

REVISTA AMAZONENSE DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Amazon Journal of Geriatric and Gerontology

Volume 7. Número 1. Jan-Jun | 2016.



Editor / Editor

Euler Esteves Ribeiro

Editores Associados / Associated Editors

Claudio do Carmo Chaves

Ivana Beatrice Mânica da Cruz

Editor Executivo / Executive Editor

Terezinha Lima Silva

Assessoria Executiva/ ExecutiveBoard

Carlos Augusto Hossaine do Nascimento

Kenny Marcia Mota

Stella Regina Folhadela Torres

Terezinha Lima Silva

Elorides Brito

**Grupo de Assessores Científicos /
ScientificAdvisoryBoard**

Elisa Franco de Assis Costa – GO

Fernanda de Souza Teixeira –

UNILEON, Espanha

José Antonio de Paz – UNILEON, Espanha

Márcia Scazufca – USP

Renato Guimarães Maia – UNB

Renato Peixoto Veras – UERJ

Wilson Jacob Filho – USP

Yukio Moriguchi – IGG/ PUC/RS

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem seguir as
“Orientações aos Autores”, que poderá
ser solicitado via e-mail. Estes devem ser
encaminhados aos cuidados do Editor.

Correspondências / Correspondence

Toda correspondência deve ser
encaminhadas aos cuidados da revista
no endereço abaixo:

**Revista Amazonense de Geriatria
e Gerontologia UnATI – UEA. Universidade
Aberta da Terceira Idade (UnATI/UEA).**

Av. Brasil, s/n. Compensa.

CEP: 90610-000 | Manaus/AM.

Telefone: (92) 98121 6435.

E-mail: unatiterezinha@gmail.com

Governador do Estado do Amazonas

JOSÉ MELO DE OLIVEIRA

Vice-Governador do Estado do Amazonas

JOSÉ HENRIQUE OLIVEIRA

**Reitor da Universidade do Estado
do Amazonas**

CLEINALDO DE ALMEIDA COSTA

**Vice-Reitor da Universidade do Estado
do Amazonas**

MÁRIO AUGUSTO BESSA DE FIGUEIREDO

Pró-Reitor de Administração

MARCOS ANDRÉ FERREIRA ESTÁCIO

Pró-Reitor de Planejamento

FABIANA LUCENA OLIVEIRA

Pró-Reitor de Graduação

LUCIANO BALBINO DOS SANTOS

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

VALTEIR MARTINS

**Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Co-
munitários**

ANDRÉ LUÍS NUNES ZOGAHIB

Diretor da UnATI/UEA

EULER ESTEVES RIBEIRO

Projeto Gráfico, Capa e Editoração Eletrônica.
Renan Gomes Moraes

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte, nos termos da Lei No. 9.610/98 que regulamenta os direitos autorais e conexos.

FICHA CATALOGRÁFICA

Categoria: Coleções de Estatísticas
Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia
Amazon Journal of Geriatric and Gerontology.
Manaus – Amazonas, 2016.

Universidade do estado do Amazonas, Escola Superior de Saúde,
Universidade Aberta da Terceira Idade.
Centro de Referência, Documentação e Informação.
– Manaus, v.5, n 1 (jan-jun, 2016). Semestral
Resumo em Português e Inglês.

ISSN 1983-6929 (versão impressa)

1. Idoso 2. Envelhecimento 3. Geriatria 4. Gerontologia
CDU 612.67(05)

Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI).
Av. Brasil, s/n. Compensa. CEP: 90610-000 Manaus /AM. Telefone: (92) 98121 6435.
E-mail: unatiterezinha@gmail.com

SUMÁRIO

Página 8

● **Editorial**

Página 10

● **Nutrição: Um Enfoque Ao Estado Nutricional Do Idoso Portador De Transtornos Psiquiátricos.**

PRAIA, Raquel de Souza 1; RIBEIRO, Euler Esteves 2; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar 3; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C.4; ONETI, Ciro Felix 5; NETA, Inez Siqueira Santiago 6; LYRA, Vanessa P.7; COSTA, Michelle Silva 8; OZORES, Juliana Maria Brandão 9; SANTOS, Jorge Oliveira 10.

Página 16

Uma Nova Abordagem De Cuidados Intensivos Ao Idoso

● **Pós-Cirúrgico Tardio Em Cirurgia Renal: Uma Experiência Observacional**

ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C. de 1; RIBEIRO, Euler Esteves 2; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar 3; ONETI, Ciro Felix 4; PRAIA, Raquel de Souza 5; LIMA, Ivete Maria Peixoto 6; LYRA, Vanessa P. 7; COSTA, Michelle Silva 8; OZORES, Juliana Maria Brandão 9; MESQUITA, Priscila Lyra 10

Página 28

Doença Vascular Cerebral: Impacto Da Cinesioterapia

● **No Tratamento Domiciliar De Pacientes Idosos Acamados**

MORTÁGUA, Andrea Rebouças 1; RIBEIRO, Euler Esteves 2; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar 3; OZORES, Juliana Maria Brandão 4; PRAIA, Raquel de Souza 5; MESQUITA, Priscila Lyra 6; NETA, Inez Siqueira Santiago 7; NASCIMENTO, Priscilla H.S.8; ANDRADE, Nadja Maria Almeida Silva Andrade 9; ONETI, Ciro Félix 10

Página 40

O Perfil Do Enfermeiro Frente A Multidisciplinaridade

● **Em Oncogeriatría**

ONETI, Ciro Félix 1; PRAIA, Raquel de Souza 2; NETA, Inez Siqueira Santiago 3; MORTÁGUA, Andréa Rebouças 4; COSTA, Michelle Silva,5; RIBEIRO, Euler Esteves 6; RIBEIRO, Ednéa Aguiar Maia 7; OZORES, Juliana Maria Brandão 8; MESQUITA, Priscila Lyra 9; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C.10

SUMÁRIO

Página 50

● **O Acompanhamento Nutricional Pelo Assistente Social À Idosos Atendidos Pelo Projeto Saúde Em Casa Em Manaus**

COSTA, Michelle Silva ₁; RIBEIRO, Euler Esteves ₂; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar₃; OZORES, Juliana Maria Brandão ₄; PRAIA, Raquel de Souza ₅; NETA, Inez Siqueira Santiago ₆; MESQUITA, Priscila Lyra ₇; NASCIMENTO, Priscilla H.S. ₈; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C. de ₉; MORTÁGUA, Andréa Rebouças ₁₀

Página 61

● **A Enfermagem Na Visita Domiciliar Ao Idoso: Um Relato De Experiência**

NETA, Inez Siqueira Santiago₁; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia Guimarães₂; ONETI, Ciro Félix₃; COSTA, Jéssica Maria Rezende₄; PRAIA, Raquel de Souza₅; COSTA, Michelle Silva₆; RIBEIRO, Euler Esteves₇; OZORES, Juliana Maria Brandão₈; MESQUITA, Priscilla Lyra₉;

Página 67

● **Terapia Ocupacional E Doença De Parkinson: Reflexões E Apontamentos A Partir De Um Estudo De Caso**

Occupational Therapy And Parkinson Disease: Reflections And Notes Based On A Clinical Case Study

Daniel Marinho Cezar da Cruz , Gustavo Artur Monzeli₂, Ana Carolina Toniolo₃.

EDITORIAL

Resiliência como impulsionador de qualidade de vida

À capacidade que cada indivíduo tem de se recuperar ou se adaptar a momentos críticos na vida e voltar ao estado inicial, chamamos de resiliência.

A vida é uma sequência de bons e maus momentos e isso é incontestável. Outra premissa também incontestável é que bons ou maus momentos passarão. Porque na vida tudo passa!!!!

A Resiliência nada mais é do que a capacidade de superar as dificuldades quaisquer que sejam as mudanças na vida, mas se sobrepor sobretudo a possíveis sequelas e criar novos caminhos capazes de criar novas perspectivas positivas futuras.

Qualquer que seja a adversidade enfrentada, não somente as relacionadas com morte de pessoas próximas, mas qualquer que seja a perda (mudança de emprego com menor salário; perda de emprego; aposentadoria; venda de propriedades para pagar dívidas;

mudança de cidade deixando para trás amigos e parentes), tudo isto é **LUTO**.

Então a Resiliência terá que ser cultivada a todo momento para que o indivíduo possa se auto proteger das fortes emoções causadas pelas perdas durante toda sua vida, pois na vida existe uma alternância entre momentos adversos.

Fujam dos maus presságios, e maus pensamentos, pense somente em vitórias, nada deverá ser capaz de deixar você abalado emocionalmente, reaja e resista permanentemente às possíveis dificuldades que por ventura possam surgir .

Seja um vencedor e aprenda dia a dia a ser um “resiliente “ dando sempre a volta por cima e garanta um envelhecimento feliz e com qualidade de vida. Sorria e viva cada minuto da sua própria vida com alegria mostrando a todos que o caminho do sucesso é nada mais nada menos do que a sua **RESILIÊNCIA!**

Dr. Euler Esteves Ribeiro M.D. PhD
Geriatra e Gerontologo

NUTRIÇÃO: UM ENFOQUE AO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO PORTADOR DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

PRAIA, Raquel de Souza 1; RIBEIRO, Euler Esteves 2; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar 3; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C.4; ONETI, Ciro Felix 5; NETA, Inez Siqueira Santiago 6; LYRA, Vanessa P.7; COSTA, Michelle Silva 8; OZORES, Juliana Maria Brandão 9; SANTOS, Jorge Oliveira 10.

¹ Enfermeira especialista, doutoranda em Saúde Pública UCES/Argentina; Coordenadora do projeto piloto saúde em casa UNATI/UEA.

² Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).

³ Co-orientadora do projeto Saúde em Casa UNATI/UEA, médica, doutorado em Ciências da Atividade Física e Desporte.

⁴ Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Paulista (UNIP/AM); integrante do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Técnica de Enfermagem da EBSERH/HUGV-AM

⁵ Acadêmico de Enfermagem da EEM/UFAM; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da EEM/UFAM; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.

⁷ Psicopedagoga; Pedagoga da SEMED; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.

⁸ Assistente Social do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Especialista em Política Pública de Atenção a Família.

⁹ Chefe da equipe multidisciplinar do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA) médica ginecologista/obstetrícia.

¹⁰ Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; Acadêmico em Redes de Computadores, UNINORTE.

Correspondência para:

UnATI – UEA. Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UEA).
Av. Brasil, s/n. Compensa. CEP: 90610-000 Manaus /AM.
Telefone: (92) 98121 6435. E-mail: saudepublica.2016@gmail.com

RESUMO

As doenças mentais estão a ter um crescimento entre os idosos em nosso país, e é um ponto importante relacionado com os problemas nutricionais. Esta é uma revisão bibliográfica com o objetivo de se chegar em uma maior compreensão sobre como o nível da boa nutrição pode ser depreciado nas pessoas idosas quando elas estão sofrendo de qualquer tipo de distúrbio mental. A nossa conclusão é: os impactos nestes casos são enormes e os enfermeiras, em cooperação com os outros profissionais de saúde, pode mudar esta situação. A polifarmácia é outro risco importante e merece muito a nossa atenção regularmente.

ABSTRACT

The menthal diseases are having a growth among the old people in our country, and it is an important point related with the nutritional problems. This is a bibliographic revision with the objective of obtain more comprehension about how the level of the good nutrition can be depreciated in the old people when they are sufering of any kind of menthal disturb. Our conclusion is: the impacts in these cases are enormous and the nurses, in cooperation with the other health professionals, can change this situation. The polypharmacy is another important risk and it deserve a lot of our attention regularly.

INTRODUÇÃO

Para a sobrevivência humana é fundamental alimentar-se bem e essa é uma atividade que se relaciona com fatores ambientais, fisiológicos e até mesmo psicológicos. Os hábitos educativos adquiridos ao longo da vida e que se iniciaram na infância deste idoso especial ou de qualquer outra pessoa, são reforçados continuamente pelo fato de que comer é uma atividade rotineira. Esclarecer o comportamento alimentar de uma pessoa é fundamental para a compreensão de sua dinâmica pessoal ¹.

É natural que o corpo humano sofra alterações fisiológicas com o passar do tempo, pois o envelhecimento é um processo natural e o ideal é que ele ocorra com qualidade e de maneira ativa. Infelizmente isso nem

sempre é alcançado e alguns idosos passam a enfrentar sérias limitações em diversos aspectos de sua saúde e realização de atividades ². Isto também se aplica às questões nutricionais e suscita preocupações entre os profissionais de enfermagem que os assistem. Surgem investigações baseadas no conhecimento clínico e pensamento crítico para tentar desvendar possíveis causas para estas questões, visto que as mudanças no estado nutricional do idoso são um elemento indissociável do processo normal de envelhecimento².

Sendo cada vez mais comum encontrar pacientes idosos portadores de transtornos mentais, fica necessário desenvolver uma estratégia abrangente de cuidado holístico e com a participação de toda a equipe multidisciplinar. A depressão e a demência são distúrbios frequentemente encontrados nesse segmento da população e são capazes de causar grandes danos que subtraem muito da autonomia e independência do ancião, o que prejudica diretamente a sua boa nutrição³.

É inquestionável a importância da alimentação para a saúde do idoso e a quantidade dos nutrientes e colesterol precisam estar bem equilibradas para evitar o início ou potencialização de algum processo patológico. Cada vez mais os suplementos alimentares estão ganhando destaque e sendo empregados no uso cotidiano de idosos, o que requer atenção e cuidado por parte da enfermagem, que precisa orientar bem o paciente acerca de produtos que fazem muitas promessas⁴.

Os tratamentos farmacológicos nos anciãos apresentam peculiaridades que devem ser conhecidas, pois esta população enfrenta a ocorrência de alterações na resposta, interações medicamentosas e maior suscetibilidade aos efeitos secundários. Ocorrem modificações na farmacocinética e farmacodinâmica proporcionando interações cada vez mais graves e frequentes entre as drogas e isso em grande parte se deve à usual multimorbidade e polifarmácia que acometem essa faixa etária. Estes eventos concorrem para o aumento das iatrogenias, menor aderência ao tratamento e mais efeitos colaterais e/ou adversos⁵.

METODOLOGIA

Esta pesquisa constitui-se de uma revisão bibliográfica, na qual foram reunidas informações pertinentes ao assunto e discutidas quanto a sua aplicabilidade no cenário do atendimento ao idoso. As informações foram resumidas e são apresentadas em forma de tópicos neste artigo.

Objetivos

1. Conhecer mais sobre as condições nutricionais de indivíduos idosos que possuem limitações em suas vidas relacionadas a transtornos psiquiátricos em variadas intensidades.
2. Contribuir com a geração de pesquisa e literatura em saúde acerca do cuidado com esta categoria de paciente. Disseminar informações atualizadas e relevantes sobre o estado nutricional destes pacientes.

Resultados

1. A nutrição como base para uma vida saudável

A taxa metabólica basal é a quantidade de energia que o organismo requer para realizar suas atividades que mantém a vida, como a circulação, manutenção da temperatura respiração e frequência cardíaca

As células, tecidos e órgãos do corpo humano somente realizam as funções necessárias a manutenção da vida se receberem seu aporte diário de energia, o que se obtém através da alimentação rica em nutrientes. É imprescindível haver garantias da segurança alimentar ao idoso em seu ambiente familiar, especialmente se ele for portador de necessidades especiais no âmbito psicossomático, ou seja: assegurar que ele desfrute de um estilo de vida saudável tendo como base o consumo de alimentos saudáveis e nutritivos em quantidade adequada. A questão da alimentação pode ter ainda um significado simbólico muito marcante, a depender das origens étnicas ou tradições do indivíduo e muitas celebrações, festas, tradições, cerimônias e eventos religiosos valorizam muito a questão da presença ou correlação com algum tipo de alimento específico⁶.

A enfermeira Florence Nightingale considerava fundamental o papel do enfermeiro no que ela chamava de ciência e arte de se alimentar, isso garantiu a categoria da enfermagem um papel que vem sendo aperfeiçoado e dentro dos ramos da nutrição e dietoterapia. Mantendo um relacionamento de confiança com o cliente, o profissional de enfermagem, assim como o médico e o nutricionista, conseguirão desenvolver um adequado aconselhamento em terapia nutricional para permitir ao paciente a prevenção ou o controle de certas afecções, como o diabetes melito tipo I. E algumas patologias requerem uma dieta especial com certas restrições, ou até mesmo formas diferentes de ofertar a nutrição ao organismo, o que pode ser conseguido, por exemplo, com uma sonda nasogástrica⁶.

2. A boa nutrição prejudicada pelo impacto de um transtorno mental

A fase de transição demográfica pela qual o Brasil passa tem contribuído para que seja uma realidade cada vez mais frequente o fato de encontrar idosos portadores de transtornos mentais³. Estando a maioria ciente do quanto este tipo de transtorno pode prejudicar a autonomia e a independência do indivíduo, nos correlacionamos esta categoria de debilidades com o impacto que pode ser causado sobre o aspecto da nutrição do paciente idoso. Depressão e demência são dois diagnósticos muito comumente encontrados nesse público e os especialistas em gerontologia, de certa forma, temem o grande impacto que pode ser vivenciado pelos familiares do idoso que possui estas ou outras síndromes psiquiátricas³. Sabe-se que estas condições clínicas podem sobrecarregar ainda mais os cuidadores familiares e, portanto, diminuir a qualidade da assistência recebida.

Idosos portadores de transtornos depressivos ou demência têm sua mobilidade reduzida, sua higiene declina consideravelmente, aumenta o risco de sofrer algum ato de violência, são mais frequentemente acometidos por quedas, podem ter mais úlceras por pressão, menor adesão aos tratamentos farmacológicos prescritos para suas comorbidades⁷. Além de todos estes fatores, tais pacientes geriátricos correm um maior risco de sofrerem de privação de alimentos.

Quanto às alterações funcionais do organismo, eles podem, por consequência do distúrbio psiquiátrico, ter seu processo de envelhecimento prejudicado. Sendo assim mais frequente casos como presença de cáries e dentes caídos, má higiene bucal, sarcopenia, anorexia, compulsão alimentar, etc². Deve-se também estar atento para as possíveis interações medicamentosas com certos alimentos, além dos riscos da polifarmácia, um aspecto muito comum nesta faixa etária. Inclusive pesquisas indicam que antidepressivos tricíclicos não são medicações ideais para idosos, pois seus efeitos adversos são muito fortes.

CONCLUSÃO

É fundamental familiarizarmo-nos com as escalas e instrumentos de avaliação geriátricas disponíveis, pois tais recursos nos direcionam a seguir uma investigação mais competente e acurada sobre o estado nutricional do idoso. Também é necessário compreender sobre as alterações na fisiopatologia do idoso, que frequentemente estão associadas

aos déficits nutricionais nos casos em que o processo de envelhecimento não está ocorrendo de modo satisfatório. As alterações fisiopatológicas também podem em grande parte dos casos estar envolvidas na gênese ou acentuação de distúrbios mentais, e estes, por conseguinte, tendem a gerar ou agravar um caso de desnutrição.

A boa articulação entre os profissionais de saúde e a manutenção de um bom relacionamento com a família do paciente garantem uma maior adesão ao cuidado nutricional. Este cuidado é muito importante pois fortalece o organismo e o torna mais resistente contra diversos tipos de problemas, como úlceras por pressão, baixa da imunidade e perda de massa muscular.

PROPOSTA

Faz-se necessário um empoderamento dos membros da equipe em saúde, particularmente o enfermeiro, para que haja maior facilidade em abordar questões relacionadas aos níveis mais básicos de saúde da população idosa, como a nutrição. E este fator muitas vezes acaba sendo complexo de se avaliar devido a muitas dificuldades que são impostas pelo meio em que o idoso vive, além das suas doenças de base. Atualmente a desnutrição está se tornando um problema cada vez mais raro em nosso país, mais ainda persiste, e nossa transição demográfica está expondo alguns dos membros da terceira idade a este tipo de problema de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Cordás TA, Kachani AT. Nutrição em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- 2- Manso M, Biffi E. Geriatria Manual da LEPE (Liga de Estudos no Processo de Envelhecimento). São Paulo: Martinari; 2015.
- 3- Osvaldo PA. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. Revista Brasileira de psiquiatria, 1999.
- 4- Ruiz JS. Psicofarmacos em geriatria. Madri: Ars Medica; 2006.
- 5- Eliopoulos C. Enfermería Gerontológica. 8a Ed. Espanha: Wolters Kluwer Health; 2014.
- 6- Potter et al. Fundamentos de enfermagem. 8a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

UMA NOVA ABORDAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS AO IDOSO PÓS-CIRÚRGICO TARDIO EM CIRURGIA RENAL: UMA EXPERIÊNCIA OBSERVACIONAL

ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C. de ¹; RIBEIRO, Euler Esteves ²; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar ³; ONETI, Ciro Felix ⁴; PRAIA, Raquel de Souza ⁵; LIMA, Ivete Maria Peixoto ⁶; LYRA, Vanessa P. ⁷; COSTA, Michelle Silva ⁸; OZORES, Juliana Maria Brandão ⁹; MESQUITA, Priscila Lyra ¹⁰

¹ Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Paulista (UNIP/AM); integrante do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Técnica de Enfermagem da EBSEH/HUGV-AM.

² Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).

³ Co-orientadora do projeto Saúde em Casa UNATI/UEA, médica, doutorado em Ciências da Atividade Física e Desporte.

⁴ Acadêmico de Enfermagem da EEM/UFAM; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.

⁵ Enfermeira especialista, doutoranda em Saúde Pública UCES/Argentina.

⁶ Médica, funcionária do Ministério da Saúde, doutoranda de Saúde Pública pela UCES/Argentina.

⁷ Psicopedagogia; Pedagoga da SEMED; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.

⁸ Assistente Social do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Especialista em Política Pública de Atenção a Família.

⁹ Chefe da equipe multidisciplinar do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA) médica ginecologista/obstétrica.

¹⁰ Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; educadora Física, Secretaria de Educação do Estado de São Paulo.

Correspondência para:

UNATI – UEA – Universidade Aberta da Terceira Idade
Av. Brasil, s/n Compensa. CEP: 69000-000 Manaus/AM.
E-mail: riame.pg@gmail.com

RESUMO

Pacientes cirúrgicos graves são encaminhados diretamente para unidade de terapia intensiva. O período pós-operatório é considerado crítico dada a instabilidade orgânica e emocional. Imaginemos agora a complexidade envolvida sendo este paciente crítico um idoso. Esse artigo tem o objetivo de relatar uma experiência vivenciada dentro da UTI do Hospital Universitário Getúlio Vargas, de Manaus - HUGV, onde os cuidados intensivos prestados a este, no pós-cirúrgico de nefrectomia, foi decisivo na recuperação do mesmo. No resultado foi possível perceber que um melhor prognóstico e estabilização do quadro clínico hemodinâmico do paciente só foram possíveis devido ao controle rigoroso de todos os cuidados prestados a este cliente no todo. Os diagnósticos de enfermagem foram essenciais e reduziram consideravelmente os dias de internação, não apresentando complicações durante o período de internação hospitalar deste cliente na Unidade de Terapia Intensiva. A discussão acerca desse tema gira em torno da equipe multidisciplinar e que cada profissional deve desempenhar sua atividade com excelência e em conjunto com o restante para que o sucesso de um seja o sucesso de todos e que o protagonista que é o cliente, obtenha o sucesso esperado. A equipe de enfermagem detêm a maior porcentagem de responsabilidade nesse sentido devido a proximidade com o paciente e familiares, tendo que estar apto para prestar uma boa assistência não esquecendo de que sua interação e comunicação com o restante de equipe é essencial para um cuidado de qualidade.

Descritores: Cuidados Intensivos, UTI, Idosos, Pós-Cirúrgico, Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

Usually, the serious surgical patients are forwarded directly to the intensive care unit. The postoperative period is considered critical considering the organic and emotional instability. Now imagine the complexity involved when this critical patient is an elderly. This article aims to report an experience lived in the ICU of the University Hospital Getúlio Vargas, in Manaus - HUGV where the intensive care of them in the post-surgical nephrectomy, was important in the recovery of the same.

As the result, was possible to realize a better prognosis and stabilization of hemodynamic patient's condition were only possible due to the strict control all care provided to this client at all. The nursing diagnoses were essential and considerably reduced the length of stay, no complications during the hospital stay of the customer in the Intensive Care Unit. The discussion about this issue revolves around the multidisciplinary team and that every professional should perform your activity with excellence and together with the rest to the success of one is the success of all and that the protagonist who is the customer, get the expected success. The nursing staff hold the highest percentage of responsibility in this sense because of the proximity to the patient and family, and to be able to provide good care not forgetting that their interaction and communication with the rest of team is essential for increase the quality of the care.

Keywords: Intensive Care, ICU, Elderly people, Post-surgical multidisciplinary team.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é setor hospitalar destinado ao atendimento de pacientes graves, porém recuperáveis. É dotada de pessoal altamente qualificado, oferecendo uma assistência contínua com o uso de aparelhos sofisticados capazes de manter a sobrevivência do paciente, exigindo de seus profissionais alto nível de conhecimento. Segundo o Regulamento técnico do Ministério da Saúde¹, este setor é constituído de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem e recursos humanos especializados.

Sob a ressalva de Mariano², afirma que a UTI é um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes, uma vez que ali se desenvolve tratamento intensivo, hostil pela própria natureza, pois além da situação crítica em que o paciente se encontra, existem outros fatores altamente prejudiciais a sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, intercorrências terapêuticas frequentes, isolamento, suposição da gravidade da doença e até mesmo risco de morte.

Até 2025, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é

grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social.

Conforme Filho e Netto³, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há várias alterações que tornam o idoso mais susceptível a agressões intrínsecas e extrínsecas. Envelhecer é a redução da capacidade de sobreviver ocorrendo alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas podendo desenvolver dependência, sentimento de inutilidade e rejeição. Todavia, embora o profissional de enfermagem esteja absorvido neste mundo tecnológico de cabos, fios e condutores, atento a cada alteração, não deve perder de vista o foco principal de seu trabalho: o cuidado ao paciente.

De acordo com Gonçalves e Tourinho⁴, construir uma linha de cuidados consiste em entender a produção da saúde de forma sistêmica, com processos extremamente dinâmicos focados nas necessidades dos pacientes. O cuidado é um processo, um modo de se relacionar com alguém que envolve desenvolvimento e cresce em confiança mútua, provocando uma profunda e qualitativa transformação no relacionamento em ajudar o outro a crescer e se realizar. Em vista disso, a enfermagem sempre vai fazer parte do contexto social, pois enquanto existirem seres humanos necessitando de cuidados e isso sempre vai existir, o enfermeiro se fará presente em algum momento da vida do ser humano.

Para Jeronimo⁵, considera que a Unidade de Terapia Intensiva tem o objetivo de oferecer suporte a pacientes clínicos, cirúrgicos e pediátricos que necessitam de monitoramento e agilidade constantes devido à instabilidade de seu quadro clínico. Daí a importância de uma equipe multiprofissional altamente capacitados e dotados de habilidades para prestar cuidados específicos aos pacientes no setor pós-cirúrgico da UTI do HUGV. Os líderes de enfermagem sabem que as instituições hospitalares necessitam trabalhar com profissionais diferenciados, capazes de gerenciar a assistência de forma a obter os melhores resultados assistenciais a um custo compatível.

Isto posto, o papel da atividade humana nos hospitais não está mais relacionado apenas a descrição de cargo ou função, mas envolve o perfil capaz de trazer dinamismo, inteligência e criatividade em especial no cuidado ao paciente idoso.

Dado que, uma equipe de enfermagem altamente capacitada do ponto de vista técnico e comportamental é hoje um diferencial para a UTI. Para Stacy et aló, se bem que, qualidade total é o conjunto

de ações desenvolvidas em uma organização visando atender ou superar as expectativas dos clientes. Significa o envolvimento de todas as pessoas desde a mais alta administração até o responsável pelas tarefas mais simples. Relaciona-se diretamente com a satisfação ou a superação das expectativas do cliente, sendo ele foco de atenção de toda organização. Não é recente a preocupação com o reconhecimento e a correção dos erros com a necessidade de renovação do conhecimento e de melhoria contínua da qualidade no âmbito da saúde.

Desta maneira, um dos desafios da Enfermagem é conseguir oferecer um atendimento de melhor qualidade aos doentes e familiares e que contemple toda a dimensão da pessoa humana desenvolvendo o hábito do diálogo, consistindo em um melhor conforto humanizado no cuidado ao paciente idoso. Este cuidado envolve prudência, dedicação, lealdade, confiança, humildade, esperança e ética.

Em vista desses cuidados Morton⁷, define o grupo de enfermeiros deve ter uma grande preocupação em manter-se coeso na conduta que a enfermagem desenvolve, reavaliando periodicamente os problemas internos da unidade. Diante disso, as atividades dos enfermeiros podem ser de chefia, prescrição, evolução, procedimentos técnicos a que elas competem, organização da equipe, escala de plantões, entre outras atividades. De modo consequente, a autoridade da enfermeira está na sua postura de líder e de gerenciadora da assistência. Em visto disso, imprescindível tanto para o paciente como para família compreender a UTI como etapa fundamental para superação da doença, porém tão importante é aliviar e proporcionar conforto independente do prognóstico.

O serviço de enfermagem sofre o impacto total, de modo imediato e concentrado, das tensões que advêm do cuidado direto dos doentes sendo que é um dos fatores geradores de grande tensão, pois impõe um ritmo de trabalho desordenado, uma vez que a qualquer momento pode ocorrer uma intercorrência. Conforme Silva⁸, cita-se abaixo:

“No atendimento a essas intercorrências, as enfermeiras são responsáveis pela organização de toda a infra-estrutura, recursos materiais, equipamentos e recursos humanos treinados para prestar o atendimento. Além disso, a atuação nesses atendimentos exige grande controle emocional que inclui ser continente às tensões da equipe médica e de enfermagem. Como consequência, essas trabalhadoras, para evitarem a perda de controle, os sentimentos de culpa e a punição, tornam-se vigilantes de si mesmas, controladoras atentas às conseqüências de seus atos e experimentam, inconscientemente, o temor pelas conseqüências de uma atitude desatenta.” (Silva, 2000, p. 11)

Desse modo, a equipe multidisciplinar do setor de UTI do HUGV em Manaus, buscar amenizar os momentos cruciantes vivenciados através do paciente e família, orientando com respeito e dignidade na autodeterminação de cada pessoa internada, estabelecendo e divulgando a humanização nos seus trabalhos, é sem dúvida indispensável para o avanço terapêutico, porém impõe nova rotina ao paciente onde há separação do convívio familiar e dos amigos, que pode ser amenizada através das visitas diárias. Outro aspecto importante é a interação família/paciente com a equipe, apoiando e participando das decisões médicas, procurando observar-lhes não somente as necessidades biológicas aparentes, mas também aquelas não evidenciadas, as mais ocultas.

Para Cançado⁹, a enfermagem gerontológica, é a que especializa nos cuidados do idoso, e deverá possuir profissionais aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na tenção à saúde do idoso. A gerontologia cuida da personalidade e da conduta dos idosos, levando em conta todos os aspectos ambientais e culturais do envelhecer.

A assistência prestada à pessoa idosa está diretamente ligada às suas necessidades de saúde, cuidados e bem-estar. Nesse sentido, Orlando¹⁰, a equipe de enfermagem deve identificar e avaliar suas necessidades para maximizar suas condições de saúde, minimizar as perdas e limitações, facilitar diagnósticos e auxiliar no tratamento, proporcionar conforto quando o idoso apresentar angústias e fragilidades.

Portanto, para ser bem-sucedido, o cuidado a pacientes idosos nessas circunstâncias depende da compreensão dos fatores específicos do envelhecimento relacionados a cirurgia por parte da enfermagem que o assiste. Os profissionais de UTI e, de modo especial, o enfermeiro, devem estar conscientes de que o objetivo final do seu trabalho é o cuidado.

Objetivos

1. Relatar e divulgar pontos positivos acerca do cuidado prestado ao paciente idoso citado como sem prognóstico após a realização de uma nefrectomia que foi encaminhado a UTI do Hospital Universitário Getúlio Vargas, evidenciando e salientando a importância de uma equipe de saúde que fez da sua atuação um marco decisivo na recuperação e reabilitação dos mesmos.
2. Fazer uma reflexão sobre o grau de importância dessa equipe de profissionais que influenciou positivamente tanto ao cliente quanto ao seus familiares e profissionais de outros setores ao ver o comprometimento da atuação dos mesmos.

METODOLOGÍA

Esse artigo é um relato de experiência baseado em observações feitas no setor de Unidade de Terapia Intensiva do HUGV com o auxílio de bibliografias pré-estudadas, exaustivamente revisadas e que embasam a atuação da equipe que prestou o cuidado. Foi possível realizar um comparativo do que é estudado na academia e do que é colocado em prática durante a atuação profissional da equipe multidisciplinar.

RESULTADOS

A Unidade de Terapia Intensiva surgiu da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recurso tanto material e humano, para o atendimento a pacientes críticos, e é considerada como um dos ambientes mais agressivos e tensos da enfermaria. Esses fatores não atingem apenas o paciente, mas também a equipe de enfermagem que presta cuidados intensivos nas 24 horas por dia.

Caracterizam-se como ambientes tensos, locais onde a morte é uma constante, os sentidos estão sempre aguçados e alertas para qualquer intercorrência, de sono privado, de ruídos excessivos, de invasão de privacidade, do grande fluxo de profissionais, da quase exclusão dos familiares, da pouca comunicação, de cabos e fios intermináveis, monitores e seus sonoros “bips”.

A estrutura das UTI's cada vez mais burocratizada e despersonalizada deixa os pacientes à mercê de estranhos cujas funções e papéis desconhecem, de aparelhos e testes de rotina desconectados de seus hábitos, tornando-o somente um paciente a mais, outra patologia, outro prontuário, descartando sua identidade para tornar-se um paciente. Necessitando de cuidados de excelência dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares, que se tornam intimamente interligadas à doença física.

Os resultados de pesquisas têm demonstrado que a má utilização dos recursos tecnológicos e a falta de compromisso de alguns profissionais têm tornado mecanicista a assistência, ou seja, têm afastado o cliente (paciente e família) da equipe multiprofissional, descaracterizando o cuidado como ação humana.

A vivência em UTI nos leva a afirmar que essas unidades possuem características próprias, quais sejam a convivência dos profissionais com

pacientes de risco; a ênfase do conhecimento e da tecnologia para o atendimento; a presença da morte; a ansiedade por parte de toda a equipe, pacientes e familiares; as rotinas de trabalho rígidas e desgastantes.

Em geral, o processo de cuidar torna-se frustrante, sobretudo por causa das dificuldades decorrentes das condições de trabalho. O que se observa é que, ante a escassez de recursos materiais e humanos, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso não é o suficiente e culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar.

Contudo, sabe-se que nem sempre é possível proporcionar o melhor atendimento. Ainda assim uma boa estrutura de UTI envolve: constituinte em número suficiente e treinado para fornecer assistência específica e observação contínua, planta física elaborada com equipamentos especiais e manutenção constante e organização administrativa preocupada em manter padrões de assistência e programas de educação continuada.

Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, o ambiente de trabalho caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares.

O serviço de enfermagem sofre o impacto total, de modo imediato e concentrado, das tensões que advêm do cuidado direto dos enfermos. Isso ocorre pelo fato de a equipe de enfermagem estar permanentemente em contato com as pessoas que estão fisicamente doentes ou lesadas, compreendendo que o restabelecimento dos pacientes não é certo e nem sempre será completo. Além disso, a atuação nesses atendimentos exige grande controle emocional que inclui ser cauto às tensões da equipe médica e de enfermagem.

A rotina de trabalho para grande parte dos profissionais se mostra insatisfatória é até frustrante, pois o que vimos especificamente na realidade, é que a enfermagem cuida e não só presta ações e procedimentos, tendo sua prática centrada no cliente. O enfermeiro, na equipe multidisciplinar, é visto como mero cumpridor de tarefas, ficando muitas vezes aquém de outros profissionais no que tange a autonomia e ao conhecimento científicos, dada a falta de incentivo e sobrecarga de trabalho.

No cotidiano de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva convivemos com as angústias vivenciadas pelos pacientes, seus familiares e amigos. Nesse processo, convivemos, com a angústia dos profissionais da equipe de Enfermagem, principalmente as enfermeiras que lidam com tais situações, pois os pacientes e familiares solicitam com maior

frequência o apoio dessas profissionais.

Evidentemente, convivemos, também, com nossas próprias angústias, traduzidas nas condições concretas de trabalho oferecidas a esse grupo profissional em geral. Ao realizarmos nossas atividades profissionais em uma UTI, onde os pacientes são totalmente dependentes de cuidados, somos levadas a aprofundar nosso conhecimento e prática no ato de cuidar.

O cuidado permite ao ser humano viver a experiência fundamental do valor daquilo que o cerca, que tem importância e definitivamente conta, ou seja, o valor intrínseco de cada coisa. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define, perde sentido e morre. Assim, sem o cuidado o homem perde sua natureza humana.

Desta forma, o cuidar é mais do que um ato abrange mais que um momento de atenção e zelo representa uma atitude de ocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

Do mesmo modo, cuidar não é um ato único, nem mesmo a soma de procedimentos técnicos ou qualidades humanas. Trata-se do resultado de um processo em que se conjugam sentimentos, valores, atitudes e princípios científicos, com a finalidade de satisfazer os indivíduos nele envolvidos.

Ao longo dos anos, analisamos que ao prestar o atendimento ao paciente, o enfermeiro atua como um agente humanizador, pois o simples fato de atender a necessidade de alguém, já demonstra uma atitude humanamente correta, logo a enfermagem não tem que se humanizar, mas agir conforme a sua própria essência.

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar do Ministério da Saúde define que humanizar é resgatar a importância dos aspectos subjetivos e sociais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde, respeitando o outro como ser humano autônomo e digno assumindo uma postura ética que respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação.

Em razão disso, pesquisas em UTI indicam que o toque de familiares, enfermeiros e médicos altera o ritmo cardíaco do cliente, chegando a diminuí-lo quando os enfermeiros seguram suas mãos. Há também, dados mostrando que clientes gravemente enfermos apresentam expressões faciais positivas quando tocados de forma afetiva e não só para realização de procedimentos.

Nessa situação, foi possível perceber que um melhor prognóstico e estabilização do quadro clínico hemodinâmico do paciente só foram possíveis devido ao controle rigoroso de todos os cuidados prestados a

este cliente desde a administração de medicamentos até a realização do balanço hídrico. Os diagnósticos de enfermagem foram essenciais no auxílio de tomadas de decisão médica, o que reduziu consideravelmente os dias de internação, não apresentando complicações durante o período de internação hospitalar deste cliente na UTI.

DISCUSSÃO

Dentro de uma equipe multidisciplinar cada profissional deve desempenhar sua atividade com excelência e em conjunto com o restante para que o sucesso de um seja o sucesso de todos e que o protagonista que é o cliente, obtenha o sucesso esperado.

A assistência de enfermagem no pós-operatório imediato é de fundamental importância dentro do contexto do atendimento multidisciplinar ao paciente grave. Evidentemente, além dos cuidados de enfermagem que visam promover o conforto e o bem-estar do paciente, o profissional nesta unidade deve ter amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato cirúrgico, estando apto a detectar precocemente alterações que possam comprometer a evolução deste, comunicando e discutindo o quadro clínico com a equipe multidisciplinar, para que ações imediatas possam ser tomadas.

A equipe de enfermagem detém a maior porcentagem de responsabilidade nesse sentido devido a sua constância e proximidade junto ao paciente e família tendo que estar apto para prestar uma boa assistência não esquecendo de que sua interação e comunicação com o restante de equipe é essencial para um cuidado de qualidade. Visando a uma assistência especializada, é necessário considerar os riscos cirúrgicos anestésicos e individuais do paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a percepção dos cuidados aos idosos pós-cirúrgico de nefrectomia com relação à assistência prestada pela UTI do Hospital Universitário Getúlio Vargas, pela equipe de enfermagem é de satisfação, isso nos leva a inferir que a percepção do cliente em relação à sua expectativa sobre o atendimento da equipe de enfermagem foi alcançada. Os idosos afirmam serem bem atendidos numa atividade complexa que necessita de um esforço tanto do idoso como da instituição que o acolhe,

sendo necessário estar atento ao processo adaptativo e às necessidades humanas destes, só foram possíveis devido aos cuidados intensivos com a humanização da assistência, o que diminui consideravelmente os dias de internação, envolvendo a participação do paciente no seu cuidado.

A falta de atividades de apoio aos cuidadores de idosos e a falta de capacitação e educação continuada dos profissionais são fatos que interferem diretamente na qualidade de vida dos idosos.

Os cuidados para uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, expectativa de vida ativa, independência funcional e autonomia máxima possível, sendo necessária educação permanente de profissionais, aprimoramento de processos e procedimentos e acompanhamento do idoso e sua família.

Os erros passam a ser considerados oportunidades para melhoria da qualidade por meio da análise das não conformidades e de suas causas, e pelo estabelecimento de ações corretivas e preventivas, visando a qualidade do bem ou do serviço com redução de custo, um processo que permite ganhos progressivos de qualidade.

PROPOSTA

Diante dessas expectativas no mesmo momento em que, imprescindível reconhecer a necessidade de que as ações médicas ou cirúrgicas devem ser, uniformemente, adaptadas às alterações fisiológicas do idoso para poder minimizar a morbidade e mortalidade, mormente no período pós-operatório, eminentemente a estes, cujo maior fator de risco embora seja ainda a própria idade. Destarte considerando que o envelhecimento é a perda gradativa das funções orgânicas, independentes das causas das ações e de seus caracteres biológicos.

Em vista disso, as características fisiológicas alteradas com a idade, em termos de hora de sono, atividade física, ciclo hormonal, metabolismo, função cerebral, função cardíaca, capacidade pulmonar, fadiga, depressão, delírio pós-operatório, reação metabólica, são apenas alguns dos aspectos de destaque que poderiam ser considerados para o desenvolvimento de programas e protocolos que orientassem aos médicos e cirurgiões métodos de suporte perioperatório, período que decorre desde a preparação da cirurgia até ao regresso do paciente à vida normal após a cirurgia a estes pacientes. Superestimando a capacidade do paciente cirúrgico idoso em reagir ao estresse do trauma operatório avolumam-se as iatrogenias que, ao lado das doenças da senectude e da diminuída reserva orgânica, contribuem para morbidade e mortalidade registradas no perioperatório do idoso.

Em vista disso, não é recente a preocupação com o reconhecimento e a correção dos erros com a necessidade de renovação do conhecimento e de melhoria contínua da qualidade de vida no âmbito da saúde destes pacientes idosos que nessas circunstâncias depende da compreensão dos fatores específicos do envelhecimento relacionados a cirurgia por parte da enfermeira que o assiste e conduz a equipe de enfermagem ao cuidado como um todo.

É indispensável a criação e programas compostos por equipes multidisciplinares, destinados a obter melhores resultados na internação e no acompanhamento de idosos fora do ambiente hospitalar, que identifiquem com precisão os problemas, que possa atuar de maneira efetiva nas relações entre idosos, cuidadores e a família, no sentido de integrar todos os envolvidos para a promoção do cuidado, de modo integral e apropriado às necessidades dos idosos hospitalizados em situação cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 2712 de 12 de nov. de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/saudelegis/gm2013/pnt2712_12_11_2013.html>.
2. Mariano PL. Referência rápida em UTI. São Paulo: Artmed; 2010.
3. Filho ETC, Netto MP. Geriatria. Fundamentos. Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2005.
4. Gonçalves LHT, Tourinho FSV. Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado. São Paulo: Manole; 2012.
5. Jeronimo RAS. Técnicas de UTI. 2ª Ed. São Paulo: Rideel; 2011.
6. Stacy KM et al. Cuidados Intensivos De Enfermagem. 6ª Ed. Elsevier; 2013.
7. Morton PG. Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística. 9ª Ed. Guanabara Koogan; 2011.
8. Silva M. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva e assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000.
9. Cançado FAX et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
10. Orlando JMC. UTI muito além da técnica: a humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu; 2002.

Resumo simples publicado nos Anais do 2º Congresso Amazônico de Enfermagem, 2016; premiado em 1º lugar no Eixo submetido. Título: Uma nova abordagem de cuidados intensivos ao idoso pós-cirúrgico tardio em cirurgia renal: uma experiência observacional.

DOENÇA VASCULAR CEREBRAL: IMPACTO DA CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTES IDOSOS ACAMADOS

MORTÁGUA, Andrea Rebouças¹; RIBEIRO, Euler Esteves²; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar³; OZORES, Juliana Maria Brandão⁴; PRAIA, Raquel de Souza⁵; MESQUITA, Priscila Lyra⁶; NETA, Inez Siqueira Santiago⁷; NASCIMENTO, Priscilla H.S.⁸; ANDRADE, Nadja Maria Almeida Silva Andrade⁹; ONETI, Ciro Félix¹⁰

¹Fisioterapeuta Funcional do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), especialista em Neurofuncional.

²Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).

³Co-orientadora do projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), médica, doutorado em Ciências da Atividade Física e Desporte.

⁴Chefe da equipe multidisciplinar do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), médica especialista em Ginecologista e Obstetrícia.

⁵Enfermeira especialista; doutoranda em Saúde Pública, Uces/Buenos Aires; Coordenadora do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA).

⁶Educadora Física, Secretaria de Educação do Estado de São Paulo; Técnico de pesquisa no Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA).

⁷Técnica de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM).

⁸ Assistente Social; técnica de pesquisa do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA); especialista em Assistência e Família.

⁹ Enfermeira, atuando na SESAB-NRSSul/Jequié.

¹⁰Tecnico de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM).

Correspondência para:

UNATI – UEA – Universidade Aberta da Terceira Idade
Av. Brasil, s/n Compensa. CEP: 69000-000 Manaus/AM.
Email: andrea_mortagua@hotmail.com

RESUMO

A população brasileira vem sofrendo modificações nas últimas décadas, no que se refere ao aumento de idosos e das patologias crônico-degenerativas, resultando no aumento da expectativa de vida, com isso, as doenças neurológicas como a doença vascular cerebral (DVC), é considerada a segunda causa de morte nos países desenvolvidos entre idosos. A fisioterapia tem um papel importante na recuperação destes indivíduos, através de tratamentos individualizados e eficazes. Objetivo: O presente estudo teve como objetivo analisar o impacto e os benefícios da cinesioterapia domiciliar de pacientes idosos acamados com sequelas causadas por DVC. Metodologia: Foi realizada pesquisa através da revisão de literatura científica e obras literárias sobre o tema proposto e busca de artigos na internet. Resultado: A cinesioterapia mostrou ser uma excelente ferramenta no tratamento das sequelas causadas por DVC e deve fazer parte do protocolo fisioterapêutico, pois apresentou resultados satisfatórios, principalmente associados a outros recursos. Conclusão: A doença vascular cerebral é uma patologia que merece toda atenção, devido apresentar ao idoso acometido, sequelas inúmeras, desta forma se faz necessário à fisioterapia, com a cinesioterapia promovendo maior mobilidade.

Descritores: Doença Vascular cerebral; Fisioterapia; Terceira Idade.

ABSTRACT

The Brazilian population has undergone changes in recent decades, with regard to the increase of elderly and chronic degenerative diseases; resulting in increased life expectancy, therefore, neurological diseases such as cerebral vascular disease (CVD) is considered the second cause of death in developed countries the elderly. Physical therapy plays an important role in recovery of individuals with personalized and effective treatment. Objective: This study aimed to analyze the impact and benefits of home kinesiotherapy bedridden elderly patients with sequelae caused by DVC. Methodology: Research was carried out through the scientific literature review and literary works on the theme and search for articles on the internet. Result: Kinesiotherapy proved to be an excellent tool in the treatment of the sequelae caused by CVD and should be part of the physical therapy protocol, because it showed satisfactory results, mainly

associated with other resources. Conclusion: Cerebrovascular disease is a condition that deserves attention due to present to the elderly affected numerous sequels, so it is necessary to physiotherapy, with kinesiotherapy promoting greater mobility.

Keywords: cerebral vascular disease; Physiotherapy; Third Age.

INTRODUÇÃO

Devido crescimento considerável de idosos até 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar entre os países com a maior população de longevos, demonstrando um aumento da expectativa de vida significativa, como resultante as patologias decorrentes da idade, entre elas as principais são a crônico-degenerativas, demências e as sequelas do (DVC), levando a possibilidade do aumento da incapacidade no idoso¹.

A doença vascular cerebral (DVC) popularmente conhecida como derrame é uma patologia que promove ausência da atividade neurológica causando suspensão do fluxo sanguíneo para o encéfalo, conseqüentemente sequelas futuras serão inevitáveis podendo apresentar incapacidades permanentes e irreversíveis principalmente, quando se refere a idosos onde a patologia é prevalente².

O paciente idoso que regressa ao lar, após internação hospitalar, devido sofrer (DVC) pode apresentar resquícios físicos e emocionais, que pode prejudicar a sua eficácia funcional, entre outros aspectos da vida como sociais e econômicos, independência e autossuficiência, tornando a família a principal responsável pelo auxílio e atenção a esses idosos³.

Os familiares, por sua vez, não possuem uma formação adequada para cuidar de um paciente com sequelas, que exigirá um grande esforço e stress, possibilitando inúmeras condições de risco tanto para o paciente quanto para o familiar. As condições de perigo são estendidas a cuidadores informais e indivíduos da comunidade, quando o familiar não tem disponibilidade de assumir a responsabilidade⁴.

O profissional fisioterapeuta vem aos poucos sendo inserido na Equipe de Saúde da Família (ESF), tendo um papel relevante por se tratar em garantir de maneira efetiva a conservação e aprimoração da função no idoso, supondo que com a composição do fisioterapeuta na equipe venha contribuir ao maior acesso dos indivíduos longevos, devido habilidades e aplicações de recursos que os envolva na ação de saúde⁵.

A cinesioterapia entre vários outros recursos utilizados pelos fisioterapeutas é uma técnica única, possível de ser empregada na

população menos favorecida, devido seu baixo custo financeiro, podendo ser realizado na residência do paciente sequelado, devido sua dificuldade de locomoção e limitações físicas⁶.

Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar a cinesioterapia como forma de tratamento fisioterapêutico e o impacto a idosos acamados portadores de doença vascular cerebral (DVC).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. Inserção da fisioterapia na saúde domiciliar

O Ministério da Saúde entre vários conjuntos de ações tomadas em função da promoção da saúde, prevenção de danos, e em busca do melhor tratamento e a reabilitação do indivíduo, criou o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1991, tendo como sua primeira formulação agente comunitários, responsável pela reorientação da saúde da população, além de atendimento domiciliar⁷.

O Ministério da Saúde, a partir de 2005, com intuito de propiciar o aumento da atenção a Saúde da Família, através da portaria nº 1065/GM, criou núcleos possibilitando ampliação completa na saúde da família com propósito de aumentar à integralidade e a resolubilidade na atenção básica da saúde. O artigo 7º da relatada portaria determinou vários profissionais, entre eles os fisioterapeutas responsáveis pela reabilitação⁸.

O Fisioterapeuta tem sua formação universitária voltada para prática médica e atuação com amplas possibilidades, entre elas destacamos a reabilitação das funções motoras e conhecimento sobre o movimento do corpo humano. Introduzido no PSF a fisioterapia tem a finalidade de favorecer a qualidade de vida do cidadão, em todas as fases de sua vida contendo a plenitude do movimento como fundamento e manifestação desta, estendendo seu atendimento á domicílio quando o paciente apresenta algum tipo de limitação, principalmente acamados, por meio da cinesioterapia, recursos físicos e naturais⁹.

2. Análises sobre o idoso

O número de idosos no decorrer dos anos vem crescendo em grande proporção, mundialmente, levando-o a relacionar este fato a alguns fatores envolvidos, como os baixos números de nascimentos e o prolongamento na expectativa de vida. O cidadão idoso sofre perante

as grandes modificações que a sociedade atual apresenta. Mudanças referentes a avanços nas áreas tecnológicas, rapidez dos meios de comunicação e as condições econômicas desfavoráveis, exigindo habilidades do idoso incomuns para sua idade, resultando em variados problemas sociais¹⁰.

Apesar do empenho empregado para assegurar uma velhice ativa e saudável, o envelhecimento traz aos indivíduos certa fragilidade, nesta etapa da vida. A maioria das patologias que afetam o idoso acarretam fatores emocionais, de dependência e de insegurança, propiciando consequências psíquicas inevitáveis como apreensão, angústia, medo, alta imagem modificada e diferentes níveis de dependência¹¹.

Segundo o Estatuto do Idoso através da lei nº10. 741, de 1º outubro de 2003, art.15 é garantida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), atenção integral a saúde, universal e igualitário, prevenindo, promovendo e garantindo a manutenção principalmente das doenças exclusivas dos idosos¹².

A família dependendo da patologia não possui formação adequada no cuidado a este indivíduo longevo, tendo a sobrecarga como consequência, dependendo da extensão do problema, alguns idosos são tratados com violência e negligência. Por isso, apesar de algumas leis e a sociedade afirmarem como sendo, a família, a melhor opção, devido a questões (econômicas, éticas e morais), não se consegue assegurar que o idoso será tratado com o devido cuidado humanizado, pois necessitam de profissionais específicos na área da saúde, para que os familiares não utilizem da improvisação, acarretando maiores prejuízos à saúde deste idoso¹³.

3. Diagnósticos do (DVC)

É necessário um histórico detalhado e preciso, obtendo algumas informações sobre o perfil do tempo da patologia e as manifestações eventuais do paciente ou familiar dependendo do estado de inconsciência ou comunicação dificultada. O início do padrão e a trajetória dos sintomas da patologia é muito importante. É sugestivo de hemorragia cerebral quando o paciente no seu início apresentar coma. Quando a manifestação apresentar dores de cabeça é normal evoluir para perda de consciência. Rápido também e apresentação do embolo, costuma aparecer sem aviso prévio, por vezes associados a doenças cardíacas ou suas complicações. No entanto a trombose apresenta um início irregular e variável. A investigação deve ser minuciosa e o histórico do paciente sobre sua vida pgressa completa.

A avaliação médica da parte física do paciente inclui exame

neurológico e exame médico geral, como sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória), alguns eventos podem ser observados determinando o local da lesão, as comparações entre ambos os lados identificará o lado lesionado, quando os sinais forem manifestados bilateralmente é sugestivo de lesão do tronco encefálico ou envolvimento cerebral em grandes proporções⁸.

4. A doença vascular cerebral (DVC)

A doença vascular cerebral é a ausência abrupta da função neurológica causada pela obstrução parcial ou total do curso sanguíneo para o encéfalo. Quando este fluxo é interrompido as células do cérebro sofrem com a falta de oxigênio por alguns minutos, acarretando a eliminação da célula e como consequência o infarto cerebral. Dependendo da localização do cérebro afetado, os sintomas variam no que se refere ao tamanho da lesão, se parcial ou total e o quanto de circulação a no local¹⁴.

Alguns fatores caracterizam o (DVC), entre eles, podemos citar o doença vascular isquêmico (DVI), sendo considerado o tipo mais comum, atingindo cerca de 80% dos cidadãos com DVC; acontece quando o fluxo sanguíneo e interrompido devido obstrução por coágulo, impedindo o encéfalo de receber oxigênio e nutrientes essenciais. A doença vascular hemorrágico (DVH) é responsável por extravasamento de sangue internamente ou em torno do encéfalo, em consequência a rompimento dos vasos¹⁵.

No (DVC) também são observados déficits clínicos e neurológicos, comprometendo funções do sentido e causando mudanças nos níveis de consciência, além da cognição, motricidade, linguagem e percepção. O tempo é muito importante para constatação do (DVC), devendo persistir por pelo menos 24 horas os déficits focais. Os déficits motores são responsáveis por apresentar paralisia (hemiplegia) ou fraqueza (hemiparesia), especificamente no lado do corpo ao contrário ao local lesionado².

4.1 Epidemiologia

Mundialmente, o (DVC) é considerado responsável pela segunda causa de morte. Prevalecendo em adultos a partir dos 50 anos e idosos. No Brasil este índice apresenta mudança nos últimos dez anos, tendo como, as doenças crônicas as principais causas de morte. Entre estas doenças podemos citar o (DVC), motivo pelo qual, as internações e mortalidade são prevalentes, apresentando sequelas na maioria dos

pacientes, podendo ser parcial ou total¹⁴.

Mediante dados de domínio público do Sistema Único de Saúde, ocorreram 160.629 internações referente a patologias cerebrovasculares. Obtendo o índice de mortalidade, precisamente de 51,8 a cada grupo de 100.000 habitantes. Acima dos 80 anos o grupo apresentou aproximadamente 35% dos 99.174 óbitos¹⁶.

4.2 Fatores de risco causados pela DVC

Os fatores de risco podem ser determinados através do meio pelo o qual é facilitada a ocorrência de alguma doença. Entre os fatores de risco podemos relacionar a forma de vida e o comportamento que mudam ao longo do tempo¹³. Para que se possa avaliar a possibilidade de intervenção é necessário levar em consideração os fatores modificáveis, pois estes podem ser minimizados ou abolidos e os não modificáveis, quando a possibilidade de intervenção ou diminuição é nula¹⁷.

Algumas patologias são descritas, como sendo primordiais causas de risco modificáveis para o DVC, entre eles podemos citar o colesterol, a hipertensão arterial, doença cardíaca, diabete mellitos, obesidade, tabagismo, má alimentação, sedentarismo, uso excessivo de bebidas alcoólicas e a algum histórico na família de doenças vascular anterior¹³. Entre os fatores não modificáveis levaremos em conta a idade onde é verificada maior incidência, por volta dos 60 anos, mudando ao longo do tempo, a cada década, além da hereditariedade, etnia e sexo, caracterizando o sexo masculino e a etnia negra como sendo os de maiores incidências a apresentar o DVC¹⁸.

4.3 Comprometimentos causados pela imobilidade após DVC

Os comprometimentos resultantes de um (DVC) são variados, entre eles podemos citar os déficits motores e sensitivos, apresentando algum dano à parte física do indivíduo, além de déficits nas funções cognitivas, emocionais e perceptivas¹⁹. As consequências trazem aos acometidos um modo de vida sedentária e limites ao executar tarefas da vida diária, favorecendo baixa autoestima, estresse, reclusão e no declínio físico²⁰.

A imobilidade é outra resultante do (DVC), o indivíduo fica estrito ao leito por muito tempo, gerando consequências, muitas vezes, irreversíveis tanto ao sistema orgânico como ao sistema motor, tornando a função limitada, dificultando a mudança, o posicionamento, deslocamento no

leito, comprometendo as AVDs, limitando a flexibilidade, modificando o padrão de marcha e aumenta a probabilidade da formação de úlceras por pressão²¹.

O tempo é primordial para o retorno do indivíduo a sua condição anterior, quanto maior o período no leito diminui a possibilidade deste retorno rápido, aumentando as consequências negativas, deixando o corpo despreparado para a volta ao seu estado normal. Dependendo das sequelas, em algumas situações, a imobilidade não tem como ser evitada, no entanto, alguns de seus efeitos danosos podem ser reduzidos, por meio de recursos utilizados nas intervenções Fisioterapêuticas²².

5. O uso da cinesioterapia como intervenção fisioterapêutica

A cinesioterapia pode ser definida como o estudo do movimento ou uso deste movimento através de exercícios, utilizados como forma de tratamento, prevenido implicações motoras, restaurando e reforçando a função física, possibilitando a redução dos fatores de risco relativos à saúde e a manutenção do bem estar. É necessário verificar e avaliar o limite ou incapacidade do indivíduo, para que as técnicas da cinesioterapia sejam corretamente aplicadas⁶.

Quando um paciente apresenta sequelas maiores, resultando em imobilidade após quadro de (DVC), sua reabilitação é necessária, devido fazer com que este indivíduo retorne o mais breve possível a utilizar sua total capacidade, resgatando a vida anterior, aprendendo lidar com a nova realidade. É necessário planejar um tratamento adequado, para que o indivíduo mantenha ou evolua aumentando seu grau de autonomia²¹.

O conhecimento das etapas de recuperação motora é primordial, e depende de alguns fatores, que foram divididos em seis etapas: a primeira etapa tem início com a flacidez, dificultando movimentos padrões dos membros. Na segunda etapa pode ser observado a recuperação dos membros, através de sinergias básicas e outros componentes associados, podendo apresentar pequenos movimentos voluntários, início do desenvolvimento da espasticidade. A terceira etapa apresenta ganho do controle voluntário, podendo não desenvolver completamente a sinergia, com a espasticidade aumentada. Na quarta etapa os movimentos combinados que não obedecem às vias de sinergia são controladas, no início apresenta dificuldades, logo após mais facilmente, com isso diminuição da espasticidade. A quinta etapa será observado o avanço dos movimentos, dificultando as combinações caso necessário. Nesta sexta etapa o movimento é possível devido a espasticidade desaparecer, fase

motora restaurada, no entanto a recuperação poderá atingir qualquer um dos estagios⁸.

Os exercícios fisioterapêuticos podem ser utilizados por meio de ações de exercício passivo, sendo o fisioterapeuta que realiza o movimento, sem ajuda do paciente; ativo-assistido, neste o paciente realiza o movimento, com auxílio do fisioterapeuta; e o ativo, o paciente realiza o movimento, porém, sobre observação do fisioterapeuta, que poderá utilizar ou não resistência. O exercício ativo ocorre através de alguns tipos de contração muscular, sendo elas, isométrica, isotônica concêntrica e excêntrica²³.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura. A pesquisa foi realizada segundo análise de livros a partir do ano de 2005 e artigos científicos a partir de 2000 a 2012, realizado no período de março de 2015 a maio de 2016, utilizando banco de dados como Scielo e Fisioterapia em Movimento, com os seguintes descritores, acidente vascular encefálico, cinesioterapia e idoso, abordando assuntos sobre fatores de risco, epidemiologia e comprometimentos da imobilidade após ave e artigos diretamente ligados ao tema proposto e finalizado, excluindo artigos que não apresentavam consistência científica.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Devido a doença vascular cerebral (DVC) ser constante na população, seu estudo é considerável, alguns autores pesquisados propõem condutas similares, porém, levando em consideração os estágios sequencias da recuperação motora, no início da conduta é necessário verificar o posicionamento do paciente no leito, seguindo com mobilização articular, técnicas de alongamento, fortalecimento muscular, treino de marcha, exercícios para melhorar a coordenação motora e equilíbrio²⁴. Através de algumas literaturas consultadas, verificou que a fisioterapia através da cinesioterapia relacionada a outras atividades funcionais dos membros afetados, como o membro superior e inferior, houve progresso em relação ao desempenho motor, no paciente apresentando hemiparesia, como também no fortalecimento e melhora

funcional, condicionamento da motricidade e equilíbrio²⁵.

A cinesioterapia é primordial para um bom restabelecimento funcional, principalmente aos pacientes que apresentam sequelas motoras após DVC, quando estes exercícios terapêuticos são realizados nesta etapa, propõem-se em garantir a preservação da integridade e a motricidade articular, promove a melhoria do controle de tronco e equilíbrio, restabelece a consciência em relação ao lado hemiplégico, promovendo o aumento da força, independência funcional, sensação de bem estar, melhora da coordenação e função motora do paciente².

Existem várias discussões a respeito de qual intervenção fisioterapêutica será mais adequado para a melhoria da funcionalidade ou fortalecimento dos portadores da doença vascular cerebral (DVC)²⁶.

Os procedimentos adotados pela fisioterapia domiciliar, através da cinesioterapia, está diretamente relacionada à recuperação da função motora e atividades da vida diária de um paciente restrito ao leito por doença crônica, é essencial a mudança de decúbito para a prevenção de úlceras por pressão, tendo o cuidado de orientar sobre o uso de coxins, observar e trabalhar durante o tratamento o posicionamento do paciente no leito, promover o fortalecimento muscular, trabalhando alongamento, a postura, dissociação de cintura, coordenação, equilíbrio e transferências para cadeira, no leito e ostostatismo²². A fisioterapia utilizando métodos cinesioterapêuticos e orientações à família e ao paciente foi satisfatória, além de promover grande impacto no que se refere à motricidade. No entanto, existem alguns que manifestam a preferência por outros tratamentos.

CONCLUSÃO

Baseado em alguns artigos e livros estudados, conclui-se que o fisioterapeuta através do atendimento domiciliar utilizando a cinesioterapia como tratamento, é eficiente resultado no aumento de força, melhora da ADM, autonomia funcional do paciente acamado. Demonstrado como um resultado necessário e essencial após o quadro de (DVC), pois impacta no futuro do indivíduo sequelado, principalmente quando este é idoso, devido apresentar maior fragilidade no âmbito referente a morbididades. O resultado foi positivo, também, por apresentar aumento da autoestima, retorno do indivíduo mais rápido ao convívio da família, retorno as suas atividades da vida diária (AVD`S), e sua reintegração social e recreativa.

REFERÊNCIAS

1. Susan G. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília/DF; 2005 Disponível: <Organizações Pan-americanas da Saúde-Opas-(OMS)>. Acesso em: 18/01/2016.
2. Sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 5. ed. São Paulo: Manole; 2010. Cap.18.
3. Marques S et al. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. Revista Latino-americano de Enfermagem, São Paulo; maio-junho 2006.
4. Fernandes BCW et al. Influência das orientações fisioterapêuticas na qualidade de vida e na sobrecarga de cuidadores. Revista Fisiol. mov., Curitiba, v. 26, n. 1; Mar. 2013.
5. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco; 2005.
6. Kisner C, Colby LA. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2005.
7. Aveiro MC et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. Revista Ciências saúde coletiva, Rio de Janeiro; 2011.
8. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nos 1065 de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Diário Oficial da União; 2005.
9. Pereira FWA et al. A inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. ANARE; 2004.
10. Zimmerman GI. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
11. Diogo MJD, Duarte YAO. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
12. Ministério da saúde, Estatuto do idoso. Distrito Federal: Editora Ministério da Saúde, 2003.
13. Caldas CP. O idoso em seu processo demencial: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra JR (org.). Antropologia, Saúde e Envelhecimento.

- Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
14. Baldin AD. Atividade física e acidente vascular cerebral. Com. ciência Campinas, n. 109; 2009.
 15. Pontes-Neto OM et al. Stroke awareness in Brazil. Stroke; 2008.
 16. Ministério da saúde/SE/DATASUS. Sistema de informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS IBGE: base demográfica.
 17. Carvalho-Filho ETD, Papaleo-Neto M. Geriatria: fundamento clínico com ciência e tratamento. 2. ed. São Paulo: Artheneu, 2006. Cap. 11, p. 66.
 18. Castro JAB et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. Revista Brasileira Clínica Med. São Paulo; 2009.
 19. Carr J, Shepherd R. Reabilitação Neurológica: Otimizando o Desempenho Motor. São Paulo: Manole; 2008.
 20. Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after Stroke. N Engle J Med., v.11, n.352, 2005.
 21. Farias SH, Maia-Neto WL. Atuação da fisioterapia sobre os efeitos do imobilismo no sistema osteomioarticular. Lato & Sensu, Belém, v. 9, n. 2.
 22. Boaventura LC. O papel da fisioterapia no acidente vascular cerebral. Campinas, n.109; 2009. 23. Piassaroli CAD et al. Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC Isquêmico. Revista Neurociências. São Paulo; 2011.
 24. Miranda VMD, Eyken EB. O Fisioterapia na orientação do cuidador: o protagonista nos cuidados de um paciente pós-acidente vascular cerebral. Revista Estação científica. Juiz de Fora, ed. especial, n.01; 2012.
 25. Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: Conduta de atenção primária baseada em evidências. 4^ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 26. Nishida AP et al. Índice de Barthel e do estado funcional de pacientes pós-acidente vascular cerebral em programa de fisioterapia. Salusvita, Bauru, v.23, n.3; 2004.

O PERFIL DO ENFERMEIRO FRENTE A MULTIDISCIPLINARIDADE EM ONCOGERIATRIA

ONETI, Ciro Félix¹; PRAIA, Raquel de Souza²; NETA, Inez Siqueira Santiago³; MORTÁGUA, Andréa Rebouças⁴; COSTA, Michelle Silva⁵; RIBEIRO, Euler Esteves⁶; RIBEIRO, Ednéa Aguiar Maia⁷; OZORES, Juliana Maria Brandão⁸; MESQUITA, Priscila Lyra⁹; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C.¹⁰

- 1 Acadêmico de Enfermagem da EEM/UFAM; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.
- 2 Enfermeira especialista, doutoranda em Saúde Pública UCES/Argentina.
- 3 Acadêmica de Enfermagem da EEM/UFAM; Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA.
- 4 Fisioterapeuta do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), especialista em Neurofuncional.
- 5 Assistente Social do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Especialista em Política Pública de Atenção a Família.
- 6 Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).
- 7 Co-orientadora do projeto Saúde em Casa UNATI/UEA, médica, doutorado em Ciências da Atividade Física e Desporte.
- 8 Chefe da equipe multidisciplinar do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), médica ginecologista/obstetrícia.
- 9 Auxiliar de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; educadora Física, Secretaria de Educação do Estado de São Paulo.
- 10 Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Paulista (UNIP/AM); integrante do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; Téc. Enfermagem da EBSERH/HUGV-AM.

Correspondência para:
UNATI – UEA – Universidade Aberta da Terceira Idade
Av. Brasil, s/n Compensa. CEP: 69000-000 Manaus/AM.
E-mail: ciro_felix@hotmail.com

RESUMO

Alterações marcantes no perfil da sociedade requerem alterações no Sistema Único de Saúde para garantir um serviço mais adequado aos requisitos da população, inclusive os idosos portadores de neoplasias. Este artigo tem por objetivo elucidar a importância do profissional de enfermagem dentro da equipe multidisciplinar. O estudo foi composto através de uma revisão bibliográfica. Resultados: Com a criação da estratégia de atendimentos através das equipes multidisciplinares, o paciente passou a ser mais beneficiado por receber uma assistência integral, holística, e muitas vezes, em seu próprio domicílio. Discussão: Dentro desta equipe, o enfermeiro desempenha atividades indispensáveis para obter o sucesso do tratamento. Em sua posição de alta proximidade com o paciente e a família ele se torna apto para fornecer uma boa assistência pautada em confiança e abrangência de todos os aspectos necessários para o cuidado de qualidade com o apoio dos outros profissionais de saúde que compõem a equipe.

ABSTRACT

Important changes in the society's profile request changes in the Health Unique System, (SUS in Portuguese), to ensure a service more adequate at the population's needs, including the old people with cancer. This article have the objective of explain the importance of the nurses professionals inside the multidisciplinary team. This report was created through a bibliographic revision. Results: with the creation of the strategy of care through multidisciplinary team, the patient is receiving an integral assistance, holistic, and often, in his house. Discussion: inside this team, the nurse realize important activities to promote a successful treatment. In his position of proximity with the patient and the patient's family, the nurse became ready to give a good assistance guided by trust and coverage of all aspects required for the care full of quality, with others health professionals in the team.

INTRODUÇÃO

Em um país onde as políticas sociais estão cada vez mais aprofundadas nas necessidades de seus indivíduos, percebe-se que as mesmas adquirem mais competência para se ajustar às necessidades dos usuários e potencialidades dos prestadores de cuidados. O público receptor reconhece estas mudanças como positivas e deseja vê-las ampliadas para que estejam recebendo a assistência mais eficiente possível. Tais mudanças propiciam avanços no atendimento humanizado e holístico ao público em geral, inclusive ao usuário idosos portador de patologia oncológica¹.

Felizmente, a prática da multidisciplinaridade está cada vez mais presente no serviço disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, o SUS, para a população brasileira, sendo que o ideal é propiciar a todos os cidadãos o acesso a este serviço. Uma equipe composta por médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, nutricionista, educador físico e assistente social está cada vez mais acessível ao paciente². E também há, em certos casos, a visita, consulta e acompanhamento domiciliar, o que é muito frequente em casos como o de pacientes que requerem cuidados paliativos³.

A multidisciplinaridade em Saúde Coletiva é bastante desenvolvida e pode incluir mais profissionais do que os das categorias acima citadas. Pode abranger até mesmo a economia, direito, sociologia, etc. tamanho esforço conjunto resulta em grandes avanços na qualidade da assistência. Diversos pontos de vista convergem no intuito de trazer ganhos reais em padrões de cuidados para todos¹.

O envelhecimento é consequência natural da vida e ao mesmo tempo uma preocupação da humanidade há muitos milênios. A possibilidade de ser funcionalmente incapacitado tem causado grande angústia aos seres humanos. Contudo, a partir do século XX ocorreram avanços no campo da gerontologia e geriatria voltados a pacientes oncogeriátricos, um público que segundo as estatísticas tem crescido bastante, inclusive no Brasil, e que requer uma atenção diferenciada⁴.

O enfermeiro pode encontrar apoio para estabelecer suas competências no exercício de suas funções no âmbito da gerontologia. Embasando-se nas teorias do envelhecimento fica mais viável a elaboração de diagnósticos de enfermagem que melhor se adequem às demandas apresentadas pelo paciente⁴.

O enfermeiro desempenha um grande papel dentro da estratégia multidisciplinar do cuidado para com o idoso, pois é ele quem mais dedica atenção ao paciente. E age com o intuito de proporcionar ao ser humano um estado biopsicosocioespíritual que favoreça a ação terapêutica natural endógena em parceria com os recursos tecnológicos. Sua proximidade representa um suporte essencial ao paciente e também proporciona o fornecimento de informações uteis aos demais membros da equipe de cuidado, tendo em vista que suas articulações funcionam de maneira eficiente.

Objetivos

1. Contribuir com a geração e divulgação do conhecimento em saúde acerca do cuidado ao paciente oncogeriátrico, evidenciando e salientando a importância de uma equipe de saúde com amplitude profissional, em especial, o enfermeiro, que tem um papel de destaque.
2. Refletir sobre o quanto esta organização coletiva de profissionais influencia positivamente sobre a prevenção, manutenção ou recuperação da saúde do indivíduo. Tudo isto é possível por causa da mescla de saberes, conhecimentos, percepções e experiências que são pertinentes a cada uma das profissões do ramo da saúde.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão bibliográfica, selecionou-se material relacionado ao desenvolvimento do trabalho do enfermeiro junto ao paciente oncogeriátrico, ampliando informações, mobilizando recursos na perspectiva de garantir direito, qualidade e humanização do atendimento.

RESULTADOS

1. Conceituando os termos

Existem termos que reforçam a ideia de adição e interação – multi, trans, inter e pluridisciplinaridade – fortalecendo o fenômeno de agregação de diferentes áreas do saber. Os termos multi e pluri demonstram a visão multiangular de um mesmo alvo e referem-se a duas ou mais

disciplinas que estejam trabalhando em coesão. Neste tipo de associação as disciplinas não têm a necessidade de modificar de forma extrema a sua maneira de compreender os fatos. Portanto a pluridisciplinaridade existe há muito tempo, já que os estudos e as práticas dependem de variados conhecimentos. A trans e a interdisciplinaridade envolvem uma intercomunicação tão intensa que acaba afetando os conceitos mais centrais e específicos de cada disciplina para que a visão do fato analisado seja uniformizada por diversos profissionais⁵.

Demos maior destaque neste estudo para a estratégia de trabalho multi/pluridisciplinar do enfermeiro que o insere no contato com outros profissionais e ao longo do texto serão apresentadas as inúmeras vantagens dessa formação agregadora de conhecimentos, porém sem interposições ou modificações de características intrínsecas das diferentes disciplinas que compõe o quadro de assistência em saúde para a população brasileira. A trans/interdisciplinaridade também tem seus pontos positivos, mas não será abordada neste trabalho.

2. O posicionamento do enfermeiro

Por ser uma profissão histórica e socialmente determinada, que atua em variadas questões da expressão social, a enfermagem desenvolve sua intervenção pautado no código de ética da profissão e em consonância com os princípios do SUS para aprimorar a atenção em saúde em todos os seus níveis⁶.

O enfermeiro vem há muito tempo empenhando-se na tentativa de fornecer o melhor atendimento possível aos seus pacientes/clientes. A articulação do mesmo com outras categorias profissionais foi algo excelente e muito útil que veio para permitir um avanço na amplitude da prestação de cuidados aos enfermos que recorrem aos serviços de cuidados do SUS. Apesar de ainda não ser um objetivo fácil de se alcançar, a experiência prática permite a coleta de dados junto à comunidade, sendo esta uma brilhante estratégia formadora de feedback que visa assegurar uma melhoria contínua para a comunidade. Ocorre também uma ampliação da consciência do trabalho conjunto entre várias vertentes profissionais da saúde, que mutuamente se tornam conscientes da importância que possuem e passam então a se articular cada vez mais harmonicamente em torno de seu objetivo de promoção da saúde em sua comunidade⁷.

Os enfermeiros são, dentre os membros da equipe multidisciplinar, os profissionais que estão mais próximos dos pacientes e de seus

familiares. Portanto são os que mais conhecem sobre suas expectativas e dificuldades, além de estar em uma posição mais facilitadora para fornecer todo o suporte emocional e informações que sejam requisitadas. Infelizmente nem sempre o enfermeiro está apto a enfrentar situações emocionalmente desgastantes como o cuidado ao paciente oncológico, alguns destes podendo apenas ser receptores de cuidados paliativos. Tal situação reforça a importância de estar envolvido em um contexto de prestação de cuidados conjunto, pois possibilita o diálogo e outras estratégias que possam atenuar o sofrimento psicológico experimentado em circunstâncias que envolvem o cuidado ao paciente de poucas possibilidades terapêuticas, muito comum na geriatria⁷.

3. Atuação dentro da equipe multidisciplinar

A equipe multiprofissional realiza em seus pacientes uma ampla análise durante o exame. O idoso portador de câncer passa por avaliações que contemplam aspectos como: nutrição, polifármacia, comorbidades, nível sócio-econômico, presença de síndromes geriátricas e a sua funcionalidade para realizar atividades. O enfermeiro pode durante a coleta da história clínica, utilizar instrumentos validados cientificamente para aferir com exatidão informações gerais sobre seu paciente idoso oncológico².

Ao avaliar a funcionalidade do idoso, podem ser empregadas as escalas de Lawton, para as atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e a escala de Katz, para averiguar a capacidade de desempenho das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). Examinar tais aspectos é algo que deve ocorrer em consonância com o respeito à autodeterminação da pessoa idosa em se submeter ou não a qualquer tipo de tratamento oncológico².

A ocorrência de comorbidades não é uma regra, mas está bastante associada com o envelhecimento, sendo comum encontrar pessoas acima dos 65 anos de idade portando duas ou mais patologias crônicas simultaneamente. Para este aspecto a equipe multidisciplinar pode recorrer a dois instrumentos analíticos muito acurados. São eles a Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric (CIRS-G) e a Escala de Comorbidades de Charlson. A primeira avalia as disfunções em seis sistemas orgânicos (gastrointestinal, cardiorrespiratório, psiconeurológico, musculoesquelético, genitourinário e geral endocrinológico em uma escala de 0 a 4 pontos. A segunda considera a quantidade e a intensidade

das comorbidades, podendo demonstrar o risco preditivo de mortalidade em um ano².

O aspecto socioeconômico também precisa ser averiguado durante a entrevista, tendo em vista que este fator exerce uma grande influência na aderência ao tratamento. Com a idade, o declínio fisiológico também propicia uma redução na capacidade de ser um indivíduo produtivo. Ocorre a interrupção do trabalho e a transição para a aposentadoria. Alguns indivíduos em boas condições de saúde podem optar por continuar a realizar suas funções laborais durante mais alguns anos. Muitas vezes os vencimentos da aposentadoria são insuficientes para custear o tratamento e fornecer o apoio necessário para as despesas cotidianas⁸.

O item anterior também pode ser estendido para dar lugar a avaliação da espiritualidade também, que será bem mais sucedida quando houver um laço de confiança estabelecido entre o enfermeiro da equipe multidisciplinar e o paciente e sua família. Uma das formas de conduzir esta avaliação é através de perguntas diretas. Este ponto também pode se tornar um grande apoio ao tratamento pois independentemente da religião professada pelo paciente, ela fornecerá apoio e conforto para ele e sua família. Por outro lado, o enfermeiro e a equipe devem estar preparados para adaptar o tratamento a certas tradições e/ou restrições que podem existir em algumas religiões, de forma a evitar que esses fatores venham interferir no tratamento⁹.

A nutrição é outro aspecto fundamental que o enfermeiro de uma equipe multidisciplinar precisa avaliar, e os profissionais desta equipe devem estar cientes de que as alterações nutricionais no idoso não são resultado do processo normal de envelhecimento, mas sim intercorrências patológicas que não estão presentes no idoso saudável. Deve-se perceber que a redução do apetite está relacionada com alterações sensoriais, sendo o olfato e o paladar as mais determinantes para que isto ocorra. Também contribuem para isto a perda dos dentes, próteses mal ajustadas, cáries, xerostomia, doenças periodontais e etc, contribuindo para o prejuízo na mastigação. Essas debilidades fazem com que o idoso opte por excluir da dieta alimentos essenciais como verduras, frutas, carnes e legumes crus por serem estes consistentes e fibrosos¹⁰.

A função gastrointestinal fica comprometida por conta da redução da secreção gástrica, lentidão do esvaziamento gástrico, redução da capacidade intestinal de absorção de nutrientes, etc. A redução da qualidade da nutrição está relacionada a duas causas: problemas com a

ingestão alimentar e aumento das necessidades nutricionais¹⁰.

A polifármacia, – uso simultâneo de várias medicações – é outro risco a ser levado em consideração, já que causa muitos problemas de saúde. O uso de múltiplas medicações aumenta o risco de efeitos adversos, prejudica o controle da administração diária dos mesmos e aumenta o risco de quedas. Certos efeitos indesejáveis dos medicamentos podem inclusive fazer o paciente ter receios de se submeter à terapia medicamentosa. Muitos idosos tomam seus medicamentos de maneira incorreta por não entenderem as instruções para o uso e certas categorias como analgésicos, antidepressivos, miorelaxantes, sedativo-hipnóticos e anti-hipertensivos são considerados bastante perigosos quando usados inadequadamente. A atuação do enfermeiro é essencial para evitar quedas, sanar dúvidas, organizar um esquema de administração, incentivar a aderência ao tratamento, enfim, garantir o maior benefício terapêutico com a menor proporção de dano através da educação. Apesar de a polifármacia ser muitas vezes reflexo de uma prescrição inadequada, ela também pode ocorrer por conta das necessidades associadas a certos distúrbios crônicos, como a hipertensão arterial, que pode requerer vários remédios para que seu controle seja efetivo⁹.

Um ponto crucial a ser analisado pela equipe multidisciplinar e o qual o enfermeiro poderá facilmente constatar – por conta de sua proximidade ao paciente e a família – é a ocorrência de síndromes geriátricas. Este termo é um dos aspectos da Avaliação Geriátrica Ampla e contempla a investigação sobre: Demência, depressão, delírio, quedas, osteoporose, violência, incontinência, tontura, alterações visuais e auditivas, distúrbios do sono, etc. Para estas investigações também existem instrumentos de coleta de dados que foram cientificamente validados².

DISCUSSÃO

A atenção multidisciplinar infelizmente ainda não está suficientemente abrangente nem totalmente incorporada à realidade de nosso sistema de saúde. Mas apesar disso são notáveis diversos avanços que ocorreram para possibilitar uma assistência ao paciente oncogeriátrico cada vez mais holística e abrangente.

Ainda se faz necessário um incremento na literatura específica acerca deste público específico e tão negligenciado, infelizmente em alguns estudos geriátricos, o fato de ser portador de neoplasia era motivo para exclusão do

idoso de dentro da amostra do estudo². Em nossa pesquisa nos deparamos com a escassez de material publicado que contemplasse a área da assistência ao paciente idoso portador de patologia neoplásica. Faz-se necessário um aumento de pesquisas nesse ramo a fins de proporcionar mais qualidade de assistência com maior direcionamento e enfoque ao idoso, pois as alterações morfológicas, fisiológicas e moleculares pelas quais ele passou exigem um cuidado diferenciado. Com o aumento cada vez mais visível da parcela de idosos na população, as equipes multidisciplinares e os serviços de saúde deverão se adequar à eles, por isso é necessário haver mais literatura sobre este tema.

Quanto às informações disponíveis sobre a questão da multidisciplinaridade, ficou evidente que esta prática tem gerado muitos benefícios ao público e que com o passar do tempo ela será cada vez mais frequente no atendimento fornecido aos usuários e haverá cada vez mais cooperação entre os integrantes da equipe, que se tornarão mais conscientes da importância do trabalho em equipe e também conscientes do quanto o seu trabalho em equipe tem aprimorado a qualidade de vida da comunidade que recebe seus cuidados.

CONCLUSÕES

Realizar esta pesquisa demonstrou a eficácia da organização conjunta dos profissionais de saúde em uma abordagem multidisciplinar que traz inúmeras vantagens ao idoso oncológico que vai se beneficiar bastante dos cuidados oferecidos. E dentro da equipe o enfermeiro tem um papel de destaque por causa de sua proximidade com o paciente e os familiares, portanto é um grande agente de mudanças. A agregação de profissionais de distintos ramos da saúde permite poupar o tempo do paciente e permitir que ele receba uma atenção realmente holística. É um modelo indispensável para nosso atual sistema de saúde e pode ser considerado como uma experiência bem sucedida que precisa ser ampliada cada vez mais.

Como muitos pacientes, os idosos também apresentam dúvidas, inseguranças e incertezas quanto ao tratamento que recebem, e nestas circunstâncias é indispensável a presença do enfermeiro que atua esclarecendo sobre dúvidas diversas, como efeitos adversos de uma medicação e também auxiliando a organizar um esquema de como administrá-la para simplificar esta atividade. O fornecimento de apoio espiritual também é uma atividade que o enfermeiro pode desempenhar e que em geral traz resultados excelentes para tranquilizar e motivar o idoso oncogeriátrico e seus familiares diante das inseguranças e angústias.

A linguagem técnica do médico e de outros membros da equipe podem também ser um empecilho ao entendimento das etapas de uma terapia. É este mais um ponto no qual o enfermeiro pode atuar, exemplificando com comentários

simples e acessíveis tudo aquilo que o paciente necessita saber. Esta dedicação aumenta a confiança e fortalece o vínculo com a equipe multidisciplinar para a boa continuidade da assistência.

PROPOSTAS

Consideramos que há ainda grande necessidade de se explorar cientificamente a realidade do idoso portador de cânceres sendo beneficiado pela intervenção da enfermagem, pois há segundo a literatura pesquisada, escassez de estudos sobre este tema. Esperamos que o SUS esteja economicamente fortalecido para manter este projeto de cuidados que beneficia enormemente os seus usuários e que ele seja ampliado para alcançar a todos os habitantes, pois mostrou-se ser uma iniciativa excelente e bastante funcional.

REFERÊNCIAS

1. Vaitsman J et al. Análise de políticas de Saúde e a Saúde Coletiva. vol. 23, n.2. Rio de Janeiro; abr/jun 2013.
2. Giglio et al. Oncogeriatría: uma abordagem multidisciplinar. Barueri, SP: Manole; 2012
3. Garcia JBS. Structuring a palliative care service in Brazil: experience report. Revista Brasileira Anestesiologia, v.64, n.4, Campinas; jul/ag 2004.
4. Freitas et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. Revista Texto Contexto Enfermagem, v.14, n.3; jul/set 2005.
6. Hesbeen W. A reabilitação. Loures: Lusociência; 2003.
7. Shimizu HE, Guitierrez AO. Participação de Enfermeiros na Implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. Revista da Escola de Enfermagem da USP[online] v.31, n.2; 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62341997000200007>>.
8. Eliopoulos C. Enfermería Gerontológica. 8a Ed. Espanha: Wolters Kluwer Health; 2014.
9. Potter P et al. Fundamentos de enfermagem. 8a Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
10. Manso M, Biffi E. Geriatria Manual da LEPE (Liga de Estudos no Processo de Envelhecimento). São Paulo: Martinari; 2015.

O ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL PELO ASSISTENTE SOCIAL À IDOSOS ATENDIDOS PELO PROJETO SAÚDE EM CASA EM MANAUS

COSTA, Michelle Silva ¹; RIBEIRO, Euler Esteves ²; MAIA-RIBEIRO, Ednéa Aguiar ³; OZORES, Juliana Maria Brandão ⁴; PRAIA, Raquel de Souza ⁵; NETA, Inez Siqueira Santiago ⁶; MESQUITA, Priscila Lyra ⁷; NASCIMENTO, Priscilla H.S. ⁸; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia G.C. de ⁹; MORTÁGUA, Andréa Rebouças ¹⁰

¹Assistente Social do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), especialista em Políticas públicas de atenção à Família.

²Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).

³Co-orientadora do projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), médica, doutorado em Ciências da Atividade Física e Desporte.

⁴Chefe da equipe multidisciplinar do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), médica especialista em Ginecologista e Obstetria.

⁵Enfermeira especialista; doutoranda em Saúde Pública, Uces/Buenos Aires; Coordenadora do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA).

⁶Técnica de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM).

⁷Educadora Física, Secretaria de Educação do Estado de São Paulo; Técnica de pesquisa no Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA).

⁸Assistente Social; técnica de pesquisa do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA).

⁹Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Paulista (UNIP/AM); integrante do Projeto Saúde em Casa UNATI/UEA; técnica de Enfermagem da EBSEH/HUGVAM.

¹⁰Fisioterapeuta do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA), especialista em Neurofuncional.

Correspondência para:

UNATI – UEA – Universidade Aberta da Terceira Idade
Av. Brasil, s/n Compensa. CEP: 69000-000 Manaus/AM.

E-mail: assistentemichelle@gmail.com

RESUMO

Os idosos são suscetíveis à desnutrição e intoxicação alimentares, umas das prioridades na atenção à saúde destes, é o monitoramento de condições de vida e saúde, no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para uma assistência integral e qualificada. O cuidado enquanto conceito relevante para a saúde surgiu na Gerontologia para incluir o cuidado ao idoso pela família em longo prazo, porém devido a sua importância têm se difundido para diferentes domínios de atenção à saúde gerando reflexões. Objetivo deste estudo é acompanhar o estado nutricional dos idosos com mais de 70 anos, no Projeto Saúde em Casa. Trata-se de um relato de experiência das práticas assistenciais do Assistente Social, aos idosos do Projeto, realizado pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA). A coleta de dados realizou-se no período de abril-dezembro de 2015, com entrevistas domiciliares feitas na presença da Assistente Social, como parte da equipe multiprofissional. Observou-se que dentre os fatores mais expressivos à má nutrição (alto risco nutricional) encontram-se os externos, como os fatores psicossociais, tais como perda do cônjuge, incapacidade de deslocamento, mudanças ocorridas na alimentação, relacionados a doença (demência, depressão e oncológico) os efeitos farmacológicos, contribuindo para a ingestão inadequada de alimentos. O cuidador era incluído pela equipe multiprofissional no planejamento da assistência a esses idosos. Esta iniciativa contribuirá para eficácia das ações no contexto domiciliário. Portanto, a responsabilidade não pode ser delegada exclusivamente ao núcleo familiar, é necessária a inserção dos mesmos, em programas de políticas públicas assistenciais.

Descritores: Envelhecimento, Consumo alimentar, Assistência Domiciliar, Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The elderly are susceptible to food malnutrition and poisoning, one of the priorities in health care these is the monitoring of living conditions and health, developing public policies for a comprehensive and quality care. The care as a concept relevant to health arose in Gerontology to include elderly care by the family in the long run, but because of its importance have spread to different areas of health care generating reflections.

Objective of this study is to monitor the nutritional status of elderly people over 70 years, the Health Project Home. This is an experience report of care practices Social Worker, Project to elderly, conducted by the Open University of the Third Age (UNATI / UEA). Data collection took place in the period from April to December 2015, with household interviews in the presence of the social worker as part of the multidisciplinary team. It was noted that among the most significant factors to malnutrition (high nutritional risk) external are as psychosocial factors, such as loss of a spouse, displacement of disability, changes in food related disease (dementia, depression and oncology) pharmacological effects, contributing to inadequate food intake. The caregiver was included by the professional staff in the planning of assistance to these seniors. This initiative will contribute to the effectiveness of actions in the home context. Therefore, the responsibility can not be delegated exclusively to the nuclear family, the insertion of the same is required in healthcare public policy programs.

Keywords: Aging, Food consumption, Home Care, Patient Care Team.

INTRODUÇÃO

Na atualidade o avanço da medicina proporcionou condições para que as pessoas vivam mais. Porém, a longevidade conquistada não tem significado sem as condições para obter qualidade de vida. Conforme destaca Revista Serviço Social e Sociedade n. 75 Ano XXIV¹, envelhecer é um processo vital inerente a todos os seres humanos. A velhice é uma etapa da vida, parte integrante de um ciclo natural, constituindo-se como uma experiência única e diferenciada. Considerando-se as questões de envelhecimento populacional e a conseqüente ampliação das demandas sociais relacionadas à velhice, a preocupação com a qualidade de vida para essa faixa etária está cada vez mais presente. Observa-se esse fato pelos próprios relatos dos idosos que têm tido um melhor enfrentamento da velhice.

Apesar da inserção sobre as questões do envelhecimento na Constituição Federal de 1988, somente em 1994 foi instituída uma política nacional voltada especificamente para os Idosos, a Política Nacional do Idoso, Lei n. 8842/94 que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, estabelecido em seu art. 46².

A Política Nacional do Idoso tem sua base em cinco princípios estabelecidos no art. 3º apresentados da seguinte maneira²:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei. (Lei nº 8.842/1994, p. 51 apud Coletânea de leis, 2013, p.510)

Para Valentim³, devido a um intenso processo de modificação e modernização na sociedade, a instituição família apresenta significativas mudanças em sua estrutura e nas relações sociais.

Diante das desigualdades sociais que ainda presenciamos na sociedade brasileira e manauara, que tem tido crescimento acelerado da população idosa, precisamos unir esforços com outros profissionais que tenham compromisso com a causa do idoso, no desenvolvimento de programas e projetos que busquem garantir melhores condições de vida e dignidade deste idoso.

Para Roediger et al⁴, o processo de envelhecimento é, hoje, uma realidade mundial, inclusive no Brasil, sendo que a alimentação e a nutrição são condições básicas para a manutenção da saúde dos idosos em qualquer nível de atenção. As mudanças dos laços familiares contribuem para o pouco espaço dado ao idoso na família contemporânea, cujos membros, embora juntos, vivem hoje o isolamento decorrente de uma família fragmentada e fragilizada.

Atendendo às novas exigências, o Serviço Social na prática com o idoso, tem o desafio de conscientizar a população do verdadeiro papel do idoso, no respeito à sua idoneidade e integralidade física, bem como sua alimentação e saúde integrais. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde afinal, envelhecer com saúde é um direito de cidadania¹.

A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso trazem as normas legais para a garantia de que a família, a sociedade e o Estado deverão

assegurar todos os direitos de cidadania, com dignidade e bem-estar². Para Silva⁵, o envelhecimento é um processo progressivo e natural, que se caracteriza por modificações morfológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas que influenciam a nutrição e alimentação no idoso. Segundo a Política Nacional de Assistência Social à pessoa idosa, um estado nutricional inadequado contribui de forma significativa para o aumento da incapacidade física, da morbidade e da mortalidade condicionando a qualidade de vida².

Deste modo, a intervenção na área da nutrição pelo serviço social deve realizar-se de forma articulada com diferentes profissionais, nutricionistas, médicos, enfermeiros, fisiopeutas, psicólogos, cuidadores, familiares, lares e centros de convívio.

Em vista disso, com o envelhecimento as necessidades nutricionais vão mudando devido a um conjunto de factores essenciais, tais como: estilo de vida menos ativo, aumento de algumas carências nutricionais, redução do metabolismo, alteração do paladar ou do apetite, entre outros. Conforme lamamoto⁶, cita-se abaixo:

“ Os Assistentes Sociais trabalham com a questão social nas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a elas resistem e se opõem. O assistente social encaminha e organiza as questões sociais que dificultam a evolução do tratamento e que possam interferir na resposta clínica do paciente, incluindo o contexto familiar. ” (lamamoto, 2008, p. 28)

A Lei 10. 741/03, sancionada pelo Presidente da República Luís Inácio Lula Da Silva, em 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, é um importante instrumento para a realização da cidadania plena, posto que restabeleça o direito ameaçado ou violado. O Estatuto se propõe a proteger e a garantir a execução dos direitos humanos, civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Mas, para que esses direitos se materializem, é preciso que esse instrumento de cidadania tenha a adesão do governo e de toda a sociedade civil².

Dessa forma, para que todos os cidadãos, em especial a pessoa idosa, tenham acesso às políticas sociais, deveria ser feito de maneira menos fragmentada e assistencialista, trazendo soluções definitivas e não apenas paliativas.

Nesse sentido, o Assistente Social que desenvolve seu trabalho à frente de instituições públicas, privadas, ou no terceiro setor, muito poderá contribuir, atuando com o intuito de esclarecer às pessoas os seus direitos, valores, e o papel que ainda podem desempenhar na sociedade, independentemente de faixa etária.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência da Assistente Social, no acompanhamento em conjunto com a equipe interdisciplinar a idosos com mais de 70 anos, cadastrados no Projeto Saúde em Casa da UnATI/UEA, pacientes inscritos no período de abril a dezembro de 2015. O principal requisito desses profissionais em atuarem na reabilitação da saúde do idoso, no processo de envelhecimento é o de determinar ações que possam atender integralmente as necessidades dos pacientes, respeitando os princípios da autonomia, a fim de executar uma assistência com sensibilidade segurança, efetividade e responsabilidade.

No contexto da equipe multiprofissional estão inseridos os profissionais da área Médica, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia e Psicólogo. O assistente Social tornou-se intermediário destes idosos no atendimento requerido, por meio de diagnóstico social, dos problemas identificados.

Assim sendo, o profissional deve estar ciente que o paciente domiciliar é muito frágil, com grau variado de dependência e alto nível de intercorrência, estando sempre em alerta para qualquer mudança no estado geral, e se necessário interceder. Todos os atendimentos são registrados pelo Serviço Social, preservando o sigilo profissional, assim, respeitando os usuários de acordo com o Código de Ética do Serviço Social².

O Serviço Social utiliza-se de instrumentais técnico-operativos para a realização de suas atividades, entre eles: atendimentos individuais, orientações, encaminhamentos, entrevistas, planejamentos, visitas domiciliares, contatos telefônicos, trabalhos em grupos, reuniões, entre outras.

O Assistente Social tem como instrumento, a escuta qualificada, isto é, deve saber ouvir, estar atento ao significado da fala do usuário, muitas das vezes este só precisa desabafar, e o profissional deve saber se posicionar nesse momento, oferecendo apoio, pois, desse modo, se cria vínculos para poder intervir na situação apresentada pelos sujeitos.

Logo, ressaltando que o profissional não está fazendo o papel de psicólogo, mas deve estar apto para ouvir, como também colocar limites na fala do usuário para não perder o foco que o levou até o profissional. De modo igual, destaca-se aqui os seguintes instrumentos mais utilizados pelo Serviço Social na instituição: entrevistas, visitas domiciliares, o plano de qualidade de vida – PQV, programas, projetos e relatórios. Entanto, em relação à entrevista, é neste momento que, através da fala da responsável (geralmente uma cuidadora), é possível conhecer as suas necessidades. Desse modo, é aberta uma ficha, uma espécie de prontuário, com todos os dados de telefone e endereço. Após, informamos à família que será realizada uma

visita em sua residência, com o objetivo de conhecer a família, seu modo de vida, a dinâmica das relações familiares, seu meio social, o contato com a vizinhança e se existe atendimento às necessidades básicas.

Sendo assim, a entrevista é um dos instrumentos que possibilita o primeiro contato com o usuário, coletando os dados pessoais do idoso. Dessa forma, o assistente social precisa adquirir habilidades e técnicas, saber conduzir a entrevista com sutileza, criar um vínculo com o usuário para que este sinta confiança e exponha a situação favorecendo o acompanhamento da situação do paciente e possibilitando a supervisão e a avaliação do processo desenvolvido junto a este⁷. Segundo Sarmento caracteriza:

“A entrevista como uma relação entre duas ou mais pessoas, sendo que a diferenciação em seu uso é dada pela maneira e a intenção de quem a pratica, mas reconhecendo que é uma relação de distância e envolvimento, conhecimento e ação, pensamento e realidade, interação e conflito, mudar e ser mudado”. (Sarmento, 1994, p. 284)

A vista disso, é fundamental que o profissional do Serviço Social, ao apresentar-se à família, informe com clareza o objetivo da visita, também deve limitar-se a buscar conhecer o que de fato é importante para obtenção dos elementos necessários à análise da situação, com perguntas abertas ou semiestruturadas, mas direcionadas à situação social que indicou a necessidade da visita domiciliar. Não obstante, o respeito e o sigilo sobre a história de vida daqueles sujeitos no momento da visita domiciliar é de extrema importância.

RESULTADOS

○ aumento da expectativa de vida das pessoas é um fenômeno presente em todos os países, assim como no mundo, incluído o Brasil, em Manaus o processo de envelhecimento da população é um processo gradual e natural, que ocorre paralelamente ao desenvolvimento, cujos efeitos hoje, são socialmente assumidos com demitadores do início da velhice, o chamado processo de envelhecimento.

○ acompanhamento dos idosos em seus domicílios, permitiu o fortalecimento do vínculo do idoso e sua família com a equipe multiprofissional, sendo que a família é reconhecida como um sistema dinâmico. A família proporciona um apoio contínuo, participativo na solução dos problemas, e aprende a fornecer cuidados periódicos necessários, para que possa atingir independência, auto respeito, e uma qualidade aceitável de vida.

O foco principal do serviço assistencial é constituído pelas famílias vulnerabilizadas pela pobreza e exclusão social. E como princípio, valoriza-se a implementação de ações e serviços intersetoriais, ou seja, dentre ele destaca-se na saúde do idoso. Por outro lado, o cuidado domiciliar pode ser apenas, um reforço do modelo médico hegemônico, com predomínio de uma medicina tecnológica que estimule a produção de atos e procedimentos onde os sujeitos são meros consumidores, além do que os avanços tecnológicos tem permitido um aumento significativo do número de pacientes longevos. Nesta perspectiva, os cuidados domiciliares trazem implicações para o ensino e para o serviço na reorganização das práticas de saúde e de ensino que permitam a reflexão e ação sobre essa estratégia.

A assistência domiciliária é sempre um serviço individual e por ser dividido em etapas, avaliação, execução e desligamento e alta, o paciente (idoso), deve ser esclarecido sobre o seu quadro clínico, pois a sua família, além de informação, deve receber treinamento adequado ao tratamento da doença e orientação quanto à sua postura frente ao paciente, a doença deve ser controlada e tratada rigorosamente, com esses fatores sobre o controle, é possível manter o equilíbrio efetivo, evitando internações repetidas. Posto isto, a alimentação de idosos dependentes de em estágios avançados de doenças é uma atividade que requer tempo, tranquilidade e habilidade. Em tal caso, o cuidador deve utilizar palavras claras, frases curtas e objetivas e anunciar o que irá fazer, dado que em solicitar a colaboração do idoso, por menor que seja e utilizr palavras de estímulo e incetivo.

Diante disso, as adaptações sugeridas visam facilitar a alimentação e aumentar a independência do idoso, e devem ser propostas segundo o grau de confusão mental, incapacidades físicas e distúrbios de conduta de cada indivíduo.

Os avanços tecnológicos tem permitido um aumento significativo do número de pacientes que sobrevivem a múltiplos traumas e complicações, o desenvolvimento tecnológico também permite a simplificação dos equipamentos, tomando-se cada vez mais postáveis e de fazer manipulação, o que aumenta a possibilidade de o paciente continuar seu tratamento ou ser mantido em seu domicílio. Verificamos todas as avaliações necessárias estabelecendo um planejamento dentre a família/paciente à necessidade de apontar melhorias e bem estar á vida do idoso em numa alimentação saudável e no encorajamento para o consumo de refeições leves e de maior frequência ao longo do dia para a melhoria da qualidade de vida destes longevos.

DISCUSSÃO

Foi observada, no presente estudo, na visita domiciliar a idosos cadastrados, uma prevalência de nutrição inadequada na alimentação, devido ao déficit no consumo de frutas, hortaliças, carboidratos preferencialmente complexos e leite e derivados. A eficiência de uma alimentação saudável envolve diversos fatores como valores culturais, sociais, climáticos, ecológicos e sensoriais.

Com o passar dos anos, o corpo começa a apresentar naturalmente algumas mudanças, que muitas vezes as pessoas demoram a perceber, mas que podem interferir na sua alimentação.

Diante disto, a alimentação da pessoa idosa tem que ser variada, equilibrada, suficiente para satisfação do organismo. Os cuidados com a aquisição dos alimentos iniciam-se com a elaboração da lista de compras e que estejam armazenados em temperaturas adequadas, a atenção a essas medidas visa deixar este paciente mais disposto para alimentar-se com prazer ao nutrimento.

Visto que, a maioria dessas medidas não requer investimento financeiro exorbitante, depende mais do acompanhamento pelo assistente social ao idoso e seu cuidador disposição das pessoas em dialogando algumas mudanças que podem fazer a diferença para toda a família gerando transformações no estilo de vida e dos hábitos alimentares ao idoso.

Ainda assim, apesar do caráter inovador e do avanço das leis, há muito a ser feito até que os direitos sociais dos idosos sejam plenamente efetivados. É necessário a mobilização social para o devido respeito ao idoso, exigindo principalmente do poder público a execução da Política Nacional do Idoso.

CONCLUSÃO

A assistência domiciliar vem demonstrando ser a nova fronteira aos serviços de saúde, com a melhoria das condições socioeconômica e tecnológicas, ocorre um aumento significativo da expectativa de vida destes indivíduos acima de 70 anos longevo. O Serviço Social tem um compromisso em defesa e consolidação destes direitos e da defesa destes através de ações, para que junto com a assistência social a Política Nacional do Idoso e as demais legislações relacionadas a essa demanda sejam verdadeiramente efetivas na sua integralidade.

Deste modo, cada profissional atua conforme em sua área de formação e em conjunto com a equipe para alcançar este objetivo em

comum. O Brasil dispõe de uma legislação avançada, que assegura os direitos da pessoa idosa. No entanto, nem sempre são cumpridas, pela falta de disponibilização e discussão de informação sobre das Políticas Públicas, afim de que a população idosa possa conhecer e usufruir seus direitos assegurados em Lei.

PROPOSTAS

As medidas que foram aqui apresentadas no acompanhamento dos idosos em seus domicílios do Projeto Saúde em Casa, a partir de uma equipe multiprofissional a orientação nutricional deve ser um dos componentes imprescindível na atenção à saúde da pessoa idosa. Uma vez que a consulta ao enfermeiro favorece o planejamento a adoção de uma alimentação saudável, contribuindo para a segurança alimentar, nutricional e para a qualidade de vida, minimizando assim os efeitos adversos do processo de envelhecimento.

É importante o assistente social estimular o entrosamento social nos horários das refeições ao paciente idoso, sentar confortavelmente à mesa em companhia de outras pessoas, sejam elas da família, amigos ou o próprio cuidador, proporciona crescentemente alacridade na alimentação favorecendo no apetite.

Conquanto, a falta de companhia na alimentação acaba contribuindo para que a pessoa idosa tenha menos preocupação com o tipo de alimento consumido e a tendência, nessa situação, é alimentar-se de maneira inadequada tanto do ponto de vista da qualidade, como da quantidade.

Essa observação do ambiente em que o idoso está inserido, e de como o mesmo interfere no processo saúde doença, é imprescindível pois, na prática, nem todas as famílias conseguem manter o vínculo em todas as refeições do dia, por causa das atribuições de trabalho ou de outras atividades executadas. O mais importante é a família eleger a refeição do dia em que todos ou quase todos estarão presentes e sentados à mesa ao convívio social podendo ser maior no dia a dia.

Para tanto, torna-se necessária a articulação e a integração entre todas as políticas públicas para assegurar a complementaridade da rede de atendimento às pessoas idosas, para que a população possa envelhecer com segurança e dignidade, a assistência social com intervenção na família deve prevenir a ruptura dos vínculos, promovendo o fortalecimento das relações afetivas, de forma que o idoso permaneça em seu núcleo familiar, com papel participativo e senso de pertencimento.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP. A longevidade da população: desafios e conquistas. Revista Social e Sociedade, n. 75, São Paulo: Cortez Editora; 2003.
2. Coletânea de Leis/ Conselho Regional de Serviço Social: 15ª Região Amazonas/Roraima. 3ª Ed. Manaus: Valer; 2013.
3. Valentim AAF. Nutrição no Envelhecer. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2012.
4. Roediger MA. Tratado de Nutrição em Gerontologia. São Paulo: Manole; 2016.
5. Silva JV. Saúde do Idoso processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos. São Paulo: látria; 2009.
6. Imamoto MV. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 14. Ed. São Paulo: Cortez; 2008.
7. Sarmiento HBM. Instrumentos e Técnicas: elementos para uma rediscussão. São Paulo: PUC; 1994.

A ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIAR AO IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NETA, Inez Siqueira Santiago¹; ARAÚJO, Arthenize Riame Praia
Guimarães²; ONETI, Ciro Félix³; COSTA, Jéssica Maria Rezende⁴;
PRAIA, Raquel de Souza⁵; COSTA, Michelle Silva⁶; RIBEIRO, Euler
Esteves⁷; OZORES, Juliana Maria Brandão⁸; MESQUITA, Priscilla Lyra⁹;

¹Técnica de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM)

² Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Paulista (UNIP/AM); técnica de enfermagem do Projeto Saúde em casa- UNATI/UEA.

³ Técnico de pesquisa no Projeto Saúde em Casa; acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM).

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM).

⁵ Enfermeira; coordenadora do Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA).

⁶ Assistente Social no Projeto Saúde em Casa (UNATI/UEA/AM).

⁷ Orientador do projeto Saúde em Casa, médico, doutorado em Medicina e Ciências da Saúde; diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI/UEA).

⁸ Chefe da equipe multidisciplinar, médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

⁹ Reabilitadora em Saúde, graduada em Educação Física, pela Faculdade Integrada de Guarulhos.

Correspondência para:

UNATI – UEA – Universidade Aberta da Terceira Idade
Av. Brasil, s/n Compensa. CEP: 69000-000 Manaus/AM.
E-mail: inez_santiago@hotmail.com

RESUMO

Procurou-se descrever a vivência de acadêmicos de enfermagem na assistência ao idoso no domicílio com abordagem avaliativa e educativa. Um relato de experiência das aulas práticas da disciplina Enfermagem na Atenção Integral a Saúde do Idoso, no período de 14-17 de julho de 2015, com visita domiciliar a um casal de idosos. Identificaram-se problemas de enfermagem, a serem abordados em palestras educativas, focando nas possíveis complicações das patologias. O casal interagiu e

ouvira atentamente as informações, apesar de no momento mostrarem certa resistência à melhoria no estilo de vida, a abordagem poderá auxiliá-los numa mudança de posicionamento. A assistência de enfermagem ao idoso no domicílio é de suma importância para se conhecer o contexto onde se insere, escutá-lo, detectar problemas, elaborar intervenções. Salienta-se também a criação do Projeto de Assistência ao Idoso e do Projeto Saúde em casa, entre outros, com acompanhamento de idosos por uma equipe multiprofissional.

Descritores: visita domiciliar; assistência à saúde do idoso; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

This article describes the experiences of nursing students in the care of the elderly in the home with evaluative and educational approach. A report of the experience of practical classes of Nursing in Integral Attention to Health of the Elderly, from 14-17 July 2015, with the visitation in the home of an elderly couple. Was identified nursing problems to be addressed in educational lectures, focusing on the possible complications of diseases. The couple interacted and listened all the information, although at the time show some resistance to improvement in lifestyle, the approach can help them to take another position. Nursing care for the elderly in the home is very important to know the context in which it operates, listen to it, detect problems, design interventions. It is worth noting the creation of the Assistance Project Elderly and Health Project at home, among others, accompanying the elderly by a multidisciplinary team.

Keywords: home visits; health care for the elderly; Humanization of Assistance.

INTRODUÇÃO

Múltiplos fatores contribuem para o aumento no número de doenças crônicas, em especial as cardiovasculares e câncer, dentre eles,

a não realização de exercícios físicos¹. Este atribui para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo, em especial o idoso, auxiliando no controle dos níveis de colesterol por exemplo, que pode levar a obstrução de vasos por placas de gordura e torna o indivíduo mais suscetível a IAM, AVC¹, com risco de morte ou sequelas permanentes.

O acompanhamento desse idoso em seu domicílio pela equipe de saúde, deve contribuir para medidas preventivas, a partir de uma observação no contexto biopsicossocial desse idoso.

O enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional de assistência em saúde a esse idoso, desenvolve ações fundamentais para melhoria na qualidade de vida desse cliente, utilizando-se de instrumentos de avaliação geriátrica e na elaboração do plano de cuidados a serem trabalhados no domicílio, com vista a evitar internações hospitalares². Como uma das ferramentas para concretude das ações em saúde, a educação em saúde precisa ser desenvolvida com clareza, e respeitando sua autonomia, tanto com o idoso quanto com o cuidador, na medida que este também precisa ser cuidado, para que possa cuidar do outro³.

Dessa forma, objetiva-se descrever o processo de avaliação global de enfermagem no domicílio, a idosos durante a Visita domiciliar, por acadêmicos de enfermagem com ações avaliativas e de educação em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das aulas práticas da disciplina Enfermagem na Atenção Integral a Saúde do Idoso, no período de 14-17 de julho de 2015. Com realização de visita domiciliar a um casal de idosos (hipertensos e diabéticos) cadastrados no Projeto de Assistência ao Idoso (PROASI/UFAM). Os acadêmicos realizavam as visitas pela parte da manhã, acompanhados da preceptora e de uma acadêmica voluntária do projeto. Os idosos foram informados previamente quanto a disponibilidade de receberem a equipe durante esse período de dias. Antes e após visitas realizava-se discussão em grupo sobre compartilhar conhecimentos, sanar dúvidas e preparar material para o dia seguinte.

RESULTADOS

No 1º momento fomos até a residência do casal de idosos, orientados a aplicar o questionário socioeconômico e escala de Katz, realização do exame físico e observar o contexto social. Ambos hipertensos e diabéticos, porém independentes em todas as funções. Um relatou que era tabagista, mas parou de fumar, pois não sentia mais “vontade”, apesar de tentar continuar. O outro porém, mesmo após várias tentativas para abandonar o cigarro, ainda não havia conseguido. Ao aferirmos os sinais vitais um dos idosos apresentou PA elevada, e nos informou que não faz acompanhamento médico. Ao serem questionados sobre a relação familiar, afirmaram que dificilmente recebiam visitas dos familiares e quase não mantinham contato, com exceção das 2 filhas, uma que morava com o casal e outra que morava bem próximo.

No 2º momento retornamos a residência dos idosos e já éramos tratados pelo nome. Aplicamos o Mini exame mental, obtendo resultados de uma boa função cognitiva. Observamos que os mesmos se apresentavam mais a vontade para responderem sobre temas como sexualidade e o próprio idoso nos informou de que apresentava impotência sexual. Também neste dia solidificamos nosso diagnóstico situacional tendo mais ciência dos problemas e da temática que deveríamos abordar com o casal tais como: risco de quedas, tabagismo, hipertensão e controle de glicemia.

No 3º momento realizamos a palestra sobre hipertensão e diabetes, alertando sobre a prevenção das possíveis complicações que as patologias poderiam causar sem a adesão correta ao tratamento. Foram utilizados recursos visuais como cartazes com imagens e relatos de casos e um álbum seriado.

No último dia realizamos mais uma educação em saúde sobre prevenção de quedas e estratégias para reduzir uso do tabaco. Ao final oferecemos uma lembrança significativa e sentamos para conversar, momento no qual ambos começaram a nos relatar sobre experiências que haviam vivenciado ao longo de suas vidas. Uma destas, inclusive chamou atenção da equipe, pois se tratava de uma parente também idosa e acamada que morava com o casal, a qual não recebia o acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde, logo, eles próprios prestavam cuidados à doente sem nenhum preparo de como realizá-lo, a mesma foi a óbito e dias depois uma enfermeira foi até a casa do casal para avaliar a idosa, e eles responderam: “Agora não precisamos mais, ela já morreu.”

DISCUSSÃO

Pode-se identificar que cada caso possui suas especificidades, por isso a importância de uma avaliação física, psicológica e social do idoso. Esse primeiro contato com o cliente é essencial pois deixará uma primeira impressão para o idoso, da equipe que chega até sua residência. Algumas perguntas apesar de importantes são de certa forma constrangedoras tanto para quem a faz quanto para o paciente discuti-las, o momento exato de fazê-la será identificado pela equipe, como no caso da sexualidade a ser discutida com o idoso.

Ambos encaravam a morte da forma mais normal possível, e não tinham medo de falar sobre ela, por isso foi importante falarmos sobre o risco de se tornarem dependentes, por conta de possíveis complicações das patologias, para mostrar-lhes a importância dos cuidados com a saúde. Neste caso a utilização de imagens e relato de casos nas palestras mostrou-se imprescindível para auxiliá-los a uma mudança de posicionamento, ou até mesmo para que eles pudessem compartilhar com outras pessoas. Esses são pontos fundamentais quando se trabalha a educação em saúde, adotar uma linguagem compreensível, clara e objetiva e procurando conciliar o contexto às mudanças que se desejam, por exemplo quando relataram que não praticavam exercícios físicos e dificilmente saíam de casa, logo enfatizamos a importância de pelo menos irem ao mercadinho andando, quando fossem comprar algo.

Considerou-se de grande importância a utilização dos instrumentos de avaliação do idoso, como a escala de Kats e o Mini Exame mental, na identificação de vários problemas a serem trabalhados no planejamento de intervenções.

Observou-se a importância da participação da família em estar acompanhando e incentivando o idoso na realização de exercícios, como quando os convidamos a participarem das atividades desenvolvidas pelo PROASI e os mesmos informaram que só iriam, se acompanhados pela filha. O PROASI é um projeto fundado no dia 28 de janeiro de 2003, tendo como objetivo realizar atividades integrativas com os idosos no bairro Nossa Senhora das Graças e adjacências, que proporcionam entre outras coisas o bem-estar, conscientização, saúde e elevação da autoestima.

O fato de não receberem o acompanhamento contínuo pela equipe de saúde da ESF, como quando precisaram com a idosa que falecera, trouxe-lhes certa restrição a procurar assistência médica para acompanhamento pela UBS. Diante disto é importante se destacar a necessidade de criação de projetos como Projeto Saúde em casa,

projeto piloto criado pela UNATI/UEA, que trabalha com idosos acima de 70 anos, acamados ou com mobilidade prejudicada. Composta por uma equipe multiprofissional, com 2 médicas, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 acadêmica de enfermagem, viabilizando cuidados domiciliares a esse idoso, para que ele tenha qualidade de vida, evitando seu deslocamento até a unidade de saúde, com risco de infecção, queda, ou ocupação de um leito no hospital.

CONCLUSÃO

A área de gerontologia apresenta um grande potencial de crescimento para a enfermagem pois a transição demográfica faz com que a demanda na prestação de cuidados a saúde desses idosos seja cada vez maior, assim como da prevalência de doenças crônicas e comodidades nessa faixa etária.

O acompanhamento do idoso no domicílio, permite ao enfermeiro adentrar no contexto em que se insere o cliente e desta forma detectar os problemas de enfermagem e de que forma intervir. As práticas oportunizaram observar o processo de envelhecimento, abordar patologias típicas comuns nesta faixa etária e aplicar conceitos que ajudam no processo de envelhecimento ativo, sem interferir na autonomia desse idoso. Em suma, o enfermeiro precisa estar capacitado, a prestar um cuidado qualificado e humanizado ao idoso, em acompanhamento contínuo do mesmo, na Visita domiciliária.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro EE. Envelhescência: Envelhecer bem e com qualidade. Rio de Janeiro: UnATI; 2008.
2. Cantera IR, Domingo PL. Geriatria Coleção Guias Práticos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Mc. Graw. Hill; 2000.
3. Portella MR, Celich KLS. Cuidado domiciliar do idoso. In: Malagutti W. Assistência Domiciliar- Atualidades da assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio;2012. p.165-173.

Resumo simples publicado nos Anais do 67º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 2015: A Enfermagem na visita domiciliar ao idoso: um relato de experiência.

TERAPIA OCUPACIONAL E DOENÇA DE PARKINSON: REFLEXÕES E APONTAMENTOS A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO

OCCUPATIONAL THERAPY AND PARKINSON DISEASE: REFLECTIONS AND NOTES BASED ON A CLINICAL CASE STUDY

Daniel Marinho Cezar da Cruz¹, Gustavo Artur Monzeli²,
Ana Carolina Toniolo³.

Autor Responsável: Daniel Marinho Cezar da Cruz.

²Residência em Reabilitação Física pela Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD, Mestre e doutorando em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, Professor Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos-SP.

³Terapeuta Ocupacional e Mestrando em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos-SP.

⁴Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos UFSCar, São Carlos-SP.

Correspondência para:

Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Terapia Ocupacional.

Rodovia Washington Luis, km 235 – Monjolinho.

13565-905 - Sao Carlos, SP - Brasil - Caixa-Postal: 676.

Telefone: (11) 8583-3356.

E-mail: cruzdmc@gmail.com

RESUMO

Introdução: este artigo apresenta o processo terapêutico ocupacional com um idoso de 70 anos diagnosticado com Doença de Parkinson e discute as contribuições da terapia ocupacional para a independência funcional e participação social deste idoso. **Metodologia:** foi elaborado um plano de intervenção com objetivos a curto e longo prazo, um programa de exercícios para atividades extra-atendimento e visita domiciliar para observação de possíveis dificuldades e riscos no ambiente. A mensuração da independência foi realizada por meio da Medida de Independência

Funcional-MIF. Resultados: são apresentados os desfechos de dezesseis atendimentos realizados por um período de seis meses, durante o ano de 2009. Apontam-se ganhos no campo da socialização tanto no contexto familiar quanto na instituição de saúde, maior envolvimento da família no processo terapêutico, melhora no desempenho de algumas atividades como escrita e alimentação e adequação às sugestões de adaptação do ambiente domiciliar com vistas à diminuição de riscos. Conclusão: destaca-se a importância da intervenção da terapia ocupacional, que neste contexto favoreceu a melhora do desempenho desse sujeito em suas Atividades de Vida Diária, bem como a diminuição de riscos ao desempenhá-las.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Doença de Parkinson, Reabilitação, Atividades cotidianas.

ABSTRACT

Background: This paper presents the occupational therapy process with a 70 years old diagnosed with Parkinson's disease, and discuss the contributions of occupational therapy for functional independence and social participation of elderly. Methods: It was elaborated a intervention plan with short and long term, an exercise program for activities outside the hours of therapy and home visits for observation of possible difficulties and risks in the home. The measurement of independence was made by the Functional Independence Measure (FIM). Results: are presented the outcomes of sixteen meetings through a period of six months during the year 2009. It points gains in the field of the socialization in the family context and in the health institution more family involvement in the therapeutic process, improving the performance of some activities such as writing and eating and fitness tips to adapt the home environment aiming to reduce risk. Conclusions: we highlight the importance of occupational therapy intervention, which in this context favored the improvement of the performance of this subject in their Activities of Daily Living, as well as the reduction of risk to perform them.

Keywords: Occupational Therapy, Parkinson Disease, Rehabilitation, Activity of Daily Living.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma desordem neurodegenerativa crônica e progressiva que acomete principalmente homens entre 55 e 60 anos¹. Ainda se sabe pouco sobre a causa da doença, mas alguns autores sugerem que há interferência de fatores genéticos e ambientais. Segundo Meneses e Teive² (1996), a DP ocorre devido à degeneração de neurônios dopaminérgicos da substância negra e do lócus ceruleus, que acarreta uma diminuição na quantidade de dopamina para corpo estriado. Como consequência dessas alterações, a pessoa apresenta prejuízos, principalmente, nas funções motoras. Ocorre uma perda de 60% dos neurônios e surgem os chamados sinais cardinais: rigidez, bradicinesia, tremor de repouso e alterações posturais.

Conforme propõem Hoehn e Yahr³ (1967), a DP pode ser dividida em cinco estágios. A saber: estágio 1 é caracterizado por sintomas unilaterais, impacto no desempenho ocupacional ausente ou mínimo e presença de tremor de repouso; estágio 2 com presença de sintomas que afetam as linhas médias ou bilaterais, problemas discretos relacionados à mobilidade de tronco e reflexos posturais. No estágio 3 há presença de instabilidade postural e impacto funcional de leve à moderado. Já no estágio 4 há um aumento da instabilidade postural e diminuição da habilidade de destreza e comunicação. Por fim, no estágio 5, o paciente fica confinado à cadeira de rodas ou ao leito.

Além dos déficits motores, podem ocorrer várias outras manifestações como ansiedade, alterações emocionais, tonturas, dores, câimbras, sensação de frio e/ou calor e queimação e alteração do ritmo circadiano devido a distúrbios do sono. De acordo com Silberman et al⁴ (2004) a depressão é um fator de risco para a DP, ocorrendo aproximadamente em 40% dos pacientes diagnosticados.

Desta forma, a DP pode acarretar prejuízos funcionais devido à alteração na força muscular, coordenação, amplitude e intervalo de movimentos. Estas alterações podem ser evidenciadas em algumas Atividades de Vida Diária-AVD como alimentação e autocuidado, bem como às relacionadas aos componentes da coordenação motora fina (punho e dedos), como por exemplo, na atividade de escrita.

Nesse sentido, a intervenção da terapia ocupacional junto a pessoas com DP baseia-se em amenizar os efeitos dessa doença sobre a vida funcional e/ou psicossocial desses indivíduos, tendo como um dos focos o impacto sobre as Atividades de Vida Diária (AVD).

Assim, o tratamento da terapia ocupacional deve se estruturar em

torno das demandas sociais, emocionais e físicas do indivíduo acometido pela DP1. Com vistas à promoção da independência e da autonomia, Almeida e Cruz⁵ (2009) sugerem que o terapeuta ocupacional pode utilizar dispositivos tecnológicos, sugerir mudanças ambientais e facilitar a execução de tarefas diversas tornando-as mais efetivas, seguras, econômicas, confortáveis e prazerosas.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico, acerca da intervenção da terapia ocupacional ao longo de seis meses com um idoso de 70 anos diagnosticado com DP, bem como demonstrar o efeito dessa intervenção na independência funcional para AVD.

MÉTODO

Neste artigo apresentamos um estudo de caso que aqui é compreendido como uma modalidade de pesquisa, ou seja, como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações⁶. Os casos clínicos são também recursos didáticos que favorecem a aquisição de conhecimento e a formação profissional e isto é possível a partir da análise dos resultados de avaliações funcionais em diferentes disfunções neurológicas⁷.

Para melhor compreensão, estruturou-se a apresentação do caso, a partir do processo da terapia ocupacional, definido como a Avaliação, a Intervenção e os Resultados (AOTA, 2008).

Avaliações

No ano de 2009, o sujeito foi encaminhado por um neurologista com o diagnóstico de DP (estágio 1) para o serviço de Terapia Ocupacional de uma Unidade Saúde Escola na cidade de São Carlos, interior do Estado de São Paulo.

A queixa inicial era de “tremedeira na mão direita” (sic.). O sujeito relatou que os sintomas haviam se manifestado há cerca de um ano e meio (tempo referente à ocasião do início dos atendimentos). Após o ingresso do sujeito no referido serviço, este foi atendido durante seis meses (22/05/2009 a 30/11/2009), totalizando 16 atendimentos, na frequência de uma vez por semana.

Anamnese

E. sexo masculino, encontrava-se com 70 anos, e apresentava queixa de tremor unilateral de membro superior direito. Fazia acompanhamento medicamentoso com o neurologista que o encaminhou ao serviço. O sujeito era natural de São Carlos- SP, católico, casado há 48 anos e residia com esposa, um filho, duas filhas e três netos. A família era composta por seis filhos, 14 netos e 17 bisnetos.

Em relação às ocupações produtivas de estudo e trabalho, respectivamente, o sujeito cursou até a 4ª série do ensino fundamental e trabalhou lavando carros em postos de gasolina por 52 anos; sendo aposentado há 13 anos. Além disso, foi músico registrado pela Associação Brasileira dos Músicos. No momento da anamnese, o sujeito relatou desempenhar poucas atividades restringindo-se a assistir TV com a esposa e os netos todas as noites. O sujeito não possuía histórico de tabagismo ou etilismo. Quanto às atividades de descanso e dormir, não foi relatada queixa relacionada ao sono.

Avaliação Funcional

Nas avaliações iniciais para a intervenção no caso, preconizou-se por a escolha de uma avaliação de independência em AVD, além das avaliações clínicas institucionais. Com o objetivo de avaliar o grau de dependência para realizar as AVD, aplicou-se na pré e pós-intervenção, a Medida de Independência Funcional- MIF8.

A partir do uso da MIF, indentificou-se que o sujeito desempenhava a maioria das atividades com independência completa (com tempo adequado, com segurança e sem adaptações), obtendo pontuação 7 nas mesmas. O escore total na MIF, para a avaliação inicial, foi de 120 pontos, para um total máximo de 126 pontos, sendo classificado como independente. Apesar dessa classificação, alguns itens apresentaram pontuação abaixo de 7, ou seja, com algum grau de modificação ou ajuda física. Esses itens encontram-se listados na Tabela 1 a seguir:

TABELA 1: Pontuação do sujeito na Medida de Independência Funcional

Itens	Pontuação	Limitações/ Restrições
Cuidados Pessoais		
A. Comer	6 (Independência Modificada - Aparelho)	Lentificação; uso exclusivo de colher nas refeições
B. Cuidados com a aparência	4 (Assistência Mínima – Paciente = 75% +)	Dependência total para a tarefa de fazer a barba
Locomoção		
L. Andar	6 (Independência Modificada - Aparelho)	Lentificação durante a marcha
M. Escadas	6 (Independência Modificada - Aparelho)	Lentificação durante o subir e descer

2.4 Intervenção em Terapia Ocupacional

O sujeito participou de dezesseis sessões de terapia individual e também foi inserido nas atividades de um grupo de socialização musical para idosos, o qual ocorria nas mesmas dependências do local de atendimento.

Os atendimentos foram organizados de acordo com as necessidades identificadas a partir de ampla avaliação. Essas atividades abrangeram os seguintes procedimentos:

- a) Programa de Exercícios Físicos;
- b) Estimulação da independência em AVD;
- c) Visita domiciliar para adaptação do ambiente;
- d) Orientações para a realização de atividades em domicílio.

A Tabela 2 apresenta as atividades desenvolvidas:

A Tabela 2 apresenta as atividades desenvolvidas: TABELA 2:
Atendimentos realizados no período de seis meses de intervenção

Atendimentos	Síntese das atividades desenvolvidas
1°	Realização da entrevista inicial.
2°	Apresentação da instituição e dos espaços utilizados para os atendimentos.
3°	Realização de uma atividade em que o sujeito contou a própria história de vida, destacando eventos importantes em seu percurso.
4°	Realização de uma atividade de colagem com o objetivo de avaliar a destreza manual, percepção e noção de tempo e espaço.

5°	Realização de uma atividade de escrita para avaliar a destreza manual. Encaminhamento para um grupo de musicalização para idosos, a fim de estimular o lazer e a sociabilização.
6°	Realização de anamnese para avaliação e estruturação do Plano de Tratamento.
7°	Aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF).
8°	Indicação de um programa de exercícios semanais, elaborado pelos alunos-terapeutas para realização destes em domicílio. Os objetivos deste programa foram: estimulação sensorial, dissociação de cinturas, tronco, a propriocepção e a atividade funcional de escrita
9°	Realização de exercícios e alongamento passivo e auto-alongamento dos MMSS, peitoral menor e peitoral maior. Descarga de peso e dissociação de cinturas, mobilizações de tronco e de MMSS. Atividades com propriocepção e estimulação sensorial.
10°	Realização de exercícios para mobilidade funcional de rolar no leito, dissociação de cinturas pélvica e escapular e fortalecimento de MMSS, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, exercitando, por exemplo, a atividade de levantar da cama.
11°	Exercícios de estimulação sensorial, preensão palmar e pinça “ponta ponta”, a fim de trabalhar coordenação motora fina.
12°	Exercícios de escrita para trabalhar a coordenação motora fina em função da micrografia. Sugestão de exercícios em um caderno de caligrafia.
13°	Continuação dos exercícios para trabalhar a coordenação motora fina.
14°	Visita domiciliar para observação de possíveis riscos no ambiente familiar e sugestão de algumas mudanças necessárias: eliminação de tapetes e de um mobiliário ao lado da cama, adaptação de interruptores de luz e instalação de um corrimão na escada de acesso à casa.
15°	Reavaliação (Reaplicação da MIF).
16°	Finalização dos atendimentos. Entrega de uma apostila de exercícios para realização em domicílio, bem como as orientações de adaptação no ambiente familiar, por escrito.

Cabe destacar que as atividades desenvolvidas ocorreram em função das principais queixas relatadas ao longo dos atendimentos: o tremor unilateral de membro superior direito, a micrografia (na atividade de escrita) e a dificuldade em tocar instrumentos musicais, no caso o trombone de vara, habilidade esta que o sujeito aprendeu aos 20 anos de idade.

Baseado em tais relatos e observações foi elaborado um Programa de Exercícios Semanais para o sujeito realizar em casa. Esses exercícios contemplavam questões de estimulação sensorial, dissociação de cinturas, mobilizações de tronco, bem como um trabalho proprioceptivo. Cabe destacar que as orientações eram feitas por escrito e o sujeito poderia relatar sensações e/ou dificuldades percebidas durante cada atividade.

Em dado momento do tratamento foram inseridas atividades de coordenação motora fina, incluindo exercícios de prensão palmar e pinça “ponta ponta”. Iniciou-se, assim, o trabalho de amenização da micrografia, com exercícios de escrita, realizados num caderno de caligrafia.

Além dos atendimentos em setting terapêutico, foi realizada uma visita à residência do paciente e aplicado um roteiro de visita domiciliar. Obsevou-se que algumas mudanças eram necessárias, tais como: eliminação de tapetes e do “criado mudo” ao lado da cama, adaptação de interruptores de luz e colocação um corrimão na escada de acesso à casa. Após a visita, o paciente e a família foram orientados sobre algumas mudanças no domicílio, que poderiam contribuir para maior segurança e melhor desempenho do sujeito em suas atividades.

RESULTADOS

As figuras 1 e 2 a seguir ilustram os resultados da pré e pós intervenção para o caso apresentado, a partir da Medida de Independência Funcional:

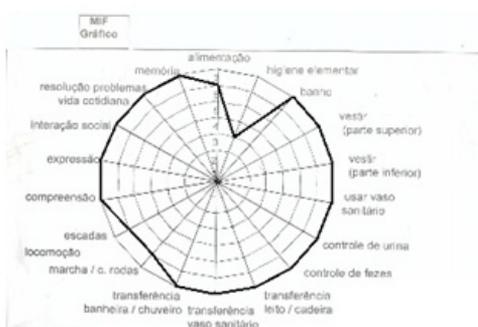


Figura 1: pré-intervenção

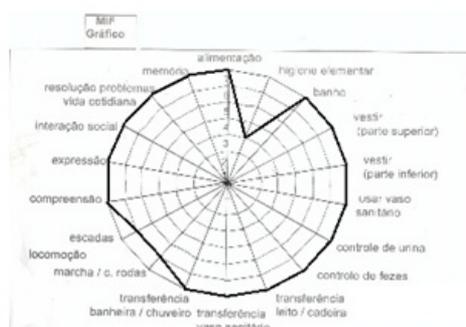


Figura 2: pós-intervenção

As figuras acima devem ser compreendidos em relação à quanto mais aberto o círculo em relação o seu centro, maior a independência do sujeito. Pelas figuras 1 e 2, observa-se um aumento da independência referente à atividade de alimentação, que na avaliação inicial recebeu

pontuação 6 e ao final passou para 7, ou seja, independência completa. Acreditamos que esta independência completa foi conquistada pelo foco nos exercícios e atividades que trabalhavam questões como estimulação sensorial coordenação motora fina, o que refletiu tanto na amenização da micrografia quanto na melhora da destreza manual.

Cabe destacar que todos os outros itens mantiveram a pontuação anterior, sendo assim a pontuação total na reavaliação da MIF foi de 121 pontos.

Ao se considerar a DP como uma doença progressiva, acredita-se que a intervenção auxiliou na manutenção da capacidade funcional do sujeito ao longo de seis meses, não se observando piora relativa a esse aspecto.

Qualitativamente, também pode se destacar que, através da comparação entre as primeiras e as últimas atividades realizadas no caderno de caligrafia notou-se visível amenização da micrografia. Isso em parte se atribuiu aos exercícios para melhorar a destreza manual contribuiu para que houvessem ganhos em outras atividades manuais.

Dessa forma, a proposta de métodos que simplifiquem a realização de tarefas diárias constituem-se em um dos papéis do terapeuta ocupacional junto à pessoas com DP no sentido de melhorar a efetividade na realização destas tarefas, ajudando na superação dos efeitos sintomáticos da doença cotidiano⁵.

Em uma visita de retorno à residência constatou-se que a família aderiu às sugestões de adequação do ambiente quanto à retirada de tapetes que ofereciam risco de queda, bem como a instalação de um corrimão nas escadas de acesso à casa.

CONCLUSÃO

Para o relato de caso apresentado a intervenção da terapia ocupacional promoveu a manutenção da capacidade funcional do sujeito, havendo ganho de maior independência, particularmente à atividade de alimentação.

Fatores como o tempo restrito de acompanhamento e a falta de diálogo entre os profissionais de outros serviços nos quais o sujeito está inserido, limitaram, de certa forma, a possibilidade de outros ganhos

funcionais e resultados mais expressivos. Neste sentido, apontamos para a importância do processo terapêutico-ocupacional que neste contexto contribuiu para a minimização dos sintomas da DP e o impacto destes nas atividades cotidianas do sujeito.

REFERÊNCIAS

- 1 FARIA, I. Neurologia adulto. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 187-215, 2007.
- 2 MENESES, M. S.; TEIVE, H.A.G. Histórico. In: MENESES, M. S.; TEIVE, H.A.G. Doença de Parkinson: aspectos clínicos e cirúrgicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, , p. 4-14, 1996.
- 3 HOEHM, M.; YAHR, M. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology*, v.17, p. 427-442, 1967.
- 4 SILBERMAN, C.; MARINHO, V.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Demência e doença de Parkinson: revisão de publicações brasileiras de 1980 a 2000. *Rev Bras Neurologia*, v. 38, n. 4, out./nov./dez., p. 23, 2002.
- 5 ALMEIDA, M.H.M.; CRUZ, G. A. Intervenções de terapeutas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 29-35, jan./abr. 2009.
- 6 VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.
- 7 NUNES, C.M.P. A terapia ocupacional e as disfunções neurológicas da idade adulta e da velhice: CIF em casos clínicos. In: DRUMMOND, A.F., REZENDE, M.B. (Org). *Intervenções da terapia ocupacional*. Belo Horizonte: Editora UFMG, p.95- 137, 2008.
- 8 RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S.; SAKAMOTO, H.; POTIGUARA, P.; PINTO, N.; BATTISTELLA, L.R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatrica*, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.