudicada de insulina. Os fatores genéticos interferem no desenvolvimento da resistência à insulina. Soma-se a isto a existência de certos fatores de risco sabidamente associados com o desenvolvimento do Diabetes tipo II, que incluem: idade, obesidade, história familiar e grupo étnico.

Com os níveis de glicose elevado, há aumento no volume urinário (poliúria) devido uma compensação que o organismo faz para eliminar o açúcar, já a sede excessiva (polidipsia) ocorre quando o organismo tenta repor o líquido que está sendo eliminado. A deficiência de insulina também prejudica o metabolismo de proteínas e gorduras, levando à perda de peso. Os pacientes podem ser acometidos por aumento de apetite (polifagia) devido à diminuição do armazenamento de calorías. Este fator também contribui para fraqueza e fadiga.

A hipoglicemia é uma complicação aguda do Diabetes que ocorre quando a glicose sanguínea cai abaixo de 50 a 60 mg/dl. Ela pode ser causada por excesso de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais, pouca alimentação ou atividade física excessiva. Os sintomas hipoglicêmicos podem ocorrer repentinamente e inesperadamente. A combinação de sintomas varia consideravelmente de pessoa para pessoa. Geralmente os sintomas da hipoglicemia são: suor, tremor, taquicardia, palpitação, nervosismo, fome, incapacidade em se concentrar, dor de cabeça, confusão, lapsos de memória, torpor dos lábios e língua, fala confusa, descoordenação, alterações emocionais, comportamento irracional, visão dupla e sonolência. Já os sintomas mais graves

incluem comportamento desorientado, convulsões, dificuldade em acordar do sono ou perda de consciência.

Os cuidados de enfermagem ao paciente portador de Diabetes Mellitus consiste:

- Manutenção do balanço de líquidos e eletrólitos - a ingestão e a eliminação são dosadas. São administrado líquidos e eletrólitos pela via intravenosa quando solicitados, e é encorajada a ingestão de líquidos. Os sinais vitais do paciente são monitorizados para detectar sinais de desidratação: taquicardia, hipotensão ortostática.
- Correção de anomalias metabólicas - é realizada a monitorização da glicose geralmente antes das refeições e na hora de dormir. A insulina é administrada conforme o solicitado. Os sucos ou tabletes de glicose são utilizados para o tratamento da hipoglicemia. O paciente é encorajado a ingerir refeições e lanches completos como indicados na dieta. É importante para o enfermeiro garantir que a insulina seja alterada quando necessário em relação a demoras nas refeições devidas a diagnóstico e outros procedimentos.
- Educação do paciente - Ensina-se ao paciente as habilidades de sobrevivência, inclusive a fisiopatologia simples; as modalidades de tratamento; reconhecimento, tratamento e prevenção das complicações agudas. Caso o paciente apresente sinais de complicações a longo prazo, devem ser incluídas informações quanto a comportamentos preventivos apropriados (cuidados com os pés, olhos, etc.).
- Cuidados de saúde em casa - a família é orientada para auxiliar nos cuidados do Diabetes (monitorização da glicose sanguínea, administração de insulina, dieta, exercício físico, etc.)
- Redução da Ansiedade - o paciente e a família são auxiliados a se concentrar no aprendizado das habilidades que mais amedrotam. É dado ao paciente o máximo de reforço positivo para as atividades de autocuidado que ele tenha tentado, mesmo que a técnica não tenha sido

totalmente dominada. O paciente ainda é encorajado a expressar seus sentimentos.

CONSIDERAÇÕES GERONTOLÓGICAS

Os níveis elevados de glicose sanguínea parecem estar relacionados à idade e ocorre tanto em homens quanto em mulheres em todo o mundo. A elevação da glicose sanguínea aparece na quinta década da vida e aumenta em frequência com o aumento da idade.

Independente do tipo ou duração do Diabetes, as metas do tratamento podem ter que ser alteradas quando se cuida de um idoso. O foco é na qualidade de vida, tal como manter um funcionamento independente e promover um bem estar geral. Embora o controle estrito da glicose sanguínea possa não ser seguro ou apropriado, uma hiperglicemia sintomática prolongada deve ser evitada.

Alguns pacientes mais idosos não são capazes de conduzir um plano de tratamento detalhado do Diabetes. Entretanto, devemos supor que todos os pacientes acima de uma certa idade podem aderir apenas ao regime mais simples. Embora a meta possa ser apenas evitar a hipoglicemia e a hiperglicemia sintomática, alguns pacientes podem preferir regimes mais complexos que dão maior flexibilidade de refeições e de programação diária.

Algumas das barreiras ao aprendizado e autocuidado que podem ser vista nos mais idosos incluem visão diminuída, perda da audição, déficits de memória, diminuição da mobilidade e da coordenação motora fina, aumento de tremores, de pressão e solidão, diminuição dos recursos financeiros, e limitações relacionadas a outras patologias.

No plano de cuidados do Diabetes e das atividades educacionais é importante apresentações curtas, simplificadas, com ampla oportunidade da prática das habilidades pessoais. É essencial a frequente avaliação das habilidades de autocuidado (administração de insulina, monitorização da glicose sanguínea, cuidado com os pés, planejamento para dieta), especialmente nos pacientes com limitação da visão e da memória. Incluindo treinamento de familiares e cuidadores para fazer ou supervisionar o tratamento, nos primeiros socorros em caso de hipo ou hiperglicemia.

A monitorização cuidadosa das complicações do Diabetes não deve ser negligenciada nos mais idosos. A hipoglicemia é especialmente perigosa, porque pode não ser detectada e resultar em quedas.

Fonte: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. 1994.

O que é Diabetes? Folheto Informativo do Lab. Miles do Brasil Ltda. SP.

OSTEOPOROSE

É um distúrbio no qual existe uma redução da massa óssea total. Observa-se uma mudança na renovação homeostática normal do osso; a velocidade de renovação óssea é maior que a velocidade de formação do osso, resultando numa massa óssea total reduzida. Os ossos se tornam progressivamente porosos, quebradiços e frágeis. Sofrem fraturas facilmente com estresses que não seriam capazes de quebrar o osso normal. A osteoporose resulta frequentemente em fraturas por compressão da coluna torácica e lombar, fraturas do colo do fêmur e da região intertrocanteriana e fratura de Colles de punho. Múltiplas fraturas por compressão das vértebras resultam em deformidade esquelética (cifose). Com a instalação da cifose "corcunda de viúva", ocorre perda associada de altura. Algumas mulheres pós-menopáusicas podem perder de 2,5 a 15 cm de altura em virtude do colapso vertebral. As alterações posturais resultam em relaxamento dos músculos abdominais e conseqüentemente, num abdome proeminente. Muitos pacientes se queixam de fadiga.

A perda de massa óssea é um fenômeno universal associado com o envelhecimento. As mulheres desenvolvem osteoporose mais frequentemente, mais precocemente e mais extensamente que os homens. As mulheres pretas, que possuem uma maior massa óssea que as mulheres brancas sofrem menos osteoporose. As mulheres brancas com uma estrutura pequena e magras correm o mais alto risco de osteoporose. Mais da metade de todas as mulheres com mais de 45 anos de idade mostram evidência de osteoporose ao exame radiológico.

O diagnóstico da osteoporose não é difícil de ser feito. O raio X da coluna vertebral pode indicar a rarefação do osso ou até evidenciar alguma fratura que não tinha causado sintoma. Entretanto, o exame mais adequado para se fazer o diagnóstico de osteoporose e que possibilita uma quantificação desta é a densitometria óssea. Este é um exame indolor que mede a massa óssea geralmente ao nível da coluna lombar e do colo do fêmur.

O tratamento da osteoporose tem mais êxito quanto mais precocemente for iniciado, para se prevenir a perda óssea. Uma osteoporose de grau avançado tem pouco resultado com qualquer tipo de tratamento.

Para diferentes formas de osteoporose são empregadas diferentes terapias, como diferentes drogas, por indicação médica.

Não podemos desacelerar a marcha do tempo, ou alterar os efeitos que o envelhecimento provoca em nossos corpos. No entanto, existem providências que podemos tomar a fim de reduzir os riscos de desenvolver osteoporose, tais como:

- Evitar o tabagismo;
- Evitar o consumo de bebidas alcóolicas;
- Fazer exercício físico regularmente;
- Tomar banho de sol diariamente;
- Ingerir alimentos ricos em cálcio.

Já para as pessoas com diagnóstico de osteoporose, é de fundamental importância que sigam as orientações citadas acima, a fim de não agravar o quadro. Além de prevenir quedas e fraturas, uma vez que a massa óssea encontra-se diminuída.

Fonte: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Brunner & Suddarth. 1994.

Osteoporose - Você se preocupa com osteoporose? Folheto Informativo do

Lab. Merck Sharp & Dohme.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão pode ser definida arbitrariamente como níveis persistentes de pressão sistólica acima de 140 mmHg e a pressão diastólica acima de 90 mmHg. Na população mais idosa, a hipertensão é definida como pressão sistólica acima de 160 mmHg e a diastólica acima de 90 mmHg.

A hipertensão é a grande causa de insuficiência cardíaca, ataque cardíaco e insuficiência renal. Ela é denominada "matador silencioso" já que a pessoa hipertensa frequentemente não apresenta sintomas. Calcula-se que a metade das pessoas com hipertensão não sabem que é hipertensa. Uma vez que a hipertensão instala-se, o paciente deve medir sua pressão arterial com frequência, já que é uma condição para toda a vida.

Cerca de 20% da população adulta apresentam hipertensão essencial (primária), que não apresenta uma causa médica identificável. As gestantes apresentam elevações da pressão arterial com causa específica (hipertensão secundária), com estreitamento renovascular ou doença do parênquima renal, certas medicações, disfunções orgânicas, tumores e gravidez.

Geralmente a hipertensão essencial inicia-se como processo lábil (intermitente) entre o final da terceira década e o início da quinta década, e gradativamente "torna-se fixa". Eventualmente ela aparece abruptamente e intensamente e tem um curso acelerado ou "maligno" que causa rápida deterioração do estado do paciente.

Distúrbios emocionais, obesidade, ingestão excessiva de álcool e estímulo excessivo com café, tabaco e medicações estimulantes desempenham certo papel, porém a doença é fortemente familiar. Ela afeta mais mulheres que homens, porém os homens, especialmente negros são menos capazes de tolerar a doença. A incidência aumenta com a idade.

As pessoas com HAS podem ser assintomáticas e assim permanecer durante muitos anos. Geralmente o aparecimento dos sintomas indica lesão vascular e as manifestações específicas estão relacionadas aos sistemas orgânicos irrigados pelos vasos envolvidos.

Os cuidados de enfermagem para pacientes hipertensos incluem:

■ Educação do paciente para evitar a evolução das alterações vasculares:

- . Fornecer orientações sobre o uso correto de medicações;
- . Restrições dietéticas de sódio e gordura;
- . Controle do peso;
- . Alterações do estilo de vida com colaboração de familiares;

■ Colaboração com programa de auto-assistência.

A falta de colaboração com o programa terapêutico constitui um problema significativo nas pessoas com hipertensão.

Frequentemente são necessários grande supervisão, educação e encorajamento, para que as pessoas com hipertensão cheguem a um plano aceitável de convivência com sua hipertensão e o regime terapêutico.

Informações por escrito acerca dos efeitos esperados e dos efeitos colaterais das medicações são úteis para manter um padrão seguro de auto-administração.

CONSIDERAÇÕES GERONTOLÓGICAS

As alterações estruturais e funcionais no sistema vascular periférico são responsáveis pelas alterações de pressão arterial que ocorrem com a idade. Juntamente com o processo de aterosclerose relacionado ao envelhecimento está a perda de elasticidade do tecido conjuntivo e a diminuição do relaxamento dos músculos lisos vasculares. Está reduzida a capacidade dos vasos distenderem-se e retraírem-se. Conseqüentemente, a aorta e as grandes artérias são menos capazes de se acomodarem ao volume de ejeção e isso resulta numa diminuição do débito cardíaco e aumento da resistência periférica.

A elevação global na frequência da hipertensão nas pessoas acima de 75 anos de idade, é atribuída ao aumento isolado da hipertensão sistólica. Os fatores de risco presentes na população geral continuam com o envelhecimento. Esses são aproximadamente os mesmos para homens e mulheres idosos.

ANEXO 4

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NETI - NÚCLEO DE ESTUDOS DA TERCEIRA IDADE
CURSO DE MONITORES DE AÇÃO GERONTOLÓGICA
DISCIPLINA NOÇÕES DE SAÚDE/4ª FASE**

**ALGUMAS DICAS PARA OS FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOA IDOSA DOENTE:
ACAMADA/FRAGILIZADA
(Aula prática no laboratório de enfermagem/CCS)**

**Elaborado a partir dos escritos de Alison M. F. Storrs sobre enfermagem geriátrica,
pelas enfermeiras: Lúcia H. T. Gonçalves
Nina Schier
Maria Gliolanda Lima
Ernesta Rabello**

Agosto de 1996.

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

A velhice não é uma doença. A pessoa idosa poderá ter alteração biológica retrógrada que leva à diminuição do poder de sobrevivência e de adaptação. O ritmo a que este processo se desenvolve varia de indivíduo para indivíduo, de órgão para órgão e mesmo de tipo de célula para tipo de célula. As diferenças individuais provêm não só de hereditariedade, mas também do meio físico, sócio econômico e cultural, e dos embates da vida, quer físicos ou mentais. Este processo desenvolve-se em todos nós após termos atingido o máximo de crescimento, aos 20 anos. A partir desta altura, os estados de «crescimento ativo» e «involução» variam à medida que envelhecemos. Os processos degenerativos impõem-se gradualmente e continuam a um ritmo do que o crescimento ativo. No entanto, o crescimento ativo continua, em certo grau, através de toda a nossa vida as feridas curam-se, as células sanguíneas são substituídas e o coração hipertrofia-se com a hipertensão.

ASPECTO EXTERIOR — Com a idade, temos tendência para perder peso e nos tornarmos menores. A posição é de flexão, com a cabeça para a frente, a espinha curvada, e as ancas e os joelhos fletidos. A perda de altura é agravada pela fraqueza muscular, degeneração das articulações e osteoporose. O rosto torna-se miúdo e enrugado à medida que se perde a gordura subcutânea e os ossos dos maxilares se atrofiam se houver falta de dentes. A perda de elasticidade da pele dificulta a avaliação clínica do estado de hidratação. O cabelo tende a tornar-se mais fino e a calvice pode instalar-se; a textura capilar pode endurecer e a cor passar ao cinzento ou ao branco. As excrescências seboreicas ou «senis», hemangiomas e outras manchas na pele são comuns. A ruptura espontânea de pequenos vasos subcutâneos produz equimose ou «púrpura senil», especialmente nas mãos e nos braços. Os olhos podem perder o brilho e haver dificuldade na focagem. A periferia do campo visual pode ser restringida. O «arcus senilis», um anel opaco na orla exterior da íris, não tem qualquer significado. A audição pode ser afetada, principalmente com sons altos. A fala pode ser mais lenta e menos clara. Os sentidos do gosto e do olfacto podem diminuir.

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

dando origem a inflamação dos joanetes, calos ou deformação das unhas do dedo grande, podem também diminuir a mobilidade.

EFEITOS MENTAIS

Os processos de pensamento tornam-se mais lentos e as pessoas idosas precisam de mais tempo para raciocinar; todavia, são capazes de compensar esta deficiência, recorrendo à experiência adquirida. A aprendizagem continua, embora seja mais demorada; o conhecimento prático é mais facilmente adquirido do que o teórico.

A memória dos acontecimentos recentes é uma das primeiras faculdades mentais a ser afetada; regra geral, começamos por esquecer nomes, locais e datas. Inversamente, os acontecimentos passados podem ser recordados com grande pormenor e relatados sem cessar ao mesmo ouvinte. Como resultado desta incapacidade de adaptação a novas idéias e rotinas, os velhos poderão gostar de reter objectos familiares e resistem às mudanças. São facilmente perturbados, ao ponto de entrarem em estado de confusão por alterações no meio, na rotina ou nos contatos íntimos.

Podem também surgir o abatimento das emoções; os velhos não mostram, nestes casos, qualquer prazer perante acontecimentos agradáveis, nem tristeza aparente perante acontecimentos tristes ou perante a morte de um ente querido. Podem perder todo o interesse naquilo que se passa em sua volta, criando, em vez disso, um interesse obsessivo pelas funções do próprio corpo, principalmente hábitos intestinais.

As características pessoais podem ser exacerbadas até ao exagero e o velho pode transformar-se numa caricatura de si próprio mostrando-se incapaz de ocultar os seus verdadeiros sentimentos, como fazia quando era mais novo.

O IDOSO DOENTE

A característica mais saliente dos velhos, quando doentes, é a ocorrência, em muitos casos, de patologias múltiplas conduzindo a diversas incapacidades. Se colhermos amostras ao acaso na comunidade, encontraremos, em média, três processos patológicos. Cada doença em si não será necessariamente mortal, mas cada uma delas agravará o estado de outros órgãos ou tecidos doentes. Em resultado disso, a saúde geral

e a capacidade física do doente ficarão afetadas, e poderá verificar-se a ruptura. Se uma doença aguda vier agravar este estado já precário, surgirá então uma crise grave.

O início da dependência total evidencia, muitas vezes, uma dependência parcial pré-existente.

Outra característica do doente idoso é a doença ocultada. Enquanto o doente jovem diz que está doente, o velho tende a guardar para si próprio os padecimentos, presumindo que a doença é devida à velhice e nada pode ser feito para a curar.

Na velhice verifica-se com certa frequência uma perda da auto-estima, principalmente quanto à limpeza e aparência; há relutância em mudar de roupa e em lavá-la, em praticar a higiene pessoal, provavelmente devido ao esforço necessário e à falta de qualquer incentivo. Os hábitos de alimentação podem deteriorar-se, tornando-se desordenados e desleixados. Daí deve-se fazer tudo o que estiver ao seu alcance para contrariar essas tendências, o que não será, todavia, fácil.

O velho deve ser tratado como um indivíduo com sua própria personalidade, caso contrário perderá a identidade e todos os incentivos para continuar vivendo da melhor maneira possível. Deve ser tratado, como um ser humano e não como um simples objecto, velho, inútil e incomodativo. Possuir o sentido de pertença é uma necessidade básica, ao lado da do amor e do afeto que todos partilhamos.

Os temores da velhice são a solidão e a rejeição, o tornar-se um fardo para a família. É importante minimizar as incapacidades ao lidar com os velhos, encorajá-los a fazer tudo o que puderem sozinhos, por muito difícil que seja ou por muito tempo que leve. Todas estas atitudes contribuirão para manter o orgulho e amor próprio do velho.

A perda de vista e do ouvido isolará ainda mais a pessoa e mais lhe tirará a vontade de aceitar a ajuda, a não ser que a gente faça um esforço para vencer as dificuldades iniciais. É importante falar devagar e com clareza, sem gritar, de preferência olhando a pessoa com quem se fala. Tolerar as insuficiências da comunicação é da máxima importância.

Se não são mantidos ocupados e passam o dia à toa, os velhos tendem a adormecer e terão dificuldade em dormir a noite.

O BANHO

Um banho diário completo ou não de toalha é essencial quando o doente idoso estiver totalmente acamado.

Se o idoso puder, deverá ser estimulado a se ajudar o mais possível. Deixar correr água sobre as mãos e os pés é muito refrescante. Completada a lavagem, o doente será vestido e a cama feita de novo. Cuidar-se-á então do cabelo, das unhas e da boca.

POSIÇÃO NA CAMA

A posição do doente na cama é importante, pois os velhos têm, muitas vezes, dificuldade em sentir-se confortáveis. A disposição do número exato de almofadas para que o doente possa sentar-se sem escorregar e comer, se necessário, é uma arte. A conhecida "poltrona", com cinco almofadas, é, regra geral, o sistema mais eficaz.

Deve-se usar sempre uma armação para os pés, pelas seguintes razões:

1. Permitir ao doente mexer as pernas e os pés impedido o peso da roupa da cama sobre os mesmos.
2. Evitar a pressão nos calcanhares, e conseqüente escara.
3. No caso de doente hemiplégico, permitir exercícios e impedir a queda dos pés.

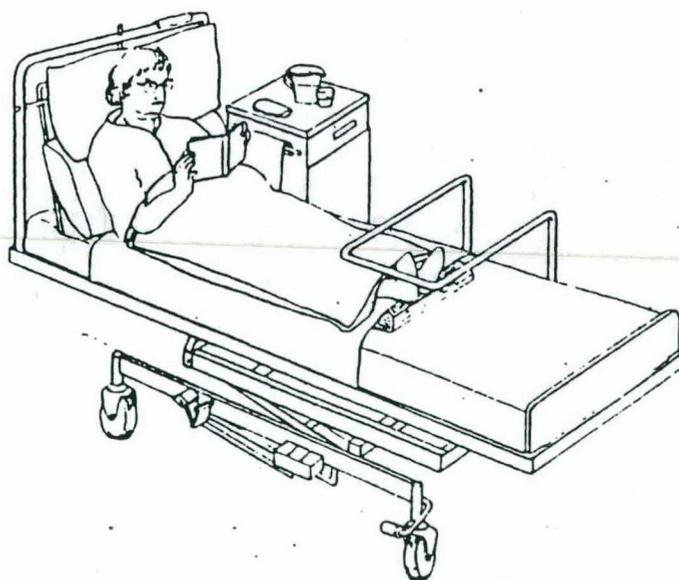


Fig. 8 — Posição correcta de um doente idoso na cama

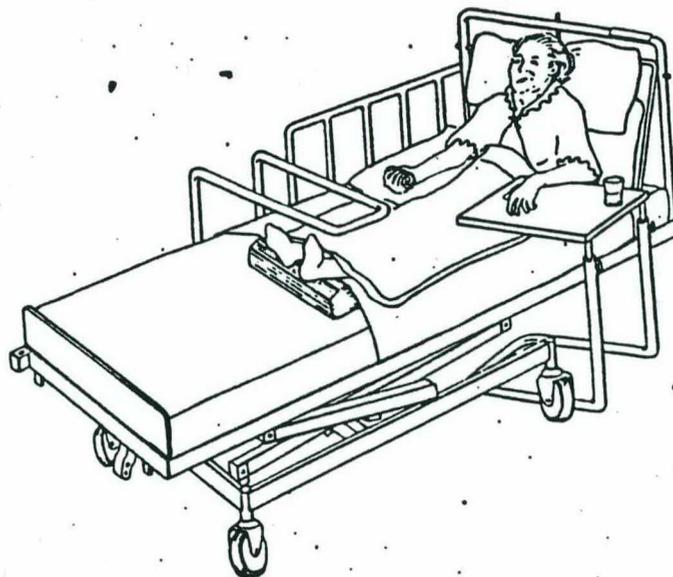
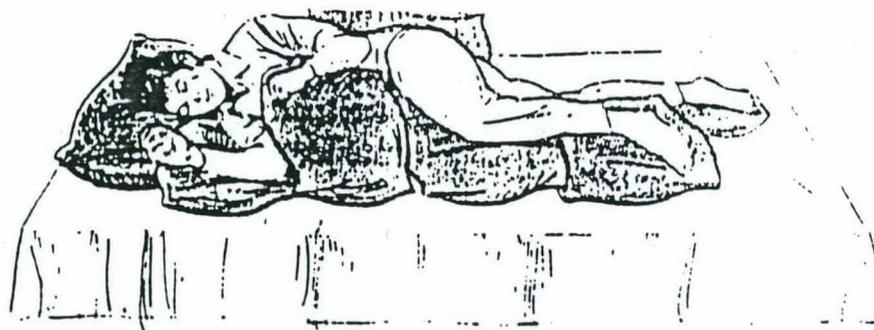
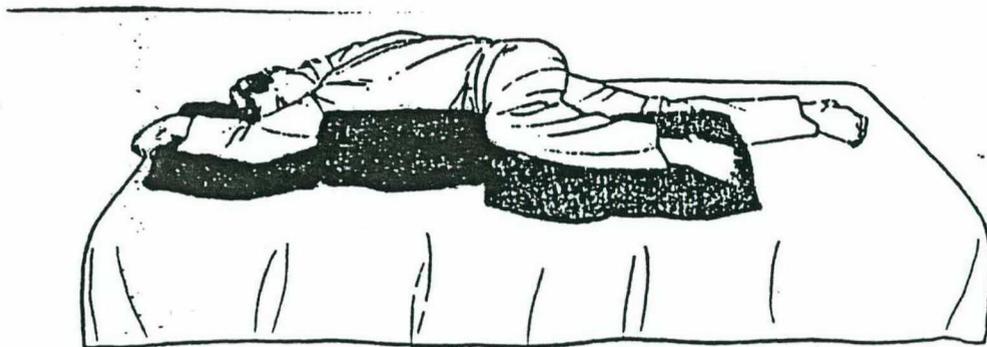


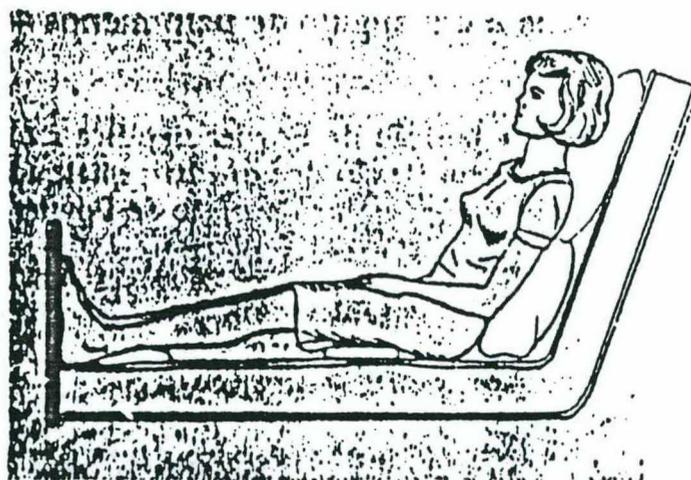
Fig. 9 — Posição correcta de um doente hemiplégico na cama



Posição lateral. Observe o travesseiro apoiando o antebraço do paciente para permitir a expansão de seu tórax.



Posição de Sims (posição semipronada). Um pequeno travesseiro pode ser colocado por sob a cabeça do paciente.



Posição de Fowler. Travesseiros podem ser providenciados para os braços do paciente caso esse apoio seja necessário.

VESTIR

Os doentes sentem-se melhor usando as suas próprias roupas sempre que possível, uma vez passada a fase aguda da doença, encorajar a levantar e a vestir-se. Particularmente importante é o que respeita aos sapatos, que devem proporcionar firmeza e conforto. Se possível, devem os doentes usar sapatos e não chinelos, embora seja muitas vezes difícil convencer alguns a usar sapatos, após anos seguidos em que apenas usaram chinelos.

TRANSPORTE DE CAMA A CADEIRA E VICE - VERSA



Fig. 10 — Método correcto de levantar um doente idoso de uma cadeira

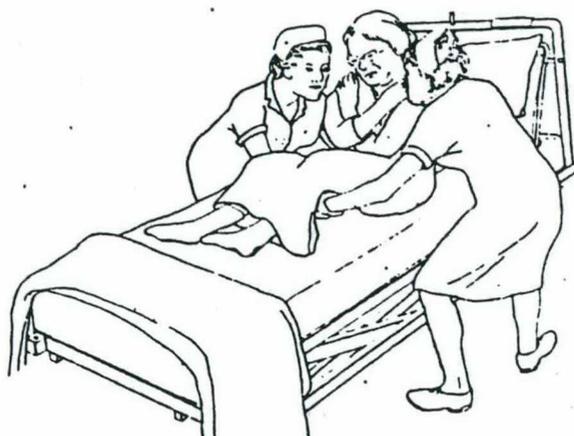


Fig. 11 — Método correcto de levantar um doente idoso da cama

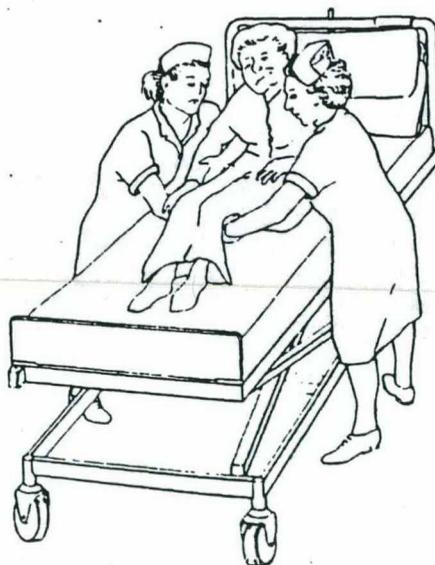
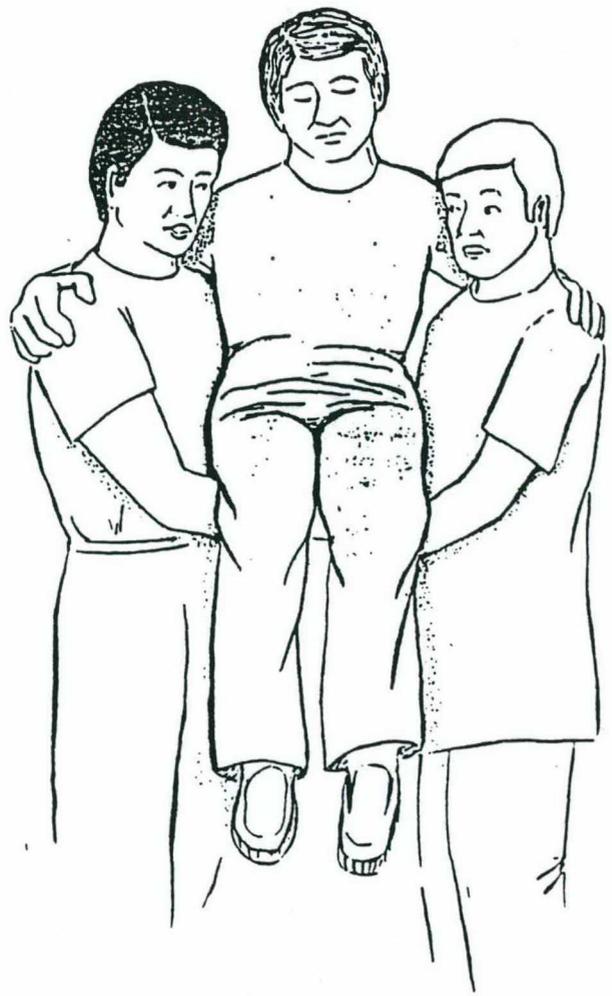


Fig. 12 — Método correcto de levantar um doente idoso da cama, segurando-lhe os braços

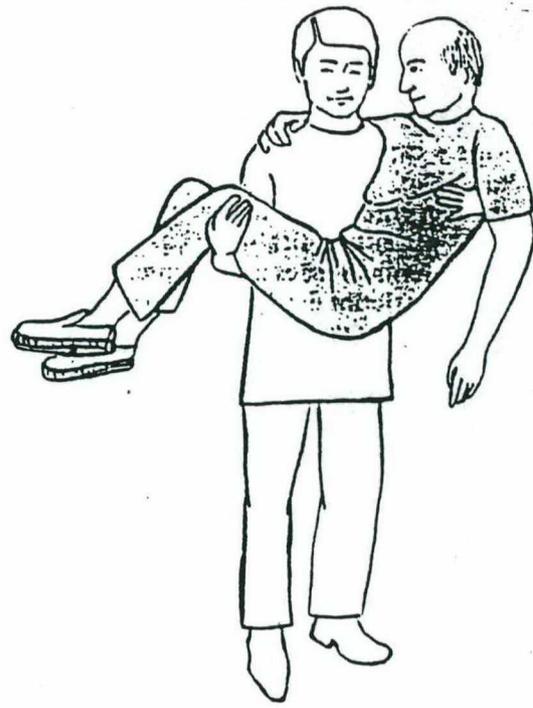


Posição para carregar o paciente em balanço.



Posição para o assento a quatro mãos, com uma visão mais próxima de como as mãos são seguras.

Posição para carregar o paciente no colo.



Posição para o transporte tipo mochila.



Posição para carregar o paciente tipo "cavalinho".

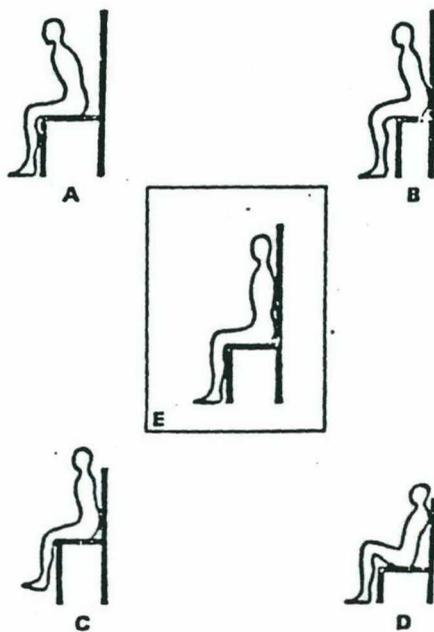


Fig. 24 — Cadeiras adequadas e inadequadas. A, assento demasiado largo. B, assento demasiado estreito. C, demasiado alta. D, demasiado baixa. E, modelo correcto

PREVENÇÃO DE QUEDAS E PROMOÇÃO DE SEGURANÇA

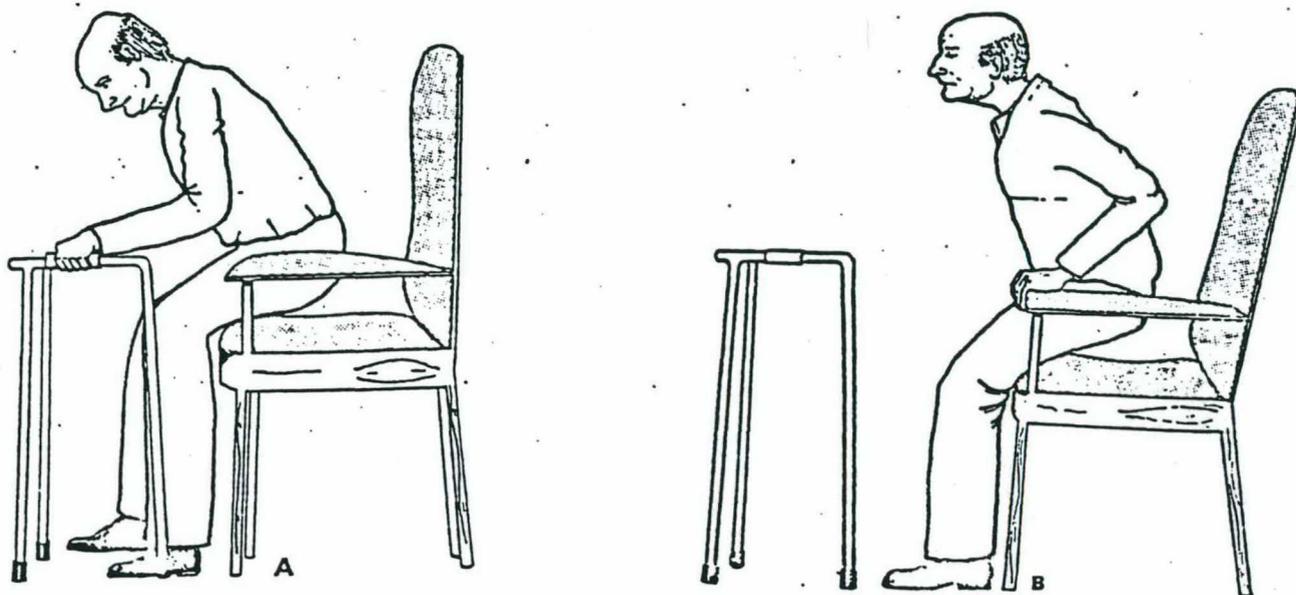
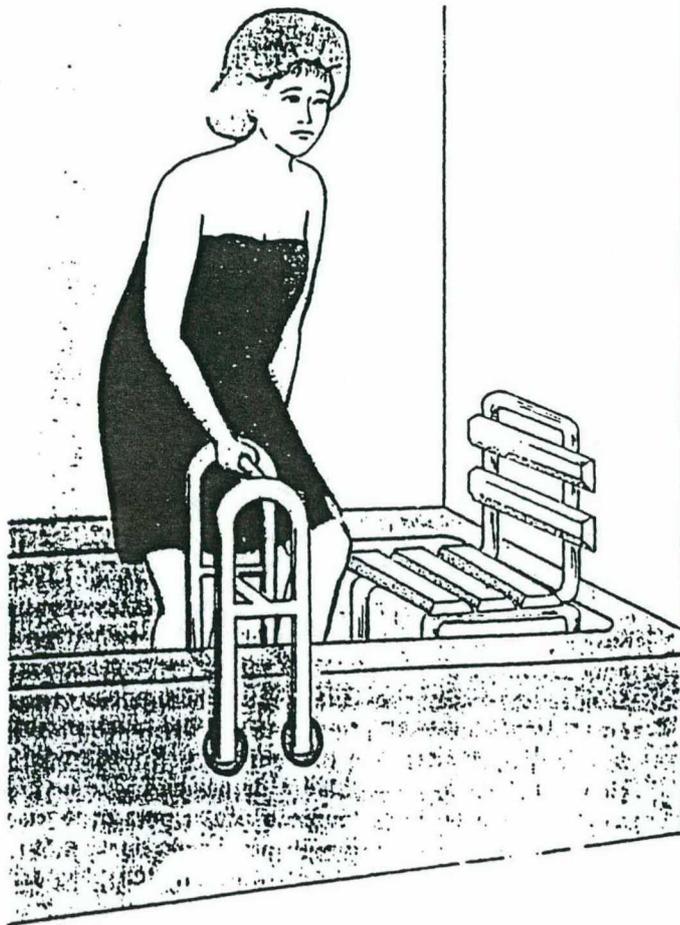


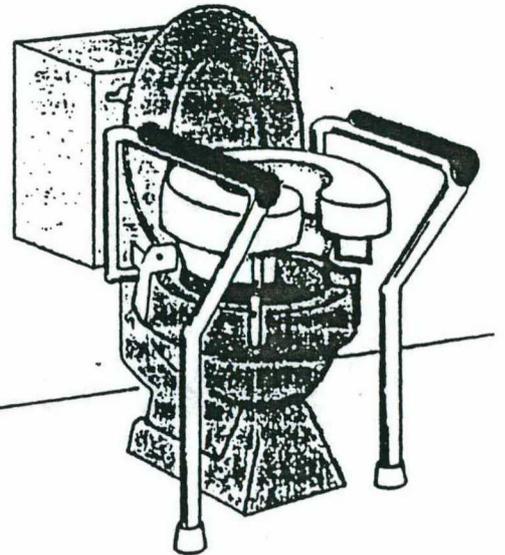
Fig. 23 — A forma incorreta (A) e correta (B) de um doente idoso se levantar de uma cadeira



Fig. 25 — A forma incorreta (A) e correta (B) de ajudar um doente a caminhar

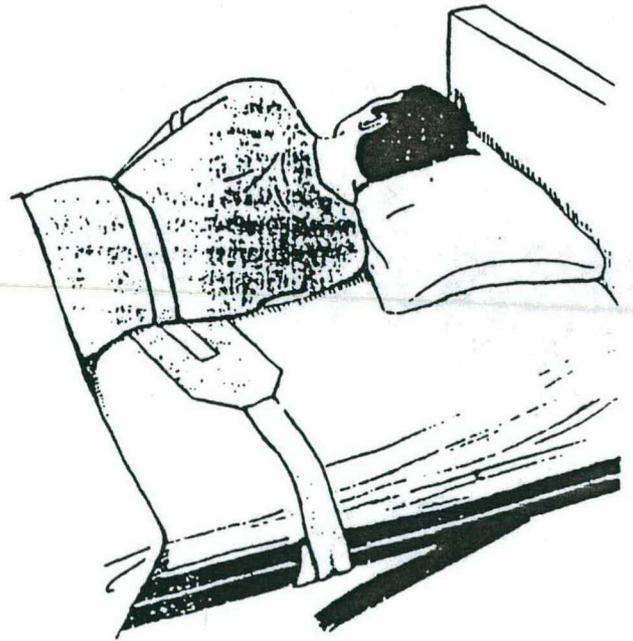


Barras para o apoio das mãos são amplamente usadas para ajudar os pacientes a evitar lesões



Um colete de segurança pode ser usado para impedir o paciente de cair da cadeira de rodas.

O uso de uma faixa de Posey permite que o paciente se vire na cama sem correr o risco de cair.



ANEXO 5

CRONOGRAMA DAS PALESTRAS PARA SALA DE
ESPERA DO GIG

DATA	ASSUNTO
01 / 04 - Terça-feira	HAS
03 / 04 - Quinta-feira	HAS
08 / 04 - Terça-feira	Osteoporose
10 / 04 - Quinta-feira	Osteoporose
15 / 04 - Terça-feira	Lombalgia
17 / 04 - Quinta-feira	DM
22 / 04 - Terça-feira	Lombalgia
24 / 04 - Quinta-feira	DM
29 / 04 - Terça-feira	Stress
01 / 05 - Quinta-feira	FERIADO
06 / 05 - Terça-feira	Artrite / Artrose
08 / 05 - Quinta-feira	HAS
13 / 05 - Terça-feira	Prevenção de quedas
15 / 05 - Quinta-feira	Prevenção de quedas
20 / 05 - Terça-feira	DM
22 / 05 - Quinta-feira	DM
27 / 05 - Terça-feira	Osteoporose
29 / 05 - Quinta-feira	FERIADO
03 / 06 - Terça-feira	Osteoporose
05 / 06 - Quinta-feira	Lombalgia
10 / 06 - Terça-feira	HAS
12 / 06 - Quinta-feira	Prevenção de quedas.

ANEXO 6



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



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA

Concedido a **VALDETE SCHUELTER** por ter participado do (a) **I Simpósio sobre a Doença de Alzheimer** no período de **16/05/97** com carga horária total de **08 horas**.

Conteúdo Programático / Ministrantes:

A Doença de Alzheimer: O que é a doença, como se manifesta, diagnóstico x diagnóstico diferencial e hereditariedade. Cuidados com a pessoa portadora da doença de Alzheimer. A família do indivíduo portador de doença de Alzheimer - Desafios e Enfrentamentos. Tratamento, avanços e pesquisas sobre a doença de Alzheimer.

Florianópolis, 16 de Maio de 1997


Prof. Neusa de Queiroz Santos
Diretor/DAEx.

Registro Nº: 001290/97-40



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



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA

Concedido a **ISABEL CRISTINA BRÖERING** por ter participado do (a) **I Simpósio sobre a Doença de Alzheimer** no período de **16/05/97** com carga horária total de **08 horas**.

Conteúdo Programático / Ministrantes:

A Doença de Alzheimer: O que é a doença, como se manifesta, diagnóstico x diagnóstico diferencial e hereditariedade. Cuidados com a pessoa portadora da doença de Alzheimer. A família do indivíduo portador de doença de Alzheimer - Desafios e Enfrentamentos. Tratamento, avanços e pesquisas sobre a doença de Alzheimer.

Florianópolis, 16 de Maio de 1997


Prof. Neusa de Queiroz Santos
Diretor DAEx.

Registro Nº: 001290/97-40



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



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA

Concedido a **PATRICIA ZILIO** por ter participado do (a) **I Simpósio sobre a Doença de Alzheimer** no período de **16/05/97** com carga horária total de **08 horas**.

Conteúdo Programático / Ministrantes:

A Doença de Alzheimer: O que é a doença, como se manifesta, diagnóstico x diagnóstico diferencial e hereditariedade. Cuidados com a pessoa portadora da doença de Alzheimer. A família do indivíduo portador de doença de Alzheimer - Desafios e Enfrentamentos. Tratamento, avanços e pesquisas sobre a doença de Alzheimer.

Florianópolis, 16 de Maio de 1997


Prof. Neusa de Queiroz Santos
Diretor DAEx.

Registro Nº: 001290/97-40