

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO
VIVÊNCIAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM GERIATRIA E LESÕES POR
PRESSÃO**

**CAROLINE LAYANE SOUSA NASCIMENTO
EDERSON ALMEIDA SILVEIRA
NAARA ISABEL DE PAULA
PAULA SILVA PEREIRA
RAFAEL DE SOUSA RODRIGUES**

CAROLINE LAYANE SOUSA NASCIMENTO
EDERSON ALMEIDA SILVEIRA
NAARA ISABEL DE PAULA
PAULA SILVA PEREIRA
RAFAEL DE SOUSA RODRIGUES

PORTFÓLIO ACADÊMICO
VIVÊNCIAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM GERIATRIA E LESÕES POR
PRESSÃO

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Enfermagem.

ORIENTADORA

Prof^a. Ana Claudia Barbosa Honório Ferreira

PRESIDENTE DE BANCA

Prof^a. Estefânia Aparecida de Carvalho Pádua

LAVRAS-MG

2019

CAROLINE LAYANE SOUSA NASCIMENTO
EDERSON ALMEIDA SILVEIRA
NAARA ISABEL DE PAULA
PAULA SILVA PEREIRA
RAFAEL DE SOUSA RODRIGUES

PORTFÓLIO ACADÊMICO
VIVÊNCIAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM GERIATRIA E LESÕES POR
PRESSÃO

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/___

ORIENTADORA

Prof^a. Ana Claudia Barbosa Honório Ferreira

PRESIDENTE DE BANCA

Prof^a. Estefânia Aparecida de Carvalho Pádua

LAVRAS-MG

2019

Ficha Catalográfica preparada pela Seção de Processamento Técnico da
Biblioteca Central do Unilavras

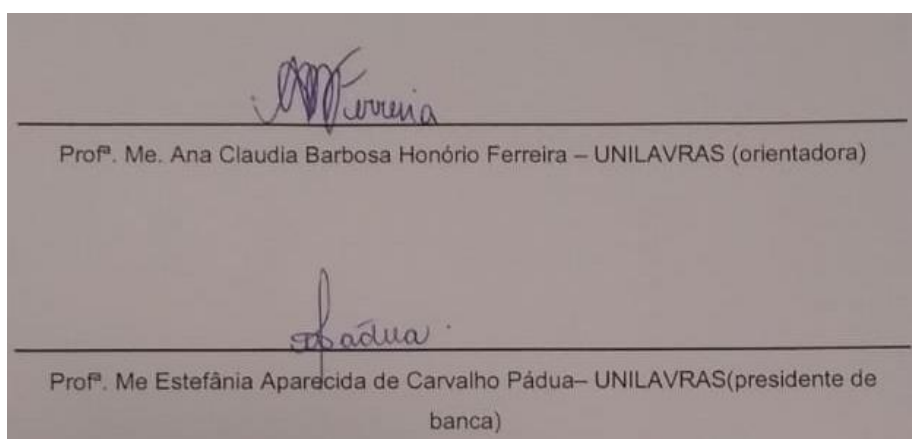
P849 Portfólio acadêmico: vivências do cuidado de enfermagem
em geriatria e lesões por pressão / Caroline Layane Sousa
Nascimento [et al.]; orientação de Ana Claudia Barbosa
Honório Ferreira. -- Lavras: Unilavras, 2019.
143 f. ; il.

Portfólio apresentado ao Unilavras como parte das
exigências do curso de graduação em Enfermagem.

1. Idosos. 2. Instituição de longa permanência. 3. Lesões
por pressão. 4. Geriatria. I. Silveira, Ederson Almeida. II.
Paula, Naara Isabel de. III. Pereira, Paula Silva. IV.
Rodrigues, Rafael de Sousa. V. Ferreira, Ana Claudia
Barbosa Honório (Orient.). VI. Título.

Centro Universitário de Lavras – UNILAVRAS

Portfólio acadêmico intitulado “Portfólio acadêmico: Vivências do cuidado de enfermagem em geriatria e lesões por pressão”, de autoria dos graduandos Caroline Layane Sousa Nascimento, Ederson Almeida Silveira, Naara Isabel de Paula, Paula Silva Pereira e Rafael De Sousa Rodrigues aprovado pela banca examinadora constituída pelas seguintes profissionais:



DEDICATÓRIAS

Dedico esse Portfólio primeiramente a Deus pois, sem Ele, eu não teria forças para vencer esta difícil jornada. Aos meus pais, por não medirem esforços para que eu chegasse até aqui. A minha irmã, Maria Eduarda, e meu noivo Gleyson, pelo companheirismo, carinho e apoio.

CAROLINE LAYANE SOUSA NASCIMENTO

Dedico esse Portfólio aos meus Pais que sempre estão junto de mim, toda minha família, amigos e minha companheira Gabriela Nascimento Souza.

EDERSON ALMEIDA SILVEIRA

Dedico esse Portfólio a Deus, minha mãe e ao meu pai pelo apoio de sempre e a meus irmãos e sobrinhos.

NAARA ISABEL DE PAULA

Dedico esse Portfólio à Deus, à minha mãe e à minha tia pelo amor incondicional de sempre.

PAULA SILVA PEREIRA

A Deus, que nos criou e, por intermédio de seu fôlego de vida deu-me o sustento e a coragem para questionar realidades e propor um novo mundo de possibilidades.

Aos meus pais e irmão, os quais acompanharam e alicerçaram-me incondicionalmente, ao longo desta extensa e difícil jornada.

RAFAEL DE SOUSA RODRIGUES

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, por estar sempre ao meu lado me dando força para enfrentar os obstáculos diários, o medo, o desânimo e por abençoar todas as minhas decisões e proporcionar esta conquista.

Ao meu pai Claudiney, pois sempre me incentivou, apoiou, orgulhou-se e ofereceu todo o suporte necessário para a conclusão deste curso.

A minha mãe Leila, por me ensinar valores e virtudes, apoiando em minhas decisões.

A minha irmã Maria Eduarda, amor incondicional, que sempre me dá coragem para buscar a vitória e a realização profissional e pessoal.

Ao meu noivo Gleyson, por me incentivar, apoiar e estar sempre comigo em todos os momentos.

Aos meus avós paternos, Paulo e Ana de Fátima, que estiveram comigo me encorajando sempre.

Aos meus avós maternos, José Pedro e Maria da Conceição, que mesmo tendo partido, foram um grande exemplo de honestidade, paz, paciência, fé, firmeza e principalmente de muito amor.

As minhas amigas Ana Flávia, Kesliane e Jéssica, minhas irmãs de alma, sou grata a Deus por tê-las em minha vida.

Aos colegas de classe, pelo companheirismo, respeito e cumplicidade que foram desenvolvidos ao longo do curso, em especial à Naara, à Paula e Rafael, que estiveram presentes nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Aos meus professores, em especial a minha orientadora, Prof^a Ana Claudia, pelos conhecimentos compartilhados e pelo empenho dedicado.

Aos profissionais da instituição de longa permanência, pela recepção e autorização da vivência.

A todos, que de forma direta ou indireta fizeram parte desta conquista, o meu muito obrigada.

CAROLINE LAYANE SOUSA NASCIMENTO

Agradeço a Deus em primeiro lugar.

Aos meus pais que me deram a vida, meu irmão Emerson, minha cunhada Isabel, e minha companheira Gabriela Nascimento Souza por todo apoio e carinho.

EDERSON ALMEIDA SILVEIRA

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e me proporcionado chegar até aqui. A minha mãe pela atenção, dedicação e paciência por ter sempre acreditado em mim.

Ao meu pai pelo amor, apoio, e princípios que construíram minha personalidade.

Aos meus sobrinhos por serem tão especiais em minha vida.

Aos meus tios e primos (a), por estarem sempre orando e torcendo por mim.

As minhas amigas de infância por estarem sempre presentes em minha vida.

Aos coordenadores e internos da Vila Vicentina Carlos Almeida Sobrinho na cidade de Cana Verde, pelo acolhimento e colaboração, meu muito obrigada.

Aos colegas de estágios e professores, em especial minha Prof. Ana Claudia Barbosa Honório Ferreira que contribuíram para meu conhecimento. Enfim, o meu muito obrigado a todos pelo carinho e por fazerem parte desta grande conquista.

NAARA ISABEL DE PAULA

Agradeço primeiramente a Deus por todas as minhas conquistas nesses anos e por lembrar que sempre sou mais forte do que penso.

À minha mãe, que tem grande parcela nisso, já que me ensinou a ser forte sem perder a doçura, e a acreditar nos meus sonhos.

À minha tia Izauri pela confiança, incentivo, palavras e gestos ao longo de todo processo.

À minha família por acreditar sempre em mim.

Aos meus colegas de trabalho por tornar a jornada mais suave.

Aos meus amigos de sala, Naara, Caroline, Rafael e Maria Eduarda pelo companheirismo, encorajamento, assistência prestada em todo momento.

Aos meus professores por todo conhecimento, em especial à professora Ana Cláudia por prover todas as orientações para realização desse trabalho.

Enfim, o meu muito obrigado a todos pelo carinho e por fazerem parte desta grande conquista.

PAULA SILVA PEREIRA

A Deus por ter me dado saúde, força, fé e perseverança para superar as dificuldades.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao Centro Universitário de Lavras, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela na qual, hoje, vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

A minha orientadora Luciana, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Percebo que seres humanos inteligentes e de bom coração, conscientes de que eu poderia construir mais conhecimentos por intermédio de uma formação acadêmica, atravessaram os meus caminhos e me incentivaram a acreditar que era possível. Hoje ao manifestar meus agradecimentos estou ciente de que minha identidade, minha capacidade e meu conhecimento, permanecerão em constante edificação, sobretudo, enquanto houver o amparo e o resguardo de Deus, de minha família e amigos.

A todos os atores que direta ou indiretamente redigiram junto a mim esta história de final feliz e promissor, a minha mais sincera gratidão.

RAFAEL DE SOUSA RODRIGUES

LISTAS DE ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
DM	Diabetes Mellitus
EA	Eventos Adversos
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição Longa Permanência para Idoso
IU	Incontinência Urinária
LPP	Lesão Por Pressão
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NANDA	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SC	Subcutânea
SSVV	Sinais Vitais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Via Oral

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Idoso residente de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).....	17
Imagem 2 - Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)	19
Imagem 3 - Assistência prestada pelo Cuidador a idosos.....	21
Imagem 4 - Atividades exercidas pelos técnicos de Enfermagem	23
Imagem 5 - Curativo e mudança de decúbito.....	23
Imagem 6 - Medicamentos com identificação, avaliação da pressão arterial.....	24
Imagem 7 - Escala de funcionários e escala de férias.	25
Imagem 8 - Organização dos medicamentos pelo enfermeiro da ILPI.....	27
Imagem 9 - Plano de cuidados e evolução de enfermagem	29
Imagem 10 - Livro de Diagnóstico de Enfermagem – NANDA.....	31
Imagem 11 - Educação continuada e educação em saúde.....	32
Imagem 12 - Enfermeira realizando treinamento da equipe.....	33
Imagem 13 - Idosos reunidos para educação em saúde.....	33
Imagem 14 - Pesquisa para melhorar a segurança dos residentes	35
Imagem 15 - Equipe multidisciplinar.....	36
Imagem 16 - Administração de Medicamentos	39
Imagem 17 - Curativos	42
Imagem 18 - Administração de Medicamentos - Via Oral	44
Imagem 19 - Segurança dos Idosos.....	47
Imagem 20 - Cuidados de enfermagem para se evitar possíveis lesões por pressão.....	49
Imagem 21 - Conforto do Paciente.....	51
Imagem 22 - Higiene dos Pacientes.....	52
Imagem 23 - Interação da Enfermagem com Pacientes	54
Imagem 24 - Troca de fralda - Incontinência Urinaria e Fecal.....	56
Imagem 25 - Dificuldades de locomoção dos idosos e a atuação da enfermagem.....	58
Imagem 26 - Vila Vicentina Carlos Almeida Sobrinho	61
Imagem 27 - Fármacos	63
Imagem 28 - Idosa com acuidade visual prejudicada.....	64

Imagem 29 - Superfícies escorregadias.....	66
Imagem 30 - Calçados inapropriados.....	67
Imagem 31 - Enfermeiro orientador.....	69
Imagem 32 - Iluminação artificial.....	71
Imagem 33 - Corrimão	72
Imagem 34 - Pisos antiderrapantes.....	74
Imagem 35 - Uso de andadores	76
Imagem 36 - Banheiro com barras de apoio.	77
Imagem 37 - Força de cisalhamento quando paciente escorrega no leito	81
Imagem 38 - Início de lesão por pressão	82
Imagem 39 - Mostra a lesão por pressão Estágio 1	83
Imagem 40 - Lesão por pressão estágio 2	84
Imagem 41- Lesão por pressão estágio 3	85
Imagem 42 - Lesão por pressão estágio 4	86
Imagem 43 - Lesão por pressão não estádiável.....	87
Imagem 44 - Lesão por pressão Tissular Profunda.....	88
Imagem 45 - Principais áreas de risco para lesões por pressão	90
Imagem 46 - Escala de Braden: variáveis e escores	93
Imagem 47 - Material de curativo	95
Imagem 48 - Insônia.....	101
Imagem 49 - Caminho “quarto-banheiro”.	103
Imagem 50 - Zelo pela aparência e preservação da autoimagem.....	105
Imagem 51 - O idoso e sua religiosidade.	107
Imagem 52 - Terapêutica farmacológica.	109
Imagem 53 - Almoço balanceado.....	111
Imagem 54 - Cartão vacinal.	113
Imagem 55 - Ingestão hídrica.....	114
Imagem 56 - Atividade física.	116
Imagem 57 - Autonomia e Independência.....	118

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	DESENVOLVIMENTO.....	17
2.1	DESENVOLVIMENTO DE CAROLINE LAYANE SOUSA NASCIMENTO: RELATO DA ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE LONGA PERMANÊNCIA.	17
2.2	DESENVOLVIMENTO DE EDERSON ALMEIDA SILVEIRA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AOS PACIENTES GERIÁTRICOS.....	39
2.3	DESENVOLVIMENTO DE NAARA ISABEL DE PAULA: VIVÊNCIAS NA ENFERMAGEM: ANÁLISE DO RISCO DE QUEDAS E O TRABALHO DE PREVENÇÃO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.....	61
2.4	DESENVOLVIMENTO DE PAULA SILVA PEREIRA: LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES EM UTI	80
2.5	DESENVOLVIMENTO DE RAFAEL DE SOUSA RODRIGUES: A ROTINA DE ENFERMAGEM COM PACIENTE DOMICILIADO DA TERCEIRA IDADE ...	100
3	AUTO- AVALIAÇÃO	121
4	CONCLUSÃO.....	126
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127

1 INTRODUÇÃO

Durante nossa jornada acadêmica no curso de Enfermagem no Centro Universitário de Lavras, vivenciamos os aprendizados teóricos integrados à prática, através dos estágios que compõem a graduação. Na fase final, nós graduandos do nono e décimo período de Enfermagem, por intermédio deste Trabalho de Conclusão de Curso, retratamos nossas vivências em portfólios acadêmicos.

O presente trabalho apresenta cinco vivências, as quais foram orientadas pela professora Ana Cláudia Barbosa Honório Ferreira. Ademais, as experiências trabalhadas objetivam ressaltar a importância do Enfermeiro e sua atuação frente aos serviços e assistência ofertados aos clientes idosos e pacientes internados na UTI, permeando suas minúcias e peculiaridades integralmente.

Todas as vivências foram registradas através de imagens obtidas durante a confecção do trabalho, sendo correlacionadas com as disciplinas estudadas, bem como, interligadas a argumentos científicos e manuais preconizados pelo Ministério da Saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Desenvolvimento de Caroline Layane Sousa Nascimento: Relato da atuação da enfermagem com idosos institucionalizados de longa permanência.

A vivência foi realizada na Vila Vicentina Carlos Almeida Sobrinho, situada no município de Cana Verde, estado Minas Gerais. Nela residem 32 idosos, sendo 15 homens e 17 mulheres, em estado estável de saúde.

A seguir é mostrado a imagem 1, que corresponde a um idoso residente desta instituição.

Imagem 1 - Idoso residente de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)



Fonte: Do autor (2017).

Pode-se relacionar a imagem com as disciplinas: Enfermagem em geriatria e gerontologia, onde vemos o processo envelhecer e suas necessidades e processo de cuidar em enfermagem, onde conhecemos as patologias que pode acometer um indivíduo principalmente nessa faixa etária.

Envelhecer é um ato coletivo e constante, o qual é considerado normal e acontece ao decorrer da vida (MONIZ 2003).

Idoso é aquele que se encontra na classificação, de acordo com a idade, seguindo as categorias: Idosos jovens: cuja idade, se encontra entre 60 a 74 anos de idade; idosos mais velho: se encontra entre 75 a 100 anos de idade; Centenários: Indivíduos com mais de 100 anos de idade (ELIOPOULOS 2011).

O envelhecimento causa várias modificações no organismo, as principais e mais perceptíveis são as anatômicas. Algumas alterações como: ressecamento da pele, calvície, cabelos brancos, tônus musculares e estrutura óssea enfraquecidos o que causa uma modificação na postura do tronco e pernas levando ao aumento das curvaturas da coluna. As articulações ficam rígidas manifestando assim uma redução dos movimentos o que leva a alterações no equilíbrio e marcha. O autor cita também que as vísceras sofrem mudanças referentes os elementos glandulares, tecido conjuntivo e atrofia, já no sistema cardiovascular ocorre a dilatação da aorta, hipertrofia e dilatação do ventrículo esquerdo do coração e elevação da pressão arterial (MARCHI 2004).

Essas transformações trazem uma dificuldade da família em cuidar dos idosos. Sendo assim, associado com o aumento no número de pessoas idosas, o número de residentes em Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIs) tem sofrido um aumento constante (SANTOS et al. 2008).

Com o crescente aumento dos indivíduos que se encontram nesta faixa etária, até 2050 a população de idosos serão de 2 bilhões, o que irá tornar o bem-estar e as doenças crônicas um desafio para a saúde pública (BRASIL 2014).

A seguir é apresentada a imagem 2, que corresponde a Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Imagem 2 - Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 2, mostra a instituição de longa permanência da cidade de Cana Verde, que possui uma boa infraestrutura para receber os idosos do município.

Pode-se relacionar com a matéria de gerenciamento nos serviços de enfermagem para cuidados com a infraestrutura, e enfermagem em geriatria e gerontologia onde é abordado sobre tema envelhecer.

O crescimento da institucionalização no Brasil vem aumentando muito desde o início da década 1960. O que tem causado esse fator é a “urbanização intensa”, crise financeira, mudanças na estrutura familiar, a mulher presente no mercado de trabalho, a redução no espaço habitacional, com isso o idoso passa a ser visto como um problema para o convívio familiar, no dia a dia, perde sua utilidade, sendo então encaminhado pelos familiares à estas instituições chegando assim na resolução “deste problema” (TOMIKO, BORN 1996).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia define que as Instituições de Longa Permanência para Idosos são destinadas, para aqueles com idade superior ou igual a 60 anos, podendo ser dependentes ou não, que não possuem condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essa instituição tem a obrigação de proporcionar serviços na área social, médica, psicologia,

enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, entre outras áreas, conforme necessidades dos residentes (BRASIL 2003).

No artigo 37 do Estatuto do Idoso, definido pela lei 10.741 de outubro de 2003, é colocado que a pessoa idosa tem direito a moradia digna, no seio da família natural, substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, e ainda, em instituição pública ou privada. É obrigatório que essas instituições conservem padrões de habitação compatível com as necessidades das pessoas idosas e ajustadas com as normas sanitárias, sob as penas da lei (BRASIL, 2003).

A partir da Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que diz sobre o regulamento técnico de funcionamento das instituições de longa permanência para idosos, de acordo com seu grau de dependência, a ILPI pode oferecer uma ou mais modalidades assistenciais, descritas a seguir.

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução.

Art. 2º As secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 3º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Também de acordo com a resolução, supramencionada, deve haver o seguinte dimensionamento de profissionais para ofertar cuidados aos residentes:

Grau de Dependência do Idoso

- a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda;
- b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;
- c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

- a) Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;
- b) Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;
- c) Grau de Dependência III: um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

Deste modo os trabalhadores necessitam estar capacitados tecnicamente e emocionalmente, assumindo responsabilidades de satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas. Para que isso ocorra, além de qualificações técnicas e científicas, eles precisam possuir qualidades capazes de promover um cuidado eficiente para esses idosos (SANTOS et al. 2008).

Adiante será esclarecida a função do cuidador. Para tanto, a seguir é apresentada a imagem 3, que corresponde a assistência prestada pelo cuidador em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Imagem 3 - Assistência prestada pelo Cuidador a idosos



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 3 apresenta algumas atividades desenvolvidas pelos cuidadores, retrata o conforto propiciado e a alimentação pastosa, via oral. É possível perceber as necessidades básicas do ser humano, descritas pela Teoria de Wanda Horta, a qual menciona que cabe aos profissionais fazer pelo cliente aquilo que ele não pode

fazer por si mesmo, como: ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado, orientá-lo ou ensiná-lo.

Pode-se relacionar a imagem 3 com as disciplinas: Bases Para o Cuidado de Enfermagem onde aprendemos as primeiras leis de cuidados, Semiotécnica I onde vemos o tipo de cuidados a serem tomados e Sistematização onde vemos as intervenções de enfermagem.

O cuidar é algo relativo ao ser humano, pois vem desde a concepção, e este ato é recebido e oferecido durante toda a vida. O cuidador tradicionalmente está intimamente ligado ao cuidado materno: as mães cuidam da prole, dos esposos, e da família. Cuidar pode ser compreendido como suporte, facilitação, capacitação, ajuda, atenção, troca de informações, tomada de decisões. São ações que possibilitam ou conservam o bem-estar sendo considerada uma necessidade e um recurso do ser humano (MIGGOTT 2000).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (2002), sob o código 5.162 de 09 de outubro de 2002, define que o cuidador pode exercer seu trabalho em domicílio ou em instituições de idosos, sendo que as atividades realizadas devem ser supervisionadas pelo Enfermeiro.

Esses profissionais possuem conduta de natureza simples e repetitivas, traçadas pelo Enfermeiro, como: cuidados destinado a higiene, alimentação por via oral, companhia ao idoso, promoção de movimento e conforto. (SANTOS et al. 2008).

Suas atividades devem ser planejadas de acordo com as necessidades do cliente, devendo ficar explícito todas as ações que o mesmo deve desempenhar e aquelas que são restritas a outros profissionais (BRASIL 2008).

O cuidador deve ser orientado a fazer pelo idoso somente aquilo que ele não consiga fazer sozinho, buscando preservar assim sua autonomia (VIEIRA et al. 2010).

Posteriormente será tratado a atribuição do técnico de Enfermagem em uma ILPI.

A seguir é apresentado a imagem 4, que mostra algumas funções do técnico de Enfermagem.

Imagem 4 - Atividades exercidas pelos técnicos de Enfermagem



Fonte: Do autor (2017).

Imagem 5 - Curativo e mudança de decúbito



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 4, demonstra alguns dos papéis exercidos pelo técnico de enfermagem, a imagem 5 é a realização de um curativo e a mudança de decúbito. O dano apresentado na pele origina-se basicamente por uma isquemia tecidual prolongada. Esta, por sua vez, ocorre devido a posição que o cliente é mantido durante um longo período de tempo, muito comum ocorrer em pacientes acamados como no caso da cliente exposta na foto, por isso se faz fundamental a mudança de decúbito, que visa proporcionar maior conforto ao indivíduo, e tem como principal objetivo movimentar e/ou mudar a posição do mesmo evitando assim possíveis

complicações (SINE 2008). Na 6 mostra o preparo da medicação com identificação, para evitar erros na administração e a avaliação de um dos sinais vitais (SSVV). É responsabilidade dos profissionais de enfermagem, realizar o controle destes parâmetros, pois eles evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal (SINE 2008).

Imagem 6 - Medicamentos com identificação, avaliação da pressão arterial



Fonte: Do autor (2017).

Relaciona-se as imagens com as disciplinas: Semiotécnica I, Semiotécnica II e Fisiologia onde é estudado cada um destes procedimentos e a importância dos mesmos.

A partir do Decreto nº 94.406/87 de 25 de junho de 1986 que regulamenta a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, o técnico acompanha o enfermeiro durante planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência técnica, opera também prestando cuidados de enfermagem aos doentes em estado grave, previne e controla sistematicamente os danos físicos que podem ser gerados através da assistência de saúde, entre outras funções.

Esses profissionais realizam cuidados como: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, prestar higiene e conforto, realizar curativos, administração de medicamentos, vacinas e alimentação via enteral, nebulizações, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais, dentre outros (SINE 2008).

Além disso, dentro de uma ILPI, possuem um papel na supervisão dos cuidadores, principalmente naquelas instituições em que o enfermeiro tem carga horária reduzida (SANTOS et al. 2008).

A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) determina que a carga horaria do enfermeiro em uma ILPI, seja de 20 horas semanais, sendo esse período de tempo insuficiente, e está em desacordo com a lei número 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que diz que o trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem devem ser orientados e monitorado obrigatoriamente pelo profissional enfermeiro. Isso leva a uma redução da qualidade de assistência (JÚNIOR, PINHEIRO 2011).

O enfermeiro é peça fundamental nessas instituições, para garantir um cuidado qualificado, deixar os familiares serenos e garantir a toda equipe uma segurança em suas ações (LORENZINI et al. 2013).

Em seguida será abordado a atuação do Enfermeiro, que se subdividissem em vários processos de trabalho como: administrar/gerenciar, cuidar/assistir, educar/ensinar e pesquisar. Logo após será falado sobre cada um desses pontos. Através da imagem é retratado a escala de funcionário e a escala de férias da instituição, o qual ambas fazem parte da rotina de gerenciamento de um enfermeiro em uma instituição de longa permanência.

Imagem 7 - Escala de funcionários e escala de férias.

CRONOGRAMA:				
	NOME	DIA	HORÁRIO	ATIVIDADES
MÉDICO	BRUNO	4° FEIRA	10 hs	ATENDIMENTO INDIVIDUAL
FISIOTERAPIA	TAYSE	2° 4° e 6° FEIRA	13 hs	ATENDIMENTO INDIVIDUAL
PSICOLOGIA	MARIELE	5° FEIRA	13.30 hs	ATENDIMENTO INDIVIDUAL
TÉC. ENFERMAGEM	4	REGIME DE 12/86	7 às 19hs	MEDICAÇÃO, AFERIÇÃO DE P.A, HIGIENE E CUIDADOS
NUTRICIONISTA	JANAÍNA	3° FEIRA	9 HORAS	RESPONSÁVEL PELA COZINHA
FAXINEIRAS	7	10/36	7 às 17hs	
LAVADEIRAS	2	10/36	7às 17 hs	
COZINHEIRAS	2	10/36	7 às 17hs	

Férias Funcionários da instituição	
Do dia 1º ao dia 30 de maio	
Ameiva	?
Andressa	Emilia, Karo
Vanessa	Kyara, Alvanneuma
Alvina	Katrina
Karo	Bela
Simão	Kausinho
Julho	Leonardo
Andre	Substituir:
Silvino	Edna
Juliano	Julien, Prameison
Marcelo	Da, Edna
Augusto	?
	Boas férias

Fonte: Do autor (2017).

A imagem 7 nos mostra a escala dos funcionários para a sua jornada mensal de trabalho e a escala de férias dos mesmos durante o ano de 2017. Essas escalas são feitas pelo enfermeiro e para organizar é preciso conhecer uma série de conceitos básicos relacionados a este tema e também entender o que a legislação trabalhista dispõe sobre cada um deles (TEMPEL 2012).

Relaciona-se as imagens com as disciplinas: Gerenciamento onde aprendemos a nos colocar como portadores de grandes responsabilidades administrativas e sistematização onde aprendemos a criar a SAE.

A elaboração da escala trabalhista, enquanto instrumento gerencial fundamenta o planejamento e a avaliação da quantidade e qualidade dos profissionais para prover a assistência de enfermagem, de acordo com a singularidade do serviço de saúde, que garanta a segurança aos usuários e aos trabalhadores (BRASIL 2014).

Elaborar a escala diária e mensal dos trabalhadores é competência da enfermagem na administração/gestão, já que a mesma articula e integra o dimensionamento e distribuição dos funcionários. Conhecer a equipe, ambiente, número de funcionários, carga horária, licenças médicas, turnos, limitações, produtividade dos profissionais, relação entre equipe escalada, grau de dependência dos pacientes e complexidade da clínica, é fundamental para elaborar uma escala que promova assistência de qualidade (SOUZA et al. 2011).

Deve-se avaliar a complexidade e característica do setor, e discutir com a equipe a melhor forma de elaborar as escalas e assim fazer a distribuição do trabalho de forma justa, sem sobrecarregar o profissional (TEMPEL 2012).

A escala mensal abrange os três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite, é nela que são registrados as folgas, férias e licenças dos funcionários. Para que a assistência seja garantida 24h por dia, o enfermeiro deve avaliar muito bem o número de técnicos, auxiliares e enfermeiro presentes em cada turno, analisando se é suficiente (GOMES 2014).

Já a escala anual de férias, deve ser distribuída racionalmente buscando beneficiar o andamento das atividades do setor e o atendimento das necessidades e satisfação do pessoal. O enfermeiro deve procurar atender preferência por férias do

empregador, mas antes fazer uma análise criteriosa avaliando meses de maior e menor atividade na instituição (GAMA 2016).

A seguir será tratado sobre outra etapa da administração/gestão, a administração de recursos e materiais, como apresentado pela imagem 8.

Imagem 8 - Organização dos medicamentos pelo enfermeiro da ILPI.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 8 apresenta o abastecimento de medicamentos. A gestão eficiente de materiais exige por parte do enfermeiro um constante esforço para não deixar faltar nenhum item vital para a saúde dos residentes (VENTURA 2011).

Pode se relacionar com as disciplinas: Farmacologia, Bioquímica e Processo de Enfermagem, onde vemos a indicação de cada medicamento, seu sítio de ação e como administra-los.

Os recursos materiais são importantíssimos para o funcionamento de uma organização, formando uma infraestrutura indispensável para a produção do serviço. A sua disponibilidade em tempo e local adequados favorece o desenvolvimento das atividades, reduzindo o custo e aumentando a produtividade (ROMANO, VEIGA 1998).

As noções de administração de recursos materiais (2004) traz as seguintes funções básicas para o enfermeiro nesta área: Previsão e compra de materiais: compreendido como o levantamento das necessidades da unidade definindo tipo, quantidade e qualidade dos mesmos; provisão: entendido como a reposição dos materiais necessários ao desempenho de atividades de unidade; organização: que

consiste na disposição dos materiais da unidade, devendo atender a critérios de fácil acesso para uso e domínio; controle: relacionado a quantidade, qualidade, manutenção e proteção.

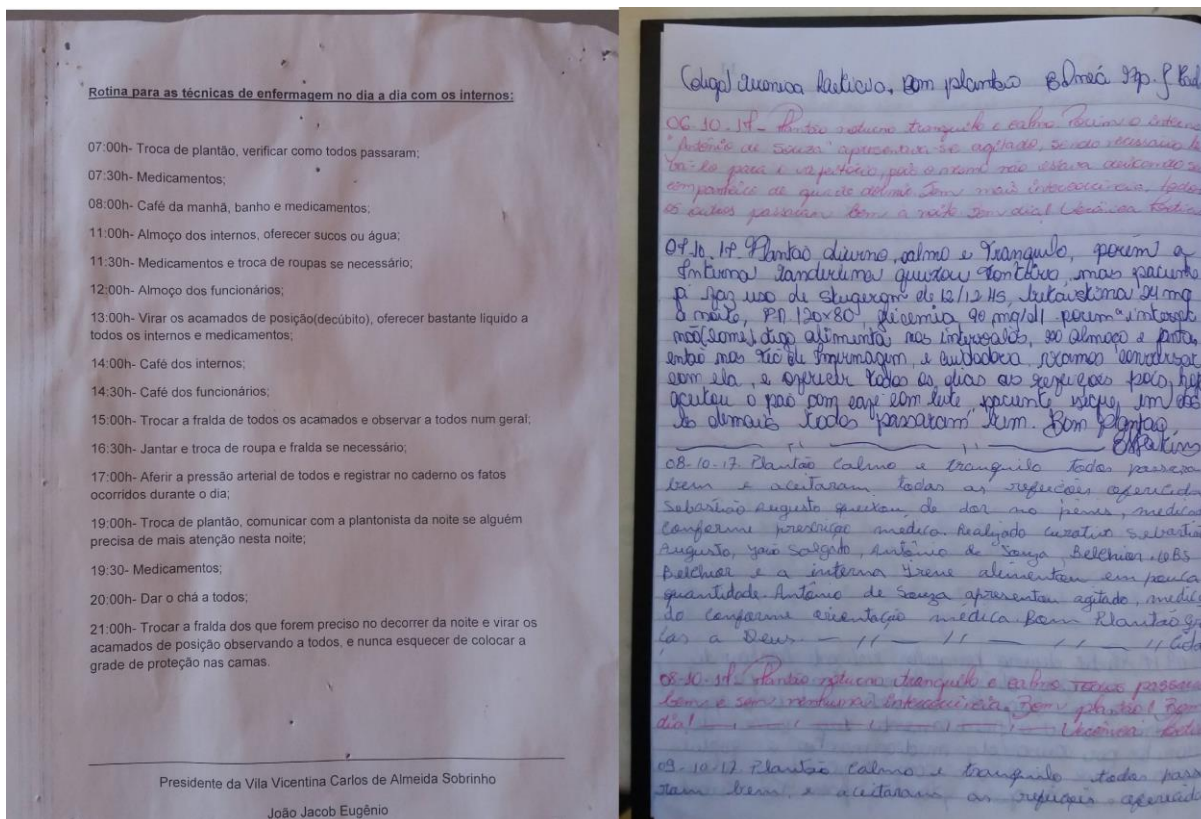
A administração dos recursos materiais tem por finalidade conservar o bom desempenho do serviço, prevendo e provendo recursos necessários à assistência de qualidade de acordo com às necessidades dos pacientes, pois para prestar cuidados deve ter materiais adequados então cabe ao enfermeiro coordenar as atividades para suprir toda a organização, de maneira que não prejudique ou interrompa o serviço destinado aos usuários com o menor custo possível (OLIVEIRA, CHAVES 2009).

O recurso material é um insumo empregado de forma direta ou indiretamente para proporcionar o cuidado ao paciente e restabelecer sua saúde. Sendo assim a Enfermagem possui competência suficiente para gerir os materiais do setor e do serviço de saúde, por isso é de grande importância essa ação ser destinada a estes profissionais (VENTURA 2011).

Esses materiais incluem medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, vidraria, entre outros. Excluindo os considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes (BRASIL 2013).

Adiante será abordado pela imagem 9, outra atribuição do enfermeiro dentro dessas instituições: a função de cuidar, que é feita por meio do processo de enfermagem, sendo uma forma de prestar cuidados sistematizados visando a qualidade do mesmo. Esse se subdivide em 5 etapas: O histórico que é o levantamento dos dados, o diagnóstico que oferece bases para as intervenções de enfermagem, o planejamento onde é feito o plano de cuidados, ou seja, a prescrição de enfermagem, a implementação que é a execução do plano descrito anteriormente, e a avaliação que o enfermeiro avalia cada diagnóstico e decide pela manutenção, mudança de conduta ou alta dos cuidados prescritos. A seguir é abordado sobre estes assuntos.

Imagem 9 - Plano de cuidados e evolução de enfermagem



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 9 apresenta duas funções realizadas durante a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) dentro da instituição vivenciada, o registro dos cuidados, feito pelo enfermeiro, para serem realizados com os idosos, buscando atender as necessidades de cada indivíduo, e a evolução de enfermagem, que é realizada na quinta etapa do processo de enfermagem durante a avaliação, é um importante instrumento para o enfermeiro registrar e fundamentar as intervenções necessárias no cuidado ao paciente. A evolução de enfermagem evidencia os efeitos, as repercussões e os benefícios dos cuidados prestados em relação a determinados cuidados estabelecidos, indicando a suspensão, modificação ou manutenção da prescrição de enfermagem descrita na imagem (OLIVEIRA et al. 2015).

Pode se relacionar com as disciplinas processo de cuidar em enfermagem, gestão e gerenciamento e sistematização, onde são colocadas as formas, os meios e os fins de cada procedimento de cuidar.

O processo de Enfermagem é formado por cinco etapas e tem por objetivo individualizar o cuidado por meio de teorias e modelos conceituais de Enfermagem. O diagnóstico de Enfermagem se trata de uma atividade sistematizada fazendo com que o enfermeiro faça uma avaliação crítica e tome uma decisão precisa (GALDEANO 2003).

A SAE deve delinear a atuação do enfermeiro nas várias áreas de atuação. Isso faz com que essa profissão preste cuidados mais científicos, humanizados, de forma contínua e de qualidade ao cliente e família. Introduzir a SAE nas ILPI faz com que o cuidado seja oferecido de forma sistematizada e integral, isso não só favorece os residentes, mas também a equipe. É considerada um instrumento de trabalho e uma forma de analisar a prática profissional propondo intervenções de qualidade, facilitando assim para que elas sejam concluídas (HERMIDA, ARAÚJO 2006).

A enfermagem tem papel fundamental durante o processo de viver e morrer, com ênfase na terceira idade, a sistematização da assistência tem se mostrado como uma importante ferramenta para execução do cuidado. É formada por cinco etapas: Coleta de dados (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e a avaliação (OLIVEIRA et al. 2015).

Seus objetivos são diminuir os problemas durante o tratamento e ajudar na reabilitação dos clientes, buscando atender todas as suas necessidades. Para isso o profissional deve sempre fazer atualizações e formar capacidades com objetivo de ter resultado satisfatório. Solicita que o profissional conheça o cliente e reconheça os diagnósticos e intervenções para cada caso, validando assim a consolidação do processo de enfermagem. O autor diz que SAE é a nomenclatura mais usada hoje em dia, mas outras, porém com o mesmo significado podem ser encontradas, tais como: Processo de enfermagem, consulta de enfermagem e metodologia do cuidado (SILVA et al. 2011).

Essa atividade é privativa do enfermeiro, que, por meio de técnicas identifica situações de saúde. Ela contribui para a realização da prescrição e implementação das ações de enfermagem (OLIVEIRA et al. 2015).

Adiante será tratado por meio da imagem 10 a Classificação dos diagnósticos de enfermagem da Nursing Diagnosis Association (NANDA). Esse é o sistema de classificação mais utilizado.

Imagem 10 - Livro de Diagnóstico de Enfermagem – NANDA.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 10 mostra o Livro Nursing Diagnosis Association (NANDA), este é uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem, que tem como principal objetivo padronizá-los para serem usados por profissionais de Enfermagem tornam o processo do cuidado mais científico e baseado em evidência (SILVA et al. 2007).

Pode se relacionar com as disciplinas: sistematização, semiotécnica em enfermagem e avaliação clínica, que mostra o sistema a ser seguido e o meio pelo qual será realizado.

O diagnóstico de enfermagem é estabelecido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), e assim por meio do relato do cliente são traçadas as intervenções de enfermagem. Para usar este livro e fazer o planejamento é necessário conhecimento e responsabilidade. Identificar o problema do cliente é fundamental, pois de acordo com este autor a enfermagem tem por objetivo atender

as necessidades de cada indivíduo e a instituição oferecer um serviço de qualidade, com o isso o uso do NANDA pode beneficiar todos e favorece a identificação das intervenções mais apropriada (LOPES 2000).

O diagnóstico é um meio de prestar cuidados, quando é encontrado alguma situação que necessita da intervenção de enfermagem e se precisa de intervenção carece também de um diagnóstico de enfermagem o qual requer cuidado (BRAGA 2003).

Usar os diagnósticos de uma classificação como o NANDA faz com que haja uma linguagem comum e sistematizada entre os profissionais enfermeiros (GOUVEIA, LOPES 2004).

O principal papel do NANDA é a padronização das linguagens dos diagnósticos, isso é estabelecer regras para usar um termo (SILVA et al. 2007).

Adiante é abordado um pouco mais sobre a função do enfermeiro nas ILPI, que é a educativa, esse profissional é mediador do processo ensino-aprendizagem.

Imagem 11 - Educação continuada e educação em saúde.



Fonte: Do autor (2017).

Imagem 12 - Enfermeira realizando treinamento da equipe.



Fonte: Do autor (2017).

Imagem 13 - Idosos reunidos para educação em saúde.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 11 mostra a enfermeira da instituição realizando educação continuada, que é um processo de treinamento, aperfeiçoamento e atualização que

envolve toda a equipe de enfermagem, visando atender as circunstâncias e as necessidades do serviço resultando em crescimento pessoal e profissional, o qual reflete na qualidade da assistência prestada ao ser humano. Já a imagem 13 mostra idosos reunidos para participar de uma educação em saúde sendo realizada pela enfermeira, para que eles possam obter informações sobre agravos de saúde e evitar agravos.

Relaciona-se com a disciplina de gestão em enfermagem, pois o enfermeiro é o responsável técnico por todos os procedimentos ali presentes, tendo como obrigatoriedade o treinamento funcional da sua equipe, saúde coletiva onde se aprende a trabalhar com coletividade promovendo ações de saúde e sistematização da assistência de enfermagem onde demonstra o processo de enfermagem.

Existem dois tipos de ação educativa, a informal e a formal. A informal ocorre quando o enfermeiro realiza ações assistenciais, onde faz o ensino das condutas que o cliente deverá tomar e como realizar determinado cuidado, pode ocorrer de forma individual ou coletiva. Já o ensino formal, trata da qualificação dos trabalhadores da equipe e tem como objetivo desenvolver a prática profissional através da educação continuada (DILLY, JESUS 1995).

Para entender melhor a ação educativa informal, o profissional de enfermagem utiliza da educação em saúde para ensinar o autocuidado do paciente, assim o enfermeiro vai orientar e ensinar o indivíduo, para que ele mesmo sem o auxílio do profissional realize o seu cuidado (ROCHA, RODRIGUES 2008).

É dever do enfermeiro realizar a educação dos indivíduos que estão sob seus cuidados, e da sua equipe de enfermagem (SANTOS et al. 2008).

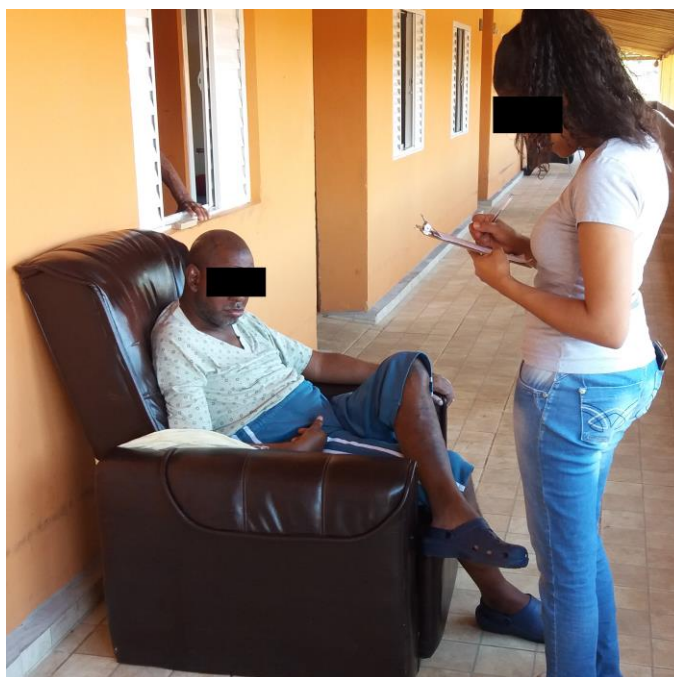
Esta é uma estratégia decisiva na promoção da saúde, pois é feita a partir de problemas ou hipóteses que podem surgir na equipe, clientes ou comunidade (CERVERA 2011).

Quando é feito esse trabalho com a equipe, favorece o desenvolvimento, contribuindo para competência e qualificação da mesma. Melhora o desenvolvimento, a condição de trabalho, a comunicação entre trabalhadores e instituição, aperfeiçoam habilidades técnicas. Assim a equipe terá apoio, será mais ágil durante o atendimento e os pacientes terá uma assistência de qualidade, o que

ajuda no desenvolvimento da confiança entre paciente e equipe de saúde (BRASIL 2013).

Para encerrar o papel do enfermeiro, a seguir será tratado por meio da imagem 14 a última atribuição do enfermeiro, a função de pesquisa.

Imagem 14 - Pesquisa para melhorar a segurança dos residentes



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 14 mostra graduanda de enfermagem realizando pesquisas dentro da ILPI, após autorização da Enfermeira, com o objetivo da melhoria na segurança dos idosos. A pesquisa é de extrema importância, pois produz conhecimentos e traz respostas à problemas encontrados na instituição, que por muitas vezes pode ser complexo e exigir habilidades e estudo mais profundo da situação.

A imagem pode se relacionar com as disciplinas de gestão e gerenciamento por fazer parte desse sistema, sistematização por ter que criar intervenções a serem seguidas e cuidados básicos de enfermagem por verificar a satisfação dos internos que ali residem.

Os saberes adquiridos durante uma pesquisa de enfermagem são de grande importância para construir uma base científica que ofereça uma qualidade do cuidado e segurança para os trabalhadores (MENDES, MARZIALE 2002).

Essa procura por conhecimento tem crescido muito, isso favorece para a necessidade de atualizações e busca por novas informações (BEZERRA 2003).

Com isso, é fundamental na formação do Enfermeiro introduzir a pesquisa, para que estes se tornem consumidores deste método após a formação, com o objetivo de evolução da prática de enfermagem e de saúde (SERVO E OLIVEIRA 2005).

Essas pesquisas são de grande importância para um bom funcionamento da instituição pois, o conhecimento melhora o desenvolvimento do profissional, e traz soluções para lacunas que podem surgir no ambiente de trabalho (AVELINO et al. 2010).

Na atualidade é necessário realizar mais pesquisas voltadas para as ILPI, pois essas se encontram escassas e necessitam de mais incentivo, visando estimular investigadores nesta área de atuação (SANTOS et al. 2008).

O uso da pesquisa no âmbito da saúde, traz um impacto positivo na saúde da população pois visa a inovação (PEDROLO 2012).

Posteriormente será descrito através da imagem 15, a perspectiva do Enfermeiro na ILPI dentro da equipe multidisciplinar, sendo de fundamental importância a presença deste profissional dentro desse estabelecimento.

Imagem 15 - Equipe multidisciplinar.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 15 mostra a equipe multidisciplinar que possui um grande valor na saúde do idoso, pois sistematizam o conhecimento de diversas áreas da saúde, para uma melhor assistência, de forma integral e humanizada.

Pode-se relacionar com as disciplinas semiotécnica por aprendermos os meios de cuidados, gestão por direcionar funções a cada um de sua equipe e tomar a frente de todos os procedimentos e avaliação clínica onde o enfermeiro traça planos de cuidados para outros profissionais realizar.

A interdisciplinaridade é uma troca entre especialistas onde há uma integração de disciplinas dentro do ambiente de trabalho (JAPIASSUI, 1977).

O enfermeiro faz parte dessa equipe, e tem papel importante no planejamento e execução de programas desenvolvidos, consegue resolver problemas e identificar as necessidades da equipe e do paciente, pois possui maior sensibilidade na promoção de saúde do indivíduo e da coletividade (COSTA, 1978).

Na ILPI é necessário a presença dessa equipe, pois essa instituição é uma moradia especializada, que tem como função oferecer assistência gerontogerátrica de acordo com as necessidades dos seus residentes. Para que isso ocorra é necessário a presença de uma equipe multidisciplinar (SANTOS et al 2008).

Os profissionais que atuam nessa área devem conhecer o processo de envelhecimento para conseguir criar ações que atendam de forma integral às necessidades de cada residente respeitando sua autonomia (LEMOS et al 2009).

Para que essa equipe possa atuar na ILPI, deve ser composta por: Enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, educador físico, cuidadores e responsáveis pelos serviços gerais. Cada profissional possui uma importante função dentro dessa instituição, o enfermeiro está dentro dessa multidisciplinaridade e é de muita relevância para que a vivência desses idosos sejam da forma mais satisfatória possível. E reforça o que foi dito anteriormente sobre as atribuições desse profissional nessa organização que é: administrativa/gerencial; assistencial/cuidativa; educativa/ ensino; pesquisa/ Investigação. É necessário que o enfermeiro tenha conhecimento disso e do papel da equipe que está sob sua liderança (LORENZINI 2013).

A falta de trabalhadores qualificados em muitas ILPIs faz com que o trabalho desses profissionais, sejam destinados a Técnicos de Enfermagem, Cuidadores, os quais não possuem formação para exercer este trabalho, além disso causa uma sobrecarga profissional, o que trará uma assistência comprometida (SALCHE et al 2013).

2.2 Desenvolvimento de Ederson Almeida Silveira: Atuação do enfermeiro no cuidado aos pacientes geriátricos

A vivência foi realizada na instituição de longa permanência Lar Augusto Silva, e pude contar com auxílio da enfermeira responsável pela instituição que me permitiu realizar o estudo registrando as imagens, uma vez que os clientes não respondem por si mesmos, e sempre respeitando a privacidade deles fiz as imagens com o máximo de respeito e tomando os devidos cuidados para não os expor.

Na imagem 16, podemos observar o cuidado de enfermagem na administração de medicamentos por via SC (insulina).

Imagem 16 - Administração de Medicamentos



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 16 mostra o cuidado da enfermagem aos pacientes que necessitam de ajuda para a administração de medicamentos, no caso, o profissional de enfermagem administra insulina em uma paciente diabética. Podemos estar

relacionando esta imagem às disciplinas de patologia, semiotécnica, farmacologia e anatomia.

Segundo Aires et al. (2006), o enfermeiro responsável pela equipe de enfermagem, tem responsabilidade neste processo de trabalho, mesmo quando esta é realizada pelos demais membros da equipe de enfermagem, em que rotineiramente a administração de medicamentos é delegada, ficando esta em nível de supervisão. Pois, embora não sendo responsável pela prescrição, o enfermeiro deve conhecer as peculiaridades e etapas que envolvem a administração de medicação, a fim de prevenir erros que coloquem em risco a vida do cliente.

Administrar medicamentos aos pacientes nas instituições de saúde é um processo complexo, com várias etapas, contemplando uma série de decisões e ações inter-relacionadas que envolvem profissionais de várias áreas bem como o próprio paciente, necessitando destes conhecimentos atualizados sobre os medicamentos e acesso no momento necessário de informações completas e exatas sobre o paciente (CASSIANI, 2005).

Inicia-se com a seleção e prescrição do medicamento pelo médico, envio desta à farmácia, que dispensa o medicamento e o envia às clínicas, preparo e administração pela enfermagem que registra e monitora as reações deste medicamento. Os profissionais envolvidos são: o médico, farmacêutico, auxiliar do farmacêutico, enfermeiro e o auxiliar ou técnico de enfermagem. Os auxiliares e técnicos estão na ponta final do sistema e são as ações destes profissionais que se traduzem concretamente pela administração do medicamento aos pacientes e observação das reações adversas que podem ocorrer. Os vários processos que compõem as ações dos profissionais agrupados denominam-no de sistema de medicação e é composto pelos processos da prescrição médica, da dispensação e do preparo e administração do medicamento (MENEZES et al, 2016).

No entanto, Batista et al. (2014), ressaltam que o *Diabetes mellitus* é uma doença que independente da faixa etária e etiologia, ocasiona um impacto negativo na vida biopsicossocial do portador, necessitando que o enfermeiro atente olhar amplamente para as necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais, e ainda, possa criar e estimular ações que desenvolva o autocuidado.

O DM é um importante problema de saúde pública em todo o mundo, especialmente no Brasil, em decorrência da elevada prevalência e associação a outros agravos crônicos que vem impactando consideravelmente o perfil de morbimortalidade. Diante do que foi exposto, conclui-se então que os cuidados de enfermagem são indispensáveis ao idoso acometido pela *Diabetes mellitus*. A assistência de enfermagem é essencial para melhorar o estado de saúde, promoção da satisfatória qualidade de vida, garantia de autonomia, aumento da sobrevida e fortalecimento do convívio familiar e social (MENEZES et al, 2016).

O enfermeiro nos cuidados com a saúde do idoso insulino dependente pode influenciar positivamente na adaptação, efetivação do tratamento e do vínculo paciente e sociedade em geral, envolvendo-se na promoção da saúde e educação através do estímulo das práticas do autocuidado. Sendo possível e necessário à construção junto ao portador de uma visão ampla do seu estado atual, sendo de extrema importância um planejamento da equipe de enfermagem de ações e resultados frente ao que se identificou (BARBOSA E FONSECA, 2013).

Através dessa análise pôde-se observar o quanto é necessário o vínculo da equipe de enfermagem com o idoso insulino dependente, principalmente no que se diz a respeito de educação em saúde envolvendo suas práticas diárias desenvolvendo um maior estímulo ao autocuidado reconhecendo o direito da pessoa de exercer o controle sobre si e sobre suas ações, favorecendo a promoção da saúde.

A imagem 17 nos mostra o cuidado da enfermeira ao realizar o curativo no cliente idoso, uma vez que seria impossível o mesmo estar realizando o procedimento sozinho, pois exige conhecimento técnico científico para tal e devido as suas limitações físicas não seria capaz de estar realizando o procedimento em si mesmo, uma vez também que o procedimento exige certo cuidado asséptico. Pode-se relacionar com as disciplinas de Anatomia, pois é importante sabermos a localização anatômica da ferida para colocarmos no prontuário do paciente, a disciplina de semiotécnica onde aprendemos a realizar a pratica de curativos, e patologia geral onde obtemos conhecimento da possível causa da ferida por um

patógeno, doença crônica, ou mesmo por microrganismos que venham a causar uma ferida.

Imagem 17 - Curativos



Fonte: Do autor (2017).

As diversas funções da pele podem ser alteradas na presença de lesões incapacitantes e de difícil cicatrização. O surgimento dessas lesões pode ser determinado em razão da exposição a diversos fatores. A resposta imunológica do organismo desempenha um papel importante a fim de combater agentes etiológicos que comprometem o funcionamento adequado desse extenso órgão. Contudo, tal resposta estará reduzida durante o envelhecimento, comprometendo a saúde do indivíduo. A pele torna-se frágil, seca, rígida e rugosa, perdendo a elasticidade e a capacidade de atuar como barreira contra fatores extrínsecos (CAVALCANTE et al, 2010)

O manejo clínico de lesões de pele sempre foi uma atribuição dos profissionais de enfermagem presente no seu processo de trabalho, bem como na sua formação acadêmica. Compreende-se que o cuidado de feridas, em geral

envolve não só propriamente a lesão, mas inúmeros fatores relacionados ao indivíduo, dentre estes é importante considerar o paciente idoso em toda dimensão biopsicossocial, uma vez que no envelhecimento alterações fisiológicas consideradas normais ocorrem, no entanto podem torná-los vulneráveis para o risco de integridade da pele prejudicada (MORAES, VIEIRA E COSTA, 2013).

A pele do adulto sofre diversas e profundas transformações com o avanço da idade. Entre as alterações fisiológicas do tecido tegumentar que estão presentes no idoso destacam-se maior fragilidade cutânea e menor capacidade da pele de atuar como barreira contra fatores externos; termo regulação deficiente em resposta ao calor, decorrente da diminuição do número de glândulas sudoríparas; pele mais seca e rugosa por causa do menor número de glândulas sebáceas, resultando em pequena produção de óleo; menor estímulo sensitivo; diminuição da elasticidade, flacidez, alteração da resposta imunológica celular, e diminuição da espessura da derme e da epiderme. O risco de lesão da pele aumenta em virtude da diminuição da função de barreira. Por outro lado, há maior dificuldade em perceber estímulos traumáticos e agressivos, devido a capacidade reduzida dos receptores sensoriais (RESENDE, BACHÍON E ARAÚJO, 2006).

Ao formular diagnósticos de enfermagem, os enfermeiros devem atentar para os fatores de risco para a integridade da pele como imobilidade, emagrecimento, desidratação, alterações de nível de consciência, procedimentos invasivos entre outros, pois sua identificação serve como um alerta de que um dano futuro poderá ocorrer permitindo que intervenções preventivas sejam propostas no sentido de proteção à integridade cutânea (FREITAS E WALDMAN, 2011).

A pele é avaliada no exame físico de todo o paciente ou cliente, fazendo parte da anamnese geral. Em um exame de anamnese deve-se deixar o cliente/paciente em ambiente confortável e evitar todo o tipo de constrangimento ou exposição, respeitando crença e pudores. Pode-se manter um acompanhante, desde que, autorizado pelo idoso. O ambiente deve ser claro ou oferecer luminária apropriada para se observar a pele. O exame inclui a verificação da temperatura da pele em regiões que apresentem alterações, neste caso se verifica com o dorso da mão, sem

luvas, desde que a pele esteja íntegra. O uso de luvas é recomendável (FORTES E SUFFREDINI, 2014).

Na imagem 18, vemos o quanto os idosos são dependentes do cuidado com seus medicamentos, que são na maioria das vezes de uso contínuo e devem ser administrados na hora certa, neste caso por via oral. É importante certificar que eles realmente tomaram o medicamento, pois do contrário não conseguiremos tratar sua patologia, também é importante certificar de que eles não vão engasgar, pois o medicamento pode obstruir suas vias aéreas e impedir que ele respire e isso pode causar inúmeras complicações.

Imagem 18 - Administração de Medicamentos - Via Oral



Fonte: Do autor (2017).

Podemos relacionar este procedimento com as disciplinas: Farmacologia, pois devemos ter conhecimento sobre todo e qualquer medicamento que administramos e seus possíveis efeitos adversos, além de saber exatamente para que aquele medicamento serve, como vai agir no organismo daquele paciente; Bioquímica, onde tivemos noções de compostos químicos que estão presentes nos medicamentos;

Geriatrics and Gerontology where we learn about humanized care for elderly patients, such as the way they should be treated and their behaviors in various situations.

Nursing and its auxiliary activities can only be performed by legally qualified and registered in the Regional Council of Nursing, with jurisdiction in the area where the activity occurs. The nursing professional, although not belonging to any category mentioned in article 3º, sole paragraph, of Resolution COFEN/191, can perform limited activities, with authorization from the Regional Council. (YAMAMOTO E D'ELBOUX, 2002).

Health professionals who interact with elderly people in the aging process must have a humanistic attitude to motivate the elderly to participate in their care, valuing their own care, so that they have the possibility of being integrated with their rights as citizens (BLANSKI E LENARDT, 2005).

It is believed that, for better adherence to medication by the elderly, it is necessary to have education in health provided through programmed actions, a practice that must integrate the dynamics of caring and assisting, that is committed to the continuous development and improvement of the people involved in the process (PEREIRA et al, 2011).

Health professionals must focus care on the patient, as it is in them or in their caregivers that the individual, family and social context is reflected, which can interfere with adherence. Interventions by any health professional must seek to ensure the safety of the patient by helping them to achieve the best health and well-being results, with the minimum possible costs for health care, in a permanent relational and ethical commitment (PEREIRA et al, 2011).

Elderly patients are the main consumers of drugs and the greatest beneficiaries of modern pharmacotherapy. However, due to physiological changes characteristic of age, they are at a higher risk of developing adverse reactions (AR), which are responsible for 10 to 30% of avoidable hospitalizations. The classes of products that pose a higher potential risk for

RA são psicoativas, hipoglicemiantes, anticoagulantes, anti-ulcerosos, anti-hipertensivos, diuréticos, antiartríticos e Aines (BOTOSO, MIRANDA E FONSECA, 2011).

Os internos da instituição de longa permanência estão expostos a medicamentos considerados inapropriados e as interações medicamentosas que podem levar ao aparecimento de problemas relacionados aos medicamentos de segurança e efetividade. Desta forma, ressaltam-se a importância de ações de promoção do uso racional de medicamentos com vistas a garantir o uso de medicamentos necessários, efetivos e seguros em idosos em especial aqueles institucionalizados em função das limitações capacidade funcionais (ZAMPARETTI, LUCIANO E GALATO, 2008).

Por não possuírem autonomia sobre a utilização de seus medicamentos e dependerem exclusivamente da equipe de saúde da instituição de longa permanência para a administração dos mesmos, o registro das informações a respeito da evolução do quadro dos pacientes, bem como do monitoramento dos seus problemas de saúde são imprescindíveis para a avaliação da efetividade e segurança dos medicamentos. Em especial, daqueles medicamentos considerados inapropriados para a terceira idade (ZAMPARETTI, LUCIANO E GALATO, 2008).

A Imagem 19 retrata uma senhora se alimentando em uma cadeira de rodas com um cinto de segurança improvisado para evitar que a mesma sofra uma queda. Este tipo de proteção mesmo que improvisado impede que os idosos tenham uma queda e conseqüentemente uma fratura, pois sabemos que caso isso ocorra eles vão permanecer por um período longo acamados, o que aumenta as chances de desenvolverem uma pneumonia e possivelmente vir a óbito, sem falar nas possíveis lesões por pressão. Podemos relacionar esta imagem com as disciplinas de: geriatria e gerontologia, quando tratamos da segurança do paciente idoso, também das disciplinas de fisiologia, anatomia e patologia geral, conhecendo toda estrutura do corpo humano e os fatores fisiológicos envolvidos no envelhecimento.

Imagem 19 - Segurança dos Idosos



Fonte: Do autor (2017).

O sistema de controle postural se deteriora durante o processo de envelhecimento. Isoladamente, essas alterações degenerativas podem parecer pequenas e insignificantes, mas a soma de déficits visuais, alterações osteotomia articulares e desorganização dos processos centrais aumentam o risco de ocorrer uma resposta incorreta ou insuficiente, resultando em perda da coordenação, sobretudo quando se trata de atividades funcionais complexas, tais como descer escadas carregando um objeto pesado ou deslocar-se rapidamente para o lado, a fim de evitar uma colisão (GOMES E NEVES, 2009).

O envelhecimento da população traz, como consequência, diminuição da mortalidade e aumento da morbidade, com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis que, em uma situação de agudização, pode levar o idoso ao internamento na UTI. Além disso, o envelhecimento está associado à diminuição das reservas fisiológicas e aumento do risco para desenvolvimento de doenças. Quando ocorre um processo agudo de doença ou estresse, geralmente o idoso tem menor capacidade fisiológica de superar as lesões, tornando-se mais vulnerável e frágil (PEDREIRA, BRANDRÃO E REIS, 2013).

Os idosos residentes em ILPIs podem ter maior probabilidade de sofrer quedas, pois, podem se apresentar-se mais fragilizados, com menores níveis de força, equilíbrio, flexibilidade e resistência física. Somado a isso, muitas vezes, contam com espaço menor do que estavam acostumadas, e possuem regras para a realização das atividades na ILPI. A inexistência de atividades físicas e laborais, associada às múltiplas doenças e às limitações trazidas pelo envelhecimento, pode favorecer ainda mais a sua fragilidade e ocorrências de quedas (SANTOS et al, 2013).

A cultura da segurança do paciente deve ser reconhecida em todos os campos de prática. Diante disso, na última década, diferentes iniciativas surgiram para garantir cuidados de saúde mais seguros. Entre elas, destaca-se a criação dos indicadores de segurança que visam subsidiar o controle dos eventos adversos ocorridos durante a assistência (CAVALCANTE et al, 2011).

Uma maior promoção em saúde se faz necessário à investigação de fatores de risco que possam predispor ao aumento da morbimortalidade desta classe, onde pode ser apontada a questão das quedas (MAIA et al, 2015).

Atualmente, as quedas são classificadas como a sexta causa de morte em idosos, onde deste percentual, 70% ocorrem de forma acidental em idosos com 75 anos ou mais. Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil (MS, 2013), cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano, sendo a maior prevalência entre as mulheres.

Visando uma maior compreensão dos fatores de risco que predisõem as quedas, os intrínsecos e extrínsecos podem ser considerados como os influenciadores de maior relevância (MAIA et al, 2015).

Na imagem 20, observamos um paciente com uma almofada entre os joelhos, com a finalidade de evitar o atrito entre as proeminências ósseas podendo assim causar lesões na pele já sensível deste idoso. O trabalho de prevenção das lesões por pressão é de muita importância, pois a partir do momento em que o paciente desenvolve uma lesão na pele ele está sujeito a inúmeros fatores agravantes que podem levar desde uma infecção, até mesmo a amputação de um membro ou em alguns casos a sepse, e conseqüentemente ao óbito. Cabe ao profissional de

enfermagem proporcionar conforto para o paciente, e assegurar a integridade da pele do paciente assim como sua segurança. Podemos relacionar esta imagem com as disciplinas de: semiotécnica e geriatria e gerontologia.

Imagem 20 - Cuidados de enfermagem para se evitar possíveis lesões por pressão



Fonte: Do autor (2017).

Freqüentemente, um dos fatores predisponentes para o desenvolvimento de lesões na pele está associado às fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento da pele e das condições peculiares de cada idoso cuidado; desse modo podem ocasionar alterações na qualidade de vida dessas pessoas, bem como sequelas advindas do aumento do tempo de imobilidade no leito, demandando planejamento de ações de reabilitação e recuperação do idoso (FREITAS, MEDEIROS E GUEDES, 2011).

A idade avançada favorece a formação de lesão por pressão em razão da perda de elasticidade da pele, da hidratação cutânea insuficiente e da perda da sensibilidade, dentre outros fatores que ainda podem ser agravados se associados a doenças crônicas, tais como hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, bem como uso de drogas vasoativas que dificultam uma boa perfusão tissular (MORAES et al, 2012).

O enfermeiro estomaterapeuta, por ser especialista no cuidado a clientes com feridas, incontinências, cateteres, drenos e ostomias deve proporcionar um cuidado clínico mais atento às reais necessidades da pessoa que está assistindo. O cuidado clínico deve estar presente em todas as ações de enfermagem, não somente no que se refere ao aspecto patológico da doença, mas especificamente ao ser humano e como este responde às condições de adoecimento (MEDEIROS, 2006).

A lesão por pressão é uma ferida crônica por ser de longa duração e com reincidência frequente, de cicatrização difícil, uma vez que ocorre considerável desconforto e dor, influenciando no aumento de dias de permanência no hospital, dificultando o retorno ao convívio familiar. Também induz à necessidade de tratamentos cirúrgicos, fisioterápicos e medicamentosos, aumentando os custos hospitalares e risco de infecção secundária, além de afetar a autoimagem e autoestima dos pacientes, levando-os a evidenciar problemas emocionais, psicossociais e econômicos. Para tanto, torna-se importante reconhecer a úlcera por pressão como um problema extenso, capaz de interferir na qualidade de vida do paciente (ASCARI et al, 2014).

Na imagem 21, vamos observar o profissional de enfermagem acomodando melhor o paciente, proporcionando melhor conforto. Muitas vezes os pacientes não podem ou simplesmente não conseguem lhes dizer o que está incomodando. E essa deve ser uma atitude do profissional de enfermagem que deve estar com o olhar atento para com o paciente, observando se não vai causar danos a sua saúde. Também como a expressão de seu rosto demonstra dor ou mesmo se está se sentindo desconfortável. Podemos relacionar a imagem com a disciplina de: geriatria e gerontologia quando tratamos da importância do conforto do paciente idoso e os inúmeros benefícios para o mesmo.

Imagem 21 - Conforto do Paciente.



Fonte: Do autor (2017).

Confortar é um ato complexo que envolve muito mais do que o alívio da dor, o assegurar a alimentação ou a eliminação. Também compreende a atenção a todas as manifestações de estresse, tendo em conta todas as dimensões do ser humano, além da providência de medidas para alívio do sofrimento (RIBEIRO, MARQUES E RIBEIRO, 2017).

O cuidar envolve um agir, uma atitude do enfermeiro integrado por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexos na prática dos enfermeiros, podem ser percebidas no cotidiano, no relacionamento entre clientes-profissionais de enfermagem. Este relacionamento perpassa pela subjetividade do profissional que assiste, intervindo no cuidar, no agir humano (BRUM, TOCANTINS E SILVA, 2005).

Os idosos expressam como fundamental para o cuidado de si, a comunicação. A comunicação é o ato de mandar e receber mensagens de forma convencional, seja por meio de linguagem falada, escrita, sinais e símbolos. Ela é a capacidade de trocar ideias, de conversar, transmitir informações, com o objetivo de entendimento entre as pessoas (SÁ E FERREIRA, 2004).

O conforto é um elemento chave na prestação de cuidados de enfermagem ao doente idoso. Confortar é um ato complexo que não se resume a ter os doentes

na cama bem posicionados e quentes e o conforto é muito mais que o alívio da dor, o assegurar a alimentação ou a eliminação (SOUSA et al, 2011).

Quando o enfermeiro identifica os desconfortos que afetam seus pacientes, ele poderá prestar um cuidado integral e humanizado. Essa situação sugere que o enfermeiro precisa incorporar, de forma consciente, o conceito de conforto no seu processo de cuidar, como um fenômeno de enfermagem a ser diagnosticado, planejado, implementado e avaliado (MEDEIROS, 2014).

Na imagem 22, observamos um paciente que acaba de tomar banho, um cuidado da enfermagem de suma importância para a saúde e qualidade de vida do paciente, pois lhe proporciona um bem-estar maior. Podemos perceber que a dependência destes pacientes fica nítida na imagem, e a assistência do profissional de enfermagem se torna essencial e deve ser feita de uma forma que o paciente não se sinta constrangido, e sempre respeitando seu corpo. Este cuidado assim como qualquer outro deve ser realizado com profissionalismo e respeito. Podemos relacionar esta imagem com a disciplina de: semiotécnica, geriatria e gerontologia, onde aprendemos a importância de uma boa higiene corporal, como exemplo o banho seja ele no leito ou mesmo o banho de aspersão.

Imagem 22 - Higiene dos Pacientes



Fonte: Do autor (2017).

No âmbito da enfermagem, para que haja cuidado, o profissional deve extrapolar suas habilidades técnicas, que são indispensáveis nesse processo, e centrar o paciente como núcleo desse processo. De tal modo, é necessário estabelecer vínculos solidários e favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso com os usuários, com as equipes e os serviços, para garantir a participação coletiva no processo saúde doença e o vínculo indissociável entre atenção e gestão (DIAS et al, 2014).

O banho apresenta-se como muito mais que uma técnica básica de enfermagem, com a finalidade de deixar a pessoa limpa. Afigura-se como um momento essencial na prestação e orientação dos cuidados de enfermagem, e como tal representa parte da sua essência, marca do seu território e da sua cultura. Um momento considerado uma forma de arte (FONSECA, PENAFORTE E MARTINS, 2015).

Os autores afirmam também que o termo higiene abraça distintas áreas que complementam e expandem o seu significado, tais como: higiene coletiva, higiene mental, higiene profissional, higiene pública, higiene social, higiene da habitação, higiene da alimentação, higiene corporal, entre outros (FONSECA, PENAFORTE E MARTINS, 2015).

É possível estabelecer um modelo de cuidado que permeia as mudanças próprias do envelhecimento associadas à sua experiência de vida e, com isso, propor ações cuidativas que considerem seu contexto de saúde doença. Para tanto, o cuidado em enfermagem deve ser proporcionado de forma humana com base em uma abordagem integral, que valorize a individualidade do paciente e vislumbre uma assistência de qualidade, pautada numa relação empática (DIAS et al, 2014).

Um ambiente de cuidado é aquele em que prevalece o respeito, a confiança, a atenção, o reconhecimento e a aceitação das pessoas com suas limitações e dificuldades, buscando oferecer-lhes apoio e ajuda. O cuidar de enfermagem é uma prática complexa e por isso não pode ser pensada como um ato que envolve somente o domínio de técnicas e tecnologias, mas como uma ação que abrange a complexidade do lidar com o outro ser humano (NASCIMENTO et al, 2008).

As práticas e as necessidades de higiene podem variar com a idade, características herdadas da pele e dos cabelos, os valores culturais e os problemas de saúde. A higiene reporta-se a práticas que promovem a saúde por meio da limpeza pessoal, como o banho, a escovação dos dentes, a limpeza e manutenção das unhas dos pés e das mãos e lavar e pentear os cabelos (LENARDT et al, 2006).

Na imagem 23 podemos observar o quanto é importante que o profissional esteja sempre interagindo com seus pacientes, ouvindo suas queixas, seus desejos, suas vontades ou mesmo uma simples história que talvez já tenha contado várias vezes, mas ainda assim deve-se demonstrar interessado e ouvir novamente, pois faz parte da humanização, do cuidado humanizado que deve ser proporcionado aos pacientes. Podemos relacionar esta imagem com as disciplinas de ética e bioética, geriatria e gerontologia.

Imagem 23 - Interação da Enfermagem com Pacientes



Fonte: Do autor (2017).

No desenvolvimento do cuidado gerontológico, há necessidade de interação com o ser idoso, buscando compreender e apreender o modo de viver deste, bem como de seus familiares e/ou indivíduos envolvidos no processo. Este caminhar para a prática gerontológica alicerçada na multiplicidade dos princípios culturais, defendendo-se esses como a múltipla dimensão da vivência do ser idoso, incluindo as grandezas espaciais, físicas, econômicas, sociais e ambientais, possibilita maiores chances da sustentabilidade do cuidado desenvolvido, bem como conscientização e apreensão da amplitude que integra o processo de cuidado gerontológico em enfermagem (HAMMERSCHMIDT, ZAGONEL E LENARDT, 2007).

O impacto do envelhecimento humano em toda a sociedade é visível, particularmente no sistema de saúde, no qual se constata déficit em sua infraestrutura para atender as demandas desse estrato populacional, em termos de espaço físico, políticas, ações e intervenções específicas e, também, de recursos humanos capacitados qualitativa e quantitativamente (LEITE E GONÇALVES, 2009).

A assistência de enfermagem, por sua vez, é uma ação prática, e de acordo com a demanda da clientela pode também ser reconhecida por uma dimensão não apenas biológica. Assim, a pessoa percebe suas necessidades demandando um tipo de ação de saúde que provoca satisfação em suas expectativas, com este entendimento, os reflexos da assistência e do cuidado de enfermagem podem ser analisados entre outros, pelo bem-estar sentido pelo idoso e, conseqüentemente, o atendimento a suas necessidades de saúde (LIMA E TOCANTINS, 2009).

Aparecem novos olhares e perspectivas que reconhecem a gerontologia como uma área rica e cheia de lacunas a serem preenchidas pelas disciplinas que a compõem. Essa compreensão vai além das abordagens convencionais, em relação a clientela idosa, proporcionando novos caminhos de pesquisa para a Enfermagem que, dentre tantas, também estão no processo de busca e construção do conhecimento na gerontologia. Entender a integração interdisciplinar e passar por um processo reflexivo, consciente, que envolve relações de compromisso entre profissionais de saúde em relação ao cliente idoso e seus familiares, articulando

uma finalidade comum do atendimento à saúde na área da Gerontologia (CAMACHO, 2002).

A sociedade estabelece com o idoso, não apenas uma mudança de valores, mas um aumento da esperança de vida, passando o idoso a ser merecedor de cuidado e atenção especiais inexistentes nos últimos dois séculos. A mudança se deve ao arsenal tecnológico que a medicina dispõe devido ao seu crescente progresso, favorecendo a longevidade e contribuindo, dessa maneira, como um dos fatores para o aumento significativo da população idosa, passando as doenças crônicas a serem enfrentadas com mais tranquilidade do que no passado (LIMA E TOCANTINS, 2009).

Na imagem 24 vemos o profissional de enfermagem realizando uma troca de fralda, este procedimento faz parte da rotina destes profissionais pois é comum a incontinência fecal e urinária em pacientes geriátricos, principalmente quando estes estão acamados e impossibilitados de se locomover livremente, ou mesmo pelo fato de não ter mais o controle dos esfíncteres. Podemos relacionar esta imagem com as disciplinas de semiotécnica, fisiologia.

Imagem 24 - Troca de fralda - Incontinência Urinária e Fecal



Fonte: Do autor (2017).

A incontinência urinária é um estado anormal e que se realizarmos uma abordagem adequada, é na maioria dos casos resolvida ou melhorada. Em qualquer faixa etária, a continência urinária não depende somente da integridade do trato urinário inferior. Alterações da motivação, da destreza manual, da mobilidade, da lucidez e a existência de doenças associadas (*Diabetes mellitus* e Insuficiência Cardíaca, entre outras) estão entre os fatores que podem ser responsáveis pela incontinência urinária, sem que haja comprometimento significativo do trato urinário inferior (REIS et al, 2003).

Ao gerar implicações negativas nos âmbitos emocional, social e econômico tanto para o indivíduo incontinente, como para seus amigos, familiares e cuidadores, a IU representa um desafio para profissionais da saúde, na busca de formas alternativas de abordagem e tratamento do problema, o que tem sido constantemente subestimado, principalmente em nosso meio (SILVA E SANTOS, 2013).

A incontinência persistente ou estabelecida pode ter aparecimento súbito apresentando quadro agudo, ou desenvolver-se gradualmente, sem se conhecer a causa que a precipita, frequentemente evoluindo com severidade (RODRIGUES E MENDES, 1994).

Ao investigar como cada incontinente percebe as repercussões da IU permite ao profissional adequar a conduta no sentido de atender às necessidades e expectativas individuais, o que favorece a adesão do paciente e o sucesso da intervenção terapêutica (ABREU et al, 2007).

O estudo das características da IU, tais como prevalência, subtipos mais frequentes ou fatores associados, é fundamental para planejar medidas de prevenção e tratamento, que visem reduzir a IU e os problemas de saúde produzidos por esta, melhorar a qualidade de vida do idoso e diminuir os custos sanitários (JEREZ, SOUZA E LIMA, 2013).

Na imagem 25 observamos um idoso em uso de uma cadeira de rodas. O mesmo apresenta uma perda considerável de massa muscular, com conseqüente risco de queda, e também está com o cognitivo prejudicado. Muitos destes idosos

apresentam alguma limitação para deambular, alguns necessitam de apoio, outros de cadeira de rodas, e alguns até conseguem andar sozinhos porém, com o andar muito lento e limitado.

Imagem 25 - Dificuldades de locomoção dos idosos e a atuação da enfermagem



Fonte: Do autor (2017).

A dependência, por si só, não constitui um evento negativo. Em diferentes etapas da vida a pessoa pode ser ou não dependente, temporária ou definitivamente. A dependência se configura mais relevante quando esta surge em decorrência de eventos ocorridos na etapa final da vida, e as atividades cotidianas são afetadas por esta dependência (SILVA et al, 2006).

As quedas em pessoas idosas são de etiologia multifatorial. Observa-se uma relação convergente entre fatores intrínsecos, ambientais e comportamentais. Como fatores intrínsecos, entendem-se as alterações fisiológicas características do envelhecimento e os processos patológicos, além de fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos. O controle postural é conceituado como a habilidade de

manter o equilíbrio oscilando ou recuperando o centro de massa corporal sobre a base de sustentação, e como habilidade de controlar a posição do corpo no espaço (GAZZOLA et al, 2004).

Os termos equilíbrio, balanço e controle postural são muito usados como sinônimos para conceituar o mecanismo pelo qual o corpo humano protege-se de quedas. Desta forma, uma definição de equilíbrio é sugerida como sendo a habilidade de manter o centro de massa do corpo na base de sustentação, deslocando o peso do corpo, rapidamente e precisamente, em diferentes direções a partir do seu centro, locomover-se com segurança e velocidade e de maneira coordenada e, ajustando-se a perturbações externas (RIBEIRO, ALVES E MEIRA, 2009).

As alterações musculoesqueléticas geram dor e algum grau de dificuldade de locomoção. Percebe-se, pelos relatos, que essas consequências geram desconforto e certa curiosidade. As articulações sinoviais livremente móveis ou diartroses, como as articulações dos joelhos, dos pulsos, dos cotovelos e dos quadris, são as mais afetadas pelo envelhecimento (RIBEIRO, ALVES E MEIRA, 2009).

Segundo os autores, a cartilagem articular é um tipo especial de tecido conjuntivo que ajuda o movimento da articulação. É constituída por camadas de células, os conócitos, e secreta um líquido lubrificante composto por água, fibras colágenas e proteoglicanas, denominado líquido sinovial. Com o envelhecimento, ocorrem algumas alterações, como diminuição do líquido sinovial e afinamento da cartilagem, e os ligamentos podem ficar mais curtos e menos flexíveis. Estas alterações resultam numa menor amplitude de movimento das articulações afetadas (RIBEIRO, ALVES E MEIRA, 2009).

No envelhecimento, contudo, há diminuição do número de fibras musculares, com conseqüente redução da força muscular e da mobilidade corporal. As sensações ocasionadas pelos estímulos externos e conduzidas pelos proprioceptores, assim como a acuidade visual e o equilíbrio corporal, também estão reduzidos nesta etapa da vida. As alterações clínicas do equilíbrio corporal podem ser caracterizadas por tontura, vertigem, desequilíbrios e quedas, causas frequentes

das incapacidades funcionais, que resultam numa ausência de condicionamento físico, depressão e sensação de menos valia nos idosos (VIEIRA, APRILE E PAULINO, 2014).

A limitação funcional ocorre à medida que os idosos não conseguem se adaptar às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e ao meio onde vivem. Os fatores que levam a imobilidade são uma grande questão à saúde dos idosos, influenciando a qualidade de vida, esta última é resultante da interação entre saúde física, mental, independência na vida diária, o ambiente e integração social (FISCHER E FILHO, 2010).

2.3 Desenvolvimento de Naara Isabel de Paula: Vivências na enfermagem: análise do risco de quedas e o trabalho de prevenção com idosos institucionalizados

A pesquisa foi realizada na Vila Vicentina Carlos Almeida Sobrinho na cidade de Cana Verde (MG), fundada em 1983. É composta por uma equipe multidisciplinar. Onde residem 32 idosos, sendo 15 homens e 17 mulheres, todos com quadro clínico de saúde estável.

A seguir será apresentada a imagem 26, que corresponde a Instituição de Longa Permanência.

Imagem 26 - Vila Vicentina Carlos Almeida Sobrinho



Fonte: Do autor (2017).

Essa imagem mostra a Instituição de Longa Permanência (ILPI s) da cidade de Cana Verde. As instituições de longa permanência são locais de acolhimento em regime integral, previstas na proteção social especial de alta complexidade, para atender idosos em situação de abandono ou negligência, em caso de suspensão temporária ou quebra de vínculo familiar e comunitário.

É possível correlacionar a imagem com a disciplina de enfermagem em geriatria e gerontologia, pois nela aprendemos sobre as instituições de longa permanência. Pode relacionar também com a disciplina de saúde coletiva onde

aprendemos sobre a política nacional do Idoso que tem como seus direitos de moradia assegurados. Correlaciona-se também com a disciplina de Sistematização em enfermagem onde aprendemos a prestar melhor cuidado com pessoas institucionalizadas.

Segundo a Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, foi a primeira a definir:

Normas e Padrões de Funcionamento de Casas de Repouso, clínicas Geriátricas e outras instituições para idosos. Ela define como deve ser a organização da instituição, área física, as instalações e os recursos humanos.

Quando se fala em asilo a população brasileira já associa em pobreza, abandono dos idosos pelas famílias e negligência (BORN E BOECHAT, 2002).

As Instituições de Longa Permanência executam uma conduta de hospitaleira dos idosos em um sistema de afastamento social, por outro lado suas regras internas ajudam na ausência de questões sociais externos, ocasionando em uma prisão social, tornando os idosos limitados a vida asilar, caracterizado como uma violação das relações que uniam a vida familiar e social (ALCÂNTARA et al., 2004).

De acordo, com a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005, (ANVISA) define:

Que as Instituições de Longa Permanência (ILPIS) são instituições públicas ou privadas, são do tipo casas, destinadas a moradia comunitária de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem participação da família, em condição de liberdade, integridade e direitos e deveres de cidadão.

As funções desses locais seriam não só a assistência, mas também uma atenção íntegra do idoso dependente ou não, sem afeto familiar ou de moradia pra sua estadia na sociedade, assegurando lhe sua situação de vida, uma senilidade com pudor e direitos e deveres como cidadão (KHOURY et al.,2009).

Uma das principais preocupações relativas à segurança, no período tardio de vida refere-se à incidência de quedas. Em seguida, será abordado a análise de risco

de quedas em idosos institucionalizados que incluem: medicamentos, mudanças comuns no envelhecimento, uso inadequado de auxiliares da mobilidade riscos ambientais, roupas sem segurança (KHOURY et al.,2009).

A seguir será apresentada a imagem 27 que corresponde a alguns fármacos mais utilizados pelos idosos que são fatores de riscos para quedas.

Imagem 27 - Fármacos



Fonte: Do autor (2017).

A imagem corresponde aos fármacos mais usados pelos idosos que incluem: agentes cardiovasculares; anti-hipertensivos; analgésicos; agentes antiarrítmicos; sedativos; tranquilizantes; laxantes; antiácidos. Os fármacos dessa lista podem causar efeitos adversos (p.ex., quedas, tontura, confusão, desequilíbrios hídricos e eletrolíticos), que ameaçam a qualidade de vida desses idosos. Os idosos têm mais propensão a tomar, regularmente, mais de um medicamento, aumentando o risco de interações e reações adversas. A prevalência de condições de saúde na população idosa leva esse grupo a utilizar uma grande quantidade e variedade de medicamentos (FRANCO et al.,1987).

É possível correlacionar a imagem 27 com as disciplinas de Farmacologia e Bioquímica onde aprendemos sobre os efeitos e as reações que os medicamentos provocam em organismos vivos e as vias de administração. Pode se correlacionar também com a disciplina de Semiotécnica onde aprendemos técnicas de administração dos fármacos.

O uso de medicamentos pela população idosa é frequente e cresce devido ao aumento da expectativa de vida no Brasil (HAMRA et.al.,2007).

A princípio os idosos estão mais suscetíveis a intoxicações medicamentosas do que os jovens (KLAUKKA et al.,1993).

Diferente do que foi apontado até o momento uma pesquisa, evidenciou que o número médio de fármacos usados entre os idosos está entre dois e cinco (KERLUKE, 1996).

Então o uso exagerado de medicamentos, com a idade vai depender da classe ou da subclasse terapêutica se o produto é de venda livre ou não (ANDERSON et al.,1996).

Inclusive, a idade é uma alterável preditora na utilização de fármacos, e sua consequência produzem mesmo antes dos 60 anos, já que a probabilidade de usar fármaco aumenta a partir da quarta década de vida (BARDEL et al., 2000).

A seguir será tratada outra análise de risco em idosos institucionalizados, mudança comum do envelhecimento.

A imagem 28 a seguir corresponde a uma idosa residente da Instituição de Longa Permanência.

Imagem 28 - Idosa com acuidade visual prejudicada



Fonte: Do autor (2017).

A imagem apresentada uma residente da Instituição de Longa Permanência (ILPIs), que apresenta visão prejudicada e o uso inadequado da lente corretiva. As alterações morfológicas e fisiológicas sofridas pelas estruturas do olho ao longo do envelhecimento acabam por interferir na acuidade visual dos idosos. Vários estudos têm mostrado que o enfraquecimento da visão provocado pelo envelhecimento fisiológico reduz a estabilidade postural e aumenta significativamente o risco de quedas e fraturas em idosos (GUIMARÃES et al. 2005).

É possível correlacionar a imagem com a disciplina de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, pois aprendemos a tratar exclusivamente de doenças presentes nos idosos e o processo de envelhecimento. Pode se correlacionar a imagem com a disciplina de Saúde Coletiva onde aprendemos sobre as Políticas Públicas de Saúde e sobre o Estatuto do Idoso. Pode se correlacionar também com a disciplina de Bases para o Cuidado de Enfermagem pois nela aprendemos sobre a Teoria das Necessidade Humanas Básicas.

Para se ter uma boa acuidade visual depende de dois fatores, a iluminação e o tempo de exposição, ambientes com iluminação forte podem prejudicar a visão (LIDA,1993).

Um dos primeiros sistemas a sofrer impacto do processo do envelhecimento fisiológico é o sistema sensorial, particularmente o visual. O déficit visual foi enfatizado em estudos, pelo fato de o sistema visual exercer importante papel no controle postural e, conseqüentemente, na manutenção do equilíbrio em idosos, sobretudo quando tal déficit é associado a outras alterações dos sistemas somatossensoriais e vestibular (MACEDO et al., 2008).

O declínio biológico é inevitável durante o processo de envelhecimento, uma vez que todos os sistemas do corpo sofrem perdas tanto nos aspectos estruturais como funcionais. Com a função visual não é diferente. A visão tem um importante papel para a independência funcional, tendo em vista que mecanismos sensoriais, principalmente os visuais, resultam em declínio na habilidade para desempenhar tarefas rotineiras essenciais para os indivíduos viverem diariamente (PIMENTA et al., 2014).

Os idosos com déficit visual apresentam dificuldade para realizar as tarefas cotidianas, andar em ambiente externo de forma segura e, com isso, tendem a diminuir sua participação e isolar-se socialmente, comprometendo sua saúde mental e física (PARADELA et al., 2005)

A presença de baixa acuidade visual acarreta dificuldades na realização das atividades do cotidiano, o que pode ser contornado com estratégias mínimas de intervenção, através das correções ópticas e mudanças comportamentais, como a iluminação do ambiente (ARROYO, 2015).

Será abordada outra análise de risco de queda em idosos institucionalizados, os riscos ambientais como: superfície escorregadia e calçados inapropriados.

Adiante é descrito através da imagem 29 que refere á superfícies escorregadias e a 30 a calçados inapropriados.

Imagem 29 - Superfícies escorregadias



Fonte: Do autor (2017).

Imagem 30 - Calçados inapropriados



Fonte: Do autor (2017).

Analisando as imagens pode-se observar a falta de higiene local em uma das casas da instituição. Essa imagem apresenta um local com risco alto de queda, pois a limpeza está inapropriada, além de não conter placas indicando que o piso está molhado. Já a imagem 30 indica uma residente sem calçado apropriado.

Relaciona-se as imagens 29 e 30 com a disciplina de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia pois nela aprendemos os cuidados com idosos suas necessidades e seus direitos. Pode se relacionar as imagens com a disciplina de Sistematização em Enfermagem (SAE) método embasado no pensamento científico que propõe que o cuidado seja planejado e que haja a devida documentação da prática profissional, permitindo a avaliação dos pacientes e a identificação de fatores de risco à queda.

Relaciona-se as imagens também com a disciplina de Saúde Coletiva em que a assistência de enfermagem ao idoso seja realizada segundo as recomendações do Caderno de Atenção Básica.

Com o passar dos anos, as funções fisiológicas do corpo ficam debilitadas, e alguns fatores contribuem para quedas em idosos, como os fatores ambientais a quais estão expostos no dia a dia (FREITAS, 2002).

As instituições de longa permanência muitas vezes não se preocupam com a prevenção do risco de quedas nos idosos institucionalizados, pois possuem tapetes, pisos escorregadios entre outros (PAPALEÓ NETTO, 2002). E quanto maior as condições de risco, maior será a possibilidade de quedas (RAMOS, 2005).

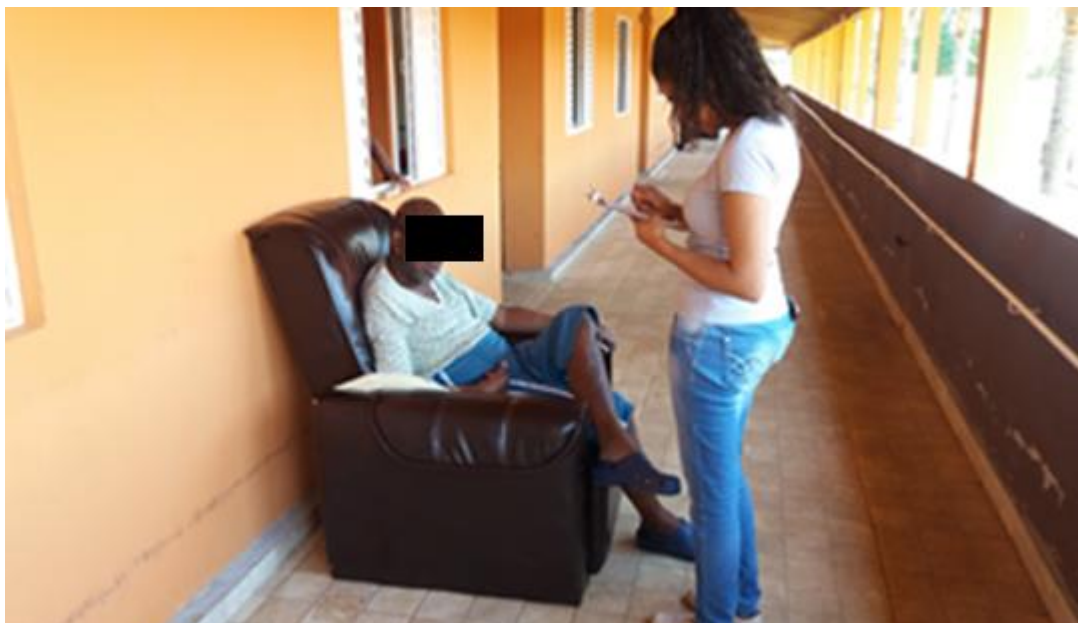
O índice de quedas entre os idosos de instituições de longa permanência é maior, justificável pelo perfil de pessoas que residem nestes locais, sendo a grande maioria mais fragilizada (AIKAWA et al., 2006).

Portanto, o lugar em que o idoso convive deve ser um ambiente seguro, para desenvolverem suas atividades de vida diária, pois um ambiente que não seja seguro pode causar várias consequências na vida desses idosos (CATTELAN et al. 2007).

Na prevenção de quedas é essencial avaliar o ambiente onde o idoso reside, o qual deve ser um local seguro, funcional, confortável e compensador das limitações impostas pelo processo de envelhecimento. Desta forma, o reduto doméstico do idoso requer, e o enfermeiro deve orientar e propor intervenções quanto a modificação do ambiente como: Iluminação adequado; Corrimão; Pisos antiderrapantes; Deambulação com andadores, bengalas e dispositivos auxiliares; Banheiro com barras de apoio (CATTELAN et al.,2007).

A seguir será apresentada a imagem 31, que corresponde ao Enfermeiro que trabalha nesta instituição.

Imagem 31 - Enfermeiro orientador



Fonte: Do autor (2017).

É indispensável à assistência de enfermagem ao idoso, oferecendo orientações adequadas para prevenção de problemas que possam ocasionar o evento da queda, deste modo, o enfermeiro precisa intervir com ações adequadas para proporcionar êxito na saúde da terceira idade, tendo como finalidade a vida saudável deste indivíduo (MS, 2007).

Pode-se correlacionar a imagem com a disciplina de Sistematização em Enfermagem (SAE) método embasado no pensamento científico que propõe que o cuidado seja planejado e que haja a devida documentação da prática profissional, permitindo a avaliação dos pacientes e a identificação de fatores de risco à queda. Relaciona-se também com a disciplina de Bases para o Cuidado de Enfermagem pois nela aprendemos sobre a Teoria das Necessidade Humanas Básica. Relaciona-se também com a disciplina de Gerenciamento dos Serviços de Saúde pois a responsabilidade da administração da assistência em todas as áreas de prestação de serviços desenvolvidas em ambiente de saúde é do enfermeiro.

Segundo o Ministério da Saúde (2007) são atribuições do enfermeiro:

Efetivar atenção integral às pessoas idosas; realizar assistência domiciliar, quando necessário; Concretizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, de acordo com protocolos ou outras normativas técnicas instituídas pelo gestor municipal, ressaltadas as disposições legais da profissão; supervisionar e coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários da Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem; efetivar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; orientar ao idoso, aos familiares ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.

Em primeiro lugar, identificar fatores de risco para quedas, e prevenir é dever de todos profissionais da Atenção Básica, até os níveis mais complexos (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010).

A fase mais importante realizada pelo enfermeiro é a do processo de enfermagem, pois nela, permite o conhecimento das patologias, o que vai contribuir para o cuidado individualizado (SANTOS et al., 2012).

Sobretudo o enfermeiro tem ação importante na avaliação de qualidade de vida dos idosos, na funcionalidade e cognição (VALCARENGHI et al., 2014).

Os enfermeiros podem orientar idosos familiares; cuidadores, quanto aos riscos modificáveis a qual estão expostos em seus domicílios (NASCIMENTO E TAVARES, 2016).

O enfermeiro realiza cuidados de maior complexidade e que exige maior conhecimento científico. A atuação do enfermeiro apresenta-se em quatro funções: administrativa/gerenciamento, cuidativa, educativa e ensino, pesquisa. O enfermeiro desenvolve suas atividades junto à pessoa idosa, por meio de um processo de cuidar, que consiste em olhá-la, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso residente e por sua família e amigos. Essa concepção de cuidar prevê a interação das multidimensões do viver da pessoa idosa para promover um viver saudável e ativo, por meio da utilização das capacidades e condições de saúde do idoso, visando ao seu contínuo desenvolvimento pessoal (MARTINEZ, 2004).

A seguir será apresentada a imagem 32 que corresponde a iluminação da instituição.

Imagem 32 - Iluminação artificial



Fonte: Do autor (2017).

A imagem corresponde a iluminação artificial, já a iluminação natural ocorre através da janela e porta. A iluminação tem como característica a produção de reflexos que transportados ao olho humano, geram informações do meio externo, permitindo que o cérebro possa analisá-las e interpretá-las, provocando distinções de cor, forma, tamanho e posição dos objetos por meio da percepção visual (PASCALE,2002).

É possível correlacionar a imagem com a disciplina de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, pois nela aprendemos sobre a fisiologia dos idosos, suas necessidades e dificuldades. Pode correlacionar também com a disciplina de Bases para o Cuidado de Enfermagem onde conhecemos as necessidades humanas básicas. E com a disciplina de Saúde Coletiva onde conhecemos sobre o estatuto do idoso que diz sobre os direitos da pessoa idosa.

O ambiente em que o idoso vive deve ser bem iluminado para compensar a perda da acuidade visual (PASCALE, 2002). A iluminação deve ser eficiente em quartos, escadas banheiros, com interruptores de luz próximos a cama (KATZ, 2002).

Eventualmente, as modificações na visão são causadas pelo ambiente em que estão expostos (PERRACINI, 2002).

De acordo com o Estatuto do Idoso, LEI N°10.741, DE 1° de outubro de 2003 o idoso tem direito a habitação:

art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada. § 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente. § 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene, indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Por isso que o lugar em que o idoso convive tem que ser um ambiente seguro, para desenvolverem suas atividades de vida diária, pois um ambiente que não seja seguro pode causar várias consequências na vida desse idoso (CATTELAN et al., 2007).

A seguir será abordada outra medida de prevenção de quedas. A imagem 33, se refere a implantação de corrimão na instituição.

Imagem 33 - Corrimão



Fonte: Do autor (2017).

A imagem apresenta corredor de acesso aos quartos e são equipados por corrimão. O corrimão é uma barra de superfície lisa e arredondada que acompanha as laterais das escadas e rampas, auxiliando quem caminha por elas. É um apoio para o corpo, que traz mais equilíbrio e segurança ao subir e descer os desníveis (PAPALÈO NETTO, 2002).

Pode correlacionar a imagem com a disciplina de Saúde Ambiental e Ocupacional, pois nela aprendemos sobre medidas de segurança. Correlaciona-se a imagem também com a disciplina de sistematização em enfermagem onde aprendemos sobre o planejamento e intervenções de enfermagem. Pode correlacionar também com a disciplina de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, onde aprendemos sobre o Estatuto do Idoso com seus direitos.

Corredores devem conter pisos antiderrapantes e corrimão, além de, em sua extensão, boa iluminação (PAPALÈO NETTO, 2002). As rampas e o corrimão devem ser inspecionados regularmente (KATZ et al., 2002).

De acordo com o Estatuto do Idoso, Lei N°10.741, DE 1° de outubro de 2003, o idoso tem direito a:

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene, indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei. Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte: II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT-NBR 9050, 2004) diz que:

A projeção dos corrimãos pode incidir dentro da largura mínima admissível da rampa em até 10 cm de cada lado. A largura das rampas deve ser estabelecida de acordo com o fluxo de pessoas. A largura livre mínima recomendável para as rampas em rotas acessíveis é de 1,50 m, sendo o mínimo admissível 1,20 m.

Dessa forma, o uso de rampas, corrimão reduz o número de acidentes em rampas, conseqüentemente reduz o número de internações em hospitais por estes acidentes, o que diminuiria os gastos públicos (Albuquerque, 2005).

Adiante será descrito a imagem 34, que se refere a pisos antiderrapantes.

Imagem 34 - Pisos antiderrapantes



Fonte: Do autor (2017).

A imagem refere-se um corredor com piso antiderrapante. O principal benefício do piso antiderrapante é que ele reduz drasticamente as chances de uma queda em superfícies planas, embora seja de extrema utilidade também em rampas e escadas, onde o risco de quedas por deslizamento é maior, além de ambientes contenham contato frequente com água.

Pode-se correlacionar a imagem com a disciplina de Saúde Ambiental e Ocupacional, pois nela aprendemos sobre medidas de segurança. Correlaciona-se a imagem também com a disciplina de Sistematização em Enfermagem onde aprendemos sobre o planejamento e intervenções de enfermagem. Relaciona-se a imagem com disciplina de Bases para o Cuidado de Enfermagem, onde aprendemos

sobre a teoria ambiental que diz sobre condições externas capazes de prevenir doenças.

Os corredores das instituições devem conter pisos antiderrapantes (PAPALEÓ NETTO, 2002), e devem ser avaliados para evitar elevações ou falhas (DUTHI et al., 2002).

A importância dos pisos antiderrapantes na prevenção de quedas em idosos é essencial, pois os pisos escorregadios foram atribuídos como a causa principal de quedas, mostrando assim a necessidade de pisos antiderrapantes (COUTINHO, SILVA, 2002).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT-NBR9050 III – 2004) afirma que:

Os pisos devem ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas (cadeiras de rodas ou carrinhos de bebê). Admite-se inclinação transversal da superfície até 2% para pisos internos e 3% para pisos externos e inclinação longitudinal máxima de 5%. Inclinações superiores a 5% são consideradas rampas e, portanto, devem atender a 6.4. Recomenda-se evitar a utilização de padronagem na superfície do piso que possa causar sensação de insegurança (por exemplo, estampas que pelo contraste de cores possam causar a impressão de tridimensionalidade).

O local em que o idoso convive deve ser um ambiente seguro para desenvolverem suas atividades de vida diária, pois um ambiente que não seja seguro pode causar várias consequências na vida desse idoso (CATTELAN et al., 2007).

A seguir será abordada a imagem 35 que corresponde ao uso de dispositivos auxiliares.

Imagem 35 - Uso de andadores



Fonte: Do autor (2017).

A imagem refere-se à categoria de dispositivos auxiliares para deambulação. Os andadores propiciam maior estabilidade porque possuem quatro pontos de contato com o solo. Melhoram estabilidade anterior e lateral, permitem que os membros superiores transfiram o peso do corpo para o solo e dão uma sensação de segurança para idosos que têm medo de deambular (TOMITA et al., 2004).

É possível correlacionar a imagem com a disciplina de bases para o cuidado em enfermagem, onde aprendemos a teoria das necessidades humanas básicas, além de enfermagem em geriatria e gerontologia, pois aprendemos sobre o processo do envelhecimento. Relaciona-se também Sistematização de Enfermagem onde damos diagnóstico e intervenções de enfermagem.

Os andadores, vão permitir aos idosos que realizem as atividades da vida diária dando-os liberdade (TOMITA et al., 2004). Ainda que, os andadores sejam difíceis de manobrar e apresentam riscos aos idosos em escadas, tapetes (OSULLIVAN, 2004).

Para prescrever andadores aos idosos, necessita de profissionais especializados em reabilitação, que irão avaliar a necessidade de acordo com cada idoso (THOMAS et al., 2008). Visto que, os andadores dão sustentação de peso em membros inferiores e melhora o equilíbrio (GOMES, 2008).

Com isso, fazem parte de dispositivos auxiliares: bengalas, muletas, andadores, cadeira de rodas (BERSCHI, 2013).

A seguir será abordada a imagem 36 que corresponde ao banheiro da instituição.

Imagem 36 - Banheiro com barras de apoio.



Fonte: Do autor (2017).

Os banheiros da instituição são separados por gênero, instalados no mesmo pavimento onde permanecem os idosos.

É possível correlacionar a imagem com a disciplina de Sistematização em Enfermagem, onde aprendemos a identificar problemas e realizar intervenções para melhor qualidade de vida. Pode relacionar a imagem com a disciplina de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia onde aprendemos o processo de

envelhecimento. Correlaciona-se também com a disciplina de Saúde Coletiva onde aprendemos sobre o Estatuto do Idoso.

A prevenção de quedas em idosos envolve um complexo de medidas que incluem: exercício físico, suplementação de vitamina D, alimentação adequada, cuidados no uso de psicofármacos e outras medicações, cuidado visual e auditivo e cuidados no ambiente domiciliar (IKUTA, 2007).

Reforçando as intervenções, Lopes (2007) aponta alguns cuidados práticos no domicílio de um idoso como sendo importantes para evitar quedas, como:

[...] ambiente bem iluminado, usar tapetes de borracha no banheiro/chuveiro fixos ao chão, evitar o uso de tapetes de fibras grossas e felpudas, usar pouca cera no chão, corrimãos fixos, manter piso limpo e sem objetos espalhados, usar sapatos de borracha, evitar degraus quebrados, realizar exercícios que exercitem o equilíbrio e nunca se levantar da cama de forma rápida, manter interruptores de luz em locais acessíveis nos cômodos da casa, os móveis devem estar seguros e firmes para dar suporte na deambulação, caso necessário, usar cadeiras firmes e com apoio lateral, observar o exterior da casa (quintal) e disponibilizar iluminação para permitir a deambulação noturna, uso de degraus antiderrapantes e escadas com corrimãos [...] (p. 475).

Considerando a importância da adaptação ambiental, para a prevenção de quedas, não apenas no que diz respeito à remoção de riscos, como também no uso de técnicas que incentivem a prática do autocuidado e frente aos comportamentos arriscados é fundamental que haja investimentos em pessoal qualificado e na implantação efetiva da Polínica Nacional de Saúde do Idoso, para garantir o direito efetivo deste grupo populacional em expansão, com características próprias e heterogêneas (SILVA et al., 2007).

Visto a complexidade dos acontecimentos que circundam a queda entre os idosos, vê-se a importância de se conhecer e identificar as situações e as consequências que envolvem este evento a fim de estabelecer medidas adequadas, para prevenir as quedas (MELO, 2007).

Com isso, é preciso estar claro que a queda é um evento real na vida dos idosos e traz a eles muitas consequências, às vezes irreparáveis, e que a

incapacidade para realizar atividades da vida diária pode trazer, a longo prazo, consequências não só para os idosos, mas também para a família e para os serviços de saúde (MACHADO et al., 2009).

2.4 Desenvolvimento de Paula Silva Pereira: Lesões por pressão em pacientes em UTI

As observações, junto às ações desenvolvidas e apreendidas durante a vivência realizada, através da prática de medidas preventivas e avaliativas realizadas pelo enfermeiro em pacientes hospitalizados, mostram que as lesões por pressão podem ser prevenidas, tratadas e redimidas quando manuseadas corretamente, principalmente dentro das Unidades Terapia Intensiva (UTI),

“Considerando a relevância do assunto em questão na realidade da UTI (visto que estes pacientes desenvolvem lesão por pressão sob os cuidados da instituição — seja por uma estrutura deficiente, instabilidade hemodinâmica, ou por uma deficiência no cuidar) ” (TEIXEIRA et al, 2017, p 154).

Desde 2013 foi instituído no Brasil, através do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cujo objetivo geral é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional (BRASIL, 2017), visando diminuir a ocorrência de eventos adversos (EAs) nos hospitais do país. Dentre eles, estudos estimam a ocorrência de lesão por pressão (LP) entre 4 a 16% de pacientes hospitalizados em países desenvolvidos (ANVISA, 2017).

O conceito, a nomenclatura e a descrição dos estágios da lesão por pressão foram modificados pela National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) em 2016 e validados para o português com aval das sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE), substituindo o termo úlcera por lesão (COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2018).

Tal mudança se deu por entender que o termo lesão descreve com maior precisão a destruição do tecido. Além da alteração na nomenclatura, foram incluídas duas categorias de lesões: as lesões associadas a equipamentos médicos ou outros dispositivos e as lesões por pressão em membranas mucosas e o

estadiamento das feridas passou a ser enumerado por algarismos arábicos (MORAES et al, 2016).

“As lesões por pressão são feridas que podem ser causadas por fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente” (TEIXEIRA et al, 2017, p.152). Como fatores extrínsecos, têm-se a pressão, o cisalhamento e a umidade. A pressão na pele é considerada o principal fator extrínseco, resultando de intensa fricção e cisalhamento, fatores que podem ser agravados pela umidade local. Dentre os fatores intrínsecos destacam-se a idade, o estado nutricional, o uso de determinados medicamentos e doenças crônicas como, por exemplo, diabetes ou doenças cardiovasculares.

Por cisalhamento compreende-se a interação da gravidade com a fricção, exercendo forças paralelas na pele, como por exemplo, quando a cabeceira da cama é elevada acima de 30° e o paciente tende a escorregar, obedecendo a força da gravidade (ROGENSKI, 2014).

A seguir é apresentada a imagem 37, a qual mostra que o duração e tempo são fatores que predispõe o surgimento da LPP.

Imagem 37 - Força de cisalhamento quando paciente escorrega no leito



Fonte: Do autor (2017).

A imagem 37 se relaciona com as disciplinas de Anatomia e Fisiologia Humana, onde são estudados órgãos e corpo humano e seu funcionamento para conhecer processos iniciais de uma patologia. Demonstram como a fricção entre

duas superfícies pode provocar a remoção das células epiteliais, causando abrasões e lesões. No caso, o paciente escorrega pelo leito que tem a cabeceira elevada, promovendo pressão coccígea e no calcâneo.

A incidência de lesões de pele é bastante frequente em pacientes agudamente hospitalizados ou naqueles que necessitam de cuidados institucionais de longo prazo (MORAES et al, 2016).

As Lesões por Pressão (LPP) tem sido um problema em pacientes hospitalizados principalmente dentro das Unidades Terapia Intensiva (UTI). As principais causas envolvem idade, estado nutricional, nível de consciência, mobilidade, tempo de internação e comorbidades. Os profissionais de Enfermagem são os designados a realizar ações preventivas e sistematizadas de cuidado através de protocolos fundamentados em diretrizes para evitar tais lesões, como por exemplo, levantar o paciente do leito e não arrastar (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

O corpo humano é composto por capilares que irrigam todos os tecidos e por este motivo, quando a pessoa permanece longos períodos em uma só posição, o peso do seu corpo exerce pressão contínua, comprimindo os vasos sobre a pele, originando áreas de isquemia. Vale ressaltar que o tecido muscular é ainda mais sensível à pressão do que a pele (GEOVANINI, 2016).

Em seguida observa-se a imagem 38 que registra como é surgimento da LPP que aponta as fontes precursora do aparecimento de tais lesões.

Imagem 38 - Início de lesão por pressão



Fonte: Geovanini (2016).

A imagem acima mostra como se dá o início de uma lesão por pressão e está correlacionada às disciplinas de Anatomia e Fisiologia humana onde são estudados os processos iniciais de uma patologia.

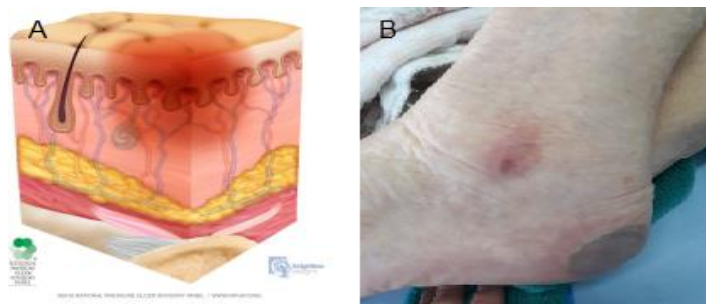
O tempo e a duração da pressão são fatores determinante para o início das lesões. Foi demonstrado que altas pressões aplicadas sobre um curto período de tempo são mais significativas do que baixas pressões sobre um período longo. A persistência da pressão sobre o local leva à morte do tecido, que pode envolver não só a pele como o tecido subcutâneo, muscular e até mesmo tecido ósseo. Os autores ainda indicam que a pressão que oclui o fluxo sanguíneo dos capilares deve estar acima de 25 mmHg (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2014).

Os mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao desenvolvimento da lesão por pressão não são totalmente esclarecidos, devido à sua natureza multifatorial, embora possa considerar algumas variáveis como a isquemia localizada, o fluxo prejudicado do fluido intersticial, a lesão de reperfusão e a deformação celular persistente, sendo o aumento da pressão capilar o principal fator da isquemia tecidual. Possuem poder determinante, ainda, a fricção e cisalhamento, além da umidade da pele, que é influenciada pelo microclima local (ALVES et al, 2016).

A lesão por pressão é a morte celular em determinada área que sofreu pressão contínua por tempo prolongado, gerando lesões cutâneas devido à falta de irrigação sanguínea (SILVA et al, 2013).

Na sequência vê-se a imagem 39 que permite conhecer o sinal que o cliente apresenta quando ocorre diminuição do fluxo sanguíneo.

Imagem 39 - Mostra a lesão por pressão Estágio 1



Fonte: NPUAP (2016).

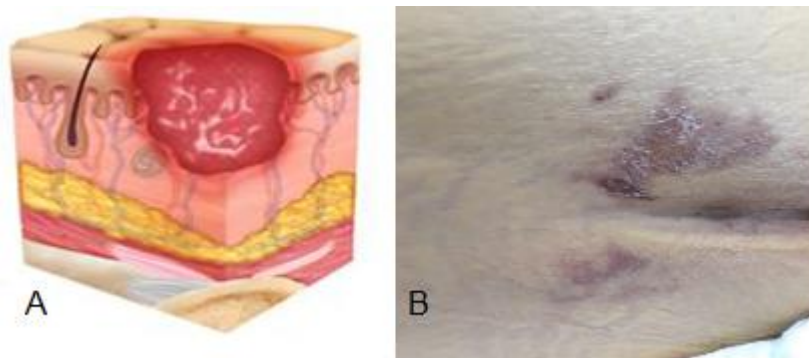
A imagem 39 esta correlacionada às disciplinas de Anatomia Humana que permite estuda o corpo humano, Histologia onde conhecemos as camadas do tecido.

A Lesão por Pressão em Estágio 1 se apresenta como pele íntegra, intacta, com uma área localizada de eritema não branqueável. A presença de eritema branqueável ou alterações na sensação, temperatura ou consistência podem preceder mudanças visuais (MORAES et al, 2016). Este estágio pode ser de difícil identificação na pele negra e, portanto, uma avaliação neste tipo de pele deve-se considerar outras características, como dor, temperatura, consistência (ALVES et al, 2016).

“A lesão pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa” (MORAES, 2016, p.2.295). De acordo com National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) que classifica as lesões por pressão de acordo com a extensão do dano tissular em: estágios (1, 2, 3 ou 4), lesão por pressão não estadiável, lesão por pressão tissular profunda, Lesão por Pressão relacionada a dispositivo médico e lesão por pressão em membrana mucosa, descritos abaixo (COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2018).

A seguir será ilustrado as imagens 35 A e 35 B mostra as diferentes etapas que as LPP pode-se apresentar. A região acometida é a sacral.

Imagem 40 - Lesão por pressão estágio 2



Fonte: NPUAP (2016).

A imagem 40 esta correlacionada às disciplinas de Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), que fornece orientações para voltadas para segurança do cliente e Enfermagem em Geriatria e Gerontologia que discute as intervenções que podem ser elaboradas para cuidado com idoso.

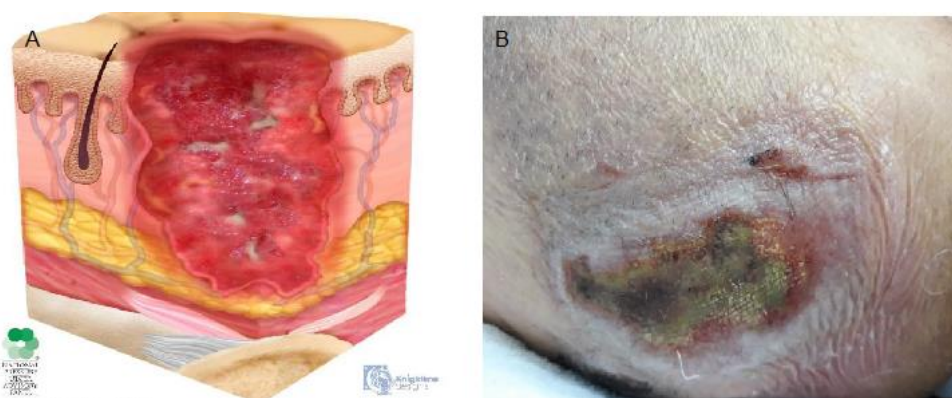
Na lesão por pressão em Estágio 2 ocorre a perda de espessura parcial da pele com exposição da derme: este tipo de lesão se apresenta clinicamente como um abrasão, envolvendo a derme ou epiderme, ou ambas. A pele pode escurecer e doer (GEOVANINI, 2016).

O leito da ferida é viável, rosa ou vermelho, úmido, e também pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso intacto ou rompido. Nesta lesão, o tecido adiposo (gordura) e tecidos mais profundos não estão visíveis (MORAES et al, 2016, p.2.296).

Não se deve confundir este estágio com dermatites ou lesões traumáticas. A camada epitelial fica exposta e apresenta ausência de escaras ou granulações (TEIXEIRA et al, 2017).

Em seguida observa-se a imagem 41 que corresponde uma lesão na região occipital.

Imagem 41- Lesão por pressão estágio 3



Fonte: NPUAP (2016).

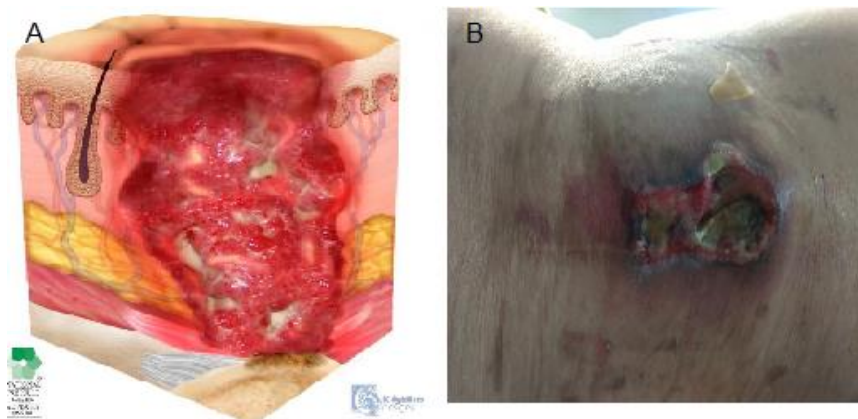
A imagem 41 estabelece uma conexão com a disciplina de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, pois a população idosa é a mais afetada quando se fala em

hospitalizações. Sistematização de Enfermagem (SAE) onde são estabelecidos os cuidados de Enfermagem.

Na lesão por pressão em estágio 3 ocorre perda total da espessura da pele na qual o tecido adiposo é visível na úlcera. O tecido de granulação e a borda despregada da lesão estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis (MORAES, 2016). Nesta lesão o tecido subcutâneo mostra-se visível, com profundidade variável (ALVES et al, 2016). A lesão apresenta-se como cratera de pouca profundidade e pode apresentar odor fétido e exsudação. Pacientes com lesão nesse estágio estão mais suscetíveis a adquirirem infecções. Nas regiões onde em que não há presença de tecido subcutâneo, como a occipital, a lesão pode ser classificada nesse estágio, porém será uma lesão superficial (GEOVANINI, 2016). É uma lesão que perde totalmente o tecido dérmico e expõe a gordura subcutânea, porém sem exposição de osso, tendão ou músculo, conforme imagem 41 (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

Por conseguinte, nota-se a imagem 42 a qual mostra um dos estágios que mais compromete as camadas da pele.

Imagem 42 - Lesão por pressão estágio 4



Fonte: NPUAP (2016).

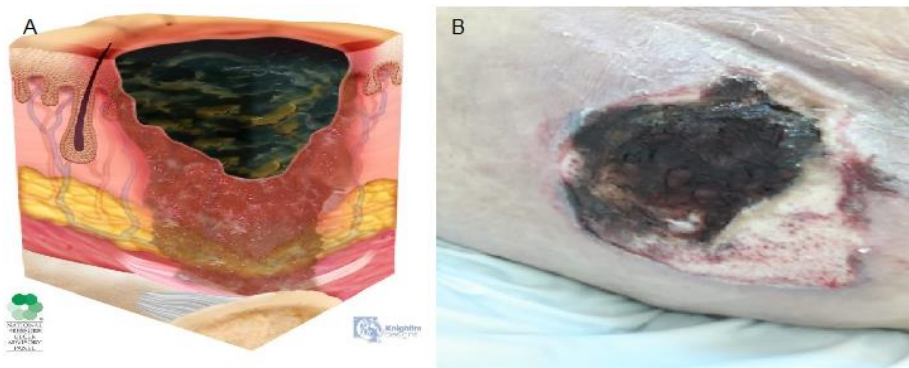
As imagens acima se relacionam com as disciplinas de Histologia que permite aprender sobre as estruturas e funções dos tecidos. Processo de Cuidar em

Enfermagem que nos mostra que algumas patologias podem ser prejudiciais no aparecimento de LPP.

Na lesão por pressão em estágio 4 ocorre perda total da espessura da pele e perda tissular. Ocorre exposição de ossos, músculos e tendões, podendo haver presença de esfacelo ou tecido necrótico em algumas partes do leito da ferida, e descolamento (MALAGUTTI, KAKIHARA, 2014). De acordo com há um alto risco de osteomielite nessas lesões, devido ao comprometimento do tecido ósseo (Imagens 6A e 6B) (GEOVANINI, 2016). Há perda total da espessura da pele e exposição ou palpação direta de tecidos como fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso na úlcera esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente (MORAES et al, 2016, p. 2.297).

Na sequência observa-se a imagem 43 a qual, não permite visualizar quais são os possíveis tecidos atingidos.

Imagem 43 - Lesão por pressão não estádiável



Fonte: NPUAP (2016).

A imagem 43 associa-se com Enfermagem em Geriatria e Gerontologia que nos permite criar medidas de prevenção para se evitar prejuízo ao paciente. Sistematização de Enfermagem também se faz presente crie um plano de cuidado para cada cliente.

Na lesão por pressão não estadiável há perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível. Neste estágio há dano tecidual no interior da úlcera que não pode ser confirmada por estar coberta por esfacelo ou escara. Se o esfacelo ou escara for removido, a lesão poderá ser classificada como estágio três ou quatro (MORAES, 2016). A escara estável, ou seja, seca, aderente, sem eritema ou flutuação, em membro isquêmico ou no calcâneo, não deve ser removida (TEIXEIRA et al, 2017).

A seguir apresenta a imagem 44, que mostra o qual profunda uma lesão pode ser.

Imagem 44 - Lesão por pressão Tissular Profunda



Fonte: NPUAP (2016).

As imagens acima fazem conexão com as disciplinas de Anatomia Humana permitem conhecer quais são as áreas mais susceptíveis ao desenvolvimento de uma LPP. Fisiologia Humana que nos norteia ao processo de funcionamento do organismo humano.

Na lesão por pressão tissular profunda ocorre descoloração vermelho escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. A lesão que acompanha este estágio apresentando a pele, intacta ou não, com área localizada na cor vermelho escuro, persistente e não branqueável, com descoloração marrom a roxo, revelando um leito da ferida escuro ou com flictena de sangue. Apresenta dor e

mudanças frequentes de temperatura. Pode evoluir rapidamente revelando lesão tecidual ou se resolver sem perda tecidual (MORAES et al, 2016).

Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A lesão pode evoluir rapidamente e revelar a extensão da perda tissular ou se reverter sem que isso aconteça. Não se deve utilizar a classificação lesão por pressão tissular profunda para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas (TEIXEIRA et al, 2017).

Também pode ocorrer a lesão por pressão relacionada a dispositivo médico, lesão resultante do uso de dispositivos concebidos e aplicados para fins de diagnóstico ou terapêutico, a ulceração resultante geralmente está em conformidade com o padrão ou formato do dispositivo, geralmente feitos de materiais rígidos como plástico ou silicone, devendo ser estadiada de acordo com os estágios apresentados (MORAES et al, 2016).

Já na lesão por pressão em membrana mucosa: “LPP em membrana mucosa, encontrada nas regiões recobertas por mucosas com a utilização de um dispositivo médico nesse local como, por exemplo, cânulas nasais, tubos traqueais, cateteres urinários etc. Devido à anatomia do tecido essas lesões não podem ser estadiadas” (MORAES et al, 2016, p. 2.299).

A lesão por pressão, diferentemente das demais alterações de pele, tem sido fonte de preocupação por representar um problema de saúde pública, levando a transtornos físicos, emocionais e influenciando na morbidade e mortalidade (SOARES; HEIDEMANN, 2018, p.2).

É necessário, portanto, ter conhecimento epidemiológico sobre a incidência dessas lesões, bem como da prevalência dos fatores que contribuem para seu desenvolvimento, para desenvolver medidas preventivas e eficazes no combate das lesões por pressão (SILVA et al, 2013).

O cuidado voltado às pessoas com lesão por pressão deve ocorrer na alta e média complexidade, bem como na Atenção Primária à Saúde (APS), sob os cuidados da Equipe de Saúde da Família, o que remete a esforços norteadores para

a prevenção, sendo relevante avançar para ações de promoção da saúde (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

As medidas importantes para a prevenção das lesões são: manter os clientes em superfície de redistribuição de pressão, manter os calcâneos livres de pressão, realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas, quando sentado, se o paciente não alcançar os pés ao chão, providenciar um apoio para os pés, utilizar hidratantes nas áreas secas, massagear áreas de proeminências ósseas, proteger a pele contra a umidade excessiva (ANDRADE, 2016).

“Outro aspecto importante para se compreender a ocorrência da LP é sua localização” (VASCONCELOS; CALIRI, 2016, p. 198). As áreas de proeminências ósseas estão mais propensas ao desenvolvimento dessas lesões.

A sequência observa-se na imagem 45 as regiões mais susceptíveis ao desenvolvimento de lesões, conforme a posição adotada pelo paciente.

Imagem 45 - Principais áreas de risco para lesões por pressão



Fonte: Caliri (2010).

Pode-se relacionar a imagem 45 com as disciplinas de Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), onde são estabelecidos diagnósticos e cuidados

de enfermagem. Processo de cuidar em Enfermagem, que correspondem a patologia e tratamento e Saúde Pública que destaca a epidemiologia.

As lesões por pressão representam uma das principais complicações que acometem pacientes críticos hospitalizados e/ ou acamados, considerando como pacientes críticos aqueles que têm condições clínicas graves, associados a terapias de maior complexidade, de caráter invasivo ou não. A maioria destes pacientes é internada em unidades de terapia intensiva (UTI) por apresentarem desequilíbrio de um ou mais sistemas fisiológicos com prejuízo de autorregulação. As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes que favorecem o surgimento de complicações as lesões por pressão, talvez por apresentarem atendimento ininterrupto e intensivo, caracterizados muitas vezes por hostil, pois, além da situação crítica em que o paciente se encontra, existem fatores prejudiciais à sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, intervenções terapêuticas frequentes, uso de dispositivos médicos, isolamento, permanência no leito por um período longo e medo do agravamento da doença e da própria morte. Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a incidência e prevalência de lesões por pressão em UTI permanecem elevadas (TEIXEIRA et al, 2017, p. 153). Nessas unidades o surgimento de lesão pode surgir entre 54 e 72 horas após internação.

Recomenda-se que sejam considerados passíveis de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão todos os pacientes restritos ao leito, cadeira ou que são incapazes de se reposicionarem sem auxílio (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

Entre os vários fatores que predispõe à formação de lesão por pressão, o diabetes, a doença cardíaca e a doença vascular periférica estão entre os principais, por diminuírem a pressão capilar dos tecidos modificam as características da pele, como textura, umidade e turgor (ANDRADE, 2016).

A população idosa é a mais propensa ao desenvolvimento de lesões devido a diminuição da elasticidade da pele, hidratação cutânea insuficiente e alteração na sensibilidade. Demonstra, ainda, outros fatores facilitadores, como ser sexo masculino e ter a pele branca, além do tabagismo e alterações no índice de massa

corpórea (IMC), principalmente quando a massa corporal reduzida compromete a proteção nas regiões de proeminência óssea (INOUE E MATSUDA, 2015).

Para compreender os fatores de risco para a ocorrência de lesões por pressão, vários aspectos e características populacionais devem ser considerados. E sugere, para facilitar e verificar os fatores de risco, a utilização de escalas próprias desenvolvidas para este fim. As ações para evitar a lesão por pressão envolvem avaliações sistemáticas feitas por enfermeiro capacitado da equipe multifuncional, que realize intervenções que vão desde a observação circunstanciada realizada a olho nu até a mudança de decúbito, que deve ser feita a cada 2 horas, e ações de movimentação no leito, cabeceira da cama elevada, alinhamento postural, distribuição do peso, proteção com almofadas, controle da umidade do ar etc. Para identificar e classificar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão deve-se utilizar a Escala Preditiva de Braden, que vem apresentando altas taxas de sensibilidade e especificidades no Brasil, configurando importante passo para evitar as lesões por pressão (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

A Escala de Braden foi desenvolvida com base na fisiopatologia da lesão por pressão. De acordo com tal escala, são avaliados seis fatores de risco (subescalas) no paciente. São importantes itens que refletem a percepção sensorial, a umidade da pele, o estado nutricional, o grau de atividade e mobilidade, e a exposição à fricção e cisalhamento. É atribuído um valor de 1 a 4 em cada subescala (exceção para 'fricção e cisalhamento', que é atribuído de 1 a 3); a somatória dos escores resulta em valores entre 6 e 23, sendo que, quanto menor a pontuação, maior o risco para ocorrer o evento (TEIXEIRA et al, 2017, p.154).

Assim, a escala de Braden, com o intuito de auxiliar os enfermeiros no processo de decisão das medidas preventivas a serem adotadas, propõe a observação e avaliação contínua (no ato da internação e diariamente) dos seguintes fatores de risco: Percepção sensorial: refere-se à capacidade de reação do paciente em relação ao desconforto causado pela pressão; Umidade: refere-se ao nível de umidade à que a pele está exposta; Atividade: avalia o grau de atividade física; Mobilidade: refere-se à capacidade do paciente em mudar e controlar a posição do

seu corpo; Nutrição: retrata o padrão usual de consumo alimentar do paciente; Fricção e cisalhamento: retrata a dependência do paciente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção (TEIXEIRA et al, 2017, p.154).

Em seguida na imagem 46 observa-se a Escala de Braden que é uma ferramenta importante para clientes acamados ou hospitalizados.

Imagem 46 - Escala de Braden: variáveis e escores

Variáveis	Escore			
	1	2	3	4
Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Pouco limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente
Mobilidade	Totalmente imóvel	Muito limitado	Pouco limitado	Sem limitação
Nutrição	Muito pobre	Inadequado	Adequado	Excelente
Fricção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Sem problemas	-

Fonte: Do autor (2019).

A imagem acima comunga com a disciplina de Sistematização Assistência de Enfermagem (SAE) ferramenta a qual nos ajuda a realizar intervenções. Centro de Unidade Intensiva (CTI) onde aprendemos que se encontram os pacientes mais críticos.

A depender dos fatores de risco aos quais está exposto, o paciente poderá apresentar mais ou menos vulnerabilidade de desenvolver lesões. A determinação do risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, por meio de uma escala específica, deve ser associada à avaliação clínica, para se avaliarem outros fatores relacionados. Os resultados dessa avaliação devem dar a estrutura para o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado centrado no paciente, dentro de um processo de colaboração entre o paciente, sua família e os

profissionais de saúde. A escala de Braden foi adaptada para a língua portuguesa e validada para o Brasil em 1999, por Paranhos & Santos, sendo utilizada em pacientes a partir de 5 anos de idade (VASCONCELOS, CALIRI, 2016).

Para crianças de um a cinco anos, usa-se a escala de Braden Q, adaptada da Escala de Braden e validada em 2007 no Brasil; apresenta, além das seis subescalas originais, mais uma correspondente aos itens 'perfusão tecidual e oxigenação', perfazendo sete, com pontuação de 1 a 4, e o escore total varia de 7, maior risco, a 28, ausência de risco (VASCONCELOS, CALIRI, 2016).

Outras formas de prevenção que devem ser adotadas são: manter o paciente em decúbito lateral com o leito a 30 °, com auxílio de travesseiros e coxins, manter suporte nutricional para paciente de alto risco, limpar a pele sempre que necessário e em intervalos de rotina, evitar o uso de água quente e excessiva fricção da pele durante o banho evitar, evitar uso de fita adesiva sobre a pele, orientar pacientes que usam cadeira de rodas a realizar alívio da pressão a cada 15 minutos, além de orientar pacientes e familiares sobre estes cuidados essenciais (ROGENSKI; KURCGANT, 2012).

Os cuidados com feridas e lesões por pressão, depois de constatadas e devidamente avaliadas e classificadas, envolvem três etapas práticas, as quais se denominam curativo: limpeza, desbridamento (caso haja necrose) e cobertura. A escolha e realização de uma terapia tópica ideal e eficaz exigem do enfermeiro competências e habilidades que vão desde o conhecimento sobre processos cicatriciais até tipos ideais de coberturas, para que o procedimento seja feito com segurança (GOMES et al, 2016).

A limpeza da lesão é a primeira etapa do curativo e consiste na remoção de restos celulares, tecidos ressecados e necróticos não aderentes, materiais estranhos, exsudato e resíduos de agentes tópicos. A escolha pela técnica e agentes de limpeza ideais a este processo é feita a partir da observação das condições sistêmicas que envolvam o paciente. Pode-se fazer uso de água potável ou solução fisiológica, associados ou não a produtos antissépticos,

preferencialmente não citotóxicos e que sejam à base de polihexanida. Porém, cada caso deve ser avaliado pela equipe (GOMES et al, 2016).

É essencial a avaliação clínica e instrumental da lesão, pois auxilia na escolha do plano de cuidado que deve ser realizado. Existem parâmetros que são incluídos na avaliação da ferida, que incluem medidas como comprimento, largura, profundidade, área, aparência do leito da ferida, avaliação das bordas, quantidade, tipo de exsudato, odor e monitoramento da pele ao redor. Hoje, avaliações não invasivas permitem definir as etapas e evoluções da lesão. O parâmetro mais utilizado para lesões de categoria 3 e 4 das LPP é a profundidade, sendo que na medição deve ser usada um instrumental estéril. Pode ocorrer imprecisão desse procedimento se o leito da ferida não for uniforme (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

A seguir nota-se a imagem 47 a qual mostra que para fazer curativo precisamos utilizar material estéril.

Imagem 47 - Material de curativo



Fonte: Do autor (2019).

A imagem citada relaciona com Semiotécnica em Enfermagem onde aprendemos os cuidados indispensáveis com pacientes. E estágio Supervisionado 1 onde pode-se conhecer alguns tipos de coberturas.

Após a limpeza, o profissional de enfermagem deve proceder ao desbridamento, ou seja, remoção do tecido desvitalizado, se houver. O tecido de granulação deve ser preservado ao máximo, podendo se utilizar um dos processos: desbridamento autolítico: utilização de enzimas endógenas através da aplicação de uma cobertura tópica que permita a hidratação da ferida e ação de macrófagos; desbridamento mecânico: através da escovação, irrigação ou esfregaço com jato de soro fisiológico 0,9% ou gazes; desbridamento enzimático (químico): utiliza enzimas comercialmente produzidas, como a papaína e a colagenase; desbridamento instrumental conservador: quando o tecido necrosado não ultrapassar da fáscia muscular; desbridamento instrumental cirúrgico: realizado somente por médico-cirurgião (GOMES et al, 2016).

Terceira etapa de cuidados da lesão por pressão, a cobertura é utilizada para proteger a ferida, resguardando-a contra agressões externas e mantendo a umidade necessária para favorecer o processo cicatricial. O tipo ideal de cobertura a ser utilizado é ditado pelas recomendações do preparo do leito da lesão, de acordo com as seguintes observações clínicas: tipo de tecido, estadiamento da lesão, quantidade de exsudato, presença de sangramento, sensibilidade à dor e presença de infecção (STACCIARINI; CUNHA, 2014).

As coberturas podem ser classificadas, quanto ao desempenho, em: passivas (protegem e cobrem as feridas); interativas ou hidroativas (mantêm um microambiente úmido, o que facilita a cicatrização) e bioativas (fornecem elementos necessários à cicatrização, estimulando a cura da ferida). Quanto ao contato com o leito da ferida, classificam-se em: coberturas primárias (colocadas diretamente sobre as feridas) e secundárias (sobre coberturas primárias (GOMES et al, 2017, p. 112).

Na condução da terapia tópica, os registros das avaliações e as observações clínicas são imprescindíveis ao acompanhamento das evoluções subsequentes. Para isso, há de se utilizar impresso específico para se registrar as evoluções das feridas, com informações pertinentes ao processo cicatricial e o seguimento do paciente, pela cura da lesão ou encaminhamento para intervenções médicas (CAMPOS; GOMES, 2016).

A enfermagem é uma ciência que tem como objeto o cuidado. Nesta perspectiva o enfoque preventivo, assim como o de promoção da saúde, deve nortear a prática assistencial, na busca por um menor índice da lesão por pressão (SOARES; HEIDEMANN, 2018, p.2).

Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde propõe um plano de cuidados voltado a prevenir o agravamento e promover a saúde das pessoas no domicílio, através de avaliação sistematizada, de modo a detectar e evitar o desenvolvimento de possíveis lesões por pressão (SOARES; HEIDEMANN, 2018, p.2).

O enfermeiro é o profissional que acompanha, de perto, a evolução da lesão assim como seu tratamento, tendo, portanto, um importante papel na condução física e emocional do paciente e de seus familiares (SILVA et al, 2013).

O passo inicial para o tratamento consiste na avaliação da ferida como um todo para se determinar sua gravidade e melhor tratamento, considerando também o tratamento das doenças que levaram o paciente em risco para o desenvolvimento da lesão. Essas avaliações devem ser rotineiras, repetidas semanalmente (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014).

A partir da coleta de dados e do levantamento de possíveis diagnósticos, o enfermeiro deve planejar as intervenções de enfermagem capazes de prevenir o surgimento e desenvolvimento das lesões por pressão, bem como orientar o paciente, seus familiares e cuidadores (CAMPOI; STACCIARINI, 2017).

O paciente acamado ou que faça uso de cadeiras de rodas deve ser constantemente avaliado pelo enfermeiro do Programa da Saúde da Família, para evitar o surgimento de possíveis lesões. Já nas unidades hospitalares ou nas unidades de terapia intensiva, onde o paciente recebe os cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional, as atribuições e competências do enfermeiro são bastante peculiares e determinantes, pois além de realizar curativos e coordenar as ações de intervenção no cuidado com as feridas, cabe a ele estabelecer a prescrição de medicamentos/ coberturas utilizadas na prevenção e no cuidado com as feridas (CAMPOS; GOMES, 2016).

É de responsabilidade do profissional de enfermagem realizar curativos de feridas em estágio 3 e 4, executando o desbridamento conservador de lesões com instrumental cortante que se limitem até o tecido subcutâneo e não transponham a fáscia muscular, uma vez que o enfermeiro está apto para fazer esse procedimento somente até o tecido subcutâneo. Nos tecidos mais profundos, como músculos, tendões e ossos, e nas situações que necessitem de analgesia, o desbridamento é privativo do profissional médico (CAMPOS; GOMES, 2016).

Em conjunto com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), participa na escolha de materiais, medicamentos e equipamentos necessários à prevenção e ao cuidado com as feridas e estabelecer uma política de avaliação dos riscos potenciais, através de escalas validadas para a prevenção de feridas, elaborando protocolo institucional. Deve, também, assegurar-se de avaliação completa e contínua da pele do paciente bem como avaliar seu estado nutricional e solicitar a intervenção de um profissional da nutrição, quando julgar necessário (CAMPOS; GOMES, 2016).

Os cuidados de enfermagem em procedimentos de maior complexidade técnica e que exijam decisão imediata, são de sua responsabilidade. É seu dever garantir, com eficácia e eficiência, o reposicionamento no leito (mudança de decúbito), prescrevendo, com segurança e exatidão, os cuidados de enfermagem a serem realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem. A qualquer momento, o enfermeiro solicitar exames laboratoriais inerentes ao processo do cuidado com as feridas e requerer a utilização de materiais, equipamentos e medicamentos aprovados pela ANVISA para a prevenção e o cuidado das feridas. Todas as ações executadas e avaliadas pelo enfermeiro, quanto ao cuidado com as feridas, devem ser registradas no prontuário do paciente (CAMPOS; GOMES, 2016).

No que diz respeito ao desbridamento de feridas, o procedimento empregado para desbridar as feridas com instrumental perfuro-cortante, que é essencial quando há tecido necrótico, é de incumbência privativa do enfermeiro, uma vez que os demais profissionais da equipe de enfermagem não têm amparo legal para realizá-lo, de acordo com a Resolução 0567/2018, que aprova e regulamenta a atuação do

profissional de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas e prevê que é da competência do enfermeiro a participação na avaliação, elaboração de protocolos, seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas (COFEN, 2018).

Vale, ainda, ressaltar que a prática do acolhimento e do atendimento humanizado nos serviços de saúde deve ser adotada sempre, uma vez que ultrapassa os limites da boa educação e do bom senso, pois preconiza e dá legalidade à incessante busca da saúde integral do ser humano. É sabido que as pessoas se sentem bem quando são recepcionadas e atendidas com empatia e atenção, e o correto acolhimento a um paciente assinala com uma grande perspectiva de sucesso a ambas as partes: unidade de saúde e seu usuário. O atendimento humanizado é marcado tanto pela receptividade e disponibilidade do profissional de enfermagem quanto pelas explicações e orientações sobre os procedimentos realizados, criando uma atmosfera de cumplicidade e de segurança na realização dos exames (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

2.5 Desenvolvimento de Rafael de Sousa Rodrigues: A rotina de enfermagem com paciente domiciliado da terceira idade

A experiência foi efetuada na cidade de Campo Belo – MG, na residência da própria idosa, a qual se localiza na área urbana do referido município. A paciente vive sozinha e possui 65 anos. A observação da rotina da cliente, bem como seu registro fotográfico, tornou-se possível através do termo de autorização e consentimento.

O contínuo e acelerado processo de envelhecimento dos brasileiros, bem como, as conseguintes mudanças dos panoramas demográfico e epidemiológico demandam respostas por parte das políticas sociais. Isto se torna evidente a partir da análise dos números que envolvem a expectativa de vida. A mesma segue aumentando no Brasil, chegando a 72 anos e 5 meses para os homens e 79 anos e 4 meses para as mulheres, totalizando assim, uma média de 76 anos e 6 meses (IBGE, 2019).

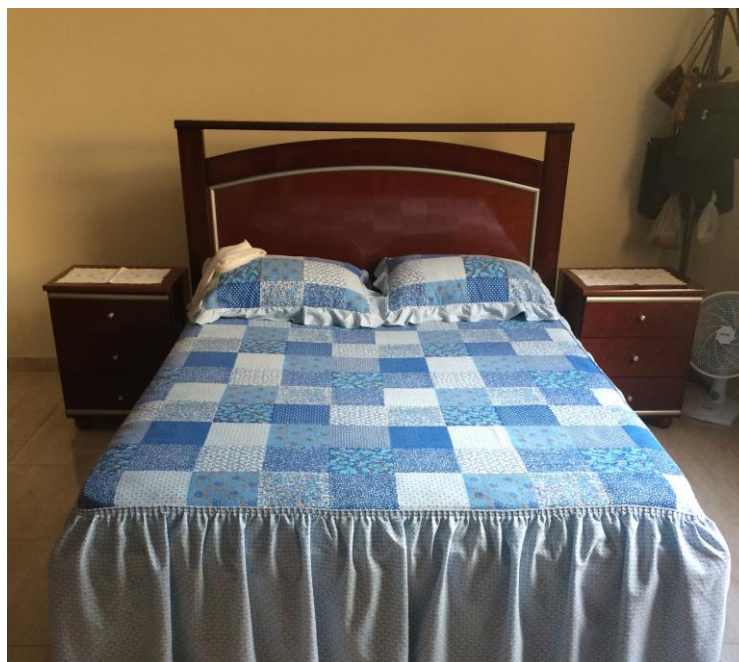
Por sua vez, a nível mundial a expectativa de vida atingiu os 72 anos, considerando a mescla dos números de homens e mulheres. (OMS, 2019)

Nesse contexto, visando o cuidado integral e sistematizado em rede, surge a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Este modelo de atenção não se limita apenas aos pontos pertencentes à Atenção Básica, incluindo também a Atenção Especializada Ambulatorial e a Atenção Especializada Hospitalar, além dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Os referidos itens, a partir de suas capacidades, prestam serviços de promoção, prevenção, apoio diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos, devendo atuar de forma articulada e integrada.

Sendo assim, cabe ao sistema público de saúde assegurar o cuidado digno e contínuo da pessoa idosa, trabalhando segundo os pilares da integralidade, universalidade e equidade, além de fortalecer o elo entre o usuário idoso e os profissionais de saúde, garantindo assim, o acesso qualificado e humanizado dos clientes.

A seguir é apresentada a imagem 48, a qual mostra a cama do paciente fazendo alusão a insônia.

Imagem 48 - Insônia.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem registrada acima evidencia o quarto da idosa, o qual deveria fornecer-lhe conforto e descanso, contudo, em função de questões fisiológicas, a insônia é a principal companhia nas madrugadas da paciente.

A imagem pode ser correlacionada a disciplina de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, haja vista, os frequentes estudos e debates envolvendo as alterações fisiológicas no idoso, dentre as quais está incluída a anipnia. Outra matéria que pode ser associada à imagem é a Saúde Mental e Psiquiátrica, uma vez que, a ausência de sono ou privação do mesmo, pode resultar em distúrbios psicológicos, como a irritabilidade e o déficit de atenção. Por fim, a Psicologia Geral e Social é mais uma área do conhecimento lincada ao referido tema, uma vez que, a intervenção no âmbito psicológico pode ser essencial na resolução da exiguidade de sono.

A etiologia predominante da baixa qualidade de sono na terceira idade se subdivide em primária, secundária e não patológica, onde o diagnóstico diferencial é obtido através da avaliação do grau de disfunção diurna, manifestado em sonolência e fadiga (SOARES, 2014).

A sintomatologia depressiva (mas não o declínio cognitivo) é diretamente congruente às variáveis de sono, sendo ela a principal causa do pior sono (insônia) na terceira idade. Ademais, escalas de sono possuem qualidades psicométricas e podem ser ferramentas úteis para avaliar o sono, especialmente, dos idosos (SILVA, 2014).

No entanto, estudos apontam evidente conexão entre declínio cognitivo e sintomatologia depressiva, sendo que, quanto mais potentes forem estes dois índices, mais graves serão as queixas de insônia (RUSSO, 2016).

O tratamento da insônia inclui três possibilidades, sendo elas: a terapia cognitivo-comportamental, o manejo farmacológico, ou ainda, a associação dos dois. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é conceituada como a mais eficiente, haja vista, sua eficácia, inclusive em longo prazo. Por sua vez, a farmacoterapia é considerada somente em casos agudos, buscando a redução imediata dos sintomas (RIBEIRO, 2016).

Por fim, a terapia cognitiva comportamental (intervenção não farmacológica) quando utilizada pelo enfermeiro e associada ao ambiente propício, dieta saudável, práticas de relaxamento e exercícios físicos regulares, proporciona a melhora do sono no indivíduo idoso (CARDOSO, 2017).

Na sequência será abordado o caminho “quarto-banheiro”, em função do risco que o mesmo representa para a população de terceira idade, sobretudo, quando se observa no decorrer do mesmo, a presença de simples obstáculos, tais como tapetes, móveis e más condições de iluminação. Estes podem tornar-se importantes armadilhas, as quais resultarão em plausíveis quedas e delicadas complicações.

Em seguida observa-se a imagem 49, que registra o percurso “quarto-banheiro”, o qual corresponde a um dos trajetos mais perigosos para o idoso.

Imagem 49 - Caminho “quarto-banheiro”.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem acima demonstra a importância da conscientização por parte da idosa em deixar seu trajeto do quarto até o banheiro livre e bem iluminado, evitando assim, um dos perigos mais temidos pelo público da terceira idade, as quedas.

Quanto à conexão da imagem com as matérias cursadas na grade curricular, a Enfermagem em Geriatria e Gerontologia se encaixa perfeitamente ao tema abordado, pois é nela que se discute os riscos e as possíveis intervenções a serem implementadas para tornar o caminho “quarto-banheiro” isento de perigos. A área de conhecimento Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) também se faz presente nesta imagem ao refletir-se a relevância do enfermeiro em fornecer orientações voltadas a segurança do idoso, por intermédio, por exemplo, do plano de cuidados. Para finalizar as correlações desta imagem, pode-se citar a disciplina de Processo de Cuidar em Enfermagem I, pois assim como o estudado a osteoporose torna-se um grande facilitador e causador de quedas, situação infelizmente, comum e constante na terceira idade.

Pesquisas demonstram que a maioria dos idosos apresentam preocupações em sofrer quedas ao efetuar atividades físicas, sociais e da vida diária, sobretudo, quando estas exigem força muscular e equilíbrio, elementos que fisiologicamente se encontram alterados e diminuídos na população idosa (REZENDE et al, 2010).

Quanto à intercorrências ocasionadas pelas quedas, sabe-se que estas são graves, visto que, 20% das internações hospitalares e 40% das institucionalizações em casas de repouso é resultado das quedas. Ademais, os prejuízos sobrepõem o âmbito físico, pois idosos vítimas de queda podem recetar repetir o feito (síndrome pós-queda), implicando assim, na dependência desnecessária, perda de função e menor socialização (ELIOPOULOS, 2011).

Estatísticas afirmam também que um terço da população acima de 60 anos tem pelo menos uma queda por ano, enquanto o número de idosos com 85 anos ou mais, domiciliados e que já sofreram uma queda, supera os 50%. Peculiarmente, quando os olhares se voltam a clientes internados em instituições de longa permanência, os números se tornam ainda mais alarmantes (COÊLHO, 2014).

Deste modo, o maior risco de queda para idosos ocorre em passagens com menos de 90 cm, sendo que os banheiros, o piso das casas, os tapetes e a iluminação insuficiente são os maiores e mais presentes empecilhos nos domicílios (COELHO e LIMA, 2016).

A insegurança no piso molhado ou encerado, a dificuldade em abrir e fechar portas (maçaneta), janelas e mobiliário, bem como, o espaço reduzido no interior do Box para uso do chuveiro são as principais queixas dos idosos quanto as condições de suas residências (YOSHIDA, 2017).

Em seguida será discutido o quão essencial é a manutenção da higiene, asseio e cuidado pessoal pelo idoso.

Na sequência vê-se a imagem 50, a qual faz menção a continuidade do zelo pela aparência e preservação da autoimagem.

Imagem 50 - Zelo pela aparência e preservação da autoimagem.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem acima comprova o interesse da cliente em zelar por sua autoimagem e aparência, uma característica salutar na defesa de sua autoestima e bem-estar e no combate a sensações de tristeza, abatimento e até mesmo depressão (ELIOPOULOS, 2011).

Deste modo, pode-se vincular a imagem a área do conhecimento Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, visto que, é nela que se estuda profundamente o cuidado e atenção as alterações, condições e comportamento do idoso, incluindo nisso, o zelo da idosa para consigo mesma. A disciplina de Psicologia Geral e Social também pode ser incluída nessa correlação, pois, a manutenção do asseio e valorização da imagem pessoal claramente demonstradas na imagem, revelam o quão resguardado e estimado encontram-se o bem-estar e a autoestima da paciente. E, findando as inter-relações disciplina-imagem, resgata-se a disciplina de Bases para o Cuidado de Enfermagem, assim como, a teoria do

Autocuidado (desenvolvida por Dorothea Orem), a qual tem sua veracidade e importância corroborada através da imagem registrada (GUIMARÃES, 2014).

Os estereótipos negativos direcionados aos idosos resultam em inúmeros danos, sobretudo, psíquicos, levando o cliente a negar sua própria existência e idade, reafirmando o olhar errôneo de incapacidade, limitação e deficiência (OLIVEIRA, 2014).

Além disso, os estigmas sociais mais comuns exaltam o novo, o moderno e o jovem e, em compensação esnobam o antigo e o velho, acarretando nos idosos problemas com sua autoimagem, levando a internalização das rejeições e, equivocadamente a legitimação das mesmas como verdadeiras (FRANÇA, 2014).

Logo, ao comparar pensamentos positivos e negativos do idoso quanto a seu próprio envelhecimento, os primeiros se limitaram a experiências, a sabedoria, liberdade, alegria, e maturidade, por sua vez, os segundos abrangeram a ausência de saúde, tristeza, solidão, cansaço, limitações, dependência, impotência, dentre outros. Portanto, há a necessidade de uma maior autovalorização do idoso, em função do predomínio das perspectivas ruins sob as boas (GOMES, 2014).

Entretanto, pesquisas contrapõe o relatado anteriormente, pois obtiveram como conclusão que a maioria dos idosos entende e aceita suas mudanças corporais resultantes do envelhecimento, indicando inclusive, pouca ou nenhuma preocupação com sua forma corporal, sendo que, 60% dos idosos entrevistados estão satisfeitos e consideram sua imagem corporal positiva (GUIMARÃES, 2014).

A prática regular de atividade física traz efeitos duradouros, uma vez que, se estendem até o âmbito psicossocial, permitindo e proporcionando uma melhora da autoimagem, assim como, a redução dos riscos de depressão e ansiedade, além da otimização da socialização (ANDRADE, 2015).

A seguir será tratado o tema da religiosidade, elemento primordial para preservação da saúde mental e bem-estar do cliente na terceira idade.

Abaixo se pode observar a imagem 51, a qual remete a religiosidade.

Imagem 51 - O idoso e sua religiosidade.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem acima exemplifica claramente a presença e a importância da religiosidade na vida da idosa, haja vista, sua consistente busca a Deus, a qual é alicerçada por sua crença e fé.

Assim, esta imagem estabelece conexão com a disciplina de enfermagem em Geriatria e Gerontologia, uma vez que, um dos assuntos abordados e debatidos durante o estudo do idoso, foi a importância da manutenção ou necessidade em buscar a religiosidade, como um meio para “ocupar” a mente e, ao mesmo tempo promover o bem-estar integral. A área de conhecimento da Psicologia Geral e Social também se apresenta ligada a imagem, haja vista, que a religiosidade promove a preservação da saúde mental e psicológica do indivíduo, inclusive do idoso. Por fim, a disciplina de Bases para o Cuidado de Enfermagem está associada à imagem em função da Teoria de Wanda Horta, a qual engloba as Necessidades Humanas Básicas, sendo uma delas, a crença religiosa.

A religiosidade possui uma influência positiva sobre as dimensões física, mental e social, embora não haja interdependência entre a religiosidade, a capacidade funcional e a vitalidade (SANTOS, ABDALA, 2014).

A religião afeta positivamente a saúde física e mental, haja vista que, esta reduz os hábitos não saudáveis, a pressão arterial e a tensão muscular. As orações e meditações promovem uma maior adesão à terapêutica médica e aos cuidados preventivos (ABDALA, 2015).

Sendo assim, a busca e a percepção de sentido na vida durante a terceira idade se associaram plenamente ao comportamento e sentimento religioso; ao passo que, a presença do sentido torna-se possível somente através do conhecimento e comportamento religioso, além da percepção positiva do presente e do futuro (VIEIRA e AQUINO, 2016).

Contudo, alguns trabalhos afirmam que não há relação entre a qualidade de vida e o positivismo religioso e espiritual. Existe um predomínio nas mulheres na adoção da religiosidade e espiritualidade em detrimento dos homens, mas, curiosamente não há diferenças estatísticas quanto ao estado civil. Todavia, ainda assim, positivismo religioso e espiritual se faz um importante fator protetor para as situações de vida, físicas e psicológicas, na velhice (LIMA, 2013).

Deste modo, a espiritualidade, a fé, a religiosidade e a força dos idosos explicam o motivo pelo qual alguns da população da terceira idade, não se deprimem e mantêm a esperança, enfrentando ferozmente doenças graves, como por exemplo, o câncer (GARCIA et al, 2014).

Na sequência será comentado o tópico da medicação, um dos elementos mais comuns, perigosos e importantes para todo e qualquer idoso.

Por conseguinte, nota-se a imagem 52, a qual faz referência a terapia medicamentosa.

Imagem 52 - Terapêutica farmacológica.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem observada corrobora a já conhecida rotina da população da terceira idade, a qual vive continuamente circundada pelo consumo de medicações (PAULA JÚNIOR et al, 2013).

A referida imagem comunga absolutamente com a área do conhecimento da farmacologia, uma vez que, entre os tópicos amplamente debatidos no estudo dos fármacos estão a polifarmácia e a automedicação. Outra disciplina associada a imagem é a Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, pois a população idosa é a uma das principais responsáveis pelos elevados números de uso de medicamentos sem prescrição, bem como, pela polimedicação. Finalizando as correlações desta imagem cita-se a matéria de Processo de Cuidar em Enfermagem II, pois o consumo de indiscriminado e excessivo de fármacos pode resultar em distúrbios e patologias hepáticas, como por exemplo, a cirrose hepática medicamentosa, uma das doenças estudadas durante esta disciplina.

A polifarmácia é predominante em idosos, sendo a idade média de 69,8 anos, onde o consumo médio é de cerca de cinco medicamentos diários, caracterizando assim, uma polifarmácia alta. Ademais, as principais dificuldades em usar

medicamentos foram a visão prejudicada, o déficit de memória, e o não saber ler (PAULA JÚNIOR et al, 2013).

Durante um estudo foram entrevistados 100 idosos (sendo 63 mulheres e 37 homens) dentre os quais 72% utilizavam de modo contínuo pelo menos um medicamento. Destes, 33% consumiam exclusivamente medicamentos prescritos, enquanto os outros 67%, fazem uso concomitante de fármacos prescritos e não prescritos. A automedicação mais praticada foram os analgésicos e os anti-inflamatórios. Ademais, as causas mais citadas de uso de fármacos sem prescrição foram à dor, seguidas de febre e gripe (MONTEIRO et al, 2014).

Em outra pesquisa observou-se a polimedicação e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados entre os idosos entrevistados, contudo, infelizmente o uso a polifarmácia é justificável, em função das doenças crônicas prevalentes nessa faixa etária (RIBAS e OLIVEIRA, 2014).

Isto posto, cerca de 28% dos idosos praticam a polifarmácia e, ao analisar os dados obtidos, verificou-se a predominância do seguinte perfil: sexo feminino, faixa etária entre 75 e 79 anos, estado nutricional eutrófico e obeso, uso de dieta, percepção de saúde péssima e a presença de duas, três ou mais doenças crônicas (SILVEIRA et al, 2014).

Por fim, ao consultar a literatura, pode se observar que dentre as consequências da automedicação em idosos estão incluídos riscos importantes à saúde da população da terceira idade, tais como, a acentuação dos riscos de interação medicamentosa e a dificuldade de efetuar o diagnóstico adequado de uma patologia (SILVA e FONTOURA, 2014).

Na sequência será abordado o tema relacionado a dieta alimentar.

Em seguida observa-se a imagem 53, a qual registra a refeição correspondente ao almoço da paciente.

Imagem 53 - Almoço balanceado.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem acima exemplifica uma refeição saudável e balanceada, a qual é composta de nutrientes básicos, porém essenciais à manutenção da homeostasia fisiológica humana (MENDONÇA et al, 2010).

A imagem acima se correlaciona diretamente com a disciplina de Bioquímica, haja vista que, ao estudar as macromoléculas essenciais, sendo elas, os carboidratos, os lipídios, as proteínas e os ácidos nucleicos, faz-se referência a alimentação equilibrada, a qual deve possuir quantidades suficientes, porém adequadas de cada um desses componentes. A área de conhecimento Enfermagem em Geriatria e Gerontologia também pode ser referenciada ao abordar a imagem acima, ao considerar que a alimentação adequada, integral e sem excesso, permite ao idoso o controle e ou prevenção de doenças crônicas, e deste modo, um aumento de sua longevidade. Por fim, a matéria de Microbiologia / Imunologia, também é representada, ao levar-se em conta que o consumo de frutas, legumes, verduras e folhas, são de suma importância para conservação e fortalecimento do

sistema imunológico, haja vista, a presença de inúmeras vitaminas e proteínas contidas na refeição observada.

Segundo pesquisas, a maioria dos idosos consideram caros os alimentos por eles consumidos, ademais, sua preocupação é voltada à qualidade nutricional do alimento e, no que se diz respeito a produtos diet e light, quase nunca os consomem (MENDONÇA et al, 2010).

Por sua vez, o descompasso entre a prescrição do nutricionista e o poder econômico do cliente, bem como, a não aceitação da dieta planejada pelo idoso, são os principais desafios encontrados ao implantar hábitos alimentares na população de terceira idade, conforme suas necessidades (BENETTI et al, 2014).

Através da revisão bibliográfica pode-se comprovar cientificamente a forte influência da alimentação, seja benéfica ou negativamente, aumentando ou diminuindo, o risco do desenvolvimento de vários tipos de câncer e outras patologias, além de confirmar também, que alimentos funcionais (tomate, alho, cebola, peixe, dentre outros) podem ajudar para tal finalidade (GUIMARÃES e OLIVEIRA, 2014).

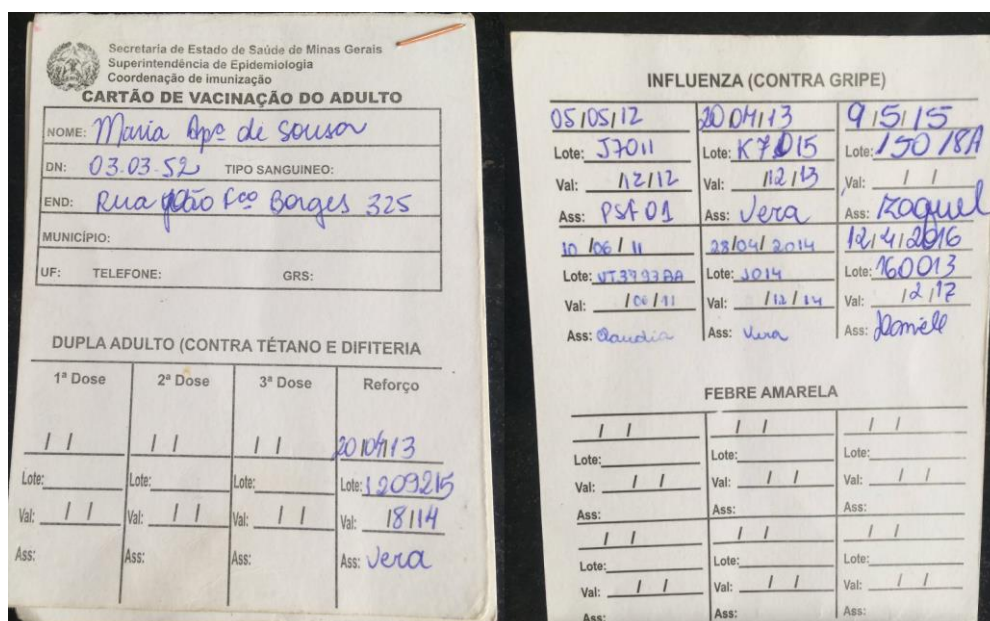
Conforme estudos, idosos com diagnóstico de diabetes, presença de três ou mais doenças crônicas e uso de três ou mais medicamentos, adotaram consumo de dietas de melhor qualidade, comprovando assim, a contundente colaboração da alimentação saudável no controle, especialmente, de patologias crônicas (ASSUMPÇÃO et al, 2014).

A educação em saúde não se limita apenas a transmitir conhecimento, mas também a criar vínculos entre assistidos e profissionais, permitindo assim, constantes remodelagens dos hábitos de vida dos pacientes, inclusive de seus conceitos nutricionais (JANINI et al, 2015).

A seguir será abordado o tema da imunização no idoso, um elemento imprescindível na profilaxia de doenças e no aumento da longevidade.

Em seguida, visualiza-se a imagem 54, a qual faz menção ao cartão vacinal da idosa acompanhada.

Imagem 54 - Cartão vacinal.



Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Superintendência de Epidemiologia
Coordenação de Imunização

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME: *Maria Apc de souza*
DN: *03.03.52* TIPO SANGÜINEO:
END: *Rua João Poo Borges 325*
MUNICÍPIO:
UF: TELEFONE: GRS:

DUPLA ADULTO (CONTRA TÉTANO E DIFITERIA)

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
<i> </i>	<i> </i>	<i> </i>	<i>2010/113</i>
Lote:	Lote:	Lote:	Lote: <i>1203215</i>
Val: <i> </i>	Val: <i> </i>	Val: <i> </i>	Val: <i>18114</i>
Ass:	Ass:	Ass:	Ass: <i>Jera</i>

INFLUENZA (CONTRA GRIPE)

<i>05/05/12</i>	<i>20/04/13</i>	<i>9/5/15</i>
Lote: <i>J7011</i>	Lote: <i>K7015</i>	Lote: <i>15018A</i>
Val: <i>12/12</i>	Val: <i>12/13</i>	Val: <i>1/1</i>
Ass: <i>PSF 01</i>	Ass: <i>Jera</i>	Ass: <i>Roguel</i>
<i>10/06/11</i>	<i>23/04/2014</i>	<i>12/4/2016</i>
Lote: <i>VT3793AA</i>	Lote: <i>J014</i>	Lote: <i>160013</i>
Val: <i>10/11</i>	Val: <i>12/14</i>	Val: <i>12/12</i>
Ass: <i>Caudia</i>	Ass: <i>Vera</i>	Ass: <i>Danielle</i>

FEBRE AMARELA

<i> </i>	<i> </i>	<i> </i>
Lote:	Lote:	Lote:
Val: <i> </i>	Val: <i> </i>	Val: <i> </i>
Ass:	Ass:	Ass:
<i> </i>	<i> </i>	<i> </i>
Lote:	Lote:	Lote:
Val: <i> </i>	Val: <i> </i>	Val: <i> </i>
Ass:	Ass:	Ass:

Fonte: Do autor (2017).

A imagem acima mostra a composição do cartão vacinal do idoso, bem como, a disposição dos tipos e dosagens vacinais pertinentes a esta fase da vida.

A imagem observada associa-se plenamente a área de conhecimento Saúde Coletiva I, na qual se aprofundam os saberes sobre o calendário vacinal e suas respectivas vacinas, dosagens, indicações e contraindicações a todas faixas etárias, incluindo a terceira idade. A disciplina de Microbiologia / Imunologia também se faz presente na imagem, ao se relembrar os conceitos de imunização ativa e passiva, dentre as quais, uma das modalidades é a vacinação. Finalizando as correlações desta imagem, pode-se citar ainda a matéria de Saúde Coletiva II, que por sua vez, possui relação com a figura, quando se recorda da legislação do SUS, a qual garante acesso integral, universal e gratuito a todo e qualquer serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde, incluindo a vacinação.

As campanhas de vacinação quando voltadas aos idosos, muitas vezes esbarram na não adesão pelo público alvo, em função do receio de reações adversas e da incredulidade na imunização (RODRIGUES et al, 2014).

Deste modo, as ações educativas e a inserção do enfermeiro no processo são soluções potenciais para solucionar a baixa adesão do público da terceira idade à imunização (SANTOS et al, 2014).

Contudo, estudos observaram uma redução significativa da mortalidade por doenças respiratórias associadas à influenza em idosos, após a implantação das campanhas de vacinação de idosos no Brasil (CAMPAGNA et al, 2014).

Ademais, a vacinação contra a influenza contribuiu notoriamente na prevenção das hospitalizações pelas causas relacionadas à influenza no Brasil, com exceção da região Norte (DAUFENBACH et al, 2014).

Por fim, segundo pesquisas, os idosos em geral (77,1%) mantinham o cartão vacinal atualizado, demonstrando a assiduidade destes para com o nível primário da saúde e, conseqüentemente às campanhas de vacinação (PIMENTA et al, 2015).

Em seguida se abordará a questão da ingesta hídrica, uma das mais frequentes causas associadas à desidratação no cliente idoso.

Na sequência observa-se a imagem 55, a qual mostra a idosa tomando água, numa alusão a importância da ingesta hídrica.

Imagem 55 - Ingestão hídrica.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem acima retrata o consumo de água pela cliente, evidenciando o quão salutar é a ingestão de líquidos, sobretudo, no combate a desidratação, uma condição bastante comum no indivíduo da terceira idade.

Ao associar esta imagem as disciplinas da grade curricular acadêmica, torna-se inegável sua ligação com a Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, haja vista que, é justamente nesta etapa da graduação que se discute as alterações fisiológicas do organismo idoso, incluindo nestas a desidratação e, conseqüentemente a necessidade em tomar líquido. A matéria de Fisiologia Humana também merece ênfase na abordagem desta imagem, uma vez que, a diminuição da sensação de sede no paciente idoso corresponde a uma das mudanças puramente fisiológicas resultantes do envelhecimento. Para finalizar as correlações desta imagem, a área de conhecimento Sistematização da Assistência de Enfermagem, tem papel importante, pois através do NANDA (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem) é possível diagnosticar um cliente como desidratado.

A necessidade de hidratação especialmente no envelhecimento passa quase que completamente despercebida, deste modo, na geriatria, a desidratação é um estado prevalente, o qual pode resultar em inúmeras moléstias (DIAS, 2014).

Sendo assim, os idosos devem ser regularmente incentivados e lembrados a ingerir líquido mesmo que não sintam sede. Logo, deve-se tomar cerca de 1,5 L de água por dia e ainda mais, quando houver elevadas temperaturas ambientes ou em caso de febre (LOPES, 2014).

Entretanto, o consumo de água pela população da terceira idade é baixo se comparado ao consumo dietético de referência, sugerindo assim, intervenções como a elaboração de programas educativos ressaltando a importância da ingestão de água em todas as fases da vida, incluindo a velhice (GENARO et al, 2015).

Sabe-se ainda que a desidratação é um problema de altos custos, tanto para os sistemas de saúde, quanto para os doentes, além de potencializar os efeitos de outras patologias graves. Deste modo, é imprescindível diagnosticar e tratar precocemente a desidratação, especialmente nos idosos mais debilitados e institucionalizados (COSTA, 2015).

Por fim, estudos afirmam que um em cada quatro homens e uma em cada dez mulheres está na condição de hipohidratado ou em risco de hipohidratação, fazendo-se necessárias intervenções preventivas a fim de aumentar a ingestão hídrica na terceira idade (GOMES, 2017).

Na sequência será comentado o tópico da atividade física, um dos elementos essenciais na preservação da saúde, no combate ao sedentarismo e no aumento da longevidade.

Por conseguinte, nota-se a imagem 51, a qual faz referência aos exercícios físicos.

Imagem 56 - Atividade física.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem observada corrobora os já conhecidos conceitos disseminados pelos profissionais da saúde, os quais ressaltam a relevância da prática regular de exercícios físicos na manutenção da saúde (FERNANDES, 2014).

A referida imagem comunga com a área do conhecimento de Fisiologia Humana, uma vez que, entre os tópicos amplamente debatidos no estudo

funcionamento do organismo, destacam-se a importância em realizar exercícios físicos proporcionando o fortalecimento osteomuscular. Outra disciplina associada a imagem é a Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, pois assim como as outras fases da vida, a velhice também se beneficia da prática de atividades físicas, propiciando o bem-estar físicos, mental e social. Finalizando as correlações desta imagem cita-se a matéria de Processo de Cuidar em Enfermagem I, pois ao fazer exercícios promove-se a evolução da musculatura e de estruturas osteoarticulares, bem como, o gasto de energia e a aceleração por parte do organismo. Desse modo é possível não somente a fortificação dessas estruturas, mas também a prevenção ou controle de patologias como osteoporose, diabetes, hipertensão, dentre outros.

Uma pesquisa mostrou que um grupo de idosos que praticam atividade física foi comparado a outro grupo, sendo este, sedentário. Logo, ao confrontar os resultados, observou-se que o grupo ativo apresentou superioridade nos quesitos continência e nível de independência, revelando os benefícios do não-sedentarismo (CORDEIRO et al, 2014).

Deste modo, a atividade física deve ser algo prazeroso ao idoso, combatendo o sedentarismo e até mesmo diminuindo o consumo de fármacos, quando associada à alimentação balanceada e motivação (FERNANDES, 2014).

Por sua vez, outros estudos demonstraram que cerca de 43% dos idosos são sedentários, sendo evidente a relação entre prática de atividade física e o contexto de residência, onde os institucionalizados eram sedentários e os domiciliares ativos. Ademais, os idosos da área rural se demonstraram mais assíduos aos exercícios do que os idosos do meio urbano. Por fim, a população da terceira idade que realizava atividade física se mostrou com níveis globais de bem-estar e felicidade maiores do que os idosos sedentários (MONTEIRO et al, 2014).

Observa-se ainda, que o setor público, especialmente, a nível municipal, demonstra preocupações com a problemática do envelhecimento, criando para isso programas e mobilizando recursos destinados, por exemplo, a prover meios e métodos que promovam a prática de atividades físicas pela população da terceira idade (BÁRRIOS e FERNANDES, 2014).

Em suma, os exercícios físicos, se praticados de modo regular e orientados, podem promover a redução dos efeitos do envelhecimento e da perda das capacidades físicas, além de prevenir doenças coronarianas e degenerativas. Os exercícios mais recomendados pela literatura incluem a hidroginástica, a dança, o treinamento de força e a flexibilidade (SOUZA et al, 2015).

A seguir será abordada a última questão deste trabalho, na qual se destacará o tema da autonomia e da independência na terceira idade.

Na sequência observa-se a imagem 57, a qual mostra a idosa cuidando de atividades domésticas, numa referência à autonomia e da independência da mesma.

Imagem 57 - Autonomia e Independência.



Fonte: Do autor (2017).

A imagem acima evidencia a disposição e conseqüentemente, a autossuficiência da idosa, em realizar as tarefas domiciliares sem a necessidade de auxílio algum de terceiros.

A imagem observada relaciona-se com a matéria de Enfermagem em Geriatria e Gerontologia, pois os tão conhecidos conceitos de autonomia e independência são extensamente trabalhados durante as aulas. Por sua vez, a matéria de Bases para o Cuidado de Enfermagem também se faz presente na situação retratada, haja vista, a prática do Autocuidado (Dorothea Orem) e da preservação do Ambiente (Florence Nightingale) como determinante na saúde. Finalizando as correlações desta imagem a área de conhecimento Psicologia Geral e Social também está contida na imagem, pois as atividades domiciliares atuam como uma “distração” para a mente da idosa (ELIOPOULOS, 2011).

Conforme pesquisa científica, 61,9% dos idosos se auto referiram independentes quanto à capacidade funcional para realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária. Ademais, traçou-se um perfil do idoso dependente sendo este: idade superior a 75 anos, sexo feminino, ausência de companheiro, e com doença cardíaca, diabetes e AVE (BARBOSA et al, 2014).

Por sua vez, a ausência de doenças, ensino superior completo e idade avançada, nessa ordem de importância, influenciaram positivamente a qualidade de vida e, deste modo, a autonomia e a independência dos idosos. Todavia, o nível de atividade física, renda familiar mensal, gênero, estado civil, nível de escolaridade, município de residência e estado nutricional não exerceram interferência no âmbito da autossuficiência (DAWALIBI e GOULART, 2014).

Entretanto, à associação da Diabetes Mellitus a um estilo de vida menos ativo, pobre em atividades recreativas e cognitivas, são fatores de risco para acelerar as perdas cognitivas inerentes do envelhecimento e, deste modo restringir a autonomia e independência na terceira idade (VARGAS et al, 2014).

Além disso, a sociedade moderna está centrada no capitalismo, na competitividade, na capacidade para o trabalho e na independência e autonomia funcional, resultando assim, numa estigmatização e marginalização do indivíduo idoso, em função de suas perdas físicas, emocionais e sociais, atrelando a terceira idade ao declínio, a apartação social e a exclusão (PIATO e CAPALBO, 2014).

Portanto, é preciso saber viver e cuidar-se enquanto jovem, formando adultos mais saudáveis e, conseqüentemente idosos potencialmente mais ativos, vivendo com a identidade preservada, além de poder usufruir do bem-estar tão almejado (SANTOS et al, 2014).

3 AUTO- AVALIAÇÃO

Foi adquirido grande experiência com a vivência sobre a institucionalização, e o processo envelhecer. Aprendi como é a rotina de um enfermeiro na ILPI, e como ele deve abordar os residentes e seus familiares, pois cada um reage de uma forma diante dessa situação, com isso é necessário a criação do processo de enfermagem específico para cada idoso. Pela falta de tempo consegui acompanhar apenas dois dias do trabalho da instituição, acredito que se tivesse permanecido um período mais longo, obteria ainda mais conhecimentos sobre essa área que tanto admiro.

Foi possível identificar o papel do enfermeiro e de sua equipe de cuidado à pessoa idosa institucionalizada, e conhecer todo o método de trabalho usado. Posso dizer então que foi de grande importância para o meu desenvolvimento profissional pois adquiri uma sabedoria que não tinha, por não conhecer essa área.

Após a realização deste trabalho e por acompanhar a Enfermeira da ILPI, tive a mudança do meu pensamento sobre esse estabelecimento, pois acreditava ser um ambiente triste o qual os cuidados não eram realizados de forma tão responsável. E nessa experiência pude ver que não é dessa forma, mesmo com algumas dificuldades, o cuidado é oferecido de forma sistematizada. Vi a alegria dos idosos por residirem ali, jamais imaginei viver essa situação, isso se deve pelas queixas sobre os familiares não os visitarem, ou por não terem oferecido os cuidados ideais antes de encaminhá-los a ILPI, por isso são extremamente gratos por terem encontrado um local onde recebem todos os cuidados necessários, de acordo com suas necessidades, de forma digna e humanizada.

Com isso posso dizer que passei a apreciar a gerontologia, por causa da criação desse portfólio. Este me proporcionou a mudança da minha perspectiva após a formação, pois não pensava em me especializar nessa área e hoje depois deste trabalho esse ramo da enfermagem se encontra dentro do meu plano futuro.

CAROLINE LAYANE SOUSA NASCIMENTO

Minha experiência na ILP foi algo na qual jamais esquecerei, embora o tempo de vivência não tenha sido tão grande, foi suficiente para me sensibilizar e me atentar para as necessidades das pessoas das quais eu encontrei, e que se apresentavam carentes de cuidado, cuidado esse que é oferecido com muito carinho por parte dos profissionais envolvidos, e que levarei como exemplo por toda minha carreira

Posso citar inúmeros pontos positivos encontrados na ILP Lar Augusto Silva, como por exemplo, a forma com que fui recebido, e esclarecido quanto as regras do local, que conta com uma excelente organização, e do privilégio de estar em meio a tantos pacientes que encontram nesta instituição, um lar, e também pude presenciar o trabalho da enfermagem no cuidado desses pacientes que foi para mim de suma importância e grande aprendizado.

Também encontrei alguns desafios ao realizar esta vivência, a corrida contra o tempo, pois dispunha de pouco tempo para estar realizando a visita na instituição, o momento exato para realizar as fotos, pois alguns procedimentos de enfermagem são realizados na parte da manhã e outros a tarde, e nem sempre podia acompanhar esses horários, e apesar da organização e do trabalho prestado pela instituição ainda podemos observar que falta alguns recursos para que se possa proporcionar maiores conforto aos pacientes, no entanto diante dos recursos disponíveis os trabalhadores dão o melhor de si e fazem seu trabalho com muito amor e carinho, e não tenho dúvidas de esse é o diferencial dessa instituição.

Tenho muitas perspectivas quanto acadêmico, e possivelmente quando profissional, estar realizando outras vivências em ILPs, e por um período de tempo maior, acredito que como profissional da área da saúde devemos nos sensibilizar e estarmos conscientes das necessidades que nossos idosos precisam, gostaria de prestar assistência a esses pacientes ainda que como trabalho voluntário em algum período de minha vida.

EDERSON ALMEIDA SILVEIRA

Adquiri grande experiência com a vivência entre os pacientes, pois obtive conhecimentos específicos relacionado às Instituições de Longa Permanência e sobre a rotina de cada residente, desde ao acordar até a hora do jantar. Também pude observar que a instituição se preocupa com a segurança e bem-estar de seus residentes e que muitos, se sentem carentes e rejeitados pelos seus familiares.

Fui muito bem recebida na instituição, tive oportunidade de conhecer de perto o trabalho da Enfermeira responsável, colocando em prática meus conhecimentos teóricos aprendidos durante o curso. Vi que nenhum trabalho é fácil mas quando é feito com amor, se torna mais divertido e menos pesado. Percebi que os residentes veem os enfermeiros como alguém da sua própria família.

Deparei-me com diversos desafios: um deles foi observar a rotina por isso foram realizadas vivências aos sábados e feriados em dois turnos diferentes.

Através dessa experiência, espero ser uma profissional dedicada e competente, procurando sempre me colocar no lugar do outro. Já com a minha expectativa futura não pretendo me especializar na área, mas se algum dia surgir alguma oportunidade não deixaria passar.

NAARA ISABEL DE PAULA

A vivência realizada proporcionou amplo aprendizado em relação à Enfermagem aplicada à prevenção de lesões por pressão, me remetendo à construção deste portfólio, uma vez que para alcançar eficiência no processo de prevenção, tratamento e cicatrização da lesão por pressão é fundamental criar ações sistematizadas envolvendo a correta e constante avaliação do paciente, investigando possíveis riscos de desenvolvimento de feridas. Foi possível demonstrar que enfermagem tem papel fundamental no reconhecimento dos principais fatores de riscos.

Na UTI constatou-se a importância da avaliação na realização das intervenções de prevenção e no planejamento do tratamento, proporcionando ao paciente tratamento com segurança e eficácia, para que se desenvolva nenhum tipo de lesão por pressão.

Em relação à prática pedagógica e profissional, foi de grande aprendizado a convivência com profissionais habilitados, que contribuíram significativamente em relação à enfermagem aplicada aos cuidados com o paciente, me proporcionando o desenvolvimento de habilidades técnicas e possibilitando o aprimoramento de conhecimentos no processo de cuidados e prevenção em relação à feridas e ulcerações.

Ressalta-se que todo processo da vivência foi realizado dentro das devidas normas e padrões éticos. As atividades desenvolvidas possibilitaram a reflexão sobre as dificuldades e a necessidade de se adotar uma postura ética e profissional, visando atendimento humanitário.

PAULA SILVA PEREIRA

Ao realizar o portfólio, foi possível agregar a minha carreira acadêmica uma gama de novos conhecimentos, experiências inéditas e ainda associar todo o conhecimento teórico a desconhecida, porém, prazerosa prática. Prática esta, que nos remete ao desenvolvimento integral das atividades cuidadoras, educativas e curativas, essenciais ao profissional de enfermagem que trabalha visando uma atuação holística. Ademais, o crescimento como indivíduo também se deu de modo importante, haja vista, a evidente evolução nas relações interpessoais, a qual também foi intermediada pela produção do trabalho.

No âmbito dos desafios, pode-se citar como exemplo contundente a redação do portfólio, em função da complexidade que permeia o desenvolvimento da referida atividade. Ainda na esfera dos obstáculos, a conscientização dos clientes da terceira idade em adotar um estilo de vida saudável, funcional e focado na prevenção de patologias e não em seu controle ou manejo clínico, também se apresentam como dificuldades a serem sanadas.

Por fim, ao considerar minhas projeções futuras, certamente é plausível revisá-las, adicionando as mesmas, a realização de novas vivências, as quais proporcionarão o enriquecimento profissional-pessoal. Posso incluir também, ao vislumbrar-me trabalhando na área, fornece todo alicerce necessário para os futuros acadêmicos e estagiários do campo da saúde, pois atualmente, ainda como acadêmico, infelizmente percebo a ausência de incentivo e companheirismo de uma parcela dos já trabalhadores da saúde para com os atuais aprendizes.

RAFAEL DE SOUSA RODRIGUES

4 CONCLUSÃO

Através da construção deste portfólio observamos de forma diferenciada o trabalho realizado pela equipe de enfermagem, e o quão grande é a sua importância, pois o mesmo visa sempre a melhoria da qualidade na assistência de saúde, e sem esses profissionais essa qualidade estaria prejudicada.

Sugerimos mais pesquisas nessa área de atuação, principalmente quando voltado a ILPI, em função do número escasso de trabalhos com o referido tema. Ademais, a população da terceira idade, bem como, a expectativa de vida vem crescendo gradativamente, sendo necessário a busca de novas informações e melhorias na assistência e cuidados ofertados ao cliente idoso.

Após nossa experiência, recomendamos que os próximos pesquisadores realizem uma vivência mais extensa e que conheçam outras realidades e métodos de trabalho, além de elaborem uma agenda ou cronograma. Visto que, somente através destes, poderá se estabelecer prazos, tanto para a realização das atividades que compoñham a metodologia de seus estudos, quanto para o cumprimento de seus objetivos gerais e específicos, enfatizando especialmente, a preparação de seu plano de cuidados com intervenções, metas e orientações, as quais sejam plausíveis e pertinentes ao paciente abordado.

Portanto, podemos afirmar que a confecção do portfólio, incluindo nesta, tanto o segmento metodológico, quanto a vivência propriamente dita, se mostrou um grande desafio em nossa caminhada acadêmica. Muito disso, devido à inexperiência e ao curto período de tempo em que o trabalho teve de ser desenvolvido. Contudo, em função da constante e indispensável orientação da professora, acreditamos ter sido possível minudenciar a atuação do enfermeiro frente aos diversos desafios que permeiam a assistência de um cliente da terceira idade, seja ele institucionalizado ou não, bem como, daqueles pacientes que se encontram na UTI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDALA, G. A. Religiosidade e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde do Idoso. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, n. 55, p. 2-10, set. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838840010.pdf>> Acesso em 13 nov. 2017.
- ABREU et al. Qualidade de vida na perspectiva de idosas com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos/SP. v.11 n.6 p.429-436. Nov/dez. 2007.
- ACESSO desigual aos serviços de saúde gera disparidades na expectativa de vida, diz OMS. **OPAS Brasil**. Brasília/DF. 04 Abril 2019. Sistemas e Serviços de Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5904:mulheres-vivem-mais-do-que-homens-e-acesso-desigual-aos-servicos-de-saude-gera-disparidades-na-expectativa-de-vida-diz-oms&Itemid=843> Acesso em 22 Abr. 2019.
- AIRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.375-417.
- ALVES, C. B et al. Escala de Braden: a importância da avaliação do risco de úlcera de pressão em pacientes em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Recien**, v.17, n.6, p.36-44, 2016.
- ANDRADE, P. D. A. de C. **Estados Emocionais e Atividade Física em Idosos: Contribuições da Literatura Brasileira**. 2015. 32 f. Monografia (Bacharelado em Educação Física) - Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/136494/000859748.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 15 nov. 2017.
- ASCARI et al. Úlcera por pressão: Um desafio para a Enfermagem. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Chapecó (SC). v.6 n.1 p.11-16. Mar-mai/2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, p. 1-97. 2004.
- ASSUMPÇÃO, D. de et al. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1680-1694, ago. 2014. Disponível em:

<<http://vml029.epm.br/bitstream/handle/11600/8501/S0102-311X2014000801680.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 16 nov. 2017.

AVELINO, L. N. T. et al. **A pesquisa científica da enfermagem brasileira: uma abordagem histórica.** Disponível em: < <http://www.inicepg.univap.br> >. Acesso em: 25 de outubro de 2017.

BARBOSA, A. G.; FONSECA, E. S. dos. **As intervenções da equipe de enfermagem indispensáveis nos cuidados com idosos insulino-dependentes.** 2013. 78f. Monografia (Curso de Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília, Brasília. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/5085/1/Aline%20Gon%C3%A7alves%20Barbosa%20e%20Eliana%20dos%20Santos%20Fonseca.pdf>. Acesso em 11 jul. 2019.

BÁRRIOS, M. J.; FERNANDES, A. A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 188-196, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000492>> Acesso em 12 nov. 2017.

BATISTA et al. Característica de Assistência de Enfermagem e de cuidado ao idoso. **Revista de Enfermagem.** Recife (PE). v.12, n.8. p. 4237-4244, dez., 2014.

BENETTI, F. et al. Instituições de Longa Permanência Para Idosos: Olhares Sobre a Profissão do Nutricionista. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento.** Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 397-408, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/37863/32753>> Acesso em 12 nov. 2017.

BERTAZONE, T. M. A. et al. **Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer.** Disponível em: < <http://www.periodicos.ufc.br> >. Acesso em: 25 de outubro de 2017.

BLANSKI, C.R.K.; LENARDT M.H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, (RS), v.26, n.2. p.180-188, ago., 2005.

BOTOSSO, R. M.; MIRANDA, E. F.; FONSECA, M.A.S. Reação adversa medicamentosa em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.8, n.2, p.285-297, 2011.

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral. **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília. 2014.

BRASIL. Constituição (2003). **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**.

BRASIL. **Regulamento Técnico Para Funcionamento das Instituições de Longa Permanência**. 2º. ed. Santa Catarina: outubro 2009.

BRASIL – ANVISA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 03/2017. **Práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271855/Nota+T%C3%A9cnica+GVIMS-GGTES+n%C2%BA+03-2017/54ec39f6-84e0-4cdb-a241-31491ac6e03e>> Acesso 01 jul. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). **Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas**. Resolução 0567 de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. PRC nº 5, de 28 de setembro de 2017, **CAPITULO VIII DA SEGURANÇA DO PACIENTE. Artigo 157 a 163**. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr4/dados-da-atuacao/projetos/qualidade-da-agua/legislacao/portarias/portaria-de-consolidacao-no-5-de-28-de-setembro-de-2017-1/view>> Acesso em 01 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher : princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BOIANI, J. A. M.; FERREIRA, A. C. M.; BOTURA J. G; PASCHOARELLI, L. C; MEDOLA, F. O. **Prescrição e Uso de Andadores para idosos: Uma Demanda para o design Ergonômico**. São Paulo, p.1-13, jun. 2015. Disponível em: <www.proceedings.blucher.com.br/.../prescrio-e-uso-de-andadores-para-idosos-uma-d>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRUM, A.K.R.; TOCANTINS, F.R.; SILVA, T.J.E.S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.1019-1026, nov./dez., 2005.

BRUNOMI, E. B. **Organização do Trabalho do Cuidador de Idoso em Instituições de Longa Permanência**. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle>>. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

CALIRI, M. H. L. **Feridas Crônicas prevenção e tratamento.** Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/>> Acesso em 29 jun. 2019.

CALIRI, M. H. L. **Úlcera por pressão.** Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridasronicas/>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

CALIRI, M. H. L et. al. **Classificação das lesões por pressão – Consenso NPUAP 2016 – Adaptada culturalmente para o Brasil.** Disponível em: <<http://sobest.org.br/textod/35>>. Acesso em 30 jun. 2019

CAMACHO, A.C.L.F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2002, v.10, n.2, p.229-233, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000200016>. Acesso em: 11 jul. 2019.

CAMPOI, A. L. M; STACCIARINI, T. S. G. **Prevenção de lesão por pressão.** Apostila do curso de Enfermagem para prevenção de lesões da UFTM, 2017.

CAMPOS, M. G. C. A, GOMES, E. M. Aspectos éticos e legais na assistência de enfermagem à pessoa com feridas. In: Campos et al (Org). **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico.** João Pessoa. PB. Ideia, 2016, p. 22 a 40.

CARDOSO, H. do S. M. **Contribuições do Enfermeiro Frente às Intervenções no Quadro de Insônia em Idosos: Revisão Bibliográfica de 2006-2016.** 2017. 24 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2058/Helen%20do%20Socorro%20Marinho%20Cardoso%20-%20Contribui%C3%A7%C3%B5es%20do%20enfermeiro%20frente%20%C3%A0s%20interven%C3%A7%C3%B5es%20no%20quadro%20de%20ins%C3%B4nia%20em%20idosos%20-%20revis%C3%A3o%20bibliogr%C3%A1fica%20de%202006-2016.pdf?sequence=1>> Acesso em 12 nov. 2017.

CARVALHO, S. C. M. da et al. **Diagnóstico de enfermagem como instrumentos na formação do enfermeiro:** uma revisão de literatura. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/pt_17f01.pdf >. Acesso em: 18 de outubro de 2017.

CASADEI, M. C.; SILVA, A. C. B.; JUSTO, J. S. **Bem-me-quer, malmequer: uma análise dos cuidados dispensados ao idoso asilar.** Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br> >. Acesso em: 15 de outubro de 2017.

CASSIANI, S. H. B. de. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.1, p.95-99. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 11 jul.2019.

CAVALCANTE et al. Diagnóstico de enfermagem: integridade tissular prejudicada identificado em idosos na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.4, p.727-735, out./dez., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8425>. Acesso em: 11 jul. 2019.

CAVALCANTE et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.6, p.1495-1500, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a31.pdf>. Acesso em: 15 mar 2019.

COELHO, B. D. **Quedas de idosos comunitários: Incidência referida por contatos telefônicos**. 2014. 37 f. Monografia (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8810/6/2014_BeatrizDominguesCoelho.pdf> Acesso em 12 nov. 2017.

COELHO, C.; LIMA, L. Acessibilidade Domiciliar de Idosos e a Fisioterapia Preventiva. **XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba**. Teresina, p. 1-6, out. 2016. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2016/anais/arquivos/0477_0342_02.pdf> Acesso em 12 nov. 2017.

COFEN, 1986. **Decreto 94.406/87**. Disponível em < <http://www.cofen.gov.br> >. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

COFEN, 1986. **Lei 749886**. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br> >. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 0567/2018**. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html > Acesso em: 04 set. 2019.

COMPAGNA, A. de S. et al. Tendência da mortalidade por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil e evidências de plausibilidade de impacto da vacinação, 1992-2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 23. n. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742014000100003&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 16 nov. 2017.

CORDEIRO, J. et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e**

Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 541-552, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838839008.pdf>> Acesso em 17 nov. 2017.

COSTA, E. R. G. **A Desidratação do Idoso**. 2015. 58 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/30697>> Acesso em 14 nov. 2017.

COSTA, M. J. C. **A atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional**. Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 25 de outubro de 2017.

COUTINHO, E. S. F. da; SILVA, S. D. da. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1359-1366, Out. 2002 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500029&lng=en&nrm=iso>. Acesso dia 07 Set. 2019.

DAGOSTIM, D. **Análise dos fatores ambientais de uma Instituição de longa Permanência para idosos**. 2009. Trabalho de Graduação (Fisioterapia)- Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma, 2009.

DAUFENBACH, L. Z. et al. Impacto da vacinação contra a influenza na morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 9-20, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a02.pdf>> Acesso em 14 nov. 2017.

DAWALIBI, N. W; GOULART, R. M. M. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Cidade do México, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/630/63031151021/>> Acesso em 13 nov. 2017.

DIAS et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: Revisão integrativa. **Revista de enfermagem**. Campina Grande (PB). 2014.

DIAS, T. D. P. **Hidratação em idosos. Projeto "Água Viva"**. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Educação para a Saúde) - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Coimbra, 2014. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13472/1/TANIA_DIAS.pdf> Acesso em 10 nov. 2017.

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. Manual de prevenção de lesões de pele. **Recomendações Baseadas em Evidências**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, v. 16, 2012.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7 ed. Porto Alegre: Artimed, 2011

EXPECTATIVA de vida: por que as mulheres vivem mais que os homens? **Folha de São Paulo**. São Paulo. 05 Fevereiro 2019. Equilíbrio e Saúde. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/02/expectativa-de-vida-por-que-as-mulheres-vivem-mais-do-que-os-homens.shtml>> Acesso em 20 Fev 2019.

FISCHER, M. A. T. S. de; FILHO, I. G. S. da. Desafios de Mobilidade enfrentados por idosos em seu meio. **V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS**. Rio Grande do Sul. 2010.

FONSECA, E. F.; PENAFORTE, M. H. O. de.; MARTINS, M. M. F. P. S. da. Cuidados de higiene – banho: significados e perspectivas dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra (Portugal). Jun. 2015.

FORTES, T.M.L.; SUFFREDINI I.B. Avaliação de pele em idoso: revisão da literatura. **Journal Health Sci Inst.**, v.32, n.1, p.94-101, 2014. Disponível em: http://www.200.136.76.129/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan/mar/V32_n1_2014_p94a101.pdf. Acesso em: 11 jul.2019.

FREITAS, M.C, MEDEIROS A.B.F.; GUEDES, M.V.C. et al. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.1, p.143-150, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100019&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 11 jul.2019.

FREITAS, L. D. O; WALDMAN, B. F. O processo de envelhecimento da pele do idoso: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 16, p. 485-497, 2011.

FERNANDES, B. L. V. Atividade Física no processo de envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n. 40, p. 43-48, mar./abr./mai. 2014. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/443/443> > Acesso em 17 nov. 2017.

FRANÇA, L. M. G. de. **A Percepção que as Idosas Institucionalizadas na Associação de Assistência Social Catarina Labouré Possuem Sobre suas Relações Familiares**. 2014. 78 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Centro de Ensino Superior do Ceará, Faculdade Cearense, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.faculdadescearenses.edu.br/biblioteca/TCC/CSS/A%20PERCEPCAO%20QUE%20AS%20IDOSAS%20INSTITUCIONALIZADAS%20NA%20ASSOCIACAO.pdf> > Acesso em 10 nov. 2017.

GAMA, B. M. B. M. de. **Planejamento de recursos humanos em enfermagem: dimensionamento de pessoal em enfermagem**. Disponível em: < <http://www.ufjf.br> >. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

GARCIA, S. D. et al. O Significado do Cuidado Perioperatório para o Idoso. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 55-66, jan./mar. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10257/pdf>> Acesso em 13 nov. 2017.

GASPAROTTO, L. P; FALSARELLA, G. R; MARIA, A. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades. **Revista Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, p.201-209, 03 set. 2013. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00201.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

GASPAROTTO, L. P; FALSARELLA, G. R; MARIA, A. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 17, n. 4, outubro-dezembro, 2014, p. 897-910 Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838840019>>. Acessado em 07 set, 2019.

GAZZOLA et al. Caracterização funcional do equilíbrio de idosos em serviço de reabilitação gerontológica. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**. São Paulo/SP. Jan/Jun. 2004.

GENARO, S; GOMES, F; LENAGA, K. Análise do Consumo de Água em uma População de Idosos. **Colloquium Vitae**, Presidente Prudente, v. 7, n. 2, p. 1-12, mai./ago. 2015. Disponível em: <<http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/view/1481/1592>> Acesso em 15 nov. 2017.

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos**: Enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel. 2016.

GOMES, M. B. **Estado de Hidratação dos Idosos Portugueses: resultados do Projeto Nutrition UP 65**. 2017. 28 f. Monografia (Bacharel em Ciências da Nutrição) - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, 2017. Disponível em: <<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/106564/2/205923.pdf>> Acesso em 14 nov. 2017.

GOMES, R. M. **O Envelhecimento na Percepção dos Idosos: revisão bibliográfica**. 2014. 24 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014. Disponível em: <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/8348/1/PDF%20%20Raiane%20Medeiros.pdf> > Acesso em 10 nov. 2017.

GOMES, S. K. A. et al. Terapia Tópica aplicada às Feridas. In: Campos et al (Org). **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico**. João Pessoa. PB. Ideia, 2016, p. 101 a 126.

GOMES M.; NEVES, M.F.R. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 275-280, 2009.

GOMES, E. C. C. et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 19, n. 8, p.3543-3551, ago. 2014. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.16302013>.> Acessado em: 15 nov 2017.

GUIMARÃES, L. M; OLIVEIRA, D. S. Influência de uma Alimentação Saudável para Longevidade e Prevenção de Doenças. **Interciência e Sociedade**. Mogi Guaçu. v. 3, n. 2, p. 60-67, 2014. Disponível em:
<http://fmpfm.edu.br/intercienciaesociedade/colecao/online/v3_n2/7_influencia.pdf> Acesso em 10 nov. 2017.

GUIMARÃES, N. F. **Percepção da Imagem Corporal Relacionada aos Fatores de Envelhecimento**. 2014. 24 f. Monografia (Bacharelado em Fisioterapia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2014. Disponível em:
<https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4328/1/PDF%20%20Nayara%20Ferreira%20Guimar%C3%A3es.pdf> > Acesso em 12 nov. 2017.

HAMMERSCHMIDT K.S.A.; ZAGONEL, I.P.S; LENARDT, M.H. A critical analysis of gerontological nursing practice guided by leininger's theory of culture care diversity and universality. **Acta Paul Enfermagem**, v.20, n.3, p.362-367, jul./sep. 2007.

HAMRA, A; RIBEIRO, M. B; MIGUEL, O. F. Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. **Acta ortop. bras**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 143-145, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Set. 2019.

HARADA, M. J. C. S. de. **Gestão em Enfermagem: Ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011.

INÁCIO, C. C. F. Prevenção de Quedas em Idosos. **Trabalho de Especialista de Enfermagem em Emergência** - Universidade Castelo Branco. Atualiza Associação Cultural, Salvador, 2011. Disponível em:< <http://bibliotecaatualiza.com.br> >. Acesso em; 18 agosto 2017.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Custos de coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 641-645, 2016.

JANINI, J; BESSLER, D; VARGAS, A. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-490, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341748016.pdf> > Acesso em 11 nov. 2017.

JEREZ, J. R.; SOUZA, D. L. B. de.; LIMA, K. C.; Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro/Rj. v.16 n.4 out/Dez. 2013

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. 1. ed. São Paulo: EPU, 1991.
LEITE, M. T.; GONÇALVES, L. H. T.; A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis (SC). Jan/Mar. 2009.

LEITE, T. M. L. O Exercício Físico e a prevenção de quedas nos idosos. **Trabalho de Graduação (Educação Física)** - Universidade do Porto, Porto, 2007. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=626>. Acesso em: 19 out. 2017.

LEMOS, J. C.; BARROS, J. D. C. de. **Equipe multidisciplinar: essencial para o cuidado dos idosos em instituições de longa permanência**. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br> >. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

LEVEVRE R. A. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

LENARDT, M. H. et al. Desempenho das atividades de vida diária em idosos com Alzheimer. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 13-21, jan./mar. 2006. Disponível em: < [http:// dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21106](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21106)>. Acesso em: 11 jul.2019.

LIMA, C.A. de; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.3, p.367-373, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300006>. Acesso em: 11 jul. 2019.

LIMA, B. F. V. **Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de Vida nos Idosos**. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, Guimarães, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/10400.14/15216/Tese%20Barbara.pdf> > Acesso em 14 nov. 2017.

LOJUDICE, D. C; LAPREGA, M. R; RODRIGUES, R. A. P. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores. **Revista Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, p.403-412, 18 jun. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n3/a07v13n3.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

LOPES, A. R. C. **Desidratação no Idoso.** 2014. 43 f. Dissertação (Mestrado em Geriatria) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29142/1/Alice%20Lopes.pdf>> Acesso em 13 nov. 2017.

MACHADO, M. F. et al. **A influência da enfermagem na realização de educação popular em saúde: revisão integrativa.** Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd201/realizacao-de-educacao-popular-em-saude.htm> >. Acesso em: 22 de outubro de 2017.

MAIA et al. Considerações sobre fatores extrínsecos em quedas de idosos. **Revista Científica da Escola de Saúde.** Mossoró (RN). Ano 4. n.3. p.93-102. Jun/set, 2015.

MALAGUTTI, W; KAKIHARA, T. C. Curativos, estomia e dermatologia: Uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2014.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, CAROL, J. **Administração e liderança em Enfermagem:** teoria e prática. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MEDEIROS, S.M. de. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p.233-240, 2006 Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm. Acesso em: 11 jul. 2019.

MEDEIROS, R. A.; **O conforto do idoso em pós-operatório na perspectiva do enfermeiro.** 2014. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19506/1/RosemaryAlvaresDeMedeiros_DISSERT.pdf. Acesso em 11 jul. 2019.

MENDONÇA, P; RELVAS, K; CORREA, S. Estudo do comportamento alimentar de consumidores idosos no Brasil: alimentos preferidos, perfil do consumidor e contexto de consumo. **Revista Ciências Administrativas.** Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 529-543, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/rca/article/view/3217/pdf>> Acesso em 13 nov. 2017.

MENEZES et al. Assistência de Enfermagem ao Idoso com Diabetes Mellitus: Uma Revisão de Literatura. **Congresso Nacional de Envelhecimento Humano.** Campina Grande (PR). 2016.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 10, 2010

MONTEIRO, C. et al. Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com idosos. **RPCD**, v. 14, n. 1, p. 57-76, 2014. Disponível em: <http://www.fade.up.pt/rpcd/_arquivo/artigos_soltos/2014-1/04.pdf> Acesso em 13 nov. 2017.

MONTEIRO, S. C. M. et al. Automedicação em idosos de um programa saúde da família, BRASIL. **Revista Infarma Ciências Farmacêuticas**. Brasília, v. 26, n. 2, p. 2-6, 2014. Disponível em: https://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=viewpath%5B%5D=579%5D=pdf_8 > Acesso em 15 nov. 2017.

MORAES, O. S.; VIEIRA, A. L.; COSTA, I. C. O.; Atuação da enfermagem no cuidado de feridas crônicas em idosos: relato de experiência. **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. Campina Grande (PB). Jun. 2013.

MORAES, J. T. et al. Conceito e classificação de lesão por pressão: Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.6, n.2, p.2292 – 2306, 2016.

MORAIS et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.33, n.2, p.117-124, jun. 2012.

NASCIMENTO et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Teresina (PI). Jul/Ago. 2008.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change In: terminology from pressure ulcer to pressure injury updates the stages of pressure injury**. Disponível em: <<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em 29 jun. 2019.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Pressure Ulcer Stage**. Disponível em: <https://www.in.gov/isdh/files/Pressure_Ulcer_Stages_Revised_by_NPUAP.pdf> Acesso em 29 jun. 2019.

OLIVEIRA, N. C. de.; CHAVES, L. D. P. **Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva**. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br> >. Acesso em: 14 de outubro de 2017.

OLIVEIRA, R. S. et al. **Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem.** Disponível em: < <http://revista.uniabeu.edu.br> >. Acesso em: 18 de outubro de 2017.

OLIVERIA, K. P. de. **Um Olhar Sobre o Novo Idoso Brasileiro Frente ao Estigma em Torno do Envelhecimento e a Atuação do Assistente Social no Centro de Referência da Felicidade.** 2014. 25 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, Presidente Prudente, 2014. Disponível em: <https://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/4627/4389> Acesso em 13 nov.2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (OMS). Mundo terá 2,5 bilhões de idosos em 2050; OMS diz “envelhecer bem deve ser prioridade global”. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org> >. Acesso em 15 de outubro de 2017.

PARADELA, E. M. P; LOURENCO, R. A; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Set. 2019.

PAULA JÚNIOR, J. D. de et al. Prática de polifarmácia por idosos cadastrados em unidade de atenção primária. **Revista Investigação.** Franca, v. 13, p. 15-18, mai. 2014. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/796/619>> Acesso em 11 nov. 2017.

PEDREIRA, L. C.; BRANDAO, A. S; REIS, A. M. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a19v66n3.pdf>. Acesso em: 11 jul.2019.

PEREIRA et al. O cuidado do enfermeiro à vítima de traumatismo cranioencefálico: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar Novafap**, v.4, n.3, p.60-65, 2011.

PIATO, R. S; CAPALBO, L. C. O papel da Universidade Aberta à Terceira Idade na educação ambiental. **Archives of Health Investigation**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 5, p. 66-72, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/680/1078>> Acesso em 16 nov. 2017

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciências e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro,

v.20, n. 8, p. 2489-2498, ago. 2015. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/pdf/630/63040294021.pdf> > Acesso em 11 nov. 2017

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **Recursos materiais na área hospitalar**. Disponível em:
< <https://www.portaleducacao.com.br> >. Acesso em 14 de outubro de 2017.
REIS et al. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v.18 n.5 São Paulo. 2003.

RESENDE, D. M. de.; BACHION, M. M.; ARAUJO, L.A.O.de. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.2, p.168-173, 2006 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200008>. Acesso em: 11 jul.2019.

REZENDE, A. A. B. et al. Medo do idoso em sofrer quedas recorrentes: a marcha como fator determinante da independência funcional. **Revista Acta Fisiátrica**. São Paulo v. 17, n. 3, p. 117-121, jun. 2010. Disponível em:
<<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103353/101803>> Acesso em 14 nov. 2017.

RIBAS, C; OLIVEIRA, K. R. de. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. v. 17, n. 1, p. 99-114, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838834011.pdf>> Acesso em 10 nov. 2017.

RIBEIRO, L. C. C. da.; ALVES, P. B.; MEIRA, E. P. de; Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Ciência, cuidado e saúde**. Diamantina/MG. Abr./Jun. 2009.

RIBEIRO, N. F. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-14, jan./dez. 2016. Disponível em:
<https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1271> > Acesso em 15 nov. 2017.

RIBEIRO, P. C. P. S. V.; MARQUES, R. M. D.; RIBEIRO, M. P.; O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Lisboa – Portugal. Jul-ago. 2017.

ROCHA, F. RODRIGUES, R. **Enfermeiro educador: qual o entendimento da enfermagem brasileira acerca dessa dimensão de sua prática profissional?** Disponível em: < <http://www.unioeste.br> >. Acesso em: 22 de outubro de 2017.

RODRIGUES, C. L. et al. A relevância da Imunização para a Longevidade e a necessária anuência de indivíduos do “Programa Acompanhante de Idosos”. **Kairós**

Gerontologia. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 31-48, dez. 2014. Disponível em:
<<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23394/16827>> Acesso em 13 nov. 2017.

RODRIGUES, R. A. P.; MENDES, M. M. R.; Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.2 n.2 Ribeirão Preto/SP. Jul. 1994.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** 2012.

ROGENSKI, N. M. B. **Úlceras por pressão:** definição, fatores de risco, epidemiologia e classificação. Editora Atheneu. São Paulo, 2014.

ROMANO, C. VEIGA, K. **Atuação da enfermagem no gerenciamento de recursos materiais em UTIs.** Disponível em: < <http://www.scielo.br> >. Acesso em: 15 de outubro de 2017.

RUSSO, B. M. A. S. **Queixas de insônia e matutividade-vespertinidade de idosos em contexto de lar.** 2016. 46 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica) - Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, 2016. Disponível em:
<https://ria.ua.pt/handle/10773/18363> > Acesso em 13 nov. 2017.

SÁ, S. P. C.; FERREIRA, M. A. de. Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro (RJ). 2004.

SANTOS et al. Dependência na realização de atividades básicas de vida diária em pessoas idosas domiciliadas. **RENE,** v.14, n.3, p.579-587. 2013.

SANTOS, A. A. P. dos et al. O papel do enfermeiro na promoção do envelhecimento saudável. **Revista Espaço para a Saúde,** Londrina, v. 15, n. 2, p. 21-28, jun. 2014. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/11761/pdf_27> Acesso em 15 nov. 2017.

SANTOS, É. I. dos et al. Imunização do Idoso na América Latina: Revisão Integrativa de Literatura. **Journal of Health Sciences.** Londrina, v. 16, n. 3, p. 221-227, mai. 2014. Disponível em:
<<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/453/425>> Acesso em 11 nov. 2017.

SANTOS, N. C. dos; ABDALA, G. A. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 795-805, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838840010.pdf>> Acesso em 16 nov. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE – DF. **Segurança do paciente: prevenção de Lesão por pressão (LP)**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/6.-Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP>> Acesso em 01 jul. 2019.

SERVO, M. L. S.; OLIVEIRA, M. A. N. **A pesquisa e o enfermeiro como qualidade formal e qualidade política: caminho da consolidação da enfermagem como ciência**. Disponível em: < <http://www2.uefs.br> >. Acesso em: 25 de outubro de 2017.

SILVA, A. J. et al. Custo econômico do tratamento das úlceras por pressão: uma abordagem teórica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 971-976, 2013.

SILVA, A. M. V. da. **Sono percebido, esforço para dormir e pensamentos pré-sono em idosos**. 2014. 46 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde) - Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro. 2014. Disponível em: <<https://ria.ua.pt/handle/10773/13817>> Acesso em 13 nov. 2017.

SILVA et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo/SP. v.19 n.2 Abr./Jun. 2006.

SILVA, J. D. A.; SANTOS, M. A. Idosos em Instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.26,n.4, out./dez., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>. Acesso em: 11 jul.2019.

SILVA, Y. de A; FONTOURA, R. Principais Consequências da Automedicação em Idosos. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. Goiás. v. 3, n. 1, p. 75-82, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/118/70>> Acesso em 13 nov. 2012.

SILVEIRA, E; DALASTRA, L; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Goiás. v. 17, n. 4, p. 818-829, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Erika_Silveira/publication/267927889_Polypharmacy_chronic_diseases_and_nutritional_markers_in_community-dwelling_older_Polifarmacia_doencas_cronicas_e_marcadores_nutricionais_em_idos>

sos/links/545d7ef20cf295b5615e6d58/Polypharmacy-chronic-diseases-and-nutritional-markers-in-community-dwelling-older-Polifarmacia-doencas-cronicas-e-marcadores-nutricionais-em-idosos.pdf > Acesso em 14 nov. 2014.

SINE. Média salarial para técnicos de enfermagem. Disponível em: <<https://www.sine.com.br>>. Acesso em: 15 de outubro de 2017.

SMITH, A. A. de et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 25, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100318&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 ago. 2019.

SOARES, C. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Revista Texto e Contexto Enferm**, v.27, n.2, p.01-09, 2018.

SOARES, D. Como abordar a insônia em idosos na Atenção Primária à Saúde *In: Congresso Sul-Abrasileiro de Medicina da Família e Comunidade*, 4., Gramado. p.04-38, 2014,. Anais. Disponível em: <<https://cmfc.emnuvens.com.br/sul/article/view/1676>> Acesso em 13 nov. 2017.

SOFTWARE COMPANY, 2004. **Apostila de noções de administração de recursos materiais para concursos.** Disponível em: <<https://centraldefavoritos.files.wordpress.com>>. Acesso em: 15 de outubro de 2017.
SOUSA et al. O conforto do doente idoso com doença crônica e de cuidadores informais em contexto de hospitalização. **Revista de Psicologia**. 2011.

SOUZA, G. P. S. et al. **A problemática da elaboração da escala mensal de enfermagem.** Disponível em: <<http://www.unifesp.br>>. Acesso em 14 de outubro de 2017.

SOUZA,W. C. de et al. Exercício Físico na Promoção da Saúde na Terceira Idade. **Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar**. Mafra, v. 4, n. 1, p. 55-65, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/672/549>> Acesso em 15 nov. 2017.

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. **Procedimentos operacionais padrão em enfermagem.** Atheneu: São Paulo, 2014, 442 p.

TEIXEIRA, A. K. S. et al. Incidência de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva em hospital com acreditação. **Revista Estima**, v.15, n.3, p.152-160, 2017.

TRINDADE, M. L. et al. **Uma ação interdisciplinar em instituições de longa permanência.** Disponível em: < <http://www.prac.ufpb.br> >. Acesso em 15 de outubro de 2017.

VARGAS, L. da S; LARA, M. S. de; CARPES, P. M. Influência da Diabetes e a Prática de Exercícios Físicos e Atividades Cognitivas e Recreativas Sobre a Função Cognitiva e Emotividade em Grupos de Terceira Idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 867-878, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n4/1809-9823-rbagg-17-04-00867.pdf>> Acesso em 15 nov. 2017.

VASCONCELOS, J. M. B., CALIRI, M. H. L. Lesões por Pressão. In: Campos et al (Org). **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico.** João Pessoa. PB. Ideia, 2016, p. 191 a 240.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, 2017.

VIEIRA, A. A. U; APRILE, M. R.; PAULINO, C. A.; Exercício Físico, Envelhecimento e Quedas em Idosos: Revisão Narrativa. **Revista Equilíbrio Corporal Saúde.** v.6 n.1 p.23-31 2014.

VIEIRA, D. C. R; AQUINO, T. A. A. de. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24. n. 2, jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200005> Acesso em 15 nov. 2017.

YAMAMOTO, A.; D'ELBOUX, D. M. J. The elderly and asylums at the municipality of Campinas, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.5, p.660-666, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500006>. Acesso em: 11 jul. 2019.