

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem**

**Cuidado ao Paciente Idoso Hospitalizado:
Implicações para a Equipe de Enfermagem**

Paula Fernanda Tieko Banja

**Botucatu
2011**

Paula Fernanda Tieko Banja

**Cuidado ao Paciente Idoso Hospitalizado:
Implicações para a Equipe de Enfermagem**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação
em Enfermagem. Faculdade de
Medicina de Botucatu-UNESP, como
requisito para obtenção do grau de
Enfermeiro.**

Prof. Dr. Jairo Aparecido Ayres
Orientador

Profa. Silvia Maria Caldeira
Co-orientadora

Botucatu
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE

Banja, Paula Fernanda Tieko.

Cuidado ao paciente idoso hospitalizado : implicações para a equipe de enfermagem / Paula Fernanda Tieko Banja. – Botucatu [s. n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Jairo Aparecido Ayres

Capes: 40400000

1. Idosos – Cuidados médicos. 2. Enfermagem geriátrica.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Internação hospitalar; Saúde do idoso.

Epígrafe

Neste mundo: que tratemos nossos semelhantes como gostaríamos de ser tratados, que sejamos veículo de exemplos dignificantes e fontes de influências positivas, contribuindo para que o mundo se torne um lugar cada vez melhor.

Madre Tereza de Calcutá

Dedicação

Aos meus amados pais, sempre presentes ao meu lado apoiando, acolhendo e incentivando na conquista e realização dos meus sonhos, não permitindo que eu esmorecesse diante de qualquer dificuldade.

Agradecimentos

A Deus que me proporciona a vida.

A minha amada família por todo carinho, apoio e solidariedade.

Ao meu querido orientador Prof^o Dr^o Jairo Aparecido Ayres pela compreensão, atenção, apoio e suporte para que eu concluísse meu trabalho.

A minha co-orientadora Prof^a Silvia Maria Caldeira pelo desafio e disponibilidade de permuta de campo de orientação.

A todo o corpo docente que colaborou com minha formação pessoal e acadêmica.

Ao meu grande amor, Leandro, que sempre me escutou com muita paciência e compreensão, tentando se fazer presente mesmo longe para confortar-me e demonstrar todo seu amor.

Aos meus queridos, fiéis amigos e companheiros de todas as horas, Lucas, Adriana, Marina, Fabiana e Cinzia, que com muita paciência e compreensão conviveram comigo e ajudaram-me nos momentos de maior estresse e também compartilharam os melhores momentos da minha graduação e, certamente fizeram e continuarão fazendo diferença em minha vida.

Aos meus eternos amigos Pamela e Fernando que desde o ensino médio me acompanham e sempre me deram apoio e incentivo para batalhar por meus sonhos.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1- INTRODUÇÃO.....	10
2- MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
2.1- Tipo de Estudo.....	17
2.2- Campo de Estudo.....	17
2.3- Sujeitos da Pesquisa.....	18
2.4- Coleta de Dados.....	18
2.4.1- Instrumentos.....	18
2.4.2- Procedimentos Éticos.....	18
2.5- Método de Análise.....	18
3-RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
5-REFERÊNCIAS.....	44
6-ANEXO.....	50
7-APÊNDICE.....	52

Cuidado ao Paciente Idoso Hospitalizado: Implicações para a Equipe de Enfermagem

Resumo: O envelhecimento da população brasileira está ocorrendo de forma rápida culminando com o aumento das doenças crônicas. Por haver a deficiência de serviços de saúde, o diagnóstico e tratamento dessas doenças ocorrem a nível terciário, elevando os custos e reduzindo as possibilidades de diagnóstico precoce. Diante do crescente aumento da população idosa e da grande demanda nas unidades de internação, é importante conhecer as dificuldades e facilidades que a equipe de enfermagem enfrenta no cuidado ao idoso hospitalizado. Para atingir os objetivos foi realizado estudo transversal, prospectivo, descritivo e analítico, de abordagem qualitativa, baseado no método de Análise de Conteúdo de Bardin. Entre as dificuldades tiveram-se as limitações dos pacientes, grau dependência, comportamentos e hábitos, interferência de acompanhantes, sentimento de abandono, percepção das necessidades, lidar com o sofrimento e a falta de tempo para assistência adequada. Quanto às facilidades foi explicitado a aceitação da doença, adesão do tratamento, colaboração, confiança na equipe e o idoso ser educado, indicando que a passividade é um indicador importante no cuidado com o idoso. O idoso sofre conseqüências de certos déficits físicos, psicológicos e emocionais. Em situação de doença necessita de cuidados especiais incluindo a internação e maior atenção. A equipe de enfermagem é que executa cuidados diários e evolução dos pacientes, no entanto, ainda não possui conhecimento suficiente sobre o envelhecimento. Isso contribui para o aumento dos preconceitos e estereótipos equivocados sobre o idoso. Portanto a não compreensão desse processo compromete a assistência integral do paciente idoso. Isso faz com que o indivíduo que compõem a equipe acelere o processo assistencial para vencer a demanda de trabalho diário, comprometendo a autonomia do idoso e tornando-o mais dependente da equipe, ao passo que o processo deve ser o inverso.

Descritores: saúde do idoso, cuidados de enfermagem, internação hospitalar.

Caring for Hospitalized Older Patients: Implications to the Nursing Team

Abstract: The Brazilian population is ageing rapidly, and chronic diseases have increased. Due to deficient health care services, the diagnosis and treatment of such diseases occur in the tertiary level, which increases costs and reduces the possibilities of early diagnoses. In view of the elderly population's increase and of the great demand at hospitalization units, it is important to learn about the difficulties and facilities faced by nursing teams when giving care to hospitalized individuals. In order to reach the objectives, a cross-sectional, prospective, descriptive, analytical and qualitative study was performed with basis on Bardin's Content Analysis. Among the difficulties were patients' limitations, dependence level, behaviors and habits, interference from companions, feeling of abandonment, perception of needs, dealing with suffering and lack of time for adequate care. As to facilities, acceptance of the disease, adherence to treatment, collaboration, trust in the team, and older patients' politeness were reported, which shows that passiveness is an important indicator in caring for the elderly. Older individuals suffer the outcomes of certain physical, psychological and mental deficits. When facing disease conditions, they require special care, including hospitalization and greater attention. The nursing team provides daily care and follows patients' development; however, its members are still not knowledgeable enough about the ageing process. This contributes to increase prejudice and erroneous stereotypes about older persons. Therefore, not understanding such process compromises the full care to be provided to older patients. This leads team members to accelerate the care provision process in order to meet the daily work demand, thus compromising older patients' autonomy and making them more dependent on the team, whereas the process should follow the opposite path.

Key words: older individuals' health, nursing care, hospitalization.

1- Introdução



O período de 1975 a 2025 está sendo considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a “Era do envelhecimento”. Destacando ainda, que nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi mais significativo e acelerado. Enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123% ⁽¹⁾.

Apesar de a longevidade ser um triunfo, há diferença significativa entre o processo de envelhecimento nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento. No primeiro ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, no segundo aconteceu de forma rápida e sem tempo para reorganização social e da área de saúde para atender adequadamente à nova demanda ⁽²⁾.

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e referendado pelo Ministério da Saúde (MS) como

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração do organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie de maneira que o tempo torne capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte ⁽²⁾p.8

O processo de envelhecimento faz parte de um contínuo que se inicia com a concepção e só termina com a morte ⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o envelhecimento um processo gradativo que compreende três fases, meia idade dos 45 aos 59 anos; idoso dos 60 aos 74 anos e ancião entre os 75 e os 90 anos. Enquanto que a velhice avançada ocorre após os 90 anos de idade. Porém, no estatuto do idoso, mediante a Política Nacional do Idoso, sob a vigência da Lei nº 8842/94, refere que o mesmo é o sujeito que tem 60 anos de idade e segundo a Constituição Federal no Artigo 230§ 2º, aquele indivíduo que atingiu 65 anos é referência para idoso, e o Código Penal Brasileiro remete aos 70 anos de idade ⁽⁴⁾.

O idoso em seu processo de envelhecimento experiencia inúmeras modificações como limitações físicas, alterações mentais e psicossociais que podem influenciar o seu convívio

familiar e social. Interferindo assim na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, deixando-o mais vulnerável aos agravos e doenças, e comprometendo sua qualidade de vida ^(5,6).

No entanto, envelhecer não significa adoecer ou tornar-se incapaz, visto que o envelhecimento é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, inevitável com o passar do tempo e dependente das condições sociais e culturais as quais o idoso está inserido ^(5,7).

O envelhecimento saudável representa a capacidade de o indivíduo responder de maneira autônoma, independente e na sua motivação às demandas da vida cotidiana, e também a continuar na busca e realização de objetivos e conquistas pessoais e familiares ⁽⁸⁾. Esse processo é bem-sucedido quando associado principalmente às oportunidades de usufruir da educação, urbanização, habitação, saúde, alimentação e trabalho digno que o indivíduo teve ao longo da vida ⁽⁹⁾.

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida, dados recentes apontam que 8,6% correspondem a 15 milhões de pessoas constituídos por idosos, a estimativa para 2025 é de aproximadamente 32 milhões de idosos no Brasil. Estima-se também que haverá mais idosos do que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado ^(8,10,11).

Portanto, a estrutura da população brasileira tem se transformado, sendo essa mudança caracterizada pela transição demográfica, processo de alteração das altas taxas de fecundidade e mortalidade para as baixas taxas desses indicadores ⁽¹⁰⁾.

Diante dessa nova realidade depara-se com o aumento da expectativa de vida das pessoas que pode estar relacionado à melhoria da qualidade de vida, aos avanços da ciência e à melhora dos serviços de saúde, uma vez que o acesso a esses se tornou facilitado pela implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽¹¹⁾.

Conseqüentemente, surge uma nova configuração da população culminando também

em uma transição epidemiológica definida pela redução das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis ⁽¹⁰⁾.

As doenças prevalentes nesse novo perfil epidemiológico podem ser crônicas progressivas com múltiplos fatores determinantes e associadas à incapacidade e perda de autonomia, como agudas, com deterioração rápida se não prontamente tratadas ⁽¹²⁾. Dentre elas, as mais freqüentes são a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose, demências, cardiopatias, doença vascular periférica, dislipidemia, acidente vascular encefálico, deficiência pulmonar obstrutiva crônica ^(1,13).

Na idade mais avançada as condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva e, freqüentemente, estão associadas à comorbidades. Ainda que não sejam fatais, essas condições podem gerar um processo incapacitante dos idosos, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Conseqüentemente comprometendo significativamente a qualidade de vida dessa população ⁽²⁾.

Então, diante desse novo perfil, nos anos 80 houve a reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS) as políticas de saúde em relação ao idoso, proporcionando uma expansão da atenção à saúde dos mesmos, entretanto sob uma organização de trabalho centrado no atendimento médico, individual e direcionado às doenças crônico-degenerativas ⁽¹⁴⁾.

Em 1996 foi regulamentada a Política Nacional do Idoso (PNI) a qual assegura os direitos sociais aos idosos, cria condições para promover sua autonomia e reafirma seu direito à saúde nos níveis de atenção ⁽¹⁴⁾.

Em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi implementada, por meio da Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 em que a atenção básica deve servir como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e de referência para a rede de serviços especializados ⁽²⁾. A finalidade primordial da PNSPI é:

recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade ⁽¹⁵⁾.

O SUS, criado pela Constituição de 1988, garante ao cidadão brasileiro o acesso igualitário aos serviços de saúde ⁽¹⁶⁾. Porém, não se encontra estruturado para atender a demanda crescente da população idosa. Faixa etária que consome mais dos serviços de saúde devido às altas taxas de internação e tempo de ocupação de leitos bem maiores, isso comparado a qualquer outro grupo etário ⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, é importante ter consciência que a deficiência de serviços de saúde no plano domiciliar ou mesmo em ambulatório faz com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, no hospital, elevando os custos e reduzindo as possibilidades de diagnóstico favorável. Ou seja, consomem-se mais recursos humanos, aumentam os custos, sem necessariamente obter resultados de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida ⁽¹⁷⁾.

Diante dessa situação, as causas de internações e reinternações, a necessidade de maior permanência hospitalar e conseqüentemente progressiva perda da autonomia dos idosos está associada à elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas somada à decorrência de pluripatogenia que muitas vezes estão aquém do alcance da atenção primária ^(8,18).

O idoso com uma ou mais doenças pode ser considerado saudável quando comparado a um portador das mesmas enfermidades, mas sem o controle dessas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas. Entretanto, se não diagnosticadas precocemente e devidamente acompanhadas e tratadas pelos serviços de atenção primária e secundária, evoluem rapidamente para o agravamento, carecendo de internação hospitalar ⁽¹⁸⁾.

A situação da hospitalização tende a ser desagradável a qualquer indivíduo uma vez que exige modificações nos seus hábitos de vida, bem como o distanciamento familiar, dos amigos e objetos pessoais. Essa condição pode ser acentuada para os idosos considerando que apresentam maior incidência e permanência de internação hospitalar ⁽¹⁹⁾.

Durante a hospitalização o cuidado ao idoso merece atenção de todos os profissionais envolvidos na assistência ⁽²⁰⁾. E diante da tendência dos idosos representarem parcela importante dos pacientes hospitalizados, a equipe de enfermagem em especial, precisa refletir sobre os cuidados prestados a essa clientela, devendo compreender e respeitar o seu processo de envelhecimento. Essa compreensão deve ser desvinculada da concepção de velhice problematizada, a qual a imagem é de idoso inútil e doente; ou da velhice idealizada, representada pelo idoso sábio e saudável ⁽¹¹⁾.

A enfermagem por ter maior contato com o cliente é a profissão que consegue ter um olhar holístico para promover o cuidado específico, respeitando as características e significados do idoso diante do cuidado, proporcionando sempre a autonomia e independência, minimizando as incapacidades e reduzindo os sofrimentos ^(21,22).

A assistência oferecida no ambiente hospitalar cria dependências que dificultam o retorno ao lar ⁽²³⁾. O enfermeiro baseado em conhecimentos científicos acerca do envelhecimento deve desenvolver ações educativas com os profissionais e os idosos, buscando ao máximo a manutenção da funcionalidade, promoção da saúde, prevenção de doenças de longa duração, reabilitação dos idosos que possam ter comprometida a sua capacidade funcional e, conseqüentemente, a promoção da qualidade de vida ⁽⁷⁾.

O grau de dependência dos idosos tende a aumentar gradativamente ao longo do processo de senescência, processo de envelhecimento normal, e senilidade, processo de envelhecimento patológico, associado a alterações decorrentes de doenças crônicas, exigindo da equipe de enfermagem assistência apropriada e eficaz, crescente em quantidade e qualidade, capacitada para sanar as necessidades individuais e coletivas, e às particularidades da idade ⁽²⁰⁾.

Entretanto, na realidade, a formação dos profissionais na área da saúde do idoso depara-se com vários obstáculos que comprometem a competência e a qualidade da

assistência prestada a essa clientela. Sendo que as limitações iniciam-se na graduação de cursos da área da saúde, pois não há articulação entre as instituições de ensino superior, e as reais transformações demográficas e suas consequências médico-sociais. Além disso os currículos não elevam o conhecimento gerontogeriátrico, falta de campos específicos para a prática e inexperiência do corpo docente ⁽²⁴⁾.

O ser humano permeia um processo degenerativo e, quando idoso, sofre as consequências de certos déficits físicos, psicológicos e emocionais. Em situação de doença necessita de cuidados especiais incluindo a internação e, assim, sofre alterações no seu cotidiano requisitando maior atenção. Porém, os idosos podem sim apresentar comportamentos como alterações cognitivas, agitação, esclerose, imobilização, incontinência, perda de peso, depressão e não submissão ao tratamento (síndromes geriátricas), porque uma das principais características do envelhecimento é, justamente, a diminuição acentuada da capacidade de adaptação, aliada ao aumento da vulnerabilidade de todas as funções individuais, incrementada pela própria hospitalização e pela condição incapacitante da doença ^(20,25).

Diante do crescente aumento da população idosa e da grande demanda nas unidades de internação, é muito importante conhecer as dificuldades e facilidades que a equipe de enfermagem apresenta no cuidado ao idoso, pois, a equipe exerce importante papel de orientador da prestação do cuidado significativo e eficaz. Mostrando que não basta a dedicação extrema ao idoso e o conhecimento das suas necessidades básicas, é preciso respeitar os significados do mesmo diante do cuidado que ele tem consigo, promovendo e incentivando sua independência e autonomia.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo identificar as dificuldades e facilidades enfrentadas pela equipe de enfermagem na assistência à pacientes idosos hospitalizados.

2-Materiais e Métodos



2.1 – Tipo de estudo

Estudo transversal, prospectivo, descritivo e analítico, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada na enfermaria de Clínica Médica I do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no período de maio a outubro de 2011. Por meio de entrevistas com a equipe de enfermagem que prestam cuidados a pacientes idosos da enfermaria e revisão bibliográfica de publicações.

2.2- Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido na enfermaria de Clínica Médica I do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde da região. Estima-se que a abrangência populacional de atendimento do HC seja de 1,5 milhões de pessoas vindas de 68 municípios.

A enfermaria de Clínica Médica I dispõe de 40 leitos, distribuídos da seguinte forma: 10 leitos destinados a Cardiologia Clínica, destes, quatro são destinados a pacientes submetidos a exames hemodinâmicos; nove a Clínica Médica Geral; nove para Nefrologia; sete para Gastroenterologia Clínica, e cinco para Hepatologia.

Esses 40 leitos são dispostos na enfermaria em duas alas (A e B) e em um Centro de Cuidados Intensivos (CCI), cada setor apresenta uma equipe de enfermagem, um posto de enfermagem e um expurgo, sendo a sala de encaminhamentos de uso comum.

A enfermaria de Clínica Médica I apresenta anualmente taxa de ocupação de 93%, com média de permanência de seis dias e taxa de mortalidade de 10%. Atende anualmente a 612 pacientes idosos. Apresenta cinco diagnósticos mais frequentes: miocardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal em estágio final, insuficiência renal crônica e angina instável.

2.3- Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do estudo foram servidores técnico-administrativos da área de enfermagem, lotados na seção de Clínica Médica I.

A equipe é composta por nove enfermeiros, 21 técnicos e 12 auxiliares de enfermagem, cumprindo carga horária semanal de 40 horas, em turnos de 12 horas de trabalho por 36 de descanso e folga remunerada um final de semana por mês.

2.4- Coleta de dados

2.4.1- Instrumentos

Foram elaborados dois instrumentos para coleta dos dados sócio-demográficos (Apêndice I) e outro para as entrevistas (Apêndice II).

2.4.2- Procedimentos éticos

O projeto de TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, e registrado sob o número 120/11 (anexo I).

Após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndice I) foi aplicado questionário para identificar dados sócio-demográficos (apêndice II) e entrevista estruturada que foi gravada, transcrita e depois excluída (apêndice III).

2.5- Método de análise

O conteúdo das entrevistas foi analisado segundo o método de Análise de Conteúdo desenvolvido por Bardin, sob a modalidade de análise temática considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde ⁽²⁶⁾.

Análise de conteúdo é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Significa mais do que um procedimento técnico, é parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais⁽²⁶⁾. Para Bardin pode ser definida como

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens⁽²⁶⁾ p303.

A técnica de tratamento de dados na análise de conteúdo apresenta a mesma lógica das metodologias quantitativas, visto que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo⁽²⁶⁾.

É uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los⁽²⁶⁾ p304.

A modalidade de análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido, componentes de uma comunicação, os quais a presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado⁽²⁶⁾.

A análise temática é dividida em três etapas⁽²⁶⁾:

- Primeira- Pré-análise

Compreende a escolha dos documentos a serem analisados e o resgate das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa. O pesquisador deve elaborar indicadores que orientem a compreensão do material e a interpretação final através de questionamentos acerca das relações entre as etapas realizadas.

Determinam-se nessa fase, a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

A pré análise pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

- a- leitura flutuante do material de campo para um contato direto e intenso proporcionando organização do conteúdo;
- b- constituição do corpus que diz respeito ao estudo em sua totalidade e deve apresentar normas de validade qualitativa (exaustividade- material contemplar todos os aspectos do roteiro, representatividade- contenha as características essenciais do contexto pretendido; homogeneidade- obediência a critérios precisos de escolha de temas e técnicas);
- c- formulação e reformulação de hipóteses e objetivos que retoma a etapa exploratória, possibilidade de correção de interpretações ou abertura para novas indagações.

- Segunda- Exploração do material

Nessa fase o pesquisador busca categorias para alcançar o núcleo de compreensão do texto. É longa e fastidiosa, composta por operações de codificação, decomposição ou enumeração do material, em função de regras pré-estabelecidas ^(26,27).

- Terceira- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

Constitui a fase em que os resultados brutos recebem tratamento tornando-se significativos e válidos, possibilitando ao analista propor inferências e adiantar interpretações dos objetivos previstos ⁽²⁷⁾.

3- Resultados e Discussão



A equipe de enfermagem da Clínica Médica I consta 41 funcionários nas três categorias, apenas 34 (83%) aceitaram participar da pesquisa, sendo sete enfermeiros (21%), 18 técnicos de enfermagem (53%) e nove auxiliares de enfermagem (26%). Os funcionários que recusaram a participação alegam que foi pela sobrecarga de trabalho, não participar da assistência diretamente, licença do trabalho e o próprio desinteresse.

Dentre os entrevistados teve quatro homens (12%) e 30 mulheres (88%). Dos quais 19 (56%) são casados, 14 (41%) são solteiros e um (3%) é desquitado. Dentre esses, houve maior concentração de funcionários na faixa etária de 20 a 39, sendo estes considerados adultos jovens, a maioria possui filhos, na proporção de um, dois e três, 35%, 12% e 12%, respectivamente, e 14 (41%) não têm filhos. Em relação ao tempo de serviço na área de enfermagem, obtive os seguintes dados, funcionários com um, dois a cinco, seis a 10, maior que 10, maior que 20 e maior que 40 anos de profissão, 9%, 32%, 30%, 20%, 6% e 3%, respectivamente. Quanto ao tempo de atuação na clínica em questão, observou-se que em geral os profissionais têm mais de um a cinco anos de experiência.

Através da análise do questionário sócio-econômico foram contabilizados 13 (38%) funcionários da equipe que têm até um ano de serviço na Clínica Médica I; 10 (29,4%) com tempo de serviço entre um e cinco anos; cinco (14,7%) funcionários de cinco a dez anos e seis (17,7%) com mais de dez anos de tempo de serviço.

As 34 entrevistas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin, sendo divididas em cinco categorias: Percepção do idoso pela equipe de enfermagem, Como é o cuidar do idoso para a equipe de enfermagem, As facilidades da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado, As dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado e Sugestões da equipe de enfermagem para a melhoria do cuidado ao idoso no enfermaria de CMI.

Percepção do idoso pela equipe de enfermagem

Em relação à percepção de idoso pela equipe de enfermagem foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: idade, características físicas, grau de dependência e debilidade, carência e insegurança.

- **Definem o idoso pela idade**

Quando os participantes foram questionados sobre a percepção que têm de pessoa idosa, 14 (41%) a percebem a partir da idade que possuem:

“Ah eu acho que pra mim, acima de 70 anos, 65...acho que é essa idade né... (E 1)”.

“Ah...é uma pessoa acima de 65 anos, é, com algumas limitações, não via de regra isso tá, mas já com a idade mais elevada... (E6)”.

“Eu vejo assim mais pela idade, às vezes a pessoa pode ter menos de sessenta e cinco anos mas aparentemente uma pessoa debilitada né... (E11)”.

“Eu acho que é por conta da idade e...é por conta da idade porque limitações físicas tem muitos jovens que também tem...(E20)”.

Na 1ª Assembléia Mundial do Envelhecimento realizada em 1982 pela Organização das Nações Unidas considerou pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento, nos desenvolvidos são consideradas idosas pessoas acima de 65 anos ⁽⁷⁾.

De acordo com a Lei 8.842 de Janeiro de 1994 e a Lei N°10.741 de 1º de Outubro de 2003 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso respectivamente, são considerados idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos de idade ^(28,29).

Contudo, o envelhecimento não é a simples passagem do tempo, mas as manifestações biológicas do organismo no transcorrer desse espaço temporal. O envelhecimento cronológico é apenas uma convenção, não existindo no organismo nenhuma influência do tempo ⁽³⁰⁾.

Cada indivíduo apresenta uma vulnerabilidade para as ocorrências biológicas, não há padrão temporal para as modificações, as mudanças ocorrem durante a vida, mas não são estabelecidos por nenhum relógio cronológico ⁽³⁰⁾. Apesar de a idade cronológica ser de difícil percepção, entre as falas dos entrevistados foi expressivo a definição pela idade, mas ainda, não tem bem definido a idade certa que a pessoa é considerada idosa, e acrescentam também as características físicas juntamente com as limitações.

- **Caracterizam o idoso pela aparência física**

Alguns entrevistados (17,6%) relataram identificar a pessoa idosa pela aparência física que ela apresenta:

“Então, tem várias né, primeira coisa que eu acho que eu vejo assim, é a aparência né, não tem como negar...(E9)”

“...então de ver uma pessoa assim, de ver a característica dele, a gente vê quando é uma pessoa idosa ou não...(E13)”

“...Ai mais acho que pelas características físicas né...(E24)”

“...acho que uma coisa que pesa muito inconscientemente é a aparência física...(E32)”

A aparência física do idoso apesar de estar em evidência a primeira vista, é uma característica pouco citada pelos entrevistados, pois apenas 17,6% têm essa conotação da pessoa idosa. As diferenças pessoais no processo de envelhecimento são causadas pelo meio em que vive e resulta em características físicas ímpares independentes da idade cronológica.

Pois, o envelhecimento é acompanhado de mudanças anatômicas e funcionais não produzidas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo ⁽³¹⁾. Porém, não podemos esquecer que o homem em desenvolvimento durante o ciclo da vida é um ser biopsicossocial, passível de influência do ambiente físico, político e cultural em que vive, o qual pode facilitar

ou dificultar seu processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento, portanto, manifestando-se de forma variável e individual ⁽³²⁾.

Ocorrem alterações do diâmetro crânio, aumento do nariz e do pavilhão auricular, características da típica conformação da face do idoso. Além disso, aparece a calvície, cabelos grisalhos ou brancos, porém não se limita a idade e pode ser associado a outras causas. ⁽³¹⁾. Assim como o acometimento da pele tornando-a mais frágil e postura física irregular, apresentam, ainda, dificuldades de adaptação, queda da imunidade, tornando-o vulnerável as infecções e outros agravos ⁽³¹⁾.

- **Percepção do idoso pela debilidade e dependência**

A maioria dos entrevistados (79,5%) percebe os idosos como pessoas acometidas por várias doenças próprias da idade, debilitadas, limitadas e por isso, pessoas dependentes que necessitam de um cuidado maior, atencioso.

“...é uma pessoa que não consegue fazer nada sozinha, acho que ela é uma pessoa que.. não deficiente né, mas idosa né, que eu acho que necessita de cuidados (E1)”.

“.. requer cuidados né, e que às vezes é acamado e acometido por várias doenças né, devido já próprio da idade mesmo né... então é um paciente que requer mais cuidados do que os outros, é o idoso né... (E3)”

“...mas já com a idade mais elevada vem surgindo algumas limitações e que necessita de algum cuidado específico dela ...(E6)”

“...é errado isso mas é o grau de dependência...(E32)”

Percebe-se que, ainda hoje, a prestação da assistência à saúde sofre influência nociva da crença de que o envelhecimento é um processo degenerativo, rotulando o idoso como um “adulto menos capaz”, conceito errôneo do envelhecimento o que compromete a assistência, pois sem o conhecimento real do processo dificulta a compreensão quando estes encontram institucionalizados ⁽³³⁾. Mesmo desfrutando de boa saúde, os idosos devido ao processo de

envelhecimento, tornam-se debilitados, assim, ficam dependentes e vulneráveis, principalmente pelo estado doentio e por deparar com ambiente hostil. ⁽²³⁾.

Contudo o desafio da atenção ao idoso é incentivá-lo a ter um olhar diferenciado as suas limitações, não encarando como derrota e sim como desafio e assim, redescobrir alternativas do viver bem com qualidade de vida. Outro fator importante englobando este aspecto vem do reconhecimento da sociedade das potencialidades e o valor das pessoas idosas, pois as mesmas trazem consigo uma história de vida que não pode ser esquecida. A função do profissional da saúde é trabalhar ao lado do idoso, no sentido de torná-lo o mais independente possível, considerando, que a volta ao lar, possivelmente, terá que proporcionar seu autocuidado.

- **Percebem o idoso pela carência e insegurança**

A caracterização do idoso como carente, inseguro, chegando a ser comparado a uma criança está presente em 23,5% das entrevistas:

“...normalmente esse tipo de pessoas, são pessoas carentes, independente do tratamento que eles têm em casa, a maioria dos idosos eu, particularmente, os vejo como pessoas muito carentes...(E5)”.

“É, eu acho que a pessoa idosa, ela é uma pessoa muito insegura, tem muito medo, não sabe o que vai acontecer com ela...(E8)”.

“É muito delicado a gente tratar, precisa ter muito cuidado, muita paciência porque é uma pessoa carente, uma pessoa que precisa de muita atenção...(E27)”

“...precisa muito da nossa ajuda, da nossa força de vontade pra ajudar eles, mas é...a gente tem que cuidar com carinho, com amor porque são crianças né...(E31)”

O idoso foi considerado por 23,5% dos entrevistados como uma pessoa carente e insegura. Acrescentam, ainda, que esses aspectos podem estar relacionados ao ambiente familiar e social, e por não ter se preparado para o envelhecimento.

Portanto, parte das dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas está relacionada à cultura que o desvaloriza e limita ⁽²⁾. Com isso, o estigma e a exclusão social, atingem os idosos de forma marcante, tendo como consequência o negativismo. Porém essa maneira negativa de encarar o processo pode estar implicado no contexto sociocultural em que estão inseridos, visto que esses são processos sociais e culturalmente construídos ⁽³⁴⁾.

Muitas vezes os profissionais da saúde têm atitudes inadequadas perante o idoso, vitimizando e infantilizando, e ainda, considerando como incapazes. Fatores que contribuem para ausentar a autonomia e criar mais dependência ⁽³³⁾.

É importante salientar o apoio familiar ao idoso uma vez que os familiares conhecem a realidade da pessoa idosa ⁽⁵⁾. Possivelmente, essas categorias que os profissionais atribuem ao idoso estejam relacionadas ao próprio peso do envelhecimento, descrença da continuidade da vida, perda de relacionamentos vitais, sentimento inutilidade, negação do processo e o medo da morte, solidão e isolamento ⁽²¹⁾.

Como é o cuidar do idoso para a equipe de enfermagem

Entre os entrevistados, 18 (53%) disseram que gostam de cuidar de idosos, mesmo com toda fragilidade e consequente atenção dispensada no cuidado desse paciente. Nesse tema foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: cuidado satisfatório, gratificante, específico, integral e igual ao de uma criança.

• Cuidado ao idoso como desempenho satisfatório e gratificante

Em relação ao cuidado emergiu dos profissionais (20,5%) que o cuidado ao idoso é satisfatório, gratificante e/ou prazeroso:

“Olha, pra mim é gratificante, tá, porque assim, saber que a gente tá podendo ajudar uma pessoa já é diferente, já é alguma coisa, uma pessoa idosa então, é melhor, porque a gente se coloca no lugar...(E10)”

“É gostoso, satisfatório, principalmente quando a gente sabe que eles dependem da gente pra ter um bom cuidado (E25)”

“...é uma facilidade e uma satisfação porque eu adoro cuidar de pessoa idosa, por isso eu estou na clínica médica todo esse tempo (E27).”

“Pra mim é muito gratificante em saber que uma pessoa que lutou tanto na vida, hoje infelizmente acaba numa cama, numa situação difícil e a gente poder ajudar...(E31)”

O cuidar do idoso é encarado pelos profissionais como algo gratificante e satisfatório, pois, acreditam que com esse cuidado auxiliam na recuperação da saúde e salientam que os idosos são agradecidos, valorizam o trabalho da enfermagem. O cuidar é um processo dinâmico, dependente da interação e das ações delineadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e sua família. Assim, pode-se dizer que os profissionais de enfermagem processam o cuidado de idosos hospitalizados baseados na forma como vivenciam e interpretam esse fenômeno socialmente e profissionalmente ⁽³⁵⁾.

O idoso em situação de hospitalização precisa da auxílio, ajuda dos profissionais da saúde para manter sua autonomia, integração social, autoestima, individualidade, valorização e integridade. Para tanto o cuidado não deve ocorrer tão somente de modo mecânico, técnico, mas também envolver sentimentos, emoção e prazer no ato de cuidar ⁽¹¹⁾.

A assistência resolutiva promove o prazer no cuidado ao idoso, ou seja, quando ele recebe o cuidado adequado por parte da equipe de saúde e obtém uma melhora no seu quadro clínico, recebendo a alta hospitalar. Além da valorização dos cuidados prestados que os pacientes idosos manifestam através de gestos e palavras, reconhecendo a atenção e a dedicação da equipe motivando seu trabalho ⁽¹¹⁾.

- **Consideram o cuidado ao idoso como integral e específico.**

A maioria da equipe de enfermagem (61,7%) considera o cuidar do idoso como específico, atencioso, cauteloso, paciente, integral e humanizado:

“...não é só o cuidar e limpar, dar medicação, é como se a gente tivesse que fazer a parte um pouquinho de terapeuta, a gente tem que escutar a história deles, você escutando um pouquinho ele já se sente aliviado, parece que ele já tá melhor...(E7)”

“...é um cuidado muito diferente, você tem que se adaptar né, porque são muitas limitações...então assim, você tem que ter paciência... tudo você tem que fazer com calma se não machuca né...(E9)”

“...eu penso que a pessoa precisa ter mais atenção com o paciente, nos cuidados, na alimentação, assim, ter mais atenção no que o idoso fala com a gente, atenção em tudo...(E13)”

“Cuidar da pessoa idosa você tem que ter bastante paciência porque às vezes eles são meio difícil de lidar né, e o pensamento deles são completamente diferente da gente...(E33)”

O cuidado ao idoso perante as impressões da equipe deve ser planejado para atender as necessidades. Nesse caso, o cuidado necessita ser específico, pois trata-se de uma população diferenciada e nele deve ser incorporado a integralidade e a humanização. O cuidar se expressa primeiramente como forma de sobrevivência, não temos como separar o ser humano do cuidado, tudo e todos que estão ao nosso redor necessitam de cuidados ⁽³⁶⁾.

Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve manter a integralidade e autonomia do ser humano no atendimento das necessidades biopsicossociais, socioculturais e espirituais do idoso. Estimular o autocuidado, a autodeterminação e a independência, respeitando a cultura, valores e privacidade, visando a manutenção da capacidade e qualidade de vida ⁽³⁶⁾.

Segundo Horta o objetivo do cuidado é:

atender as necessidades básicas do ser humano, mediante um conjunto de ações medidas deliberadamente planejadas, resultantes de percepção, observação e análise do comportamento, da situação ou condição do ser humano ⁽⁵⁾.

Os idosos apresentam essas mesmas necessidades, apenas diferenciando o modo de como se manifestam e a maneira de satisfazê-las, devido ao processo de envelhecimento e as alterações do organismo decorrentes do mesmo. Por isso, o idoso pode apresentar perda de peso não intencional, fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas, diminuição na velocidade de marcha, déficit de memória, desorientação no tempo e no espaço, falta de interesse e motivação, necessitando de assistência qualificada, específica e adequada a essa demanda ^(5,37).

- **Cuidado semelhante a uma criança**

Entre os entrevistados, 23,5% comparam os cuidados prestados ao idoso com os de uma criança, pela atenção e ajuda necessária, além da teimosia manifestada:

“...acho que é a mesma coisa de cuidar de uma criança, é que elas são como uma criança, só que são teimosas né...(E1)”

“...não é difícil, mas você tem que ter uma atenção redobrada com ele, como se fosse uma criança...né...pra alimentar, pra tudo (E2).”

“...carentes, dispendiosas né, e assim, trabalhoso de se cuidar né, e que requer um pouco mais de atenção, igual a uma criança...(E12)”

“...que precisa muito da nossa ajuda, da nossa força de vontade pra ajudar eles, mas é...a gente tem que cuidar com carinho, com amor porque são crianças né...(E31)”

A equipe compara os cuidados aos idosos como os dispensados a uma criança, por considerar o comportamento semelhante, além das limitações e grau de dependência, necessitando de maior atenção.

Se esse pensamento for valorizado a ponto de ter o idoso como criança, deixa de respeitar sua história de vida e afirmando cada vez mais a condição de dependência. Mas deve-se fazer um trabalho educativo do idoso diante de suas dificuldades no sentido de torná-lo independente e capaz de promover seu próprio cuidado. Outro fator importante no cuidado

ao idoso é a comunicação efetiva, pois facilita o desempenho profissional assim como a satisfação do doente ⁽³⁸⁾.

As facilidades da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado

Pela análise das entrevistas, 61,7% afirmam facilidades no cuidado com o idoso, 29,4% não encontram nenhuma e 8,9% relatam que variam de acordo com o paciente. Além disso, relatam que aceitação da doença, adesão do tratamento, colaboração, confiança na equipe e ser educado, fundamentalmente contribuem positivamente para o desempenho da equipe. Porém, deixam claro que a passividade é um indicador importante no cuidado ao idoso.

- **Adesão do tratamento, colaboração e passividade**

Dos entrevistados, 41% referem facilidade no cuidado ao idoso devido a adesão ao tratamento, colaboração e passividade do paciente:

“...tem uma aceitação até da doença, eles entendem o que você faz, assim...entendem a necessidade do tratamento...você fala que tem que fazer assim, eles obedecem, fazem certinho...(E2)”

“... e o idoso, ele, a tendência dele é aceitar melhor o tratamento, a gente dá o remédio ele aceita com mais né...ele não tem muito...ele não questiona muito né, porque que tão fazendo aquilo com ele, porque que tá dando o remédio...ele é mais fácil de se lidar nesse sentido (E3).”

“... o idoso por muitas vezes por estar fragilizado e tudo mais, qualquer cuidado que você for ter com ele é mais aceito, então nos cuidados é mais fácil você cuidar de um idoso do que de uma pessoa adulta normal, numa idade normal (E6).”

“...eles acabam ficando mais dependentes do seu cuidado, não é que eles ficam dependentes, eles aceitam muito mais fácil né, tem a questão da carência, do

abandono, então qualquer cuidado que você faça eles normalmente aceitam, eles questionam menos né...(E32)”

Na interpretação dos profissionais entrevistados encontrar facilidade no cuidado está associada à aceitação da doença e tratamento, colaboração e compreensão por parte do idoso, visto que na realidade brasileira o profissional de entidade hospitalar assume o cuidado de vários doentes, o que às vezes o impossibilita o atendimento de imediato. A passividade foi colocada como fator que contribui para facilitar o cuidado, essa ênfase pode contribuir para dependência e perda da autonomia.

No entanto, os hospitais têm rotinas e atividades diferenciadas da rotina diária das pessoas, o que pode contribuir para agravar a passividade, desorientação e confusão. A falta de comunicação dificulta o relacionamento terapêutico entre a equipe de saúde e o doente e favorece atitudes passivas que podem ser também atribuídas ao ambiente opressivo do hospital ^(40,41).

- **A facilidade do cuidado está na confiança na equipe e na valorização do trabalho**

Na equipe entrevistada, 12% referem que o idoso confia na equipe e valoriza os cuidados prestados pelos profissionais:

“...mas da parte deles, eles têm muita confiança na gente, eu acho isso fácil tratar, no tratamento isso ajuda (E4).”

“...você sabe que aquele paciente é mais maleável, que já é mais educado, já consegue mais dar os cuidados assim, sem precisar argumentar, você fala vamo tomar banho agora, ergue a perna, ele ergue...tudo agradece, sabe, então é isso que é mais fácil, é a educação que o idoso tem...(E9)”

“...eles são gratos, tudo eles agradecem, eles ficam felizes né, com o cuidado que a gente oferece a eles...(E11)”

“...o idoso é fácil de você cuidar, tenha paciência com ele que olha, é uma gratidão...(E27)”

Os entrevistados relatam em suas falas que quando o paciente confia na equipe, reconhece, valoriza e verbalizam, esses atributos funcionam como motivadores no processo de cuidar.

As ações no cuidado podem resultar em gratificações mútuas, o profissional quando recebe o reconhecimento da assistência prestada tende a cuidar novamente em busca de novo reconhecimento, reforçando sua prática assistencial. Funciona como num sistema de feedback, o paciente recebe o cuidado e gratifica a ação do profissional ⁽³⁵⁾.

As dificuldades da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado

A maioria dos entrevistados (88%) afirma ter dificuldades no cuidado com o paciente idoso e apenas 12% negam esse fato. Percebem as dificuldades pelas limitações, grau dependência, comportamento e hábitos, interferência de acompanhantes, quando se sentem abandonados, nas percepções de necessidades, conviver com o sofrimento e a falta de tempo para assistência adequada.

- **Dificuldade com as limitações e grau de dependência**

“...apenas as limitações quando propostas de cada patologia, que você quer fazer algum cuidado mas infelizmente não dá pela patologia que ele tem...dificuldade...o idoso vai tendo alterações nas articulações, musculações, que impedem a deambulação...(E4)”

“...o duro é quando você pega um idoso que ele é debilitado, atrofiado, isso é mais complicado no idoso, porque ele é frágil né, a pele é diferente, todo, fisiologicamente falando assim...(E6)”

“...eu acho que as dificuldades é aquilo que eu falei pra você mesmo, é mais pelas limitações dele, que ele não consegue fazer nada sozinho, tudo tem que tá dando auxílio, tem que dá comida...(E9)”

“Difícil no cuidado com o idoso normalmente é um paciente que já faz muito tempo que tá debilitado, que tá acamado, que exige muito da gente...(E25)”

Os entrevistados relatam que as limitações e a dependência requerem mais dedicação humana e de tempo ao desempenhar determinados cuidados. Porém essa situação independe da idade, é determinada pela situação clínica do paciente.

O cuidado ao idoso necessita de maior tempo e atenção devido às alterações na locomoção que torna-se mais lenta em função das debilidades físicas, diminuição da acuidade visual, e auditivas e equilíbrio, próprias do envelhecimento ⁽³¹⁾.

Muitas vezes a preocupação com a demanda de trabalho e a própria sobrecarga diária faz com que o profissional de enfermagem utilize estratégias para ganhar tempo. Adotando atitudes impróprias que contribuem para dependência do paciente, ou seja, não sendo mediador das atividades e sim executor, não espera o paciente se levantar e faz o movimento por ele; “se posso fazer por você por que esperar você fazer”? ⁽³⁶⁾.

- **Dificuldade com o comportamento e hábitos**

Consideram como dificuldade o comportamento e os hábitos dos idosos apenas 20,5% dos entrevistados:

“...as complicações são maiores no idoso, só o fato do idoso entrar no hospital o comportamento dele já muda, a gente tem que saber entender isso, ele pode ficar mais agressivo, pode ficar confuso...(E10)”

“...eles se fazem às vezes de dependente sem ter necessidade, acha que tá internado, até esquece que tem que escovar o dente, tem que dá tudo na mão...(E13)”

“...a dificuldade é essa, eles têm muitas vezes hábitos, manias...(E16)”

“A dificuldade com eles é a vergonha dos mais velhos ainda, a vergonha deles é o mais difícil pra gente (E19)”

“Às vezes quando eles são muito teimosos fica meio complicado (E33)”

A equipe relata que o idoso ao ser internado muda seu comportamento, torna-se dependente da equipe e, ainda, com atitudes e valores culturais que dificultam a adaptação no ambiente hospitalar. Nesse sentido é importante proporcionar um ambiente menos hostil possível, para poder ter a colaboração do paciente nas intervenções.

O ambiente hospitalar é hostil totalmente diferente do familiar, esse fator pode ocasionar reações de comportamento que são afloradas quando este se encontra internado como: irritabilidade, confusão e revolta. Além de ter que se adaptar a rotina diferente, que foge de seus costumes e hábitos diários.

- **Dificuldade em lidar com os acompanhantes e com o abandono**

Apenas 17,6% dos entrevistados consideram difícil lidar com os acompanhantes e as situações de abandono:

“...o mais difícil na verdade com o idoso assim, na minha opinião mesmo, eu acho que é o tratamento com os acompanhantes, os acompanhantes são os que dão mais trabalho do que o próprio idoso...(E2)”

“...idoso com tanta doença né, se ele podia ter uma vida assim, uma melhor qualidade de vida já no final da vida né, lutou tanto, trabalhou tanto, criou filhos, ajudou criar netos, e no fim, fica aí na cama, tem muitos que a família não dá tanta importância né...(E3)”

“....o idoso precisa sempre de alguém pra acompanhá-lo periodicamente, eu acho, é o que eu vejo né, e o que falta hoje é a parte de acompanhante, de assistência familiar..(E12)”

“...no geral eles são fácil de cuidar, o problema são os acompanhantes...(E14)”

Alguns funcionários reconhecem a importância do acompanhante para o cuidado com a pessoa idosa, auxiliando a equipe e também no preparo para o pós-alta hospitalar. Entretanto, relatam que a presença do acompanhante interfere com as condutas da equipe gerando situação desconfortante para ambos, e às vezes sendo prejudicial ao paciente.

Isso ocorre devido o desconhecimento dos familiares da rotina hospitalar, assim como a demanda. Assim para evitar maior constrangimento de ambas partes é necessário maior integração, tornando o acompanhante ciente de tudo que for realizado, essa atitude facilita o relacionamento, colaboração e apoio nos procedimentos para proporcionar o melhor de forma integralizada, pois transmite sensação de segurança e fornece apoio emocional, resultando em serenidade e autoconfiança no paciente⁽²⁵⁾. Por outro lado é evidente o abandono por parte dos familiares, esse fato, causa desconforto ao paciente e dificuldades nas intervenções, pois a revolta está presente, e em algumas situações torna-se clara a recusa de receber o paciente de volta ao lar.

Portanto, cabe a equipe de enfermagem acolher as dificuldades da família por meio da comunicação, esclarecendo possíveis dúvidas, percepções equivocadas e compreensão de sentimentos, incentivando a presença e participação do familiar no cuidado ao idoso. Entretanto, cuidar de idoso dependente no domicílio, requer apoio psicológico e condutas que atendam as necessidades do paciente e conforto ao cuidador^(25,42).

- **Dificuldade: perceber necessidades, conviver com o sofrimento**

14,7% da equipe entrevistada disseram que é difícil perceber as necessidades, lidar com o sofrimento do paciente idoso:

“...o paciente ele pediu, ai pedi pra Deus primeiramente e pra você me tirar desse sofrimento que eu não tô aguentando mais, ai é difícil né, a pessoa tá pedindo pra morrer, ai essa parte é bem...(E11)”

“...o difícil é só quando o idoso não fala já né, fica debilitado de certo ponto que ele não consegue falar, se expressar, o que que ele tá precisando, que às vezes ele tá com dor, tá gemendo e ele não consegue falar...(E23)”

“...assim pelo fator da idade e as comorbidades que vêm junto né, já de algum tempo, são pacientes que nem sempre tem uma resposta muito boa assim, por mais que você faça, por mais que você invista, é, não é uma regra lógico, mas, eles têm uma recuperação mais lenta, é muitas vezes quando estão num quadro assim de instabilidade é mais difícil de recuperação...(E26)”

“A percepção da necessidade deles que ao primeiro contato você não consegue, você precisa de mais um tempo pra isso (E29).”

Os entrevistados relatam que às vezes encontram dificuldades no cuidado ao idoso relacionado à comunicação alguns tem dificuldades em expressar a dor e outras necessidades. Mas o fato que a equipe de enfermagem está próxima do paciente facilita estabelecer relacionamento e o conhecimento, que possibilita entender a comunicação verbal e não-verbal e realizar o cuidado integralizado ⁽⁴³⁾.

A dedicação da equipe de enfermagem no cuidado a pacientes em situações problemáticas impõem ao profissional contato direto com os sentimentos e outros problemas, exige controle emocional por parte do profissional. Então, é importante que o mesmo preste cuidado humanizado, porém sabendo conduzir o seu envolvimento com o cliente ⁽²⁵⁾.

- **Dificuldade de tempo adequado para assistência**

Apenas 8,8% dos funcionários referiram como dificuldade para a assistência a falta de tempo:

“Ah, eu gosto de cuidar de pessoas idosas né, porque eu acho que eu tenho paciência né e, só que atenção nem sempre dá tempo de dar aqui que é muito corrido (E18).”

“...eu acho que ele requer mais atenção né, e às vezes a maioria deles são bem carentes assim, afetivamente né, e isso às vezes compromete um pouco porque a gente não consegue dar a atenção que gostaria né, por conta da correria e dos outros pacientes que a gente tem que cuidar...(E20)”

Nas falas ressaltam a dificuldade de prestar assistência de qualidade, devido à sobrecarga de trabalho, recursos humanos deficiente e as características dos pacientes por ser a maioria com idade avançada e com grau elevado de dependência.

Segundo a resolução do COFEN 293/2004 devem ser consideradas como horas de enfermagem por leito nas 24 horas: 3,8 horas na assistência mínima ou autocuidado; 5,6 horas na assistência intermediária; 9,4 horas na assistência semi-intensiva; 17,9 horas por cliente na assistência intensiva. Na enfermaria em que o estudo foi realizado o profissional técnico assume de seis a sete pacientes com diferentes graus de dependência da enfermagem, sendo que a maioria requer cuidado intermediário, que é determinado pela evolução e condições clínicas.

A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem deve seguir as seguintes proporções: para assistência mínima ou intermediária de 33 a 37% de enfermeiros; para assistência semi-intensiva de 42 a 46% de enfermeiros; para assistência intensiva de 52 a 56% de enfermeiros e os demais auxiliares e/ou técnicos.

No campo de estudo a equipe é composta por nove enfermeiros, 21 técnicos e 12 auxiliares de enfermagem e prestam assistência a 40 pacientes em turnos de 12 horas por 36 horas de descanso, o enfermeiro geralmente é responsável em média por 20 leitos. Além disso, o número de enfermeiros em relação à equipe é de apenas de 21%, e deveria ser de 33 a 37% segundo a mesma resolução.

Considerando a resolução do COFEN, cada turno de trabalho em média dispensa 2,8 horas de cuidados de enfermagem. Neste estudo evidenciou-se que o profissional técnico

responsabiliza-se por seis a sete pacientes, portanto necessita de no mínimo 16,8 horas para assistir a todos.

Sugestões da equipe para melhoria do cuidado ao paciente idoso na enfermaria de Clínica Médica I

Nas sugestões de melhoria da assistência foi posto pela equipe o aumento de recursos humanos e de momentos para educação continuada e permanente, porém quando é oferecido evidencia que os mesmos são resistentes em participar dessas atividades. Ressaltam a necessidade aumento de recursos materiais, melhora da estrutura física da enfermaria, melhor comunicação entre a equipe multiprofissional, melhor controle de entrada e saída de visitantes, apoio psicológico para a equipe, incentivo da permanência de um acompanhante, realização de atividades lúdicas e apoio na pós-alta.

4- Considerações Finais



O cuidado ao idoso para a equipe de enfermagem é visto como gratificante e satisfatório devido à história e experiência de vida da pessoa, além da gratidão e reconhecimento que demonstram pelos cuidados recebidos.

Entretanto, percebem o idoso de forma estereotipada, considerando-os como dependentes, debilitados, carentes e comparando-os com crianças, resultando em cuidados que diminuem a autonomia e a independência que a pessoa idosa tem apesar da internação hospitalar.

As dificuldades no cuidado ao idoso estão relacionadas às características do processo de envelhecimento, a hospitalização, ao abandono familiar, ao sofrimento e à falta de tempo para assistência. E, apesar das dificuldades relatadas, a equipe encontra facilidades no cuidado pela maior compreensão e adesão ao tratamento, colaboração, confiança na equipe e quando há facilidade de relacionamento, os preâmbulos mencionados motivam e contribuem consideravelmente, no desempenho das atividades assistenciais e reconhecimento profissional.

Além disso, relataram que quando o paciente tem atitudes passivas, ou melhor com resignação, pode ser benéfico aos profissionais, porém, limita a autonomia e o incentivo do autocuidado. A equipe de enfermagem é acompanhante diária da evolução e dos cuidados prestados, estabelecendo vínculo que facilita a assistência integral dos pacientes, porém, ainda não têm conhecimento necessário do processo de envelhecimento, comprometendo a assistência a essa população. Resultando em cuidados que limitam, pioram a dependência e reduzem a autonomia dos idosos.

A população idosa apresenta elevadas taxas de internação hospitalar, decorrente das transformações do processo de envelhecimento e comorbidades associadas. Portanto, o aumento da população idosa requer do sistema de saúde maior adaptação e capacitação dos

profissionais acerca deste processo que como qualquer outra faixa etária apresenta características próprias e especificidades no cuidado.

5-Referências



- 1- Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):141-9.
- 2- Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica 19– Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006.
- 3- Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior Gaúcho. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17 (2): 374-83.
- 4- Dalbosco SNP. O idoso hospitalizado: perspectiva do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- 5- Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(3):332-5.
- 6- Souza RF, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):263-7.
- 7- Aires M, Paz AA, Perosa CT. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *RBCEH Rev Bras Ciênc Envelhec. Hum.* 2006;3(2):79-91.
- 8- Carboni RM, Reppetto MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Rev Eletrôn Enferm* [internet]. 2007;9(1):251-60. [acesso 05/09/2011]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>.
- 9- Trentini M, Silva SH, Valle ML, Hammerschmidt KSA. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2005;13(1):38-45.

- 10- Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Cruz IR, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):536-45.
- 11- Tavares JP, Beck CLC, Silva RM, Beuter M, Prestes FC, Rocha L. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(2):253-259.
- 12- Filho JMC. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(6):666-71.
- 13 - Pavarini SCI, Menciondo MSZ, Barham EJ, Varoto VAG, Filizola CLA. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(3):398-402.
- 14- Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais da saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2): 437-44.
- 15- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 25 set 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528politicadoidoso.pdf>
- 16- Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):604-12.
- 17- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(2):311-8.

- 18- Sales FM, Santos I. Perfil de idosos Hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):495-502.
- 19- Jannuzzi FF, Cintra FA. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(2):179-87.
- 20- Paula JC, Cintra FA. A relevância do exame físico do idoso para assistência de enfermagem hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):301-6.
- 21- Santana RF, Santos I. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(2):202-12.
- 22- Lenardt MH, Willig MH, Silva SC, Shimbo AY, Tallmann AEC, Maruo GH. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enferm.* 2006;11(2):117-23.
- 23- Marin MJS, Angerami ELS. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(1):33-41.
- 24- Diogo MJD'E. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004;12(2):280-2.
- 25- Benincá CR, Fernandez M, Grumann C. Cuidado e morte do idoso no hospital-vivência da equipe de enfermagem. *RBCEH Rev Bras Ciênc Envelhec Hum.* 2005;2(1):17-29.
- 26- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
- 27- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2004.
- 28- Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras

providências [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1994 [acesso 4 set 2011].

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26546&janela=1

- 29- Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2003:70p.
- 30- Santos GA. Os conceitos de saúde doença na representação social da velhice. Rev Virtual Textos & Contextos. 2002;1:1-12.
- 31- Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p 900-9.
- 32- Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos Idosos em Área de Abrangência do Programa Saúde da Família na Região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde Soc. 2007;16(1):69-80.
- 33- Reis PO, Ceolim MF. O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):57- 64.
- 34- Jardim VCFS, Medeiros BF, Brito AM. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. Rev Bras Geriatr Gerontol.[internet] 2006; 9 (2):25-34.[acesso 30 set 2011]. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200003&lng=pt.
- 35- Leite MT, Gonçalves LHT. A Enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. Texto Contexto Enferm. 2009;18(1):108-15.

- 36- Gandolpho MA, Ferrari MAC. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. *Mundo Saúde*. 2006;30(3):398-408.
- 37- Teixeira INDO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1181-8.
- 38- Castro MR, Figueiredo NMA. O estado da arte sobre o cuidado ao idoso: diagnóstico da população científica em enfermagem. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2009;19(3):743-59.
- 40- Dinis RPAB. A família do idoso: O parceiro esquecido? Cuidar do Idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectivas dos enfermeiros [Dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta; 2006.
- 41- Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009;12(3):475-87.
- 42- Karsch UM. Idosos Dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):861- 66.
- 43- Machado ACA, Brêtas ACP. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(2):129-33.
- 44- Resolução COFEN 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. [internet].2004. [acesso 12 out 2011]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4329>.

7- Anexo



ANEXO I



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 04 de Abril de 2011.

Of. 120/11-CEP

Ilustríssimo Senhor
Prof. Dr. Jairo Aparecido Ayres
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Prof. Jairo,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3822-2011) "**Cuidado ao paciente idoso hospitalizado: Implicações para a equipe de enfermagem**", a ser conduzido por Paula Fernanda Tieko Banja, orientada por Vossa Senhoria, co-orientada pela Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Caldeira, recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 04 de abril de 2.011.

*Situação do Projeto: **APROVADO**. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "**Relatório Final de Atividades**".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

8- Apêndice





UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“Júlio de Mesquita Filho”

Campus de Botucatu – Faculdade de medicina

Departamento de Enfermagem

BOTUCATU, SP-RUBIÃO JÚNIOR – CEP 18618-970 – Telefone (014) 3811-6070/6802-6004



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CIENTÍFICA (APÊNDICE I)

• ENTREVISTADOS

Projeto de Pesquisa: “Cuidado ao Paciente Idoso Hospitalizado: Implicações para a Equipe de Enfermagem”.

Objetivo da Pesquisa: identificar as dificuldades e facilidades enfrentadas pela equipe de enfermagem na assistência à pacientes idosos hospitalizados.

Convido vossa senhoria a participar do projeto de pesquisa “Cuidado ao Paciente Idoso Hospitalizado: Implicações para a Equipe de Enfermagem” através de questionário e entrevista com duração de 15 minutos, respondendo perguntas sobre as dificuldades e facilidades no cuidado com o paciente idoso. Essa entrevista será gravada por meio digital, posteriormente transcrita e destruída. Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que manterá sigilo sobre sua identidade, não ocorrendo risco de prejuízo em sua profissão. Este termo de consentimento tem duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e outra com o entrevistado. A pesquisadora estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade da graduanda em enfermagem¹, aluna regular do curso de graduação em enfermagem e de seu orientador Prof. Dr. Jairo Aparecido Ayres², do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, declaro que concordo em participar da mesma, respondendo as perguntas apresentadas em entrevista. Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a pesquisadora e/ou orientador através dos telefones e e-mails listados abaixo ou através do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) pelo telefone 3811-6143.
Botucatu, ____ de _____ de 2011.

Paula Fernanda Tieko Banja¹ Prof.Dr.Jairo Aparecido Ayres² Assinatura do entrevistado

Pesquisadora

Orientador

¹End: Rua Salin Kahil, 501 apto 41 – Botucatu/SP
Fone: (014) 3813-6112
E-mail: p.banja@ig.com.br

²End: Distrito de Rubião Júnior s/n – Botucatu/SP
Fone: (014) 3811-6070/ 6802-6004
E-mail: ayres@fmb.unesp.br

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO(APÊNDICE II)

- Número de ordem: _____

- Idade: _____ anos

- Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

-Estado civil: ☐Solteiro ☐Casado ☐Desquitado ☐Viúvo

- Número de filhos: _____

- Categoria profissional: ☐Enfermeiro ☐TE ☐AE

- Tempo de serviço na profissão: _____ anos

- Tempo de serviço na Clínica Médica: _____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA “CUIDADO AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO” (APÊNDICE III)

- 1- Qual a sua percepção de pessoa idosa?
- 2- Conte-me como é cuidar de pessoas idosas.
- 3- O que é fácil para você no cuidado do idoso?
- 4- O que é difícil para você no cuidado do idoso?
- 5- Você teria alguma proposta para melhorar o cuidado ao idoso nesta enfermaria?