



UNESP

*Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Saúde Pública*

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DÉFICIT DE AUTOCUIDADO ATRAVÉS DA CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS

Paulo Roberto Rocha Júnior

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente

Botucatu, 2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Rocha Junior, Paulo Roberto.

Análise da qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado através da capacitação de cuidadores informais / Paulo Roberto Rocha Junior. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientador: José Eduardo Corrente

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde do idoso 2. Saúde coletiva 3. Idoso - Cuidados domiciliares

CDD 301.018

Palavras-chave: Autocuidado; Capacitação; Cuidadores; Idosos; Qualidade de vida

DEDICATÓRIA

A Deus, pela graça de ter me permitido concluir este trabalho;

A minha esposa Aila e a meu filho Thales, pelo amor, dedicação, compreensão e contribuição nos momentos mais difíceis;

Aos meus pais, Paulo e Adair, por tudo e sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador José Eduardo Corrente pela disponibilidade, paciência e confiança;

A professora Tânia Ruiz pela acolhida e pela contribuição na elaboração do projeto;

Aos idosos e cuidadores envolvidos na pesquisa. Sem eles não seria possível a realização deste estudo;

A minha esposa Aila, pela paciência, compreensão e motivação.

SUMÁRIO

	RESUMO	7
	ABSTRACT	8
	LISTA DE TABELAS	9
	LISTA DE GRÁFICOS	10
	LISTA DE BREVIAÇÕES E SIGLAS	11
1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	21
2.2	Objetivo geral	21
2.3	Objetivos específicos	21
3	METODOLOGIA	22
3.1	População e local do estudo	22
3.2	Delineamento do estudo	23
3.3	Coleta inicial dos dados	25
3.4	Programa de Capacitação para Cuidadores Informais	28
3.5	Coleta final dos dados	31
3.6	Análise estatística	31
4	RESULTADOS	32
4.1	Características da população	32
4.2	Variáveis de qualidade de vida	33
4.2.1	Capacidade física	35
4.2.2	Limitações por aspectos físicos	36
4.2.3	Dor	37
4.2.4	Estado geral de saúde	38
4.2.5	Vitalidade	39
4.2.6	Aspectos sociais	40

4.2.7	Aspectos emocionais	41
4.2.8	Saúde mental	42
5	DISCUSSÃO	43
6	CONCLUSÃO	55
7	REFERÊNCIAS	53
	ANEXOS	60
	Anexo I	61
	Anexo II	62
	Anexo III	70
	Anexo VI	71
	Anexo V	72

RESUMO

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DÉFICIT DE AUTOCUIDADO ATRAVÉS DA CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS

Introdução: A população idosa do Brasil vem crescendo consideravelmente, sendo que essa transição epidemiológica apresenta, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de seus familiares. No entanto, acredita-se que a elaboração de um programa de capacitação poderia contribuir para uma melhor organização dos serviços prestados por estes indivíduos, promovendo assim, a qualidade de vida dos idosos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar o efeito de um Programa de Capacitação para Cuidadores Informais na qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado, através da aplicação do questionário de qualidade de vida SF-36. **Metodologia:** Inicialmente, foram realizadas visitas domiciliares nas residências de 15 idosos com déficit de autocuidado e aplicado o questionário SF-36. Posteriormente, realizou-se um programa de capacitação com características multiprofissionais para os cuidadores destes idosos. Após 02 meses da realização do programa de capacitação, aplicou-se novamente o questionário SF-36 a fim de verificar a eficácia do programa de capacitação na qualidade de vida destes idosos. **Resultados:** Em média nota-se um aumento significativo dos escores relacionados ao domínio “saúde mental” e uma diminuição significativa dos escores relacionados ao domínio “limitações por aspectos físicos”. Observa-se também, que 62% dos idosos referiram um aumento dos escores relacionado ao domínio “vitalidade” e 69% referiram aumento dos escores relacionado ao domínio “saúde mental”. **Conclusão:** Deve ser incentivada a formação de grupos de cuidadores informais, conduzido por profissionais da área de saúde, com o objetivo de fomentar o conhecimento, trocar experiências e discutir melhor as estratégias inerentes ao ato de cuidar.

Palavras-chave: Idosos; Autocuidado; Cuidadores; Capacitação; Qualidade de vida.

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE IN ELDERLY WITH DEFICIT OF SELF-CARE BY TRAINING INFORMAL CAREGIVERS

Introduction: The elderly population in Brazil has considerably been growing, and this epidemiological transition has increasingly presented scenery where these elderly people are living under the responsibility of their relatives. However, it is believed that the development of a training program could contribute to a better organization of the services provided by these caregivers, promoting quality of life for seniors this way. **Objective:** The aim of this study is to evaluate the effect of a Training Program for Informal Caregivers on the quality of life of elderly people which presented a lack of self-care, by applying a quality of life questionnaire SF-36. **Methodology:** Initially, there were home visits in 15 elderly patients with deficit of self-care and applied the questionnaire SF-36. Later, it was developed a multi-professional features training program with the caregivers for these elderly. After 02 months of completing the training program the questionnaire SF-36 was applied again to verify the effectiveness of the program of training on the quality of life of these elderly. **Results:** On average it is noticed a significant increase of scores related to the "mental health" and a significant decrease of scores related to the field "limitations on physical aspects." It is also noticed that 62% of seniors reported an increase in scores related to the field "vitality" and 69% reported an increase of scores related to "mental health" field. **Conclusion:** The formation of informal groups of caregivers should be encouraged, led by professionals from health area, aiming at the promotion of knowledge, exchange experiences and discuss the best inherent strategies in the act of caring.

Key-words: Elderly; Self-care; Caregivers; Training; Quality of life.

TABELAS

Tabela 1.	Comparação das médias, desvios padrões e o p-valor correspondente ao teste t pareado dos domínios de QV de idosos com déficit de autocuidado através do SF-36, antes e após a realização do PCCI.	33
Tabela 2.	Comparação das médias, desvios padrões e o p-valor correspondente ao teste t pareado dos escores das dimensões A e B, e do Escore total da QV de idosos com déficit de autocuidado através do SF-36, antes e após a realização do PCCI.	34
Tabela 3.	Comparação do aumento, manutenção e diminuição de cada domínio do SF-36, antes e após a realização do PCCI.	34

FIGURAS

Figura 1.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à capacidade física de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	35
Figura 2.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente às limitações por aspectos físicos de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	36
Figura 3.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à dor de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	37
Figura 4.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente ao estado geral de saúde de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	38
Figura 5.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à vitalidade de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	39
Figura 6.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente aos aspectos sociais de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	40
Figura 7.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente aos aspectos emocionais de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	41
Figura 8.	Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à saúde mental de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.	42

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
OMS	Organização Mundial de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
QV	Qualidade de Vida
PCCI	Programa de Capacitação para Cuidadores Informais
SF-36	<i>Medical Outcomes Study Short Form-36</i>
PIB	Produto Interno Bruto
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
FAI	Faculdades Adamantinenses Integradas
CF	Capacidade Física
LAF	Limitações por Aspectos Físicos
EGS	Estado Geral de Saúde
AS	Aspectos sociais
AE	Aspectos Emocionais
SM	Saúde Mental
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com dados epidemiológicos, pode-se constatar que a população idosa do Brasil, vem crescendo consideravelmente (IBGE, 2000), sendo que este fato tem exigido respostas, principalmente no que diz respeito às políticas de saúde e sociais dirigidas a esta população.

Para KASCH (2003) essa transição epidemiológica apresenta, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de indivíduos idosos na dependência de outras pessoas, para suprir as suas necessidades básicas e auxiliar nas suas atividades de vida diária (AVD).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil, o número de indivíduos com 65 ou mais anos, em situação de dependência, equivale a 7,3% da população idosa total (WHO, 1999).

COLOMBINI NETTO (2008) analisou em seu estudo realizado no município de Botucatu/SP, que 4,5% dos idosos apresentavam dependência em quatro ou mais funções básicas de AVD e 9,9% apresentavam dependência para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), sendo que este fato pode influenciar diretamente qualidade de vida (QV) destes indivíduos.

A QV pode ser definida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1995).

Na velhice, a QV tem sido associada a questões de dependência-autonomia (DUARTE & PAVARINI, 1997)

A noção de autonomia está intimamente ligada ao bem-estar e a capacidade do indivíduo de conduzir sua própria vida (FARINATTI, 1997).

Desta forma, sabendo-se que a manutenção da capacidade funcional (CF) e autonomia no idoso são fatores fortemente associados a sua QV e saúde, considera-se que conservar-se autônomo é um objetivo global na saúde dos idosos (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a carência das instituições sociais no amparo às pessoas que precisam de cuidados faz com que a responsabilidade máxima recaia sobre a família, surgindo assim à figura do cuidador de idosos.

O cuidador de idosos pode ser definido como aquele indivíduo capaz de desenvolver ações de ajuda, naquilo que o idoso não pode mais fazer por si só. Essa pessoa assume por sua vez, a responsabilidade de lhe dar apoio e ajuda nas suas necessidades melhorando a sua condição de vida (Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho, 1999).

SOMMERHALDER (2001) identificou vários aspectos positivos ou benéficos vivenciados pelos cuidadores como:

- crescimento pessoal;
- aumento do sentimento de realização, do orgulho e da habilidade para enfrentar desafios;

- melhora no relacionamento interpessoal, tanto com o idoso quanto com as outras pessoas;

- aumento do significado da vida;
- prazer;
- satisfação;
- retribuição;
- satisfação consigo próprio;
- bem-estar com a qualidade do cuidado oferecido.

Para LEWIS (1999) os cuidadores reconhecem haver um envolvimento emocional com os pacientes, constituindo vínculos afetivos e percebendo que há a reciprocidade do apego por parte destes.

Por outro lado, SANTOS (2003) concluiu em seu estudo que os cuidadores “tanto têm percepções de benefício (psicológicos e sociais) quanto de ônus (físico) acerca dessa experiência”.

CATTANI e GIRARDON-PERLINI (2004) observaram sentimentos de gratidão, resignação, cansaço físico e emocional, perda da liberdade, solidão e a inexperiência dos cuidadores diante da demanda de idosos com necessidade no autocuidado. Esta mistura de sentimentos acomete o indivíduo em diversas ocasiões enquanto cuidador, podendo vivenciar momentos de resignação e, ao mesmo tempo, cansaço emocional, por exemplo.

Diversos são os motivos que obrigam uma pessoa a se tornar cuidadora principal, dentre os quais WANDERBROOKE (2002) destaca:

- a obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos, como na condição de conjugalidade, por exemplo;
- a ausência de outras pessoas para o exercício do cuidado, sendo que em muitos casos o cuidador assume essa incumbência sem ter opção;
- as dificuldades financeiras, como em caso de filhos desempregados que cuidam dos pais em troca do sustento.

Para REJANE e CARLETI (1996) existem dois tipos de cuidadores: o formal e o informal. O cuidador formal pode ser definido como um profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do cliente. Já o cuidador informal, é definido como algum membro da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidados a pessoas dependentes, de acordo com suas necessidades específicas.

KOSBERG (1992) descreve num estudo comparativo realizado em diversos países, que a família ainda predomina como alternativa de suporte informal a idosos com déficit de autocuidado.

CHAIMOWICZ (1998) relaciona algumas das crescentes dificuldades a serem encontradas pela família, na maioria dos países em desenvolvimento:

- não existência de políticas sociais de suporte aos cuidadores informais;
- diminuição do tamanho das famílias devido à queda da fecundidade;
- aumento de separações conjugais, idosos residindo sozinhos, casais que optam por não ter filhos, e mães que criam sozinhas seus filhos;
- idosos residindo com familiares que possuem baixa renda;
- o sistema de suporte formal que não tem sido capaz de substituir o papel da família.

Atualmente, é comum observar situações onde os membros da família não encontram-se disponíveis, estão despreparados ou sobrecarregados com esta responsabilidade, sendo que nestes casos, o suporte oferecido a estes idosos apresenta-se inadequado e ineficaz (CALDAS, 2002).

VILELA (2006) concluiu em seu estudo que grande parte dos cuidadores de idosos são únicos e além de desempenhar essa função, têm sob seus cuidados na família, dependentes como: filhos(as), netos(as) e outros parentes portadores de cuidados especiais.

HOOYMAN e KIYAK (1996) vinculam ônus e estresse ao papel do cuidador e destaca os seguintes fatores estressantes, relatados por cuidadores de idosos:

- cuidados diretos, contínuos, intensos, e a necessidade de vigilância constante;
- desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado;
- sobrecarga de trabalho para um único cuidador, em especial os problemas de saúde causados pela idade avançada do cuidador;
- exacerbação de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador e ao não reconhecimento por parte dos demais familiares;
- dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis (recursos financeiros, atividades sociais e profissionais).

Num estudo sobre o suporte domiciliar aos idosos dependentes, KARSCH (1998) aponta que mais de 90% das famílias não recebem ajuda de serviços, grupos voluntários ou agências particulares, Porém, cerca de 30% destas famílias afirmam que se pudessem receber alguns desses tipos de auxílio ficariam satisfeitas.

ZARIT (1994) observou que cuidar de idosos com déficit de autocuidado, traz uma variedade de efeitos adversos aos seus familiares e reconhece o impacto emocional vivido por estes indivíduos.

CALDAS (2002) relata que muitos familiares de idosos com déficit de autocuidado apresentam inúmeras necessidades, que vão desde os aspectos materiais até os emocionais, onde nota-se principalmente, a necessidade de

informações. Afirma ainda, que ao contar com uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, o familiar tem a possibilidade de exercer o cuidado de maneira satisfatória e, ao mesmo tempo, permanecerem inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil atenção ao idoso.

Alguns estudos mostram que o nível de instrução interfere de forma significativa no processo de cuidar de idosos, sendo que além de treinamento específico para lidarem com a situação de cuidar de outrem, os cuidadores necessitariam de suporte social para manter a própria saúde e poder cuidar de si mesmos. Não dispendo de tal suporte, os cuidadores ficariam expostos a riscos de adoecer, não pelo cuidado em si, mas pela sobrecarga a que são submetidos (NERI et al., 2002; GARRIDO e MENEZES, 2004; KARSCH, 2003) .

KARSCH (2003) acrescenta que o cuidador familiar de idosos, precisa receber em casa visitas periódicas de profissionais da área da saúde e de outras modalidades de supervisão e capacitação, a fim de orientar como proceder nas situações mais difíceis e também promover reuniões com grupos de auto-ajuda entre os cuidadores.

Com maiores informações sobre o processo do envelhecimento e a oportunidade de discutir sobre seu papel com outras pessoas que enfrentam circunstâncias parecidas, os cuidadores podem aumentar os aspectos positivos do seu relacionamento com o idoso.

No entanto, a função de impedir perdas e agravos à saúde, deverá abranger igualmente a figura do cuidador e do idoso com déficit de autocuidado, através de programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo, que pode propiciar uma melhor QV para ambos.

É importante ressaltar que com o aumento expressivo da população idosa, cresce também o contingente de pessoas com déficit de autocuidado, sendo que esta situação vai além de um problema de saúde, pois envolve os familiares e, particularmente, os cuidadores informais, acarretando uma situação bastante complexa (NAKATANI et. al., 2003).

A falta de preparo destes cuidadores é uma realidade de difícil solução em curto prazo, tornando importante conhecer o perfil destes indivíduos, pois os problemas vivenciados por estes são distintos, dependendo das condições sócio-econômico-culturais de cada família.

A possibilidade de realizar um serviço de intervenção partindo da realidade e da dificuldade apresentada pela população a ser atendida, aumenta a probabilidade de atender às necessidades apresentadas por esta clientela.

O conhecimento técnico-científico e a afetividade do cuidador são elementos constitutivos do cuidado, os quais influenciarão o desenvolvimento da assistência prestada à pessoa com déficit de autocuidado.

Assim, acredita-se que o planejamento minucioso de um programa de capacitação poderia contribuir para a organização dos serviços prestados pelos cuidadores, desde as informações sobre as necessidades básicas

de saúde do idoso até a promoção de programas de educação contínua em saúde, bem-estar e cuidado de pessoas idosas.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

Avaliar o efeito de um Programa de Capacitação para Cuidadores Informais (PCCI) na QV de idosos com déficit de autocuidado, através do Questionário Genérico “*Medical Outcomes Study Short Form-36*” (SF-36).

2.2 - Objetivos específicos

- avaliar a QV de idosos com déficit de autocuidado residentes na comunidade, através do SF-36;
- desenvolver e aplicar PCCI, dando ênfase para as habilidades básicas oferecidas a estes idosos;
- verificar uma melhora na QV de idosos com déficit de autocuidado após o PCCI.

3 - METODOLOGIA

3.1 - População e local do estudo

O estudo foi realizado no município de Adamantina localizado a 593 km da capital do Estado de São Paulo na mesorregião de Presidente Prudente com extensão total de 411,78 km² e clima tropical de altitude.

De acordo com dados do IBGE (2007) Adamantina tem 33.289 habitantes, sendo que destes 15,58% têm 60 anos ou mais de idade, com uma expectativa de vida de 71,71 anos de idade.

Atualmente o município dispõe de 01 centro de saúde, 03 Unidades Básicas de Saúde, 08 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 11 estabelecimentos de ensino fundamental, 09 estabelecimentos de ensino médio, 02 hospitais, 01 instituição geriátrica e 09 agências bancárias.

Adamantina possui Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 250.833.469,00. O município possui PIB anual de R\$ 7.364,46 *per capita* e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,812.

Em 24 de dezembro de 1948, foram criados o distrito e o município de Adamantina com território desmembrado do distrito sede de Lucélia e do distrito de Aguapeí do Alto, atual município de Flórida Paulista.

O surto cafeeiro e a chegada da ferrovia com ponto final no município proporcionaram o rápido crescimento de Adamantina e da área que se

estendia até o Rio Paraná, fazendo convergir, para a região, passageiros e a produção agrícola.

3.2 - Delineamento do estudo

Realizou-se um levantamento de dados no centro de saúde da cidade de Adamantina/SP, com anuência da Secretária Municipal de Saúde, do número de idosos hipertensos, diabéticos e hipertensos e diabéticos com déficit de autocuidado, atendidos no Programa “Hiperdia”.

Este programa teve seu início em 21/10/2001, com o objetivo de reduzir os índices de morbidade e mortalidade de indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes residentes no município de Adamantina.

O Programa “Hiperdia” atualmente é composto por 03 médicos, sendo 01 especialista em cardiologia e 02 especialistas em clínica geral, 01 nutricionista, 02 enfermeiros, 02 auxiliares de enfermagem e 02 estagiários.

Em suas consultas, estes profissionais realizam aferição e controle de pressão arterial e glicemia, fornecem os medicamentos e orientam os pacientes e familiares sobre suas respectivas condições clínicas.

O levantamento de dados desta pesquisa foi realizado a partir da verificação de prontuários.

Inicialmente foram verificados 1056 prontuários de pacientes hipertensos, diabéticos e hipertensos e diabéticos, sendo que 96 destes indivíduos atendiam os critérios de inclusão para o estudo.

Porém, muitos dos dados contidos nestes prontuários, estavam desatualizados ou incompletos, sendo que desta forma apenas 46 prontuários foram aproveitados.

Foram colhidas informações dos dados pessoais do paciente como nome, idade, sexo, endereço, telefone e condições para seu autocuidado.

As informações quanto às condições para seu autocuidado foram obtidas a partir dos aspectos psicossociais da ficha de “Sistematização da Assistência de Enfermagem” (anexo I) no item “exame físico e informações relevantes sobre órgãos e sistemas”.

Neste item, os pacientes deveriam assinalar como eles se referiam para realizar suas condições para seu autocuidado:

- independente;
- precisa de ajuda para poucas atividades;
- precisa de ajuda para muitas atividades;
- totalmente dependente.

Desta forma, foram incluídos no estudo, os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos que referiram necessitar de qualquer tipo de ajuda

para suas AVD, assinalando na ficha de “Sistematização da Assistência de Enfermagem” um dos três tópicos: precisa de ajuda para poucas atividades; precisa de ajuda para muitas atividades; ou totalmente dependente, foram incluídos no estudo.

Referente aos cuidadores informais, estes deveriam apresentar idade igual ou superior a 18 anos e serem alfabetizados para um melhor aproveitamento do PCCI.

Foram excluídos todos aqueles indivíduos impossibilitados de compreender e/ou responder o questionário SF-36, como idosos com quadro demencial, presbiacusia, inconscientes, desorientados ou aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

Assim, realizou-se um estudo clínico epidemiológico prospectivo de intervenção, analítico composto de duas etapas: antes e após a intervenção.

3.3 - Coleta inicial dos dados

Nesta etapa, realizou-se a coleta de dados do SF-36 (anexo II) na residência de cada paciente.

Para aplicação dos questionários foram convidadas estagiárias do Curso de Fisioterapia das Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI), sendo estas submetidas a um minucioso treinamento prévio realizado pelo pesquisador responsável pelo estudo. Este treinamento teve por finalidade instruir as

entrevistadoras sobre as prerrogativas do estudo e esclarecer dúvidas sobre o SF-36.

Este questionário tem por objetivo, avaliar a QV de indivíduos em vários aspectos:

- CF;
- limitação por aspectos físicos (LAF);
- dor;
- estado geral de saúde (EGS);
- vitalidade;
- aspectos sociais (AS);
- aspectos emocionais (AE);
- saúde mental (SM).

Esse questionário foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira, de acordo com metodologia internacionalmente aceita (BEATON et al., 2000).

As propriedades de medida como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações, foram demonstradas nos estudos de CICONELLI et. al. (1999) e WARE (1994), dentre outros. Cada “escore” dos domínios tem valores de 0 a 100, sendo que os escores próximos a 100 representam uma melhor QV e os valores próximos a 0 uma pior QV.

Antes da aplicação do questionário, as entrevistadoras procuraram esclarecer aos entrevistados que este questionário tem por principal finalidade, avaliar a QV de cada indivíduo, sendo que estas informações seriam fundamentais para coleta de aspectos de caráter emocional, mental e social e importante na avaliação da qualidade das AVD.

Também foi instruído aos entrevistados que cada questão deveria ser respondida marcando a resposta como indicado na ficha de avaliação, onde caso houvesse insegurança ou dúvida em como responder o teste, deveria tentar responder da melhor maneira possível.

Com os idosos entrevistados foram aplicadas maneiras acessíveis de explicar a natureza e objetivos da pesquisa, sendo que todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para participar do estudo, em concordância e dentro das leis e regulamentos referentes à condução de pesquisa no Brasil (anexo III).

No caso de idosos analfabetos ou com incapacidades físicas, os preenchimentos do referido questionário foi realizado pelas próprias entrevistadoras.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA) (anexo IV).

3.4 - Programa de Capacitação para Cuidadores Informais

Após a coleta inicial dos dados, foi elaborado e executado o PCCI, com características multidisciplinares dividido nos seguintes módulos:

Modulo I

Tema: Aspectos Biológicos do Envelhecimento

Profissional: Geriatra

Objetivo: Oferecer noções básicas sobre o envelhecimento como um processo orgânico, compreendendo o porquê e como o individuo envelhece.

Modulo II

Tema: Aspectos Psicológicos e Sociais do Envelhecimento

Profissional: Psicólogo

Objetivo: Ampliar o conhecimento sobre as reações pessoais do envelhecimento, assim como as reações às pessoas, à morte, à dependência e à depressão, incentivando as reações motivacionais e comportamentais de idosos e cuidadores.

Modulo III

Tema: Higiene Pessoal e Cuidados de Enfermagem

Profissional: Enfermeiro

Objetivo: Instruir sobre os cuidados diários com os idosos, abordando assuntos como higiene pessoal e administração de medicamentos, sempre incentivando a autonomia, independência e individualidade de cada indivíduo.

Modulo IV

Tema: Aspectos Nutricionais do Envelhecimento

Profissional: Nutricionista

Objetivo: Relacionar nutrição com as alterações conseqüentes do envelhecimento, explicando a função dos alimentos nesse processo e discutindo com os participantes a composição de cardápio para dietas e suplementação alimentar para os idosos.

Modulo V

Tema: Estratégias de Intervenção para Idosos com Deficiências Físicas e Incapacidades

Profissional: Fisioterapeuta

Objetivo: Oferecer noções sobre os declínios funcionais do idoso nos aspectos fisiológicos e patológicos do processo de envelhecimento, orientando quanto à prevenção de quedas e deformidades, a mobilidade e inabilidade, técnicas de posicionamento no leito e transferências de decúbito, estratégias para melhorar suas AVD, entre outros aspectos relacionados ao tema.

A elaboração deste programa baseou-se na literatura específica para estes temas e nos relatos de dificuldades enfrentadas por familiares de idosos com déficit de autocuidado.

O curso foi realizado num período de cinco dias consecutivos, com reuniões de aproximadamente 3 horas e um intervalo de 15 minutos, sendo abordado um tema por reunião, totalizando assim os cinco módulos.

Todos os módulos do PCCI foram apostilados (anexo V) e disponibilizados aos participantes.

Vários recursos foram selecionados para o desenvolvimento das atividades oferecidas pelo programa:

- apresentação oral;
- recursos áudios-visuais;
- atividades práticas;
- dinâmicas em grupo;
- discussões de situações vivenciadas;

- artigos, jornais, revista e variada tipologia textual.

As reuniões do PCCI foram realizadas na sala 01 do Campus III das FAI, com anuência da Coordenação Pedagógica e da Direção Geral da referida instituição.

3.5 - Coleta final dos dados

Após dois meses de aplicação do PCCI, foi realizada uma nova aplicação do SF-36 pelo pesquisador responsável pelo estudo, de modo a comparar os resultados a coleta inicial dos dados e verificar a eficácia de tal programa.

3.6 - Análise estatística

Para uma melhor apreciação dos resultados, foi realizada uma análise estatística com teste t pareado, considerando uma análise comparativa P significativa a um valor $< 0,05$ para os domínios e dimensões do SF-36 e teste de comparação de proporções para as porcentagens de aumento, manutenção e diminuição dos escores antes e após a aplicação do PCCI.

4 - RESULTADOS

4.1 - Caracterização da população

Foram realizadas visitas domiciliares na residência de 46 idosos com déficit de auto-cuidado e seus respectivos cuidadores informais, sendo que 67% (n=31) dos cuidadores principais não aceitaram participar do PCCI.

Dentre os motivos relatados por estes cuidadores para não participar do estudo destacam-se:

- a falta de condução para ir até o local do PCCI;
- não ter outra pessoa para assistir o idoso durante o PCCI;
- motivo de trabalho no horário do PCCI;
- o não interesse em participar do PCCI.

Desta forma constituiu-se uma amostra de 15 idosos com déficit de auto-cuidado, nos quais 02 desses indivíduos e seus cuidadores informais foram excluídos do estudo na etapa final de coleta de dados: o primeiro por motivo de óbito e o segundo por apresentar uma inabilidade para compreender as perguntas do questionário. Sendo assim, foram estudados 13 indivíduos, dos quais 61,5% (n=08) eram do sexo masculino e 38,5% (n=05) do sexo feminino,

com idades compreendidas entre 60 e 94 anos de idade (média=73,1) e seus respectivos cuidadores informais (n=13).

4.2 - Variáveis de Qualidade de Vida

A tabela 1 mostra as médias, desvios padrões e o p-valor correspondente ao teste t pareado dos domínios do SF-36, antes e após a intervenção. Nota-se um aumento significativo ($p < 0,05$) dos escores relacionados ao domínio SM e uma diminuição significativa ($p < 0,05$) dos escores relacionados ao domínio LAF, 02 meses após a aplicação do PCCI.

Tabela 1. Comparação das médias, desvios padrões e o p-valor correspondente ao teste t pareado dos domínios de QV de idosos com déficit de autocuidado através do SF-36, antes e após a realização do PCCI.

	Média		Desvio padrão		p-valor
	Antes	Após	Antes	Após	
CF	20,8	24,62	35,6	29,96	0,6012
LAF	21,2	5,77	30,4	20,80	0,0136*
Dor	45,4	50,77	8,8	7,60	0,0678
EGS	59,2	62,69	16,8	16,91	0,5038
Vitalidade	50,8	53,08	28,6	26,97	0,7112
AS	50	49,81	12,5	23,51	0,9773
AE	33,3	23,07	43	36,98	0,5487
SM	53,8	71,38	27,1	17,19	0,0183*

Para uma melhor interpretação dos resultados, o SF-36 teve seus domínios agrupados em dois componentes: físico (que integrou os domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor e vitalidade) e emocional (que integrou

os domínios saúde mental, estado geral de saúde, aspectos emocionais e aspectos sociais).

Desta forma, a tabela 2 apresenta as médias, desvios padrões e o p-valor correspondente ao teste t pareado, referentes à dimensão A (componente físico) e B (componente emocional) e o escore total, antes e após a realização do PCCI. Observa-se que não houve diferença significativa ($p < 0,05$) destas dimensões após a realização do PCCI.

Tabela 2. Comparação das médias, desvios padrões e o p-valor correspondente ao teste t pareado dos escores das dimensões A e B, e do Escore total da QV de idosos com déficit de autocuidado através do SF-36, antes e após a realização do PCCI.

	Média		Desvio padrão		p-valor
	Antes	Após	Antes	Após	
Dimensão A	39,46	39,38	15,94	11,43	0,9771
Dimensão B	45,71	47,80	20,26	14,67	0,697
Escore total	41,78	42,52	15,80	12,01	0,8084

Na tabela 3, pode-se observar que a maioria dos idosos ($p < 0,05$) relataram uma manutenção dos escores relacionados aos domínios LAF e dor após a intervenção. Já, a maioria dos idosos ($p < 0,05$) referiram uma melhora do domínio vitalidade e SM, 02 meses após a realização do PCCI.

Tabela 3. Comparação do aumento, manutenção e diminuição de cada domínio do SF-36, antes e após a realização do PCCI.

	Aumento %	Manutenção %	Diminuição %	p-valor
CF	39	46	15	0,2231
LAF	0	54	46	0,007*
Dor	31	69	0	0,0008*
EGS	39	23	39	0,6303
Vitalidade	62	8	31	0,0139*
AS	39	23	39	0,6303
AE	23	46	31	0,4459
SM	69	8	23	0,00247*

4.2.1 - Capacidade funcional

De acordo com a tabela 3, pode-se observar que 39% (n=5) dos idosos entrevistados apresentaram aumento dos escores relacionados à CF, 02 meses após a realização do PCCI, 46% (n=6) dos idosos apresentaram uma manutenção do quadro e 15% (n=2) apresentaram uma diminuição destes escores, com grande limitação para atividades vigorosas que exigissem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados e participar de esportes árduos.

Dentre estes escores o valor mínimo encontrado para CF dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 0 e o maior valor foi de 100.

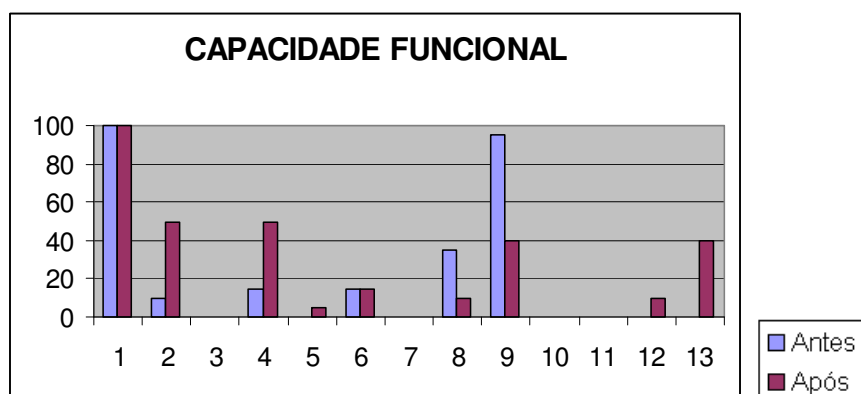


Figura 1. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à CF de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

4.2.2 - Limitação por aspectos físicos

Como mostrado na tabela 3, 54% (n=7) dos idosos apresentaram uma manutenção dos escores referente às LAF e 46% (n=6) apresentaram uma diminuição dos escores referente a este domínio após a aplicação do PCCI.

Dentre estes escores o valor mínimo encontrado para LAF dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 0 e o maior valor foi de 100.

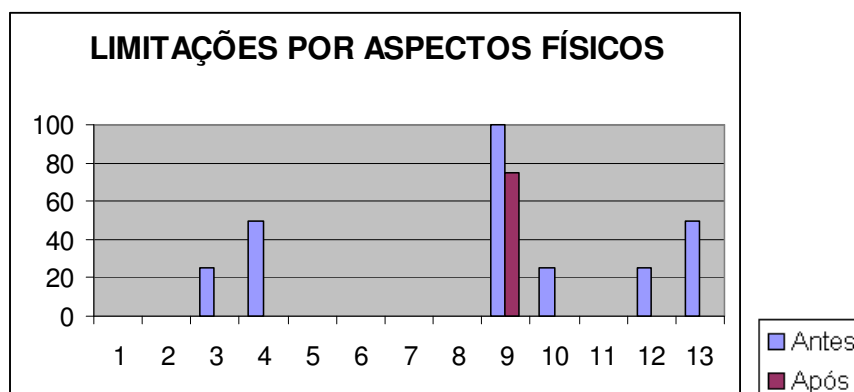


Figura 2. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente às LAF de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

4.2.3 - Dor

Dentre os escores encontrados, o valor mínimo para dor dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 30 e o maior valor foi de 60 (tabela 3).

Observou-se nesse domínio que 31% (n=4) dos idosos entrevistados apresentaram um aumento dos escores e 69% (n=9) apresentaram uma manutenção dos escores referente a este domínio após a aplicação do PCCI.

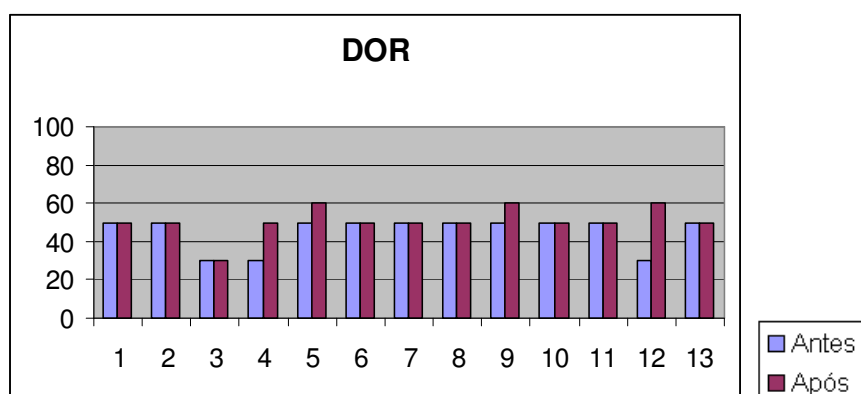


Figura 3. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à dor de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

4.2.4 - Estado Geral de Saúde

De acordo com a tabela 3, pode-se observar que 39% (n=5) dos idosos entrevistados apresentaram aumento dos escores relacionados ao EGS dois meses após a realização do PCCI, 22% (n=3) dos idosos apresentaram uma manutenção do quadro e 39% (n=5) apresentaram uma diminuição destes escores, onde o valor mínimo dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 35 e o maior valor foi de 90.

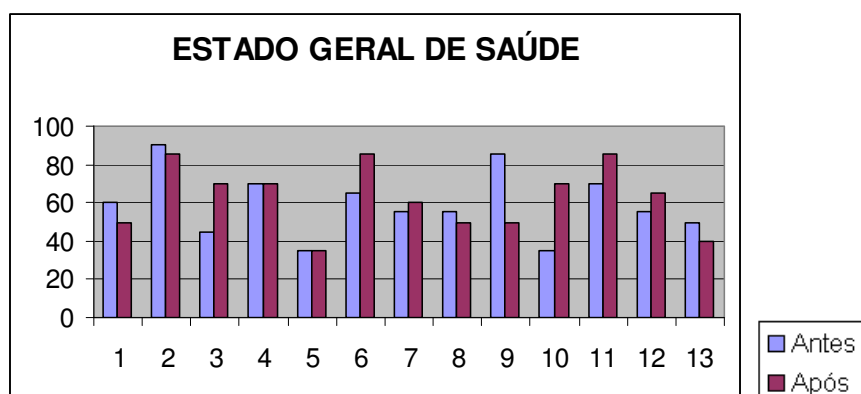


Figura 4. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente ao EGS de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

4.2.5 - Vitalidade

Observou-se neste domínio, que 61 % (n=8) dos idosos apresentaram um aumento dos escores do domínio vitalidade, 8% (n=1) dos idosos apresentaram uma manutenção do quadro e 31% (n=4) apresentaram uma diminuição destes escores, dois meses após a realização do PCCI (tabela 3).

Dentre estes escores o valor mínimo encontrado para vitalidade dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 15 e o maior valor foi de 100.

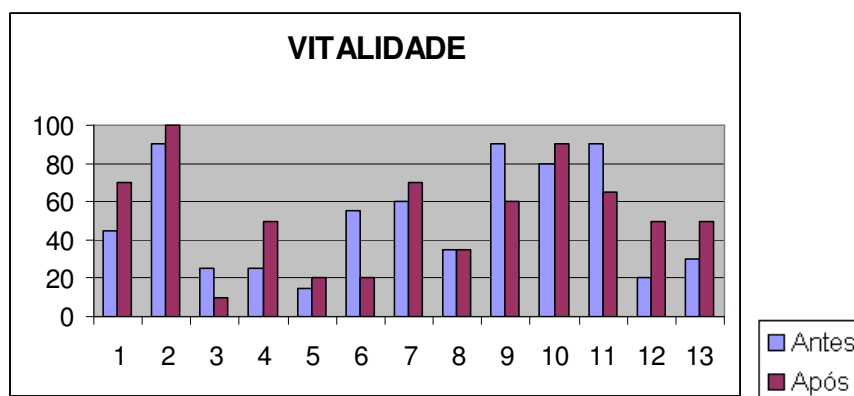


Figura 5. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à vitalidade de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

4.2.6 - Aspectos sociais

De acordo com a tabela 3, pode-se observar que 39% (n=5) dos idosos entrevistados apresentaram aumento dos escores relacionados aos AS, dois meses após a realização do PCCI, 22% (n=3) dos idosos apresentaram uma manutenção do quadro e 39% (n=5) apresentaram uma diminuição destes escores, onde o valor mínimo dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 0 e o maior valor foi de 87,5.

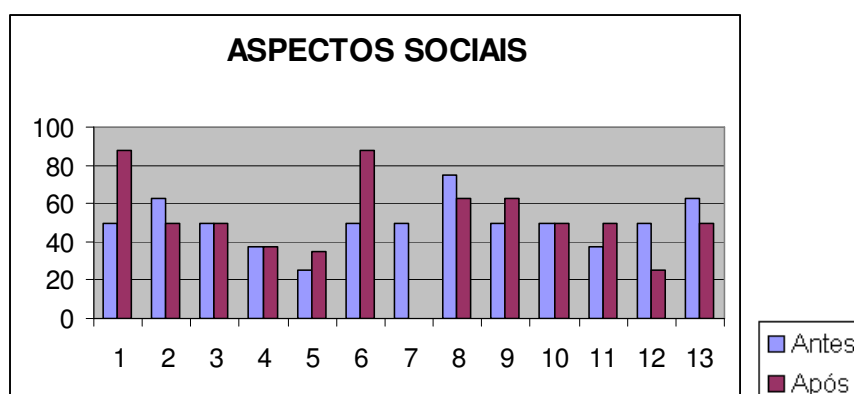


Figura 6. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente aos AS de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

4.2.7 - Aspectos emocionais

Dentre os escores encontrados, o valor mínimo para dor dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 0 e o maior valor foi de 100.

Observou-se neste domínio, que 23% (n=3) dos idosos apresentaram um aumento dos escores do domínio AE, 46% (n=6) dos idosos apresentaram uma manutenção do quadro e 31% (n=4) apresentaram uma diminuição destes escores, dois meses após a realização do PCCI (tabela 3).

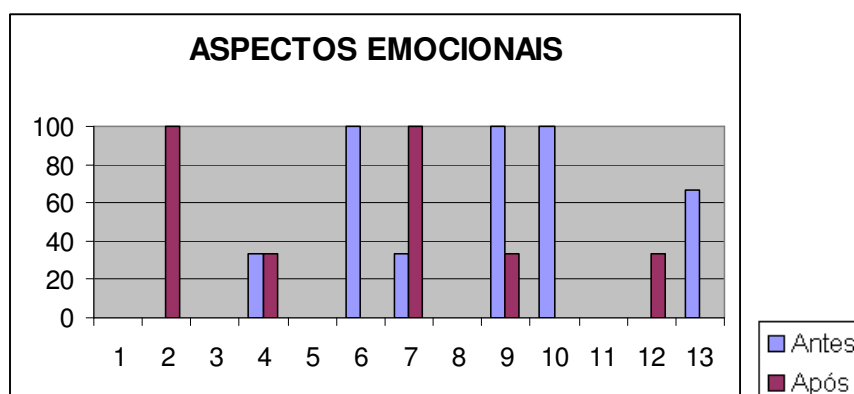


Figura 7. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente aos AE de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

4.2.8 - Saúde mental

Como demonstrado na tabela 3, 69% (n=9) dos idosos apresentaram uma melhora dos escores referente à SM, 8% (n=1) dos idosos apresentaram uma manutenção do quadro e 23% (n=3) apresentaram uma diminuição dos escores referente a este domínio após a aplicação do PCCI.

Dentre estes escores o valor mínimo encontrado para SM dentro da escala de valores normalizados do SF-36 foi de 0 e o maior valor foi de 100.

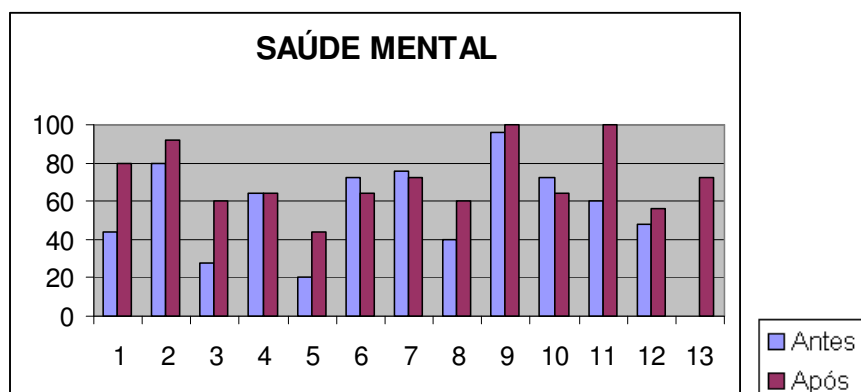


Figura 8. Gráfico comparativo dos escores do SF-36 referente à SM de idosos com déficit de autocuidado, antes e após o PCCI.

5 - DISCUSSÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, compete ao cuidador de idosos, mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho para realizar ações de inserção social, apoio, acompanhamento e cuidado à pessoa idosa, a partir de suas necessidades e demandas e da concepção de saúde como promoção da qualidade de vida; e ainda, valorizar o desenvolvimento da autonomia e da independência da pessoa idosa diante de suas necessidades e escolhas, articulando-se, para tanto, com os indivíduos, os grupos sociais e a comunidade (BRASIL, 2007).

Diante disso, acredita-se que uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência destes idosos, como também o envelhecer saudável, é a ação educativa para esta parcela da sociedade.

No entanto, cuidar e promover a educação em saúde no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes para a equipe multidisciplinar atuante na área da saúde (MARTINS et. al., 2007).

Para NARDI e OLIVEIRA (2008) a preocupação com a saúde da família, dos idosos e dos cuidadores, bem como a formação de uma rede de apoio deve ser focada de modo multidisciplinar, desenvolvendo propostas realmente efetivas que promovam a saúde de maneira geral.

RAMOS et. al. (1993) relata que as atividades preventivas e de reabilitação no âmbito da fisioterapia, são imprescindíveis para manter ou resgatar a autonomia de idosos e poderão ter grande impacto na saúde desta população.

Segundo SOUZA et. al. (2007), o enfermeiro, também é um profissional que pode contribuir para atividades dirigidas aos cuidadores leigos, na prevenção de complicações, orientando-os para prestarem cuidado ao doente e fortalecendo, de igual forma, o autocuidado. Ressalta ainda, a relevância dos programas de apoio dos serviços de saúde, os quais devem oportunizar, aos cuidadores, mecanismos facilitadores para que ocorra suporte multiprofissional, com atendimento médico, fisioterápêutico e psicológico, dentre outros.

Deste modo, procurou-se elaborar o PCCI com características multidisciplinares, a fim de privilegiar ações educativas de promoção à saúde, prevenção de futuras enfermidades e a manutenção da CF dos idosos com déficit de autocuidado, através da capacitação de seus cuidadores, dentro de seu contexto.

Uma informação importante a ser destacada neste estudo foi o fato de 67% dos cuidadores principais convidados não aceitaram participar do PCCI, sendo que dentre os motivos relatados por estes cuidadores destacam-se a falta de condução para comparecer as reuniões, não ter outra pessoa para assistir o idoso, motivo de trabalho e, simplesmente, o não interesse em participar do PCCI.

GONÇALVES (2000) cita, dentre outros aspectos, a indisponibilidade de transporte para os serviços de saúde como uma das

principais dificuldades vivenciadas por cuidadores no cuidado ao idoso no domicílio.

Referente ao motivo “não ter outra pessoa para assistir o idoso durante o PCCI”, FERREIRA (2007) verificou em seu estudo que em todos os casos analisados, antes de um cuidador principal, a figura mais freqüente foi a de um cuidador único.

Segundo SCHOSSLER e CROSSETTI (2008) as privações e a rotina do cuidador principal, não permitem que as suas necessidades humanas sejam satisfeitas, fato que acontece devido à falta de outra pessoa para auxiliá-lo nas ações de cuidado ao idoso

Vários autores, confirmam que o cuidado informal, além de ser realizado, principalmente, por pessoas com vínculo de parentesco, também é centrado em um único cuidador familiar, o qual se sobrecarrega, em muitos casos, com tal responsabilidade (GARCIA et. al., 2005; CERQUEIRA e OLIVEIRA, 2002; GONÇALVES et. al., 2000).

Foi observado por ZART et. al. (2006) que aproximadamente 25% dos cuidadores estudados trabalham com comércio, são estudantes ou exercem outras atividades ocupacionais, corroborando as informações deste estudo referente a não participação do cuidador no PCCI por “motivo de trabalho”.

FERREIRA (2007) constatou ainda, que a inserção no mercado de trabalho de cuidadores, modifica as relações de gênero, criando um ambiente

em que a mulher deixa de ser exclusivamente dona de casa e passa a ter outras aspirações.

No presente estudo verifica-se que em média, ocorreu um aumento significativo dos escores relacionados ao domínio SM e uma diminuição significativa dos escores relacionados ao domínio LAF após a aplicação do PCCI.

Também pode-se observar que 62% dos idosos referiram melhora do domínio vitalidade e 69% referiram melhora do domínio SM.

RAMOS (2003) destaca que o envelhecimento saudável é visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência nas AVD, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Sabe-se que diversos transtornos do cotidiano dos idosos como perdas afetivas, aposentadoria, afastamento de atividades profissionais, sociais e familiares, e dificuldades econômicas podem levá-los a apresentar problemas de SM.

Segundo HEITOR DOS SANTOS et al. (2005) o impacto dos cuidados ao idoso na dinâmica familiar pode assumir repercussões negativas (sobrecarga, perdas na saúde física e mental, na atividade profissional e tempo de lazer) ou positivas (satisfação obtida com a prestação dos cuidados). Desta forma, as intervenções junto aos cuidadores de idosos devem contemplar a resposta a várias necessidades, de modo a melhorar a QV de idosos e cuidadores. Relata ainda, que deve-se fornecer, ao público em geral e aos diferentes grupos de cuidadores, educação e informação regulares sobre os cuidados de SM no idoso,

devendo ser elaborados manuais de formação adequados, com conteúdos culturalmente adaptados.

Para tanto, verificou-se a necessidade de incluir o módulo “Aspectos Psicológicos e Sociais do Envelhecimento”, ministrado por uma profissional da área de psicologia, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre as reações pessoais do envelhecimento, assim como as reações às pessoas, à morte, à dependência e à depressão, incentivando as reações motivacionais e comportamentais tanto de idosos e como de seus respectivos cuidadores.

Referente ao domínio LAF, ao pesquisar a definição de envelhecimento saudável em uma amostra de idosos, CUPERTINO et. al. (2007) verificou que o domínio relacionado aos aspectos físicos foi o que mais se destacou, demonstrando que para os idosos a manutenção da saúde física é fundamental para um envelhecimento saudável.

Vale lembrar, que todos os idosos participantes do estudo apresentavam déficit para seu autocuidado, limitações em sua capacidade física e, conseqüentemente, eram sedentários.

SPIRDUSO (1995) ilustra que o envelhecimento conduz a uma perda progressiva das aptidões funcionais do organismo, aumentando o risco do sedentarismo e coloca em risco a QV do idoso, por limitar a sua capacidade para realizar, com vigor, as suas atividades do cotidiano e colocar em maior vulnerabilidade a sua saúde.

Do mesmo modo, MATSUDO et. al. (2000) esclarece que, à medida que a idade cronológica aumenta, as pessoas se tornam menos ativas, suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade, ocorre uma diminuição da atividade física que, conseqüentemente, facilita a aparição de doenças crônicas, que, contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento.

Dentre essas doenças crônicas, pode-se destacar o aumento da prevalência do Diabetes *Mellitus* (DM) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que vêm se transformando progressivamente num dos mais graves problemas de saúde pública, atingindo em especial os indivíduos idosos.

NATHAN et al. (1997) citam que as complicações do DM são graves, destacando-se a doença isquêmica do coração e doenças vasculares periféricas, que estão entre as maiores causas de morbidade e mortalidade nos portadores de diabetes em todo o mundo.

Da mesma forma, FUCHS (2004) relata que a multiplicidade de conseqüências, também coloca a HAS na origem das doenças crônico-degenerativas e, portanto, a caracteriza como uma das causas de maior redução da expectativa e da QV dos indivíduos.

Tendo em vista que a organização familiar influencia fortemente o comportamento de saúde de seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo também influencia o modo como a unidade familiar funciona, infere-se que a família é uma instituição central que pode ajudar ou não a pessoa diabética e hipertensa a manejar estas doenças e alcançar as metas dos seus tratamentos.

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas como a amostra reduzida, o instrumento utilizado e o curto período de tempo para a realização do PCCI.

Dos 96 prontuários do Programa “Hiperdia” que atendiam os critérios de inclusão para o estudo, 46 foram aproveitados, sendo que, após visita domiciliar, apenas 15 idosos e seus respectivos cuidadores aceitaram participar do estudo.

Observou-se também, que muitos dos idosos com déficit de autocuidado entrevistados apresentaram alguma dificuldade para compreender determinadas questões do SF-36. É importante lembrar que trata-se de uma população distinta, com características próprias e que algumas questões presentes no referido questionário não se aplica no cotidiano desses indivíduos.

Outra suposta limitação apresentada foi o curto tempo de aplicação do PCCI, sendo que o curso foi realizado num período de cinco dias consecutivos, com reuniões de aproximadamente 3 horas e um intervalo de 15 minutos, sendo abordado um tema por reunião, totalizando assim os cinco módulos. Optou-se por realizar um curso conciso, porém completo, a fim de garantir a assiduidade e o melhor aproveitamento dos cuidadores participantes.

Entretanto, pode-se afirmar, que independente das limitações metodológicas e dos resultados apresentados neste estudo, o PCCI obteve ótimos resultados no que diz respeito à satisfação dos cuidadores. Durante o PCCI, estes indivíduos tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas com profissionais qualificados, de discutir melhores estratégias de intervenção para os idosos com

déficits de autocuidado, de vivenciar outras realidades, de trocar experiências e, não menos importante, de exteriorizar suas angústias, limitações e temores vivenciados em seu cotidiano.

Deste modo, acredita-se que a implementação de programas com essas características podem ser uma importante ferramenta de assistência aos cuidadores informais, uma vez que os prepara para uma vida mais saudável e para, a partir de então, poderem oferecer cuidados satisfatórios ao seu próximo.

6 - CONCLUSÃO

De acordo com os dados obtidos pode-se concluir que:

1. Os idosos participantes do estudo relataram, em média, uma melhora da SM e um agravamento das LAF, após 02 meses da aplicação do PCCI.
2. Não houve melhora expressiva dos componentes físico (CF, LAF, dor e vitalidade) e emocional (SM, EGS, AE e AS) referentes à QV de idosos com déficit de autocuidado após a realização PCCI
3. A maioria dos idosos com déficit de autocuidado cujos cuidadores participaram do PCCI relataram uma manutenção das LAF e da dor e, melhora da vitalidade e da SM.
4. Deve ser incentivada a formação de grupos de cuidadores informais, conduzido por profissionais da área de saúde, com o objetivo de fomentar o conhecimento, trocar experiências e discutir melhores estratégias inerentes ao ato de cuidar.
5. Na avaliação da QV pelo SF-36 foi observado que este instrumento não foi eficaz para o objetivo proposto, uma vez que muitas de suas questões não eram apropriadas para a população estudada. Desse modo, outros instrumentos para avaliar a QV

poderiam ser aplicados levando em conta a realidade da população estudada.

7 - REFERÊNCIAS

BEATON, D.E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine.*, v. 25, p. 3186-3191, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Qualificação do Cuidador de Pessoas Idosas com Dependência: Projeto Piloto*. Brasília, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília, 2008.

CALDAS, C. P. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C. (Org). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 51-71, 2002.

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.6, n. 2, p.254-271, 2004.

CENTRO EXPERIMENTAL PÚBLICO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL. Cuidador de Idosos. *Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho*, 1999.

CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção a saúde do idoso. *Psicol. USP, São Paulo*, v.13, n.1,p. 133-150, 2002.

CHAIMOWICS, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 1997, 31(2): 184-200.

CHAIMOWICS, F. *Os idosos brasileiros do século XXI: demografia, saúde e sociedade*. Belo Horizonte : Postgraduate, 1998.

CICONELLI, R.M. et. al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil-SF36). *Rev Bras Reumatol*, v. 39, p. 143-150, 1999.

COLOMBINI NETTO, M. *Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos*. Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista. Botucatu: [s.n.], 2008.

CUPERTINO, A.P.F.B; ROSA, F.H.M.; RIBEIRO, P.C.C. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 81-86, 2007.

DUARTE, Y.; PAVARINI, S. Instituições de idosos: qualificação do pessoal. In: I Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, *Consenso de Gerontologia*, São Paulo, p. 66-73, 1997.

FARINATTI, P.T.V. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. *Arq Gerontol Geriatr.*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.31-38, 1997.

FERREIRA S.A.R. *Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa - Brasil 2000-2015* – Dissertação de Mestrado Cedeplar/UFMG. Belo Horizonte, 2007.

FUCHS, F.D. *Hipertensão arterial sistêmica*. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3. ed., Porto Alegre: ARTMED, 2004. p.433-442.

GARCIA, M.A.M.; FRIGERIO R.M.; MIYAMOTO, D.A.; MERLIN, S.S. Idosos e cuidadores fragilizados? *O Mundo da Saúde*. dezembro/outubro; 29(4): 645-52, 2005.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em Cuidadores de Idosos com Demência atendida em um Serviço Psicogeriátrico. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SANTOS, S.M.A. *Os cuidadores leigos de pessoas idosas*. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico*. São Paulo (SP): Atheneu; p. 101-10, 2000.

HEITOR DOS SANTOS, M.J. et al. *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas*. Lisboa, DGS, 2005.

HOOYMAN, N.; KIYAK, H.A. *Social gerontology - a multidisciplinary perspective*. 4.ed. *Needham Heights*, Allyn and Bacon, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico: 1940/2000*. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico*. Disponível em: <http://censos2007.ibge.gov.br/importancia.shtm>. Acessado em: 19 de março de 2008.

KARSCH, U.M. Cuidadores Familiares e Assistência Domiciliar. In: *3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*, n. 3, 1998, Santos, Anais.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, 2003.

KOSBERG, J. I. *Family Care of the Elderly*. Thousand Oaks: *Sage Publications*, 1992.

LEWIS, A.E. Reducing Burnout: development of an oncology staff bereavement program. *Oncol Nurs Fórum.*, v. 26(6), p. 1065-69, 1999.

MARTIN, P.C.; RONCON, J. Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação do cuidado informal. *Psic., Saúde & Doenças.*, Lisboa, v.4, n.1, p.131-148, 2003.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.R.; BARROS NETO, T.L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Rev. Bras. Ciên. e Mov.* 8 (4): 21-32, 2000.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de auto-cuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* v.5, n.1, p.15-20, 2003.

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2008 mar;29(1):47

NATHAN, D.M.; MEIGS, J.; SINGER, D.E. The epidemiology of cardiovascular disease in type 2 diabetes mellitus: how sweet it is, or is it? *Lancet* 1997; 350(supl. 1):S14-S19.

NERI, A.L. et al. (Orgs.) *Cuidar de Idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais.* Campinas: Alínea, 2002.

RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M.; MEDINA, M.C.G.; SANTOS, F.R. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, **27**:87-94, 1993.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*; 19(3):793-8, 2003.

REJANE, M.I.; CARLETI, S.M.M. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. Cap. 37. p.415-430.

SANTOS, S.M.A. *O cuidador familiar de idosos: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira*. Tese. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M.G.O. Cuidador Domiciliar do Idoso e o Cuidado de Si: uma análise através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. *Texto & Contexto*. Enfermagem, v. 17, p. 280-287, 2008.

SOMMERHALDER C. *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. [dissertação] Campinas (SP): Faculdade de Educação da UNICAMP, 2001.

SOUZA, L.M.; WEGNER, W.; GORINI, M.L.P.C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidados ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem*. Março-Abril; 15(2): 337-43, 2007.

SPIRDUSO, W. Physical dimension of aging. Champaign, Illinois: *Human Kinetics*, 1995.

VILELA, A.B.A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado no contexto sociocultural de Jequié-BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 09, n. 01, 2006.

WANDERBROOKE, A.C.M.S. Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. *Revista Psico.*, Porto Alegre, v. 33, n.2, p. 401-412, jul./dez, 2002.

WARE, J. E. SF-36 physical and mental, health summary scals: a user's manual. ed. Boston: *The Health Institute Boston*, 1994.

WHO. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From The World Health Organization. *Soc Sci Med*, v. 41, p. 1403-1409, 1995.

WHO. World Health Organization. *Home care issues at the approach of 21st century from a World Health Organization perspective: a literature review*. Geneva: World Health Organization, 1999.

ZART, V. B.; KERBER, C. A.; RODRIGUES, M. S. Cuidado Familiar: Desafios no Processo de Cuidar. *Logos* (Rio de Janeiro), Canoas, v. 17, p. 21-29, 2006.

ZARIT, S.H. Research perspective on family caregiving. In: CANTOR, M. (Org.). *Family caregiving: Agenda for the future*. San Francisco: American Society for Aging, 1994. p. 09-24.

ANEXOS

Anexo I

Secretaria Municipal de Saúde de Adamantina S.A.E. - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM			
I - HISTÓRICO / IDENTIFICAÇÃO			
Nome: _____		Idade: <u>67</u>	MEDICAÇÕES EM USO: _____
Profissão: <u>Dona de casa</u>		Sexo: <u>F</u>	<u>Furosemida, D. Faxina, captopril, HTD</u>
Diagnóstico Médico: <u>Hipertensão</u>		Religião: <u>Católica</u>	
Estado Civil: <u>casada</u>			
HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL		Antecedentes Familiares	Pessoais
<u>Hipertensão desde 1996</u> <u>Fuê Diabete melitus a sanos, hoje está con-</u> <u>trolada</u>		<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> Cardiopatia <input checked="" type="checkbox"/> Tabagismo <input checked="" type="checkbox"/> Etilismo <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Cirurgia Anterior <input type="checkbox"/> Alergia <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Tabagismo <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes Tipo: <u>2</u>
II - HÁBITOS			
CONDIÇÕES DE MORADIA		CUIDADO CORPORAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Área Urbana <input type="checkbox"/> Área Rural <input checked="" type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input checked="" type="checkbox"/> Saneamento Básico <input type="checkbox"/> Sem Saneamento		<input checked="" type="checkbox"/> Asseado <input type="checkbox"/> Falta de Asseio Corporal	
SONO E REPOUSO		HÁBITO DE TOMAR BANHO	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Apresenta Dif. Conciliar o Sono <input checked="" type="checkbox"/> Acorda várias vezes a Noite <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input checked="" type="checkbox"/> Dorme..... por noite <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos.....		<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
ALIMENTAÇÃO		EXERCÍCIO FÍSICO	
<input checked="" type="checkbox"/> Frutas <input checked="" type="checkbox"/> Verdura <input checked="" type="checkbox"/> Carne <input type="checkbox"/> Arroz <input type="checkbox"/> Cereal <input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Leite <input type="checkbox"/> Suco <input checked="" type="checkbox"/> Água <input checked="" type="checkbox"/> Café <input checked="" type="checkbox"/> Chá <input checked="" type="checkbox"/> Leite Costuma fazer..... Refeições..... ao dia.		<input type="checkbox"/> Caminhada <input type="checkbox"/> Academia <input checked="" type="checkbox"/> Sedentarismo	
ATIVIDADE SEXUAL		ELIMINAÇÃO URINÁRIA	
<input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Não Satisfatório <input checked="" type="checkbox"/> Não tem		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Polaciúria <input type="checkbox"/> Nictúria <input type="checkbox"/> Incontinência Urinária	
ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO		RECREAÇÃO E LAZER	
<input checked="" type="checkbox"/> Em pé <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Aposentado		<input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Viagem <input type="checkbox"/> Leitura <input checked="" type="checkbox"/> NDA	
ELIMINAÇÃO INTESTINAL		PREVENTIVO	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Mudança de Hábito Intestinal Frequência <u>1x</u> dia.		<input type="checkbox"/> Em dia <input type="checkbox"/> Nunca fez <input checked="" type="checkbox"/> fez	
CICLO MENSTRUAL		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dismenorréia <input checked="" type="checkbox"/> Menopausa		Outros:..... <u>nos 55 anos</u>	
III - EXAME FÍSICO E INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE ÓRGÃOS E SISTEMAS			
AValiação Neurológica		AValiação Gastrointestinal	
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Desorientado		Abdome	
MMSS / MMII <input type="checkbox"/> Motricidade Preservada <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Mobilidade Preservada <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Tala ou Cesso <input type="checkbox"/> Pareslesia <input type="checkbox"/> Amputação		<input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Hepato/Espleno <input type="checkbox"/> Timpânico <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Resistente à Palpação <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Incisão Cirúrgico <input type="checkbox"/> Presença RHA <input type="checkbox"/> Gravídico <input checked="" type="checkbox"/> Ausência RHA	
CABEÇA E PESCOÇO		CARACTERÍSTICA DA EVACUAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Dentária <input type="checkbox"/> Normal Prótese <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Coriza / Alergia <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Epistaxe		<input checked="" type="checkbox"/> Consistente <input type="checkbox"/> Diarreico <input type="checkbox"/> <u>Consistente nos casos</u> <input type="checkbox"/> <u>brastico</u>	
Acuidade <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Normal Visual <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Zumbido		AValiação Genito Urinária	
PESCOÇO		<input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Eupineico <input type="checkbox"/> Dispineico <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anúria <input checked="" type="checkbox"/> Límpida <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Concentrada <input type="checkbox"/> Lesões órgãos vesicais	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Linfonodos <input type="checkbox"/> Tireóide ↑ <input type="checkbox"/> Estase Venosa Jugular		INTEGRIDADE CUTÂNEO MUCOSA	
AValiação Respiratória / Tórax		(Edemas, Lesões, Manchas e Cicatrizes)	
<input checked="" type="checkbox"/> Eupineico <input type="checkbox"/> Dispineico <input type="checkbox"/> Cianose		<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Reações alérgicas <input type="checkbox"/> Anasarca <input type="checkbox"/> Lesões pele <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado <input checked="" type="checkbox"/> Corado <input type="checkbox"/> Afebril	
TÓRAX		CONDICÕES PARA SEU AUTO CUIDADO	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alteração Anatômica <input checked="" type="checkbox"/> Simétrico <input type="checkbox"/> Assimétrico		<input checked="" type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para poucas atividades <input type="checkbox"/> Precisa de Ajuda para muitas atividades <input type="checkbox"/> Totalmente dependente	
AUSC. PULMONAR		Mudança percebida no humor ou sentimento após ter tomado conhecimento do seu problema de saúde	
<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> M.V.I <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos		<input checked="" type="checkbox"/> Esta otimista com o tratamento <input type="checkbox"/> Refere estar desanimado <input type="checkbox"/> Não aceita o problema <input type="checkbox"/> Nega o problema	
<input type="checkbox"/> Esfertores → <input type="checkbox"/> Crepantes <input type="checkbox"/> Sub-Crepantes		OBSERVAÇÕES	
MAMAS			
<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Secção <input type="checkbox"/> Nódulos Palpáveis			
AValiação Cardiovascular			
<input type="checkbox"/> Ritmo normal <input type="checkbox"/> Perfusão Periférica <input type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Bradicardia			
		Turgor Cutâneo <input checked="" type="checkbox"/> Sem prega <input type="checkbox"/> Com prega	

Anexo II

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
--	-----	-----

a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
--	------------	------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------	-------

		tempo				
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

desanimado ou abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai	1	2	3	4	5

piorar					
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade

- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)
 - Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Anexo III

TERMO DE CONSENTIMENTO

Este estudo tem por objetivo avaliar o efeito do Programa de Capacitação para Cuidadores Informais, através da aplicação de um instrumento que mensure a qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos dependentes, atendidos no Programa Hipertensão do posto de saúde da cidade de Adamantina. Este será dividido em três etapas:

1. Primeiramente, será avaliada a qualidade de vida destes idosos, através da aplicação do questionário genérico SF-36, na própria residência do paciente.

Este questionário tem por objetivo, avaliar a qualidade de vida de indivíduos nos seguintes aspectos: Capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

2. Em seguida, será elaborado e aplicado o Programa de Capacitação para Cuidadores Informais, dando ênfase para as habilidades básicas e específicas.

O programa será realizado num período de cinco dias consecutivos, com reuniões de aproximadamente duas horas e um intervalo de quinze minutos, sendo abordados um tema por reunião, totalizando assim, cinco módulos.

3. Três meses após a realização do programa, será feita uma nova aplicação do questionário genérico SF-36, onde comparando esses resultados com os dados iniciais, será possível analisar a eficácia do programa através da qualidade de vida desses idosos.

Por fim, é importante citar que este estudo não oferece nenhum tipo de desconforto ou risco aos sujeitos envolvidos, podendo proporcionar apenas benefícios como um aumento do conhecimento dos cuidadores incluídos no estudo e o bem estar dos idosos atendidos informalmente por estes cuidadores.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Nome do Paciente: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: M (____) F (____)
Endereço: _____ n. ____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Estou ciente de que estou participando de uma pesquisa científica e que todos os dados e informações por mim concedidos serão totalmente sigilosos, não sendo revelados de forma alguma minha identificação.

Estou ciente também que não sou obrigado a participar deste estudo, podendo desistir a qualquer momento, não sendo meu atendimento prejudicado no posto de saúde.

Adamantina, _____ de _____ de _____

Paciente

Pesquisador

Paulo Roberto Rocha Júnior
Al. Jarbas Bento da Silva, 741 – Vila Cicma
tel: (18) 3522-4182 / e-mail: prochajr@terra.com.br
Adamantina/SP

Prof. Dr. José Eduardo Corrente
Distrito de Rubião Jr. s/n – IB
tel: (14) 3811-6272 / e-mail: jecorren@ibb.unesp.br
Botucatu/SP

Anexo IV



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA –CEP-

OF. 176/2006
CEP
SFCD/bri

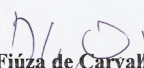
Araçatuba, 30 de outubro de 2006.

Referência Processo FOA 2006-01710

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto "ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DEPENDENTES PELA CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES INFORMAIS" expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 26/10/2007 e o relatório final em 26/04/2008.


Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilmo. Senhor
Dr. PAULO ROBERTO ROCHA JÚNIOR
Araçatuba-SP-

Ciente.De acordo.


Dr. Paulo Roberto Rocha Júnior

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária –
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba – SP
Tel (18) 620-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br

Anexo V



Realizador:
Departamento de Fisioterapia

Curso de Capacitação para Cuidadores Informais de idosos Dependentes.

Coordenador: Prof^o Paulo Roberto Rocha Junior

Módulo 1

Prof^o Miguel Boiça

Aspectos Biológicos do Envelhecimento.

Módulo 2

Prof^o Thaisa Angélica Dêo da Silva

*Aspectos Psicológicos e Sociais do
Envelhecimento.*

Módulo 3

Prof^o Lillian Christianini Germano Parra

Higiene Pessoal e Cuidados de Enfermagem.

Módulo 4

Prof. Micheli Bassiqueto

Aspectos Nutricionais do Envelhecimento.

Módulo 5

Prof. Paulo Roberto Rocha Junior

*Estratégias de Intervenção para Idosos com Deficiências
Físicas, Patologias Restritivas e Incapacidades.*

MÓDULO 1 - Aspectos Biológicos do Envelhecimento.

Prof. Miguel Boiça

Introdução

Deve-se ter consciência de quais enfermidades têm maior prevalência na idade avançada e, principalmente da concomitância entre elas, sejam doenças crônicas adquiridas na juventude, sejam problemas recém-surgidos.

Concepção Global do Envelhecimento

Sobre uma base genética, atuam em maior ou menor intensidade, fatores extrínsecos como: estilo de vida, fatores ambientais e psicossociais, acarretando alterações funcionais, celulares e moleculares, determinando diminuição do equilíbrio homeostático, tornando a pessoa idosa mais vulnerável à eclosão de doenças.

Princípios básicos e essenciais do envelhecimento

O envelhecimento é um processo biológico diferente de qualquer doença. Confundi-los é um erro conceitual grave, que contribui para o conceito popular errôneo de que todo velho é necessariamente doente.

Ocorre importante efeito sobre os mecanismos fisiológicos, o comportamento orgânico e as manifestações clínicas são muito diferentes do que se espera habitualmente para um adulto jovem.

As doenças podem se apresentar de forma diferente e, frequentemente, bem mais complicada.

O quadro clínico do idoso doente pode ser causado por múltiplas patologias associadas, e não restrito a uma única infecção.

Queixas numerosas e mal caracterizadas são frequentes, e a sua aparente falta de significado pode ser falsa. Ocorre doenças com sintomas diferentes da forma clássica.

A farmacologia das drogas está muito modificada no organismo envelhecido por causa do metabolismo e excreção. Deve-se tomar cuidado com as doses e os tipos de medicação.

O idoso é mais frágil do ponto de vista funcional.

Mais propenso às agressões ambientais.

O grande número de doenças reduz a capacidade de realizar tarefas da vida diária.



O efeito indesejado de muitos fármacos pode contribuir para o aparecimento de incapacidades.

O idoso doente pode ter pouca capacidade de comunicação, devido a distúrbios auditivos, dificuldades na fala, alterações mentais etc. As queixas numerosas, vindas de diversos aparelhos, misturam eventos normais da idade como presbiopia e presbiacusia, com enfermidades reais, tornando impossível a origem de cada uma.

Uma pessoa jovem quando é acometida por uma doença pode ser tratada em casa.

Um idoso acometido pela mesma doença, pode necessitar de cuidados mais intensivos e às vezes internação para obter sua recuperação.

A perda do suporte social, como a morte de um dos cônjuges ou a agressividade e os maus tratos contra os mais velhos, pode interferir no débil equilíbrio existente.

O idoso frágil, definido como aquele que possui idade maior que 75 anos, e aquele com idade maior que 85 anos, porém portador de doença crônica, deverão ser avaliados a intervalos regulares para detecção de incapacidade funcional, mesmo que não haja qualquer processo patológico recente.

Fatores de risco de morbidade

Grupo de idosos que apresentam maior perigo de se tornarem dependentes e, maior risco de adoecerem segundo a Organização Mundial de Saúde:

1. Idade igual ou superior a 80 anos.
2. Residem sozinhos.
3. Mulheres, solteiras ou viúvas.
4. Socialmente isolados, solteiros ou casados.
5. Incapacidades moderadas ou graves, que comprometem as suas atividades rotineiras básicas da vida diária.
6. Casais de idosos, nos quais um dos cônjuges apresenta incapacidade moderada ou grave para o desempenho as atividades do dia-a-dia.
7. Limitação de recursos econômicos que impeçam de satisfazer as suas diferentes necessidades.
8. Não possuem filhos.
9. Residem em asilos ou casas de repouso.
10. 80 anos, as mulheres são a maioria que possuem pelo menos um fator de risco.

Atividades Básicas da Vida Diária

- + Sinônimo de capacidade, desempenho ou estado físico.
- + Avaliam as condições básicas das pessoas cuidarem-se de si próprias, representando suas limitações.
- + A escala mais utilizadas é o índice de Katz.
- + Com o avançar da idade, aumenta o número de idosos com redução da capacidade para realização das ABVDs.
- + 5% das pessoas com 65 a 69 anos têm dificuldade para banhar-se e aumenta para 30% entre idosos com 85 anos ou mais.
- + As perdas se fazem em uma sequência previsível: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. A recuperação se faz de uma maneira inversa.

Índice de Katz das AEVD

Abreviações:

I = independente

A = algum tipo de assistência

D = dependente

Índice de Katz das AEVD

1. Banhar-se

I: não recebe ajuda

A: necessita de ajuda em alguma parte do corpo.

D: recebe ajuda em mais de uma parte

2. Vestir-se

I: não recebe ajuda

A: necessita de ajuda somente para amarrar o sapato

D: necessita de ajuda para pegar as roupas e vestir-se

3. Usar o sanitário

I: sem ajuda (pode andar, bengala ou cadeira de rodas).

A: necessita de ajuda para ir ao sanitário, higienizar-se e vestir-se após evacuar e urinar.

D: não vai ao sanitário para evacuar ou urinar

4. Transferir-se

I: sem ajuda (pode usar objeto de suporte, como bengala ou andador).

A: necessita de ajuda para sair do leito ou da cadeira.

D: não sai do leito

5. Ter continência

I: sem ajuda

A: perda de fezes ou de urina ocasionalmente

D: é incontinência.

6. Alimentar-se

I: sem ajuda

A: ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão

D: ajuda para alimentar-se ou uso de sonda ou medicação intravenosa

* A capacidade, o tempo e a boa vontade do idoso para executar cuidados pessoais, como escovar os dentes, barbear-se, banhar-se, vestir-se constituem informações úteis para planejar o suporte que o cuidador pode oferecer.

* O suporte oferecido ao idoso pode variar, desde a aquisição de uma bengala ou andador, adaptações ambientais como construção de um banheiro no andar térreo para facilitar a deambulação e/ou contratação de um cuidador remunerado.



Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVDs

- É mais complexa que as ABVDs
- Atividades que fazem parte do dia-a-dia de pessoas que vivem numa sociedade moderna como usar telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar ou usar transporte.
 - Arrumar a casa envolve varrer o chão, limpar escadas, pisos e janelas, tirar o pó dos móveis, etc.
 - O manuseio de medicações exige conhecimento da forma de apresentação e de administração da dose a ser utilizada, o horário das tomadas, capacidade de comunicar todas as drogas que estão sendo consumidas e suas manifestações.
 - De todas as AIVDs, usar o telefone, tomar medicação e manusear dinheiro são as mais relacionadas com distúrbio cognitivo.

Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVDs

1. Usa o telefone
 - I. Capaz de discar e atender sem ajuda
 - A. Capaz de responder às chamadas, precisa de ajuda para discar os números.
 - D. Incapaz de usar o telefone

2. Transporte.
 - I. Capaz de dirigir seu próprio carro, de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda.
 - A. Capaz de usar transporte, porém não sozinho
 - D. Incapaz de usar transporte

3. Compras.
 - I. Cuida de todas as compras sozinho
 - A. Capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda.
 - D. Incapaz de fazer compras.

4. Prepara os alimentos
 - I. planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda.
 - A. Capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de cozinhá-las.
 - D. Incapaz de preparar qualquer refeição.

5. Tarefas domésticas
 - I. Conseguir ajudar na realização de qualquer tarefa doméstica.
 - A. Executa tarefas domésticas mais leves.
 - D. Incapaz de preparar qualquer refeição.

6. Medicação
 - I. Utiliza a medicação de maneira correta
 - A. Capaz de usar a medicação, mas precisa de ajuda
 - D. Incapaz de tomar a medicação sem ajuda

7. Dinheiro
 - I. Capaz de pagar contas, aluguel, preencher cheques, controlar necessidades



diárias de compras.

- A. Necessita de algum tipo de ajuda para pagar contas, preencher cheques, etc.
- D. Incapaz de manusear o dinheiro.

Atividades Avançadas da Vida Diária - AAVDs

- Não são essenciais para independência, mas contribui para a manutenção de uma boa qualidade de vida.
- ABVDs: funções elementares
- AIVDs: atividades instrumentais
- Ambas definem se o paciente pode ser considerado independente ou algum grau de dependência, que o impede de viver sozinho.
- Exemplos: dirigir carro, andar de bicicleta, correr, pintar, tocar algum instrumento, praticar esporte, participar de atividade política, etc.
- Não são essenciais para a manutenção de uma vida independente.
- São dependentes da motivação e são específicas de cada pessoa.
- Declina com o avançar da idade, indicar prognóstico de deterioração funcional mais grave.

Técnica para falar com idoso doente

- Falar lentamente, olhando para o idoso de forma que a expressão do rosto e a leitura labial auxiliem a compreensão, principalmente nos deficientes auditivos.
- Pronunciar bem as palavras e estar atento para ruídos ambientais que interfiram na conversa.
- Não se deve ter escrúpulos em gesticular ou perguntar se o tom de voz é suficientemente alto, já que o idoso pode apresentar surdez.
- Frequentemente, o próprio paciente não consegue fornecer dados necessários, devendo-se recorrer a uma terceira pessoa, de preferência alguém que permaneça mais tempo com o mesmo.

Sinomas:

Fadiga

- É uma queixa extremamente comum.
- Falta de energia para as atividades habituais associada à necessidade de descansar ou dormir.
- Até certo ponto pode ser normal.
- Suspeitar de doença quando a fadiga não se relaciona com atividade física ou quando já acorda cansado, indisposto, deprimido.
- Pode estar associada à infecções agudas ou insidiosas, carências nutricionais, neoplasias, doenças cardíacas e artropatias.
- Insuficiência respiratória, desidratação, insuficiência renal, diabetes mellitus, hipotireoidismo, depressão.

Perda de peso

- Com o envelhecimento ocorre alterações na proporção entre o tecido gorduroso e o tecido muscular e redução de massa óssea.



- Entre os 25 e 50 anos ocorre acréscimo de peso, com aumento do tecido gorduroso.
- Após os 50 anos, o peso corpóreo tende a se reduzir, devido à diminuição do peso dos ossos e atrofia da musculatura esquelética.
- Só se valoriza a perda de peso quando é acentuada e em curto espaço de tempo. Ex: neoplasia.

Cefaléia

- Cefaléia occipital: pode ser contratura muscular, provocada por vícios posturais.
- As enxaquecas e sinusites são mais comuns em jovens.

Distúrbios de Sono

- O período noturno de sono sofre um encurtamento e surge sonolência durante o dia.
- A quantidade e intensidade das atividades se reduzem muito, favorecendo a sonolência diurna.
- Deitam-se muito cedo por absoluta falta de ocupação e acabam por acordar muito mais cedo do que gostariam.
- Depressão e ansiedade são causas de distúrbios de sono.
- Causas de despertares noturnos: falta de ar, dor, doenças, acordar para urinar várias vezes.
- Sonolência diurna excessiva por ser causada por medicamentos depressores do SNC.

Alterações psíquicas

- Normal: A capacidade de aprendizado reduz e a memória para fatos recentes apresenta diminuição, a memória para fatos remotos é preservada ou até mais viva.
- Distúrbios: Depressão e demência apresentam alta prevalência.
- Depressão: importante fator de piora da qualidade de vida, incapacidade funcional e suicídio, é a afecção de maior prevalência em pessoas idosas.
- Demência é uma síndrome adquirida crônica que se manifesta por modificações de linguagem, memória, cognição, personalidade e capacidade de julgamento, se, entretanto alterar o nível de consciência.
- Delírium: é um quadro agudo, com alteração do nível de consciência que se manifesta pela redução da capacidade manter a atenção.
- A avaliação do estado mental pode ser feita através do miniteste do estado mental MEEM.

Alterações psíquicas

- Confusão mental é a perda da capacidade de orientação no tempo e no espaço, que pode ser aguda ou crônica.
- Aguda: interrupção abrupta da lucidez. Sintoma de doença orgânica como infecção, hipoxemia, distúrbios metabólicos ou medicamentos.
- Crônica: demências tipo Alzheimer.

Tontura

- Tonturas e vertigens são comuns no idoso.
- Tontura: perturbação do equilíbrio corporal e pode estar presente em uma infinidade de doenças.



- + A vertigem é a mais comum das tonturas, sensação de estar girando no meio ambiente ou de rotação do ambiente.
- + As tonturas podem conduzir a quedas.

Síncope

- + Perda súbita e transitória da consciência por falta de irrigação cerebral.
- + Pode ser por arritmias cardíacas, hipotensão ortostática e distúrbios locais dos vasos.

Quedas

- + Manutenção de uma postura ereta: ação muscular antigravitacional, propriocepção, informações visuais e do sistema vestibular.
- + Sendo o corpo humano um sólido de grande massa, com centro de gravidade alto e base estreita, há vários fatores para levar o idoso a ter quedas frequentes: AVC, arritmias com hipofluxo, hipotensão, epilepsia e efeitos colaterais de medicamentos.
- + Causas ambientais: má iluminação, pequenos degraus em locais inesperados, pequenos tapetes soltos no piso escorregadio junto às camas, pias e banheiras, calçados inadequados, com solas escorregadias e pouco firmes nos pés, escadas sem corrimão, etc., são armadilhas para o idoso menos habilitado para se manter equilibrado.

Alterações auditivas

- + Zumbido: audição constante ou intermitente de um ruído que na realidade não existe. Pode ser desencadeado por problemas locais do ouvido, até uma simples rocha de cerúmen, ou por alterações sistêmicas como uma descompensação diabética.
- + Surdez: incapacitante quando evolui para graus mais avançados, ajuda a isolar o doente do ambiente. A Presbiacusia é a surdez que pode acompanhar o envelhecimento, mesmo sem a presença de afecções otorrinolaringológicas, mas degenerações de todo o aparelho auditivo.

Dispnéia

- + Falta de ar referida pelo idoso, com aumento da frequência respiratória.
- + Qualquer esforço em um idoso pode levar a uma dispnéia devido ao declínio da função pulmonar, cardíaca e muscular.
- + Pode significar a presença de uma doença pulmonar como infecção, tumor, enfisema ou cardiopatia como insuficiência cardíaca.

Alterações Urinárias

- + Queixas: retenção, urgência miccional e incontinência urinária que não é normal do envelhecimento e com alta prevalência nos pacientes acamados ou institucionalizados com forte impacto no bem-estar do paciente, alto custo, transtorno a quem cuida e má repercussão social e psicológica.
- + Enfermidades que provocam incontinência: diabetes mellitus, afrouxamento do assoalho pélvico ou hipertrofia prostática.
- + Afecções do trato urinário baixo características da terceira idade: litíase vesical, hipertrofia benigna de próstata e infecção urinária baixa (cistite).



Alterações Digestivas

- + Quebra digestiva mais comum: prisão de ventre ou obstipação intestinal.
- + Causas: diminuição do tônus da musculatura da parede abdominal, aproximação do gradeado costal das cristas ilíacas, redução da atividade física, redução da quantidade de líquidos ingeridos devido à menor sensação de sede, modificação da dieta por problemas odontológicos ou doenças digestivas com redução do consumo de fibras e uso de medicamentos que diminuem a motricidade do tubo digestivo.
- + Problema comum: uso abusivo de laxantes, especialmente os de contato, que aumentam a mobilidade intestinal à custa da irritação da parede do tubo digestivo e que, a longo prazo, tornam os movimentos peristálticos intestinais menos eficientes. A doença diverticular dos cólons, as hemorróidas e o câncer de cólon estão associados à obstipação intestinal.
- + É normal que haja redução da velocidade de funcionamento do intestino e, na maioria das vezes, é solucionado com uma simples correção dietética.
- + Diminuição do apetite, devido a diminuição da atividade física, do metabolismo basal, e do paladar.

Quebras Osteoarticulares

- + São extremamente frequentes.
- + Existem uma variedade grande de doenças que causam dores osteoarticulares que podem levar a incapacidades e quedas da qualidade de vida.

MÓDULO 2 - Aspectos Psicológicos e Sociais do envelhecimento.

Profª. Tháisa Angélica Déo da Silva

Objetivos

Ampliar o conhecimento sobre os aspectos físicos, sociais e psicológicos do envelhecimento, assim apresentar as conseqüências do cuidar na vida do cuidador familiar, incentivando as reações motivacionais e comportamentais dos cuidadores.

ASPECTOS DA DISCUSSÃO

- + O envelhecimento e suas conseqüências;
- + A organização da família do paciente idoso;
- + O perfil do cuidador familiar;
- + As conseqüências do cuidar na vida do cuidador familiar;
- + A saúde do cuidador;
- + A qualidade de vida do cuidador.

○ ENVELHECIMENTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS

- + Envelhecer: pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo;
- + Alterações são naturais e graduativas;
- + Mais precoces ou mais avançadas dependendo das características genéticas e do modo de vida;

Algumas características do envelhecimento:

ASPECTOS FÍSICOS

MODIFICAÇÕES EXTERNAS:

- + Bochechas se enrugam e embolsam;
- + Aparecem manchas senis;
- + Pele perde o tônus – torna-se flácida;
- + Surgimento de verrugas;
- + Nariz alonga-se – olhos ficam úmidos;
- + Aumento de pêlos no nariz e orelhas;
- + Ombros arredondados – encurvamento postural;
- + Diminuição da estatura – desgaste das vértebras;
- + Veias destacam-se sob a pele dos membros.



MODIFICAÇÕES INTERNAS:

- + Ossos endurecem;
- + Órgãos internos atrofiam-se – reduz funcionamento;
- + Cérebro perde neurônios e atrofia-se – menos eficiente;
- + Metabolismo mais lento;
- + Digestão mais difícil;
- + Insônia aumenta – fadiga durante o dia;
- + Olfato e paladar diminuem;
- + Visão de perto piora – perda de transparência (catarata);
- + Células responsáveis pela propagação dos sons e estimulação dos nervos auditivos degeneram-se.

ASPECTOS SOCIAIS

- + Modificação no status de velho e no relacionamento dele com outras pessoas;
- + Crise de identidade – falta de papel social – perda da auto-estima;
- + Mudança de papéis na família, no trabalho e na sociedade – adaptação a novos papéis;
- + Aposentadoria;
- + Perda da condição econômica, do poder de decisão, de parentes e amigos, da independência e da autonomia;
- + Diminuição dos contatos sociais – reduzidos pela distância, circunstâncias financeiras e violência.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

- + Relacionados também com a hereditariedade, história e atitude de cada indivíduo;
- + Dificuldade de se adaptar a novos papéis;
- + Falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro;
- + Necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais;
- + Dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos drásticos nos idosos;
- + Alterações psíquicas que exigem tratamento;
- + Depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios;
- + Baixas auto-imagem e auto-estima.

INDEPENDÊNCIA, SEMIDPENDÊNCIA, DEPENDÊNCIA E AUTONOMIA

- + Mito – velhice dos pais, filhos passam a ser pais dos próprios pais;
- + Ocorre inversão de papéis devido perda de autonomia, comando, condições de determinar e escolher;
- + Dependência ou independência - não são absolutas;
- + Pode não ser independente e manter autonomia;
- + Idoso evita pedir ajuda:
 - não tem direito de pedir;
 - não quer incomodar;

- medo de que seja negado;
- medo de ser malvisto e rotulado de chato;
- medo de sobrecarregar os filhos e amigos.

ORGANIZAÇÃO DA FAMÍLIA

- + Karsch (2003) – estruturas familiares estão sendo modificadas:

Separações; divórcios e novas uniões; instabilidade do mercado de trabalho e movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho; maior tempo de vida das gerações e um aumento do contingente de viúvas, geralmente morando sozinhas nas cidades; idosos exercendo chefias de família; e a participação crescente da mulher no mercado de trabalho.

- + Cantor (apud Borges, 2003) – família continuará a desempenhar o papel de promover os cuidados físicos, emocionais e sociais;
- + Família – necessidade de adaptação (do espaço físico, do tempo e das relações familiares) para prover os cuidados ao idoso.

CUIDADOR

- + Aquele que disponibilizará ajuda ao idoso, acompanhando nas várias etapas do tratamento ou das atividades do cotidiano;

Duas categorias:

- + **INFORMAL:** não é membro familiar; disponibiliza cuidados para com o idoso, podendo morar com este ou não; presta auxílio vários dias na semana;
- + **FAMILIAR:** proveniente do próprio núcleo familiar do idoso.

O CUIDADOR FAMILIAR

- + Maioria são mulheres casadas, com filhos;
- + Outros dependentes;
- + Dedicam parte do dia aos familiares idosos;
- + Têm idade em 31 e 50 anos;
- + Exercem outras ocupações;
- + Acreditam em uma crença religiosa;
- + Apresentam contribuição solidária que assumiram por toda uma família;
- + Atuam solitariamente no processo de cuidar;
- + Assumem os cuidados – paciente pediu, iniciativa própria ou única pessoa no momento.

CONSEQÜÊNCIAS DO CUIDAR NA VIDA DO CUIDADOR FAMILIAR

- + Não poder trabalhar fora; Deixar o trabalho;
- + Reduzir jornada de trabalho;
- + Reduzir tempo de lazer;
- + Não poder tirar férias;



- Não poder cuidar de outras pessoas;
- Conflitos com o cônjuge;
- Não ter tempo para gastar com amigos;
- Não ter tempo para cuidar de si;
- Encontrar-se cansado;
- Sentir-se deprimido;
- Problemas econômicos;
- Saúde piorou.

SAÚDE DO CUIDADOR

- Maioria afirma ter boa saúde;
- Últimos 5 anos – 60% igual;
- Outras pessoas – 55% igual;

Não se permitiram reclamar ou mostrarem-se debilitados

POR QUAL RAZÃO?

- Cuidadores a menos de 1 ano ? afloramento de quadros psicossomáticos (fibromialgia).

SAÚDE DO CUIDADOR

- Intensificação dos cuidados;
- Desgaste do cuidador;
- Cuidador não consegue finalizar os cuidados;
- Saúde do cuidador prejudicada ? prejudica o próprio doente;

QUALIDADE DE VIDA

- Necessidade de contar com outra pessoa;
- Cuidador: auto-percepção da sua condição ? olhar para si;
- Se alimentar adequadamente;
- Reservar tempo para lazer;
- Manutenção das atividades prazerosas;
- Manutenção dos vínculos com outros familiares;

Saúde física e psíquica do cuidador

MÓDULO 3 - Higiene Pessoal e Cuidados de Enfermagem.

Profª Lúcia Christianini Germano Para

Definição

+ O cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. Costuma doar-se ou voluntariar-se para as áreas de sua vocação ou inclinação. Seus préstimos têm sempre um cunho de ajuda e apoio humanos, com relações afetivas e compromissos positivos.

+ O cuidado humano ou "cuidar de si" representa a essência do viver humano; assim, exercer o autocuidado é uma condição humana. E ainda "cuidar do outro" sempre representa uma condição temporária e circunstancial, na medida em que o "outro" está impossibilitado de se cuidar.

(Gonçalves e col - 1997)

QUEM CUIDAR DO IDOSO?

+ Para cuidar de idosos, espera-se que haja alguém capaz de desenvolver ações de ajuda naquilo que estes não podem mais fazer por si só;

+ Essa pessoa assume a responsabilidade de dar apoio e ajuda para satisfazer às suas necessidades, visando a melhoria da condição de vida.

DICAS

1) A tarefa de cuidador principal pode ser só de uma pessoa, mas todos os familiares devem se esforçar para ajudar e amenizar a carga e o stress deste cuidador.

2) Todos os familiares devem tomar conhecimento da doença que estão lidando. Informação nunca é demais!

3) A família, em conjunto, deve planejar o cuidado do idoso, com tarefas, horários e contribuições, inclusive, financeira, pois, há gastos elevados com remédios, fraldas descartáveis, plano de saúde, cuidadores profissionais para ajudar no banho, no curativo, dar medicações, para dormir...

Quais as habilidades e qualidades necessárias para cuidar do idoso?

- + Habilidades técnicas: conjunto de conhecimentos teóricos e práticos.
- + Qualidades éticas e morais: relações de confiança, dignidade, respeito e ser



capaz de assumir responsabilidades com iniciativa, adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade, a organização etc.

- + **Qualidades emocionais:** domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso.
- + **Qualidades físicas e intelectuais:** saúde física, incluindo força e energia, avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões.
- + **Motivação:** condição fundamental a empatia por idosos, valorizá-los como grupo social.

Quais os conhecimentos que a enfermagem utiliza para cuidar do idoso?

- + A enfermagem tem como objeto de estudo e prática o cuidado humano e fundamenta-se nos conhecimentos sobre o processo de viver e envelhecer, das ciências biológicas e humanas.
- + Os conhecimentos que dão base ao cuidado de idosos incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Grau de dependência em relação aos cuidados diários

- + **Independente:** realiza as atividades diárias sozinho;
- + **Parcialmente – dependente:** toma banho sozinho (supervisionado), se alimenta normalmente à mesa com a família, faz seus passeios (acompanhado). Este idoso necessita somente de um cuidador para a supervisão e companhia, nada de muito complicado, cobrindo as ausências da família, por motivo de trabalho ou lazer;
- + **Dependente:** além da supervisão, cuidados mais efetivos, como dar o banho, dar alimento direto à boca, andar ajudado, vestir a sua roupa, dar os seus remédios serão necessários. Este idoso é mais dependente e seu cuidado será de outro nível. O cuidador, neste caso, deverá ser mais experiente.

HIGIENE PESSOAL

- + A higiene é o conjunto de meios para manter as condições favoráveis à saúde.
- + Os hábitos de higiene diários incluem não só a lavagem corporal mas também o tipo de alimentação, vestuário e calçado, a postura no dia-a-dia, as horas de sono diárias e a prática de exercício físico.



HIGIENE CORPORAL

O banho, aparentemente, uma atividade comum e de fácil realização, pode ser causa de momentos estressantes e perigosos, no idoso. Pode existir uma resistência ao ato de tomar banho.

Esta resistência se baseia fundamentalmente em alguns aspectos especiais:

- + Perda ou diminuição da auto-estima;

- + Traumas devidos à má condução desta atividade, no passado (banho muito quente, muito frio, vergonha, zombarias);
- + Desorientação no tempo e local, problemas de memória e esquecimento;
- + Quedas no banheiro;
- + Queimaduras por água quente ou por exposição ao frio extremo;
- + Sabonete nos olhos;
- + Cuidador sem paciência no manejo do banho, palavras bruscas ou hematomas causados pela força ao segurar;
- + Fatores climáticos e culturais (origem européia).

Dicas para o cuidador:

- 1) A rotina do banho é essencial. Mudanças de horário e da maneira de como conduzir o banho, devem ser evitadas;
- 2) O cuidador deve, na medida do possível, deixar que o idoso realize (quando estiver em condições) a tarefa de banhar-se. A melhor maneira de o cuidador agir, é na condição de incentivador e auxiliar;
- 3) Antes de chamar o idoso para o banho, o cuidador deverá preparar tudo nos mínimos detalhes. A falta de uma preparação adequada poderá levar a uma situação tensa e perigosa. Assim, se os objetos necessários não estão à mão (sabonete, shampoo, toalha, roupas limpas), corremos o risco de ter que deixar o idoso sozinho, confuso e molhado num ambiente potencialmente perigoso;
- 4) Quando se está preparando o banho, todas as ações devem ser explicadas em voz alta, falando clara e pausadamente, uma a uma;
- 5) Banho de chuveiro, com água em abundância e temperatura agradável são requisitos indispensáveis. Banho de banheira ou no leito são reservados para situações especiais, quando a experiência do cuidador mostrar ser melhor;
- 6) Ao iniciar o banho, dependendo do grau de autonomia do idoso, deve-se pedir que vá se despindo. As ordens devem ser bem claras: "Vamos tirar suas roupas", "Entre no box", "Passe o sabonete nas axilas";
- 7) Todas as ordens bem executadas devem ser acompanhadas de elogios;
- 8) Após o banho, o cuidador deve oferecer a toalha, e pedir ao idoso que se seque, supervisionando principalmente entre os dedos dos pés e nas dobras do corpo. Depois, oferecer roupas limpas, peça por peça, explicando onde colocar (a camisa, as meias...) e ajudando-o se for necessário;
- 9) O banho também é um ótimo momento para realizar uma revisão sistemática da pele, unhas e cabelos, observando assim alguma lesão escondida, rachadura na pele ou nos pés, hematomas ou algum outro trauma, escaras que estão iniciando, micoses etc;
- 10) As unhas devem ser cortadas semanalmente.
- 11) O cuidado com a cavidade oral (boca) é importante. A limpeza de próteses (dentaduras, rochas) ou mesmo dentes naturais, bem como as gengivas, devem ser rigorosamente observados, principalmente após as refeições. Um bom artifício para conseguir ajuda do idoso nesta tarefa, é o cuidador escovar os seus próprios dentes e pedir ao idoso que o imite;
- 12) Os cabelos devem ser lavados regularmente e revisados em busca de parasitas. Os cortes do cabelo e da barba devem ser feitos periodicamente;



13) O uso de maquiagem é positivo para as senhoras idosas, e devem obedecer ao bom senso;

14) A atitude a tomar em relação ao idoso que não quer fazer a sua higiene, e nem deixar o cuidador fazê-lo, é a de manter postura determinada, evitando a confrontação e a discussão, conduzindo com firmeza, passo-a-passo, a execução de toda a tarefa!

VESTUÁRIO

O idoso, gradativamente, apresenta dificuldade em relação à memória, dificuldades para executar tarefas rotineiras e para manter um comportamento social aceitável. Assim, até o procedimento mais simples pode tornar-se fonte de confusão mental e agitação, como é o caso de vestir-se.

DICAS

- Evitar roupas cheias de detalhes e difíceis de usar. Evite fivelas, cintos, botões, camisas com gravatas ou vestidos fechado atrás;
- Use e abuse de velcro e zíper. Sapatos tipo mocassin, fáceis de usar. Sutiãs com fecho na frente;
- Orientar e acompanhar o idoso na hora de vestir, não dando a ele muitas escolhas. No máximo duas ou três peças para escolher;
- Dar a roupa para vestir, em seqüência, falando clara e pausadamente: "Primeiro a cueca (calcinha e sutiã), depois a calça, a meia, a camisa...".
- Sempre, como em qualquer tarefa que o idoso realiza, faça elogios e incentive o seu bom desempenho!
- Quando o idoso insistir em usar sempre a mesma roupa (o mesmo terno ou o mesmo vestido), não aceitando que esta seja trocada e lavada, um bom recurso é comprar peças idênticas, não o deixando notar a duplicidade das roupas.

HIGIENE BUCAL

- É comum no idoso grandes perdas dentárias e doenças gengivais (periodontite).
- O idoso deve ter sua escovação estimulada para que o faça após cada refeição. Quando o idoso apresenta problema motor o cuidador deve auxiliá-lo.
- As doenças periodontais, comum no idoso, leva a perda dental ou a formação de abscessos gengivais que podem inclusive comprometer a saúde geral, levando a infecção sistêmica (endocardite bacteriana, artrite séptica etc).
- As perdas dentárias sem a adequada reposição podem levar a transtornos digestivos e nutricionais, bem como a problemas de má absorção dos alimentos.

CUIDADOS COM AS PRÓTESES

- O idoso quando em boas condições motoras, deve manter suas próteses (total ou removíveis) na boca, mesmo durante a noite, pois a sua remoção provoca alteração de altura entre os arcos dentais causando problemas como distúrbios na articulação temporomandibular, queilite angular etc;
- As próteses devem ser escovadas interna e externamente só com escova, não há necessidade de pasta dentária, após cada refeição, se necessário o cuidador deve auxiliá-lo;

- + O idoso com comprometimento motor, deve ser observado individualmente para avaliar o risco/benefício da manutenção da prótese no período noturno;
- + As próteses removíveis unilateral (só um lado) devem ser removidas para dormir;
- + As próteses removidas devem ser limpas com escovação e depois colocadas em recipiente com água e tampa. A água deve ser trocada diariamente. Há cada duas semanas devem ser colocadas em uma solução de meio copo de água com três gotas de água sanitária por 30 minutos e em seguida lavadas bem com água corrente.

Como escovar?

- 1) Inicie a escovagem pelos molares (dentes de trás), escove um maxilar de cada vez com movimentos verticais circulares;
- 2) Usando a mesma técnica, escove a superfície interna dos dentes;
- 3) Escove os incisivos (dentes da frente) colocando a escova na vertical;
- 4) Termine com a escovagem das superfícies mastigatórias dos dentes, com movimentos de vai-e-vem.
- 5) Não se esqueça de escovar a língua!

SONO

- + A necessidade de sono do idoso pode estar alterada, caso se mantenha uma rotina diária inadequada.
- + O indivíduo encorajado a se retirar para o leito logo ao anoitecer pode ter sua necessidade de sono satisfeita durante a madrugada, simulando uma situação de insônia.
- + A inatividade pode induzir a cochilos durante o dia, produzindo a mesma situação descrita anteriormente.
- + O ideal é que se tenha uma rotina de atividades diurnas que permitam no máximo um cochilo (sesta) em torno de uma hora à tarde e se programe um período de sono noturno de 8 à 9 h no período da noite.

MEDICAMENTOS

- + O organismo do idoso não é igual ao de um adulto, ou seja, o idoso não é um adulto mais velho! Todos os seus órgãos funcionam mais lentamente, o que pode ajudar para que a medicação que o idoso tome, seja eliminada bem mais devagar.
- + Não podemos esquecer também dos efeitos colaterais que estas drogas possam provocar. Imagine que exista efeito colateral de medicamento, tomando somente um. E quando o idoso toma, pelo menos, de 4 a 8 remédios diferentes?

PORTANTO

- + Leve sempre a última receita ou as caixas dos remédios que o idoso toma. Não confie na memória!
- + Sempre que perceber que está sendo administrado muitos remédios diferentes, pergunte ao médico se realmente são necessários. Além de onerar o custo do tratamento, que é, na maioria das vezes, para tratar sintomas e não para



outrar, certamente não causar efeitos colaterais, inclusive sérios.

- + Verifique e repita para o médico, os remédios e seus horários de tomadas. Com delicadeza, peça para escrever com uma letra mais legível.
- + Pergunte se pode dar os remédios juntos, no mesmo horário, se pode misturá-los. Para facilitar, na grande maioria das vezes, pode sim.
- + Relate ao médico se notar que algum medicamento possa ter dado efeito colateral.
- + Se o idoso não é capaz de entender a receita que está tomando, não deixe ele tomar o remédio por conta própria. Ele poderá tomar doses erradas em horários errados, sendo muito prejudicial para sua saúde.
- + O cuidador é que deve guardar o remédio e dar nas doses e nos horários certos.
- + Nunca tome remédio por conta própria, nunca tome remédio por indicação do vizinho, parente ou amigo.
- + Se o cuidador tiver qualquer dúvida, não deverá se acanhar em buscar orientação com seu médico.

Úlceras / Escaras de Decúbito

DEFINIÇÃO

As úlceras de decúbito (úlceras de pressão, úlceras cutâneas) são lesões cutâneas decorrentes de uma insuficiência do fluxo sanguíneo por tempo prolongado.

Estágio Inicial da Escara de Decúbito

Estágio Avançado da Escara de Decúbito

Importância

- + As úlceras de decúbito constituem um sério problema que afeta cerca de 9% dos pacientes hospitalizados e 23% dos indivíduos em assistência domiciliar.
- + Esta condição tem implicação direta no tratamento, pois freqüentemente resulta em dor, piora da qualidade de vida, maior risco de infecção, aumento do tempo de hospitalização e dos custos do tratamento.
- + Na maioria dos indivíduos, as úlceras de decúbito causam alguma dor e prurido. Nos indivíduos com a sensibilidade afetada, mesmo as úlceras profundas e graves podem ser indolores.
- + As úlceras de decúbito são categorizadas por estágios.

Classificação- Estágio 1

- + Pele intacta;
- + Alteração de cor (vermelhidão, hematoma);
- + Alteração de temperatura (quente ou frio);
- + Sensação de dor, irritação.

Classificação- Estágio 2

- + Dano e/ou epiderme aletadas;
- + Apresenta-se em forma de cavidade (cratera) rasa ou fistulas;
- + Úlcera superficial.



Classificação- Estágio 3

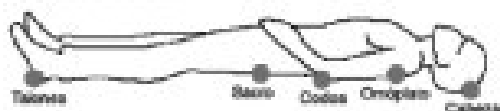
- + Dano em toda espessura da pele;
- + Necrose do tecido subcutâneo;
- + Pode atingir a fáscia;
- + Cavidade profunda.

Classificação- Estágio 4

- + Dano em toda espessura da pele;
- + Necrose tecidual;
- + Dano em músculos, ossos, tendões;
- + Formação de escavações e áreas ou cavidades sinusais.

Pontos de Pressão em Decúbito

Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono



Prevenção

- A prevenção é prioridade máxima e as úlceras de decúbito profundas quase sempre podem ser prevenidas com um cuidado intensivo do paciente
- Uma inspeção meticolosa diária da pele de um indivíduo restrito ao leito pode detectar precocemente a hiperemia.
- Qualquer sinal de hiperemia indica a necessidade de uma ação imediata para se evitar que ocorra a ruptura da pele;
- As proeminências ósseas podem ser protegidas com materiais macios (órteses);
- As camas, as cadeiras e as cadeiras de rodas podem ser acolchoadas para reduzir a pressão.

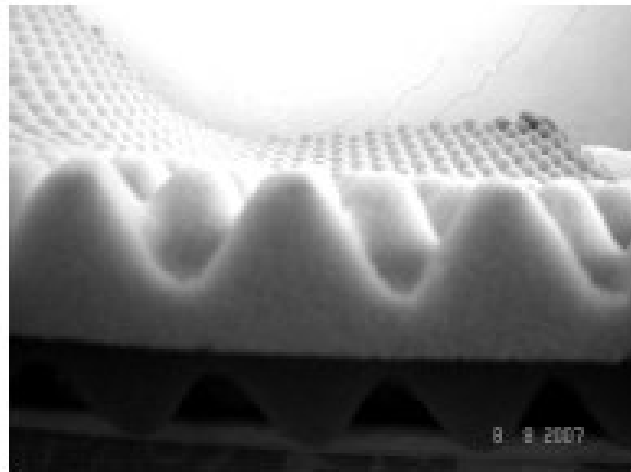
Massagem na prevenção de Escaras



Prevenção

- Os indivíduos que não conseguem se mover devem ser mudados de posição freqüentemente;
- A recomendação usual é a mudança de posição a cada 2 horas e a manutenção da pele limpa e seca;
- Os indivíduos que passam muito tempo ao leito podem utilizar colchões especiais (colchão piramidal)

Colchão Piramidal



Tratamento

- + O tratamento de uma úlcera de decúbito é muito mais difícil que a sua prevenção.
- + Felizmente, nos estágios iniciais, as úlceras de decúbito geralmente cicatrizam por si após a pressão ser removida.
- + Quando a pele se rompe, a proteção da mesma com um curativo de gaze pode ajudar na cicatrização (Dersani).
- + Quando a úlcera parece estar infectada ou é exsudativa, a lavagem delicada com sabão ou o uso de desinfetantes pode remover o material morto e infectado.
- + No entanto, uma lavagem muito enérgica retarda a cicatrização.
- + Algumas vezes, o médico precisa remover (debridar) o material morto.
- + As úlceras de decúbito profundas são de difícil tratamento.
- + Algumas vezes, elas exigem o transplante de pele saudável para a zona lesada.
- + Infelizmente, esse tipo de cirurgia nem sempre é possível, sobretudo nos indivíduos idosos, frágeis e desnutridos.
- + Frequentemente, quando ocorrem infecções mais profundas em uma úlcera, antibióticos são administrados.
- + Quando os ossos localizados abaixo de uma úlcera são infectados, a osteomielite (infecção óssea) é extremamente difícil de ser curada e pode disseminar-se através da corrente sanguínea, exigindo muitas semanas de tratamento com um antibiótico.

*Solidariedade aliada à informação, na família e na comunidade!
Este é o principal caminho para enfrentarmos, com relativo sucesso,
tão difícil empreitada...*



MÓDULO 4 - Aspectos Nutricionais do Envelhecimento.

Profª Micheli Bassigrete

O envelhecimento é um processo natural que faz com que nosso corpo, gradativamente, com o avanço da idade, apresente diversas mudanças anatômicas e funcionais. À medida que essas mudanças vão progredindo, com o passar do tempo, ocorre redução na capacidade funcional do corpo (CAMPOS; COELHO, 2005).

Todos os seres vivos têm o seu ciclo de vida. Todos nascem, crescem, amadurecem, declinam e morrem. O tempo e a forma com que se processam estas fases da vida dependem da programação genética de cada espécie e dos fatores ambientais (CAMPOS; COELHO, 2005).

Tradicionalmente, a terceira idade começa quando a pessoa atinge 65 anos, de acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS). Quando as pessoas atingem esta idade cronológica, elas passam a ser classificadas como idosas. Mas, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, a pessoa passa a pertencer à terceira idade, sendo classificada como idosa, aos 60 anos. Essa diferença para definir o início da terceira idade é proveniente da qualidade de vida oferecida em cada um desses países (OMS 1995 apud CAMPOS; COELHO, 2005).

A alimentação saudável é um dos principais fatores que podem condicionar um aumento da qualidade e da expectativa de vida do ser humano. Várias mudanças que ocorrem no organismo humano com o processo natural do envelhecimento, bem como doenças comuns na velhice, podem ser prevenidas ou atenuadas com uma alimentação mais saudável. Algumas alterações fisiológicas decorrentes do avanço da idade interferem no hábito alimentar da pessoa idosa. É preciso compreendê-las para saber como agir na prática (CAMPOS; COELHO, 2005).

Assim, a nutrição geriátrica adquire importância especial, visto que nesta fase, existem diferentes implicações nutricionais que variam desde a má nutrição protéica, alterações metabólicas e interações medicamentosas, até deficiências de micronutrientes, que associadas a fatores sociais, econômicos e psicológicos podem contribuir para o declínio e comprometimento de várias funções orgânicas (SANTOS *et al.*, 2004).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e isso vem ocorrendo em um ritmo muito acentuado e sem precedentes na história da humanidade. Estima-se que a população mundial de idosos seja de 629 milhões de pessoas com um crescimento anual na taxa de 2%, ritmo este, consideravelmente mais alto em relação ao resto da população e três vezes maior do que há 50 anos. O número de pessoas com mais de sessenta anos no Brasil passou de 3 milhões em 1980 para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, apresentando um aumento de

500% em 40 anos, as projeções demográficas para 2020 apontam para 32 milhões de idosos (CORRAL, 2005).

Acredita-se que os padrões alimentares dos idosos venham contribuir para possíveis níveis de inadequação nutricional, visto que muitos deles relatam a ingestões deficientes em quantidades e/ou qualidade, segundo as recomendações nutricionais para a faixa etária (MACHADO, 2004).

1.1- Fatores de risco para o estado nutricional do idoso

Os fatores de risco na nossa sociedade estão agrupados pela sua área de abrangência, de forma que possibilitem a identificação da magnitude do problema (FLORENTINO, 2004).

Fatores Psicossociais e culturais.

Ingestão inadequada de alimentos

De acordo com Florentino (2004) no que se refere aos idosos, a ingestão inadequada de alimentos constitui um risco nutricional, devido à obtenção e a forma de preparo do alimento. Podem-se verificar diferentes formas de consumo alimentar em função da renda; quanto maior a renda, maior a escolha de alimentos processados, a baixa renda influencia negativamente o estado nutricional do idoso.

Pobreza

A situação da pobreza está relacionada com o estado nutricional devido ao difícil acesso aos alimentos, levando os idosos a uma pequena variedade de escolha. Além disso, a baixa renda dificulta o acesso a serviços básicos (saúde, moradia, entre outros) e acesso aos medicamentos e torna deficiente o acesso a uma alimentação equilibrada (FLORENTINO, 2004).

Saúde Oral

Os fatores de risco associados ao declínio da saúde oral na população idosa, estão relacionados ao aumento de cárie dental, a infecção periodontais e à utilização de próteses dentárias mal ajustadas e xerostomia, a falta de higiene é atribuída à diminuição da destreza manual, percepção sensorial, motivação e incapacidade cognitiva (FLORENTINO, 2004).

Fatores Psicossociais

De acordo com Florentino (2004) os conhecimentos psicossociais pelo nutricionista são de suma importância na intervenção alimentar e nutricional do idoso. Muitas vezes, a relação do idoso com a alimentação fica afetada pelas desordens afetivas de que os idosos são acometidos, determinando assim, seu comportamento alimentar, como as perdas de amigos e parentes próximos, isolamento social, ausência de um papel que o valorize.

O isolamento social e a solidão fragilizam o idoso e o tornam suscetível a influências externas, enquanto a baixa estima e a imagem corporal negativa aumentam a suscetibilidade de influência da pessoa em relação aos fatores internos, afetando a aceitação de alimentação pelo idoso devido a não estar estimulado, em função de estar só ou devido à presença de conflitos familiares; o



idoso pode agir reduzindo a quantidade ingerida ou não se interessando em se alimentar, fazendo a opção por alimentos industrializados de rápido preparo (FLORENTINO, 2004).

Portanto, todas as ações praticadas em torno da alimentação, como selecionar os alimentos; preparar os alimentos; seguir ou não a orientação de uma dieta; a relação afetiva e cognitiva com o alimento; o significado simbólico da "comida" enquanto ao reflexo de pensar, sentir, interagir no interior das relações sociais são exemplos que caracterizam o comportamento alimentar na terceira idade (FLORENTINO, 2004).

1.2- Avaliação Nutricional na Terceira Idade

Com o aumento na expectativa de vida, se fez necessário maior intervenção na população geriátrica. Hoje se sente necessidade de dados específicos para esta população, pois no processo de envelhecimento normal ocorrem alterações fisiológicas e biológicas que afetam de modo geral a composição corporal do idoso (CABISTANI, 2007).

Para uma adequada avaliação nutricional do idoso, os indicadores antropométricos são essenciais, mas para isto devemos tomar cuidados especiais e considerar as alterações que ocorrem com o envelhecimento, a fim de não comprometer a determinação de um diagnóstico antropométrico preciso. Nos idosos a antropometria apresenta algumas limitações na aplicação dos métodos como também na interpretação dos resultados, e é preciso lembrar que não existe um padrão ouro para avaliação nutricional do idoso (CABISTANI, 2007).

1.3- Conduta Nutricional no Envelhecimento

A manutenção de um estado nutricional adequado e a alimentação equilibrada estão associadas a um processo de envelhecimento saudável. O envelhecimento pode vir acompanhado de mudanças que podem alterar a ingestão de alimentos e conseqüentemente levarem as deficiências nutrientes e quadros de desnutrição (GONSALES *et al.*, 2005).

As alterações do estado nutricional contribuem para o aumento da morbimortalidade, o que torna de fundamental importância a identificação precoce de pacientes com risco nutricional na população de indivíduos idosos (MOULIN, 2007).

1.3.1- Riscos Nutricionais na Terceira Idade

Os idosos constituem a mais diversa população quando comparada a outras faixas etárias. Os indivíduos idosos têm capacidades totalmente variáveis além de diferentes níveis de funcionamento. Os problemas emocionais, físicos, sociais podem interferir com o apetite ou a habilidade de adquirir, preparar e consumir dietas nutricionalmente adequadas. Estes fatores incluem o fato de a pessoa viver ou não sozinha, quantas refeições diárias são realizadas, quem prepara a alimentação e compra os alimentos, e qualquer impedimento físico que altere estes processos: problemas de dentição e mastigação, renda adequada para adquirir apropriadamente os alimentos e uso de álcool e medicamentos (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI, 2005).

Desnutrição

A desnutrição é o resultado da falta de ingestão de nutrientes necessários ao desenvolvimento e a manutenção das funções corpóreas. Em pacientes idosos, ela é comum, pois, com a idade avançada, o consumo alimentar diário diminui. Além disso, os alimentos consumidos são de baixas calorias, contribuindo para a deficiência nutricional e desnutrição (SANTOS, 2007).

De acordo com Moulin (2007) a desnutrição predispõe uma série de complicações graves como: tendência à infecção, cicatrização deficiente de feridas, insuficiência respiratória, insuficiência cardíaca, diminuição da síntese hepática de proteínas com produção de metabólitos anormais, diminuição da filtração glomerular e da produção de suco gástrico.

Obesidade

A proporção de indivíduos classificados como obesos na população mundial vem aumentando de maneira alarmante, fazendo com que a obesidade seja reconhecida no presente momento cada vez mais como um importante problema de saúde pública (MELLO, 2007).

Moulin (2007) relata que o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis como: doença isquêmica do coração, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes melito tipo 2, colélitase, osteoartrite, neoplasia maligna de mama pós-menopausa e de endométrio.

Em indivíduos idosos a obesidade pode piorar em relação ao declínio da função física que ocorre com a idade, levando a uma limitação dos movimentos, no entanto, o tratamento da obesidade no idoso é de certa forma controversa, uma vez que existe uma redução nos riscos relacionados à saúde associados ao aumento de peso e, por isso, uma preocupação geral de que a perda de peso nessa faixa etária poderia ter um efeito deletério (MELLO, 2007).

Apesar da relação entre o sobrepeso ou obesidade e a mortalidade na população idosa ainda não estar bem estudada, a eficácia dos diversos tipos de tratamento não foram adequadamente analisados, o principal é focar primeiramente a manutenção de uma alimentação saudável, em que sejam ofertados todos os nutrientes essenciais (MELLO, 2007).

Doenças Gastrointestinais

A estrutura e a função do trato gastrointestinal responsáveis pela transferência do alimento da boca até o ânus podem estar alteradas no idoso. Distúrbios na deglutição e evacuações resultam tanto na incapacidade quanto na alteração da sua qualidade de vida (GOTTSCHALL, 2007).

- Distúrbios da deglutição: dificuldade na deglutição ou disfagia é um dos problemas mais comuns nos idosos e frequentemente leva a perda de peso e desnutrição (GOTTSCHALL, 2007).

- Diarréia: a diarréia é um sintoma e não uma doença. A diarréia pode ser definida como fezes excessivamente líquidas, aumento da frequência das evacuações, aumento do volume das evacuações e perda de líquidos e eletrólitos, podendo ser classificadas como, agudas, persistentes ou crônicas (GOTTSCHALL, 2007).



- Doença celíaca: é caracterizada pela intolerância permanente ao glúten, proteína presente em alguns cereais como trigo, aveia, centeio e cevada (GOTTSCHELL, 2007).
- Constipação intestinal: pode ser definida como fezes duras e secas, sensação de esvaziamento retal incompleto, dificuldade para evacuar ou redução na frequência evacuatória. A constipação intestinal é comum no idoso e não é uma consequência fisiológica do envelhecimento: tem como causa a diminuição da motilidade intestinal, doenças sistêmicas, outras co-morbidades e o uso de fármacos (GOTTSCHELL, 2007).

Doenças Cardiovasculares e Dislipidemias

A doença aterosclerótica se inicia na infância e adolescência, sendo fortemente influenciada por fatores genéticos e estilo de vida. O risco de eventos cardiovascular aumenta progressivamente com o aumento dos níveis de LDL-c e está inversamente relacionado com aos níveis de HDL-c (MORIGUCHI; DURGANTE; CARAMORI, 2007).

A prevenção e/ou tratamento das dislipidemias em idosos inicia-se com orientações dietéticas (MORIGUCHI; DURGANTE; CARAMORI, 2007).

Hipertensão arterial e sistêmica

A hipertensão arterial e sistêmica é uma doença multifatorial e poligênica, com tendência a interagir com o estilo de vida do indivíduo e com fatores demográficos como raça, sexo, idade. Caracteriza-se por níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular). É definida hipertensão como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg ou a necessidade de utilização de medicação anti-hipertensiva (MICHELI, 2007).

Saúde Oral

O processo de envelhecimento envolve uma série de mudanças que podem afetar e ser afetadas pela condição oral. Problemas dentários são considerados um contribuidor primário à desnutrição do idoso. A falta de dentes torna difícil a ingestão de uma dieta normal. Quando um indivíduo tem falta de dentes ou tem próteses mal ajustadas, a qualidade da dieta é ruim, sendo que a consistência mole dos alimentos pode causar constipação. Com o envelhecimento, como já foi mencionado, a sensação de cheiro declina, frequentemente levando ao aumento no uso de alimentos cariogênicos. Em, aproximadamente 68% daqueles com 65 a 69 anos e 51% dos com mais de 90 anos, parcialmente sem dentes, a cárie dental representa um problema (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI, 2005).

Órgãos do Sentido

O uso aumentado de medicamentos e a maior prevalência de doenças que podem influenciar a função sensorial podem também contribuir para a premissa de que o envelhecimento está associado com a diminuição da função quimiosensorial. Finalmente, a perda de memória, cognição e habilidades em testes, que ocorrem com o envelhecimento, podem resultar em perfis inadequados (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI, 2005).



Diabete Mellitus

A diabete mellitus é uma doença metabólica caracterizada pela presença de hiperglicemia persistente, decorrente de uma insuficiente secreção de insulina pelo pâncreas e/ou insuficiente ação da insulina no músculo e tecido adiposo (DALLALBA; STEEMBURGO, 2007).

O diabetes mellitus constitui-se num problema crônico que tem crescido na população idosa. O diabético com mais de 65 anos têm um risco relativo de mortalidade de, aproximadamente, 1,5 vezes do que aquele dos indivíduos não-diabéticos. Os fatores que contribuem para a resistência diminuída à glicose e desenvolvimento de diabetes incluem diminuição da atividade física, diminuição do consumo de carboidratos complexos e uma maior proporção de gorduras na dieta e aumento na adiposidade com diminuição da massa magra (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI, 2005).

Pelo fato de os idosos terem múltiplos déficits de funcionamento, incluindo defeito na secreção de insulina, diminuição da ação da insulina para impedir a liberação hepática de glicose e resistência periférica de insulina, o tratamento deve, em primeiro lugar, ser voltado para aumentar a sensibilidade à insulina a partir da alimentação e da atividade física (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI, 2005).

Medicamentos

A idade avançada é influenciada pelo uso de medicamentos. Os pacientes idosos que estão sob o cuidado de diversos especialistas e que podem se automedicar por diferentes sintomas está sob maior risco de efeitos adversos de interação nutriente-droga e interações com a alimentação (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI, 2005).

Álcool

Quando o álcool é consumido em grandes quantidades e cronicamente, o estado nutricional como um todo é afetado, incluindo redução do apetite e prejuízo na absorção, metabolismo e excreção de nutrientes (SACHS; OLIVEIRA; MAGNONI, 2005).



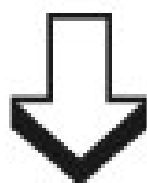
MÓDULO 5 - Estratégias de Intervenção para Idosos com Deficiências Físicas, Patologias Restritivas e Incapacidades.

Profª Paulo Roberto Rocha Junior

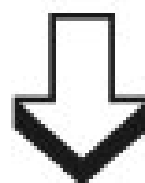
Introdução

Constituição brasileira

Amparo a pessoa idosa deve ser realizado pela família, pela sociedade e pelo estado.



Família



Instituição

CAPACITAÇÃO

Envelhecimento

Alterações estruturais do organismo que se acumulam de forma progressiva, especialmente em razão da idade e que prejudica o desempenho das atividades motoras dificultando a adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

(Meirelles, 2000)

Estratégias de Comunicação

- + Chegue mais perto do paciente;
- + Coloque-se sempre a frente do paciente;
- + Se necessário faça um sinal antes de falar;
- + Pergunte o que pode ser feito pra melhorar a comunicação;
- + Auxilie o ajuste dos óculos/aparelho auditivo;
- + Peça permissão para diminuir os sons ao seu redor;



- Não ignore o paciente na presença de outros;
- Respeite sempre a rotina do idoso;
- Nunca esconda sua boca ou face;
- Fale num volume normal/elevado, nunca grite;
- Pronuncie claramente as palavras;
- Observe o movimento da cabeça do ouvinte;
- Evite mudanças repentinas de assunto;
- Dê ao ouvinte tempo de resposta;
- Nunca use fala infantilizada;
- Gesticule;
- Mude a frase se não entendida;
- Evite posicionar o idoso sob luz ofuscante;
- Posicione os objetos no campo visual do idoso;
- Forneça materiais com letras grandes e cores de contraste;
- Discuta a mudança na colocação da mobília;
- Espere a adaptação da visão do idoso a mudanças de luz;
- Não estereotipe;
- Nunca use nomes genéricos ou familiares;
- Nunca finja entender a resposta de um idoso.



Cuidados com o paciente

Por inúmeras razões os idosos podem ficar acamados por um curto período de tempo ou até pelo resto da vida.

Os cuidados com idosos acamados devem ser acentuados, para que não haja maiores complicações.



Principais causas

- Doenças osteoarticulares;
- Doenças cardiopulmonares;
- Doenças neurológicas;
- Doença psíquica;
- Doenças neurosensoriais.

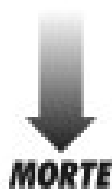
(Leduc, 2002)

Cuidados com o idoso dependente

- Posicionamento no leito;
- Prevenção de contraturas articulares;
- Inspeção da pele;
- Prevenção de episódios de tromboembolismo;
- Infecções pulmonares;
- Diminuição do tempo de restrição no leito;
- Se viável, implementação de dispositivos auxiliares.

Síndrome da Imobilização

- Déficit cognitivo médio e grave;
- Múltiplas contraturas;
- Úlcera de decúbito;
- Disfagia;
- Dupla incontinência;
- Afasia.



(Leduc, 2002)

Cuidados com o idoso dependente -

- Posicionamento no leito;
- Prevenção de contraturas articulares;
- Inspeção da pele;
- Prevenção de episódios de tromboembolismo;
- Infecções pulmonares;
- Diminuição do tempo de restrição no leito;
- Se viável, implementação de dispositivos auxiliares.

Quedas

As causas de uma queda podem ser de natureza:

Intrinseca

Extrinseca

Intrinseca

- Alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento;
- Medicamentos.

Extrínseca

- + Escadas irregulares;
- + Tapetes;
- + Pisos escorregadios;
- + Má iluminação;
- + Calçados inadequados;
- + Medicamentos.

Intervenção / fatores extrínsecos - Box

- + Piso antiderrapante; largura de 80cm;
- + Assento fixo para banho;
- + Barras de apoio alturas variáveis;
- + Porta objetos fixo;
- + Saboneteira para sabão líquido;
- + Fechamento do box com porta de correr ou utilização de cortina plástica.

Torneiras

- + Monocomando.

Vaso sanitário

- + Descarga por botão;
- + Ducha higiênica manual;
- + Papeleira externa de fácil acesso;
- + Barras de apoio.

Escadas e áreas de circulação

- + Corrimãos ao longo dos degraus;
- + Proporção entre a largura e a altura dos degraus;
- + Início e o final da escada demarcados;
- + Usar rampas ao invés das escadas se possível.

Paredes

- + Com cores e texturas diferentes, contínua e anti-oluscentes.

Cadeiras

- + Com braços de apoio lateral e espaldar alto.

Poltronas e sofás

- + Confortáveis, de boa altura, com braços. Não devem ser muito macios.



Exemplo



Demais cuidados

- + Evitar tapetes soltos;
- + Calçados inadequados;
- + Fios elétricos e de telefone soltos;
- + Pisos antiderrapantes;
- + Luz noturna nas circulações;
- + Interruptores nas entradas e saídas;
- + Ambientes livres de objetos e móveis baixos;
- + Boa iluminação;
- + Lanterna em local de fácil acesso.

Sinais Vitais

Fatores que costumam modificar os sinais vitais de um indivíduo:

- + Atividade física;
- + Temperatura ambiente;
- + Estado emocional;
- + Estado fisiológico;
- + Idade.



Temperatura corporal;
Pressão arterial;
Respiração;
Pulso.

Temperatura corporal

- + Variação normal - 36°C à 37°C;
- + No idoso - pode diminuir ligeiramente;
- + Locais de determinação da temperatura:
 - + cavidade oral; o reto; a axila; o canal auditivo; prega inguinal.
- + Equipamentos:
 - + termômetro clínico de vidro ou elétrico; o termômetro químico; termômetro eletrônico.

Pressão arterial

- + Variação normal -
- + PA sistólica: 90 à 140 mmHg;
- + PA diastólica: 60 à 90 mmHg;
- + No idoso -
- + PA sistólica: ligeiramente alta;
- + PA diastólica: ligeiramente baixa;
- + Locais de verificação da pressão arterial:
 - + a. braquial; a. femoral.
- + Equipamentos:
 - + estetoscópio; esfigmomanômetro.

Respiração

- + Variação normal - 12 à 18 rpm;
- + No idoso - costuma apresentar-se ligeiramente alta;
- + Para determinar a frequência respiratória:
 - + O agente de saúde simula a mensuração do pulso radial e observa os movimentos da caixa torácica ou do abdômen do paciente.
- + Equipamentos:
 - + Relógio ou estetoscópio.

Pulso

- + Variação normal - 60 à 100 bpm;
- + No idoso - pode apresentar-se discretamente reduzida;
- + Locais de verificação da frequência cardíaca:
 - + a. temporal; a. carótida; a. braquial; a. radial; a. femoral; a. poplíteia; a. pedúscia; a. tibial posterior; ápice do coração.



- Equipamentos:
- Cronômetro ou estetoscópio.

Exercício Físico

Benefícios do Exercício Físico

Domínio psicológico

- Melhora o estado de humor;
- Melhora a confiança e a satisfação;
- Proporciona novas aprendizagens;
- Melhoria da auto estima.

Domínio fisiológico

- Melhora o sono (qualidade/quantidade);
- Melhora a resistência cardiovascular;
- Melhora no equilíbrio e na coordenação;
- Provoca aumentos de força.

Domínio social

- Fomenta a integração social e cultural;
- Fomenta a integração e participação na comunidade;
- Novas amizades;
- Fomenta as relações sociais e culturais;
- Atividade social que pode substituir o trabalho, proporcionando sentimentos de satisfação e produtividade;
- Melhora a qualidade de vida.

Vestimentas

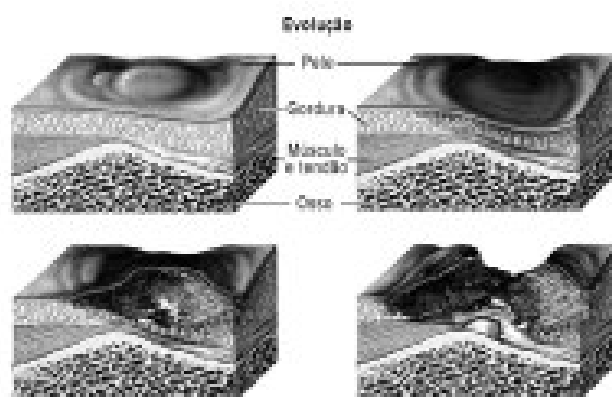
- Expor ou liberar a área a ser manuseada;
- O pudor do idoso deve ser respeitado;
- Manter a temperatura corporal confortável;
- Pedir permissão ao paciente se for necessário despir algum seguimento de seu corpo;
- As roupas devem estar limpas;
- Cuidados com rugas e dobras na vestimenta;
- A vestimenta deve ser confortável e de fácil manuseio para o paciente.

Posicionamento no leito

- O posicionamento deve ser considerado durante e após o tratamento e durante o repouso por um longo intervalo de tempo;
- Muitas vezes a posição de conforto não é a ideal;
- Mudanças de decúbito -
- leito - 2 em 2h;
- cadeira - 1/2 em 1/2h.



Úlceras de decúbito



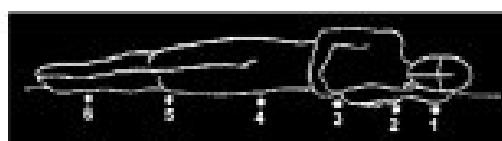
Cuidados

- Áreas do corpo avermelhadas, pálidas, formigamento, dormência ou edema;
- Indivíduos desnutridos;
- Com comprometimento circulatório;
- Com percepção diminuída;
- Incapacidade de se movimentar;
- Incapacidade de se expressar;
- Estabilizar o tronco, cabeça e membros;
- Posicionar o paciente facilitando o tratamento;
- Use travesseiros, toalhas ou almofadas, se necessário;

Proeminências ósseas.



Decúbito dorsal



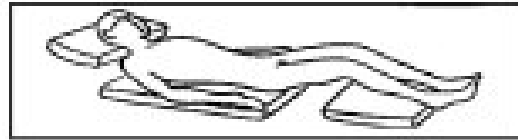
Decúbito lateral



Decúbito ventral



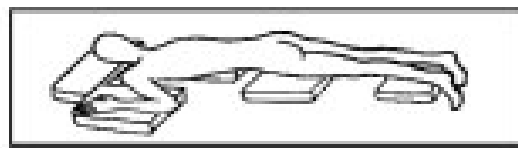
Posicionamento correto no leito



Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito ventral

Proeminências ósseas.

Movimento seguro de uma pessoa de uma superfície para outra.

- Independente
- Dependente
- Auxílio direto;
- Auxílio indireto.
- Avaliar a capacidade física/mental do paciente;
- Explique o procedimento para o paciente;
- Instrua como o paciente pode ajudá-lo;
- Peça para o paciente descrever a seqüência;
- Nunca utilize seus MMSS para a transferência;
- Encoraje-o para participar física e mentalmente, com sua capacidade máxima;
- Certifique de que os sapatos e sua vestimenta estão adequados para transferência;
- Fique sempre diante do paciente ou um pouco em diagonal para sua própria segurança;
- Nunca deixe o paciente sem apoio.



Dispositivos auxiliares

Os dispositivos auxiliares da marcha são prescritos por uma série de fatores, como problemas de equilíbrio, dor, fadiga, fraqueza, instabilidade articular, carga esquelética excessiva.

Incapacidades variáveis:

- + Idade
- + Patologia – visuais, ortopédicas etc.
- + Obesidade, incapacidades físicas, etc.

Uma das funções dos dispositivos auxiliares é a eliminação da carga de modo parcial ou completo, sobre um segmento corpóreo, e isto se dá pela transmissão da força dos membros superiores até o piso, pela pressão dirigida para baixo e exercida sobre o dispositivo auxiliar.

Existem três categorias de dispositivos deambulatorios auxiliares:

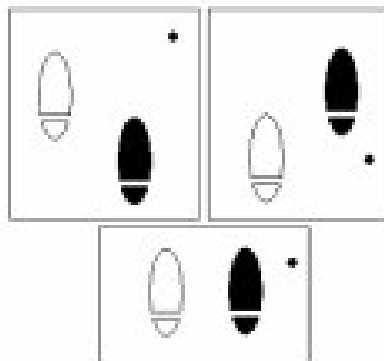


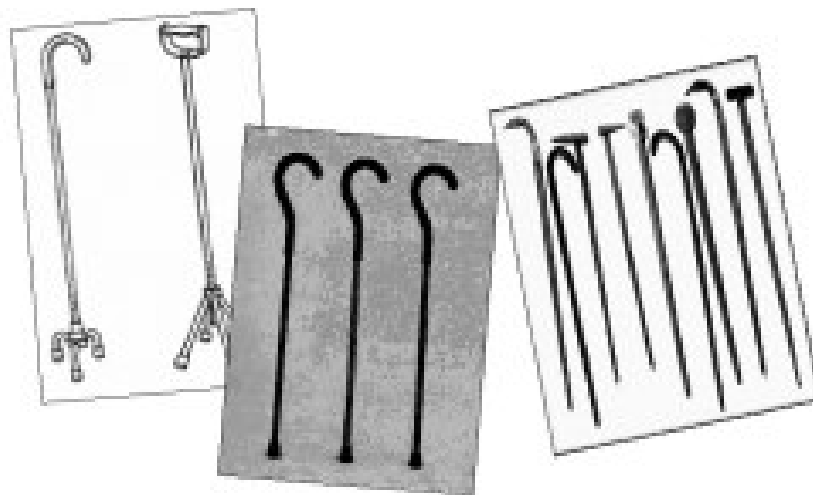
Bengalas

Função:

Ampliar a base de sustentação e melhorar o equilíbrio

- + Não pode ser usada quando não há sustentação total ou parcial do peso;
- + Segurar a bengala com a mão oposta com o membro afetado.





Andadores

- Escolha do tipo, conforme desequilíbrio
- Não apressar a marcha
- Não colocar o andador muito a frente na marcha
- Levar o membro ferido a frente primeiro
- Cuidados com escadas e rampas.

