

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

***PROMOVENDO A SAÚDE E CIDADANIA DO IDOSO E SUA
FAMÍLIA ATRAVÉS DE AÇÕES INTERDISCIPLINARES***

N.Cham. TCC UFSC ENF 0254

Autor: Grasel, Mariane

Título: Promovendo a saúde e cidadania d



972522356

Ac. 241427

Ex.2 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0254

Ex.2

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996

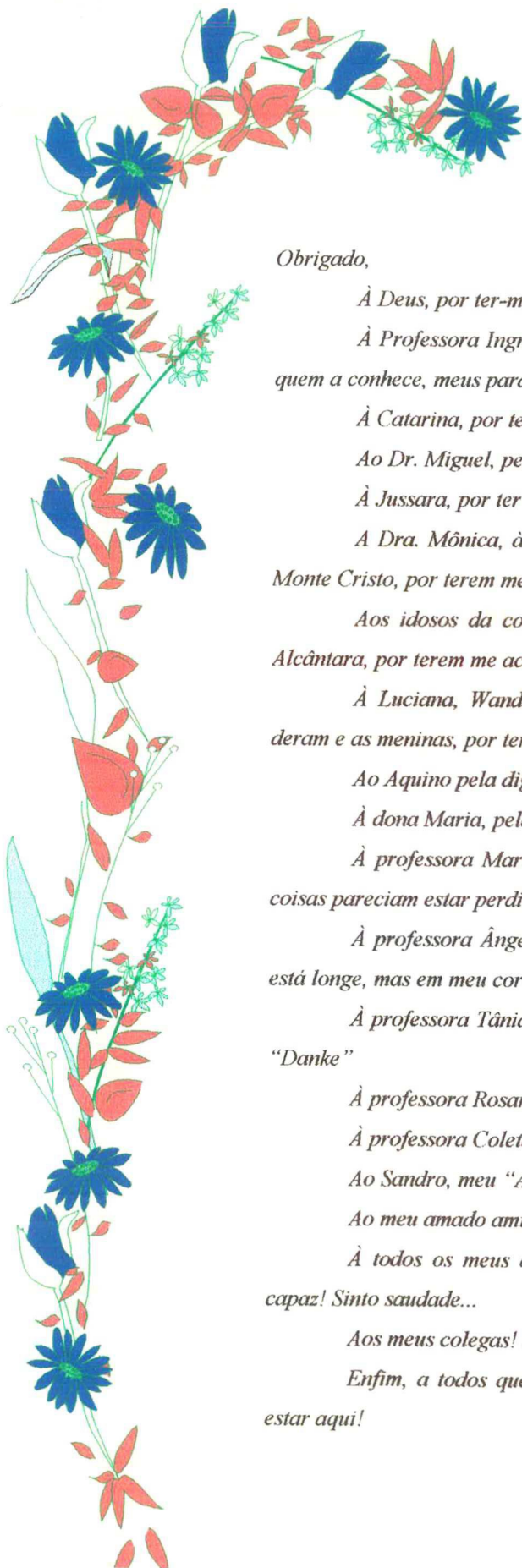
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

***PROMOVENDO A SAÚDE E CIDADANIA DO IDOSO E SUA
FAMÍLIA ATRAVÉS DE AÇÕES INTERDISCIPLINARES***

Trabalho de conclusão do curso de
graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa
Catarina

ORIENTADORA: DRA. INGRID ELSÉN
SUPERVISORA: ENF^ª MARIA CATARINA DA ROSA
ACADÊMICA: MARIANE GASEL

FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1996



Agradecimentos

Obrigado,

À Deus, por ter-me dado o dom da vida.

À Professora Ingrid, por ter “me adotado cientificamente”, e por ser quem é. Para quem a conhece, meus parabéns; para quem não a conhece, eu sinto muito...

À Catarina, por ter me ensinado a “ser esperta”.

Ao Dr. Miguel, pela ajuda, humildade e pela força.

À Jussara, por ter me guiado na comunidade.

A Dra. Mônica, à Tereza Gaio e a todos os funcionários do Centro de Saúde I do Monte Cristo, por terem me acolhido.

Aos idosos da comunidade do Monte Cristo e da comunidade de São Pedro de Alcântara, por terem me aceito e por terem me ensinado tanto...

À Luciana, Wanda, Alessandra, Daniela e Everaldo, pela força e ajuda que me deram e as meninas, por termos aprendido juntas que é possível trabalhar em grupo.

Ao Aquino pela digitação.

À dona Maria, pelas vezes que trouxe meu almoço, quando não pude almoçar.

À professora Maria de Lourdes, por ter feito eu me lembrar de Deus quando as coisas pareciam estar perdidas, minha admiração!

À professora Ângela Ghiorzi, por ter despertado minha paixão por saúde pública, está longe, mas em meu coração!

À professora Tânia, pela simpatia e por ter deixado eu entrar de penetra nas festas, “Danke”

À professora Rosane, pelas sugestões e pelo carinho!

À professora Coleta, por ter me apresentado a professora Ingrid!

Ao Sandro, meu “Assistente de Produção”, valeu garoto!

Ao meu amado amigo secreto!

À todos os meus amigos, especialmente a Márcia, que me fez enxergar que sou capaz! Sinto saudade...

Aos meus colegas! Sentirei saudade...

Enfim, a todos que de uma ou de outra forma contribuíram para que eu pudesse estar aqui!





Aos meus pais:

*Por mais palavras que eu saiba e que possa encontrar,
não serão suficientes para expressar o que sinto...OBRIGADA!*

Da filha que os ama!



**“MUITO TALENTO SE PERDE NO
MUNDO PELA FALTA DE UM POUCO DE
CORAGEM. TODOS OS DIAS SÃO
MANDADOS PARA OS SEUS TÚMULOS
HOMENS OBSCUROS, CUJA TIMIDEZ,
LHES IMPEDIU DE FAZER UM
PRIMEIRO ESFORÇO E SE PUDESSEM
TER SIDO INDUZIDOS A COMEÇAR,
TERIAM, MUITO PROVAVELMENTE,
IDO MUITO LONGE EM SUAS
CARREIRAS. O FATO, É QUE, PARA
REALIZAR, NO MUNDO, QUALQUER
COISA DIGNA DE SER REALIZADA, NÃO
DEVEMOS FICAR PARA TRÁS,
TREMENDO E PENSANDO NO FRIO E NO
PERIGO, PORÉM DEVEMOS PULAR E
DISPUTAR DA MELHOR MANEIRA QUE
PUDERMOS”**

RICHARD C. CUSHING

RESUMO

Trata-se do relatório do projeto assistencial de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, realizado em uma comunidade marginalizada da grande Florianópolis, onde foram trabalhadas questões de cidadania e saúde com o idoso e sua família, interdisciplinarmente, com a equipe do centro de Saúde I, daquela comunidade, equipe esta que faz parte do Programa da Saúde da Família. O trabalho teve como objetivo central: Buscar com o idoso e sua família, caminhos para uma melhor qualidade de vida; e como objetivos específicos: Incentivar o controle das doenças crônicas em idosos; facilitar o fortalecimento das relações intra e extra familiares; discutir questões de cidadania e saúde relacionados a terceira idade, com o idoso e sua família; prestar cuidados de enfermagem ao idoso e sua família no domicílio; e, ampliar meu aprendizado em trabalho interdisciplinar.

O Referencial teórico utilizado foi o desenvolvido pelos membros do GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família), grupo de pesquisa, vinculado ao departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, do qual faço parte.

Como metodologia foram estabelecidas propostas para a busca do alcance de cada objetivo, e utilizado o processo de Enfermagem desenvolvido pelo grupo acima citado.

São relatadas todas as “aventuras” enfrentadas pela acadêmica durante o período de estágio, bem como, seus enfrentamentos, medos, decepções, lições e aprendizado, com os idosos e família, com a equipe de saúde, com a orientadora e supervisora; além dos resultados dos objetivos propostos

SUMÁRIO

1 - Introdução	8
2.- Referencial Teórico	11
3 - A proposta metodológica	17
4 - Entrando na comunidade...	18
5 - Apresentando a comunidade.	19
6 - Desenvolvendo a proposta.	31
7 - O Processo de Enfermagem.	32
8 - Algumas Imagens	40
9 - O Inesperado...	50
10 - Avaliando o referencial teórico e o Processo de Enfermagem.	58 [✓]
11 - Saindo da Comunidade...	61
ANEXO	62
Anexo 1: As fichas de leitura	
Anexo 2: Prontuário Família	
Anexo 3: Referências Bibliográficas	
Anexo 4: Eventos Científicos e Publicações	

1 - INTRODUÇÃO

Integrando um grupo de pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, como bolsista do CNPq, eu queria fazer o projeto da oitava fase com famílias, que é o foco principal de atuação do referido grupo. Decidi trabalhar com famílias idosas, por que tive a oportunidade de participar de uma pesquisa de campo, interdisciplinar, que tinha por objetivo, estudar questões de saúde e cidadania em um município da grande Florianópolis, a qual foi apresentada na I Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, realizada no mês de março de 1996 (Elsen, et al).

Naquela ocasião, tive a oportunidade de conhecer melhor o modo de viver das famílias da terceira idade, seus sentimentos, experiências, crenças, valores e tradições que ainda mantém, além da sua enorme vontade de viver. Esta população despertou minha curiosidade, por que, conforme BURNSIDE (1979. p 21), *“estar doente, ser velho, envelhecer, significa privação de muitos bens. Tudo isso significa ter menos, ganhar menos, ser menos eficiente. Doença e velhice traz-nos uma nova maneira de conhecer a precariedade de nosso futuro, que pode ser perturbado, aumentado, realçado, avivado e mesmo limitado no presente momento.”*

Para NERI, apud COSTA (1992, p.14), *“os dados demográficos disponíveis permitem concluir que o idoso brasileiro é, em geral, pobre, com insuficiente acesso a precários serviços públicos de bem estar, e tem poucas perspectivas de melhora a curto e a médio prazo. Velhos, pobres e crianças pobres são e serão as principais vítimas da desorganização.”*

Estas afirmações não condiziam com o que eu tinha constatado no estudo feito com os integrantes do GAPEFAM¹ no qual as famílias pesquisadas eram tão diferentes disso, tão independentes, com suas próprias casas, amizades e recursos. Isto me levou a pensar em como seria a vida de outras famílias idosas, em comunidades diferentes, com outras crenças e valores, outras condições sócio-econômicas? Qual seria a assistência de enfermagem que estas famílias necessitavam?

Um outro ponto que me fez optar para trabalhar com famílias idosas foi o fato citado por GONÇALVES, et al, (1995), na elaboração de “diretrizes de saúde para a população idosa”, que o grupo etário de sessenta anos ou mais, é o que mais cresce na população brasileira. Estima-se um crescimento de 105% entre 1980 e 2000, e que até 2025, quando se considera o crescimento da proporção de idosos, da população, o Brasil terá então a sexta população de idosos do mundo em números absolutos.

Segundo as mesmas autoras, a parcela de idosos em Santa Catarina representa 7%. Se, com base, no crescimento relativo da população, projetarmos para o ano 2005, todo o contingente da faixa etária de 50 a 59 anos (6%) terá sido absorvido pela faixa etária de sessenta anos e mais. Estes dados são comprovados pelo índice ditado por NEUPERT (1987), que prevê um crescimento de 6,6% ao ano, para a população idosa no Brasil.

O GAPEFAM, embora tendo como foco central a família, desenvolveu apenas um estudo com a família idosa, mostrando-se interessado em apoiar meu projeto que pretende aprofundar os conhecimentos acerca do assunto.

Trabalhar com famílias para o referido grupo, implica uma abordagem interdisciplinar, pois permite uma maior compreensão do fenômeno, e uma assistência mais completa, do que quando se trabalha sob uma ótica unidisciplinar. Por isso escolhi assistir as famílias idosas juntamente com a equipe interdisciplinar do Programa da Saúde da Família, da Secretaria da Saúde do Município de Florianópolis.

¹ GAPEFAM (GRUPO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E EDUCAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE DA FAMÍLIA) VINCULADO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - UFSC.

Com base no exposto defini para o meu projeto o objetivo central de: ***Buscar com o idoso e sua família, caminhos para uma melhor qualidade de vida***², que se concretizará através dos seguintes objetivos específicos:

- 1 - Incentivar o controle das doenças crônicas em idosos;**
- 2 - fortalecer as relações intra e extra familiares;**
- 3 - discutir questões de cidadania e saúde relacionados a terceira idade;**
- 4 - prestar cuidados de enfermagem ao idoso e sua família no domicílio;**
- 5 - ampliar meu aprendizado em trabalho interdisciplinar.**

² Entendendo-se qualidade de vida como: "Ter qualidade de vida na terceira idade significa, ter as doenças crônicas controladas; ter fortalecido as relações intra e extra familiares; que conheça seus direitos e responsabilidades e que possa discuti-los e lutar por eles; que seja atendido no domicílio e que possa viver intensamente cada minuto de sua vida conforme seus desejos." (GRASEL, 1996.).

2 - REFERENCIAL TEÓRICO:

Segundo TRENTINI E DIAS (1994) Marco conceitual *“é um conjunto de conceitos definidos e interrelacionados formando uma estrutura abstrata e tendo como característica principal, a coerência intra e entre suas partes formando uma totalidade”*. Conceitos são *“marcas ou nomes dados a objetos, idéias, instituições, enfim, a tudo o que existe no universo”*, segundo CHIN & JACOBS, (1993). Entendo o referencial teórico como sendo um guia para o trabalho da Enfermagem.

Para orientar meu projeto de prática assistencial optei por utilizar o referencial desenvolvido pelos membros do GAPEFAM, Penna(1992), Arenas, et al(1995), Nitschke(1996), ao qual fiz alguns acréscimos e adequações à situação, do meu estudo:

Os pressupostos do GAPEFAM são:

“A família é uma unidade constituída por indivíduos que interagem entre si, com outros indivíduos e grupos”;

“A unidade familiar é uma instituição social que apresenta uma estrutura e umaorganização que lhes são próprias”;

“A unidade familiar busca atender as necessidades de crescimento edesenvolvimento de seus membros”;

“O ambiente e a família interagem dinamicamente”;

“O profissional trabalha com a família em um processo dinâmico de interação”;

“A família é ativa em sua assistência”;

“A família tem direitos e responsabilidades”;

“O GAPEFAM busca o exercício da cidadania com famílias”;

Preli
“A assistência a família requer uma visão interdisciplinar”;

“O posto de saúde é um espaço de assistência Interdisciplinar, cidadania e departicipação comunitária”;

“O idoso é um membro da família que transmite conhecimentos, serve comoapoio, assume responsabilidades, tem direitos e exerce autonomia” GRASEL(1996)

“O idoso tem características e necessidades próprias do seu processo de viver,vivendo em constante aprendizado e, devido a sua idade, tem uma preocupaçãocom a qualidade de vida, vivendo intensamente o presente”. GRASEL(1996)

Utilizei os seguintes conceitos: Família; Ser Humano; Ambiente; Assistência à Família; Assistência de Enfermagem ; Cidadania, Interdisciplinaridade e Interação GAPEFAM (1992/1996); NITSCHKE (1996); GRASEL (1996) e LÜCK(1994).

1 - ***FAMÍLIA***

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas, famílias, grupos e instituições (escola, centros de saúde) em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver como grupo” GAPEFAM(1995).

2 - ***SER HUMANO***

É um ser único, reflexivo, criativo, com características próprias conferidas por sua consangüidade familiar e com o que desenvolve durante o seu processo de vida. Interage com outros seres, unido a ele por laços de consangüinidade, de interesse ou afetividade, constituindo uma família. É um ser social, que interage com outras pessoas, famílias, grupos e instituições, em diversos níveis de aproximação, de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse. Aprende de sua família e do ambiente em que vive, crenças, valores e conhecimentos; compartilhando-os e criando novos; desenvolvendo-se em seu processo de viver e construindo sua história, bem como a de sua família. Expõe dúvidas e sentimentos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo apoio a sua família e a outros, e também

à grupos e instituições, assim como dar apoio ao ser solicitado. Respeita a individualidade das outras pessoas e ao interagir dinamicamente com o seu ambiente, transforma e é transformado, promovendo e provendo meios para o desenvolvimento contínuo do seu processo de viver como o da sua família". GAPEFAM(1995).

3 - "AMBIENTE

É o meio físico, social, cultural, econômico, político e simbólico com o qual a família, grupo, centro de saúde e comunidade interagem dinamicamente. É constituído por todos os seres e as relações existentes entre eles, formando um conjunto de crenças, valores que determinam o processo de viver, sem negar a própria condição humana reflexiva de auto-determinar-se e reagir, conhecendo e criando novos valores e crenças que podem provocar mudanças onde estão inseridos.) Nele, a família e os indivíduos que a constituem, interagem com outros seres, famílias, grupos e as demais instituições em diversos níveis de aproximação, em condição de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse, em um processo dinâmico e contínuo para transformarem o ambiente e serem transformados por ele, construindo histórias de vida" GAPEFAM(1995).

4 - "ASSISTÊNCIA A FAMÍLIA

Consiste no desenvolvimento de atividades com a família, realizadas por profissionais de diferentes áreas, membros da família, como por pessoas significativas, outras famílias, grupos, comunidade e instituições. Os profissionais articulam-se entre si buscando favorecer o processo de viver da família para tornar/mantê-la saudável, através de diferentes estratégias". GAPEFAM(1995).

5 - "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Consiste no desenvolvimento de reflexões, decisões e atividades específicas com a família, onde a enfermagem e a família em um processo de ensino aprendizagem participativo, buscam conhecer-se mutuamente, definindo situações específicas de vida familiar, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores, para agirem sobre as situações, reavaliando-as e encontrando meios para proverem mudanças conscientes no processo de viver, para que esse ocorra de maneira saudável".

GAPEFAM(1995)

6- "CIDADANIA

Um processo, e como tal, é dinâmico e se dá sempre através da relação entre o indivíduo, família, equipe, grupos e a coletividade. Nessa relação o indivíduo ou está desfrutando de suas conquistas, ou está assumindo responsabilidade com o outro. É somente à partir da participação que a cidadania é conquistada. O exercício da cidadania requer a existência de pré-requisitos tais como: ter alimentos, ter teto, ter acesso a educação e a assistência à saúde, ter trabalho digno, entre outros" GAPEFAM(1995).

7 - "INTERDISCIPLINARIDADE

A interdisciplinaridade corresponde a uma nova consciência da realidade, a um novo modo de pensar, que resulta num ato de troca, de reciprocidade e integração entre áreas diferentes de conhecimentos, como a resolução de problemas, de modo global e abrangente. A partir deles, e com sentido de alargá-los, como uma práxis, isto é, um processo de reflexão-ação, a interdisciplinaridade ganha foco de vivência (escapando a disciplinaridade) e estabelece a hominização em seu processo". LÜCK(1994)

8 - “INTERAÇÃO

Interação é o nome genérico para todo um conjunto de processos que toma lugar entre os seres humanos. A interação denota os comportamentos sociais envolvidos quando dois ou mais seres humanos estimulam-se entre si por meios de comunicação e conseqüentemente modificam o comportamento uns dos outros. A interação origina-se de estímulos que tem um significado para os seres humanos e neles provocam uma resposta baseada naquele significado. Neste marco, a interação é todo o conjunto de processos que ocorrem entre o idoso, cada membro de sua família, o enfermeiro bem como cada um destes e o mundo que os cerca”,.NITSCHKE e GRASEL(1996)

3- PROPOSTA METODOLÓGICA:

Este projeto foi desenvolvido na comunidade do Monte Cristo, no grupo de idosos, com o idoso/família em seu domicílio, articulado com a equipe do “Programa de Saúde da Família, no CSI(Centro de Saúde I)daquela comunidade.

Para atender os objetivos foram elaboradas diversas propostas para cada um deles, que serão descritas no decorrer do relatório.

Para viabilizar a realização das atividades acima descritas, foi aplicado o processo de enfermagem fundamentado no referencial do GAPEFAM, adaptado especificamente para este projeto, constando os seguintes passos:

**CONHECENDO A REALIDADE DO IDOSO/FAMÍLIA,
COMUNIDADE E EQUIPE DE SAÚDE**

DEFININDO A SITUAÇÃO DO IDOSO/FAMÍLIA

AGINDO SOBRE O IDOSO/FAMÍLIA

ACOMPANHANDO A SITUAÇÃO DO IDOSO/FAMÍLIA

AVALIANDO A SITUAÇÃO IDOSO/FAMÍLIA

4 - ENTRANDO NA COMUNIDADE

Nos primeiros dias de estágio, eu queria estar em qualquer lugar do mundo, menos ali, naquela comunidade! Eu me sentia perdida, não sabia muito bem o que fazer, ou por onde começar! Eu ainda queria que tivesse um professor do meu lado, e me sentia como se tivessem cortado meu cordão umbilical e me largado no mundo. E como a realidade era diferente, tristemente diferente, do que eu tinha imaginado. Eu “não respirava” sem pedir para a supervisora licença para fazê-lo, até que um dia ela brigou comigo, dizendo que eu deveria ser mais independente. Fiquei “furiosa” com ela, e pensei, vou mostrar do que sou capaz! E foi aí que eu comecei a entender por que estava ali.

Encontrei o grupo de idosos totalmente desestimulado. Nos primeiros encontros quase não comparecia ninguém, e, quando o faziam, reclamavam e deixavam claro que só tinham ido por que queriam consultar com o médico. Eu só pensava, “meu Deus”, onde fui me meter? E então lembrava a toda hora, e, passei a entender o que a orientadora quis dizer na apresentação da minha proposta, “coitadinha, ela está tão encantada...”

Já nos primeiros dias pude perceber que seria um pouquinho mais difícil (pouquinho?), do que tinha pensado, e que teria muito trabalho a fazer! Arregacei as mangas e fui em frente...

5 - APRESENTANDO A COMUNIDADE:

O Bairro Monte Cristo, pertence ao município de Florianópolis, localiza-se entre os bairros de Campinas, Capoeiras, Jardim Atlântico e Estreito. A comunidade foi formada na sua maioria por famílias migrantes que ocuparam o local, construindo suas casas de maneira irregular sem a delimitação correta de ruas e terrenos. Apesar de não se terem dados concretos do número de famílias desta comunidade, estima-se que ela abrigue atualmente em torno de 3.500 famílias. A maior parte delas (42%) mora ali de um a três anos (Eckert, Hense e Penna, 1992).

Devido a falta de organização na construção das casas, não há espaço para arborização nem hortas. As casas são do tipo meia água, construídas com restos de madeira, cobertos por pedaços de telhas ou eternit, ou até mesmo lona. É comum as telhas estarem furadas, as paredes com frestas, deixando o interior das casas molhado em dias de chuva e permitindo a entrada de frio e insetos. As casas são construídas sem nenhuma segurança e fundamento, expondo as famílias a perigos de desabamentos. Geralmente são de uma peça, sendo divididas por cortinas ou armários.

Algumas famílias (21%), têm aos poucos construído casas de alvenaria (Eckert, Hense e Penna, 1992). A média do número de moradores por casa é de cinco pessoas. Em mais de um terço dessas moradias, as condições sanitárias são totalmente inadequadas, sendo que, os dejetos são despejados em valas de esgoto abertas, causando mau cheiro e proliferação de insetos. Somente as casas da margem externa da comunidade tem acesso à rede geral de esgoto. Algumas

famílias não possuem banheiro, utilizando a "patente" de vizinhos, ou "casinhas" coletivas.

A coleta de lixo é feita somente na rua principal duas vezes na semana, dificultando para a maioria da população o recolhimento deste, por serem ruas estreitas não pavimentadas sem condição para tráfego. Por isso, as famílias depositam o lixo nas valas de esgoto próximo de suas casas ou num "lixão" do lado da escola. A falta de limpeza dos terrenos ocasiona mau cheiro, proliferação de moscas, baratas, ratos e cachorros, que existem em grande quantidade no local.

Nos dias de chuva as valas transbordam alagando as casas formando lama, sendo difícil a locomoção das pessoas.

O abastecimento da água é feito pela CASAN (Companhia Catarinense de Água e Saneamento). É comum várias famílias utilizarem um só cano de abastecimento de água. Para que uma família obtenha água é necessário desligar a água das outras casas, sendo que a maioria delas não tem canalização interna.

A luz é fornecida pela CELESC (Centrais Elétricas de Santa Catarina S/A), mas a grande maioria das famílias é obrigada a utilizar rabichos, pelo seu alto custo. Toda a instalação, inclusive fios e poste, ficam por conta da família. A instalação no interior das casas é precária, implicando em risco de vida.

A procedência dessas famílias é bastante variada. Há famílias que vieram de outros bairros do próprio município de Florianópolis (16%) e as outras de localidades mais distantes. A grande maioria (40%), vem da região dos campos de Lages. É um movimento migratório interno ao próprio estado de Santa Catarina, são famílias que vem para a capital, geralmente em busca de trabalho ou de tratamento de saúde (Eckert, Hense e Penna, 1992).

As famílias que vivem nestas comunidades são de baixa renda. Sobrevivem, na sua grande maioria (40%), com uma renda mensal de um ou dois salários

mínimos. Situações extremas também são encontradas, como o caso de famílias sem qualquer tipo de rendimento. A escolaridade dos pais é baixa. Quase 90% das mães e 70% dos pais não chegam a concluir o primeiro grau, cursando apenas as séries iniciais. Lêem e escrevem com dificuldade (Eckert, Hense e Penna, 1992).

A comunidade dispõe de recursos tais como: CSI (Centro de Saúde), do Monte Cristo, CSI de Sapé, Hospital de Florianópolis, Escola de 1º grau - Escola Básica Professora América Dutra Machado, Ceasa (local onde conseguem alimentos gratuitos), Creche Lar Fabiano de Cristo, Creche Promorar, Centro de Atendimento a Criança Chico Mendes, Centro Comunitário Promorar, Centro Comunitário Monte Cristo, Oficina do Saber - Novo Horizonte, Casa Pastoral, Farmácia, Mercados, Vendas, Bares e ônibus (3 linhas: Promorar, Monte Cristo e Circular). Estes são utilizados pelas comunidades vizinhas também, aumentando assim, a demanda de atendimentos, iniciado pela equipe do PSF (Programa de Saúde da Família) os Grupos de estudos (Gestantes, Desnutridos, Idosos e Cozinha Alternativa).

6 - DESENVOLVENDO A PROPOSTA

Optei por apresentar os resultados sob a forma de quadros, articulando os diferentes tópicos da proposta descritos no projeto com os da implementação na prática assistencial. Acrescentei os itens “Diagnóstico” para descrever de forma sintética a realidade encontrada, e o “Alcance”, onde avalio o cumprimento do objetivo.

Ao finalizar cada quadro fiz uma avaliação de natureza qualitativa e pessoal dos resultados alcançados.

Vários objetivos e atividades foram acrescentados aos inicialmente descritos no projeto, em decorrência das minhas experiências com os idosos e com a equipe de saúde. Estes acréscimos constam nos quadros e para destacá-los foram utilizadas letras em negrito.

QUADRO I - OBJETIVO: INCENTIVAR O CONTROLE DAS DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS.

PROPOSTA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	ALCANCE			DIAGNÓSTICO
		T.A.	P.A.	N.A.	
- Levantamento dos problemas de saúde dos idosos .	- Visitas domiciliares diárias; - Preenchimento do prontuário familiar; - Consultas de Enfermagem; - Conversas com o médico sobre o estado dos clientes.				Os maiores problemas de saúde dos idosos do grupo são: hipertensão, diabetes, bronquite e insuficiência cardíaca, apontando as literaturas encontradas.
- Realização de oficinas, convidando profissionais da área da saúde para discutir o assunto com o idoso familiar.	- Uma palestra sobre depressão da terceira idade, coordenada pelo médico, mais duas palestras agendadas para os próximos encontros, sobre dores ósseas e hipertensão.				
- Orientações	- No Posto de Saúde; - No domicílio; - Na rua; - No ônibus; - No grupo de idosos.				

Legenda:

T.A. = Totalmente Alcançado.

P.A. = Parcialmente Alcançado.

N.A. = Não Alcançado.

AVALLIAÇÃO DO OBJETIVO N.º I: Este objetivo foi alcançado em parte, por que pretendia convidar mais profissionais de fora para discutir o assunto com os idosos. Isto no entanto, não foi possível devido ao encontro do grupo realizar-se apenas uma vez na semana. Além disso, estive ausente em 3 encontros, um por estar participando do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, outro por estar viajando para Curitiba para conhecer uma instituição geriátrica, e o 3º faltei por motivos de ordem pessoal; sem contar, que dois encontros não foram realizados devido aos feriados. O fato da maioria dos idosos não saberem ler, pois pensei em expor cartazes e levar textos para distribuir, dificultou igualmente o alcance dos objetivos. Acredito ainda que faltou um pouco de criatividade da minha parte, para encontrar novas formas de compartilhar conhecimentos com as famílias e com os idosos.

QUADRO II - FACILITAR O FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES INTRA E EXTRA-FAMILIARES DO IDOSO E SUA FAMÍLIA.

PROPOSTA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	ALCANCE			DIAGNÓSTICO
		T.A.	P.A.	N.A.	
- Incentivar o idoso a participar do grupo	- Convidando através das visitas domiciliares; - Buscando o idoso em seu domicílio no dia do encontro. - Convidando o idoso nas consultas no Posto				O idoso na maioria da vezes é deixado de lado, na família, sendo que existe pouca interação com ele, e entre todos os membros da família.
- Envolver a família no trabalho interdisciplinar.	- Incentivando a família a acompanhar o idoso ao encontro do grupo. - Incentivando o rodízio dos filhos nos cuidados a pacientes dependente. - Conversando com os filhos a respeito dos sentimentos do idoso. - Organizando bingo, aberto à comunidade.				
- Mediar o intercâmbio entre grupos de idosos.	- Incentivando e acompanhando os idosos à festa do dia dos idosos promovida por um grupo de outra comunidade.				

Legenda: T.A. = Totalmente Alcançado.

P.A. = Parcialmente Alcançado.

N.A. = Não Alcançado.

AVALLIAÇÃO: Este objetivo foi parcialmente alcançado, principalmente pelo curto tempo de estágio. Foi mais fácil fortalecer as relações extra-familiares do que as intra-familiares, sendo que, os últimos, exigem um maior tempo de contato com a família, para conquistar a confiança de seus membros. Por vários momentos fiquei confusa, porque o idoso falava uma coisa e a família outra, e não pude descobrir qual a verdade, pois quando defrontava os dois, cada um continuava defendendo a sua idéia como sendo a verdadeira. Além disso, pretendia ainda promover mais encontros com outros grupos de idosos.

QUADRO III - DISCUTIR COM O IDOSO A SUA FAMÍLIA QUESTÕES DE SAÚDE E CIDADANIA RELACIONANDO A TERCEIRA IDADE.

PROPOSTA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	ALCANCE			DIAGNÓSTICO
		T. A.	P. A.	N. A.	
- Preencher o Instrumento Prontuário Família	- Preenchido o prontuário família com duas famílias. - Através de visitas domiciliares; - Através de consultas no Posto;				O idoso e sua família pouco conhecem sobre seus direitos e responsabilidades. A maior parte dos idosos não têm aposentadoria.
- Convidar pessoas para discutir o assunto no grupo de idosos	- discutido um assunto nos encontros do grupo, com a participação do médico.				
- Realizar oficinas	- Realizada uma oficina sobre cidadania com os membros do GAPEFAM, e o grupo de idosos.				

Legenda: T. A. = Totalmente Alcançado.

P. A. = Parcialmente Alcançado.

N. A. = Não Alcançado.

AVALIACÃO: Este objetivo foi totalmente alcançado, apesar da dificuldade do preenchimento do prontuário, devido ao não entendimento das questões pela família. Na oficina foram abordadas as questões dos direitos e responsabilidades através das atividades programadas, tendo surgido uma boa discussão sobre o tema, podendo os coordenadores discutir com eles seus direitos e responsabilidades, que eles não conheciam.

QUADRO IV - PRESTAR CUIDADO AO IDOSO E SUA FAMÍLIA.

PROPOSTA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	ALCANCE			DIAGNÓSTICO
		T. A.	P. A.	N. A.	
- Vistas domiciliares semanais	- As atividades domiciliares foram diárias				As famílias, são extremamente necessitadas, enfrentando diversas dificuldades como baixas condições sócio
- Controle da hipertensão, diabetes e outras doenças	- Revisando com o idoso diabético o uso da insulina; - Verificando sinais vitais diariamente, orientando sobre os cuidados necessários; - Orientando a família sobre a importância da restrição do sal na dieta para o controle da hipertensão; - Encaminhando o idoso ao médico; - Revisando o uso do medicamento para o paciente hipertenso; - Realizando consulta no Posto de Saúde. - Conversando individualmente com o idoso nas encontros de grupo.				econômicas, fome, higiene precária, violência exigindo um atendimento mais complexo do que somente medicação e consultas médicas
- Apoiar o idoso/família em questões psicológicas, emocionais e sociais.	- Tomando as medidas necessárias na morte de uma idosa. - Acompanhando a família diariamente no domicílio e hospital, durante o processo progressivo do câncer da cliente - Avisando a família quando da morte da mãe. - Acompanhando a família no hospital durante todo o processo de preparo do corpo para o enterro. - Estando presente, disposta, para quando a família precisasse. - Respeitando o sigilo pedido pela família para que a cliente não ficasse sabendo de sua patologia. - Envolvendo a família no consento da cadeira de rodas de um idoso. - Mediando a negociação do consento da cadeira de rodas entre a família e a oficina. - Apoiando uma adolescente que vinha sendo espancada pelos pais. - Denunciando ao Conselho Tutelar um caso de violência na família. - Envolvendo outro profissionalis, fora do Centro de Saúde I no				

<p>Outras atividades de cuidado</p>	<p>trabalho interdisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encaminhando e agendando gestantes que nunca fizeram pré-natal, para consultas médicas. - Mediando a comunicação entre o Centro de saúde I/hospital/família. - Denunciando ao Conselho Tutelar um caso de violência na família de uma idosa. - Buscando fazer valer o Sistema de Referência e Contra-Referência proposto pelo SUS. - Incentivando a neta de 5 anos de uma idosa a deixar de chupar bico. - Buscando através da Secretaria da Saúde e Secretaria da Família, a doação de uma cadeira de rodas para um idoso. - Mediando a comunicação entre o coordenador do Grupo de Drogados da Universidade e uma idosa, mãe de um filho drogado, encaminhando-o ao Grupo. 			
--	---	--	--	--

Legenda:

T.A. = Totalmente Alcançado.

P.A. = Parcialmente Alcançado.

N.A. = Não Alcançado.

AVALIACÃO: Este objetivo foi alcançado em sua totalidade. As famílias da comunidade são muito carentes de informação, e, muitos problemas de saúde e até problemas sociais poderiam ser evitados, se existisse a educação para a prevenção. Eu apenas comecei, mas trabalhei somente com algumas famílias, das três mil e quinhentas que moram ali.

QUADRO V - AMPLIAR MEU APRENDIZADO EM TRABALHO INTERDISCIPLINAR

PROPOSTA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	ALCANCE			DIAGNÓSTICO
		T.A.	P.A.	N.A.	
- Ler documentos no centro de saúde I durante todo o período de estágio.	- Fazendo vários fichamentos durante o período de estágio. - Lendo documentos do Posto de saúde. - Lendo sobre o Programa de Saúde da Família.				O trabalho interdisciplinar foi possível devido minha proposta, a abertura da equipe, aceitação dos idosos e suas famílias e a filosofia do Programa de Saúde da Família.
- Registro dos dados.	- Tendo um diário de campo. - Através de fotografias. - Fazendo relatório diário.				
- Participar do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem.	- Participando do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem apresentando trabalho referente a Terceira Idade.				
- Entrevista com idoso e família.	- Entrevistando diariamente o idoso/família.				
- Visita "Casa Dia" de Enfermagem.	- Visitando uma Instituição geriátrica particular em Curitiba.				
- Estar presente com a equipe interdisciplinar.	- Envolvendo a equipe interdisciplinar nas tomadas de decisões sobre minha proposta. - Dando sugestões para melhorar a qualidade do atendimento às famílias. - Participando das consultas médicas encaminhas pela acadêmica				
- Participar de reuniões.	- Participando das reuniões da equipe. - Participando de uma reunião de todos os Programas de Saúde da grande Florianópolis.				
- Interair-me do trabalho da equipe.	- Dando sugestões nas tomadas de decisões da equipe. - Esclarecendo dúvidas. - Fazendo reflexões junto a equipe. - Participando de atividades fora minha proposta junto com a equipe.				

Legenda: T. A. = Totalmente Alcançado.

P. A. = Parcialmente Alcançado.

N. A. = Não Alcançado.

AVALIÇÃO: O objetivo foi alcançado em sua totalidade. É possível fazer um trabalho interdisciplinar o que é correto, pois permite assistir à família de um modo mais amplo. Aprendi muito com a equipe, e é muito gratificante quando existe a troca de conhecimentos, onde cada um é valorizado por sua contribuição.

QUADRO VI - PARTICIPANDO DAS ATIVIDADES DO SUS

PROPOSTA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	ALCANCE			DIAGNÓSTICO
		T.A.	T.A.	T.A.	
Colaborar com a equipe de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Participando da Campanha da vacinação na escola da comunidade. - Realizando curativos no centro de Saúde. - Atendendo pessoas no centro de Saúde para orientações, verificação de sinais vitais. - Encaminhando e agendei pessoas para consultas médicas. - Ajudando a procurar prontuários dos clientes. - Acompanhando Visitas Domiciliares com a equipe. - Fazendo Visitas Domiciliares para verificar sinais vitais, quando a equipe não podia ir em caso de emergência. 				O centro de Saúde da Comunidade atende aproximadamente 3.500 famílias, sendo o número de funcionários insuficiente para atender toda a demanda, havendo superpopulação da clientela buscando o serviço de saúde no centro.

Legenda:

T.A. = Totalmente Alcançado.

P.A. = Parcialmente Alcançado.

N.A. = Não Alcançado.

AValiação: Este objetivo foi alcançado em sua totalidade. Tive a oportunidade de rever algumas técnicas, as quais tinha perdido um pouco a habilidade, além de poder conhecer a assistência e administração de Enfermagem em um Centro de Saúde I, o que eu não tive oportunidade de conhecer na vida acadêmica, além de contribuir com a equipe no atendimento à clientela, fortalecendo inclusive a relação entre os funcionários e a estudante, principalmente com os quais tinha menos contato no dia-a-dia.

QUADRO VII - PARTICIPAR DE EVENTOS CIENTÍFICOS, DIVULGANDO TRABALHOS RELACIONADOS À TERCEIRA IDADE

PROPOSTA	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	ALCANCE	DIAGNÓSTICO
Divulgar temas de família e terceira idade.	<ul style="list-style-type: none"> - Participando da IV Semana da Pesquisa, apresentando os trabalhos “Estilos de Vida de Famílias Idosas: Um Estudo Comparativo” e “Promovendo a Cidadania do Idoso e Sua Família Através de Ações Interdisciplinares”. - Participando do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem apresentando o seguinte trabalho: Trabalhando interdisciplinarmente com famílias idosas, questões de vida e saúde: Os desafios enfrentados dos estudantes de graduação. - Participando da XXIII Jornada Catarinense de Enfermagem - “Educação Popular em Saúde” a ser realizado em dezembro de 1996 em Florianópolis, apresentando o trabalho: “Oficina sobre Cidadania”: Uma Experiência Interdisciplinar em Educação em Saúde. - Escrevendo um artigo sobre o CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas), a nível de informação, sobre o serviço de atendimento para a população, que será publicado na próxima edição do jornal do Monte Cristo - Escrevendo também um artigo sobre a terceira idade que será publicado na edição deste mês, do referido jornal. 		Participar de Eventos Científicos além de possibilitar o enriquecimento profissional, pessoal e enquanto pesquisadora, é também uma ótima oportunidade para trocar conhecimentos e informações.

Legenda: T.A. = Totalmente Alcançado.

..... P.A. = Parcialmente Alcançado.

..... N.A. = Não Alcançado.

AVVALIAÇÃO: Este objetivo foi alcançado em sua totalidade. Acho importante, mesmo enquanto acadêmico, participar de eventos científicos para aprofundar os conhecimentos, mesmo porque o curso de graduação em Enfermagem fornece somente o básico. Tive a felicidade de fazer parte de um grupo de pesquisa, onde aprendi a ter uma visão mais ampla sobre a Enfermagem, tendo a oportunidade de aprender a elaborar os passos de uma pesquisa e de como escrever um relatório. Creio que através desse objetivo pude contribuir para a comunidade científica fornecendo dados sobre os idosos.

7 - O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Escolhi trabalhar com o processo de enfermagem do GAPEFAM, pois, pretendia aprender uma outra maneira de fazer o processo, que não fosse o ensinado no curso. Fiz algumas alterações, para adaptá-lo à minha proposta. A seguir apresento um processo de enfermagem completo:

CONHECENDO A REALIDADE DO IDOSO/FAMÍLIA, COMUNIDADE E EQUIPE DE SAÚDE

Meu primeiro contato com a cliente/família foi através de uma visita domiciliar com o médico e agente de saúde, pois os funcionários do Centro de Saúde I estavam fazendo curativo diariamente na incisão cirúrgica da idosa que estava em pós-operatório de retirada de vesícula biliar, e o diagnóstico era câncer. O objetivo desta visita era para fazer uma avaliação da incisão. Desde então, passei a assistir a família.

As visitas eram diárias e possibilitaram-me conhecer parte da história da idosa/família, sendo que, a cliente tinha 53 anos, era viúva, tinha 10 filhos, destes 3 moram em outra cidade e os outros 7 moram perto de sua casa; e 32 netos. A família é migrante, proveniente de Chapecó, de onde vieram para buscar melhores condições de vida. A idosa morava sozinha, mas 3 filhos moravam ao lado de sua casa.

A casa é de madeira, tendo somente uma divisão; não tem banheiro. Os filhos, na maioria, trabalham fora, ajudando no sustento da mãe, uma vez que esta não tinha aposentadoria.

Um outro meio, além da entrevista, para conhecer a idosa/família foi através do preenchimento do “instrumento prontuário família” (Anexo 2)

A idosa faleceu e eu continuei assistindo os 5 filhos e sua famílias, onde identifiquei caso de violência, gestante sem nunca ter feito pré-natal, crianças em idade escolar que abandonaram os estudos, famílias brigadas, além de muita pobreza e doenças comuns como escabiose, verminose e pediculose.

CONHECENDO A REALIDADE DA EQUIPE DO CENTRO DE SAÚDE

Este foi feito com descontração, diariamente, acompanhando o médico nas visitas e consultas, conversando com as enfermeiras, participando de reuniões, auxiliando os funcionários no Centro de Saúde I, compartilhando experiências, ajudando nas tomadas de decisões e me divertindo com eles. Eu fui muito bem recebida por toda a equipe e sempre que possível a envolvia em meu trabalho e me envolvia no trabalho da equipe.

CONHECENDO A REALIDADE DA COMUNIDADE

Conheci a comunidade através de visitas domiciliares, de leituras de documentos e entrevistas com pessoas.

DEFININDO A SITUAÇÃO DA ACADÊMICA

LIMITAÇÕES:

- Falta de preparo para lidar com pacientes terminais.
- Pouco tempo para ficar junto a cliente/família
- O desconhecimento da cliente sobre sua patologia
- A vontade dos filhos para que sua mãe não saiba sobre o câncer
- A distância da casa da idosa/família do CSI
- A proibição da supervisora de ir sozinha até a casa da idosa/família, devido os perigos daquele bairro
- O pouco tempo que a equipe tinha para me acompanhar na visitas diárias devido a alta demanda dos CSI

FORTALEZAS:

- Não estar enganando a idosa sobre sua patologia
- O apoio do CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas)
- O apoio da equipe do Programa de Saúde da Família
- Poder estar com idosa/família
- O conhecimento da patologia/câncer
- Acesso a biblioteca central e a bibliografias de professores sobre o tema: morte/câncer/terceira idade.

AMEAÇAS:

- A piora do quadro clínico da idosa/família
- Medo de não saber enfrentar a situação da morte
- Estresse

OPORTUNIDADES:

- Não enganar a idosa/família
- Poder preparar a idosa/família para uma morte serena e tranquila
- Enfrentar uma experiência rica e nova pessoalmente e profissionalmente
- Alcance dos objetivos do Projeto de 8ª fase
- A descoberta da ciência de novos medicamentos a cerca da cura do câncer
- Aprofundar o aprendizado a cerca da doença.

DEFININDO A SITUAÇÃO DO IDOSO/FAMÍLIA

LIMITAÇÕES:

- A patologia/câncer
- Condições sócio-econômicas
- O desconhecimento da idosa sobre a patologia
- O pouco tempo que os filhos tem para ficar com a mãe
- Solidão
- Falta de informação sobre a patologia.

FORTALEZAS:

- O amor que os filhos sentem pela idosa (mãe)
- A proximidade da moradia da filha
- O apoio do CEPON (Centro de Pesquisas oncológicas)
- A assistência do CSI e a equipe do Programa de Saúde da Família
- A força de vontade dos filhos para que a mãe viva
- A assistência da Acadêmica de Enfermagem através de seu projeto da 8ª fase
- O apoio de vizinha/amigas

AMEAÇAS:

- A morte
- O estresse dos filhos
- A idosa sentir-se traída quando souber de sua patologia
- O sofrimento devido as fortes dores causadas pela doença
- O aumento progressivo da dor
- Passar fome (morrer de fome)
- O risco de não conseguir internação quando necessário

OPORTUNIDADES

- Presença diária da Acadêmica de Enfermagem junto a idosa/família para dar apoio e assisti-los no que for necessário
- Visitas constantes da Equipe do CSI a idosa/família
- Melhora do quadro clínico
- Descoberta de novos medicamentos através da ciência sobre a cura do câncer
- O CEPON(Centro de Pesquisas Oncológicas)
- A hospitalização
- O preparo da idosa para uma morte tranqüila e serena

DEFININDO A SITUAÇÃO DA EQUIPE DO CENTRO DE SAÚDE**LIMITAÇÕES:**

- Falta de veículo para locomoção
- Poucos funcionários da equipe do CSI (Centro de Saúde I)
- Falta de recursos para um atendimento melhor, global
- A ineficiência do sistema de referência e contra-referência do SUS.

FORTALEZAS

- Força de vontade para assistir a família
- Ser uma equipe do Programa de Saúde da Família
- A busca de outros serviços
- Envolvimento de outros profissionais no trabalho
- Ser uma equipe interdisciplinar

AMEAÇAS

- Mudança da política de saúde
- Término do Programa de Saúde da Família.

OPORTUNIDADES

- Terapia alternativa
- Continuidade do Programa de Saúde da Família

AGINDO SOBRE O IDOSO/FAMÍLIA

- Esclarecer dúvidas da família sobre o estudo de Saúde da cliente.
- Encaminhar a família a Assistência Social da Secretaria Municipal de Saúde. Família do CSI (Centro de Saúde I)
- Mediar a comunicação entre a família da cliente, o hospital e o CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas)
- Conversar com os filhos sobre o quadro da mãe, e estimular a divisão de cuidados
- Colocar-se a disposição da cliente para quando a mesma precisar de apoio emocional
- Manter o pedido da família de não contar a cliente sobre sua patologia, sem enganá-la

- Esclarecer dúvidas da cliente
- Realizar visita domiciliar sempre que possível para dar apoio a ajudar no que for preciso
- Encaminhar a filha da cliente que está grávida e não fez nenhum pré-natal ao CSI (Centro de Saúde I)
- Encaminhar a neta de 13 anos que pode estar grávida, para consultar no CSI (Centro de Saúde I)
- Envolver a equipe do PSF (Programa de Saúde da Família) neste caso
- Conseguir internação para a cliente através do CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas)
- Ler bibliografias sobre as questões morte/câncer/terceira idade
- Identificar porque a família não quer que a cliente saiba sobre seu quadro e esclarecer sobre o risco da cliente sentir-se traída ao descobrir sua patologia
- Colocar-se a disposição da cliente/família, sempre que for necessário
- Observar sinais e sintomas da cliente quanto à patologia.

ACOMPANHANDO A SITUAÇÃO DO IDOSO/FAMÍLIA I

Para acompanhar o idoso/família foi necessário fazer visitas domiciliares diárias para dessa maneira poder conquistar a confiança da família e assim compartilhar conhecimentos.

Acompanhei o idoso/família no CSI, nas consultas médicas e consultas de Enfermagem, no Hospital do Câncer, quando a idosa esteve internada e em todo o processo evolutivo da doença até sua morte.

Tentei em todos os momentos estar junto da família, respeitando suas crenças e desejos, buscando estratégias para as tomadas de decisões junto à equipe do Centro de Saúde I e a família.

AVALIANDO A SITUAÇÃO IDOSO/FAMÍLIA I

A avaliação era feita diariamente com a equipe de Saúde, com a família e com a orientadora.

A avaliação da cliente era feita pelo médico e pela acadêmica. A primeira avaliação feita junto a família foi sobre o processo de recuperação pós-operatória. Foi avaliado ainda, pelo médico e a acadêmica, em uma visita domiciliar, quanto a necessidade da internação da cliente devido as dores provocadas pela doença. As avaliações eram feitas diariamente, com a equipe, com o hospital e com a orientadora. Quando a cliente morreu, foi feitas uma nova avaliação entre a acadêmica e a orientadora para identificar a necessidade de continuar acompanhando a família.

8 - ALGUMAS IMAGENS

AS CASAS DAS FAMÍLIAS DO MONTE CRISTO SÃO MUITO SIMPLES,
MAS PARA ELES TEM UM VALOR IMENSO



A moradia da idosa, filhas e netos.

A ENFERMAGEM RESGATANDO A CIDADANIA JUNTO À FAMÍLIA EM SEU DOMICÍLIO



Um momento de interação... acadêmica e família.

O IDOSO, APESAR DA DEPENDÊNCIA FÍSICA, TEM DIREITO A AUTONOMIA, LIBERDADE E INDEPENDÊNCIA SOBRE SUA VIDA...



A cadeira de rodas de um idoso, antes do conserto

O LAZER É UM DIREITO DE TODO CIDADÃO. ALÉM DE POSSIBILITAR A INTEGRAÇÃO SOCIAL ENTRE AS PESSOAS, FORTALECE AS RELAÇÕES EXTRA-FAMILIARES



Um dia de descontração: "bingo" entre os idosos.

AS PESSOAS RESGATANDO A CIDADANIA ATRAVÉS DE UMA OFICINA



O TRABALHO INTERDISCIPLINAR É POSSÍVEL. A EQUIPE DE SAÚDE NÃO DEVE SOMENTE FICAR RESTRITO A UM CONSULTÓRIO, E SIM, INTERAGIR E BUSCAR A SAÚDE JUNTO À COMUNIDADE, NOS GRUPOS E DOMICÍLIO.



OS DIREITOS E RESPONSABILIDADES DEVEM SER CONHECIDAS
POR TODOS. E TODOS DEVEM BUSCAR EXERCÊ-LOS



Realizando uma atividade na oficina sobre "cidadania"



Discutindo a cidadania.

FOI MUITO GRATIFICANTE ASSISTIR O IDOSO/FAMÍLIA NESTA
COMUNIDADE. SAÍ COM O SENTIMENTO DE DEVER CUMPRIDO...AO
MESMO TEMPO, TRISTE, POIS JÁ ESTAVA CRIANDO VÍNCULOS NA
COMUNIDADE....



A despedida...

9 - O INESPERADO...

O ter desenvolvido o Projeto de Prática Assistencial numa comunidade possibilitou-me enfrentar situações novas, desafiadoras e não programadas; portanto, para as quais não me sentia preparada. O enfrentamento era necessário, procurei ajuda, tomei decisões, sofri e aprendi... Como foram fatos que marcaram profundamente meu processo de aprendizagem e de vida os incluo neste relatório.

...ENFRENTANDO A MORTE

Na visita domiciliar com a equipe encontrei uma idosa em recuperação pós-operatório de retirada de vesícula biliar, cujo diagnóstico de câncer, e prognóstico fechado.

A primeira solução encontrada em minha mente, foi a fuga. Eu tentava me convencer de que nesta comunidade haviam muitas famílias que precisavam da minha ajuda, e que iria encaminhar este caso e trabalhar com outra família! Covardia ? Falta de ética? Sim, eu sabia, mas eu ainda era uma acadêmica, e não tinha que assumir esta responsabilidade! Minha consciência e minha orientadora me pressionavam de um lado, o medo do outro! Mas ela pode não morrer, pior, eu teria que acompanhar todo o processo evolutivo da doença, teria que ver a cliente e toda família sofrendo! E eu como é que fico nesta história? Mas espera aí, eu escolhi ser enfermeira, e é exatamente isso que vou encontrar na minha vida profissional! É, mas não me ensinaram isso! Não tive nenhuma aula sobre morte, ou se tive, não me lembro, muito menos sobre como enfrentar essa situação. Sim, mas muita coisa que eu não aprendi na graduação, terei que enfrentar no dia a dia, sem ter a professora do lado para resolver “meus pepinos”. Eu sei, mas posso fugir ainda! É eu posso...Depois de muita briga entre a razão e meus sentimentos, decidi enfrentar. Por que? Porque aquela família precisava de mim, e porque a minha proposta era de promover uma melhor qualidade de vida, ainda mais, quando resta um pouco desta. E se eu não pudesse fazer nada, pelo menos eu estaria lá, ouvindo-a quando quisesse conversar, segurando sua mão, quando precisasse de apoio, isso eu sabia que eu conseguiria.

O pior, ou, a essas alturas do campeonato já não sabia se era pior, aconteceu, a morte veio buscar a cliente. Por um lado, fiquei aliviada, pois, pelo menos ela não sofreria mais, mas eu não sabia muito bem o que fazer, não tinha mais medo, eu só tinha certeza de uma coisa, queria proporcionar a ela, pelo menos uma morte digna. E foi por isto que lutei. E descobri que o “morrer” é muito maior do que simplesmente tomar as providências necessárias para entregar o corpo a família.

Este foi provavelmente o maior desafio que tive que enfrentar, enquanto pessoa, acadêmica e futura profissional.

...TRABALHANDO INTERDISCIPLINARMENTE COM FAMÍLIAS:

Durante toda a graduação o que mais se ouve falar é no tal do trabalhar interdisciplinarmente, mas eu não sabia muito bem que “bicho era esse”! Eu fui beneficiada, pois o grupo de pesquisa, do qual faço parte, é um grupo interdisciplinar, e com ele já aprendi um pouco a trabalhar em equipe, mesmo por que, trabalhar com família é uma questão muito complexa, e só agora tive a oportunidade de sentir o quão ampla é. A interdisciplinaridade, ainda é uma questão muito discutida e pouco executada, e depois dessa experiência que vivi, não consigo entender muito bem porque ela não é mais trabalhada e menos discutida. Eu considero que, trabalhando interdisciplinarmente, pode se fazer um trabalho muito mais completo, e realmente assistir o indivíduo como um todo, sem ter que fazer esse monte de encaminhamentos, e sem que o profissional tenha que quebrar a cabeça, com medo de invadir outra área, onde realmente o trabalho é feito em equipe, sem que haja desigualdade entre as profissões.

...ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA:

Guardo a lição número ... não sei, mas deve ser mil novecentos e alguma coisa, que minha orientadora ensinou, quando diz que “nós jovens somos terríveis, que somos muito rígidos, julgadores, principalmente sendo enfermeira” (ou quase), mas, como não julgar, quando nos deparamos com situações como a que deparei, pais violentando a filha, uma adolescente de quinze anos, (a essa altura eu já estava acreditando que não me faltava mais nada!). O que fazer? Como fazer? O que eu não conseguia entender é o que poderia se passar pela cabeça de um pai ou de uma mãe quando espancam os filhos, ou até mesmo abusam sexualmente deles? Que coincidência, isso também não foi nos ensinado, ou pelo menos destacado durante o curso! Nesse caso não tive dúvidas, queria fazer algo, o mais rápido possível, pois não sei o que seria capaz de fazer se aquela menina morresse, e eu não tivesse feito nada para impedir. Não tive dúvidas, consultei o estatuto da criança e do adolescente e denunciei para o conselho tutelar ... Logo em seguida, fui questionada pelo médico e supervisão quanto a minha precipitação. Segundo eles deveríamos em conjunto delinear estratégias para enfrentar esta situação. Confesso que fiquei preocupada, mas não me arrependi nem um pouco . Acho que fiz o que deveria ter feito! E dessa forma passei a entender um pouco melhor o fato de existir tanta prostituição e tanto criminalidade , e, é aí que entra a lição da orientadora. Muito provavelmente os pais quando crianças devem ter sofrido muito, e para eles deve ser muito difícil definir “amor”. É muito mais fácil, condenar do que tentar entender! Neste caso, um recurso que existe é o Conselho Tutelar, sabe-se que quando é feita a denúncia, o Conselho retira a criança de casa, mas eu penso que isso e só tirar “o saco de pancadas”, penso que deveria existir um órgão ou serviço que trabalhasse esses casos junto com a família, buscando fortalecê-la, e caso não conheçam outros meios, se não a agressão, mostrar que existem outras “ferramentas” para educar, como; o amor, carinho, compreensão, diálogo, amizade e tantas outras que existem.

...REFLETINDO SOBRE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO S.U.S.(SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE)

Na terceira ou quarta fase aprendemos tudo que precisamos saber sobre o Sistema Único de Saúde, eu fiquei encantada com a maravilha que é... A teoria! Mas a prática é tão diferente ! O trabalho seria tão mais fácil, e, o atendimento mais qualificado se existisse comunicação entre os hospitais e os Centros de Saúde. O que na realidade se vê, é que existe um trabalho muito individualizado, e a procura de outros serviços só ocorre, por que o Centro de Saúde I não possui recursos para um atendimento especializado e o que faz é encaminhar, mas não existe um retorno do hospital para o Centro de Saúde I quando o cliente retorna ao seu domicílio, onde poderia ser feito um acompanhamento da recuperação. Fiquei revoltada com a situação que aconteceu na comunidade, onde o médico do hospital deu alta a cliente, afirmando que não necessitava de internação (uma paciente terminal de câncer), e a cliente passou fome e noites sem dormir devido a dor, e quando procurou o hospital novamente, era o dia de não se fazer internações, mandando a cliente para casa do jeito que estava. A situação chocou-me,primeiro, por que a família teve que pedir dinheiro para poder levá-la ao hospital, e quando conseguiu chegar lá deu com a cara na porta. Se existisse comunicação, no mínimo deveria se conhecer os dias de internação! Veja só que “engraçado”, a frase que mais me marcou, dita pela Assistente Social do hospital quando fui lá para esclarecer esta situação: “que bom saber que vocês estão lá, nós nem sabíamos que tinha alguém que poderia acompanhar a paciente na comunidade”. Pois, essa frase me auxiliou na tomada de decisão quanto a como fazer o hospital saber que o Centro de Saúde existe, e que existe uma equipe, e que a referência e contra-referência pode e deve funcionar”! Fiz um documento, apresentando o Centro de Saúde I, os responsáveis e o horário de atendimento, e entregando ao hospital, e vice-versa, do hospital para o Centro de Saúde I. Pelo menos

nesse caso funcionou, o que me fez pensar, as leis estão no papel para serem cumpridas, mas quem deve cumprir? Nós. E quem deve fazer com que sejam cumpridas? Nós!

... VIVENCIANDO A MISÉRIA (QUANTA MISÉRIA!) :

O que mais se lê em revistas e jornais, se vê na televisão, e se ouve no dia a dia, são casos de gente morrendo de frio e de fome. Isto mexe com a gente, mais aí você vê logo em seguida, uma propaganda onde aparece “aquele” carro importado que você tanto queria e esquece o que viu um minuto atrás. Acredito que isso ocorre por que a gente somente imagina como deve ser, mas não se depara com a realidade. Digo isso, por que antes de entrar naquela comunidade eu também só fazia idéia de como poderia ser, mas quando vi a miséria de perto, quando convivi com ela, só então pude perceber o quão triste é . E eu me perguntava todos os dias, será que uma pessoa vivendo dessa forma consegue ser feliz? Ainda não tenho a resposta e muito provavelmente nunca terei! Muitos dias saí da comunidade me sentindo impotente diante de tanta pobreza, tanta fome. Ainda me sinto, pois quanto a isso não pude fazer muito coisa. Mas o que vi e o que vivi ensinou-me a dar valor a coisas que antes eram insignificantes. E a pergunta que faço depois dessa vivência é como uma pessoa como eu que tenho tanto não, não consegue ser feliz?

10 -AVALIANDO O REFERENCIAL TEÓRICO E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Fui ao campo com uma proposta teórico metodológica. Saio dele com a convicção de que teoria e prática se complementam, uma sendo corrigida pela outra, num constante movimento. Hoje, vejo os conceitos escolhidos como muito “teóricos”, idealizados. Após minha prática, avalio os conceitos da seguinte forma:

O REFERENCIAL TEÓRICO :

FAMÍLIA:

A família que encontrei na comunidade é uma família que não se percebe como família. (Parece viver isolada do resto do mundo, interagem pouco com outras famílias, grupos instituições, talvez, isso se deva ao fato de serem famílias migrantes. Não conhecem seus direitos e responsabilidades.) O idoso, na família, é deixado de lado, não percebendo que ele é importante na construção da história de vida dessa família, pois é ele, que pode (transmitir crenças, valores e experiências. Não existe uma preocupação em promover meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver como grupo, tudo isso influenciado por sua cultura e nível sócio econômico.)

IDOSO:

O idoso da comunidade é um ser único, marginalizado pela família, marcado pelo sofrimento, do passado, onde a partir desse sofrimento construiu sua história de vida. A maioria não possuem aposentadoria, e quando a possuem é preciso sustentar a família com ela. O idoso em geral, é analfabeto, por não ter tido a oportunidade de estudar. Interage pouco com pessoas e grupos. Não tem consciência de que é um membro fundamental na construção da história da família, pois é ele quem pode transmitir crenças, valores e experiências.

AMBIENTE:

(O que fornece a interação entre a família, o centro de saúde e a comunidade) é a filosofia do Programa da Saúde da Família que atua no Posto. No entanto, não existe uma interação com ambos os grupos e instituições, e se existe alguma transformação, não é pela união das famílias da comunidade e sim pelas medidas políticas e administrativas, ou ainda pelo Centro de Saúde.

ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR A FAMÍLIA:

Esse conceito condiz com a realidade da minha proposta e da filosofia do Programa de Saúde da Família. Penso após essa minha experiência, que o trabalho interdisciplinar é fundamental no atendimento às famílias pois permite assistir o indivíduo como um todo.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

É muito difícil, em tão pouco tempo, prestar uma Assistência de Enfermagem conforme o conceito do Referencial Teórico, pois precisa ser estabelecida uma relação de confiança ente cliente/enfermeira, para, a partir de então, fazer um trabalho juntos.

CIDADANIA:

ccos / adidesc

O idoso e a família vivem em condições precárias, sendo que muitas vezes não têm comida, estão desempregados, não tem aposentadoria, hoje possuem teto, mas não sabem se amanhã ainda o terão, a maioria não teve acesso a educação, não conhecem seus direitos e responsabilidades. Não participam, ou, participam pouco de grupos na comunidade.

INTERDISCIPLINARIDADE:

O conceito de interdisciplinaridade é possível ser colocado em prática, tal como é colocado.

Como minha proposta teve resultados positivos quanto ao trabalho interdisciplinar, tive condições de elaborar um próprio conceito, a partir do vivenciado.

INTERAÇÃO:

A interação ocorre pouco na família e ainda menos na comunidade. Vem se estabelecendo uma maior interação entre o Centro de Saúde da Família, e do idoso com o grupo de idosos, que está começando sua história.

Os conceitos elaborados após minha prática assistencial são:

- INTERDISCIPLINARIDADE: *a interdisciplinaridade ocorre quando existe a troca de conhecimentos entre profissionais de diferentes áreas, e, através desta troca, determina-se um único diagnóstico, buscando juntos a solução da situação. A interdisciplinaridade é uma nova maneira de trabalhar em equipe e ela torna-se possível a partir do momento em que se tem consciência disso.*

- IDOSO: *É um ser único e especial na família, pois além de viver ainda em constante aprendizado, viveu o que os outros integrantes ainda viverão, sendo assim, é um transmissor de experiências crenças e valores.*

É digno de exercer autonomia e ter uma boa qualidade de vida, exigindo e lutando por seus direitos e exercendo responsabilidades.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM:

Penso que fui muito feliz escolhendo trabalhar com um processo de Enfermagem diferente do que estávamos acostumados, que era o de Wanda Aguiar Horta. Por isso tive um pouco de dificuldade para aplicá-lo, como tudo que é novo, precisa ser praticado.

Este processo de enfermagem é muito rico, pois, além de possibilitar conhecer não somente o cliente mas também sua família e os profissionais que estão envolvidos no trabalho.

11 - SAINDO DA COMUNIDADE

Eu poderia estar em qualquer lugar do mundo, mas queria estar ali, naquela comunidade...

Entrei com a mala quase vazia, e saí com ela carregada. Hoje tenho plena certeza de que quem mais aprendeu com este estágio fui eu, tanto pessoal quanto profissionalmente.

Foi difícil sim, muito difícil ter que enfrentar situações novas, e totalmente inesperadas, mas foram elas que me deram mais coragem e força para enfrentar a vida profissional, e provaram que sou capaz de andar com minhas próprias pernas...

Foi difícil ter que conviver diariamente com a pobreza, mas foi isso que me ensinou a dar mais valor a coisas que antes não tinham importância.

Não foi nada fácil trazer os idosos ao grupo e reestruturá-los, mas com a ajuda da equipe do Centro de Saúde I, descobri que tudo é possível, mas tudo tem seu tempo certo, e que quando se trabalha em saúde pública, tudo é lento e gradativo.

Foi difícil, segurar a barra, mostrando força quando na verdade, eu queria ser eu mesma, querendo um colo para chorar, querer ser egoísta por um momento que fosse e pensar em mim, e querer fugir.

E, foi difícil, sair da comunidade... Tanto que senti a necessidade de prolongar o estágio por mais uma semana, pois ainda tinha deixado muitas coisas pendentes. O que deixei? Eu plantei a sementinha que deve ser regada pela equipe do Centro de Saúde I e pela as pessoas que conheci.

O que estou levando? Lições de sala de aula, lições do campo de estágio e lições da vida!

Sentirei saudades...

ANEXOS

ANEXO 1: AS FICHAS DE LEITURA

Inicialmente, as leituras foram feitas visando conhecer a questão do idoso. À medida que o projeto foi se desenvolvendo começou a surgir a necessidade de ampliar leituras com temas específicos como morte, trabalho em grupo, grupos de idosos e outros.

APOSTILA CEDIDA PELA DOUTORA EM ENFERMAGEM LÚCIA H. TAHASE GONÇALVES.

TEXTO NÚMERO I

TÍTULO: DIRETRIZES DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO IDOSA

AUTORES: LÚCIA H. TAKASE GONÇALVES

ANGÊLA MARIA ALVAREZ

SELMA R. ANDRADE MARINO

DATA: ABRIL, 1995

**TRABALHO EM GRUPO COM IDOSOS: UMA ANÁLISE DA
LITERATURA CAPÍTULO 15 - PÁG 159-172
ENFERMAGEM E OS IDOSOS**

Trata-se de uma revisão geral dos grupos que foram criados com o objetivo de diminuir o crescente declínio e solidão dos idosos.

LIDERANÇA DO IDOSO NO GRUPO:

É muito difícil liderar um grupo de idosos, principalmente porque provavelmente muitos devem ter esquecido como trocar idéias e conversar, exigindo uma padronização de comportamento entre os líderes, bem como, apoio emocional mútuo entre os líderes para manter o entusiasmo, o que é de fundamental importância para estimular o idoso retraído.

GRUPOS DE TRANSIÇÃO:

Os idosos passam por uma série de mudanças de ambiente, do hospital para casa, e de novo, da casa para o hospital, e de um nível de assistência para outro.

TOFFLER, BUTLER e LEWIS (? p.160) salientaram “a necessidade dos grupos preparar as pessoas para novas experiências da vida dando ênfase ao futuro e como enfrentá-lo.

GRUPOS PARA RESSOCIALIZAR OS INTERNADOS:

HOLTZEN (1973, p. 161) dirigiu um grupo de curto prazo em uma instituição de longo prazo para os idosos. Ele focalizou a atenção na falta de confiança, no isolamento, na despersonalização e no desespero, onde seus objetivos foram: os de auxiliar a expressão dos sentimentos, principalmente àqueles de natureza negativa, estimular relações de apoio entre os membros do grupo e reforçar o comportamento que tentasse influenciar o ambiente. O prazo de 7 semanas perturbou a experiência, e a terapeuta parece ter tido alguma dificuldade para controlar seus sentimentos.

KASTENBAUN E SLATER (1964) através de pequenas doses de vinho do porto para idosos tentaram despertar o interesse dos idosos a falarem sobre seus sentimentos, sendo que neste grupo, os participantes eram todos homens e perceberam que realmente o vinho favorecia a socialização do grupo, mas isso não acontecia quando todo o grupo se reunia, talvez por não ser mais somente um grupo de homens.

HEIN (1971), também fez uma experiência semelhante, mas com cerveja.

BURNSIDE (1969, p.163.), trabalhando com os idosos em uma instituição de assistência a longo prazo, durante um período dilatado, começou com três objetivos principais: 1) Melhor comunicação; 2) Menor fuga e isolamento; 3) Cuidando de todos e fazendo com que se estimem. Durante o processo de aplicação desses objetivos, ela descobriu muitas normas úteis para tratar com os idosos em grupo. O mais importante parece estar relacionado aos incômodos físicos do paciente e as suas capacidades sensoriais limitadas. BURNSIDE trata da determinação adequada, temperatura, espaço para cadeira de rodas, lanches facilmente obtidos e liberdade para recusar a ficar no

grupo, sem coerção. Essas sugestões, bastante simples muitas vezes, significam a diferença entre o sucesso e o malogro no tratamento dos idosos em grupo

A SEXUALIDADE E OS VELHOS - CAPÍTULO 32 - P. 404-416

Existem muitos mitos sobre os idosos e para esses mitos serem deixados de lado é muito complicado. Existem idosos que se apegam aos mitos como desculpa para desistir da atividade sexual, quando não estão interessados por sexo.

Os idosos anseiam por informações sobre a sexualidade, comparecem, às reuniões sobre sexo e estão muito interessados e empolgados pelos debates, mas existe ainda muita rara literatura sobre o assunto.

Existe um livro, cujo autor LORAND (1916), e nele tem uma passagem que diz: "As mulheres não devem se casar com menos de 20 anos... isto é essencial para evitar uma senilidade prematura, que surge nas mulheres que iniciam as relações sexuais com pouca idade."

Um estudo longitudinal foi realizado na DUKE UNIVERSITY (VERWOERT e col. 1969), e algumas das conclusões incluíram:

1 - Os homens continuam com seu interesse sexual na idade avançada; 2 - As mulheres perdem o interesse e interrompem a sua atividade sexual em idade inferior à dos homens; nas mulheres casadas, a parada da atividade sexual está relacionada com a perda de interesse e atividade de seus maridos; 3 - Por algum motivo, os maridos entre as idades de 72 a 77 anos estavam menos interessados pelo sexo; 4 - Muitos fatores físicos e psicológicos alteram os padrões de atividade sexual durante o processo de envelhecimento VERUWORDT (1969).

Idosos com patologias como diabetes, pacientes coronários, idosos com colostomia, mastectomia, perdem o interesse pelo sexo, e falta um bom trabalho de educação no setor de saúde, sobre doença e sexualidade junto à maioria dos idosos.

Alguém disse que aquilo que é virilidade aos 25 anos, torna-se devassidão aos 65.

PROBLEMAS SEXUAIS RELACIONADOS POR IDADE

Entre 25-25 anos	Os problemas sexuais são de natureza psicológica
Entre 35-45 anos	Os problemas sexuais são psicológicos e causados por circunstâncias, problemáticas exteriores, por ex. : fadiga nos negócios ou na profissão.
Entre 55-65 anos	Os problemas sexuais são devidos a todos os itens anteriormente citados: psicológicos, problemas externos, doenças, processo do envelhecimento.

A sexualidade é, ainda raramente cogitada nos planos de tratamento de enfermagem das pessoas idosas nas enfermarias. Como podemos nós, como enfermeiras, criar um ambiente que permita a atuação do sexo na idade avançada, principalmente quando recebemos pouca instrução de enfermagem para desempenhar esse papel?

É fácil esquecer que os desejos e necessidades continuam a existir até a morte, e muitos negam contato íntimo e afeto à pessoas que mais necessitam. As pessoas idosas precisam de nosso afeto, nossa delicadeza, e nosso toque até a época em que morrerem, porque os impulsos e os desejos nos seres humanos são permanentes. Negamos afeto, ternura e contato, porque temos medo de ficarmos ligados, a idéia nos causa repulsa, ou simplesmente porque, às vezes, somos insensíveis? BURNSIDE (1973).

O amor é... dizer-lhe, “você não está ficando velho - está melhorando”.

A enfermeira pode ser uma pessoa que sirva de ligação para traduzir tanto para os companheiros como para as famílias, as necessidades sexuais dos idosos, porque, muitas vezes, a família não pode aceitar os impulsos e necessidades de seus parentes idosos.

Algumas sugestões para intervenções de enfermagem neste setor incluem:

1. Tornar-se mais educado sobre a sexualidade em todos os estágios do desenvolvimento humano;
2. Aumentar a compreensão própria, a fim de podermos começar a mudar nossa atitude quando necessário;
3. Debater a sexualidade abertamente com o pessoal assistente, colegas e estudantes, de modo que os problemas possam se apresentar, ser controlados com sensatez e honestidade, porém sem constrangimento;
4. Avaliar o meio ambiente no qual as pessoas idosas vivem e manejar esse meio, a fim de proporcionar mais oportunidades para que eles expressem a sua própria sexualidade;
5. Lutar para conseguir melhor compreensão do estilo de vida do idoso e da vida que estão habituados a viver. Muitos viveram durante uma época em que o sexo não era debatido. Devemos ouvi-los quando discutirem a sexualidade.
6. Estudar nossas próprias técnicas e considerar nossa amizade, contato, companheirismo e interesse como uma terapêutica para os idosos. Nem todas as intimidades ocorrem na cama.
7. Respeitar os idosos, sejam quais forem as suas opiniões sobre a sexualidade;
8. Ser mais corajosa com respeito a intervenção a favor dos idosos em assuntos de sexo.
9. Considerar os aspectos positivos da sexualidade nos idosos.

RESULTADOS TERAPÊUTICOS E CORPORAÇÕES NO TRABALHO DE GRUPO (p. 169)

A maioria dos participantes idosos, os grupos pequenos, incluindo ambos os sexos e um chefe ativo e entusiasta, parecem ser os que dão melhores resultados para os pacientes. Outras corporações entre os grupos pareciam incluir suspeitas precoces, dependência dos chefes e primórdios lentos. Existe impressão crescente de que comunicação verbal não é suficiente, isoladamente, entretanto todos os tipos de estimulação sensorial são úteis para aumentar ao máximo os benefícios para o grupo.

Os indivíduos idosos parecem manifestar uma “consciência de grupo”, que traduz com exatidão os seus valores culturais. Eles refletem e ampliam as nossas atitudes. Nós somos, na realidade, eles próprios.

O coeficiente de mortalidade geral vem caindo sensivelmente. A expectativa de vida média está estimada para 2025, em 70 anos.

O grupo etário de sessenta anos ou mais, é o que mais cresce na população brasileira. Estima-se um crescimento de 105% entre 1980 e 2000 e de 130% entre 2000 e 2025.

No decurso de 1950 a 2000 os idosos crescerão de 4,2% para 7,9%, e vinte e cinco anos depois, serão 13,7% da população total.

Até 2025, considerando o crescimento da proporção de idosos da população, o Brasil terá então a sexta população de idosos do mundo em números absolutos (mais de trinta e dois milhões de pessoas).

Os idosos ocupam 25% a 35% dos leitos gerais, e a principal consequência se dá no financiamento de saúde, mesmo sem serem considerados como prioridade do sistema, os idosos provavelmente (faltam dados estatísticos para comprovar), consomem mais recursos humanos e materiais do que qualquer outra faixa etária e não têm suas necessidades básicas atendidas.

Ao analisarmos a distribuição da população de Santa Catarina , a parcela de idosos representa 7%. Se, com base no crescimento relativo da população, projetarmos para o ano de 2005, todo o contingente da faixa etária de 50% a 59% (6%) terá sido absorvido pela faixa de sessenta anos e mais. Estes dados comprovados pelo índice ditado por NEUPERT (1987), que prevê um crescimento de 6,6% ao ano, para a população idosa no Brasil.

O censo demográfico de 1991 em Santa Catarina, mostra que na população de sessenta anos e mais as mulheres representam 8% a mais que os homens seguindo a tendência de uma sobrevivência maior, de mulheres. Isso também se verifica na população de Florianópolis.

A pesquisa “Diagnóstico da situação de vida e das necessidades de saúde das pessoas idosas, potenciais usuários do SUS, município de Florianópolis”, coordenada por GONÇALVES (1992), mostra que:

ESTADO DE SAÚDE: 34% classificaram seu estado de saúde como mau, 44% regular e 22% bom.

VISÃO E AUDIÇÃO: 84% tem problemas de visão e destes, 61% usam óculos; 18% tem problemas de audição e só 2% usam aparelho.

SAÚDE DENTAL: 36% responderam ter problemas dentários, embora 67% usem dentaduras incompletas; 55% disseram que não vão ao dentista há muito tempo.

DOENÇAS CRÔNICAS NA 3^A IDADE - GERIATRIA PREVENTIVA: Dra. Analuize Bertoncini - Especialista na Área da Geriatria.

OBJETIVO DA GERIATRIA PREVENTIVA

Manutenção de um estado de saúde com a finalidade de conseguir uma máxima expectativa de vida ativa, na comunidade, com altos níveis de função e autonomia.

INDEPENDENTES PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Nós sabemos que muitas das condições comuns ao envelhecimento podem ser prevenidas, retardadas ou controladas através de um esforço do clínico e do paciente. Aí se incluem: OSTEOPOROSE, DOENÇA CORONÁRIA, DIABETES MELLITUS TIPO II, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, ETC. Também muitos idosos deveriam estar fazendo mais para proteger sua saúde, aumentar a função independente e estender sua expectativa de vida.

DETERMINANTE DA LONGEVIDADE

- I - Alimentação;
- II - Fator Psicológico;
- III - Vivência - Estilo de Vida;
- IV - Fator Ecológico;
- V - Fator Hereditário.

DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS

- Diabetes Mellitus
- HAS
 - Arteriosclerose: cardiopatia esquêmica (infarto), insuficiência vascular periférica, insuficiência cardíaca (coração aumenta de tamanho).
- Osteoartrose
- Osteoporose
- Dislipidemia (colesterol)*

* Peixe: Ômea 3, é um óleo que tem no peixe que combate o colesterol que ele possui.

FATORES DE RISCO PARA ARTERIOSCLEROSE

- Tabagismo
- DM
- HAS
- Sedentarismo
- Obesidade
- Dislipidemia
- Estresse

Tabagismo:

- ⇒ RISCO RELATIVO: quanto maior o número de cigarros/dia maior o risco de AVC.
- ⇒ Influência do fumo sobre HDL - C - C: diminuição
- ⇒ IAM em fumantes: quanto maior o número de cigarros/dia maior a prevalência.
- ⇒ Expectativa média de vida abreviada com fumo: 40 ou mais cigarros/dia abrevia a vida e aproximadamente 7 anos.
- ⇒ Um cigarro abrevia a vida em 3?

- Controlar os fatores de risco para doenças cardíacas;
- A vida sedentária já é considerada a 4ª causa de problemas cardíacos. Só é superada pelo trio: Tabagismo, Colesterol, HAS.
- Estatisticamente os mais importantes meios para se viver bastante e com satisfação é manter a saúde, mantendo-se um papel social, útil e satisfatório, o status sócio-econômico e a satisfação sexual.
- OBESOS - Incidência duas vezes maior de HAS, DM, disciplina, osteoporose e doenças arterioescleróticas.

- IIº - 1º Evitar Sedentarismo
- 2º Fazer exercícios: Caminha de 1 hora por dia pela manhã - velocidade normal. Natação não substitui.
- 3º Dieta:
 - NÃO: gordura animal, gema de ovo, manteiga e nata.
 - SIM: carne magra, peixe, leite desnatado, queijo branco, iogurte sem açúcar, soja, verduras, legumes, frutas exceto banana e abacate (maior TG calórico), clara de ovo, leite, queijo de soja, margarina. (Margarina líquido pastosa - alto teor de H₂O - 80 à 90%)
 - Usar adoçante artificial (aspartame);
 - Usar óleo vegetal (não reaproveitar).
 - Restringir o álcool: 1 garrafa de cerveja ou 1 copo de vinho tinto ou 1 dose de uísque por dia.
 - Farináceos: ricos em fibras, pão integral, cereais integrais.
 - Evite pães e bolos preparados com gordura e/ou açúcar.

DIETA ADEQUADA PARA LONGEVIDADE:

- Dieta balanceada.
- Rica em fibras, verduras e frutas.
- Pobre em gordura e proteína animal.
- Peixe em abundância.
- Sal < 10g/dia.
- Açúcar < 50g/dia.
- Colesterol < 300 mg/dia.
- Álcool < 30g/dia.
- Alimentos de boa qualidade.

- Evitar substâncias cancerígenas

VITAMINAS

- Excesso de vitaminas lipossolúveis podem prejudicar a saúde.

Vitamina E: Embolia.

Vitamina D: AVC e Cardiopatia Isquêmica.

Vitamina A: Arteriosclerose.

- FONTES ALIMENTARES

Vitamina E: germen de trigo, óleo de soja, milho, algodão, girassol, arroz, vegetais folhosos e legumes.

Vitamina D: Leite integral, peixes, queijos, óleo de peixe.

Vitamina A: Vegetais folhosos, legumes (cenoura), frutas e óleo de peixe.

OSTEOPOROSE

PREVENÇÃO PRIMÁRIA:

- Ingestão de Ca por longo prazo.
- Exercício diário (caminhada 1 hora/dia).
- Supressão do fumo.
- Ingestão de bebida alcoólica com moderação.
- Evitar uso de corticóide.
- Expor-se ao sol (15-30 min/dia)

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA:

Diagnóstico precoce da perda de massa óssea através da densitometria óssea.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- Repousar adequadamente à noite.
- Alimentação balanceada com todos os nutrientes.
- Procurar hábitos saudáveis no dia-a-dia.
- Manter-se sempre ativo tendo interesses e gostos amplos.
- Ter um hobby.
- Interagir e se relacionar com várias pessoas.
- Ter um esporte ou praticar constantemente exercícios físicos.
- Prevenção e tratamento com profissionais da área da saúde.

2º MOMENTO: Dra. Maria Inês Gasperini - Ginecologista

Nesta palestra foram abordadas às questões relacionadas as alterações fisiológicas dos aparelhos reprodutores masculino e feminino, bem como apresentados os mesmos, através de bonecos. Foram esclarecidos preconceitos e dúvidas acerca da relação sexual na 3ª idade.

**TEXTO NÚMERO II - CEDIDO PELA DOUTORA EM ENFERMAGEM
LÚCIA H. TAKASE GONÇALVES.**

TÍTULO: QUALIDADE DE VIDA E IDADE MADURA

AUTORA: ANITA LIBERALESSO NERI

**CAPÍTULO: QUESTÕES GERADAS PELA CONVIVÊNCIA COM IDOSOS:
INDICAÇÕES PARA PROGRAMAS DE SUPORTE FAMILIAR. P 213-233**

Os dados demográficos indicam um rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil, que infelizmente ocorre num momento de profunda desordem econômica.

Segundo COSTA (1992), citando dados do PNAD 88, a realidade demográfica e econômica dos brasileiros de mais de sessenta anos, hoje é a seguinte:

- 7,4% residem em área urbana e 25,4% nas rurais, como resultado de um processo de urbanização rápido e intenso ocorrido entre 1940 e 1990.

- 67% pertencem a famílias com renda inferior a um salário mínimo e apenas 2%, a famílias que recebem dez ou mais salários mínimos mensais.

- Cerca de 50% são analfabetos e cerca de 15% só completaram o primeiro grau.

- 47,6% dos idosos do sexo masculino e 10,9% do sexo feminino ainda são economicamente ativos, trabalhando como autônomos ou sem carteira assinada, principalmente nos setores agrícolas e de serviços.

- 40% dos homens aposentados ganham menos de um salário mínimo mensal de benefício e 4% recebem entre meio e dois e meio salários mínimos.

- 21% das mulheres idosas são aposentadas e dentre elas recebem menos de um salário mínimo mensal; 36% ganham entre meio e dois e meio salários mínimos por mês

- Atualmente 44,3% dos idosos de mais de sessenta e cinco anos vivem em famílias nucleares, 41,3% em famílias extensas, 11,8% em famílias impessoais e 2,6%

em famílias compostas. As mulheres que vivem sozinhas correspondem a 15% do contingente de idosos do país, ao passo que só 8% dos homens idosos vivem sós

Os dados demográficos disponíveis permitem concluir que o idoso brasileiro em geral é pobre, com insuficiente acesso a precários serviços públicos de bem estar, e tem poucas perspectivas de melhora a curto e a médio prazo. Velhos, pobres e crianças pobres são e serão as principais vítimas da desorganização do estado.

O IDOSO E O APOIO FAMILIAR: Segundo RAMOS (1987), citando relatos de idosos brasileiros, 2% não contam com qualquer ajuda familiar em caso de doença ou incapacidade, 40% contam com o cônjuge, 35% com a filha, 11% com o filho e 10% com a família.

CICIRELLI (1983, apud BARER e JOHNSON, 1990) cita 6 tipos de serviços primários e seis tipos de serviços secundários. Os primeiros incluem moradia, manutenção da casa, sustento, segurança, cuidado pessoal e cuidados de saúde dentro de casa. Os serviços secundários incluem transporte, apoio psicológico, oferta de atividades sociais e recreativas, apoio espiritual, proteção e mediação burocrática. O autor cita ainda serviços terciários, relacionados a demanda de crescimento e auto desenvolvimento de idosos.

A partir da análise realizada por STEPHENS (1990) pode-se dizer que as tarefas desempenhadas por familiares no cuidado de seus idosos fragilizados pertencem a quatro domínios:

O primeiro inclui proporcionar suporte em atividades instrumentais de vida diária, como por exemplo limpar e arrumar a casa, preparar refeições, fazer compras, fazer e receber pagamentos, transportar e acompanhar ao médico.

O segundo envolve lidar com dificuldades funcionais associada a atividades físicas e ao auto cuidado como por exemplo: caminhar, alimentar-se, tomar banho, escovar os dentes, pentear os cabelos, usar o toalete, higienizar-se, tomar medicação, tirar e colocar prótese, dentadura e aparelho para surdez.

As atividades de vida diária mantêm uma relação próxima com a maior ou menor autonomia do idoso, e as conseqüentes questões emocionais e de perda de auto-estima para ele. Para o cuidado pode demandar mais ou menos sobrecarga física e tempo, além de conhecimentos e habilidades específicas.

O terceiro domínio das demandas sobre os familiares envolve atender a necessidade de suporte emocional, por exemplo: fazer companhia, atuar como confidente, conversar sobre questões pessoais e emocionais, compartilhar atividades e ajudar a manter ou a reatar laços afetivos. É neste domínio segundo a análise de RAMOS et al (1991) que possivelmente incidem as maiores dificuldades das famílias brasileiras, em virtudes das transições em valores e costumes pelas quais estão passando, num contexto de graves problemas econômicos-financeiros.

O quarto domínio envolve lidar com as pressões psicológicas decorrentes de proporcionar os cuidados.

TEXTO III - CEDIDO PELA BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.

LIVRO: ENFERMAGEM E OS IDOSOS

AUTOR: IRENE MORTENSON BURNSIDE, R.N, M.S.

CAPÍTULO: O ENVELHECIMENTO E ENFERMAGEM. PG 4-23

Gerontologia= É a ciência concernente ao processo do envelhecimento.

Geriatría= A geriatría focaliza as moléstias da idade avançada.

Existe uma visão muito negativa sobre os idosos por parte da enfermagem e também dos idosos sobre a enfermagem.

A enfermagem sobre os idosos pelo próprio currículo da graduação onde tem poucas ou nenhuma disciplina que informe a respeito da terceira idade. Além disso quando a enfermeira é destinada a cuidar de um idoso sente-se como se estivesse regredindo na profissão sendo discriminada pelos colegas de serviço e até pela sociedade.

Quase não existe nenhuma especialidade em enfermagem geriátrica ou gerontológica.

A visão negativa dos idosos sobre a enfermagem é principalmente por que sentem que perderam sua independência para a enfermeira.

Nos E.U.A existem muitas casas de enfermagem que é para idosos, e geralmente estas enfermeiras sentem-se como sendo de segunda classe e pensam que não são hábeis para trabalhar num ambiente de hospital geral, e seu salário é muitas vezes inferior ao das outras enfermeiras. O mito de que não se precisa ter muita habilidade ou perícia para cuidar de pessoas idosas, infelizmente ainda prevalece e as pessoas idosas são vistas como mais necessitada de custódia do que de qualquer outra coisa qualquer.

Os autores alegam que simpatia e sensibilidade são componentes cruciais no tratamento da velhice.

A situação da Enfermagem é considerada assim, médico-enfermeiro-paciente, nesta ordem decrescente, o médico sabe tudo, o Enfermeiro pouco e o paciente nada.

Estar doente significa algumas ou todas as seguintes dificuldades: sofrendo; incapacidade de trabalhar, de andar; de comer; planejar; tomar responsabilidades; encontrar sócios para ocupações; gozar a vida e aceitar um papel de dependência; medo.

Velhice por si mesma não significa doença, todavia a velhice aumenta os riscos de doença, invalidez, riscos de viuvez, isolamento, necessidades, pobreza e algumas vezes aumenta a propensão para a morte. Agüentar a velhice própria parece ser similar aos que agüentam junto à doença.

Estar doente, ser velho, envelhecer significa privação de muitos bens. Tudo isso significa ter menos, ganhar menos, ser menos eficiente. Doença e velhice traz-nos uma nova maneira de conhecer a precariedade de nosso futuro, que pode ser perturbado, aumentado, realçado, avivado e mesmo limitado no presente momento. Alguns pacientes e pessoas idosas têm experimentado e registrado que menos pode significar mais. Eles têm achado em seus limitados lugares, uma oportunidade, não para lamentar suas perdas, mas para apreciar seus haveres e utilizar chances do momento atual.

CAPÍTULO III - PG 26-36

PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO: UMA VISÃO GERAL:

O envelhecimento e os sentidos:

- VISÃO: A medida que envelhecemos, a acuidade de nossos sentidos começa a declinar. No caso da visão, o cristalino pode deixar passar menos luz para a retina. A retina dos velhos, por sua vez, exige mais luz para produzir a mesma sensação psicológica que nos anos da juventude. São necessários maiores períodos de tempo tanto para a adaptação à luz ou como a escuridão. Além disso, alterações na estrutura

do globo ocular e seus músculos prejudicam a acuidade visual, principalmente para a leitura próxima.

- **AUDIÇÃO:** Outro sentido que é especialmente vulnerável a idade é a audição. Cerca de uma em cada quatro pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade tem algum problema auditivo. Em primeiro lugar, a sensibilidade geral para o som decresce com a idade. Existe também uma perda seletiva de audição para os sons mais agudos.

- **PALADAR:** O sentido do gosto parece também diminuir com a idade.

- **TATO E OLFATO:** São os que menos diminuem (incluindo a dor)

ALTERAÇÕES NO COMPORTAMENTO DOS IDOSOS:

- **SENILIDADE:** Em nossa sociedade a palavra senil tornou-se o termo usado para descrever uma pessoa velha, confusa, emocionalmente instável, teimosa, desagradável.

As alterações orgânicas de maior destaque ligadas a idade são as doenças de Alzheimer, a doença de Pick, os acidentes vasculares cerebrais, a arteriosclerose cerebral e demência senil.

CAPÍTULO IV - PG 34-43

PROCESSOS COGNITIVOS DO ENVELHECIMENTO:

- **INTELIGÊNCIA:** Depende de diversos fatores, inclusive ambientais. Não há muita alteração.

- **RIGIDEZ:** É crença comum a de que as pessoas idosas são mais rígidas do que os jovens, mas isto não sugere que as pessoas idosas não podem aprender, mas sim, que é mais difícil para elas “desaprender” as suas maneiras já bem estabelecidas de fazer as coisas.

A maior parte das pesquisas vêm em apoio da afirmação de que a rigidez é mais uma função da inteligência do que da idade.

- PRUDÊNCIA: A prudência parece aumentar com a idade. Isso é, ao que parece, o resultado das preocupações com a incerteza, a expectativa e o medo do insucesso. Encarada dessa forma, a prudência é um mecanismo de defesa.

- APRENDIZAGEM: No que se refere a aquisição de habilidades ou de informação, BIREN (1964) declarou que há pouca diminuição com o aumento de idade na capacidade básica para aprender. Essas diferenças que surgem são atribuídas a percepção, posição, atenção, motivação e ao estado fisiológico da pessoa.

- RITMO: Em geral as pessoas idosas aprendem melhor quando trabalham em seu próprio ritmo. Quando o ritmo é determinado por terceiros, o desempenho das pessoas idosas parece diminuir.

- MOTIVAÇÃO: Julga-se freqüentemente, que as pessoas idosas são menos motivadas para aprender do que os jovens.

- MEMÓRIA: - Memória a prazo curtíssimo: onde a informação é retida após menos de um segundo, inclui o estímulo.

- Memória a curto prazo: mede a informação de um segundo até minutos após a informação ter sido apresentada.

- Memória a longo prazo: Refere-se a informação retida até pelo menos um período de dez a vinte minutos. São observados declínios da memória a longo prazo nos idosos.

- Memória remota: Inclui a recordação de fatos que ocorreram no passado do indivíduo. O conhecimento das diferenças de idade quanto a memória remota é pequena, por-que é muito difícil estabelecer os controles experimentais necessários.

As pessoas idosas tiveram um período de vida onde acumularam as experiências mais variadas. Exerceram as suas capacidades e habilidades em muitas formas diferentes. Além disso, eles são fisiologicamente muito diferentes entre si. A idade não é obrigatoriamente um processo de declínio. A conservação ou a estabilidade das funções intelectuais parece ser a regra geral, pelo menos até bem pouco antes da morte. Isso é muito importante para o Enfermeiro que trata de um moribundo por que quando

verifica que o desempenho intelectual da pessoa idosa está declinado, ele deve atribuí-la a outras causas, e não, a idade avançada.

CAPÍTULO VII PG 69-78

ALTERAÇÕES HUMANAS NO ENVELHECIMENTO:

- PERDA DA ALTURA: Certo número de estudos mostram que perdas diferentes de altura ocorrem na idade avançada. Entre os cinquenta e cinquenta e cinco anos ocorre uma diminuição, da ordem de um a dois centímetros, que é atribuída ao encolhimento dos discos fibroelásticos entre as vértebras. Posteriormente dão-se maiores perdas de altura devido a osteoporose. Na osteoporose existe uma perda de matriz, tanto da proteína como do cálcio depositados nos ossos, e especialmente nas vértebras. Isso acarreta, uma redução da altura causada pelo encurtamento da espinha. A perda da altura é ainda reforçada por uma curvatura da coluna vertebral, mais acentuada na região torácica.

- ALTERAÇÕES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTÂNEO: Entre as maiores alterações na pele com o envelhecimento, estão a diminuição da espessura das camadas gordurosas, subcutâneas e epiteliais. Mesmo nos casos dos indivíduos que sempre foram obesos, o envelhecimento provoca perda de gordura generalizada.

Observa-se também um aprofundamento das cavidades, tais como as das regiões supra claviculares e axilares, e um rosto mais ossudo. 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.

Em geral as pessoas idosas tendem a se tornar calvas. Não há apenas uma rarefação acentuada dos cabelos, como também de pelos pubianos e axilares. Paradoxalmente pode haver crescimento de pelos no rosto e pensa-se que deve ser devido a alterações hormonais. Os pelos faciais ficam com frequência eriçados e podem ser suficientemente numerosos e incômodos, a ponto de exigirem a raspagem ou

a depilação. As rugas são dobras permanentes do tecido epitelial e subepitelial, de formato mais ou menos linear e curvilíneo. São mais acentuadas no rosto e são devidas, em parte aos esforços repetidos na pele produzidos pelos músculos que dão a expressão fisionômica. A pele vai ficando flácida.

- ALTERAÇÕES OCULARES: Alguns indivíduos possuem cataratas ao atingirem cinquenta anos, outros apenas várias décadas mais tarde. Outra alteração muito comum é a deposição de um material esbranquiçado na superfície da córnea. Outra alteração associada ao envelhecimento atinge a pupila, que se torna menor, as vezes em tal grau que fica com a forma irregular. As glândulas lacrimais, assim como as salivares, as quais se relacionam, apresentam involução ou perda da função com o envelhecimento, contribuindo para a secura e perda do brilho dos olhos.

- ALTERAÇÕES DENTÁRIAS: O contrário da perda de dentes nos primeiros anos, que é devida a cáries, a perda de dentes na meia idade e na idade avançada resulta da reabsorção inflamatória do osso ao redor dos dentes. A reabsorção do tecido da gengiva ao redor da base do dente deixa-o mais exposto, daí a expressão “com dentes compridos”. Na língua a maior alteração com o envelhecimento é um decréscimo progressivo das papilas gustativas.

- ALTERAÇÕES EMBAIXO DA PELE: É conhecida desde há muito tempo que os cérebros das pessoas idosas são geralmente mais leves do que os cérebros dos jovens. Calcula-se que cerca de cinquenta a cem mil células cerebrais são perdidas diariamente, começando aos vinte e poucos anos. É também uma questão de observação diária que os músculos das pessoas idosas, mesmo daquelas que trabalham pesado, se tornam, menores e mais finos com a idade.

- DIMINUIÇÃO DA ATIVIDADE COM A IDADE: Uma vez que o envelhecimento conduz a diminuição no tamanho e peso da maioria dos órgãos e outras partes do corpo, é de se esperar que haja também decréscimo na capacidade funcional. Em alguns órgãos, a perda da atividade excede em muito o que se poderia esperar, baseado apenas na anatomia.

CAPÍTULO IX PG 85-97

ALTERAÇÕES NORMAIS DO ENVELHECIMENTO NO APARELHO REPRODUTOR: As alterações com o passar do tempo, no sistema reprodutor e o potencial para êxito ou o malogro como um companheiro de sexo pode significar um trauma terrível e perturbador para o ego. Os declínios reprodutores sugerem o fim da vida reprodutora, e a civilização ainda em grande parte considera o desempenho sexual como sinônimo de masculinidade ou feminilidade. Qualquer perda perceptível ou disfunção nessa capacidade, pode ser interpretada como um passo para mais perto da morte, bem como a terrível imagem da sexualidade.

A sociedade em geral encara as pessoas idosas como sexualmente inertes, desinteressadas e desprovidas de atividade sexual. Os costumes e as práticas da civilização têm conduzido a certas informações e atitudes: o desejo na meia idade e idosos seria nulo, e se por alguma aberração, a libido ainda estiver presente, as fraquezas da velhice impediriam que se ame. Além disso, o envelhecimento deixa as pessoas pouco atraentes fisicamente e sexualmente indesejáveis.

A necessidade de intimidade e amor, como as outras necessidades humanas de dignidade, auto-imagem, interesse e crescimento intelectual, começa todavia, muito cedo no corpo humano e prossegue durante a vida toda. Essas necessidades e desejos não são banidos da personalidade humana e de seu comportamento na meia idade ou idade avançada.

TEXTO NÚMERO IV

CEDIDO PELA DOUTORA EM ENFERMAGEM LÚCIA H. T. GONÇALVES.

TÍTULO: A FAMÍLIA DO PACIENTE CRÔNICO: INICIANDO A REFLEXÃO SOBRE A ASSISTÊNCIA E O PAPEL DO ENFERMEIRO

REVISTA CIÊNCIAS DA SAÚDE, FLORIANÓPOLIS,UFSC V.XII, N.1 P 76-86, 1993

AUTORES: DENISE S. S HENSE

SUSAN A. PFEIFFER

As doenças crônicas vem aumentando consideravelmente tanto em crianças como em adultos, e os avanços tecnológicos têm favorecido o prolongamento da vida mesmo em situações adversas. Diante desta tendência, a Enfermagem juntamente com toda a equipe multidisciplinar que deveria estar envolvida numa assistência a família, tem a responsabilidade de refletir sobre esta questão, tendo como meta, a saúde da família, a dinâmica e o cotidiano de sua vida, e a saúde individual de seus membros. A primeira pergunta que nos vem a mente é : Por que é importante trabalhar com a família, centralizando a assistência nela e não no indivíduo? A doença crônica é um evento anormal e inesperado que pode ocorrer em qualquer etapa da vida da família. É definida pela Comissão Nacional de doenças Crônicas dos E.U.A como “todos os obstáculos ou desvios do normal, os quais tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica irreversível, requerem treinamento especial do paciente para sua reabilitação e talvez requeiram um longo período de supervisão, observação e cuidado. (SILVA, 1990).

O paciente crônico encontra diversos desafios que estão ligados a suas novas incumbências”, como, por exemplo, lidar com os desconfortos físicos e ter que fazer um regime de tratamento. Ele também vivência desafios quanto as “perdas”, como, por exemplo, de sua capacidade física, financeira e de suas atividades sociais. Ele ainda

enfrenta desafios às “ameaças”, onde se destacam o receio sobre sua vida e a preocupação com a aparência individual.

A família precisa aprender a conviver com isso, precisa se reorganizar quanto ao seu cotidiano, precisa entender a doença crônica.

Para prever a propensão da família a crise, três aspectos devem ser examinados: o estresse presente na família, seu estilo de resolver os problemas e sua capacidade de enfrentamento.

As dificuldades comuns que as famílias de pacientes crônicos possuem são:

- Dificuldade quanto a necessidade de reorganização interna e externa quanto aos papéis da família e seus membros no que se refere ao desempenho das atividades relativas ao seu cotidiano, sobrevivência e cuidado à saúde, especialmente do paciente crônico.

- Dificuldades relacionadas com a informação quanto a doença crônica já que uma percepção inadequada muitas vezes esta relacionada em conhecimento insuficiente ou incorreto

- Isolamento social com dificuldades na comunicação intra e extra familiar. Geralmente os membros da família de pacientes crônicos têm dificuldade de conversas sobre o diagnóstico, o impacto do mesmo sobre a vida, os estressores e os sentimentos relacionados.

- Dificuldade no que se refere a tomada de decisões , liberdade e auto-determinação especialmente nos aspectos relativos ao tratamento.

- A exaustão pela exigência de cuidados prolongados e um maior grau de incapacitação do paciente crônico, leva a dificuldade quanto a necessidade de repouso e descanso.

- Dificuldade na área financeira, pois os gastos relativos ao tratamento de doenças muitas vezes leva a privações para a família, ainda mais se o membro doente contribuir com o sustento da família e agora está impossibilitado para tal.

- Dificuldades quanto a necessidade de hospitalizações frequentes. O afastamento do lar é sentido tanto pelo paciente quanto pelos demais membros da família. Por outro

lado a permanência da família junto ao paciente no hospital, mesmo que temporariamente, também é uma experiência difícil. Envolve muitas vezes o sofrimento, que significa acompanhar a experiência que os seus estão passando. Implica também num sentimento de marginalização decorrente da estrutura e filosofia de trabalho que caracteriza o ambiente hospitalar

SUGERINDO UM PAPEL PARA O ENFERMEIRO:

- Acompanhar e auxiliar a família no processo de reorganização interna e externa, participando no planejamento e provisão do cuidado à saúde.
- Prestar informações de acordo com as expectativas e necessidades da família, numa perspectiva encorajadora, retornando a eles sempre que necessário. As informações devem incluir a doença, a saúde e cuidados relacionados, os sentimentos e reações comuns e particulares da família como também os recursos disponíveis para assistência.
- Estimular o diálogo entre os membros da família criando canais de comunicação especialmente ao que se refere ao diagnóstico, seu impacto sobre a família e cada membro em particular e os estressores que podem ser identificados na situação.
- Estimular a participação em grupos de apoio, entre ajuda e de discussão na comunidade com outras famílias que tenham vivido experiências semelhantes.
- Garantir e respeitar a liberdade de decisão da família, avaliando junto com ela seus limites e conhecimento da situação, negociando com ela sempre que as decisões tomadas impliquem em risco para a família e ou para o membro com doença crônica.
- Auxiliar a família a planejar e providenciar os recursos necessários para um esquema de cuidados ao paciente crônico, sempre que se fizer necessário, buscando garantir o repouso e o descanso para os que dele participem.
- Esclarecer a família quanto aos seus direitos, estimulando-a a fazer uso deles, como também os recursos existentes na comunidade

- Envolver a família, especialmente o acompanhante na unidade hospitalar prestada ao paciente crônico enquanto internado. Considerar também as necessidades do acompanhante, compartilhando com ele a responsabilidade da assistência. Isto simplifica em facilitar o acesso da família, mantendo-a informada da situação, por considerá-la a primeira responsável pelo cuidado a saúde do membro com doença crônica.

TEXTO NÚMERO V

TÍTULO: FAZENDO PESQUISA INTERDISCIPLINAR COM FAMÍLIAS IDOSAS EM UMA COMUNIDADE RURAL: ALGUMAS REFLEXÕES

AUTORES: INGRID ELSEN, MARIA CATARINA DA ROSA, LUCIANA MUNIZ, EVERALDO FELIX, DANIELA CARDOSO, MARIANE GRASEL, MÁRCIA ARAÚJO. GAPEFAM.

TRABALHO APRESENTADO NA I JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA - MARÇO/1996.

Este trabalho tinha como objetivo refletir sobre alguns pontos presentes no decorrer de uma pesquisa exploratória, realizada com famílias idosas em uma comunidade rural, desenvolvida por uma equipe interdisciplinar. A metodologia básica utilizada foi observação participante, sendo que as pesquisadoras, em grupo de duas, visitavam as famílias em seu domicílio, durante um período de dois meses. Refletindo sobre esta experiência, as pesquisadoras identificaram alguns aspectos teórico metodológico no trabalho, que julgaram importante descrever e comentar. São estes: o pesquisar a família idosa e não apenas o idoso isoladamente, o investigar em equipe, com profissionais de diferentes áreas e portanto, com olhares diferentes sobre a família; o desenvolver uma pesquisa orientada por um marco conceitual; a definição de critérios para inclusão das famílias no estudo; o pensar estratégias para se aproximar das famílias de zona rural; a inserção das pesquisadoras no contexto e nas famílias; as visitas domiciliares como forma de coleta de dados; o estar atento às questões éticas presentes em estudos desta natureza e a pesquisa como momento de trocas entre famílias e pesquisadoras.

TEXTO NÚMERO VI

TÍTULO: A FAMÍLIA IDOSA NUMA ÁREA RURAL DE SANTA CATARINA: SEU SIGNIFICADO E SUAS RELAÇÕES SOCIAIS

AUTORES: INGRID ELSEN, MARIA CATARINA DA ROSA, LUCIANA MUNIZ, EVERALDO FELIX, DANIELA CARDOSO, MARIANE GRASEL, MÁRCIA ARAÚJO. GAPEFAM.

TRABALHO APRESENTADO NA I JORNADA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA - MARÇO/1996.

Neste trabalho o grupo procurou conhecer a família idosa da área rural, sua composição, papéis que desempenha, problemas que enfrenta, recursos que possui/conta, assim como suas relações internas e externas e a forma como se dão no dia a dia. Trata-se de um estudo exploratório que utiliza o referencial teórico do GAPEFAM e a observação participante como metodologia. Foram selecionadas 12 famílias, visitadas semanalmente, durante um período de dois meses. A análise inicial dos dados aponta que muitas famílias idosas são compostas por mulheres viúvas, embora existam casais, ou mesmo as lideradas pelo elemento masculino. Geralmente vivem em espaço próprio, com o salário proveniente da aposentadoria. Os maiores problemas são os de saúde, principalmente os que limitam suas atividades. A rede social é composta pelos filhos e vizinhos, ocupando estes últimos posição de destaque. Entre os valores ressaltados pelas famílias se encontram a religião, as visitas entre vizinhos e a participação no grupo de idosos da comunidade. Observa-se ainda que os direitos dos idosos é um tema recente na realidade dessas famílias, demonstrando a necessidade de um maior esclarecimento e envolvimento das mesmas com as questões referentes à cidadania.

TEXTO NÚMERO VII

**TÍTULO: A FAMÍLIA IDOSA EM SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA:
ALGUMAS IMAGENS.**

**AUTORES: INGRID ELSEN, MARIA CATARINA DA ROSA, LUCIANA
MUNIZ, EVERALDO FELIX, DANIELA CARDOSO, MARIANE
GRASEL, MÁRCIA ARAÚJO. GAPEFAM.**

**TRABALHO APRESENTADO NA I JORNADA BRASILEIRA
DE ENFERMAGEM GERIÁTRICA E GERONTOLÓGICA -
MARÇO/1996.**

Este trabalho foi elaborado com a pretensão de identificar o universo familiar do idoso e seus significados que, a partir de um estudo exploratório, desenvolveu junto às famílias idosas de uma comunidade rural o conhecimento sobre seu processo de viver.

Através de observação e entrevistas realizadas no domicílio das próprias famílias foram coletados dados sobre o cotidiano vivenciado pelos mesmos. Esse contato foi previamente autorizado assim como sua participação e consentimento na parte de coleta de informações e uso de instrumentos como o gravador e máquina fotográfica. A equipe pesquisadora comprometeu-se rigorosamente em manter o anonimato referente às questões que de algum modo representassem ou viessem a representar prejuízos ou danos morais a essas famílias. Comprometeu-se ainda em apresentar previamente o resultado do trabalho em um encontro do qual as famílias idosas participam semanalmente antes de expô-lo em qualquer outro evento. Dessa forma foram fotografadas e discutidas as situações que caracterizam o contexto familiar em que a família/idosa está inserida, merecendo destaque os seguintes pontos: a moradia; o trabalho; a igreja; o grupo de idosos e as visitas aos vizinhos.

- 1.3-(E) Como as pessoas conhecem a família?.....
- 1.4 -(E) Qual é o nome desta rua ?.....
- 1.5 -(E) Fica próximo de quê?.....
- 1.6 -(E) De onde vocês são?

2 - ORGANIZAÇÃO FAMILIAR:

2.1 - História:

- 2.1.1 -(E) Há quanto tempo estão juntos?
- 2.1.2 -(E) Como aconteceu esse encontro?.....
- 2.1.3 -(E) Tem alguma coisa importante que marcou a vida de vocês?.....

2.2 - Estrutura

- 2.2.1 -(E/O) O que cada pessoa faz no dia-a-dia?.....
- 2.2.2 -(E/) Quando há algum problema quem decide o que fazer?.....
- 2.2.3 -(E/O) Quem faz?.....
- 2.2.4 -(E/O) O que a família está buscando no momento e como?.....

2.3 - VÍNCULOS

2.3.1 -(E/O) Como é a conversa entre vocês ?.....

.....
2.3.2 -(E/O) Como é a relação entre vocês ?.....
.....

2.3.3 -(E/O) O que a família faz para manter-se unida ?.....
.....
.....

3. - AMBIENTE

3.1 Cultura

3.1.1 -(E/O) O que acreditam ser importante para ter saúde ?.....
.....

3.1.2 -(E/O) Quando estão doentes, por que acham que isso aconteceu ?.....
.....

3.2 COMUNIDADE

3.2.1 -(E) Quais os recursos oferecidos pela comunidade que a família conhece ?.....
.....

3.2.2 -(E/O) Como a família utiliza esses recursos ?.....
.....

3.3 HABITAÇÃO (RESIDÊNCIA E TERRENO)

- 3.3.1 -(E)** De quem é a casa/terreno onde vocês moram ?.....
- 3.3.2 -(O)** Tipo de construção, número de cômodos, iluminação e ventilação :
- 3.3.3 -(E/O)** Como a família usa o espaço da casa ?.....
- 3.3.4 -(O)** Condições de higiene.....
- 3.3.5 -(O)** Área do terreno (Aproveitamento).....

3.4 Saneamento

- 3.4.1 -(E/O)** De onde vem a água ? (distância, registro).....
- 3.4.2 -(E/O)** É tratada ?.....
- 3.4.3 -(E/O)** Para onde vai água que sai do banheiro e da cozinha ?.....
- 3.4.4 -(E/O)** Há vaso sanitário e chuveiro na casa ?.....
- 3.4.5 -(E/O)** Onde é colocado, o lixo ?.....
- 3.4.6 -(E/O)** Tem algum tipo de animal ?.....
- 3.4.7 -(E/O)** Tem insetos e ratos ? O que fazem para acabar com eles ?.....

.....
.....
4 - SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1 -(E/O) Quais os problemas de saúde que têm aparecido na família ?.....

.....
.....
4.2 -(E) Quais têm preocupado mais a família ?.....

.....
.....
4.3 -(E) Quais os problemas de saúde mais frequentes no último ano ?.....

.....
.....
4.4 -(E) Há alguém fazendo algum tratamento ?.....

.....
.....
4.5 -(E/O) Quais os cuidados que a família presta visando a saúde de seus membros ?.....

.....
.....
4.6 -(E/O) Quando a família precisa de ajuda quem vocês procuram ?.....

.....
.....
4.7 -(E/O) Quais os recursos de saúde que a família costuma procurar ?.....

.....
.....
4.8 -(E) Quais as dificuldades que a família enfrenta quando busca os serviços de saúde ?.....

.....
.....

5 - ALIMENTAÇÃO

- 5.1 -(E/O)** O que vocês costumam comer no dia-a-dia ?.....
.....
.....
- 5.2 -(E/O)** Como costumam preparar a alimentação ?.....
.....
.....
- 5.3 -(E/O)** O que mais gostam de comer ?.....
.....
.....
- 5.4 -(E/O)** Quantas refeições fazem juntos ?
.....
.....
- 5.5 -(E)** Quais os horários ?.....
.....
.....
- 5.6 -(E/O)** Quem prepara a alimentação ?.....
.....
.....
- 5.7 -(E/O)** Quais os cuidados com o preparo ?.....
.....
.....
- 5.8 -(E)** Como guardam a comida ?.....
.....
.....
- 5.9 -(E)** Tem algum alimento que faz mal ?.....
.....
.....

6 - CIDADANIA : (É o que acontece entre as pessoas, tanto dentro como fora da família, onde cada um participa com obrigações e direitos para melhorar a qualidade de vida)

- 6.1 -(E)** Qual a sua opinião sobre o que a família deva fazer para participar da comunidade ?.....
.....
.....
- 6.2 -(E)** O que acham que a comunidade deve oferecer para a família ?.....
.....
.....

- 6.3 -(E/O)Quais os grupos da comunidade que a família atua ?.....
.....
.....
- 6.4 -(E) O que o município, estado e país estão fazendo para melhorar a vida da família ?.....
.....
.....

7 - TRABALHO

- 7.1 -(E) Como se sente com o trabalho ?.....
.....
.....
- 7.2 -(E/O) Como a família participa do trabalho ?.....
.....
.....
- 7.3 -(E) Quem contribui para a renda familiar ?.....
.....
.....
- 7.4 -(E/O) Onde há maior gasto do dinheiro ?.....
.....
.....

ANEXO 3: REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - ARENAS, Dévora J. M; MORAIS, Eliane P; HENCKEMAIER, Luizita; ROSA, Maria C. Reavaliação do Marco Teórico do GAPEFAM - Seminário “Teorias e Processos de Enfermagem” - Especialização em Saúde Familiar - UFSC/GAPEFAM/1995.
- 02 - ALVAREZ, A. M. Identificação das exigências de auto-cuidado terapêutico em mulheres idosas e de sua competência para satisfazê-las. Dissertação de Mestrado, UFSC. 1990.
- 03 - BURNSIDE, I.M. Enfermagem e os idosos. São Paulo - Editora Andréa, 1979.
- 04 - ELSÉN, Ingrid, et al. Significado do Envelhecimento e da saúde para o idoso. Revista Ciências da Saúde, Florianópolis, 7/8 (1/2): 71-85 1988/89.
- 05 - ELSÉN, Ingrid et al. Cidadania: um novo conceito para a prática de enfermagem com família. Revista Texto & Contexto. Enfermagem - UFSC, Florianópolis, 1 (1): 106-115, Jan/Jun, 1992.
- 06 - ELSÉN, Ingrid, SANTOS, Leony L. C., GONÇALVES, Lúcia H. T., Significado do Envelhecimento e da Saúde para o Idoso - Revista de Ciências da Saúde, Florianópolis, 7/8 (1/2): 71-85 1988/89.

- 07 - ELSSEN, Ingrid. Competência da família para o cuidado de saúde: uma proposta de metodologia de enfermagem para a assistência. Florianópolis, UFSC/GAPEFAM/CNPq 1990. (mimeo).
- 08 - ELSSEN, Ingrid et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis, ed. UFSC, 1994.
- 09 - ELSSEN, Ingrid et al. Fazendo Pesquisa Interdisciplinar com Famílias Idosas em Comunidades Rural: Algumas Reflexões. I Jornada de Geriatria e Gerontologia - UFSC/1996.
- 10 - GARCIA, Adir V; HENCKEMAIER, Luizita; NITSCHKE, Rosane G; PATRÍCIO, Zuleica M. Trabalho com a família/comunidade questões de cidadania e saúde. UFSC/NFR/GAPEFAM - 1993.
- 11 - GONÇALVES, Lúcia H. Takase, et al. Diretrizes de saúde para a população idosa, Florianópolis, 1995.
- 12 - GONÇALVES, Lúcia H.T., SANTOS, Leony C., ROZA, Irmgard B. A vida de uma família idosa de uma vila pesqueira - Rev. Brasileira de Enfermagem. Brasília, 42 (1,2,3/4) 117 - 121, jan/dez. 1989.]
-
- 13 - HENCKEMAIER, Luizita; CUSTÓDIO, Gleide Simas; CANALI, Nivea. Assistindo a mulher no ciclo grávido puerperal. UFSC/NFR/GAPEFAM - 1992 - 1.

- 14 - HENSE, Denise, PFEIFEER, Susan. A família do paciente crônico: iniciando a reflexão sobre a existência e o papel do Enfermeiro, Revista Ciências da Saúde, Florianópolis, UFSC. V.XII, n.1, p. 76-86,1993.
- 15 - KALOUSTIAN, Sílvio M.- Família Brasileira: a base de tudo - -São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994.
- 16 - Ministério da Saúde - Programa de Saúde da Família - Bases do Programa - 1994.
- 17 - NITSCHKE, Rosane G., MORAES, Eliane P. de, PFEIFFER, Susan A., ELSEN, Ingrid - Família Saudável: uma reflexão sobre o conceito e sua aplicabilidade na assistência. - Revista Texto & Contexto. Enfermagem - UFSC, Florianópolis, v.1. n.2 - Jul/Dez. 1992.
- 18 - NERI, Anita L. Qualidade de vida e idade madura. Editora paperus, p.213 - 233.
- 19 - Orgão Oficial de Divulgação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Tudo Bem, Graças à Deus! Religiosidade e Satisfação na Maturidade e na Velilhe -Revista Gerontologia - Volume 1 n 3 - Setembro/93 - Seção São Paulo.
- 20 - PENNA, Claudia Maria de Mattos. Repensando o Pensar: Análise crítica de um referencial teórico de enfermagem à família. Revista Texto & Contexto, Florianópolis, v.2, n.1, p.128, jan/jun.1993.

- 21 - PENNA, Claudia M. Mattos; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Um “Velho” grupo sob um novo olhar. Florianópolis: UFSC/GAPEFAM, 1994.
(mimeo)
- 22 - Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 38, n.1, p. 76 - 86, jan/mar. 1985.
- 23 - ROSA, da M.C, et al. Relatório das ações desenvolvidas no treinamento e planejamento das equipes do Programa da Saúde da Família. Florianópolis, Junho, 1996.
- 24 - ROSA, da M.C. - Abordagem Interdisciplinar e familiar: um desafio do Programa da Saúde da Família. Florianópolis, junho, 1996.
- 25 - ROSA, Maria C. , ELSESEN, Ingrid, ARAÚJO, Márcia, CARDOSO, Daniela, MUNIZ, Luciana, FÉLIX, Everaldo, GRASEL, Mariane. A família idosa em São Pedro de Alcântara: Algumas imagens. Revista texto e contexto. Enfermagem UFSC, v.1, n.1, Jan-Jul 1996.
- 26 - ROSA, Maria C. , ELSESEN, Ingrid, ARAÚJO, Márcia, CARDOSO, Daniela, MUNIZ, Luciana, FÉLIX, Everaldo, GRASEL, Mariane. Fazendo pesquisa interdisciplinar com famílias idosas em uma comunidade rural: algumas reflexões Revista texto e contexto. Enfermagem UFSC, v.1, n.1, Jan-Jul 1996.

- 27 - ROSA, Maria C. , ELSÉN, Ingrid, ARAÚJO, Márcia, CARDOSO, Daniela, MUNIZ, Luciana, FÉLIX, Everaldo, GRASEL, Mariane. A família idosa numa área rural de Santa Catarina: seu significado e suas relações sociais. Revista texto e contexto. Enfermagem UFSC, v.1, n.1, Jan-Jul 1996
- 28 - SANTOS, Maria A, Prática Assistencial de Enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King, Dissertação de Mestrado, UFSC, 1990.
- 29 - SANTOS, dos M.A. Prática Assistencial de Enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King- Dissertação de Mestrado, UFSC, 1990.
- 30 - SANTOS, dos L. L. C. Ações de Enfermagem e sua importância segundo o enfermeiro e paciente geriátrico. Dissertação de Mestrado, UFSC. 1980.
- 31 - SOUZA, Ivone Moura de Melo, et al. - Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 1992. (mimeo).
-
- 32 - TRENTINI, Mercedes, DIAS, LYGIA P.M, Meu primeiro projeto assistencial - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Casa Vida & Saúde, Julho, 1994.
- 33 - VERAS, Renato. País jovem com cabelos brancos. Ed. Relume Dumará. Rio de Janeiro, 1994.

ANEXO 4: PUBLICAÇÕES, APRESENTAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS E NO PRELO.

1 - PUBLICAÇÕES:

- “Trabalhando interdisciplinarmente com famílias idosas, questões de vida e saúde: Os desafios enfrentados por dois estudantes de graduação. No livro de resumos do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem”

2 - APRESENTAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS:

- “Estilos de vida de famílias idosas: um estudo comparativo”, na IV Semana da Pesquisa.

- “Promovendo a saúde e cidadania do idoso e sua família através de ações interdisciplinares”, na IV Semana da Pesquisa.

- “Trabalhando interdisciplinarmente com famílias idosas, questões de vida e saúde: os desafios enfrentados por dois estudantes de graduação”, no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem.

- “Oficina sobre cidadania: uma experiência interdisciplinar em educação em saúde”, na XXIII Jornada Catarinense de Enfermagem - “Educação Popular em Saúde”.

3 - NO PRELO

- “Estilos de vida de famílias idosas: um estudo comparativo”, no livro resumo da IV Semana da Pesquisa.

- “Promovendo a saúde e cidadania do idoso e sua família através de ações interdisciplinares”, no livro resumo da IV Semana da Pesquisa.

- Artigo para o Jornal do Monte Cristo, a nível de informação sobre o CEPON (Centro de Pesquisas Oncológicas), a ser publicado em Dezembro de 1996.

- Artigo para o Jornal do Monte Cristo, a nível de informação sobre “Terceira Idade” a ser publicado em Dezembro de 1996.