

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**VIVIANI CAMBOIN MEIRELES**

**A GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS  
INSTITUÍDOS**

**MARINGÁ  
2006**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**VIVIANI CAMBOIN MEIRELES**

**A GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS  
INSTITUÍDOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Laura Misue Matsuda

**MARINGÁ**

**2006**

**VIVIANI CAMBOIN MEIRELES**

**A GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS  
INSTITUÍDOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Maria Alvarez  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jorseli Â. Henriques Coimbra  
Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho

Ao meu marido Noel, pelo apoio, incentivo, e à minha filha Letícia, que está no meu ventre, que são a inspiração da minha vida.

Aos meus pais Ivo e Teresa, amigos de todos os momentos, que desde o meu nascimento me acompanham e apóiam-me em todas as vitórias e derrotas... eu não conseguiria viver sem vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pois sem Ele nada seria possível.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Meyre de Barros Pinto, com a qual iniciei a caminhada acadêmica na pós-graduação.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Laura Misue Matsuda, minha orientadora, que me acolheu e aceitou realizar esse trabalho comigo; agradeço por sua paciência, dedicação e amizade.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jorseli Ângela Henriques Coimbra, pelas importantes contribuições e acolhimento nos momentos mais difíceis.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Maria Alvarez, pela disponibilidade e contribuições imprescindíveis à construção deste estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pelos ensinamentos.

À CAPES – Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de estudos concedida durante um ano.

Aos meus colegas de turma. Conhecer vocês foi muito bom.

A todos os idosos que participaram desse estudo.

MEIRELES, V. C. A gestão do cuidado ao idoso na perspectiva dos direitos instituídos. 2006. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2006.

## RESUMO

O aumento da população idosa no Brasil tem repercutido em mudanças socioeconômicas e culturais que afetam o modo de vida da sociedade. Além dessas mudanças, o país passa por uma transição demográfica e epidemiológica que contribui para alterações nos padrões de saúde, e no seu sistema de atenção, destacando-se o aumento da demanda e no tempo de hospitalização, também o aumento das consultas na rede básica entre os idosos. Para a otimização da gestão do cuidado ao idoso, a essa clientela, a equipe de enfermagem, além da competência técnica e científica, deve embasar o seu cuidar em princípios éticos e preceitos legais que visam o cumprimento dos seus direitos. Com a finalidade de verificar o atendimento das expectativas e direitos do paciente idoso, por meio da legislação vigente, é que se realizou o presente estudo. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro a abril de 2006 em um hospital-escola e em um hospital municipal, ambos de atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde, localizados na região noroeste do Estado do Paraná. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade estadual, em conformidade com a Resolução 196/96 do CNS/MS (BRASIL, 1996). O atendimento aos direitos do paciente pela equipe de enfermagem foi analisado, através de um questionário aplicado em domicílio, após a alta hospitalar dos 24 pacientes que fizeram parte da amostra. No questionário, foram contemplados assuntos relacionados às características socioeconômicas, ao atendimento dos direitos do paciente em relação às informações fornecidas pela equipe de enfermagem, direito ao respeito a valores pessoais, direito a acompanhante, a sigilo e a apoio espiritual e suas expectativas em relação ao atendimento de enfermagem. De acordo com os resultados, 16 (66,7%) idosos eram do sexo feminino, a maior porcentagem de viuvez esteve entre as mulheres, 13 (54,2%) idosos não sabiam ler nem escrever. Em relação à moradia, 12 (50%) dos

entrevistados possuíam casa própria e moravam com membros da família, 12 (50%) deles têm renda familiar de um salário mínimo. Essa renda, geralmente, advém da aposentadoria. Constatou-se que os direitos dos pacientes relacionados à informação e autonomia nas decisões em relação a seu tratamento não são atendidos freqüentemente e nem adequadamente pela equipe de enfermagem. Em relação ao respeito a valores pessoais durante a hospitalização, alguns hábitos foram mantidos, porém foram priorizadas as normas e rotinas das instituições hospitalares. Sobre a assistência de enfermagem, a maioria relatou que foi bem atendida e quando realizavam alguma crítica, logo procuravam justificá-la com algum elogio. 19 (79,2%) idosos referiram que tiveram acompanhante, cinco (20,8%) não tiveram esse tipo de suporte devido à necessidade dos familiares trabalharem. Nenhum paciente solicitou sigilo sobre algum fato ou apoio espiritual, apesar disso, quatro (16,7%) referiram ter recebido visita religiosa enquanto internados. Quanto às expectativas do cliente, em relação ao atendimento de enfermagem, relacionam-se com: ser tratados com atenção, carinho e respeito. Apesar de os idosos não terem apontado muitas críticas, percebeu-se que existem opiniões desfavoráveis ao cuidado recebido. Conclui-se que no contexto da hospitalização, os direitos dos idosos não são muito respeitados pelos trabalhadores da enfermagem.

**Palavras-chave:** Idoso. Serviço de saúde para idoso. Direitos dos idosos. Direitos do paciente.

MEIRELES, V.C. Care for the elderly in the perspective of institutional rights. 2006. 96p. Dissertation (Master in Nursery), Maringá State University. Maringá, 2006.

## **ABSTRACT**

The increase of older population in Brazil is reflecting in socioeconomic changes which affect the way of society living. In addition to these changes, the country is going through a demographic and epidemiologic transition that contributes to alterations on health standards, and social and health assistance, that increase demands for hospitalization and medical care at the public health services by elderly are highlighted. For optimization of elderly care, the nursing staff, in addition to technical and scientific skills, must base its actions in ethical principles and legal precepts aiming fulfilling their rights. This study was undertaken with the purpose of verifying if the expectations and rights of elderly patient are being met by current laws. It is a descriptive exploratory study of quantitative approach, carried out at a school-hospital and a city hospital, both exclusive of Single Health System, located in the Northwestern of Paraná State. The research was approved by the Committee of Ethics in Research of a state university, according to Resolution 196/96 of CNS/MS (Brazil, 1996). The observation of the patients' rights by nursing staff was analyzed through a home-applied questionnaire, after hospital dismiss, to the 24 patients that comprised the sample. In the questionnaire, issues concerning the socioeconomic characteristics, attendance to the patients' rights concerning information provided by nursing staff, respect towards personal values, rights for an accompanying, secrecy and spiritual support, and their expectations towards the nursing attendance were included. According to the results, 16 (66.7%) elderly were female; the greatest proportion of widows was among women; 13 (54.2%) of the elderly could not read or write. As for living conditions, 12 (50%) owned their homes and lived with family members, and 12 (50%) had incomes of one minimum salary, often coming from retirement. It was observed that the patients rights concerning information and autonomous decision-making relative to their treatment are not frequently met neither appropriately by nursing staff. As for respect towards personal values, some habits were maintained, but rules and routines of hospital are first-place. As for nursing

assistance, most of them reported that were well cared of, and when a criticism was raised it was soon compensated by some kind of congratulation. Nineteen (79.2%) of the elderly had an accompanying, five (20.8%) did not have this support because their family members had to work. None of the patients asked for secrecy about any fact or spiritual support but even in that case four (16%) received a religious visit while in hospital. As for expectations of patients concerning the attendance by nursing staff, they expect to be treated with attention, tenderness and respect. Despite the elderly not expressing much criticism, it was perceived unfavorable opinions about received care. It was concluded in the hospitalization context that elderly rights are not very well respected by nursing staff.

**Keywords:** Elderly. Elderly Health System. Elderly Rights. Patient Rights.

MEIRELES, V. C. La gestión del cuidado al anciano en la perspectiva de los derechos instituidos. 2006. 96p. Disertación (Maestría en Enfermería), Universidad Estadual de Maringá. Maringá, 2006.

## RESUMEN

El aumento de la población de ancianos en ha repercutido en cambios socio económicas y culturales que afectan el modo de vida de la sociedad. Además de esos cambios, el país pasa por una transición demográfica y epidemiológica que contribuye para alteraciones en los patrones de salud, y en su sistema de atención, se destaca el aumento de la demanda y en el tiempo de hospitalización, también el aumento de las consultas en la red básica entre los ancianos. Para la mejora de la gestión del cuidado a los ancianos, a esa clientela, el equipo de enfermería, además de la competencia técnica y científica, debe embasar su cuidado en principios éticos y preceptos legales que visan el cumplimiento de sus derechos. Con la finalidad de verificar la atención de las expectativas y derechos del paciente anciano, por medio de la legislación en vigor, es que se realizó el presente estudio. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio de abordaje cuantitativa, realizado en el período de febrero a abril de 2006 en un hospital-escuela y en un hospital municipal, ambos de atención exclusiva del Sistema Único de Salud, localizados en la región noroeste del Estado de Paraná. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de una universidad estadual, en conformidad con la Resolución 196/96 del CNS/MS (BRASIL, 1996). La atención a los derechos del paciente por el equipo de enfermería fue analizada, por medio de un cuestionario aplicado en domicilio, tras el alta hospitalaria de los 24 pacientes que hicieron parte del mosteo. En el cuestionario, fueron contemplados temas relacionados a las características socio económicas, a la atención de los derechos del paciente en relación a las informaciones fornecidas por el equipo de enfermería, derecho al respecto a valores personales, derechos a acompañante, a sigilo y a apoyo espiritual y sus expectativas en relación a la atención de enfermería. De acuerdo con los resultados, 16 (el 66,7%) ancianos eran del sexo femenino, el mayor porcentaje de viudez estuvo

entre las mujeres, 13 (el 54,2%) ancianos no sabían leer y escribir. En relación a la vivienda, 12 (el 50%) de los encuestados poseían casa propia y vivían con miembros de la familia, 12 (el 50%) de ellos tienen renta familiar de un sueldo mínimo. Esa renta, generalmente, proviene de jubilación. Se constató que los derechos de los pacientes relacionados a la información y autonomía en las decisiones en relación a su tratamiento no son atendidos frecuentemente y ni adecuadamente por el equipo de enfermería. En relación al respecto a valores personales durante la hospitalización, algunos hábitos fueron mantenidos, pero fueron priorizadas las normas y rutinas de las instituciones hospitalarias. Sobre la asistencia de enfermería, la mayor parte relató que fue bien atendida y cuando realizaban alguna crítica, pronto buscaban justificarla con algún elogio. 19 (el 79,2%) ancianos dijeron que tuvieron acompañante, cinco (el 20,8%) no tuvieron ese tipo de soporte debido a la necesidad de acudir al trabajo por parte de los familiares. Ningún paciente solicitó sigilo sobre algún hecho o apoyo espiritual, a pesar de eso, cuatro (el 16,7%) dijeron tener recibido visita religiosa mientras estuvieron internados. Cuanto a las expectativas del cliente, en relación a la atención de enfermería, se relacionan con: ser tratados con atención, cariño y respeto. A pesar de los ancianos no haber apuntado muchas críticas, se percibió que existen opiniones desfavorables al cuidado recibido. Se concluye que en el contexto de la hospitalización, los derechos de los ancianos no son muy respetados por los trabajadores de la enfermería.

**Palabras-clave:** Anciano. Servicio de salud para anciano. Derechos de los ancianos. Derechos del paciente.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Distribuição dos idosos, de acordo com a habitação. Maringá, PR, 2006 .....	57
Gráfico 2	Distribuição dos idosos, segundo moradores no mesmo domicílio. Maringá, PR, 2006 .....	58
Gráfico 3	Distribuição dos idosos, segundo a renda familiar em salários mínimos. Maringá, PR, 2006 .....	59
Quadro 1	Quadro comparativo entre os diagnósticos existentes nos prontuários e os diagnósticos referidos pelos pacientes. Maringá – PR, 2006 .....	62
Gráfico 4	Distribuição dos idosos com relação ao recebimento ou não de informações durante a internação. Maringá, PR, 2006 .....	65
Gráfico 5	Distribuição dos idosos de acordo com a identificação dos profissionais ao realizarem os cuidados. Maringá, PR, 2006.....	71
Gráfico 6	Distribuição dos idosos em relação ao recebimento de informações que possibilitassem a continuidade do tratamento no domicílio. Maringá, PR, 2006 .....	72
Gráfico 7	Distribuição dos idosos de acordo com o respeito as seus hábitos e rotinas durante a internação. Maringá, PR, 2006 .....	74
Gráfico 8	Distribuição dos idosos de acordo com as principais qualidades/ requisitos que os profissionais devem ter ao atendê-los. Maringá, PR, 2006 .....	82

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de freqüências dos idosos segundo a faixa etária e sexo. Maringá – PR, 2005 .....	54
Tabela 2	Distribuição dos idosos, segundo dados sócio-educacionais. Maringá – PR, 2006 .....	55

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>O CUIDAR DO ENVELHECER</b> .....	19
2.1	CONCEPÇÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO .....	19
2.1.1	<b>Idade funcional e idade cronológica</b> .....	20
2.1.2	<b>Senescência e senilidade</b> .....	21
2.1.3	<b>Dependência, independência/autonomia</b> .....	21
2.1.4	<b>Vulnerabilidade no idoso</b> .....	22
2.2	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL .....	24
2.3	GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO .....	27
2.4	HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO .....	32
2.5	A OPINIÃO DO CLIENTE NO PROCESSO DE CUIDADO .....	33
3	<b>DIREITOS DOS IDOSOS</b> .....	36
3.1	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO .....	39
3.2	O ESTATUTO DO IDOSO .....	41
4	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	44
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	46
5.1	GERAL .....	46
5.2	ESPECÍFICOS .....	46
6	<b>METODOLOGIA</b> .....	47
6.1	TIPO DO ESTUDO .....	47
6.2	LOCAIS DO ESTUDO .....	47
6.3	CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS EM ESTUDO .....	47
6.4	PERÍODO DE COLETA DE DADOS .....	48
6.5	POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	49
6.6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	50
6.7	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	51
6.8	VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO .....	51
6.9	PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS .....	52
6.10	TRATAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	52

7	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	54
7.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	54
7.2	DIREITO À INFORMAÇÃO .....	61
7.3	RESPEITO AOS VALORES PESSOAIS DO IDOSO .....	73
7.4	DIREITO A ACOMPANHANTE.....	80
7.5	DIREITO AO APOIO ESPIRITUAL.....	81
7.6	EXPECTATIVAS DO CLIENTE .....	82
8	<b>CONCLUSÕES</b> .....	85
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
	<b>APÊNDICES</b> .....	98

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem sendo observado e amplamente divulgado por meio de estudos sobre as taxas de mortalidade, fecundidade, expectativa de vida entre outros. A população brasileira está envelhecendo e a sociedade precisa se dar conta desse fato, pois, para muitos, ainda somos um país de jovens (PASCHOAL, 2005b). Embora o envelhecimento seja um fenômeno universal, no Brasil, ele se apresenta com características peculiares em virtude da rápida e intensa transição demográfica que destoa da lenta e gradativa mudança apresentada em países desenvolvidos.

Em relação à distribuição geográfica da população brasileira, ocorreram movimentos migratórios para a região urbana, principalmente de jovens em busca de melhores condições de vida, que promoveu ao idoso a perda de suporte familiar e obrigou, conseqüentemente, sua migração para centros urbanos, onde passou a viver em bairros periféricos e em condições mais precárias (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Segundo estes autores, o idoso é um grupo etário que não tem um grande peso migratório, no entanto, o fato relevante desse processo é que em 30 anos ou mais, esse grupo jovem de migrantes se transformaria em novas parcelas de população idosa.

O aumento acentuado no número de idosos trouxe como conseqüências mudanças socioeconômicas e culturais dramáticas que afetam a qualidade de vida e de saúde de uma sociedade. Segundo Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003), uma das conseqüências do crescimento da população idosa é o aumento da demanda por serviços de saúde e sociais, sendo mais freqüentes as internações nesta faixa etária com maior tempo de ocupação do leito. Dessa forma, a inadequação das políticas sociais ganha destaque, pois a possibilidade de envelhecimento está extremamente relacionada ao acesso às condições dignas de vida e de renda que são fatores determinantes da qualidade de vida ao envelhecer.

Ao analisar os dados relativos às internações, no ano de 1997, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com a estimativa da população idosa, fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE para este mesmo ano, a Portaria 1395 de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999b), aponta que a população idosa em 1997 representou 16,3% das internações e consumiu

23,9% dos recursos gastos. No ano de 2005, o número de internações de pessoas acima de sessenta anos correspondeu a 19,44 % das internações do Sistema Único de Saúde (SUS) (DATASUS, 2006).

No Município de Maringá, Estado do Paraná, local do presente estudo, Mathias (1994) revela que em 1992, 19,8% das internações pelo SUS ocorreram com pessoas com 60 anos e mais de idade e, em 1998, esse percentual aumentou para 25,3%, o que significou aumento de 27,8%.

Segundo a autora, as crianças de zero a quatorze anos e os idosos foram os que mais utilizaram leitos hospitalares em 1998. A razão habitante/internação foi de 9,2 para as crianças e 6,1 para os idosos, ou seja, para cada seis idosos residentes em Maringá houve uma internação hospitalar pelo SUS. Mathias (2002) prossegue afirmando que a utilização dos serviços hospitalares pela população idosa foi representativa, e presume-se que essa demanda deva crescer nos próximos anos com o aumento do número de idosos no município.

Quanto ao financiamento, no Município de Maringá, no ano de 1992, 73,8% das internações hospitalares foram financiadas pelo SUS. Sabe-se que a população idosa é a maior usuária do serviço público de saúde. A proporção de internações financiadas pelo SUS para pessoas com 60 anos e mais de idade em Maringá foi de 80% (MATHIAS; SOBOLL, 1996).

Em um novo paradigma de uma sociedade idosa instalada, percebe-se a diminuição do *status* do idoso, e um dos determinantes, é o rápido crescimento tecnológico, sendo que “o saber” passado de geração em geração e acumulado durante toda a vida, não é mais valorizado nos dias atuais. Não dissociado a este fato, as oportunidades de trabalho remunerado são mínimas, devido, muitas vezes, à deficiência educacional dos idosos e da concorrência com os jovens em um mercado de trabalho cada vez mais competitivo.

Sabe-se também que a família passa por transformações. A família numerosa é substituída por uma família nuclear com pai, mãe e poucos filhos. Detecta-se que as mulheres, que geralmente assumiam o papel de cuidadoras, estão no mercado de trabalho e já não têm mais “tempo” para cuidar de seus idosos.

Com o aumento da população idosa, aumentam os custos estatais para a manutenção desse grupo considerado economicamente improdutivo assim, além do crescimento das despesas com tratamentos médicos hospitalares, há o desafio para

as autoridades sanitárias, no sentido de se implantar novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados.

A baixa resolutividade do modelo assistencial em curso, a precariedade dos serviços ambulatoriais, a escassez dos serviços domiciliares prestados pelo sistema de saúde e a falta de instâncias intermediárias (como os hospitais-dia e centros de convivência) fazem com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, dentro do hospital, promovendo aumento dos custos econômicos e diminuição de prognóstico favorável (MENDES, 2001).

Segundo Veras (1994), existe a necessidade de se examinar a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para os idosos, pois é grande a proporção de pessoas que retornam para uma segunda visita a um serviço de saúde dentro de um período curto e é alta a taxa de internação por um período de três meses.

Acredita-se ser fundamental o reconhecimento das particularidades dos idosos durante o período de internação hospitalar, cujo objetivo é a identificação correta de problemas e a proposição de formas de atendimento diferenciadas que permitam melhor qualidade. No que se refere à enfermagem, cabe ao enfermeiro primar pela educação permanente entre os demais membros da equipe, e ele deve acreditar na correlação entre a qualidade da assistência e o preparo do pessoal sob sua supervisão.

Em face ao exposto, indaga-se: no processo de cuidado ao idoso, como tem sido a gestão da assistência de enfermagem prestada a essa clientela? A enfermagem respeita e atende os direitos dos pacientes idosos dispostos na legislação vigente?

Entende-se que as respostas às questões podem contribuir para que a enfermagem, tanto no âmbito da prestação de cuidados diretos, quanto indiretos (gerenciais), faça uso dessas informações para o (re)planejamento/organização e alcance da qualidade do seu serviço.

No que tange à gestão do cuidado na enfermagem, Matsuda, Évora e Boan (2000) referem que para se produzir produtos/serviços de qualidade, é preciso conhecer antes as necessidades e expectativas dos clientes.

Corroborando com os autores antes citados, Thomas e Bond (1991), ao revisarem a literatura em enfermagem referente a esse assunto, concluíram que a mensuração de resultados mais comumente usada foi a satisfação do paciente.

Greeneich (1993) acredita que a satisfação do paciente é um indicador importante de qualidade no ambiente hospitalar e a enfermagem é o elemento chave desta satisfação. Nesse sentido, considera-se que também no sistema de cuidado ao idoso o quesito satisfação deve ser contemplado.

Apesar de estudos voltados aos idosos serem freqüentes na atualidade, poucas investigações são realizadas em relação ao cumprimento por parte de profissionais de saúde, dos direitos concernentes a essa clientela.

O presente estudo visa discutir a atenção à saúde do idoso hospitalizado quanto ao atendimento dos seus direitos instituídos e está estruturado em 9 itens.

No item 1 - Introdução, foi abordada a problemática do envelhecimento, em especial no Brasil. No item 2, O cuidar do envelhecer, o foco será a concepção de envelhecimento, uma análise demográfica e epidemiológica do envelhecimento populacional e as características da assistência à saúde dos idosos brasileiros. O item 3 tratará da atenção à saúde e das políticas de atenção aos idosos. Já, os itens 4, 5 e 6 serão formados pela justificativa, objetivos e metodologia do estudo. O item 7 será dedicado aos resultados e às discussões dos dados. No item 8, constarão as considerações finais e por fim, respectivamente, nos itens 9 e 10 constarão as referências enunciadas nesse estudo e os apêndices.

## 2 O CUIDAR DO ENVELHECER

### 2.1 CONCEPÇÕES ACERCA DO ENVELHECIMENTO

Envelhecer pode ser definido como um processo conseqüente de alterações no organismo, demonstradas de forma variável e individual. Pode se referir a um fenômeno fisiológico, de comportamento social, ou ainda cronológico, isto é, que surge com a progressão do tempo da idade adulta até o fim da vida. O homem, em desenvolvimento durante o ciclo da vida, é um ser biopsicossocial, influenciado pelo ambiente físico, político e cultural em que vive, o qual pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação, que acelera ou retarda o seu envelhecimento (RODRIGUES; DIOGO; BARROS, 1996).

Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) consideram que a velhice é uma fase do desenvolvimento humano e, em rigor, não está relacionada à idade. Os autores referem que o processo de envelhecimento pode ocorrer sob diferentes aspectos: biológico, psicológico ou social.

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas (morfológicas) – como o aparecimento de rugas e cabelos brancos; fisiológicas, que acarretam alterações das funções orgânicas; e bioquímicas, por meio das transformações das reações químicas que se processam no organismo.

As modificações psicológicas ocorrem principalmente quando, ao envelhecer, a pessoa precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Dentre essas mudanças estão as transformações sociais, por conseguinte, diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico (SILVA, 2005a).

Corroborando com o exposto, Carvalho Filho e Alencar (1994) definem o envelhecimento como:

Processo dinâmico e progressivo em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (CARVALHO FILHO; ALENCAR, 1994, p. 2).

Resgatando a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1947, a saúde é o completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença e correlacionando o envelhecimento a essa definição, compreende que se saúde fosse ausência de doença, a partir de determinada idade poucos seriam saudáveis, pois à medida que se envelhece as doenças crônicas surgem. Assim, um indivíduo portador de alguma doença poderá sentir-se saudável desde que seja capaz de desempenhar funções que lhe possibilitem manter-se ativo em seu meio e ter algumas funções sociais (PASCHOAL, 2005a).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o conceito de idoso difere entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos primeiros, é idoso aquele com 65 anos ou mais. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, é idoso aquele com 60 anos ou mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982).

Segundo Camarano et al. (1999), a importância de delimitar a idade a partir da qual a pessoa passa a ser considerada idosa deve-se ao fato de que as políticas sociais e de saúde são dirigidas, em sua maioria, a grupos etários, como criança, adolescente, idoso. Esta delimitação de idoso e não-idoso é meramente formal, uma vez que o envelhecimento é um evento individual.

De acordo com a literatura gerontológica, existem conceitos fundamentais que são consenso e que necessitam ser definidos e entendidos, cujo objetivo é evitar suposições ou confusões.

### **2.1.1 Idade funcional e idade cronológica**

A idade cronológica é o tempo transcorrido a partir de um momento específico: a data de nascimento do indivíduo. O método cronológico é o mais utilizado para definir o indivíduo como idoso por ser o mais fácil, no entanto, não é o mais eficaz. Por exemplo, duas pessoas com a mesma idade cronológica podem ter divergência quanto ao seu funcionamento, ou seja, uma pode ser lúcida e

independente, enquanto a outra é dependente e confusa. Essas discrepâncias de funcionamento entre indivíduos da mesma idade levam a outro método de avaliação da idade: o método funcional.

A idade funcional avalia o indivíduo de acordo com a capacidade funcional, isto é, a capacidade do indivíduo de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (ROACH, 2003).

### **2.1.2 Senescência e senilidade**

A senescência ou senectude está relacionada ao processo de envelhecimento normal, e contempla as alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento.

A senilidade está relacionada ao processo patológico que freqüentemente acomete os indivíduos idosos.

Segundo Carvalho Filho (2005), a diferenciação entre estas duas condições é por vezes muito difícil, visto que existem situações nas quais é complexo definir se algumas alterações ocorrem por causa da senilidade ou da senescência. Contudo, devido ao avanço dos conhecimentos, nesta área, tem-se feito com que algumas condições antes consideradas como manifestações da senescência, sejam hoje estabelecidas como doenças, e vice-versa.

Em todos os níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) faz-se necessária uma readequação dos serviços de saúde para o atendimento da população idosa. A senescência deve ser considerada, mas é a senilidade que representa as alterações produzidas pelas inúmeras doenças que pode acometer o idoso.

### **2.1.3 Dependência, independência/autonomia**

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999b), a capacidade funcional está relacionada ao indivíduo em manter as habilidades físicas

e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, e a avaliação do grau de capacidade é feita através da utilização de instrumentos multidimensionais.

Van del Heuvel (1976 apud PASCHOAL, 2005a, p. 317) aponta que “... a dependência sempre se refere a uma relação social”. Assim, percebe-se que a dependência não é um atributo individual, mas, de um indivíduo em relação ao outro. A dependência pode estar presente ao longo da vida, não sendo um atributo somente relacionado à velhice, porém, na velhice, uma vida saudável está ligada à manutenção ou restauração da autonomia e independência que está relacionada à capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Neste contexto, autonomia é o exercício da autodeterminação, no qual o indivíduo mantém o poder decisório e o controle sobre sua vida. Muitas vezes, a dependência é associada à perda da autonomia.

Em se tratando de idosos, a perda de algumas funções orgânicas (visão, audição) que lhe cause certo grau de dependência induz alguns familiares e até profissionais de saúde a subestimar sua autonomia, acreditando que devem assumir as decisões e opções em relação à vida do idoso (PASCHOAL, 2005a).

#### **2.1.4 Vulnerabilidade no idoso**

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) define vulnerabilidade como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e mental que amplia ou reduz o risco ou a proteção do indivíduo ou da população frente a uma determinada doença ou condição.

Mann, Tarantola e Netter (1993) elaboraram indicadores específicos de vulnerabilidade, considerando três planos interdependentes, a saber: o comportamento pessoal ou vulnerabilidade individual, o contexto social ou vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática.

A vulnerabilidade individual, segundo Takahashi e Oliveira (2001), relaciona-se com o conhecimento acerca do agravo, bem como, a existência de comportamentos que oportunizem a sua ocorrência.

Este tipo de vulnerabilidade não é determinado apenas pela ação voluntária da pessoa, mas especialmente pela capacidade de aplicar o conhecimento que

possui, transformando o comportamento que a torna suscetível. Portanto, a vulnerabilidade individual é determinada pela informação que a pessoa tem sobre o processo de envelhecimento e é influenciada por fatores socioeconômicos.

Os idosos que podem ser considerados como um grupo vulnerável no âmbito individual são os portadores de algum tipo de comprometimento funcional, que precisam de ajuda nas atividades diárias e não possuem autonomia para tomar suas decisões.

Já, a vulnerabilidade social não depende somente da obtenção de informações ou da possibilidade destas informações resultarem em mudanças práticas, mas também de aspectos como o acesso a meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais entre outros (AYRES; CALAZANS; FRANÇA JÚNIOR, 1998).

A vulnerabilidade social ocorre quando, por exemplo, o idoso diminui suas atividades sociais após a aposentadoria e muitas vezes passam a ter um padrão de vida pior.

A vulnerabilidade programática consiste quando não existem programas efetivos para o atendimento dessa população.

Ainda para Ayres, Calazans e França Júnior (1998), os componentes da vulnerabilidade programática referem-se aos recursos sociais disponibilizados de modo efetivo e democrático. Relatam ainda que quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, para aperfeiçoar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos. Logo, depende da postura governamental diante de determinado grupo ou agravo, bem como das ações, investimentos e política que se traduz nas medidas preventivas implementadas.

A vulnerabilidade ocorre quando há um conjunto de situações que aumentam a possibilidade de adoecer, ou mesmo quando esta pessoa tem consciência do problema, mas não tem possibilidades de elaborar estratégias para enfrentamento ou manter as já existentes (LOPES, 2003). Para esse autor, a dificuldade de comunicação, de decidir, de tomar iniciativas por métodos protetores, a falta de informação precisa e adequada e a pobreza determinam a vulnerabilidade,

mas nenhum destes fatores sozinho é suficiente para explicar a sua ocorrência porque a vulnerabilidade se constrói nas relações.

A partir do exposto acerca da vulnerabilidade, pode-se inferir que a população idosa é um grupo vulnerável, considerando-se que os idosos que vivem em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, apesar de viverem por mais tempo, possuem pior qualidade de vida, devido à pobreza e dificuldades de acesso aos serviços e a falta de suporte social e familiar que muitas vezes atinge a pessoa idosa.

## 2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DO ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Atualmente, envelhecer deixou de ser característica de países desenvolvidos, pois cerca da metade dos idosos do mundo vive em países em desenvolvimento. Entre 1980 e 2020, é previsto um crescimento de 160% da população mundial de idosos, passando de 375 para 975 milhões. Na América Latina, estima-se um aumento de 236%, enquanto no Brasil, os idosos aumentarão 280%, passando de 7,5 para 30 milhões (RAMOS, 1993).

Ainda, segundo Ramos (1993), em 1980, o Brasil possuía uma cifra de 6,3% de idosos na população geral, com estimativas para 2000 de ultrapassar 8%, podendo atingir 13,8% em 2025. A expectativa de vida dos brasileiros duplicou ao longo do século XX, passando de 37,7 anos, em 1900, para 63,5 anos em 1980, com projeções de alcançar 75,3 anos em 2025.

Em 1980, o Brasil ocupava o 16º lugar na escala mundial em número de idosos, ou seja, 2,1 milhões, com estimativas de em 2025 chegar ao 6º lugar, com cerca de 32 milhões de gerontes no total de sua população (RAMOS, 1993). Este dado representa o maior aumento proporcional de idosos entre os países mais populosos do mundo, no período estimado. Assim, esse número aumentará quinze vezes, enquanto a população, no todo, aumentará proporcionalmente cinco vezes.

Stevenson, Gonçalves e Alvarez (1997) relatam que se vive em uma sociedade em processo de mudança, havendo a necessidade de adequação dos

valores culturais, das políticas sociais e de saúde, de maneira a atender às necessidades e aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional.

As mudanças associadas às desigualdades socioeconômicas ocasionam problemas que necessitam de solução imediata para garantir aos idosos oportunidades de preservar sua saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual, condições de autonomia e dignidade (MARZIALE, 2003).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. Estas dependerão do acesso que o indivíduo tem aos serviços preventivos, da eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida saudáveis, da visão de mundo e da sociedade em que está inserido, bem como das condições socioeconômicas (BRETAS, 2003).

Até meados do século XX, a probabilidade de as pessoas morrerem no auge de sua vida produtiva era um fato bastante concreto. Na atualidade, a expectativa de vida vem aumentando em virtude dos avanços científicos e tecnológicos, melhores condições de higiene e saneamento básico, que reduziram, por exemplo, as mortes por doenças infectocontagiosas.

O Brasil está passando pelo processo de inversão na sua característica populacional, tendo havido um decréscimo nas taxas de natalidade e mortalidade, o que ocasionou o aumento da população da faixa etária de 60 anos ou mais. Este processo ocorre devido à diminuição relativa do contingente populacional nas faixas etárias mais jovens (de zero a 14 anos), à ampliação da população na faixa etária de quinze a cinquenta e nove anos e também na faixa de sessenta anos ou mais (VERMELHO; MONTEIRO, 2002).

Concomitantes às mudanças demográficas, alterações nos padrões de morbimortalidade também são observadas. Segundo Omran (1996), a transição epidemiológica ocorre em cinco estágios:

**Estágio 1.** Período das pragas e da fome: caracterizada por níveis de mortalidade e fecundidade elevados, predominância de doenças infecciosas e parasitárias e a esperança de vida variando entre 20 e 40 anos. Como exemplo, Chaimowicz (1997) cita as quatro primeiras décadas do século passado no Brasil.

**Estágio 2.** Período do retrocesso das pandemias: declínio das pandemias em freqüência e amplitude, mortalidade e fecundidade em declínio.

**Estágio 3.** Período das doenças degenerativas e provocadas pelo homem por causa da urbanização, a mudança no estilo de vida, alimentação, acidentes de

trânsito e violência urbana. A mortalidade e fecundidade continuam decrescentes e ocorre o aumento na prevalência de mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis e por causas externas. Atualmente, alguns países, em desenvolvimento, como o Brasil, encontram-se nessa fase.

**Estágio 4.** Declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, envelhecimento, modificações no estilo de vida e emergência e reemergência de doenças. Essa fase iniciou-se em alguns países como o Japão, Austrália, Canadá e países da Europa, após 1960. Nesse estágio, a mortalidade mantém baixos níveis, com aumentos ocasionais em determinados grupos etários e sociais. A fertilidade mantém-se baixa, o que resulta em crescimento negativo da população. A emergência de novas doenças, como a AIDS, o ressurgimento de doenças como a tuberculose, coincidiu com esse estágio de transição nos países desenvolvidos e, simultaneamente, nos países envolvidos nos estágios anteriores.

**Estágio 5.** Período de longevidade paradoxal: emergência de doenças enigmáticas e de capacitação tecnológica para a sobrevivência do inapto. É um estágio futuro para os países que já experimentaram a quarta fase. A expectativa de vida continuará a crescer e estará aliada ao aumento de doenças crônicas e à adoção de tecnologias e estilos de vida que contribuirão com a queda da mortalidade.

Observa-se que os principais fatores responsáveis pelas alterações demográficas e o processo de envelhecimento no Brasil foram o declínio na taxa de mortalidade infantil, principalmente a redução do índice de fecundidade e redução da mortalidade por doenças infecciosas. Por outro lado, verifica-se o aumento de doenças crônicas. No entanto, o envelhecimento populacional não deve resumir-se à análise demográfica e epidemiológica, mas deve abranger as mudanças socioeconômicas e culturais e seus desafios para a sociedade.

De acordo com Vermelho e Monteiro (2002), a transição demográfica está intimamente ligada à transição epidemiológica, ou seja, em razão do aumento da população idosa, ocorre maior índice de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas, fazendo-se necessárias novas formas de construção do conhecimento e sua relação com o mundo do trabalho, de modo a ajustar os profissionais e serviços de saúde para uma efetiva implementação de políticas públicas adequadas aos idosos.

## 2.3 GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO

O cuidar, muito mais que um simples ato, “[...] representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 33). Para o autor, o cuidado se traduz em desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentimento de responsabilidade.

Ao falar do cuidado humano, Waldow (1998b, p. 127) refere:

[...] cuidar como comportamentos e ações, que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado seria então o fenômeno resultante de cuidar.

A enfermagem é a profissão que tem como essência o cuidado, e os idosos constituem o segmento que mais cresce. Desse modo, cabe à enfermagem utilizar seus instrumentos de trabalho, seus conhecimentos teóricos, técnicos e éticos a fim de garantir a satisfação das necessidades e dos direitos dessa clientela. Sabe-se que no seu cotidiano, o enfermeiro exerce papéis diversificados (gerencial, assistencial, educativo e outros) nos processos de cuidado, devendo, portanto, estar sempre atento a aspectos relacionados ao atendimento dos direitos e das necessidades dos pacientes.

Torna-se necessário, por parte dos profissionais da saúde, conhecer o processo de envelhecimento e suas alterações, como limitações físicas, mentais e psicossociais, conhecimento sobre síndromes geriátricas (demência, depressão, isolamento, incontinência, desequilíbrio, quedas, constipação, imobilidade) e suas abordagens, e sobre as principais doenças que acometem essa população.

Segundo Mc Connel (1988 apud STEVENSON; GONÇALVES; ALVAREZ, 1997), a enfermagem em interação com o idoso tem como metas:

- estabelecer com o cliente e o ambiente (físico e social) o esforço, pela promoção, e/ou manutenção de comportamentos saudáveis;
- a busca de compensações em virtude de perdas e de disfunções relacionadas com doenças, bem como maneiras de prevenção de deficiências/ disfunções futuras (evitáveis ou adiáveis).

- o enfermeiro ao atender o paciente idoso nos diversos serviços de saúde deverá encontrar formas realísticas e imediatas que assegure uma continuidade nos seus cuidados, remediando a situação e não aguardando uma melhoria do sistema.

No contexto do gerenciamento do cuidado ao idoso, o enfermeiro deve desempenhar ações que busquem uma melhoria na qualidade da assistência de enfermagem e estimulem a criação de novos valores na equipe, por meio da educação em serviço. As ações devem ser planejadas, organizadas, desenvolvidas e avaliadas de forma constante, buscando sempre conciliar os objetivos organizacionais com as necessidades do paciente.

Neste entendimento, o cuidado aos idosos envolve ações promocionais e preservadoras da saúde, preventivas em relação a fatores de risco das doenças, de condições crônicas progressivas e degenerativas e reabilitação de capacidades funcionais.

As habilidades interativas para lidar com pessoas idosas são fundamentais para permitir captar e interpretar as crenças, valores e condições de vida, por meio da comunicação verbal e gestual.

Observa-se que a prática do cuidado ao idoso tem como metas a promoção da saúde, compensação dos déficits e incapacidades. O enfermeiro pode utilizar o Processo de Enfermagem para o planejamento, organização de ações sistematizadas, individualizadas e prioritárias para o atendimento das necessidades do paciente e sua família.

Horta (1979) refere que a enfermagem é a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente desta assistência quando possível, por meio do ensino do autocuidado. Subentende-se que ao atender as necessidades básicas do paciente presta-se o cuidado humanizado, e que para isso, é preciso planejar o cuidado, incorporar valores, costumes e hábitos do paciente, envolvendo-o no planejamento de seus cuidados.

O assistir em enfermagem tem como função fazer pelo homem aquilo que ele próprio não pode fazer por si só, e ajudá-lo quando estiver impossibilitado, orientá-lo, supervisioná-lo, observá-lo ou encaminhá-lo para outros profissionais quando se fizer necessário (HORTA, 1979).

A assistência de enfermagem visa atender às necessidades do paciente, por meio da sistematização do cuidado de enfermagem, devendo respeitar a individualidade do ser humano, sendo que possui seus valores, crenças e costumes.

Existe a necessidade de maior conhecimento teórico sobre o idoso por parte dos profissionais de enfermagem. A fim de ajudá-los a identificar e avaliar corretamente as demandas específicas desse grupo etário e melhorar suas condições de saúde é preciso minimizar as perdas e limitações desenvolvidas com o processo de envelhecimento, auxiliar no diagnóstico e tratamento das enfermidades que possam acometê-los e propiciar conforto nos momentos de angústia e fragilidade.

Para o desenvolvimento destas atividades, Duarte (2005), refere que o enfermeiro e sua equipe devem estar aptos a:

- avaliar a saúde física, psíquica e social do idoso e sua família, por meio da entrevista, do exame físico e da observação, determinando o grau de funcionalidade;
- analisar as informações e verificar qual o tipo de assistência necessária;
- elaborar o plano assistencial e metas a serem cumpridas visando à maximização das potencialidades do idoso no contexto em que está inserido;
- reavaliar a assistência ao idoso e sua família, revendo as intervenções estabelecidas;
- orientar idosos e familiares sobre o processo de envelhecimento e qualidade de vida;
- manter os idosos e familiares informados sobre o diagnóstico, tratamento e cuidados a serem realizados.

Gordilho et al. (2000) citam a importância da equipe de enfermagem em adotar os familiares ou as pessoas (cuidadores) que dão suporte ao idoso como totalidade do idoso atendido, para que os cuidados necessários possam ser acompanhados ou realizados por estes, de modo que a incapacidade, a dependência e a falta de autonomia possam ser minimizadas.

Não se pode negar que as mudanças decorrentes do envelhecimento alteram a autonomia e a independência do idoso. Além disso, inúmeros idosos que

apresentam incapacidades físicas de possível prevenção/reabilitação são vítimas do descaso da saúde pública no Brasil.

A presença de uma doença única não se aplica no processo de cuidado aos idosos, pois geralmente eles apresentam uma soma de sinais e sintomas, doenças agudas e crônicas. Ramos (1993) refere que 85% dos idosos apresentam pelo menos um tipo de doença crônica e 10% apresentam pelo menos cinco patologias.

Marcon et al. (2002) referem que as doenças crônicas apresentam peculiaridades como duração e risco de complicações, o que exige um rigoroso esquema de cuidados. Acrescentam ainda que a prevenção de seqüelas constitui um dos pontos fundamentais da atenção ao doente crônico, visto que podem resultar em incapacidades funcionais permanentes, principalmente quando o paciente é idoso.

Estudos têm demonstrado que a população idosa, em relação a outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que este maior custo não reverte em benefício, por causa de uma abordagem não muito adequada nos hospitais (BRASIL, 1999b).

Muitas vezes, a prática médica baseada em uma queixa principal e o hábito médico de tentar explicar todas as queixas e os sinais por um único diagnóstico não se mostram adequados para a população idosa. Assim, em acordo com o Estatuto do Idoso, torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais de saúde na área geronto-geriátrica, no sentido de se promover treinamento bem como fornecer orientações aos cuidadores informais e redes de apoio.

Dessa forma, faz-se necessário que a Enfermagem adquira conhecimentos específicos relacionados às alterações peculiares ao processo de envelhecimento e adeque os serviços para atender a demanda dessa população. Por causa do rápido desenvolvimento científico e tecnológico, passa-se a exigir do profissional enfermeiro a capacidade para lidar com um número expressivo de fatores técnico-administrativos. Necessitam, ainda, apropriar-se desses conhecimentos para o planejamento da assistência e dos serviços de enfermagem, que promovam a saúde, a longevidade e a máxima independência para manter a dignidade e o bem-estar do idoso.

O perfil profissional desejável, para atuar no mercado de trabalho atual, está fundamentado em três grupos de habilidades: as cognitivas que incluem o raciocínio lógico (capacidade de compreensão e seus conhecimentos gerais); as técnicas

especializadas (processo de trabalho) e as habilidades comportamentais e atitudinais (cooperação, iniciativa, empreendedorismo, motivação, responsabilidade, e a atitude permanente de aprender) (GONDIM, 2002).

Na enfermagem gerontológica, alguns atributos são necessários como: a capacidade de formar um relacionamento terapêutico com o idoso, considerar o idoso como pessoa única, possuir competência clínica, conhecer as alterações físicas e psicossociais do envelhecimento, ter capacidade de trabalhar com a supervisão dos membros da equipe (ROACH, 2003).

Para a gestão do cuidado ao idoso, faz-se necessário conhecer cada sujeito em sua unicidade e singularidade, o que facilita o planejamento dos cuidados e a liderança da equipe no atendimento de suas necessidades e especificidades. Nesse âmbito, os problemas necessitam ser tratados e as habilidades reforçadas.

Cabe ressaltar que, no presente trabalho, as palavras gestão e administração são consideradas como sinônimas. Entende-se por gestão as habilidades gerenciais que articulam conhecimento técnico, científico e ético especializado com a práxis de forma a atender as necessidades de saúde de uma determinada população. Segundo Merhy e Onocko (1997), gerenciar serviços de saúde é integrar ação e autogoverno dos sujeitos do trabalho. Gerenciar é capturar sujeitos para um trabalho e mais “construir sujeitos” que possam ser criativos, éticos, tecnicamente competentes e que hajam “em defesa da vida” das pessoas. No contexto do cuidado ao idoso, esses preceitos devem nortear as ações do enfermeiro que, via de regra, é líder da equipe e responsável pelos cuidados a essa população considerada vulnerável e pouco valorizada.

O gerenciamento do cuidado do idoso envolve planejamento, coordenação e monitoramento dos serviços de forma que venham ao encontro das necessidades dos idosos que apresentam (ou tem risco de apresentar) problemas físicos, emocionais e funcionais que podem dificultar ou impedir sua vida comunitária independente. O enfermeiro, que gerencia o cuidado, precisa avaliar as necessidades e os recursos disponíveis, liderar a sua equipe de forma a proporcionar ao idoso e à sua família todo atendimento possível.

A enfermagem gerontológica necessita promover a gestão do cuidado integral e atuar contra a fragmentação dos serviços. Faz-se necessário também proporcionar resultados melhores, com menos desperdícios, maior eficiência e experiência menos frustrante para os idosos e seus familiares, a fim de melhorar a

qualidade de vida e a assistência prestada para promover uma velhice digna e, o quanto possível, livre de riscos.

## 2.4 HOSPITALIZAÇÃO DO IDOSO

Os idosos hospitalizados, por causa das múltiplas modificações ocorridas no seu organismo (diminuição da reserva fisiológica e da capacidade de adaptação a meios não-familiares), tornam-se pacientes vulneráveis a complicações e perdas funcionais. Nesse sentido, a hospitalização causa impacto negativo na capacidade funcional (WARSHAM, 1982).

A hospitalização da pessoa é vivenciada muitas vezes como uma condição de passividade e impotência, podendo ser comparada a uma prisão, visto que durante a hospitalização o paciente é vestido com a roupa da instituição, exposto demasiadamente, ordenado para se levantar e deitar. Muitas vezes, o mesmo é informado sobre o quê e quanto deve comer, sobre quando poderá ter visitas, quem poderá visitá-lo e por quanto tempo. As discussões sobre as suas patologias entre os profissionais ocorrem geralmente, à frente dos doentes, como se fossem objetos inanimados. Enfim, há um comprometimento do processo decisório autônomo do paciente, e o mesmo é obrigado a cumprir as normas e rotinas hospitalares.

A hospitalização por si mesma é traumatizante, sendo que na velhice repercute o equilíbrio da vida da pessoa e os seus hábitos. Representa a quebra de vínculo com o ambiente domiciliar e com objetos domésticos, que interferem no seu sistema de adaptação precariamente mantido por causa das dificuldades enfrentadas pelo paciente face às novas situações (OLIVEIRAS, 1983).

Para Oliveiras (1983), a hospitalização pode representar ainda a proximidade com a morte e a expectativa de não voltar mais para o seu lar. Pode acarretar instabilidade emocional em virtude da doença, do prognóstico e do receio de rejeição por parte dos familiares quando retornar ao lar, principalmente quando ocorrem limitações decorrentes da situação de doença.

Por causa das mudanças que a hospitalização acarreta na vida do paciente, ele pode apresentar diferentes comportamentos, acompanhadas de reações de

insegurança, depressão, isolamento e a não-aceitação dos limites impostos pela sua doença e tratamento.

## 2.5 A OPINIÃO DO CLIENTE NO PROCESSO DE CUIDADO

Com a globalização, os modos de produção e de consumo passam por transformações e se voltam cada vez mais para vencer a competitividade. Dessa forma, as organizações devem estar estruturadas para aumentar a eficácia, alcançar a melhoria contínua nos processos de trabalho e na qualidade dos serviços oferecidos, com o objetivo de satisfazer os clientes (MATSUDA; ÉVORA; BOAN, 2000).

Os hospitais são empresas prestadoras de serviços. O enfermeiro, desde os primórdios da sua profissão (meados do Séc. XVIII), viu-se diante do desafio de ser líder e administrar o serviço de enfermagem. Essa dualidade tem sido foco de discussões entre os enfermeiros visto que, um dos principais agentes responsáveis pela melhoria da qualidade da assistência aos pacientes e aumentar a lucratividade da empresa não são tarefas fáceis.

Segundo Mezomo (2001), as organizações de saúde estão descobrindo o valor do cliente como fator de ganho e sobrevivência, e passam a se preocupar em dar ao cliente o respeito que lhe é devido como ser humano. Apesar de tardiamente, os hospitais estão integrando-se a este movimento de valorização da satisfação do cliente, por meio da melhoria da comunicação para a resolução de problemas, para se antecipar às necessidades, ouvir e sanar conflitos.

Observam-se também mudanças no comportamento dos usuários de serviços de saúde que com o fortalecimento da concepção de cidadania e de direitos de consumidor, passam a exigir e avaliar de forma mais efetiva a qualidade dos serviços fornecidos pelas instituições hospitalares, aumentando a exigência no contexto da relação entre os usuários, os profissionais de saúde e a empresa.

Apesar de já se falar na valorização do cliente nos processos de atenção à saúde, a enfermagem, na maioria das vezes, ainda atua segundo os pressupostos da administração clássica e científica destinados ao cumprimento de tarefas. O trabalho quando exercido desta forma, fragmenta o atendimento, verticaliza e

centraliza o processo decisório. Neste sentido, o enfermeiro assume o papel de controlador de pessoal e executor de tarefas, com o objetivo de maximizar a linha de produção. Contudo, se a enfermagem atuar de maneira a respeitar a singularidade e a unicidade do cliente, o seu trabalho seria mais eficiente, visto que o cuidado integral, focado no cliente, é sempre desejável e necessário (MATSUDA; ÉVORA; BOAN, 2000).

No âmbito da avaliação da satisfação do cliente na área da saúde, na década de 1990, as pesquisas para avaliar a satisfação do consumidor foram estendidas para outro tipo de cliente – o paciente. Segundo Silva e Formigli (1994), a satisfação do cliente pode estar relacionada a vários fatores que se desenvolvem em vários níveis de complexidade, e ocorrem desde o cuidado individual (relação profissional/usuário), em que é levada em consideração a relação que se estabelecem entre prestadores e usuários, bem como características relacionadas à técnica e ao cuidado em si. Já, quando se trata de avaliar um sistema de saúde ou distritos sanitários (municipais, estaduais e nacionais de saúde); ganham importância a acessibilidade, a cobertura e a equidade.

A satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que ele tem sobre o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente. A satisfação pode se relacionar com aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.) e também podem se referir às suas representações sobre o processo saúde/doença (SILVA; FORMIGLI, 1994).

No contexto da qualidade na saúde, Donabedian (1986), ao referir-se à qualidade da assistência prestada ao paciente, aponta quatro componentes que influenciam diretamente na qualidade do serviço: acesso, continuidade, coordenação e satisfação do cliente. Esse autor afirma que a satisfação é de fundamental importância como uma medida de qualidade da atenção porque proporciona informações sobre a capacidade do provedor em alcançar os valores e expectativas do paciente que são assuntos sobre os quais eles são as autoridades. A medição da satisfação é um instrumento valioso para a investigação, administração e planejamento.

Ao transpor a fala de Donabedian (1986) para o contexto do cuidado ao idoso, é necessário que quem presta o cuidado ouça o idoso quanto à sua satisfação e necessidades, em relação a seu atendimento pela enfermagem. Esse

fato é importante visto que a opinião do cliente consiste na mais importante fonte de informações nos processos de melhoria do cuidado.

De acordo com Tahara et al. (1997), atualmente, os usuários dos serviços de saúde não querem ser tratados como meros objetos dependentes dos profissionais da área de saúde. Eles exigem que sejam envolvidos nas tomadas de decisões relativas às doenças, principalmente em se tratando de doenças crônicas, das quais os pacientes já têm certos conhecimentos acerca dos problemas e procedimentos invasivos, que requerem atenção específica do desejo ou não do próprio paciente. Nesse sentido, tem-se que ao utilizar o paciente como avaliador dos serviços de saúde, está instrumentalizando-o para o exercício da cidadania e da autonomia, quesitos importantes para todo ser humano e em especial para o idoso.

### 3 DIREITOS DOS IDOSOS

No Brasil, as mudanças ocorridas no setor saúde tiveram maior expressividade a partir da reforma constitucional de 1988, chamada de constituição cidadã. Essa reconhece os direitos do homem e assume importância vital ao cuidar da proteção do indivíduo por parte do Estado.

Segundo a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), no Capítulo I, Artigo 196, a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve ser assegurada mediante políticas sociais, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços.

Para garantir os direitos à saúde da população, no início da década de 90 foram promulgadas as Leis Federais 8.080 e 8.142 as quais contemplam a implementação do SUS. As bases do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporam princípios doutrinatórios relacionados à universalização, equidade e integralidade. Segundo Cunha e Cunha (2001), a universalização garante o direito à cidadania de todas pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito. Envolve a garantia de acesso a benefícios e serviços a toda a população independente de sexo, raça, renda, ou outras características. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade esses princípios.

A equidade tem o objetivo de diminuir desigualdades. Está relacionada a tratar os diferentes nas suas diferenças, pois as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Equidade propõe tratar desigualmente os desiguais, para investir mais onde a carência é maior.

Já, a integralidade contempla pelo menos quatro perspectivas: integração de ações de promoção, prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, que compõem os níveis primário, secundário e terciário de assistência, e facilitam a articulação da saúde com outras políticas públicas de modo a assegurar uma atitude intersetorial que garante o atendimento do indivíduo nas suas necessidades (CUNHA; CUNHA, 2001).

No nosso cotidiano, para a atenção à saúde com qualidade, faz-se necessário agir seguindo alguns princípios éticos.

A ética se origina da palavra grega *éthos* que significa caráter e que foi traduzida para o latim como “mos”, que significa costume. Atualmente, a ética está

relacionada à ciência da moral e compreende um conjunto de princípios que regulamentam os direitos e deveres de cada um de nós e que são aceitos por uma comunidade humana em um determinado período (GOLDIM, 2006a).

A bioética surgiu em meados do século passado, a partir dos grandes avanços tecnológicos na área biológica e dos problemas éticos derivados das descobertas e implicações do poder das intervenções sobre a vida humana. A bioética pode ser considerada como “o estudo sistemático de caráter multidisciplinar, da conduta humana na área das ciências da vida e da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais” (FORTES, 1994).

Para a abordagem de dilemas éticos, na saúde, segundo Beauchamp e Childress (1994), a bioética se sustenta em quatro princípios: da beneficência, da não-maleficência, da autonomia e da justiça.

O princípio da beneficência está relacionado ao dever de ajudar, fazer o bem e não causar danos. No contexto do idoso, relaciona-se ao fato de agir com responsabilidade, ajudá-lo, respeitá-lo nas suas limitações e auxiliá-lo sempre que precisar de apoio.

No cotidiano da enfermagem, para a utilização desse princípio é imprescindível o desenvolvimento de competências profissionais, a fim de não expor os pacientes a riscos devido a determinadas atitudes ou procedimentos. No entanto, não se deve assumir atitude paternalista, ou seja, decidir pelo que é melhor para o paciente sem saber a sua opinião e não permitindo que exerça a sua autonomia.

O princípio da não-maleficência implica em não causar danos ao paciente, ou colocá-lo em situação de risco. Deve-se verificar se determinada técnica/procedimento oferece riscos, se existe alguma forma de prevenir ou evitar os mesmos.

O princípio da autonomia está relacionado ao poder de decidir sobre si mesmo, ao direito de se autogovernar e escolher. Em relação à autonomia do idoso, não é raro ouvir que eles já não sabem o que pensam ou o que fazem, sendo muitas vezes destituídos de poder decisório. Respeitar a autonomia do idoso significa reconhecer o seu ponto de vista.

Cabe aos profissionais de saúde fornecer informações sobre os procedimentos técnicos para orientar as decisões do cliente, para que possam participar da deliberação do seu tratamento e cuidados a ele prestados.

O princípio da justiça está relacionado à distribuição justa e eqüitativa de deveres e benefícios sociais. A Constituição de 1988 refere que a saúde é um direito de todos os cidadãos. Em relação aos idosos, observa-se, no cotidiano, a discriminação e o preconceito contra os idosos que vão desde um embate para conseguir uma consulta médica, um leito hospitalar, um leito de Unidade de Terapia Intensiva etc... sendo que quando os recursos são escassos a prioridade de atendimento geralmente é o jovem, pois em nossa sociedade ainda impera o utilitarismo, em que, acreditam que só vale investir no que é novo e promissor, e que nesse contexto o idoso fica em segundo plano, pois não produz mais socialmente.

Conhecendo esses quatro princípios, pode-se utilizá-los em situações de conflito, sendo que os princípios morais e éticos devem guiar as atitudes dos envolvidos para que os direitos dos pacientes sejam respeitados.

Os direitos dos pacientes, em especial os dos hospitalizados, compreendem principalmente um atendimento atencioso e respeitoso; o direito a ser identificado pelo nome, à dignidade pessoal, ao atendimento de suas necessidades básicas, ao sigilo ou segredo profissional; o direito de conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento; o direito à informação clara, e de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado ou descartável (DIREITOS..., 1995).

O paciente tem direito ainda de receber informações sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico numa linguagem acessível, de recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências dessa opção e, também, de reclamar daquilo que discorde, sem que a qualidade de seu tratamento seja alterada; tem direito a ter o seu diagnóstico e tratamento por escrito, de forma legível e clara, entre outros (DIREITOS..., 1995).

Vários direitos humanos foram conquistados a partir da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), sendo que a partir dos anos noventa foram criadas algumas leis que asseguram o direito do idoso. Como exemplo tem-se a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1999b) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

### 3.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

No Brasil, a partir das últimas duas décadas do século XX, intensificam-se as discussões sobre o envelhecimento populacional e suas conseqüências na área socioeconômica e da saúde.

Segundo Motta (2004), precedente à criação da Política Nacional do Idoso (PNI), ocorreu a criação do Serviço Social do Comércio (SESC) que, em 1946, passou a atuar na assistência social ao idoso. Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), criou a internação custodial para aposentados e pensionistas com 60 anos ou mais. Nessa mesma época, o Governo Federal estabeleceu a renda mensal vitalícia.

No ano de 1976, o governo promoveu o Seminário Nacional sobre Política Social da Velhice, que originou o documento “Política Nacional para o Idoso: Diretrizes Básicas”, com a proposta de implantar um sistema de mobilização comunitária, criar serviços especializados, rever o sistema previdenciário, entre outros. Nesse momento, a Fundação Legião Brasileira de Assistência (FLBA) assumiu a responsabilidade de assistência social à população idosa.

Foi a partir da Constituição de 1988 que os idosos passaram a ter algumas conquistas sociais importantes, destacando-se a Lei Orgânica da Assistência Social n.º 8742/93, promulgada em dezembro de 1993. A referida Lei garante um salário mínimo mensal ao idoso, prevê benefícios, serviços, programas e projetos de atenção, com responsabilidade das três esferas (BRASIL, 2002).

Em 4 de janeiro de 1994, foi sancionada a Lei 8.842/94 (BRASIL, 1999b), cuja regulamentação ocorreu em 1996, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNI), envolvendo oito ministérios: Previdência e Assistência Social, Cultura, Educação e do Desporto, Justiça, Saúde, Trabalho, Planejamento e Orçamento, Indústria, Comércio e Turismo. Coube aos referidos ministérios regulamentar e direcionar as competências dos diversos setores da administração pública para garantir os direitos dos idosos.

Tendo por base a PNI, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), através da Portaria 1395, de 09 de dezembro de 1999, fundamentada na Lei Orgânica 8.080/90 e na Lei 8.842/94 (BRASIL,

1999b). A referida Portaria enfatiza a autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso, define diretrizes para direcionar as ações e responsabilidades no que se refere à saúde e determina a cada instituição sua responsabilidade, para viabilizar sua operacionalização.

Segundo Gordilho et al. (2000), o objetivo dessa política é promover o envelhecimento saudável, o que significa manter a capacidade funcional, a autonomia e o melhor nível de qualidade de vida possível.

A partir da filosofia do envelhecimento saudável, a PNSI aponta algumas diretrizes para:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- o apoio a estudos e pesquisas.

A partir do que foi exposto, nota-se que o exercício dos direitos do idoso é uma questão fundamental para obter a cidadania e a justiça social. Desse modo, as políticas de saúde tendem para o atendimento das demandas sociais, que no contexto atual se destacam pelo aumento da população idosa, das doenças crônicas e maior utilização dos serviços de saúde.

Segundo Bretas (2003), no que tange ao atendimento desta população, nem sempre o acesso universal à saúde está assegurado, visto que a falta de capacitação de profissionais na área de geriatria e gerontologia implica em enfoques equivocados de assistência.

O cuidado do idoso é, por definição, abrangente e envolve intervenções em diferentes níveis de atenção e espaços institucionais, incluindo unidades de internamento, hospital-dia e centros para cuidado prolongado. Assim, para viabilizar um cuidado qualificado ao idoso, pressupõe-se que precisam ser alterados alguns conceitos que permeiam a conduta dos profissionais envolvidos no processo.

No que se refere às mudanças nos conceitos acerca do cuidado ao idoso, faz-se importante o apoio institucional aos profissionais por meio da adoção de uma filosofia que prima pela humanização e qualidade dos serviços, de forma que a

administração hospitalar tome como desafio a humanização em seus múltiplos aspectos.

### 3.2 O ESTATUTO DO IDOSO

Sabe-se que os idosos são os maiores usuários dos serviços de saúde, e suas características devem ser conhecidas para que haja planejamento de intervenções de saúde.

Em 1º de outubro 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, pela Lei 10741, a fim de direcionar ações com o objetivo de garantir proteção à vida e à saúde às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso, nas disposições preliminares, em seu Artigo 3º determina:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, uma vez que apresenta a integralidade das ações estabelecidas (BRASIL, 2003, p. 1).

No que se refere à área da saúde, o capítulo IV do referido Estatuto dispõe sobre o Direito à Saúde. Dentre os seus artigos destacam-se:

Artigo 15: É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Segundo esse estatuto, a atenção à saúde do idoso será efetivada através de cadastramento da população, atendimento especializado, unidades de referência e atendimento domiciliar àqueles que necessitem e estejam impossibilitados de se locomover e reabilitação para redução de seqüelas resultantes dos agravos em saúde.

Artigo 16: “Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico”.

Artigo 17: “Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável”.

O Artigo 18 destaca a disposição que contempla que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”.

Para Motta (2004), as dificuldades relacionadas à implantação do Estatuto e demais leis pertinentes ao idoso vão desde a captação de recursos, ao fortalecimento de um sistema de informação capaz de gerar dados fidedignos para a análise desta população, estendendo-se à falta de capacitação de recursos humanos para a construção de políticas mais efetivas.

Há muito a ser feito, pois desde a sua formulação muitas dessas diretrizes ainda não foram implementadas. Dessa forma, cabe à população idosa e aqui se acrescenta a sociedade em geral, cobrar os seus direitos.

De acordo com o Estatuto do Idoso, cabe ao SUS garantir o atendimento com qualidade aos idosos em todos os níveis de atenção à saúde, assegurando a especificidade que este segmento etário requer, através da capacitação dos recursos humanos. Nesse contexto, se a longevidade está ocorrendo, espera-se também aumento no número de doenças crônico-degenerativas e conseqüentemente de cuidados hospitalares. Mediante esse fato, os cursos de enfermagem devem possibilitar formação profissional voltada ao atendimento de qualidade à população idosa, conforme já preconizado nas Diretrizes Curriculares da Enfermagem (BRASIL, 2001) no seu art. 3º o qual define que o profissional dessa área deve ser capaz de conhecer e intervir nas situações de saúde-doença mais prevalentes à realidade epidemiológica da sua região de atuação.

O enfermeiro, pela sua formação e pelas habilidades adquiridas no seu cotidiano de trabalho, é o profissional que detém a maior oportunidade de perceber as necessidades em relação ao cuidado que deve ser dispensado aos doentes. Por ser o profissional capacitado para a realização do planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem

(BRASIL, 1987), é de sua competência a responsabilidade pela garantia dos direitos dos idosos hospitalizados por parte da sua equipe de trabalho.

É inerente ao profissional enfermeiro o papel de gerente/gestor de serviço, portanto cabe a ele(a) zelar por todo o processo de trabalho da sua equipe, mediante à otimização dos recursos materiais e à qualificação da sua equipe. A função gerencial do enfermeiro deve objetivar a prestação de uma assistência eficaz e permitir a satisfação e o desenvolvimento dos profissionais. A garantia de um ambiente de trabalho harmonioso e adequado, para a realização das atividades de cuidado, de forma a viabilizar o atendimento às necessidades de saúde e cumprimento dos direitos dos clientes que são fatores a serem valorizados pelo enfermeiro no gerenciamento do seu serviço.

## 4 JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver o presente tema deve-se ao fato de que nas últimas décadas verificou-se aumento no número de pacientes idosos internados nos hospitais, geralmente portadores de doenças crônicas e outros problemas comuns da velhice, o que lhes acrescenta maior vulnerabilidade.

As dificuldades vivenciadas por enfermeira atuante, na gestão do cuidado ao idoso, de forma humanizada e eficiente, junto à equipe de saúde, é fator que também impulsiona à realização do presente inquérito.

Algumas leis como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Carta dos Direitos do Paciente (DIREITOS..., 1995) são direitos que devem ser respeitados por todos os profissionais no atendimento ao idoso hospitalizado, porém verifica-se no dia-a-dia que poucos desses direitos são respeitados.

Observa-se que diversas situações relacionadas à vulnerabilidade do idoso perpassam por problemas éticos que se relacionam desde o embate para conseguir um leito hospitalar até o desrespeito ao idoso como pessoa e ser humano.

Sabe-se que todo paciente tem direito a ser reconhecido como cidadão o que subentende que o mesmo tem direito de participar das decisões sobre o seu tratamento. Contudo, o que se observa é que nem sempre os direitos das pessoas idosas são reconhecidos e respeitados.

Segundo Duarte (2005), ser cidadão é ter direitos e deveres. São direitos do cidadão: a vida, a saúde, a educação, moradia, lazer, transporte, segurança, saneamento ambiental, trabalho, lazer, salário, liberdade, igualdade e justiça.

Os pacientes idosos, quase sempre, são considerados rebeldes, chatos, que reclamam muito. Porém, os profissionais preferem atribuir a esses pacientes estereótipos, ao invés de buscar conhecimento sobre síndromes geriátricas e as principais questões que envolvem a vida e as doenças dessa população.

Muitos profissionais de enfermagem incorporam estigmas criados acerca do idoso, tais como: a teimosia, a rebeldia, a lentidão e passam a considerar os idosos como dependentes, inúteis, vulneráveis, dentre tantos outros. Deste modo, esses profissionais concebem as solicitações, os desejos e as expectativas dos idosos frente às suas necessidades de saúde, como caprichos ou vaidades pessoais,

menosprezando os direitos dos seres humanos em serem atendidos em sua totalidade e singularidade.

Além da falta de conhecimento dos profissionais em relação às especificidades do cuidado ao idoso, muitas vezes ouve-se que “não vale a pena investir”, visto que é uma pessoa idosa e quando não há recursos suficientes para todos, entre o jovem e o velho, a prioridade de atendimento é para o jovem.

Durante a hospitalização, os idosos, além de vivenciarem as mudanças advindas dessa fase da vida, estão fora de sua residência em um ambiente estranho, muitas vezes distante de pessoas queridas e de objetos que fazem parte do seu cotidiano. Assim, sua autonomia pode estar diminuída, não raras vezes, devido ao temor que têm dos profissionais, acarretando submissão, levando-os a não se queixarem do que lhes sucedem, temendo ser mal tratados em represália a suas queixas.

Vale destacar que a inadequação das informações a uma linguagem acessível ao entendimento do idoso ou pela omissão da verdade, resulta em desconsideração por suas escolhas.

Considera-se que não é mais aceitável que o idoso hospitalizado seja objeto passivo da assistência de enfermagem. Assegurar os direitos dos idosos implica em conhecê-los na sua singularidade e unicidade. Para tanto, faz-se necessário um estudo com idosos hospitalizados a respeito do cuidado que lhe é prestado pela enfermagem para que a gestão desse serviço seja capaz de promover melhorias à saúde da clientela idosa.

Mediante a problemática apresentada e sabedores da necessidade da enfermagem em buscar dados acerca do atendimento ao cliente idoso no que tange ao cumprimento da legislação pertinente a eles é que foi motivada a realização desse estudo.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 GERAL

- Conhecer sob a ótica da legislação específica, o atendimento da enfermagem à clientela idosa hospitalizada.

### 5.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos participantes do estudo;
- verificar se o cuidado de enfermagem ao cliente idoso corresponde aos preceitos estabelecidos no Estatuto do Idoso e na Carta dos Direitos do Paciente;
- levantar as principais qualidades ou requisitos que os profissionais de enfermagem devem ter ao cuidar do idoso;
- sugerir ações para a gestão do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado com vistas ao cumprimento dos seus direitos.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório de abordagem quantitativa. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o principal objetivo da pesquisa descritiva é a elucidação dos fenômenos relacionados à profissão de enfermagem. Segundo essas autoras, esse tipo de estudo tem como finalidade observar, classificar e descrever as características de um fenômeno.

A pesquisa exploratória mais do que observar e descrever tem como finalidade desenvolver, esclarecer a natureza complexa e outros fatores com os quais o fenômeno está relacionado. Segundo Gil (1999), a pesquisa exploratória modifica e esclarece conceitos e idéias, visando à formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

### 6.2 LOCAIS DO ESTUDO

Os dados foram coletados em dois hospitais públicos, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), situados na região noroeste do Estado do Paraná.

### 6.3 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS EM ESTUDO

Um hospital de Ensino (subsidiado pelo governo do Estado) foi inaugurado no dia 28 de outubro de 1988, mas as suas atividades foram iniciadas em 20 de janeiro de 1989. Esse hospital foi planejado para atender aproximadamente 200 leitos. A instituição possui, atualmente, 121 leitos, presta serviços às regiões circunvizinhas e está vinculada à universidade estadual. A média de internações mensais em todo o hospital é de 655, possui um ambulatório que atende a diversas

especialidades cuja média de atendimento é de 2.000 consultas ambulatoriais. A média de atendimento no setor de pronto-socorro é de 4.100.

O campo da pesquisa constituiu-se de uma unidade de internação de clínica médica com 15 leitos, destinados a pacientes adultos, internados para tratamento clínico das mais diversas especialidades. O quadro funcional da equipe de enfermagem era formado por cinco enfermeiros e 15 auxiliares de enfermagem, sendo que o número de internações neste setor é de 30 a 36 por mês e as patologias predominantes são aquelas de caráter crônico.

O outro hospital que é municipal foi inaugurado em 07 de abril de 2002, com 20 leitos em clínica médica para os serviços de internação e 15 leitos para pediatria. A instituição foi constituída para suprir a demanda de pacientes do município nestas especialidades. Em setembro de 2003, foi iniciado o serviço de emergência psiquiátrica. Atualmente, possui 50 leitos, cujo campo de pesquisa constitui-se de uma unidade de internação de clínica médica com 20 leitos destinados a pacientes adultos internados para tratamento clínico.

O quadro funcional da equipe de enfermagem deste setor era formado por 5 enfermeiros e 20 auxiliares de enfermagem para atender aproximadamente 80 a 87 clientes por mês. As patologias predominantes também são aquelas de caráter crônico.

A média de internações mensais no segundo hospital é de 220, e a média de atendimento no setor de pronto-atendimento é de 9.500 consultas.

Observa-se que em ambas as instituições não existiam uma unidade de internação geriátrica, como recomenda a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999b).

Havia pacientes de várias idades portadores de diversas patologias, sendo separados por sexo nas diversas enfermarias. Ambas as instituições atendem unicamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 6.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2006. A entrevista no domicílio ocorreu nos primeiros quinze dias pós-alta hospitalar por ser considerado o período recordativo de doenças e contatos com serviços. Esse

período é adotado na maioria dos estudos com menor perda devido a falhas de memória (CARTWRIGHT, 1983).

## 6.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O critério para a definição de população idosa foi a idade cronológica de 60 anos e mais, por ser considerada como a idade inicial da etapa de envelhecimento (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1990). A população desse estudo compôs-se de idosos de ambos os sexos, com 60 anos e mais de idade que receberam alta hospitalar da Clínica Médica dos referidos hospitais no período contemplado.

Os critérios para a participação dos sujeitos na pesquisa foram: possuir idade igual ou maior a 60 anos, estar orientado no tempo e espaço, ter capacidade de comunicação (verbal ou escrita), ser cliente atendido pelo SUS e ainda residir na área urbana da cidade onde o estudo se processou.

Outro critério é que o paciente deveria ter ficado internado por mais de quatro dias para a experiencição da hospitalização, sendo que assim seria cuidado pela equipe dos diversos plantões e turnos.

Ao longo da coleta de dados foram consultados 99 prontuários em ambos os hospitais. Destes, 72 não atenderam aos critérios de seleção. Desta forma, a amostra do estudo foi composta por 24 pacientes sendo 21 do Hospital Público Municipal e 3 do Hospital de Ensino.

No hospital público municipal, dos 69 prontuários avaliados, 41 pacientes não atenderam aos critérios de seleção pelas seguintes razões: dez não residiam no município em estudo, dez pacientes apresentavam problemas cognitivos ou de comunicação insatisfatória, que não os permitia responder ao Questionário (APÊNDICE A). Não foi encontrado o endereço de dois indivíduos, e dois não estavam em casa nas três vezes que a pesquisadora tentou contato; sete pacientes tiveram o seu período de internação inferior a quatro dias, 6 pacientes foram transferidos para outras instituições e 4 foram a óbito.

Houve ainda sete recusas em participar do estudo, sendo 5 ainda no ambiente hospitalar antes da alta. Duas recusas ocorreram depois da alta, já no

domicílio, pois, os pacientes referiram não estar se sentindo bem e por isso não quiseram responder ao Questionário.

No Hospital-Escola, dos 30 pacientes avaliados, 24 não atenderam aos critérios de seleção, sendo que 12 não residiam no município. seis pacientes apresentavam problemas cognitivos ou comunicação insatisfatória, 1 paciente teve o seu período de internação inferior a quatro dias, 1 paciente foi transferido para outro setor e um foi a óbito. Houve ainda três recusas em participar do estudo.

## 6.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi encaminhada uma cópia do Projeto de Pesquisa ao Hospital-Escola para apreciação e autorização do Superintendente e ao Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) para autorização da pesquisa no hospital público municipal.

Após a obtenção da autorização, o projeto foi cadastrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e encaminhado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa – COPEP da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Paraná, em atenção à Resolução 196/96 CNS/MS (BRASIL, 1996) que disciplina a pesquisa com seres humanos.

Os sujeitos pesquisados receberam explicações acerca da pesquisa com ciência de que a participação era voluntária, não implicava em desconforto ou risco e ainda que a desistência era permitida a qualquer momento que o respondente desejasse. Antes do início da entrevista, os sujeitos assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE B). Uma cópia do Termo ficou de posse da pesquisadora e a outra foi entregue ao pesquisado.

Foi solicitada ainda a permissão para a gravação da entrevista para a manutenção dos discursos na íntegra.

## 6.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um Questionário estruturado (APÊNDICE A) denominado “O Atendimento da Enfermagem ao Cliente Idoso Sob a Ótica dos Direitos Instituídos”, que contém 30 questões (abertas, mistas e fechadas). A primeira parte do Questionário foi composta por 11 questões, sendo: duas fechadas, sete mistas e duas abertas, relacionadas a dados pessoais, socioeconômicos e culturais dos entrevistados.

A segunda parte, denominada de Parte Específica intitulada “Legislação e direitos do paciente idoso”, foi composta por quatro subtemas que se referem ao atendimento dos direitos do paciente. Nessa parte contém oito questões referentes ao direito à informação, ao direito a acompanhante (uma questão), direito a sigilo e apoio espiritual (duas questões), e expectativas do cliente (duas questões).

O referencial teórico de base para elaboração do instrumento de coleta de dados deste estudo foi a Carta dos Direitos do Paciente (DIREITOS..., 1995), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no que diz respeito aos deveres dos profissionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000) e o Estatuto do Idoso capítulo 4 do Direito à Saúde (BRASIL, 2003).

## 6.8 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento, após sua elaboração, foi validado por sete juízes, sendo eles enfermeiros, professores universitários e doutores em enfermagem, com conhecimento na temática pesquisada.

Para melhor compreensão do estudo pelos juízes, foi enviado junto ao Questionário o provável título do trabalho, seus objetivos e o procedimento para a coleta de dados. Esses juízes foram instruídos a analisarem o Questionário quanto ao conteúdo, forma de apresentação, clareza, compreensão e pertinência.

Após o cumprimento dessa etapa, as sugestões foram acatadas e a seguir realizou-se um estudo piloto com cinco idosos hospitalizados.

O estudo piloto não sugeriu mudanças para o instrumento sendo apontado pelos mesmos como de fácil entendimento.

## 6.9 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

O acesso dos idosos para a entrevista na instituição hospitalar foi realizado, inicialmente, através da consulta ao prontuário para verificar os leitos dos pacientes com 60 anos e mais de idade.

Foi realizada a coleta de dados nos prontuários, em relação ao número do leito, nome, idade, data de internação. Feita esta primeira seleção, a pesquisadora conversou com os idosos para verificar se os mesmos atendiam os critérios estabelecidos para fazer parte da amostra. A partir disso, a pesquisadora abordava o cliente (idoso), explicava os objetivos do estudo, a metodologia a ser utilizada e averiguava o seu interesse em participar do estudo.

Feita a primeira seleção, ainda no hospital, foi realizada nova consulta ao prontuário para verificar o seu diagnóstico médico e dados referentes à moradia do entrevistado (localização, telefone, entre outros).

Após a identificação dos pacientes e o aceite em participar do estudo, foi agendado o dia e o horário mais adequados para a coleta dos dados que foi efetuada em seu domicílio nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar,

O sujeito da pesquisa (idoso), respondeu ao questionário para à pesquisadora, em ambiente privativo. A pesquisadora, além de registrar as respostas gravou todas as informações. Ao final da entrevista, foi permitido ao cliente ler ou ouvir as suas respostas para validação das mesmas. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos.

## 6.10 TRATAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram agrupados e contabilizados por frequência e porcentagens simples. A apresentação dos resultados quantitativos será na forma de Tabelas, Gráficos e Quadro, cuja tabulação dos dados será utilizado o programa Excel.

A análise dos dados será efetuada com base em publicações de autores que abordam o tema e a legislação vigente.

Para maior elucidação dos dados coletados, foram citadas algumas falas dos entrevistados e para a manutenção do anonimato, os entrevistados foram identificados com a letra H (para homens com número de um a oito) e M (para mulheres com número de 1 a 16).

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Em relação ao sexo dos entrevistados, dezesseis eram do sexo feminino e oito do sexo masculino. Na Tabela 1 consta a distribuição dos idosos de acordo com o sexo e faixa etária.

Tabela 1 – Distribuição de freqüências dos idosos segundo a faixa etária e sexo. Maringá – PR, 2005.

Idade (anos)	Sexo		Total			
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	N	%	N	%	N	%
60-69	7	29,2	4	16,7	11	45,8
70-79	6	25,0	2	8,3	8	33,3
80 e mais	3	12,5	2	8,3	5	20,9
Total	16	66,7	8	33,3	24	100,0

Observa-se, na Tabela 1, que há maior proporção de mulheres 16 (66,7%) em relação aos homens oito (33,3%), em todas as faixas etárias. A maior freqüência das mulheres ocorreu na faixa etária de 60 a 69 anos com sete (29,2%), seguida da faixa etária de 70 a 79 anos, com seis (25,0%). Três (12,5%) mulheres se enquadraram na faixa etária de oitenta ou mais anos. Entre os homens, quatro (16,7%) tinham entre 60 a 69 anos, seguido de dois (8,3%) com idade entre 70 e 79 anos e também dois (8,3%), com 80 anos e mais de idade.

Os dados encontrados corroboram com o panorama de feminilização do envelhecimento que segundo Berquó (1986), se deve ao fato de as mulheres apresentarem condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos no trabalho, maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde, melhor conhecimento destes e maior utilização dos serviços de saúde. Apesar disso, de acordo com Veras, Ramos e Kalache (1987), em virtude da ascensão das mulheres no mercado de trabalho, vários fatores de risco que predominavam no sexo masculino, se estenderão às mulheres, devido à incorporação de alguns valores na sua luta por igualdade de oportunidades e ampliação do seu espaço.

As características socioeducacionais dos idosos são demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos, segundo dados sócio-educacionais. Maringá – PR, 2006.

Variável	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
<b>Estado Conjugal</b>				
Solteiro	2	12,5	-	-
Casado	4	25,0	3	37,5
Separado	3	18,7	3	37,5
Viúvo	7	43,8	2	25,0
<b>Total</b>	16	100,0	8	100,0
<b>Escolaridade</b>				
Não sabe ler e escrever	10	62,5	3	37,5
Sabe ler/ escrever	-	-	1	12,5
Ensino fundamental incompleto	4	25,0	2	25,0
Ensino fundamental completo	1	6,25	2	25,0
Ensino médio incompleto	1	6,25	-	-
Ensino médio completo	-	-	-	-
Ensino superior	-	-	-	-
<b>Total</b>	16	100,0	8	100,0
<b>Possui Religião</b>				
Sim	16	100,0	8	100,0
Não	-	-	-	-
<b>Total</b>	16	100,0	8	100,0
<b>Praticantes</b>				
Sim	13	75,0	4	50,0
Não	3	25,0	4	50,0
<b>Total</b>	16	100,0	8	100,0

A Tabela 2 apresenta que a maior proporção de viuvez está entre as mulheres, ou seja, sete (43,8%) em relação aos homens dois (25%). Este fator, segundo Veras, Ramos e Kalache (1987), deve-se ao aumento da expectativa de vida ao nascimento, que apesar de contemplar ambos os sexos, é mais significativa para as mulheres do que para os homens, caracterizando o fenômeno de feminilização da velhice. As mulheres, como vivem mais que os homens, têm maior probabilidade de ficarem viúvas e viverem sozinhas.

Sete entrevistados informaram ser casados. Destes, quatro (25%) eram mulheres e três (37,5%) eram homens, havendo maior proporção de homens casados, isto pode ser explicado devido ao fato de geralmente os homens retornarem mais ao casamento após a viuvez que as mulheres. Dentre as 16 mulheres, três (18,7%) são separadas e três (37,7%) dos homens também estavam em igual situação. Duas (12,5%) declararam-se solteiras e nunca ter contraído matrimônio.

Quanto ao grau de instrução, entre as mulheres 10 (62,3%) relataram não saber ler e nem escrever. Já, entre os homens, três (37,5%) encontravam-se na mesma situação. Ao analisar estes dados distribuídos por sexo, a situação de analfabetismo assume maiores valores (62,3%) entre as mulheres. Acredita-se que isso pode ser explicado devido aos valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, em que as mulheres assumiam o papel domiciliar, aliada a dificuldade de acesso ao sistema educacional, pois possivelmente essa geração de idosos, dessa região, vivia na zona rural quando estavam em idade de escolarização.

Em menor número, cinco (31,25%) das mulheres e quatro (50%) dos homens tiveram a escolaridade interrompida no ensino fundamental. Apenas um homem referiu saber ler e escrever, mas nunca freqüentou a escola.

O nível mais elevado de escolaridade encontrado foi entre as mulheres visto que uma (6,25%) referiu ter cursado o ensino médio, mas que não chegou a completá-lo. Nenhum dos pesquisados relatou possuir ensino médio completo ou curso superior.

Considerando que o ensino fundamental corresponde a quatro anos de escolaridade e que nove (37,5%) dos entrevistados possuíam entre o ensino médio e o fundamental, percebe-se que esse dado corrobora com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2004), que apontam que os anos de estudo das pessoas brasileiras se situam, na maioria, entre quatro e sete anos. Dentre os idosos, a média no Brasil, é de 2,7 anos.

No que tange à religião, a totalidade dos pacientes declarou que possuía religião. Desses, 17 (70,8%) referiram ser praticante e sete (29,2%) referiram não ser praticante. A maioria relatou que ultimamente não tem ido à igreja devido à doença e a dificuldade em deambular. Dentre os que possuem religião, 13 (54,2%)

mencionaram freqüentar a igreja católica, 10 (41,7%) referiram que são evangélicos e um (4,2%) referiu ser espírita.

Segundo Lima-Costa et al. (2003), a situação socioeconômica desempenha papel essencial na determinação da saúde de indivíduos e populações. Estudos realizados por esses autores mostram que os idosos com baixa renda apresentam piores condições de saúde (interrupção de atividades devido a problemas de saúde, doenças crônicas, pior função física) e menor procura por serviços de saúde (médicos e odontológicos).

Na seqüência, constam no Gráfico 1 dados relacionados à moradia do idoso (própria, alugada, cedida ou se mora com parentes).

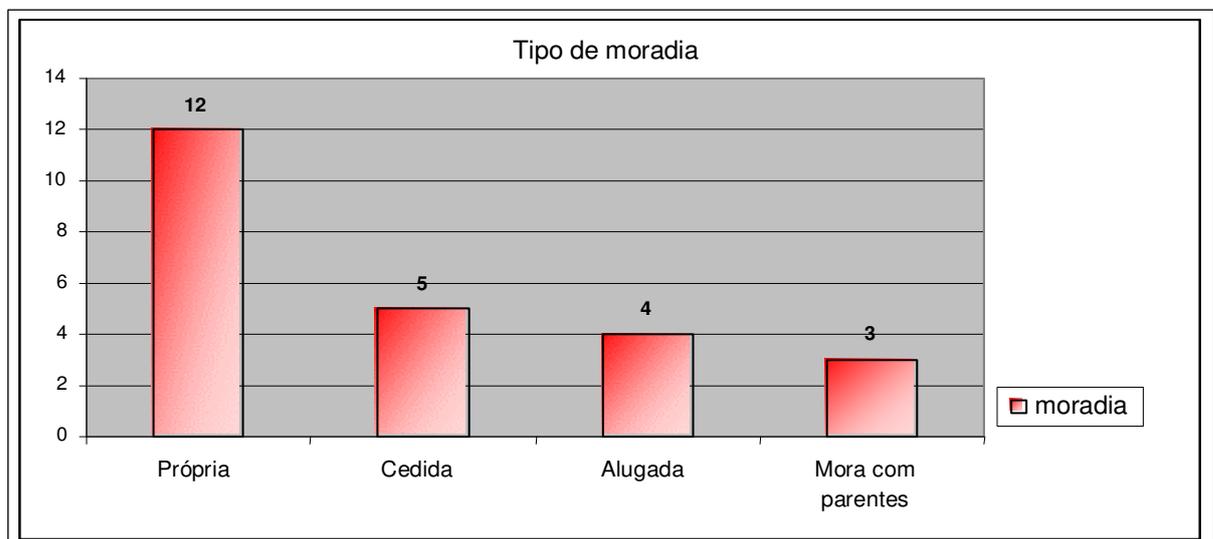


Gráfico 1 – Distribuição dos idosos, de acordo com a habitação. Maringá, PR, 2006.

Com relação à habitação, é demonstrado no Gráfico 1 que 12(50%) dos idosos referiram possuir casa própria.

Dentre o total de idosos, cinco (20,8%) referiram morar em casa cedida por outras pessoas, quatro (16,7%) em imóveis alugados, enquanto três (12,5%) disseram que residem com parentes.

Ainda em relação à moradia, a maioria da população idosa desse estudo 16 (66,7%) morava com duas ou mais pessoas, no entanto, um percentual importante oito (33,3%) morava sozinho.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com quem mora com ele.

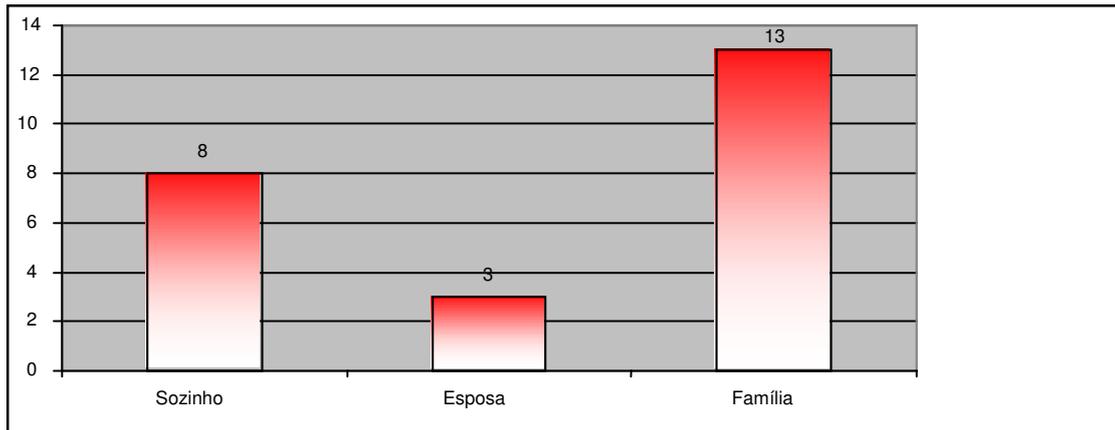


Gráfico 2 – Distribuição dos idosos, segundo moradores no mesmo domicílio. Maringá, PR, 2006.

Em relação a quem mora com os idosos, pode-se observar no Gráfico 2 que, 13 (54,2%) dos idosos estudados residem com familiares, ou seja, com filhos e outros parentes. Três deles (12,5%) vivem somente com o cônjuge.

Os domicílios unipessoais, ou seja, que possuem uma única pessoa, representam 33,3% da amostra sendo superior aos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004), que relata que na população idosa, o número de domicílios unipessoais, corresponde a 15,4% do total.

Anderson (1998), em estudo sobre saúde e condições de vida do idoso no Brasil, constatou que 35,5% dos idosos moravam sozinhos, aproximadamente 24% moravam apenas com o cônjuge, e o restante apresenta as mais diversas composições familiares no domicílio. De forma semelhante, no presente estudo, a maioria dos idosos (54,2%) vive com os familiares.

Outra questão social indagada aos participantes da pesquisa foi referente à renda familiar. No Gráfico 3 consta a distribuição dos idosos de acordo com a renda familiar em salários mínimos.

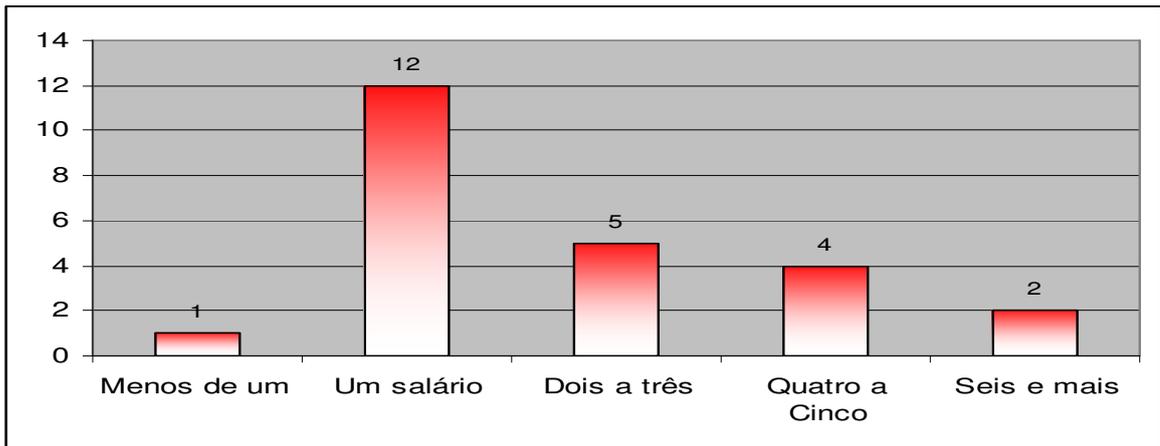


Gráfico 3 – Distribuição dos idosos, segundo a renda familiar em salários mínimos. Maringá, PR, 2006.

No que tange à renda dos idosos, observa-se que 12 (50%) das famílias entrevistadas possuem renda familiar de um salário mínimo<sup>1</sup>, que geralmente advém da aposentadoria do idoso.

Uma idosa referiu receber meio salário mínimo, devido a problemas com a documentação de sua aposentadoria.

Dentre os pesquisados, cinco (20,8%) possuíam renda familiar entre dois a três salários, quatro (16,7%) de quatro a cinco salários e apenas dois (8,3%) referiram receber seis ou mais salários mínimos.

Em relação à renda individual, quatro idosos (16,7%) não possuíam nenhum tipo de renda, o que representa dependência total da família e dos serviços públicos. Um idoso (4,2%) recebia menos de um salário, 18 (75,0%) recebiam um salário, e um (4,2%) recebia seis ou mais salários.

Os dados do presente estudo vêm ao encontro com os dados do IBGE (BRASIL, 2003), os quais mostram que no ano de 2002 o rendimento mensal de 42,8% da população idosa correspondeu a um salário mínimo.

Dados da Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social (SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO, EMPREGO E PROMOÇÃO SOCIAL, 2004), em estudo realizado sobre as condições socioeconômicas do idoso residente no Estado do Paraná no ano de 2004, constatam que 42,9% dos idosos que vivem no Estado recebem um salário mínimo.

<sup>1</sup> Os dados foram calculados de acordo com o salário base de R\$300,00 no período do estudo.

Em relação à ocupação, 18 (75,0%) são aposentados, um (4,2%) é pensionista e quatro (16,7%) exercem outras funções (um é pedreiro, um trabalha no bar, duas são do lar).

Quando questionados se a renda mensal atende às necessidades básicas de lazer, compra de medicamentos, moradia e alimentação, 18 (75,0%) relataram que não.

Das falas dos pacientes pôde-se observar que com o dinheiro que recebem conseguem apenas atender algumas necessidades prioritárias como alimentação, compra de medicamentos e geralmente necessitam de ajuda de familiares.

Quem me ajuda é minha neta. Esses remédio aí é tudo ela que comprô. Senão não dava o dinheiro [...] Ela sempre me ajuda com remédio essas coisa é sempre ela que compra. [...] Com o meu dinheiro só dá pra pagá água e luz, com esse salarinho. (M2)

Falta [...] alimentação, a gente não morre de fome, mas não é a alimentação que têm que tê. Pago o terreno, compro os remédios, não dá pra nada. (M13)

Seis (25%) idosos relataram conseguir atender suas necessidades de compra de medicamentos, aluguel, alimentação, moradia, geralmente com a complementação da renda familiar por outro membro da família. Um idoso disse que por não conseguir se manter sozinho precisou ir morar com a filha, pois o seu dinheiro não era suficiente nem para a compra de medicamentos.

Sabe-se que o baixo nível de escolaridade associado a fatores socioeconômicos contribui para o aparecimento de doenças e para a diminuição da capacidade funcional devido à dificuldade de acesso a informações e acompanhamento profissional adequado.

A capacidade funcional, na população idosa, geralmente, é verificada por meio do desempenho de algumas atividades diárias (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). As atividades da vida diária (AVD) são as tarefas relacionadas ao autocuidado e a própria subsistência do idoso e indicam o nível mais básico de independência. Entre as atividades da vida diária está a capacidade de tomar banho sozinho, utilizar o banheiro em tempo hábil, alimentar-se, deitar-se e levantar-se da cadeira ou cama sem ajuda, entre outros.

Dentre os entrevistados, 15 (62,5 %) referiram não precisar de ajuda para realizar as atividades da vida diária e nove (37,5 %) disseram precisar de ajuda para

tanto. Vale lembrar que dos nove que referiram precisar de ajuda, seis apresentam dependência total e três dependência parcial.

A dependência total existe quando o ser humano não tem condições de atender sozinho suas necessidades básicas de alimentação, higiene, lazer, conforto, entre outras (HORTA, 1979). A dependência parcial, por sua vez, existe quando o ser humano consegue realizar parcialmente algumas de suas necessidades humanas básicas, necessitando auxílio de outra pessoa para ampará-lo (HORTA, 1979).

Entre os cuidadores destes idosos, todos eram do sexo feminino e possuíam algum grau de parentesco em relação ao idoso, geralmente eram filhas, noras, netas ou sobrinhas. Vários estudos demonstram que a maioria das cuidadoras dos idosos é do sexo feminino. Essa atividade também tem sido atribuída à mulher.

## 7.2 DIREITO À INFORMAÇÃO

O atendimento aos direitos dos pacientes idosos está relacionado, neste estudo, ao respeito, à dignidade humana e à vulnerabilidade da pessoa idosa hospitalizada.

Nessa seção, serão apresentados os dados referentes à parte específica do Questionário pertinente à legislação e direitos do paciente idoso.

No Quadro um, são apresentados os diagnósticos referidos pelos pacientes e os verificados nos prontuários (Questão 12).

Paciente entrevistado	Diagnóstico no prontuário	Diagnóstico referido pelo paciente.
(H1)	Hipoglicemia, <i>Diabetes Mellitus</i> II,	Diabetes
(H2)	Pneumonia, Hipertensão Arterial	Pneumonia, Pressão alta.
(H3)	<i>Diabetes Mellitus</i> , Sequêla de AVC, Miocardiopatia, Insuficiência Coronariana Crônica.	Pneumonia, Diabete, problema de Coração, pressão alta.
(H4)	DPOC Infectada, <i>Diabetes Mellitus</i> , Asma Brônquica, Fibrilação Atrial.	Diabete e a Pneumonia
(H5)	Acidente Vascular Cerebral, Insuficiência Coronariana Crônica.	Pneumonia, água no pulmão, problema de coração.
(H6)	DPOC, Hipertensão Arterial, <i>Diabetes Mellitus</i>	Enfisema no pulmão, Diabetes, Labirintite.
(H7)	Infecção Intestinal	Infecção Intestinal
(H8)	Pneumonia, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Anemia, DPOC	Acha que é um tumor
(M1)	Insuficiência Coronariana Crônica	Fez cateterismo há 8 meses e passei mal
(M2)	<i>Diabetes Mellitus</i> , Pneumonia, DPOC	Problema no pulmão e começo de derrame.
(M3)	Acidente Vascular Cerebral, Labirintopatia;	Tontura, deficiência cerebral.
(M4)	Insuficiência Coronariana Crônica, Hipopotassemia, Hipertensão arterial, Fibrilação Atrial.	Problema de coração, arritmia, coração muito inchado.
(M5)	Pneumonia infectada	Pneumonia
(M6)	DPOC infectada, Hipertensão Arterial, <i>Diabetes Mellitus</i> .	Asma, Tosse, Febre.
(M7)	Insuficiência Cardíaca Congestiva, depressão	Problema no pulmão e coração.
(M8)	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, Pneumonia, Hipertensão Arterial	Pneumonia e derrame, pressão alta.
(M9)	Hipertensão Arterial, Pneumonia.	Problema de pulmão e coração
(M10)	DPOC infectada, infecção de Trato Urinário, Hipertensão Arterial , Escabiose	Pneumonia, infecção na bexiga, Coceira, Pressão alta
(M11)	<i>Diabetes Mellitus</i> II, Hipertensão Arterial, Erisipela, Colelitíase, Infecção de Trato Urinário.	Problema de coração, Pressão alta, Coração inchado.
(M12)	Doença de Chagas	Doença de Chagas.
(M13)	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, Hipertensão Arterial, <i>Diabetes Mellitus</i>	Derrame
(M14)	<i>Diabetes Mellitus</i> , Abscesso de membro inferior esquerdo, Celulite, Hipertensão Arterial.	Diabetes.
(M15)	<i>Diabetes Mellitus</i> II, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, Obesidade mórbida	Pressão alta e Diabete, Derrame
(M16)	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, Hipertensão Arterial , Pneumonia	Labirintite, problema no coração, pulmão, reumatismo, gastrite.

Quadro 1 – Quadro comparativo entre os diagnósticos existentes nos prontuários e os diagnósticos referidos pelos pacientes. Maringá – PR, 2006.

Cabe ressaltar que todos os pacientes 24 (100%) referiram ser o médico a pessoa que lhe informou sobre a sua patologia e relataram terem sido informados sobre o seu diagnóstico no momento da internação, ou após a realização de exames diagnósticos.

De acordo com o Quadro um, é possível observar que nove (37,5%) pacientes sabiam o motivo real da sua internação (H1, H2, H7, M5, M8, M9, M10, M12, M15). Uma paciente (4,2%) soube que fez cateterismo, mas não soube qual a doença que tinha e o porquê de ter se submetido ao procedimento (M1).

Cinco (20,8%) pacientes acrescentaram alguns sinais e sintomas ou doenças convergentes com o diagnóstico médico (M3, M4, H3, H4, M6), seis (25%) acrescentaram sinais e sintomas que não convergem com o diagnóstico médico (M2, M16, M7, H5, H6, H8). Três pacientes (12,5%) não sabiam todos os motivos que os levaram à internação (M11, M13, M14).

O direito à informação está relacionado à autonomia pessoal. Segundo Oliveira e Fortes (1999), a pessoa autônoma é aquela que independente da faixa etária toma decisões livremente, escolhe entre as alternativas a elas apresentadas de acordo com seus valores e crenças.

A importância em saber sobre o conhecimento do idoso em relação à sua patologia está relacionada ao respeito e à autonomia do paciente, pois, segundo Goldim (2006b), a falta de respeito para com a pessoa autônoma está relacionada à omissão de informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, negar ao indivíduo a liberdade de agir com base em seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que ele possa escolher entre as opções a ele apresentadas.

No estudo de Santos, Beneri e Lunardi (2005) realizado com 11 pacientes de um hospital universitário, em relação ao (des)respeito aos direitos do paciente no atendimento de saúde recebido, constatou que os profissionais em virtude da posse do saber parecem assegurar o acesso ao corpo do paciente de maneira ampla e absoluta, manipulando-o, invadindo-o, sem abrir espaço para reações e questionamentos acerca das ações que nele serão realizadas.

Ainda no estudo de Santos, Beneri e Lunardi (2005), as autoras constataram que não foram dadas informações aos pacientes em relação aos procedimentos realizados, os motivos da sua indicação, não discutiram outras probabilidades de tratamento, riscos, vantagens, e nem sequer foi solicitada ao paciente autorização para o ato cirúrgico. Segundo as autoras “[...] o cliente parece ter se destituído da sua condição de sujeito para uma posição de coisa, de objeto sobre o qual outros, desconsiderando sua condição de pessoa, decidem o que é melhor para ele” (SANTOS; BENERI; LUNARDI, 2005, p. 406).

Os hospitais têm como marca histórica de sua constituição organizacional impor aos pacientes, o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos a procedimentos e decisões que sequer compreendem (DESLADES, 2004).

A falta de informação faz com que o cliente fique sem saber o que está ocorrendo consigo, e quais as formas de tratamento a que está sendo submetido com conseqüente estado de medo, ansiedade e insegurança.

Em relação às causas de internação, pode-se observar no Quadro 1 que a hipertensão arterial é a doença que mais acomete os idosos em estudo. Entre as mulheres, cinco (31,2%) apresentavam hipertensão arterial, sendo que duas delas tiveram Acidente Vascular Cerebral. Quatro (25%) apresentavam hipertensão arterial e *Diabetes Mellitus* como doenças coadjuvantes e dentre elas, uma teve Acidente Vascular Cerebral. No sexo masculino, houve a prevalência de *Diabetes Mellitus* em quatro idosos (50%), destes dois (25%) apresentavam a hipertensão arterial como doença coadjuvante e dois (25%) tiveram Acidente Vascular Cerebral.

Em relação ao conhecimento dos pacientes quanto aos seus direitos à saúde, assegurados pelo Estatuto do Idoso e Carta dos Direitos do Paciente (Questão 13), constatou-se que 17 (70,8%) não conhecem os seus direitos. Sete (29,2%) relataram que conhecem esses direitos. Ao solicitar que comentassem sobre quais direitos eles conheciam, referiram: ter paciência, não ter que esperar na fila, não serem maltratados, não deixar os filhos retirar o seu dinheiro. E também, que as pessoas falam muito dos direitos dos idosos, mas que dificilmente respeitam.

Sabe-se que os direitos dos pacientes assegurados pela Carta dos Direitos do Paciente (DIREITOS..., 1995), incluem um atendimento atencioso e respeitoso; o direito a ser identificado pelo nome, à dignidade pessoal, ao atendimento de suas necessidades básicas, ao sigilo ou segredo profissional; o direito de conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento; o direito à informação clara sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico numa linguagem acessível, de recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências dessa opção e, também, de reclamar daquilo de que discorde, sem que a qualidade de seu tratamento seja alterada; tem ainda direito a ter o seu diagnóstico e tratamento por escrito, de forma legível e clara, entre outros.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) garante o direito ao acesso universal e igualitário em todos os níveis de atenção à saúde, inclui a atenção especial às

doenças prevalentes nessa faixa etária e medicamentos de uso contínuo. Assegura ainda, o atendimento geriátrico em unidades de referência, atendimento e internamento domiciliar entre outros benefícios já citados anteriormente no item 3.2 desse estudo.

Considera-se que os idosos praticamente não conhecem seus direitos relacionados à saúde, tornando-se fundamental a sua conscientização sobre tais benefícios, para que se organizem socialmente e politicamente por meio de entidades da Terceira Idade e outros, a fim de reivindicar e efetivar o exercício da cidadania.

Deve-se orientar o idoso sobre os cuidados a ele prestados e como deverá realizar o seu autocuidado.

No presente estudo, conforme consta no Gráfico 4, a maioria dos idosos recebeu informação sobre as normas e rotinas do hospital (Questão 14).

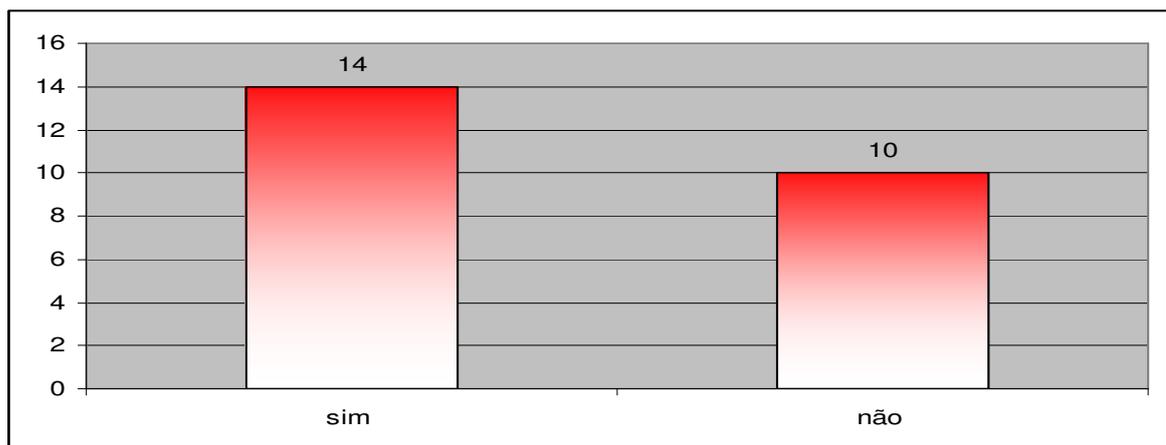


Gráfico 4 – Distribuição dos idosos com relação ao recebimento ou não de informações durante a internação. Maringá, PR, 2006.

No Gráfico 4, observa-se que em relação às informações recebidas sobre as normas e rotinas durante a internação, 14 (58,3%) afirmaram que sim. Dentre as informações, sete (29,2%) limitavam-se a orientações sobre o horário do banho. Três comentaram que foi deixado folder com orientações, mas que não tinham lido. Quatro (16,7%) relataram que receberam outras informações como: horário das refeições, troca de acompanhante e utilização das roupas do hospital.

Dez sujeitos (41,7%) relataram não ter recebido informações, pelo fato de já terem sido internados na instituição outras vezes e que já conheciam a rotina do

hospital. Um fator que merece destaque é a postura passiva dos pacientes ao declararem que não receberam informações e apresentavam receio em perguntar. Por conseguinte, faziam o que os outros pacientes falavam.

Ao que se refere ao conhecimento em relação às leis, a maioria dos entrevistados tinha como agravante o não-conhecimento de seus direitos, sentindo-se intimidados e que os profissionais prestavam-lhes favores, por isso não se sentiam à vontade para solicitar muita ajuda e muito menos fazer reclamações por acreditar que não tinha direito para isso.

Segundo Waldow (2004), as regras e protocolos disciplinam o comportamento dos atores no cenário hospitalar. No dizer da autora, as rotinas são inevitáveis nas organizações de saúde. Sendo assim, a enfermagem, devido a seus inúmeros afazeres, acaba por “robotizar” suas ações para facilitar o seu trabalho.

Menzies (1974 apud WALDOW, 2004) comenta que as pressões do trabalho e a obrigação de manter tudo organizado, acabam gerando nas enfermeiras situações de estresse, angústia e ansiedade. Para minimizar estas situações, os profissionais evitam o contato mais próximo e eficaz com o paciente.

Com relação à comunicação da enfermagem com o pacientes, foi questionado se a enfermagem permitiu que se comunicassem e tivessem as suas dúvidas esclarecidas em relação à sua doença e à evolução do quadro, sempre que sentiam necessidade (Questão 15). Encontrou-se que 12 (50%) entrevistados tiveram suas dúvidas esclarecidas pela equipe de enfermagem.

Comentaram que a enfermagem não orientou somente quando não sabiam sobre algum fato; neste caso orientaram para perguntar ao médico. Quatro (16,7%) responderam que não tiveram suas dúvidas esclarecidas, por considerar que os profissionais de enfermagem não têm tempo e que pouco “ligam” para os pacientes, visto que solicitavam “as coisas” e os profissionais esqueciam de trazer ou fazer.

Nos relatos a seguir, verifica-se a percepção dos pacientes em relação à comunicação com a enfermagem.

Conversavam, elas pra mim foram muito boa. Quando a gente perguntava alguma coisa elas respondiam. (H2)

Se as enfermeira sabia elas falavam, se não sabia ou não podia falá elas pediam pra pergunta pro médico né. (M3)

A gente perguntava quanto era a pressão, elas não respondiam, perguntava quanto tava a diabete, não respondia, muitas vezes faziam que não ouviam a gente falar. Falta sorriso [...]. Inclusive não fiquei sabendo a altura que tava a diabete quando cheguei no hospital. Só subê da pressão. Só nos últimos dias meu marido conseguia vê, ele corria atrás e via. (M15)

Não, não comentavam nada. [...] acho que é muito corrido pra elas, não dá pra fazer tudo como se deve. (M9)

Entre os entrevistados, oito (33,3%) sujeitos responderam que quando questionavam alguma coisa em relação à sua doença, os profissionais de enfermagem não respondiam, geralmente, pediam para perguntar para o médico.

Ainda em relação à Questão 15, pode-se observar que 50% dos entrevistados tiveram o direito a esclarecer suas dúvidas respeitadas, mas, os outros 50% não. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 26, regulamenta que é dever do profissional de enfermagem informar ao cliente e à família a respeito da assistência de enfermagem, dos possíveis benefícios, riscos e conseqüências dos atos a serem realizados. Dessa forma, observa-se uma incompatibilidade ética nas relações entre o profissional de saúde e usuário, pois, a informação é fundamental para o indivíduo fazer escolhas conscientes e exercer sua autonomia.

Os idosos relatam que muitas vezes, hesitavam criticar ou queixar-se, pois tinham medo de represálias da equipe e temiam que ao voltar àquele serviço poderiam ser mal atendidos. Referiram também que ao fazer quaisquer questionamentos, a equipe de enfermagem ficava relutante, pois os profissionais passavam claramente aos pacientes uma mensagem de ocupado, que não tinham tempo para conversar.

Quando questionados em relação ao recebimento de informações sobre os procedimentos que foram realizados (Questão 16), 13 (54,2%) referiram que não receberam informações sobre os procedimentos recebidos.

Zoboli e Massarolo (2002) referem que o direito à informação implica o esclarecimento das ações relativas à assistência de enfermagem, à atenção médica e de outros profissionais. Sendo assim, fica clara a responsabilidade da enfermagem no tocante ao fornecimento de informações e à necessidade do cumprimento dos deveres regulamentados no código de ética.

Um dos entrevistados relatou que a enfermagem só faz os procedimentos e vai embora, e que esses profissionais, até esquecem dos pacientes, pois os mesmos têm que chamá-los várias vezes para serem atendidos.

Segundo Marchi e Sztajn (1998), as situações demonstradas ilustram o conceito de heteronímia que, ao contrário da autonomia está relacionada ao poder que se dá aos profissionais, ou o poder que alguns profissionais pretendem ter, de determinar como os seus pacientes devem se comportar, impondo sua vontade. Na fala seguinte, observa-se a postura passiva dos idosos em relação aos profissionais, como se suas vidas estivessem entregue a eles durante a hospitalização e como se perdessem completamente o domínio sobre ela.

[...] eu não perguntava porque as vezes a gente fica amolando elas, tocá a campainha também não tocava [...]. Ficava com receio de incomodá porque muitas não gosta né. (M5)

A gente não pode negá de fazê o que eles pedem, falá que não, a gente tá na mão deles. (M11)

Dos entrevistados, 11 relataram terem sido informados sobre os procedimentos, porém as informações limitavam-se a dizer que procedimento seria feito. Referiram que não questionavam muito por medo de “ofender” os profissionais.

A falta de informação, aliada ao medo de esclarecer as dúvidas em relação à sua doença e tratamento, fez com que alguns pacientes ficassem atentos à passagem de plantão para saber sobre o que estava sendo feito, e quais procedimentos seriam adotados conforme ilustra a fala a seguir.

[...] não informaram. Eu que escutei eles falando dentro do quarto, que eles vêm para passá de um prá outro o plantão então eles falam tudo o que o doente teve né, e daí a gente fica atenta assim prá sabê. Então eu nem perguntei que elas já falavam ali na hora né. (H5)

A passagem de plantão, via de regra, não é o momento em que a equipe dá informações detalhadas ao paciente. Apesar disso, considerando que “a passagem de plantão ao lado do leito é um procedimento que desperta a atenção e a curiosidade dos pacientes, que tentam interpretar a comunicação verbal e não-verbal que ocorre entre as equipes” (GOMES; KAIUAKAME, 1998), é preciso agir

com bom senso e permitir que o paciente ou acompanhante, sempre que necessário, interrompa o procedimento e esclareça suas dúvidas.

Em relação aos medicamentos administrados (Questão 17), sete (29,2%) referiram não ter recebido informações sobre os medicamentos que lhe foram administrados e 17 (70,8%) responderam que sim e que a maioria das informações em relação ao medicamento baseavam-se na comunicação de que será administrada uma “injeçãozinha” ou um “comprimidinho”. Algumas vezes, os profissionais associavam o medicamento a algum sintoma do idoso, sem explicar o tipo de medicamento, a indicação e os cuidados na administração como consta a seguir:

[...] não, chegava a enfermeira ou o enfermeiro lá e falava é na barriga, tchok. Elas nunca explicô, eu também nunca perguntei, é capaz delas não gosta [...]. (M1)

[...] nada ninguém falo nada [...]. (M4)

[...] eles falavam que o remedinho era pra pressão, pra diabete, pro coração. (H3)

[...] que era pra pneumonia e por causa do derrame. (M8, H6)

Não explicavam [...]. (M1, M16, H5, H8, M9, H4, M10)

[...] davam um punhado de remédio lá e iam embora e eu tomava. (M12)

Não foi solicitada a autorização prévia aos pacientes antes de administrar o medicamento, e nem foi lhes informado de que medicamento se tratava. Em relação ao princípio da autonomia, segundo Chaves, Costa e Lunardi (2005), para que o paciente aja de maneira autônoma, devem-se fornecer informações adequadas proporcionando que ele possa decidir sobre seu tratamento tendo compreendida a informação relatada, aceitando ou recusando o cuidado a ser prestado.

Observa-se também que os pacientes apresentavam-se pouco questionadores, como se estivessem alienados e entregando a sua saúde na mão dos profissionais.

Uma paciente fez referência em relação à memória:

[...] sobre isso não me explicaram, eu tô esquecida, talvez eles explicô e a gente não lembra mais né. (M7)

A memória está ligada ao processo de obtenção/retenção de informação que pode ser influenciada pelo envelhecimento. Segundo Roach (2003), a memória pode ser primária ou secundária. A memória primária está relacionada à capacidade de armazenar e evocar material imediatamente aprendido. A capacidade de armazenamento da memória primária é limitada, porém, esse tipo de memória não é afetada pelo processo de envelhecimento.

A memória secundária ou recente, cuja construção depende de aprendizado, diminui com a idade e é um tipo de memória que mantém a informação armazenada, e é a responsável pela memória de curto prazo que serve para lembrar fatos recentes. Já, a memória terciária ou remota, geralmente é preservada com o decorrer dos anos. A enfermagem ao fornecer uma informação nova ao idoso deve respeitar a sua capacidade cognitiva, adotar palavras de fácil compreensão, repetir as instruções várias vezes e evitar fazê-lo memorizar coisas desnecessárias.

Dentre os entrevistados, dois idosos (8,33%) referiram ter recebido hemotransfusão (Questão 18), sem no entanto, receber algum tipo de informação sobre a procedência e o procedimento a ser realizado. Segundo a Carta dos Direitos do Paciente, é prerrogativa do paciente conhecer a procedência do sangue e hemoderivados, e verificar antes de recebê-lo, se tem carimbo nas bolsas que ateste as sorologias efetuadas e sua validade.

Acredita-se que devido à falta de conhecimento dos pacientes em relação a seus direitos, aos testes que são realizados antes da transfusão e aos riscos relacionados a este procedimento, faz com que os pacientes não questionem. A situação observada nesse estudo contraria as normas deontológicas que regem o trabalho de enfermagem, bem como, os direitos do paciente, pois, cabem a esses profissionais esclarecer as dúvidas dos pacientes em relação à hemotransfusão.

Segundo Chaves, Costa e Lunardi (2005), os profissionais de saúde não devem ser capazes apenas de fornecer informações adequadas, mas, devem se mobilizar contribuindo para a compreensão do que está sendo revelado sobre o corpo do paciente. A despersonalização pode ser considerada como uma situação de desrespeito aos direitos do paciente, o qual passa a ser tratado como coisa ou objeto.

Os sujeitos do estudo foram questionados sobre a apresentação/identificação do pessoal de enfermagem ao atendê-los (Questão 19), conforme mostra o Gráfico 5.

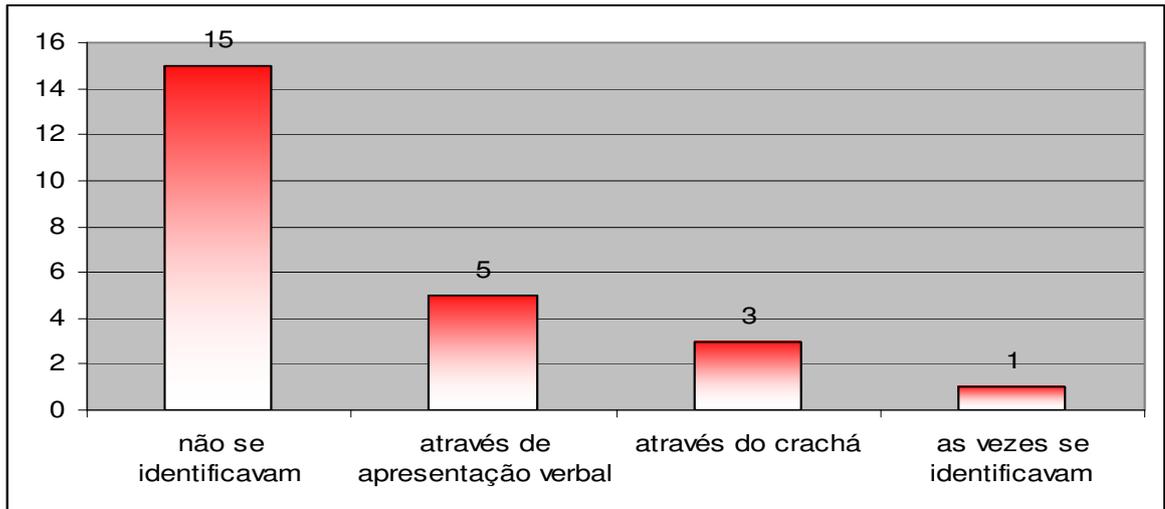


Gráfico 5 – Distribuição dos idosos de acordo com a identificação dos profissionais ao realizarem os cuidados. Maringá, PR, 2006.

Conforme consta no Gráfico 5, a maioria 15 (62,5%) dos entrevistados relatou que os profissionais não se apresentaram ao lhe prestarem cuidados, cinco (20,8%) referiram que eles se identificaram através da apresentação verbal e três (12,5%) através do crachá. Um (4,2%) relatou que às vezes se identificavam e afirmou que também não procuravam saber o nome das pessoas.

Alguns acrescentaram imediatamente à resposta que os funcionários são muito queridos e legais. Foi comentada, também, a questão da memória. Alguns pacientes lembravam que os profissionais da enfermagem são em grande número e fica difícil recordar o nome deles.

Também foi observado nesse estudo que a população idosa, em geral, tem baixa escolaridade, logo, houve dificuldade em ler o nome no crachá dos profissionais. Essa é uma questão de consideração com o paciente que é cuidado, visto que os profissionais devem se identificar verbalmente além da presença do crachá que compõe a vestimenta profissional. Isso é recomendável para que, aqueles que não sabem ler possam conhecer as pessoas que estão prestando cuidados.

Na Carta dos Direitos do Paciente consta que o paciente tem o direito de identificar o profissional ainda que pelo crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.

Os indivíduos foram questionados em relação às orientações recebidas da equipe de saúde durante a internação e na alta hospitalar, de modo que possibilitasse a continuidade do tratamento no domicílio (Questão 20).

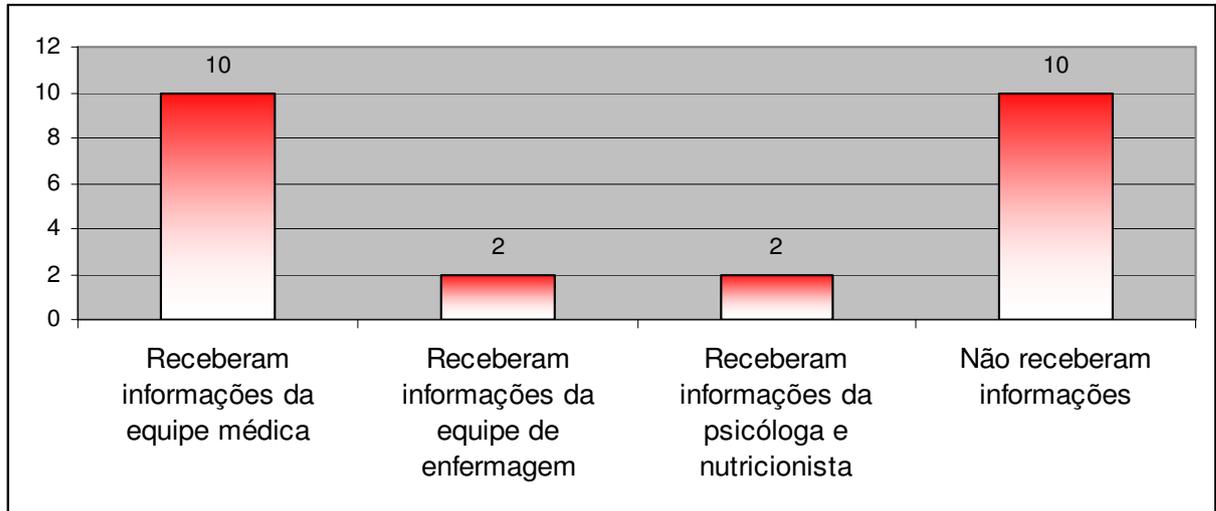


Gráfico 6 – Distribuição dos idosos em relação ao recebimento de informações que possibilitassem a continuidade do tratamento no domicílio. Maringá, PR, 2006.

Observa-se no Gráfico 6 que dez (41,7%) dos entrevistados relataram que receberam informações da equipe médica, dois (8,3%) receberam informações da enfermagem, dois (8,3%) relataram que recebeu informações da psicóloga e da nutricionista e dez (41,7%) relataram não ter recebido informações. Dentre as orientações, referiram que a maior parte estava relacionada aos medicamentos, à alimentação e às atividades físicas.

Observa-se que a maioria das informações era fornecida pela equipe médica. A enfermagem não possuía um plano de orientações para a alta do paciente, nem um sistema de referência e contra-referência.

De acordo com Mendes e Alvarenga (2000), é importante que a equipe de enfermagem adote um plano de alta de modo a destacar os diversos aspectos de cuidados que a família deverá ter em relação ao idoso, bem como o seu retorno aos serviços de saúde, ou ambulatório.

Os familiares e os idosos necessitam de ajuda que englobam às questões financeiras (moradia, transporte, acesso a serviços de saúde), emocionais (rede de apoio), e informações sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente ao idoso. Além disso, não se pode falar em cuidado, sem que haja o respeito

à palavra e a troca de informações, pois a falta destes requisitos debilita a escuta e o diálogo, comprometendo a qualidade do atendimento ao idoso e à sua família.

A comunicação faz parte do cuidar, no entanto, não pode ser considerada apenas como um instrumento básico da enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Deve também atuar em favor da capacidade ou competência interpessoal a ser adquirida pelos enfermeiros, que através de sua postura, de seu olhar e gestos pode aliviar a condição de fragilidade ajudando o indivíduo a manter sua dignidade (SILVA, 2005b).

Silva (2005b) refere que a interação paciente/equipe ocorre quando se demonstra aceitação e respeito. Silva (2002), ao realizar um estudo com crianças cegas, verificou que apesar de nunca ter aprendido por imitação, justamente por nunca ter olhado o rosto da mãe, constatou que as emoções básicas são expressas da mesma maneira em qualquer ser humano assim, salienta que para interagir com os pacientes, o profissional deve manter uma expressão facial positiva, que demonstre o interesse pelo que ele está falando, olhe nos olhos, fique próximo quando estiver falando com ele, use o toque afetivo, fale com palavras de fácil entendimento em tom audível.

### 7.3 RESPEITO AOS VALORES PESSOAIS DO IDOSO

A palavra respeito possui inúmeros significados, mas, na relação enfermeiro – paciente, está relacionada à importância dada ao mesmo, principalmente ao fato de ser ouvido e compreendido.

Gauderer (1998) relaciona a atenção e o respeito ao atendimento humanizado, visto que os pacientes não devem ser vistos como um ser patológico, e sim, como pessoa que faz parte de um contexto e possui uma história de vida.

Observam-se, no Gráfico 7, dados relacionados ao respeito à manutenção dos hábitos dos pacientes durante a internação hospitalar (Questão 21).

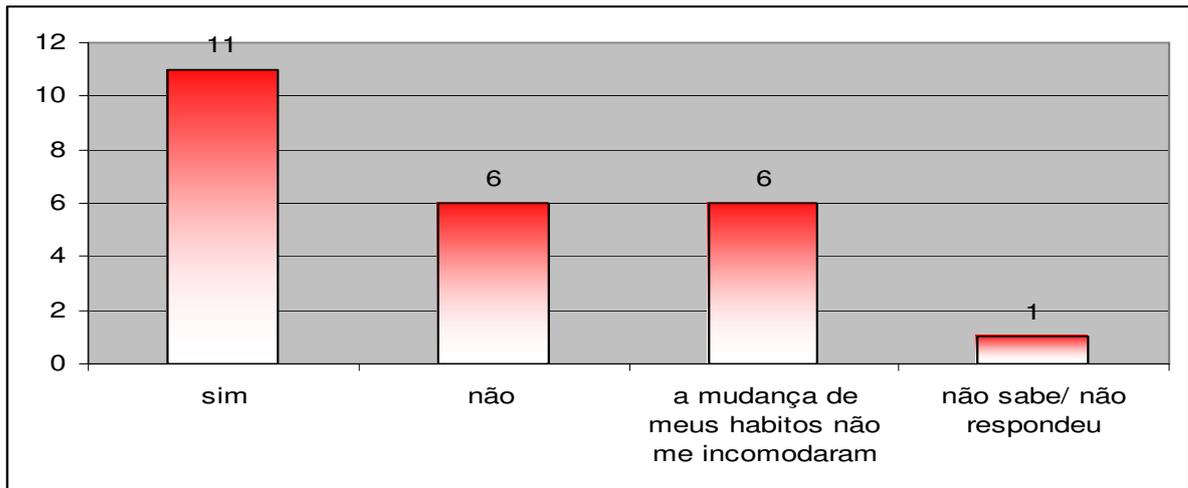


Gráfico 7 – Distribuição dos idosos de acordo com o respeito as seus hábitos e rotinas durante a internação. Maringá, PR, 2006.

Verifica-se que 11 idosos (45,8%), menos da metade, afirmaram que tiveram seus hábitos respeitados.

É interessante notar que 6 (25%) idosos referiram não se incomodar com a mudança dos seus hábitos. Esse fato faz pensar se isso é resultado do medo de represálias pela equipe ou se realmente não se sentiram incomodados, pois se percebe que os idosos, geralmente, não esperam ser atendidos com muito respeito. Sabe-se que nessa população, a mudança de hábitos repercute de maneira negativa na recuperação da saúde, na capacidade física, principalmente durante a hospitalização.

Segundo Oliveiras (1983), o incômodo relacionado a mudanças comuns se acentuam durante a velhice, pois, é a fase da vida em que as experiências já se consolidaram ao longo de muitos anos vividos com muitas perdas e sofrimentos.

Nota-se ainda que seis (25%) respondentes informaram não ter suas rotinas e hábitos preservados durante a internação e um (4,2%) paciente não soube responder.

O fato mais referenciado pelos sujeitos relaciona-se ao horário do banho, que geralmente ocorria pela manhã e os mesmos executavam esta atividade à noite quando não hospitalizados. Também foi mencionada a dificuldade de dormir durante a noite devido ao barulho, pois os profissionais falavam alto e/ou ligavam a televisão em volume alto. A seguir, serão apresentados alguns trechos de fala que comprovam as mudanças nas rotinas dos idosos e que ocorreram com a hospitalização:

Elas vinham lá de noite e mandavam a gente tomá banho, eu queria tomá banho mais cedo elas não queriam [...] durante o dia não podia, elas não dexavam toma banho durante o dia. Só de noite ali por oito nove horas da noite [...] gostei dali é muito limpinho [...]. ( M2)

Era a hora que eles quisesse a hora que tinha que toma banho todo mundo tomava banho [...]. (H8)

O banho era em torno das 7, 8 horas, em casa geralmente tomo a tarde. [...] não pedi prá muda, que elas não gosta né que seja mais tarde. [...] ontem cedo ela falô vamos toma banho, eu brinquei com ela, tô com preguiça, ta friozinho. Ela falô tem que ser cedo que aí adianta mais que elas tem que arrumar as camas, fazer faxina, limpá né. (M5)

Dormi até que dormia bem mas, [...] tinha barulho fora do hospital, [...] elas ligam a televisão prá assisti filme muito alto. [...] barulho lá fora, barulho lá dentro [...] eu não falava nada, mas aí de manhãzinha que eu dormia um pouco. ( M9)

Vale lembrar que o sono, com o aumento da idade torna-se mais leve, fazendo com que o paciente idoso acorde com mais facilidade durante a noite. Roch (2003) refere que o sono é uma necessidade fisiológica muito vulnerável, sendo 70 a 80% menos eficaz entre os idosos. A privação do sono traz danos ao indivíduo, pois o sono insatisfatório tem reflexos no desempenho, comportamento e bem-estar de um indivíduo durante o período de vigília. Além disso, quando esses pacientes são acordados para a realização de exames periódicos, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, eles se queixam de dificuldades de voltar a dormir. Desse modo, a enfermagem deve proporcionar um ambiente silencioso, para evitar a interrupção do sono, quando possível, tendo o bom senso como critério de escolha de horário de medicação e outros procedimentos.

Outros fatores como o horário do jantar foi referido por um paciente, que relata que o jantar é servido muito cedo, e que neste horário não tinha fome. Alguns fizeram referências também em relação à comida que não é saborosa e, se solicitavam algo a mais para comer, geralmente, não eram atendidos.

Vale ressaltar que no Hospital-Escola sempre que possível e necessário, o Serviço de Nutrição e Dietética tem se empenhado em atender as preferências dos clientes.

Segundo Carper (1979), poucas pessoas vivenciam experiências hospitalares sem se sentirem de alguma forma despersonalizadas e privadas de

seus direitos humanos básicos. Para esta autora, as instituições estão cada vez mais burocratizadas e despersonalizadas.

Durante o período de hospitalização, o cliente entra em um sistema de normas e rotinas pré-estabelecidas. Percebe-se nas falas que os pacientes sentiam-se incomodados com os horários estabelecidos para os banhos, que geralmente, eram cedo, ou à noite.

Santos, Beneri e Lunardi (2005) constataram que os profissionais parecem assumir uma postura autoritária, dando ordens para que os pacientes realizem as atividades entendidas por eles talvez como inquestionáveis. Comentam ainda, que quando os clientes se negam a receber determinados cuidados, e tentam exercer sua cidadania, eles (os clientes) são rotulados de chatos e rebeldes.

Outra questão indagada aos participantes da pesquisa (Questão 22) foi se a enfermagem em algum momento permitiu que eles participassem da decisão sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar. De acordo com 21 (87,5%) dos entrevistados, em nenhum momento foi permitido a eles participarem da decisão de seu tratamento. Referiram que os profissionais somente chegavam ao quarto, não pediam a opinião deles e faziam o que tinham que fazer e iam embora. Três relataram que foi solicitada a sua participação e realizaram escolhas como do local para a aplicação de injeções, posição no leito, entre outras conforme ilustram as falas a seguir:

Elas não pediam a opinião da gente, ia lá e fazia e pronto e ia embora. (M12)

Tinha uns medicamento que tinha que faze só na veia [...] as outra injeção elas perguntava se queria toma no braço ou na barriga [...]. (H1)

Santos, Beneri e Lunardi (2005) referem que o planejamento do tratamento dos pacientes fica a critério do médico e da enfermagem sendo que o cliente é excluído desse processo de decisão.

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000), no artigo 27, consta que deve ser respeitado o direito do cliente em decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar. Além disso, consta na Carta dos Direitos do Paciente (DIREITOS...,

1995), que o mesmo pode consentir ou recusar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados.

De acordo com o exposto, é possível afirmar que, nas instituições em estudo, o direito de escolha do paciente não é respeitado pela maioria dos profissionais, entretanto, é preciso lembrar que possivelmente muitos desses profissionais não conhecem a legislação que protege o idoso no processo do cuidado.

Foi perguntado também se os sujeitos gostariam de participar da decisão sobre o seu tratamento (Questão 23). 17 (70,8%) referiram que sim, cinco (20,9%) que não gostariam de participar da decisão sobre o tratamento e dois (8,3) relataram não ter opinião a esse respeito.

Apesar de evidenciar várias práticas de negação dos direitos do paciente, observa-se que muitos gostariam de participar da decisão dos seus cuidados. Assim, o sujeito passa a ser visto como “sujeito participante do seu autocuidado, responsável por si, com capacidade de decidir e de exercer sua liberdade” (SANTOS; BENERI; LUNARDI, 2005, p. 409). A participação quanto às decisões no tratamento é um direito do paciente (BRASIL, 2003).

Em relação a como eram chamados pelos profissionais (Questão 24), 22 (91,7%) responderam que foram chamados pelo próprio nome e somente dois (8,3%) disseram que às vezes o chamavam de “vó”. O fato de chamar o idoso pelo nome demonstra o respeito e consideração que os profissionais têm por ele.

Segundo a Carta dos Direitos do Paciente (1995), o paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome, não deve ser identificado pelo nome da doença ou pelo número do leito.

Com relação à ocorrência de agravos físicos e emocionais (Questão 25), 13 (54,2%) responderam que não ocorreu nenhum tipo de agravo físico, emocional ou relacionado a objetos pessoais, e que durante a internação procuravam não chamar o pessoal da enfermagem, e tentavam fazer o máximo que podiam sozinhos para não incomodá-los. 11 (45,8%) sujeitos relataram ter sofrido algum tipo de situação que lhe causou desconforto como: ser deixada sozinha no banheiro, obtenção de hematomas, soromas ou flebites devido a punções.

Considera-se que algumas situações referidas pelos pacientes podem ser classificadas como iatrogênicas. Segundo Carvalho-Filho et al. (1998), as afecções iatrogênicas são aquelas decorrentes da intervenção do médico ou equipe de saúde,

sejam elas certas ou não e que resultam em conseqüências prejudiciais à saúde do paciente.

Madalosso (1998) afirma que a iatrogenia do cuidado de enfermagem estaria relacionada à privação dos cuidados, à sua imposição ou à prestação insatisfatória, de forma que determine algum transtorno, dano ou prejuízo ao bem-estar do ser humano/cliente.

Carvalho-Filho et al. (1998), em seu estudo sobre iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados, ao analisar 96 prontuários, constataram que em 42 internações ocorreram complicações iatrogênicas (num total de 56 episódios). Dessas iatrogenias, 17,9% estavam relacionadas a intervenções diagnósticas, 58,9% às medidas terapêuticas, e 23,2% se referiam às ocorrências não-relacionadas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

No cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, são inúmeras as situações que predispõem ao risco de iatrogenia como: o distanciamento das ações que lhe são próprias, a maior valorização das atividades gerenciais, desmotivação e/ou desinformação, o envolvimento direto e freqüente com tarefas que competem a outros profissionais da equipe de saúde em detrimento das que lhe são próprias (assistência social, intervenções psicológicas), ausência ou limitação da sistematização e documentação do cuidado de enfermagem, a delegação de cuidados sem uma supervisão adequada, a dicotomia entre a formação acadêmica e a vida profissional, a sobrecarga de serviço paralela ao esvaziamento do cuidado direto à clientela, o não-respeito às leis do exercício profissional, baixa auto-estima e desvalorização profissional (MADALOSSO, 2000).

No presente estudo, uma entrevistada informou que solicitou à Auxiliar de Enfermagem uma inalação, pois, estava muito “fadigada”. Sua solicitação foi atendida, porém começou a sair muita fumaça da inalação e a machucar a boca conforme demonstra a fala a seguir:

A enfermeira veio por a inalação em mim, não sei o que ela apronto que encheu o quarto de fumaça [...] sapeco tudo a boca, o nariz, eu chamei ela pra desliga, ela veio braba chutando. Falo que não era fumaça não sei o que têm. Parecia que tinha pimenta na inalação, aquilo ardia [...]. (M9)

Outra constatação é que uma paciente que não estava conseguindo enxergar foi deixada no banheiro para realizar as suas necessidades fisiológicas e

foi esquecida lá. O relato, a seguir, aponta uma situação que causou agravo emocional provocada pelo desvelo da enfermagem.

Eu não estava conseguindo enxergar e andar sozinha e a enfermagem me deixou no banheiro e não ia mais me buscar. Eu comecei a ficar nervosa e comecei a gritar. (M15).

A partir dos relatos anteriores, é possível perceber que a enfermagem ao invés de promover conforto e demonstrar respeito ao paciente, acaba por fazer o contrário: ficam bravos e remetem sentimento de medo e culpa aos pacientes. As demais situações relatadas se relacionam à soroterapia, ou seja, ao seu término, ninguém ia retirá-la. Entrava ar e voltava sangue no equipo, o que fazia com que os pacientes ficassem preocupados.

Os entrevistados realizaram também comentários referentes às punções que lhe causavam desconforto e hematomas, conforme demonstra as falas a seguir:

[...] acho que nas enfermaria devia ter uma pessoa que passa de vez enquanto,[...] elas passavam de lá pra cá lá fora, mas tinha que vê lá dentro, [...] as vês a agulha sai fora do lugar [...]. (M14)

O soro terminava e ela não estava ali pra tirá daí entrava ar [...]. Ela ficava nervosa e a gente que se dane né [...]. A gente não tem culpa da veia se ruim [...] meu braço esta doído até agora, tá quente [...]. (M9)

Aqui táva o soro que já táva a dois dias na veia e eu pedi prá tirar e táva fora da veia. E eles estavam aplicando medicação. Só a tarde o rapaz que trabalha lá tirô. (M5, H5, H7)

Tinha soro aqui e coçava ...eu falei que não agüentava , fazia tempo que táva aqui. Eu falei pra enfermera que táva infeccionando. Aí a enfermera tiro [...] agora tô passando pomada e tá melhorando. (M2)

As complicações locais que podem ser ocasionadas pela terapia endovenosa é a flebite, hematoma, infiltração e extravasamento. Essas situações associadas ao não-atendimento imediato dos profissionais de enfermagem acabam por gerar angústia e medo nos pacientes.

Em relação ao pedido de sigilo, (Questão 26), nenhum paciente referiu ter solicitado à equipe de enfermagem qualquer tipo de segredo em relação à sua doença, tratamento ou outros.

#### 7.4 DIREITO A ACOMPANHANTE

Segundo a Portaria nº. 280 de 7 de abril de 1999 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados pelo SUS, a permanência do acompanhante hospitalar para pacientes maiores de 60 anos de idade. Tal Portaria estabelece que o hospital receberá do SUS diárias de acompanhante quando devidamente formalizado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Foi questionado se os profissionais do hospital contribuíram para que o acompanhante pudesse permanecer junto aos pacientes em condições adequadas (Questão 27). Dos 24 pacientes, 19 (79,2%) possuíam acompanhante e cinco (20,8%) não tinham este tipo de suporte. Os pacientes que não possuíam acompanhantes justificavam o fato devido à necessidade dos familiares comparecerem ao trabalho, cuidar dos filhos, ou possuírem outros afazeres e assim, não podiam ficar com eles. Além disso, citaram que não queriam criar transtorno ou incômodo para os filhos. Outros justificaram estar bem e que não precisavam de acompanhante. Segundo o relato dos entrevistados, os acompanhantes não ficavam em condições adequadas e o hospital fornecia apenas alimentação e uma cadeira para dormir.

Cabe ressaltar que a presença de acompanhante constitui em um direito do paciente e não uma obrigação, pois muitas vezes o idoso não possui alguém que possa lhe acompanhar. O acompanhante deve ter envolvimento no cuidado do idoso, no entanto, não deve ser delegado a ele as responsabilidades do cuidado e também não deve ser visto como complementação de recursos humanos para a assistência de enfermagem.

Segundo Pena e Diogo (2005), ao realizarem estudo sobre fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado está o interesse daquele (motivação intrínseca, coragem que eles possuem para realizar o cuidado, bem como a satisfação pessoal gerada ao cuidar do outro, vínculo afetivo entre o cuidador e o idoso), inter-relação pessoal do acompanhante e equipe de enfermagem, conhecimento anterior e rede de apoio familiar.

Schier, Gonçalves e Lima (2003) referem que muitas vezes os profissionais criticam os familiares acusando-os de descompromissados com o idoso, quando

passam a não visitá-lo, ou quando não disponibilizam uma pessoa para acompanhá-lo. Muitas vezes, as críticas por parte dos profissionais levam os familiares a não se encorajarem a expor a situação precária vivenciada por eles, ou a impossibilidade de cuidar do idoso em domicílio, perdendo então a oportunidade de procurar alternativas possíveis junto ao profissional.

A equipe de enfermagem deve propiciar que durante a internação sejam realizadas orientações ao acompanhante para a melhora e a manutenção da saúde do paciente, levando em consideração as condições de vida e de saúde do paciente e do próprio cuidador, ajudando-o a identificar os fatores desencadeadores de estresse e aprender mecanismos de enfrentamento.

## 7.5 DIREITO AO APOIO ESPIRITUAL

A assistência religiosa é um direito do paciente. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu inciso XVIII: “Todo homem tem direito à liberdade de manifestar sua religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular” (SOUZA; MORAES, 2002).

Quando questionados sobre a solicitação de apoio religioso ou psicológico (Questão 28) nenhum paciente referiu que sim; entretanto, quatro mencionaram que mesmo sem a solicitação, receberam a visita de padres e pessoas de outras religiões que fizeram orações. Mencionaram também que receberam atendimento psicológico. Apesar de não terem solicitado a presença de religiosos, todos aceitaram a visita. Na resposta dos idosos, foi possível notar expressões que envolviam fé/religiosidade como: “graças a Deus as enfermeiras são muito legais”, “graças a Deus estou me recuperando”.

A doença, na velhice, traz a idéia de finitude induzindo à reflexão e à comunhão com Deus. Segundo estudos de Goldstein e Sommerhalder (2002), o objetivo da religião varia entre as pessoas e seu momento da vida. No entanto, vários indicadores como maiores participações nas atividades religiosas, maiores práticas de devoção, mostram que a religiosidade ocupa um papel mais central na vida dos idosos do que dos jovens.

Durante o período de internação, a enfermagem tem como missão satisfazer as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, da mesma forma que deve atentar para os valores pessoais, culturais, religiosos, crenças e hábitos. O apoio espiritual pode ser fornecido, através da disponibilidade de levar o paciente para assistir a missa/culto que é realizada no hospital, ler algum trecho da bíblia com ele ou através da demonstração de sua fé.

## 7.6 EXPECTATIVAS DO CLIENTE

Foi mencionado no item 2.5 sobre a importância do conhecimento da expectativa do cliente em relação à assistência a ele prestada.

Os entrevistados do presente estudo foram questionados sobre as 3 principais qualidades/requisitos que a enfermagem deve ter ao cuidar dos idosos hospitalizados (Questão 29), conforme ilustra o Gráfico 8.

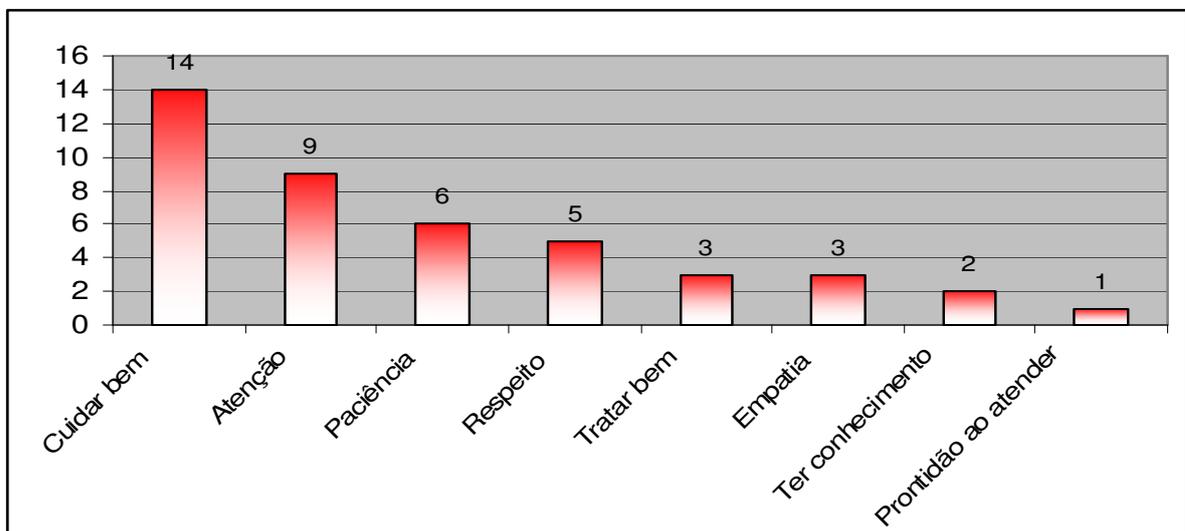


Gráfico 8 – Distribuição dos idosos de acordo com as principais qualidades/requisitos que os profissionais devem ter ao atendê-los. Maringá, PR, 2006.

Conforme se vê no Gráfico 8, dentre as qualidades mais citadas constam: 14 (58,3%) cuidar bem, nove (37,5%) atenção, seis (25%) paciência. Deram ênfase também: ao respeito - cinco (20,8%), tratá-los bem três (12,5%), ter empatia (colocar-se no lugar do paciente) três - (12,5%); ter prontidão ao atender um (4,2%).

Segundo os relatos dos idosos, verifica-se que o fato de ser bem cuidado, referido pelos pacientes, pode estar relacionado ao fato de serem tratados com respeito, consideração, sem discriminação e preconceito.

Segundo Waldow (2004), tem-se um ambiente de cuidado quando as pessoas se sentem bem, são aceitas e reconhecidas como são e seus valores são respeitados, conseguem se expressar de forma autêntica e preocupam-se umas com as outras.

Dos entrevistados, nove (37,5%) relataram como quesito do profissional o cuidado atencioso. Acredita-se que o cuidado atencioso é essencial para que se estabeleça uma relação terapêutica com o paciente. Está relacionado a ir além, e realmente tentar ajudar o paciente no atendimento de suas necessidades, tratá-lo com respeito e dignidade e aceitá-lo sem julgamentos. Abrange o fato de chamá-lo pelo nome, dispor de minutos do seu tempo para ouvir e conversar com ele sobre as suas dúvidas e angústias.

Atenção e carinho são palavras demonstradas como qualidade de quem cuida, e vêm ao encontro à definição do dicionário, ou seja, são sinônimos do cuidado. No entanto, o cuidado para muitos pode assumir uma função essencialmente técnica. Segundo Waldow (1998b), a atenção e carinho são atributos morais que descaracteriza o cuidado realizado como uma mera tarefa.

A paciência foi relatada como qualidade dos profissionais por 6 (25%) dos sujeitos. A paciência está relacionada a respeitar o tempo do idoso, bem como suas limitações físicas e cognitivas.

O respeito foi citado por cinco (20,8%) dos entrevistados, e refere-se ao fato de ter os seus direitos enquanto ser humano e cidadão atendidos pelos profissionais. Três (12,5%) alegaram que querem ser bem tratados, três (12,5%) afirmaram que os profissionais devem ter empatia, ou seja, ser capaz de compreender a dor e a angústia dos pacientes, colocar-se no lugar no paciente.

A qualidade relacionada à competência técnica “ter conhecimento” foi referida apenas por dois entrevistados. “Prestar atenção em relação ao que estão fazendo”, também foi citado como qualidade dos profissionais, pois é o que garante a segurança do paciente.

Um entrevistado relatou que uma das características do cuidador deve ser: ter prontidão ao atender os pacientes, não achar ruim se os pacientes chamarem,

não deixar faltar nada. No estudo de Matsuda e Évora (2002), a prontidão situou-se em terceiro lugar.

O cuidado requer um relacionamento interpessoal, constituído de atitudes humanas, nem sempre previsíveis, em que, o resultado nem sempre corresponde ao esperado podendo ser influenciados por fatores inerentes aos indivíduos envolvidos (WALDOW, 1998a).

No estudo de Waldow (1998a), realizado com 15 pacientes internados na clínica médica com idade variável entre 15 a 72 anos, constatou-se que os atributos de quem cuida na perspectiva de quem é cuidado, é a paciência, atenção, carinho, entender o paciente, ter vontade, ser serviçal e ter profissionalismo.

Matsuda e Évora (2002), em estudo que levantou as expectativas dos clientes hospitalizados para o planejamento da qualidade, obtiveram dados semelhantes.

Os pacientes não querem somente receber atendimento carinhoso, mas “querem sentir-se seguros e confiantes de que, além de serem considerados seres humanos, terão a equipe de saúde desempenhando suas funções com conhecimento e habilidade” (WALDOW, 1998b, p. 143). Para que o cuidado se efetive, a cuidadora deve possuir conhecimento e experiência na realização das atividades, na prestação de informações e na educação dos pacientes e familiares (WALDOW, 1998b).

Foi perguntado aos entrevistados como a enfermagem deveria atuar para que se sentissem satisfeitos (Questão 30). No tocante a esta questão, oito (33,3%) consideraram que a enfermagem, para satisfazer as necessidades de cuidados dos pacientes “deve cuidar bem”, seis (25%) ter paciência, quatro (16,7%) respeitar o paciente, quatro (16,7%) dar atenção, um (4,2%) relatou que deve responder ao que perguntam, um (4,2%) “ser boazinha”. Além disso, um (4,2%) considerou que “não deve reclamar quando os pacientes chamam”.

Os requisitos acima mencionados pelos sujeitos, sem dúvida, influenciam na qualidade do cuidado e na satisfação do cliente, pois segundo Matsuda (2002), a satisfação é considerada como o indicador mais significativo para mensurar a qualidade do atendimento à saúde.

Acredita-se que para que a gestão do cuidado ao idoso se efetive com qualidade, é necessário atendê-lo respeitando os seus direitos e expectativas.

## 8 CONCLUSÕES

Todo paciente tem o direito de ser reconhecido e respeitado como cidadão não apenas pela obrigatoriedade imposta pelas leis, mas por ser um ser humano, merecedor de respeito e dignidade.

O presente estudo que teve como objetivo geral conhecer sob a ótica da legislação específica, o atendimento da enfermagem à clientela idosa hospitalizada, contou com 24 sujeitos que foram entrevistados no domicílio.

Quanto à caracterização dos idosos 16 (66,7%) eram do sexo feminino, a maior porcentagem de viuvez sete (43,8%) estiveram entre as mulheres, 13 (54,2%) idosos não sabiam ler e nem escrever. Em relação à moradia, 12 (50%) dos entrevistados possuíam casa própria e moravam com membros da família e também 12 (50%) referiram ter renda familiar de um salário mínimo.

Quanto ao direito à informação, constatou-se que 17 (70,8%) não conheciam esse direito e, apenas sete (29,2%) referiram conhecer.

Observou-se que os idosos têm receio em fazer perguntas para tirar suas dúvidas com os profissionais, por medo de ofendê-los. Também, verificou-se que os idosos se sentiam intimidados e achavam que estavam atrapalhando, pois quando chamavam os profissionais, eles passavam a idéia de que estavam sempre ocupados.

Percebeu-se que há falhas na comunicação entre os profissionais de enfermagem e os idosos, pois todos referiram ter recebido informações relacionadas à patologia e ao tratamento, somente pela equipe médica. De acordo com dez sujeitos (41,7%), as informações referentes ao período pós-alta eram fornecidas pela equipe médica. Somente dois (8,3%) idosos mencionaram ter recebido informações da equipe de enfermagem.

Em relação aos procedimentos, 13 (54,2%) pacientes referiram que a atuação da enfermagem, quase sempre se limita na realização da técnica (ao procedimento propriamente dito), como é o caso das medicações, em que sete (29,2%) referiram não ter recebido nenhum tipo de informação a respeito.

Onze entrevistados (45,8%), ou seja, menos da metade, referiram que tiveram seus hábitos respeitados durante a hospitalização. Entre as principais mudanças ocorridas, citaram a alteração no horário do banho, dificuldade de dormir

durante a noite (devido ao barulho) e o horário das refeições, em especial do jantar, que era servido muito cedo.

Vinte e um idosos (87,5%) alegaram que não foram solicitados a participar na decisão sobre sua pessoa e/ou seu tratamento, e 17 (70,8%) relataram que gostariam de participar desse tipo de decisão.

Vinte e dois pacientes (91,7%), a absoluta maioria, referiu ter sido chamado pelo nome e 19 idosos (79,2%) puderam contar com a presença de acompanhante durante a hospitalização.

Com respeito às três qualidades/requisitos mais importantes que a enfermagem deve ter ao cuidar deles (dos idosos) referiram: o cuidado, citado por 14 idosos (58,3%), a atenção, referida por nove idosos (37,5%) e a paciência, mencionada por seis idosos (25%). Além destas três qualidades, foram apontadas: a competência técnica, o respeito e a empatia. Já para que o idoso se sinta satisfeito com o cuidado prestado pela enfermagem citaram: cuidar bem, ter paciência e ter respeito.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os direitos dos pacientes relacionados à informação e autonomia nas decisões em relação ao seu tratamento e manutenção dos seus hábitos não são atendidos de maneira freqüente e nem adequada pela equipe de enfermagem.

A partir do novo cenário do envelhecimento populacional, das mudanças na morbidade e mortalidade que ocorrem na população e pelo aumento da hospitalização entre os idosos, acredita-se que as instituições hospitalares devem adequar-se às necessidades e atender aos critérios mínimos para o atendimento das necessidades do idoso.

Ainda no âmbito organizacional, as instituições de saúde devem ter arraigada em sua filosofia o respeito aos direitos dos idosos, o cumprimento das leis que o amparam, bem como prestar uma assistência de qualidade livre de preconceitos e esteriótipos.

A enfermagem por representar o grupo mais amplo do setor saúde dentro das instituições hospitalares e pela maior proximidade e interação desses profissionais junto aos pacientes, deve agir de acordo com os princípios éticos e legais a fim de atender as necessidades e expectativas dos pacientes durante a hospitalização.

Ao enfermeiro, enquanto gestor e líder da equipe de enfermagem cabe o papel de educador e coordenador, sendo fundamental que respeite e faça com que os demais membros também cumpram os direitos dos idosos com vistas à prestação de uma assistência de enfermagem eficaz e com qualidade.

Com base na literatura consultada, associada aos resultados levantados neste estudo, para a gestão do cuidado de enfermagem ao idoso, sugere-se:

- Que os membros da equipe conheçam cada idoso em sua unicidade e singularidade, visto que ações, facilitam o planejamento dos cuidados no atendimento de suas necessidades e especificidades. Nesse âmbito, os problemas devem ser tratados e as habilidades, reforçadas.
- Que o enfermeiro, enquanto gestor do serviço promova a capacitação dos profissionais para prestar assistência de maneira competente e com qualidade, respeitando os idosos nas suas limitações, desfazendo mitos, preconceitos e estereótipos que envolvem o processo de envelhecimento e comprometem a qualidade da assistência prestada a essa clientela.

- Que o gestor do cuidado tenha suas condutas baseadas em princípios éticos e cobrar dos demais funcionários a mesma postura.
- Que o gerenciamento do cuidado do idoso, que envolve o planejamento, a coordenação e o monitoramento dos serviços (de forma que venham ao encontro das necessidades dos idosos que apresentam ou tem risco de apresentar problemas físicos, emocionais e funcionais), minimizem as dificuldades que levam ao impedimento da vida comunitária independente dessa clientela.
- Que o enfermeiro que gerencia o cuidado avalie as necessidades e os recursos disponíveis, de forma a proporcionar ao idoso e à sua família todo atendimento possível.
- Que a equipe de saúde respeite e oriente os pacientes sobre os seus direitos de modo que exijam maiores esclarecimentos em relação à sua saúde e doença, seu tratamento e procedimentos a ser submetido, a fim de que possam participar de maneira mais efetiva na decisão sobre si.
- Que haja mais divulgação entre os profissionais, sobre o respeito e os direitos e autonomia dos pacientes idosos e seus acompanhantes, a fim de torná-los aliados no tratamento.
- Que se realize o plano de alta, juntamente com os outros profissionais e familiares que atuam diretamente com o idoso, de modo a destacar aspectos importantes do cuidado após a alta.
- Que se estabeleça sistema de referência e contra-referência para articular os serviços públicos de saúde, tornando-o mais efetivo.

Considera-se que os objetivos desse estudo foram alcançados, visto que: possibilitou caracterizar os idosos quanto aos dados socioeconômico-educacional; verificou-se que o cuidado de enfermagem ao cliente idoso usualmente não corresponde aos preceitos estabelecidos no Estatuto do Idoso e na Carta dos Direitos do Paciente; levantaram-se as principais expectativas dos idosos no que se refere ao cuidado da equipe de enfermagem; buscaram-se informações sobre as principais qualidades/requisitos que os profissionais da enfermagem devem ter para cuidarem dos mesmos e, por fim, com base nos resultados obtidos, possibilitou sugerir ações para a gestão do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-44, nov. 1998. Disponível em: < <http://www.unati.uerj.br/tse/index.php> >. Acesso em: 05 jun. 2005.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA JÚNIOR, I. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: VIEIRA, E. M. et al. (Org.). **Seminário gravidez na adolescência**. [São Paulo: s.n.], 1998. p. 97 -109. Xerox.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 1994.

BERQUÓ, E. Pirâmide da solidão. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 5., 1986, Águas de São Pedro. **Anais...** Águas de São Pedro: ABEP, 1986. p. 41.

BOFF, L. Cuidado: o ethos do humano. In: \_\_\_\_\_. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 33-39.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP, 1988.

BRASIL. Decreto n. 94.406/87 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Lei n. 10741 de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências**. Disponível em: < <http://www.direitoidoso.com.br> >. Acesso em: 9 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001. Disponível: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivo/pdf/CES031.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Os 80 anos de Previdência Social**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/eticapesq.htm>>. Acesso em: 20 de dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologias em saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade de acompanhante para maiores de 60 anos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 7 abr. 1999a. Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM\\_P280\\_99acomp.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/acomp/GM_P280_99acomp.doc)>. Acesso em: 1 ago. 2006.

BRASIL. Portaria n. 1395, de 9 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 10 dez. 1999b. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm-html>>. Acesso em: 28 out. 2005.

BRETAS, A. C. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 3, p. 298-301, maio/jun. 2003.

CAMARANO, A. A. et al. **Como vai o idoso brasileiro?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Disponível: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 17 jun. 2005.

CARPER, B. A. The ethics of caring. **ANS Advances in Nursing Science**, Hagerstown, v. 1, n. 3, p. 11-19, 1979.

CARTWRIGHT, A. **Health surveys in practice and in potential**: a critical review of their scope methods. London: King Edward's Hospital Fund for London, 1983.

CARVALHO FILHO, E. T. et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32 n. 1, p. 36-42, 1998.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALETTO NETO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 60-69.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G.; Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALETTO NETO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. p. 1 -8 .

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 38-43, jan./mar. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 240/2000. **Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 25 set. 2005.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001. p. 285-304.

DATASUS. **Informações em saúde.** Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mrPR.def>>. Acesso em: 14 set. 2006.

DESLADES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DIREITOS do paciente. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 19, n. 10, p. 347-349, nov./dez. 1995.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. **QRB Quality Review Bulletin**, Chicago, v. 12, n. 3, p. 99-108, 1986.

DUARTE, Y. A. O. Princípios da assistência de enfermagem Gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 2005. p. 222 -2229.

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, Brasília, DF, v. 2, p. 129-135, 1994.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência.** Rio de Janeiro: Record, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDIM, J. R. **Bioética, cultura e globalização.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/global.htm>>. Acesso em: 25 set. 2006a.

GOLDIM, J. R. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia.** Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm>>. Acesso em: 24 de jun. 2006b.

GOLDSTEN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 950-956.

GOMES, J. B.; KAIUAKAME, P. M. Passagem de plantão ao lado do leito em U.T.I. O significado para o paciente. In: CARVALHO, E. C. de C. (Org.). **Comunicação em Enfermagem**: relatos de pesquisas do 6º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto: Instituto de Pesquisa em Enfermagem, 1998. p. 79-84.

GONDIM, S. M. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 299-309, jul./dez. 2002.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: Ed. da UnATI, 2000. Disponível em: <[http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos\\_Unati/Unati1.pdf](http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/Unati1.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2005.

GREENEICH, D. The link between new and return business and quality of care: patient satisfaction. **ANS Advances in Nursing Science**, Hagerstown, v. 16, n. 1, p. 62-72, 1993.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. **Censo demográfico de 2003**. Rio de Janeiro, 2003a. p. 41.

IBGE. **Censo demográfico de 2003**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2005.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, jun., 2003.

LOPES, F. Negra é mais vulnerável diz bióloga. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 jul. 2003. Cotidiano, Caderno 4.

MADALOSSO, A. R. M. **Construindo um referencial teórico sobre a iatrogenia na prática de enfermagem**. 1998. Projeto de Dissertação (Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Passo Fundo, 1998.

MADALOSSO, A. R. M. Introgenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p.11-17, 2000.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Org.) **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1993.

MARCHI, M. M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Bioética**, Brasília, DF, n. 6, p. 39-45, 1998.

MARCON, S. S. et al. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de família de paciente crônicos. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 265-281.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11 n. 6, p. 701-706, nov./dez. 2003.

MATHIAS, T. A. F. **A saúde do idoso em Maringá**: análise do perfil de sua morbimortalidade. 2002. 177f. Tese (Doutorado)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MATHIAS, T. A. F. **Morbidade hospitalar no município de Maringá-PR, em 1992**. 1994. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

MATHIAS, T. A. F.; SOBOLL, M. L. M. S. Morbidade hospitalar em município da região sul Brasil em 1992. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 224-232, jun.1996.

MATSUDA, L. M. **Satisfação profissional de uma equipe de enfermagem de uma UTI-adulto**: perspectiva de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 290 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. O método de desdobramento da função qualidade QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 71-74, jan./jun. 2002.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F. S. O método desdobramento da função qualidade – QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 97-105, out. 2000.

MENDES, M. M. R.; ALVARENGA, M. R. M. Percepção da enfermagem sobre reinternações e alta hospitalar de idosos: resultados preliminares da análise de conteúdo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 111-112, 2000.

MENDES, W. **Home care**: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UnATI, 2001. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/crde/textos/unati4.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Copyright, 2001.

MOTTA, L. B. **Formando médicos para o desafio do envelhecimento com qualidade no Brasil**: uma contribuição à elaboração de currículos. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, A. C.; FORTES, P. A. C. O direito a informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 59-65, mar.1999.

OLIVEIRAS, C. Atuação da Enfermagem face ao idoso hospitalizado. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 40-61, 1983.

OMRAN, A. R. **The epidemiologic transition in the Américas**. Maryland: PAHO, 1996.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU. **Assembléia mundial sobre envelhecimento**: resolução 39/125. Viena: ONU, 1982.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, OPAS. **Las condiciones de salud en las Américas, 1990**. Washington, DC, 1990. v. 1, p. 145-52. (Publicación científica, 524).

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005a. p. 312-323.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005b. p. 27-43.

PENA, S. B.; DIOGO, M. J. D. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado ao idoso hospitalizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 663-669, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D.; BARROS, T. R. O envelhecimento do ser humano. In: RODRIGUES, R. A. P.; DIOGO, M. J. D. (Org.). **Como cuidar dos idosos**. Campinas, SP: Papirus, 1996. p. 11-16.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C. Envelhecimento, saúde e doença. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2000.

SANTOS, L. R.; BENERI, R. L.; LUNARDI, V. L. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des) respeito aos direitos do cliente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 403-413, dez. 2005.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H.; LIMA, M. G. O. Programa de acompanhamento hospitalar para paciente geriátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 61-68, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO, EMPREGO E PROMOÇÃO SOCIAL, SETP. Núcleo de Coordenação Estadual da Assistência Social – Nucleas. **Indicadores Socioeconômicos do idoso residente no Estado do Paraná**. Curitiba, 2004.

SILVA, M. C. **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005a. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br.>>. Acesso em: 20 set. 2005.

SILVA, M. J. P. O aprendizado da linguagem não verbal e o cuidar. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005b. cap. 4, p.47-61.

SILVA, M. J. P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar.1994.

SOUZA, Z. S.; MORAES, M. I. D. M. A ética médica e o respeito às crenças religiosas. **Bioética**, Brasília, DF, v. 6, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/eticmedica.htm>. Acesso em: 15 jun. 2006.

STEVENSON, J. S.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-55, maio/ago. 1997.

TAHARA, A. T. et al. Satisfação do paciente: Refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 50, n. 4, p. 497-506, out./dez. 1997.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A C. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da Saúde da Família. In: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. p. 225-228.

THOMAS, L. H.; BOND, S. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 28, n. 4, p. 291-314, 1991.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 91-103.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998a.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidado: na busca da integralização. In: \_\_\_\_\_. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998b. p. 127-159.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. São Paulo: Loyola, 2004.

WARSHAW, G. A. et. al. Functional disability in the hospitalized elderly. **JAMA The Journal of The American Medical Association**, Chicago, v. 248, n. 7, p. 847-850, 1982.

ZOBOLI, E. L. C. P; MASSAROLO M. C. K. B. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática de enfermagem. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 65-70, 2002.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**QUESTIONÁRIO**

**O Atendimento da Enfermagem ao Cliente Idoso Sob a Ótica dos Direitos Instituídos.**

**A - Dados pessoais, socioeconômicos e culturais:**

1) Gênero ( ) feminino ( ) masculino

2 ) Idade \_\_\_\_\_

3) Estado conjugal

( ) solteiro(a)

( ) casado(a)

( ) separado (a ), divorciado(a)

( ) viúvo(a)

( ) outros. Especificar: \_\_\_\_\_

4 ) Religião

( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

Praticante ( )sim ( ) não

5) Escolaridade:

( ) não sabe ler e escrever;

( ) sabe ler/ escrever;

( ) ensino fundamental ( ) completo ( ) incompleto

( ) ensino médio ( ) completo ( ) incompleto

( ) ensino superior ( ) completo ( ) incompleto

( ) Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

**6)** O(a) Senhor(a) mora em casa:

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> própria | <input type="checkbox"/> alugada           |
| <input type="checkbox"/> cedida  | <input type="checkbox"/> mora com parentes |
| <input type="checkbox"/> ns/nr   | <input type="checkbox"/> Outros _____      |

**7)** Em seu ambiente domiciliar, quantas e quem são as pessoas que moram com o(a) Senhor(a)?

---

---

**8)** Se mora com a família, qual a renda mensal em salários mínimos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> menos de um               | <input type="checkbox"/> quatro a cinco |
| <input type="checkbox"/> um                        | <input type="checkbox"/> seis e mais    |
| <input type="checkbox"/> dois a três               | <input type="checkbox"/> ns/nr          |
| <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____ |   |

Renda mensal (individual) em salários mínimos: \_\_\_\_\_

**9)** Ocupação atual:

- aposentado(a)     Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**10)** Essa renda mensal atende as necessidades básicas como: lazer, compra de medicamentos/saúde, moradia, alimentação, entre outros?

- sim  
 não. Comente: \_\_\_\_\_

**11)** Necessita de algum tipo de ajuda para realizar suas atividades diárias (banho, alimentação, vestuário, lazer)?

- não  
 sim. Especificar: \_\_\_\_\_  
Quem ajuda: \_\_\_\_\_

## B) Legislação e direitos do paciente idoso.

### Direito à informação:

**12)** No hospital, o(a) Senhor(a) foi informado(a) sobre o seu diagnóstico (qual a doença que causou a sua internação)?

( ) não

( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

Quem informou? \_\_\_\_\_

Em que momento? \_\_\_\_\_

**13)** O(a) Senhor(a) conhece os Direitos à Saúde do Idoso assegurados pelo Estatuto do idoso e Carta dos Direitos do Paciente?

( ) sim

( ) não

( ) alguns

( ) Comente sobre o(s) direito(s) que o Senhor(a) conhece

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14)** O(a) Senhor(a) recebeu informações sobre as normas (acompanhante, utilização de roupas da instituição, arrolamento de pertences, horário de visitas) e rotinas do hospital (horário de banho, troca de plantão, horário das refeições) durante a internação?

( ) não      ( ) sim. Especificar quais \_\_\_\_\_

**15)** A enfermagem possibilitou que o(a) Senhor(a) se sentisse à vontade para que se comunicasse e esclarecesse as suas dúvidas sobre a sua doença, a evolução do seu quadro de saúde, com ela sempre que o(a) Senhor(a) sentiu necessidade?

( ) sim

( ) não

( ) não senti

necessidade

Fale um pouco a respeito: \_\_\_\_\_

**16)** O(a) Senhor(a) recebeu informações sobre os procedimentos que lhe foram realizados (Ex: sondagem (que será passada a sonda para fazer xixi, ou no nariz para receber dieta), higienização (banho no leito ou no chuveiro), medicação (informação de como será administrado e para que serve), curativo , exames (porque será realizado e como vai ser).

sim.  ns/nr

Por quem? \_\_\_\_\_

não.

**17)** O(a) Senhor(a) recebeu informações sobre as medicações que foram administradas? Quais informações eram fornecidas?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18)** O(a) Senhor(a). recebeu sangue ou hemoderivados (derivados do sangue, plasma, plaquetas, entre outros)?

sim  não  não sabe

No caso da resposta Sim. O Senhor(a) recebeu informações sobre a procedência do(s) mesmo(s)?

foi informado sobre a procedência  não foi informado.

**19)** Como os profissionais de enfermagem se identificavam ao atenderem o(a) Senhor(a)?

através do crachá.  através de apresentação verbal.

não se identificavam. Outros. Especificar \_\_\_\_\_

**20)** O(a) Senhor(a) recebeu orientações da equipe de saúde durante a internação e na alta hospitalar que possibilitaram a continuidade do tratamento em domicílio?

não

sim. Quem forneceu as orientações? \_\_\_\_\_

Quais orientações foram fornecidas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Respeito a valores pessoais:**

**21)** Suas rotinas e hábitos foram respeitados pela enfermagem durante a internação hospitalar (preferência pelo horário de banho, o(a) Senhor(a) consegue dormir como em casa, consegue alimentar-se, foi pedido a sua preferência por determinado alimento, etc.)?

( ) sim      ( ) a mudança de meus hábitos e rotinas não me incomodaram

( ) n.s./ n. r.    ( ) não. Especificar: \_\_\_\_\_

**22)** A enfermagem, em algum momento, permitiu que o(a) Senhor(a) participasse da decisão sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar (Ex: posição mais confortável para a realização do curativo, local que gostaria que aplicasse a injeção):

( ) sim      ( ) não

( ) n.s./ n.r.    ( ) outro. Comente: \_\_\_\_\_

**23)** O(a) Senhor(a) gostaria de participar da decisão do seu tratamento?

( ) sim      ( ) não

De que maneira? Fale um pouco a respeito: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**24)** Qual a forma de tratamento que a enfermagem utilizava quando se dirigia ao Senhor(a) (Ex: chamavam o(a) Sr(a) pelo nome, paciente do leito nº, tio, vô). Como o(a) Senhor(a) se sentia ao ser chamado(a) assim?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**25)** Houve alguma situação durante a sua internação que lhe causou algum agravo físico (Ex: queda, hematoma (mancha roxa), soroma (soro fora da veia que faz uma bola), dor, calor, frio, desconforto, lesões (devido a esparadrapo, faixa muito apertada), ou emocional (rispidez, ironia, indiferença (não levaram em consideração sua opinião), monotonia, estresse (deixaram o(a) Sr(a) nervoso(a), irritado(a), ansioso(a), ou relacionado a objetos pessoais (perda da dentadura, óculos, documentos)?

( ) não

( ) sim. Especificar: \_\_\_\_\_

Se a resposta for Sim. Que providências foram tomadas? Por quem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto: “A Gestão do cuidado ao idoso na perspectiva dos direitos instituídos”.**

A presente pesquisa objetiva investigar o cumprimento da legislação no atendimento ao cliente idoso pela enfermagem, segundo a perspectiva do cliente idoso. A sua participação dar-se-á através de uma entrevista em que o(a) Sr(a) responderá um questionário que além de ser preenchido pela pesquisadora será gravado. Ao final da pesquisa, o(a) Sr(a) será informado(a) a respeito do estudo e quais são os instrumentos que asseguram a sua liberdade e segurança em participar ou emitir as suas opiniões sem que o(a) Sr(a) seja identificado(a) ou venha sofrer algum dano. A sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento que o(a) Sr(a) desejar e/ou achar conveniente. O esclarecimento de todas as dúvidas que o(a) Sr(a) tiver acerca da pesquisa poderá ser solicitado por telefone, e-mail ou pessoalmente para algum dos nomes abaixo-relacionados.

Eu, \_\_\_\_\_, *(ou responsável pelo paciente)*  
após lidas e entendidas as informações e esclarecidas todas minhas dúvidas referentes a este estudo com a enfermeira e mestranda \_\_\_\_\_,  
**CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, que o(a) \_\_\_\_\_  
participe do mesmo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Viviani Camboin Meireles, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Contato: Viviani Camboin Meireles.

Endereço: Av. Colombo 5790. Zona 7 .

Cidade: Maringá/PR

Fones: (44) 3261- 4905

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos, procurar a Pesquisadora ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - COPEP da Universidade Estadual de Maringá – Bloco 035 – Campus – Telefone: (44) 3261-4444.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)