

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO DE
ENFERMAGEM

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO CENTRO DE TERAPIA SEMI-
INTENSIVA**

CURITIBA
2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

JULIANA MENDES

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO CENTRO DE TERAPIA SEMI-
INTENSIVA**

Dissertação apresentada como requisito final à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração - Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum.

CURITIBA

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESTE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Mendes, Juliana

Cuidado de Enfermagem ao Idoso no Centro de Terapia Semi-Intensiva/ Juliana Mendes. – Curitiba, 2008.
87 f.:il.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós – Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná.
Orientadora: Prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum

1. Enfermagem., 2. Cuidado., 3. Idoso., 4. Centro de Terapia Semi-Intensiva

*Dedico esse trabalho a minha família:
A minha mãe **Soni** (in memoriam) ao meu pai **Augustinho** (in memoriam) e ao
meu irmão **Geovani** (in memoriam),*

*Aos meus irmãos **Jani** e **Maria**, minha cunhada **Maria Lúcia**, pelo incentivo e
apoio incondicional.*

*E aos amores da minha vida: **Bruna** e **Geovana**, que me dão força para vencer
os desafios que a vida apresenta.*

AGRADECIMENTOS

Àquele que foi fonte de luz e energia durante a minha caminhada, quem providenciou tudo que foi necessário para que este trabalho se concretizasse, as pessoas, os recursos materiais, a minha saúde. É a ti **Senhor** que agradeço ter dado mais este passo na caminhada do plano terrestre.

À prof^a Dr^a Mariluci Alves Maftum pelo apoio e incentivo durante a orientação deste estudo e por compartilhar de seus conhecimentos.

Às prof^{as}. Dr^{as} Maria Ribeiro Lacerda e Maria de Fátima Mantovani pelas valiosas contribuições na efetivação deste trabalho.

À prof^a Dr^a Maria Helena Lenardt pelo apoio e incentivo no início da minha caminhada.

Ao Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, na pessoa da Prof^a Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, pela oportunidade de aprendizado e evolução em minha carreira profissional.

À prof^a Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, coordenadora do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE, e aos demais membros e pesquisadores, pelas contribuições e orientações científicas recebidas para realização desta pesquisa.

À instituição na qual desenvolvi o trabalho, por permitir o desenvolvimento do estudo.

À equipe do CTSI, campo do estudo, pelo acolhimento, respeito e colaboração.

Às enfermeiras participantes do estudo pela disponibilidade, paciência e contribuição para o desenvolvimento do trabalho.

Aos colegas enfermeiros Maria Luiza H.Segui, Elizabeth Bernardino, Yeda Maria Leal, Valdete Alves Quadros, Rejane Maestri, Mariluci Willig, Leomar, Paulo César Carneiro, Solange Delazari, Jossandro Cruz, Claudinéia Celestino Silva, Ademir Antônio Duarte, de quem recebi manifestações de carinho e apoio para buscar novas fontes de crescimento pessoal e profissional.

Em especial aos colegas Adriano Shimbo e Márcia Seima pelo apoio e ajuda nos momentos difíceis.

A todos aqueles que, embora não citados, participaram de alguma forma deste trabalho.

“Final, minha presença no mundo não é a de quem a ele se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História”.

Paulo Freire

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
1.1	OBJETIVO	04
2	REVISÃO DE LITERATURA	05
2.1	ENVELHECIMENTO HUMANO.....	05
2.2	CUIDADO DO IDOSO.....	13
3	METODOLOGIA	20
3.1	MÉTODO	20
3.2	LOCAL DO ESTUDO	21
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	23
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	23
3.5	COLETA E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES	23
3.6	ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....	24
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES	26
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	26
4.2	CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	26
4.2.1	SINGULARIDADES DO IDOSO QUE INFLUENCIAM NO CUIDADO DE ENFERMAGEM	26
4.2.2	O ACOMPANHANTE NO TRATAMENTO DO IDOSO NA PERCEPÇÃO DOS SUJEITOS	36
4.2.3	O CUIDADO QUE O ENFERMEIRO DESENVOLVE AO IDOSO	45
4.2.4	A INFRA-ESTRUTURA FÍSICA E DE RECURSOS HUMANOS INFLUENCIAM NO CUIDADO	53
4.2.5	O PREPARO DO ENFERMEIRO PARA CUIDAR DO IDOSO	51
5	SÍNTESE REFLEXIVA	61
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
7	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE.....	78
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO	78
	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	80
	PLANTA DA ENFERMARIA COM QUATRO LEITOS	81
	PLANTA DA ENFERMARIA COM SEIS LEITOS	82
	ANEXOS.....	83

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	83
PLANTA FÍSICA DO CTSI COM 25 LEITOS	85
NOVA PLANTA FÍSICA DO CTSI COM 19 LEITOS	87

RESUMO

MENDES, J. **Cuidado de enfermagem ao idoso no Centro de Terapia Semi-Intensiva**. 2008. 82 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariluci Alves Maftum.

O aumento da expectativa de vida tem fomentado inúmeros estudos a respeito do tema idoso e, as transformações nas Políticas Públicas de um modo geral influenciam a mudança política, social e econômica. O estudo teve-se o objetivo: conhecer como o enfermeiro percebe o cuidado de enfermagem ao idoso internado em Centro de Terapia Semi-Intensiva. A metodologia utilizada foi à qualitativa exploratória e os participantes deste estudo constituíram-se de todas as sete enfermeiras assistenciais lotadas no CTSI. Para a coleta de dados foi realizada entrevista semi – estruturada. O instrumento de coleta de informações contemplou dados de identificação do informante e uma questão guia para que o mesmo discorresse a respeito de como percebe o cuidado de enfermagem desenvolvido ao paciente idoso internado no CTSI. Para a análise das informações obtidas das entrevistas com os participantes foi utilizada a proposta por Minayo que inclui a fase de ordenação, classificação e análise dos temas emergentes. Após a análise das entrevistas emergiram cinco categorias temáticas: 1) *Singularidades e mudanças no perfil do idoso que influenciam no cuidado de enfermagem*; 2) *O acompanhante no tratamento do Idoso na percepção dos sujeitos*; 3) *O cuidado que o enfermeiro desenvolve ao idoso*. 4) *A infra-estrutura física e de recursos humanos influenciam no cuidado*; 5) *O preparo do enfermeiro para cuidar do idoso*. Os sujeitos reconheceram que o idoso possui características peculiaridades e, portanto deve se cuidado de modo diferenciado do adulto, entretanto devido ao pouco conhecimento sobre o tema esse cuidado é realizado sem considerar as especificidades. Referem que o acompanhante é fundamental para o tratamento e recuperação do idoso, entretanto a qualidade de relacionamento familiar pode influenciar no momento de prestar o cuidado. A infraestrutura foi indicada como fator que dificulta a permanência do acompanhante junto ao idoso e a falta de recursos humanos não permite que o cuidado seja integral e individualizado. O estudo permitiu concluir que o enfermeiro possui pouco conhecimento sobre as Políticas Públicas do idoso e que o tema foi abordado de modo insuficiente quando cursaram a graduação. É necessário que o enfermeiro mantenha-se atualizado buscando meios como educação permanente, pós-graduação e leituras para que possa prestar cuidado qualificado ao idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Cuidado; Enfermagem; Centro de Terapia Semi-Intensiva.

ABSTRACT

MENDES, J. **Nursing Care to the elderly in Semi-Intensive Care Unit.** 2008. 87f. Thesis [Masters degree in Nursing] - Federal University of Paraná, Curitiba.

The increase of the life expectancy has instigated a lot of studies about the elderly and the transformation on Public Policies also has had an influence on politics, social and economics changes. This study had as objective to know how the nurse understands the nursing care to elderly as a patient inside a Semi-Intensive Care Unit (SICU). The methodology in this study was the exploratory qualitative research and the participants were seven assistant nurses who work in SICU. The data were collected by half-structured interview. The tool used to collect the data took identification and one guide question asking to the participant explained how she understands the nursing care to the elderly inside the SICU. To analyse the information was used the method suggested by Minayo which includes the order phase, classification and analysis of the emergent themes. After the analysis came out five thematic categories: 1) Singularity and changes on elderly profile which take some influence on nursing care; 2) The companion on elderly treatment on person perception; 3) The care that nurse gives to the elderly; 4) The physical and human resources infrastructure have influence on care; 5) The prepare of the nurse to take care of the elderly. The persons recognized the elderly has peculiar characteristics and then he needs to be caring in a different way of the grown person, however because of the few knowledge about this subject the care is performed without considering the particularities. The companion is important to the treatment and recovery of the elderly but the familiar relationship can have influence when the care is giving. The physical infrastructure was indicated as the factor to difficult the presence of the companion to the elderly and the lack of human resources doesn't allow that the care can be complete and individual. This study allowed to conclude the nurse has few knowledge about Public Policies to the elderly and this subject was not enough or was insufficient during the graduation course. It's a necessity to the nurses to keep themselves updated looking for a way to give a qualified care to the elderly through the specialization courses, participating to conferences and having appropriate literature as a beginning to improve the elderly care.

KEY WORDS: Elderly; Care; Nursing; Semi-Intensive Care Unit

1. INTRODUÇÃO

As estatísticas apontam que a faixa etária que mais cresce na maioria dos países em desenvolvimento está acima dos 60 anos, e que em relação à população geral mundial, cresce 1,7%, deste modo, a população acima de 65 anos de idade aumenta 2,5% ao ano. Para estas faixas etárias, em todo o mundo, existe uma expectativa de aumento de 605 milhões constatados em 2000, para 1,2 bilhões, no ano de 2025 (FREITAS, 2002). Com este aumento progressivo da expectativa de vida da população mundial que vem ocorrendo nas últimas décadas, a assistência à saúde do idoso passa a ter prioridade nas políticas de saúde no mundo.

Baseado em estimativas populacionais, de acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil conta com 15.955.579 pessoas acima de 60 anos, o que representa 8,43% da população do país e, no Paraná é estimada em torno de 871.125, o que equivale 8.29% do total do Estado (BRASIL, 2008).

Os dados mencionados anteriormente conclamam a necessidade de desenvolver o olhar atento das pessoas, especialmente dos profissionais de saúde para que eles considerem o envelhecimento como um privilégio, com particularidades e necessidades especiais de cuidado e demandas. Do mesmo modo, é importante reconhecer as pessoas idosas como “únicas, com necessidades, talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo devido à idade” (PESSINI, 2002, p.459). Haja vista que para manter a integridade, o idoso necessita adaptar-se continuamente ao processo de envelhecimento, que consiste em “uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase [...] causando uma progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante uma sobrecarga fisiológica” (BRASIL, 1999, p.11)

Em relação às características do envelhecimento, há diversos aspectos relacionados ao processo saúde-envelhecimento, que demandam conhecimento e capacitação específicos direcionados à saúde do idoso, com o intuito de auxiliá-lo a conviver com os desafios aos quais está sujeito, entre eles, o surgimento das doenças crônicas que ocorrem com maior intensidade nesta fase da vida. Tais doenças podem produzir incapacidades e tornar o idoso dependente para executar as atividades diárias. Deste modo, o enfoque da atenção à saúde deve estar voltado à educação do idoso, família e cuidadores, em como conviver com a doença, à incapacidade, e não restringir somente à cura de enfermidades (FERRARI, 1999).

Os idosos representam uma parcela crescente da população que necessita de internação hospitalar ou de cuidados especializados em centros de saúde, no entanto, a equipe de saúde não se encontra suficientemente preparada para receber e prestar atendimento adequado a essas pessoas (WILLIG, 2004).

Existe no Brasil, legislação específica que respalda legalmente as questões relacionadas aos idosos, como a Lei Federal nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, denominada Política Nacional do Idoso, aprovada em 1999 pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. A Lei denominada Política Nacional do Idoso nº 8.842/94 regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, indica as ações específicas das áreas envolvidas e busca criar condições para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade. Portanto, cabe ao setor de saúde, em atenção a essa Lei, prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, manutenção da capacidade funcional, assistência à saúde do idoso, capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados funcionais, apoio a estudos e pesquisa (BRASIL, 1994, 1996, 1999).

Ainda, no concernente às legislações específicas relativas à pessoa idosa, têm-se o Estatuto do Idoso sancionado por intermédio da Lei Federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que respalda vários aspectos da vida do idoso como: o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, ao alimento, à educação, ao lazer, à profissionalização, à previdência e à assistência social, à habitação, à saúde (BRASIL, 2003).

Em 2002, foi realizada em Madri a II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento das Nações Unidas, neste evento foram definidas as diretrizes para orientar as Políticas Públicas à população idosa para o século XXI. Com o intuito de contribuir com a Assembléia, a organização Pan-Americana da Saúde – Opas–OMS, publicou em 2001 o projeto preliminar intitulado “Saúde e Envelhecimento”. Desta Assembléia, surgiu o Plano de Ação Internacional que prevê a capacitação dos idosos para que atue de modo pleno e eficaz na vida econômica, política e social (ONU, 2003). Em 2005 com a contribuição de todos os países membros, foi publicada a versão final do referido Plano intitulado “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” que aborda questões e preocupações relacionadas ao envelhecimento da população (BRASIL, 2005).

Em conseqüência das Políticas citadas anteriormente, foi publicada no Brasil em 2006, a Portaria nº 2.529, de 19 de outubro. O artigo 1º desta portaria institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde–SUS. Já o artigo 8º estabelece como prioridade para internação: idoso; portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas; portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente. A ação desta Política compreende a promoção, prevenção e reabilitação do idoso e pode contribuir de forma decisiva para o reordenamento interno da rede de saúde, bem como definição de papéis. Nesta Política o cuidador é ator relevante para o cuidado domiciliar no que se refere à articulação, agenciamento de recursos e a extensão do cuidado (BRASIL, 2006).

Além do acompanhamento domiciliar, o idoso tem direito de ter um familiar permanente em situações de internamento hospitalar e cabe à instituição proporcionar condições adequadas para sua permanência, bem como assegurar os critérios mínimos no atendimento das necessidades de cuidado (BRASIL, 2003). Contudo, o que se observa na prática é que o conteúdo da legislação mencionada nem sempre é contemplado nas instituições de saúde, devido à inadequação de estrutura física, e profissionais não capacitados para atender a demanda crescente das necessidades de saúde do idoso. Em uma pesquisa sobre a permanência de acompanhante com o paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva foram identificadas as seguintes dificuldades na infra-estrutura: má-acomodação do acompanhante, cenário hospitalar não adaptado às necessidades, normas, rotinas e horários rigorosos e uso de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) (NASCIMENTO *et al*, 2007).

O desenvolvimento de um cuidado eficaz para o idoso requer que sejam contemplados os aspectos: físico, mental, espiritual e ambiental. Deste modo, Camacho (2002), enfatiza que existe preocupação dos enfermeiros em relação à população idosa, por se tratar de um grupo bastante diferenciado entre si e entre os demais. O idoso quase sempre apresenta restrições às tarefas que devem ser realizadas por ele, por isso o enfermeiro precisa conhecer os modos como essa pessoa se cuida e como realiza suas atividades diárias.

O cuidado profissional qualificado deve estar pautado no relacionamento humano, envolvendo empatia, simpatia e o *rapport*. Este último se refere a um acontecimento ou uma experiência vivenciada simultaneamente pela enfermeira e

pelo paciente; pensamentos e sentimentos relacionados e transmitidos ao outro. A enfermeira deve procurar não somente aliviar a dor física do outro, mas transcender ao cuidado físico e perceber a pessoa inteira, o seu estado mental e espiritual (THOMAS; CARVALHO, 1999).

Para Santana e Santos (2005) é necessária uma mudança no conceito de saúde para o de bem-estar, como fator determinante para bons cuidados de enfermagem com o idoso, representando uma atitude que estreita as dimensões humanas: físicas, emotivas, espirituais, mentais, culturais e sociais.

De acordo com estudos e experiências de profissionais na área, percebe-se o aumento do número de idosos atendidos no Centro de Terapia Semi-intensiva-CTSI no qual atuo, e que o cuidado é realizado pelos profissionais de saúde sem um olhar específico a essa clientela. A opção por desenvolver este estudo com enfoque no cuidado ao idoso, se justifica em parte por minhas vivências profissionais como enfermeira e interesse em conhecer as características e necessidades desta clientela, principalmente os que apresentam condições crônicas de saúde. Com essa preocupação, passei a observar que os idosos necessitam de cuidados profissionais específicos, próprios do enfermeiro, cujas ações desenvolvidas no cuidar requerem atitudes planejadas e avaliadas constantemente. Ainda, considerando que o conhecimento pelo enfermeiro das transformações advindas do envelhecimento humano, pode contribuir na percepção e no desenvolvimento para o cuidado ao idoso.

O idoso torna-se mais vulnerável devido ao processo de envelhecimento necessitando de acompanhamento e cuidados específicos tanto dos profissionais de saúde quanto dos cuidadores e familiares. O cuidado desenvolvido pelo profissional de enfermagem reflete diretamente na recuperação do idoso.

As inquietações e reflexões explicitadas até este momento, relativas ao idoso, conduziram a proposta deste estudo, considerando a seguinte questão norteadora: *Como o enfermeiro percebe o cuidado de enfermagem ao idoso?* Para tentar responder a essa questão o objetivo foi elaborado.

1.1 OBJETIVO

Conhecer como o enfermeiro percebe o cuidado de enfermagem ao idoso internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico destinado à revisão de literatura, temas como envelhecimento humano e cuidado gerontológico de enfermagem serão abordados.

2.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

Do ponto de vista demográfico, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Nas sociedades ocidentais, é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria (VERAS; CURIONI; PEREIRA, 2003).

São consideradas pessoas idosas aquelas que ultrapassam os 60 anos de idade, no entanto, é difícil caracterizá-las utilizando a idade como único critério. Além disso, na população idosa, estão incluídas pessoas diferenciadas entre si, tanto do ponto de vista sócio-econômico como demográfico e epidemiológico. Na análise relativa aos indicadores sociais desse grupo populacional, os diferenciais por sexo, educação e renda são bastante expressivos (CAMACHO, 2002).

O idoso possui certas peculiaridades em seu organismo, que com frequência promovem alterações psicológicas e alguns comportamentos que podem ser atribuídos como causa da idade avançada. Como em todas as fases da vida do ser humano, a velhice tem dimensão existencial e assim, modifica a relação do indivíduo com o mundo e com sua própria história (BEAUVOIR, 1990).

Ressaltamos que o idoso normalmente apresenta restrição ao que é estabelecido por outrem para que ele execute ou siga como prescrições de atividades ou modo de vida. Também se apresenta restritivo, às tarefas que devem ser realizadas por ele, que por vezes, não são executadas como gostaria, devido a limitações impostas pela sua condição física (CAMACHO, 2002).

São diversificadas as variáveis de saúde-envelhecimento inter-relacionadas, o que exige conhecimento e capacitação específica para desenvolver o cuidado ao

idoso, a fim de ajudá-lo a adaptar-se aos desafios aos quais está sujeito. Em função da presença de doenças, existe uma sobrecarga nas transformações inerentes ao envelhecimento. Neste período da vida, é mais comum o surgimento de doenças crônicas, que geram incapacidade e dependência de tal forma que as preocupações com a saúde se referem, na maioria das vezes, a problemas mais relacionados com o manejo cotidiano da doença crônica e o impacto sobre a independência nas atividades diárias. Assim, o cuidado ao idoso deverá estar muito mais voltado no sentido de orientá-lo a lidar com as mudanças que ocorrem continuamente à medida que a idade avança e a adaptar-se à doença, do que propriamente curá-la (FERRARI, 1999).

Pesquisadores da longevidade humana explicam que o aumento da esperança de vida tem coincidido com uma concentração da longevidade média e a curva de sobrevivência está tomando uma forma cada vez mais retangular. Na prevalência de doenças crônicas são importantes dois fatores: as taxas de reabilitação e os índices de mortalidade. Assim, a relação com as intervenções no estado de saúde, que permitem retardar o surgimento de doenças e incapacidades, sobretudo aquelas que afetam as capacidades funcionais, são aspectos determinantes para que se produzam aproximações entre a morbidade, a esperança de vida e a mortalidade. O aumento da expectativa de vida deveria ser acompanhado de um aumento também na expectativa de saúde. (PAVARINI *et al*, 2005, p. 399)

O processo de envelhecimento inicia-se com o nascimento do homem e se prolonga por toda a vida, constituindo-se um fenômeno normal e universal, que envolve alterações psicológicas e sociais as quais ocorrem em ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores internos e externos. São exemplos desses fatores, as modificações morfológicas: aparecimento de rugas, cabelos brancos, equilíbrio, audição; modificações fisiológicas: respiração, fígado, rins, coração, gastrointestinal; modificações sociais: mudança de papéis (aposentadoria), mudança de padrões familiares; mudança de amizades e outras relações sociais (SANTOS, 2001, p.23).

Destacamos que, para estabelecer a conceituação de velhice, o parâmetro cronológico adotado pela Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é o de pessoas com 60 anos ou mais (VERAS; CURIONI; PEREIRA, 2003).

Para Deecken (1998), existem outros parâmetros que podem ser utilizados para caracterizar o idoso:

Uma das mais importantes descobertas da gerontologia atual é que cada pessoa tem na realidade três diferentes idades ao mesmo tempo: a idade

cronológica, determinada pelo número de anos que viveu, a idade biológica determinada pela condição e estado de seu corpo; e finalmente a idade psicológica avaliada por aquela que a pessoa sente que tem e demonstra ter, na maneira de agir (p.13).

Para Santana e Santos (2005) em estudo onde foram realizadas entrevistas com idosos sobre o envelhecimento, os mesmos relataram que as formas de exclusão dos idosos do mundo dos adultos, compreendida como: a saída do trabalho; a emancipação dos filhos e a chegada dos netos; a perda da total vitalidade física e mental, a necessidade de maiores cuidados com o corpo e a mente, levando à necessidade de ajuda dos adultos; a perda/morte de familiares e amigos. Compreender que todas essas exclusões têm uma forma positiva de lidar com elas fazem parte da adaptação ao processo de envelhecimento. A pessoa deve aceitar suas limitações e perdas com dignidade e persistência para continuar a vida com todo o dinamismo possível.

Segundo Beauvoir (1990, p.32), “a medicina moderna não pretende mais atribuir uma causa ao envelhecimento biológico: ela o considera inerente ao processo de vida, do mesmo modo que o nascimento, o crescimento, a reprodução, e morte”.

O documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) lançado para o Dia Mundial da Saúde, citado por Pessini (1999, p.195), chama a atenção para alguns pontos em relação ao envelhecimento: a maioria dos idosos vive em países em desenvolvimento; cada pessoa possui um modo peculiar de envelhecer; características sexuais, culturais, ambientais e sociais interferem no envelhecimento, sendo que a mulher e o homem envelhecem de modo diferente. As mulheres alcançam mais idade; grande parte dos idosos mantém-se em boas condições de saúde e longe de serem ônus para a sociedade. Assim, é necessário vê-los pelo que podem trazer de contribuição para a mesma. Na conclusão do documento é explicitado que “hoje o maior desafio à sociedade é a necessidade de examinar e fazer mudanças apropriadas nas políticas sociais, econômicas, de saúde, e não o envelhecimento da população”.

Pessini (1999, p.195) ressalta que “um dos grandes êxitos do século XX foi o aumento da longevidade”. No Brasil, o índice de envelhecimento apontava que a proporção de pessoas maiores de 60 anos para cada 100 indivíduos menores de 15 anos subirá de 24 em 1995 para 58 em 2020. No último Censo fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a população idosa brasileira atingiu 14,5 milhões, sendo 6,5 milhões de homens e 8 milhões de mulheres (IBGE, 2000).

O envelhecimento tem se apresentado também como um problema para a área da saúde. As mudanças na pirâmide populacional, que vai alargando seu ápice numa média de 2.5% de crescimento anual, geram preocupações para o sistema de saúde, porque mesmo sem ter solucionado os problemas sanitários relativos à infância, à adolescência e aos trabalhadores, ambos terão de se equipar para dar respostas eficientes relativas à prevenção de enfermidades e à atenção aos enfermos idosos (MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

Segundo Chaimowicz (1998), a estrutura etária da população brasileira altera-se progressivamente desde a década de 60 com a queda da fecundidade, influenciando significativamente a conformação demográfica da população. O aumento da população idosa implica na tomada de medidas e desenvolvimento de ações políticas que proporcionem um processo de envelhecimento sadio.

Devido à necessidade do setor de saúde dispor de uma política específica para o idoso, foi elaborada no Brasil a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, denominada Política Nacional do Idoso. Entretanto, esta Política foi aprovada em 1999 pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 1.395, de 10 de dezembro de 1999. A Lei nº 8.842/94 regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996, tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Para o alcance deste objetivo são definidas como diretrizes essenciais: promoção do envelhecimento saudável; manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e apoio a estudos e pesquisas. Esta lei estabelece que é de responsabilidade dos gestores do SUS (Sistema Único de Saúde) prover meios e atuar de modo a viabilizar o alcance dos propósitos estabelecidos nas diretrizes. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer processos de articulação permanente, visando a criação de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. A Lei preconiza as parcerias com outros Ministérios, bem como suas responsabilidades junto ao idoso; acompanhamento e avaliação que compreende a sistematização do processo de modo contínuo que permitirá verificar o alcance do propósito, seu impacto e a procedência de eventuais adequações que se fizerem necessárias. O último item da Lei faz referência às terminologias utilizadas sobre o idoso para melhor entendimento do documento. (BRASIL, 1999).

Em 2003 no Brasil foi elaborado o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, tal lei trata dos mais variados assuntos, desde os direitos fundamentais até penas para crimes cometidos à pessoa idosa. O artigo 1º é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Já o artigo 2º explicita que:

o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (p.7).

O artigo 3º prevê que é obrigação da família, da comunidade, 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. No artigo 4º consta que, nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. Por fim, o artigo 7º estabelece que é de responsabilidade dos Conselhos Nacional, Estadual, do Distrito Federal e Municipal do idoso o cumprimento dos direitos definidos nesta Lei (BRASIL, 2003).

Um estudo realizado em Santa Catarina, no município de Itajaí, propôs subsídios para operacionalização de políticas públicas de saúde, objetivando o Bem-Estar da população idosa residente neste município. Após o término da pesquisa, a autora concluiu que “políticas sociais sólidas, em especial a política de saúde, tornam-se um pilar de sustentação das ações do Estado”, e que devem ser sempre que possível emancipatória, unindo a autonomia econômica com a autonomia política; o econômico voltado para auto-sustentabilidade, e o político plantado na cidadania. Afirma ainda, que a contribuição do idoso na sociedade depende das condições de sua saúde, que, por sua vez, depende das políticas sociais adequadas de atendimento adotado no país. O envelhecimento saudável é alcançado quando o idoso mantém-se o mais tempo possível ativo na sociedade e na família (SANDRI, 2004, p.203).

Entretanto, as demandas oriundas desta fase da vida requerem uma oferta no âmbito familiar e coletivo as quais, geram um problema fundamental para o equilíbrio

das necessidades exigidas e recebidas pelos idosos. Na observação destes parâmetros, esforços devem ser envidados para a reabilitação, readaptação e para a obtenção de cura até onde for possível em suas atividades diárias, de acordo com o meio a que pertencem (CIANCIARULLO, 1996).

O envelhecimento biológico é “um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o nascimento e o acompanha por todo o tempo de vida possível, terminando com a morte” (SANTOS, 2001, p. 18). A saúde dos indivíduos é fortemente influenciada por fatores ambientais, econômicos e sociais, através do contexto físico, geográfico, educacional, que envolve condição social e cultural, entre outros fatores. A responsabilidade de cada indivíduo consiste em cultivar um estilo de vida saudável; a dos governos em criar um contexto favorável à saúde e ao bem-estar, até a velhice (SANTOS, 2001).

Nesta linha de raciocínio deseja-se que todos os idosos vivam o máximo possível e terminem a vida de forma digna e sem sofrimento. Porquanto, torna-se importante que o idoso encontre ajuda e proteção para a progressiva diminuição das capacidades, continue a participar das decisões que envolvem a comunidade; prolongue, ao máximo, conquistas e prerrogativas sociais como propriedade, autoridade e respeito (Simmons apud MINAYO; COIMBRA JR, 2002).

Conforme Souza, Skubs e Bretãs (2007) a velhice pode ser considerada como uma crise no ciclo vital devido às mudanças ocorridas nesta fase da vida, assim são necessárias adaptações para esta nova fase tanto do idoso quanto da família para atender suas novas necessidades.

O envelhecimento é um acontecimento universal que ocasiona dificuldades comuns à população. Deste modo, os esforços de diferentes países do mundo estão focados em buscar o envelhecimento ativo e saudável, para que essa população chegue à velhice com menores agravos de saúde. Assim, poderão vivenciar esse momento de forma amena e com menores impactos na perda de funções físicas, cognitivas e sociais. O processo de envelhecimento comporta modificações fisiológicas, características e acredita-se que atitudes positivas e adequadas, incluindo a modificação de hábitos de vida possam evitar e retardar este processo (DUARTE; LEBRÃO, 2005).

Em um estudo retrospectivo realizado acerca da produção científica brasileira na área da gerontologia, no período de 1975 a 1999, Goldstein (1999), verificou que o interesse pelos estudos relativos a idosos se fez efetivamente a partir de 1990,

quando houve crescimento na produção científica sobre a velhice. Concomitante a isto, houve também grande expansão das universidades de terceira idade e a formação de grupos de pesquisa. Embora haja participação de diversas instituições de ensino do País, no esforço de aumentar o conhecimento nessa área, ainda não se têm disciplinas que enfoquem o envelhecimento nos cursos de graduação e são raros os cursos de pós - graduação. Porém, constata-se que houve mudança na carga horária de alguns cursos de graduação em enfermagem, aumentando para cinco anos, e o tema envelhecimento humano, na maioria dos projetos pedagógicos, está sendo abordado na área da saúde do adulto. Tal mudança vem ao encontro da literatura, considerando que esta parcela da população vem aumentando consideravelmente nos últimos anos e os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem desenvolver cuidados ao idoso considerando todas as suas especificidades e peculiaridades (MONTANBOLI *et al*, 2006).

Em estudo realizado na forma de rede interinstitucional, no ano de 1997, com sete instituições de ensino superior de enfermagem, tinha como objetivo geral conhecer a realidade dos conteúdos desenvolvidos pelos cursos de enfermagem da Região Sul, visando o preparo para o cuidado da pessoa idosa e desvelar possibilidades de avanço. Nesse estudo foi constatado que nas universidades estudadas, a temática idoso é abordada dentro de várias disciplinas e não é contemplada com exclusividade. Os alunos que possuem interesse pela temática, têm a opção de participar de programas de extensão e profissionalizante ou desenvolver trabalho de conclusão de curso na área da terceira idade (SAUPE *et al.*, 1997). Ainda no mesmo estudo, as professoras entrevistadas declararam que a “prática” realizada pelos alunos consegue superar as deficiências dos conteúdos “teóricos”, entretanto as pesquisadoras questionam o porquê de a terceira idade não ser merecedora dos mesmos quantitativos em horas de conteúdos ministrados em disciplinas como: obstetrícia, pediatria, emergência entre outros, para que se possam conseguir os mesmo parâmetros de qualidade (SAUPE *et al.*, 1997).

Em relação à formação superior, em 20 de dezembro de 1996, a Lei nº 9.394 estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no capítulo IV dedicado à Educação Superior, dentre as finalidades, tem-se a formação de diplomados nas diferentes áreas de conhecimento para participar no desenvolvimento da sociedade brasileira; suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e

pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros (BRASIL, 1996).

Com a finalidade de definir princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, o Conselho Nacional da Educação da Câmara de Educação Superior, em 07 de setembro de 2001, instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. No artigo 4º no inciso VI, no que diz respeito à Educação Permanente, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na formação quanto na prática. No artigo 5º, nos incisos VI e VII tem como finalidade:

reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; atuar nos programas de assistência integral a saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso (BRASIL, 2001, p.2).

Corroborando com as pesquisadoras anteriormente mencionadas, em 1999 a Política Nacional do Idoso, dentro de suas diretrizes, preconiza a capacitação de recursos humanos especializados, apoio a estudos e pesquisas. A Lei estabelece como mecanismo fundamental, a criação de comissão permanente de integração entre serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. O trabalho articulado com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, pode ser viabilizado por intermédio dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas a capacitação de recursos humanos em saúde. O Ministério da Educação buscará a adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais da área da saúde, incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior (BRASIL, 1999).

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em 2006, no município do Rio Grande, teve como objetivo: conhecer como vem se implantando a Política Nacional de Saúde do Idoso. Por meio desta pesquisa foi verificado que há algumas dificuldades principalmente no que diz respeito aos acessos as informações sobre os idosos; ações existem, mas são desarticuladas e limitadas em seus recursos financeiros e humanos (TIER *et al*, 2006). Assim, percebe-se que as ações preconizadas pela Política Nacional do Idoso existem e estão repletas de sérios compromissos, entretanto encontram limitações políticas, financeiras e humanas.

Percebe-se que mesmo após 10 anos do estudo realizado por Saupe *et al.* e o estabelecimento da Política Nacional do Idoso, ainda não se contempla uma disciplina específica para o idoso e que os profissionais quando inseridos no mercado de trabalho, se deparam com uma realidade bastante complexa. Ao perceberem esta realidade, buscam aperfeiçoamento em cursos de pós-graduação ou participação em educação permanente oferecidas pelas instituições a qual estão vinculados.

Autoras como Gonçalves e Alvarez (2004), relatam que ainda são poucas as enfermeiras especializadas no desenvolvimento da enfermagem gerontogeriatrica, entretanto, evidencia-se esforço por parte delas em estudar e divulgar a especialidade, bem como estimular o aperfeiçoamento de novos profissionais da enfermagem para atender a demanda da população idosa.

Para que haja uma formação de recursos humanos na área da saúde do idoso, é necessária a compreensão do processo de envelhecimento, repercussões biopsicossociais, necessidade de trabalho interdisciplinar, papel e objetivos do profissional da saúde (MOTTA; CALDAS; ASSIS, 2008).

2.2 CUIDADO DO IDOSO

O objetivo da enfermagem é o cuidar. Assim, este é o instrumento principal para o fazer do enfermeiro e é o que diferencia e qualifica o seu trabalho, desde que este profissional tenha condições de cuidar-se e cuidar do outro (COSTENARO; LACERDA, 2001). Assim, o cuidado na área de enfermagem necessita ser desenvolvido de modo diferenciado de outras formas de cuidar e, para tanto, é necessário que o profissional de enfermagem atente e contemple nas suas ações a individualidade e a integralidade do ser humano.

Ressaltamos que o cuidado consiste no “fundamento da ciência e da arte de Enfermagem” o qual vai além da assistência prestada no momento em que o ser humano está fragilizado. É o compromisso com o “cuidado existencial que envolve também o auto-cuidado, a auto-estima, a auto-valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida”. Neste sentido, o cuidado existencial ocorre quando aquele que cuida compreende o mundo subjetivo do outro, vivencia a união com este e respeita a liberdade de Ser de cada um, transcendendo o tempo, o espaço e o cotidiano (CALDAS, 2000, p.1).

A visão do cuidado como uma força de vida é estabelecida como fator primordial na prevenção de doenças, na promoção da saúde, nas relações interpessoais, na educação da população para satisfazer suas expectativas de segurança, confiança, bem-estar e prazer. Nem sempre o cuidar supre nossas necessidades, sendo essencial um cuidado profissional, como por exemplo, o da enfermagem, que ocorre com ações e atitudes baseadas em conhecimento científico-tecnológico fundamentado em base existencial e humanista (COSTENARO; LACERDA, 2001).

O objeto que funda o trabalho da enfermagem é o cuidado que não existe por si só, de modo dissociado de um contexto sobre o qual incide a atividade do trabalho. Porquanto, o cuidado de enfermagem almeja principalmente o bem estar dos pacientes e exige esforço constante dos profissionais no atendimento do ser humano sob sua responsabilidade. Cuidar, portanto, não se resume à execução de tarefas ou à realização de procedimentos prescritos, mas, reflete a forma de como o cuidado é sentido pelo outro (COSTENARO; LACERDA, 2001).

Pode-se dizer que o enfermeiro, frente à assistência prestada, tem condições e conhecimento de propiciar um ambiente saudável aos clientes e demais cuidadores, para que os mesmos se sintam cuidados e valorizados. Seus esforços, sentimentos e sua vontade própria de cuidar contribuem para um cuidado efetivo e também para sua realização (COSTENARO; LACERDA, 2001). O cuidado por vezes independe do avanço tecnológico, mas depende do enfermeiro que possui a habilidade de firmar relacionamento interpessoal com o paciente o que conseqüentemente, propicia conforto físico e bem estar. O enfermeiro percebe o paciente como indivíduo e não como doença e isto pode ser pelo fato de estar mais próximo tanto do paciente quanto da família. Esta proximidade possibilita maiores oportunidades de comunicação e desenvolvimento de relação no cuidado (RICHTER *et al*, 2002)

O cuidar do enfermeiro perpassa a ação, o ato de cuidar está delineado pelas vivências, experiências e valores no decorrer de sua trajetória de vida. Diante deste cuidado com o outro a pessoa é conduzida por uma experiência coexistencial ligado aos vínculos e a marcas afetivas ou não afetivas a quem se dirige o cuidado (Gonçalves *et al.*, 2006). Neste contexto “cuidar é mais que um ato é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2002, p. 33). Para isso é preciso que o

enfermeiro assista as necessidades de cuidado da pessoa, voltado para as necessidades físicas e não físicas e que este cuidado esteja desvinculado da idade cronológica e das condições e possibilidades que a pessoa tem para se recuperar (BRUM; TOCANTINS e SILVA, 2005). Neste sentido, com o avanço do conhecimento na área de enfermagem, o cuidado torna-se mais especializado nas diversas áreas de atuação do enfermeiro a incluir o cuidado gerontológico.

Gerontologia é a disciplina da área da saúde que estuda os processos de envelhecimento e os caminhos que podem modificar o perfil de uma população de idosos carentes, doentes e despreparados para envelhecer (FREITAS *et.al.*, 2002). Esta disciplina requer uma equipe de saúde multiprofissional que trabalhe com interação para que atenda a multidimensionalidade do idoso. Autoras como Visentin, Labronici e Lenardt (2007), relatam que faz-se necessário considerar a multidimensionalidade do envelhecimento o qual abrange questões social, política, cultural, econômica e ética na visualização do ser humano idoso de modo integral. Deste modo “o cuidado gerontológico exige a incorporação de diferentes áreas de conhecimento e atualização constante” (DUARTE; LEBRÃO, 2005, p. 568). O problema de envelhecimento do ser humano configura-se como um grande desafio para a sociedade, sendo assim, os profissionais da área da saúde, tem um espaço importante neste contexto social, promovendo as ações de atenção à saúde dos idosos.

Como especialidade, a gerontologia se desenvolveu acentuadamente a partir da Segunda Guerra Mundial, tendo como preocupação o estudo da velhice, quando a expectativa de vida humana tornou-se mais elevada. Tal especialidade surgiu com o intuito de compreender o processo de envelhecimento e atender aos problemas comuns dos idosos, com o objetivo de atingir todo o seu contexto, não apenas o biomédico no qual trata e cuida de suas doenças típicas (FREITAS *et.al.*, 2002)

Para a sociedade atual a gerontologia é relevante devido às questões sociais expressivas como: o aumento da expectativa de vida, fruto do progresso contínuo na luta contra a mortalidade dos últimos séculos e crescimento no número de pessoas que chegam à velhice, o que acarreta sérias implicações na dinâmica demográfica, nas políticas sociais de saúde, previdência e assistência social (SÁ, 1999).

A gerontologia estuda de várias maneiras o processo de envelhecimento, tornando-se especialidades em várias áreas da saúde, sendo multidisciplinar reunindo conceitos teóricos de várias disciplinas em torno do objeto de estudo, pois

a velhice é muito complexa exigindo os conhecimentos existentes em diversas áreas. Assim a gerontologia aborda os processos de envelhecimento humano em vários aspectos: físico, biológico, psíquico, emocional, social, cultural, ambiental, político e econômico. (PAVARINI *et al*, 2005).

A gerontologia surge como área de conhecimento específico acerca do envelhecimento na qual a enfermagem está inserida, interage e articula com outras áreas na formulação de conceitos formadores de determinado conhecimento e organização de pesquisa (CAMACHO, 2002). Esta nova área pode auxiliar no desenvolvimento de conhecimentos ao cuidado com os idosos, no sentido de dar suporte a equipe para trabalhar com os problemas característicos desta fase da vida, tanto no ambiente social, familiar, comunidade e hospitalar (BORGHI, 2007).

As autoras Gonçalves e Alvarez (2004), definem cuidado gerontogeriatrico como processo dinâmico que depende da interação, do respeito e de ações planejadas, a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família, considerando os aspectos biopsicossociais, espirituais vivenciados pelos mesmos. Deste modo, a prática de cuidado gerontológico de enfermagem é compreendida como processo de interação e de integralidade que envolve profissionais e idosos podendo abranger familiares e/ou coletividades. Para desenvolvê-la são necessários profissionais especializados, que tenham clareza e respeitem as transições demográficas e epidemiológicas, sejam dedicados aos envolvimento do idoso, desenvolvendo suas atividades com respeito a essa população e que tenha compromisso com o planejamento, a tomada de decisão, e com as políticas públicas de saúde (HAMMERSCHMIDT; BORGHI; LENARDT, 2006).

A interdisciplinaridade na gerontologia busca atender o idoso de modo individualizado e pluralista desmistificando o papel de cada profissional de modo a deixar claras as suas funções. Assim, constitui-se um processo desenvolvido por todos os profissionais de forma educativa ao idoso, possibilitando reflexões sob a forma como se compartilha os conhecimentos para então rever a maneira pela qual o cliente idoso é assistido evitando atitudes individualistas que nada favorecem o conhecimento acerca da gerontologia. Porquanto, no cuidado gerontológico, o protagonista é o cliente idoso e, é necessário que a atenção dos profissionais esteja voltada para as especificidades desta população alicerçada na visão biopsicossocial e espiritual na qual o idoso está inserido (CAMACHO, 2002).

O enfermeiro em uma equipe multidisciplinar “deve assistir o idoso de modo individualizado levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais” (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007, p. 10).

Segundo Hammerschmidt; Borghi; Lenardt (2006, p. 115-23), é preciso “utilizar os conhecimentos, cujos saberes e significados estejam envoltos na visão pluralista, preservando o individualismo e a sua forma única de relação dialógica entre cuidador e o idoso cuidado”. Esta relação de cuidado exige do profissional, habilidades e competências para reconhecer as necessidades apresentadas pelo idoso. Algumas competências citadas pelas autoras acima mencionadas, são: “competência técnica, subjetividade, sensibilidade, intuição, criatividade, raciocínio lógico, conhecimento científico, valores, crenças, emoções, desejos, perspectivas, medos, projetos e resiliências”. Além das competências citadas, exige-se do profissional, conhecimento sobre conceitos, terminologias e teorias que sustentem o tema, principalmente frente às peculiaridades desta área de atuação. O enfermeiro que possui competências específicas ao cuidado do idoso, aponta para as necessidades físicas e subjetivas representadas pelo conforto físico e emocional, assim, o cuidado transcende o fazer técnico, o que implica em uma relação dialógica entre profissional e pessoa idosa.

Compreende-se, que o cuidado gerontológico possui diversos atores: o idoso, o familiar, o cuidador, a comunidade e a equipe de atenção à saúde, os quais atuam de forma inter-relacionada no desempenho das atividades de atenção as demandas identificadas através de relações interpessoais (DUARTE ; LEBRÃO, 2005).

A família e/ou cuidador representam papel fundamental no cuidado gerontológico, pois podem transmitir as experiências, valores e a cultura que envolvem o viver do idoso. “O papel da equipe de enfermagem é de parceria com o cuidador na busca da melhoria do cuidado ao idoso”, o que auxilia no desenvolvimento de um cuidado de acordo com os valores dos idosos e da família. A família, na maioria das vezes, é a responsável pelo cuidado do idoso em domicílio, principalmente nos casos em que houve necessidade de internação hospitalar. Nesta situação, a enfermagem ao realizar o cuidado ao idoso é observada pelo familiar e, quando necessário este reproduz o cuidado em domicílio (PENA; DIOGO, p. 664, 2005). Destarte, percebe-se que o cuidado gerontológico transcende a cura, e consiste em contínua atenção do profissional, família e sociedade na busca do bem estar do idoso.

Para Gonçalves *et al.* (2006), o cuidado gerontológico exige do profissional, família e sociedade, além da disposição e solidariedade, conhecimento e orientações básicas de cuidado conforme as especificidades de cada situação. É necessário o desenvolvimento desse cuidado visto que o idoso possui diferenças, vivências e por vezes limitações individuais as quais envolvem aspectos biopsicosociais e espirituais e exige do profissional habilidade, responsabilidade, capacidade de desenvolver o cuidado de modo pluralista, personalizado, resolutivo, participativo, integrado e digno (HAMMERSCHMIDT; BORGHI; LENARDT, 2006). Nesta perspectiva, o cuidado gerontológico de enfermagem deve ser resultado de um planejamento adequado às necessidades dos idosos, pautado na análise crítica e reflexiva do que se deseja desenvolver.

Embora o método e as técnicas de enfermagem não sejam diferentes para a enfermagem gerontogeriatrica, existe uma especificidade demonstrada através do conhecimento dos aspectos que envolvem o envelhecimento. (CALDAS e SALDANHA, 2004). Também deve-se ter como foco o respeito e resgate da dignidade do idoso, na individualidade e na etapa da vida que vivencia, direcionando às especificidades.

O cuidado digno é um valor, um direito a ser e ter em qualquer idade e muito mais na velhice, é um determinante importante para a preservação da saúde e da independência física e cognitiva (BORGHI, 2007). É preciso fornecer atendimento adequado por meio do cuidado gerontológico valorizando suas possibilidades e recursos para o envelhecimento ativo e saudável e merecedor de um cuidado digno.

Ao tecer considerações a respeito do papel das enfermeiras no processo de envelhecimento da população Carrol; Brue (1991), enfatizam que estas profissionais se encontram em:

uma posição privilegiada para ajudar os idosos a se adaptarem ao envelhecimento. Elas podem fazer isso auxiliando os idosos a manterem a sua autonomia, a aumentarem o seu sentimento de auto-estima, a conservarem sistemas de apoio, a se adaptarem às mudanças e a aceitarem a morte. Elas podem usar o seu conhecimento nas necessidades dos idosos para estudar intervenções que reduzem o impacto desses problemas (p. 56).

“O profissional de enfermagem [...] deve atentar para que suas ações não se transformem num fazer automático, sendo necessário valorizar os aspectos humanos na relação cuidador/cuidado” (WILLIG; LENARDT; TRENTINI, 2006, p. 181). O que

realmente diferencia o cuidado e o torna eficaz é o saber cuidar, e no caso dos idosos, saber cuidar no processo de envelhecimento. Conforme Ibrahim Apud Lima e Santos (2004), o sentido de CUIDAR da pessoa que adoece vai além da repetição, de ações no dia a dia, podendo assim, desenvolver outro nível de consciência, de relação com o trabalho e entre as pessoas.

Para Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) o cuidar é concebido como um potencial do humano, diante da vida, do outro, do social e do ambiente. Uma dimensão de cuidado invisível alicerçada pelas experiências pessoais de cada um e que pode determinar um acolhimento humanizado e respeitoso, reconhecendo a singularidade do paciente.

O cuidado aos idosos pode, hoje, ser mais eficiente em virtude dos avanços científicos, mas, é o cuidado gerontológico que permitirá o seguimento regular da terapêutica através do acompanhamento do auto-gerenciamento, da detecção e intervenção (DUARTE; LEBRÃO, 2005).

Os profissionais da área da saúde, especialmente a enfermagem, que é o sustentáculo do cuidado das unidades de internação, precisam ter um olhar atento para o processo de envelhecimento, que engloba, além do envelhecimento biológico, também parâmetros culturais e sociais [...]. Este olhar atento mostrará um cuidado diferenciado, voltado para a realidade de cada um dos doentes idosos (OLIVEIRA; TUOTO; LENARDT, 2000, p. 76).

Finalmente, ressalta-se que as enfermeiras podem cuidar das pessoas idosas compartilhando com elas a importância do tempo vivido, ressaltando-o como benéfico de modo a despertar no idoso o sentimento de mais valia, elevação da auto-estima e de sua valiosa contribuição na construção da história da humanidade.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória, responde as questões particulares e se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. A pesquisa trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um universo, espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável (MINAYO, 2004).

Na realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, o conhecimento e envolvimento no espaço social permite ao pesquisador estar em contato direto com o objeto específico do seu estudo, propiciando maior aprofundamento do fenômeno que investiga. Essa abordagem permite adentrar no mundo dos significados das ações e relações humanas desenvolvidas no contexto social pesquisado. Contudo, requer como atitudes fundamentais do pesquisador: abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os sujeitos envolvidos, atitudes essenciais para os estudos qualitativos. Com este tipo de metodologia caminha-se para um universo de significações, motivos, atitudes, crenças e valores (MINAYO, 2004).

Em um processo de investigação qualitativa é imprescindível o planejamento prévio das atividades para entrar no campo a ser estudado, pois o imprevisto poderá comprometer o esforço teórico que o fundamentou. Neste tipo de investigação é importante que o pesquisador se preocupe menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização ou de uma instituição, portanto, o principal critério não é numérico, a coleta dos dados tende a ser rica e intensa focalizando a totalidade do fenômeno (MINAYO, 2004).

3.1 MÉTODO

Segundo Marconi; Lakatos (2003, p.188) pesquisa de natureza exploratória, “são investigações que tem por finalidade aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa futura mais

precisa ou para modificar e clarificar conceitos”. Nessa modalidade de pesquisa a interpretação dos resultados é baseada nas experiências da vida real dos indivíduos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local em que foi desenvolvido este estudo foi o Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI), de um Hospital Público de Ensino de grande porte de Curitiba-PR. Este hospital foi inaugurado no dia 05 de agosto de 1961. Segue a descrição do hospital: possui 49.195,80 metros quadrados de área construída; 191 consultórios, 374 ambulatórios e dispõe de 635 leitos distribuídos em 45 especialidades médicas. Nele trabalham 3.471 funcionários, 218 docentes do curso de medicina e, ainda, 228 residentes atendendo um universo populacional regional de 4.128.156 pessoas (Curitiba e Região Metropolitana) sendo realizado em média 2.757 atendimentos/dia, com um índice de 74 internações/dia, perfazendo um total de 745.200 atendimentos ao ano (UFPR, 2007). Neste hospital o ensino de graduação é acompanhado pelos Departamentos de Clínica Médica, Cirurgia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Saúde Comunitária, Tocoginecologia, Enfermagem e Nutrição.

Este hospital é o maior do Estado do Paraná e um dos seis maiores hospitais gerais universitários do Brasil. Também, é o maior prestador de serviços do SUS do Paraná e, além disso, é campo de ensino para diversos setores da UFPR, principalmente para o setor de Ciências da Saúde, colaborando também com outras instituições de ensino conveniadas com a Universidade (UFPR, 2007).

Dentre os serviços oferecidos pelo hospital, existe o serviço de emergência clínica (S.E.C) que foi criado provisoriamente em 1989, com a finalidade de atender pacientes provenientes do Pronto Atendimento. Após uma mudança organizacional realizada no hospital, deu-se início a implantação de um novo modelo de gestão, em março de 2004, com a implantação das unidades funcionais. Posteriormente, por mudanças de ordem administrativa e estrutural, o SEC foi transferido para as novas instalações no prédio que abriga os serviços de Urgência/Emergência e passou a ser caracterizado como unidade Semi-Intensiva, denominando então Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI).

A área física de internação do Centro de Terapia Semi-Intensiva está disposta da seguinte forma: Sala de Chefia de Enfermagem – 9,12 m²; Copa – 8,70 m²; Banheiro de Funcionários – 2,79 m²; Depósito de Material de Limpeza – 5,97 m²; Enfermaria com 3 leitos – 28,99 m²; Banheiro de pacientes da enfermaria 1 – 4,14 m²; Prescrição Médica – 8,03 m²; Sala de Estudos (na planta original este ambiente era um banheiro) – 4,34 m²; Sala de Reuniões – 8,86 m²; Descanso Médico – 9,80 m²; Banheiro (descanso médico) – 2,88 m²; Isolamento 1 – 13,62 m²; Banheiro do isolamento 1 – 3,75 m²; Isolamento 2 – 12,50 m²; Banheiro do isolamento 2 – 5,06 m²; Enfermaria 5 – 46,38 m²; Enfermaria 4 – 44,14 m²; Enfermaria 4 e 5 – 7,10 m²; Enfermaria 3 – 44,12 m²; Enfermaria 2 – 43,85 m²; Banheiro enfermarias 2 e 3 – 7,74 m²; Sala de Equipamentos – 21,00 m²; Sala de utilidades expurgo – 7,84 m²; Posto de Enfermagem, Circulação, serviço – 128,57 m²; Secretaria – 6,65 m²; Sala de espera para visitas – 49,09 m²; Banheiro público feminino – 12,26 m², Banheiro público masculino – 12,26 m² (UFPR, 2007).

Os leitos estão dispostos em cinco enfermarias mistas (sem diferenciação de sexo) e dois isolamentos, os quais são preservados por divisórias (exceto os da enfermaria um e da enfermaria neurológica), da seguinte maneira: Enfermaria um – Alta Complexidade – Leitos um a três; Enfermaria dois – Clínica Médica – Leitos quatro a sete; Enfermaria três – Clínica Médica – Leitos oito a 13; Enfermaria quatro – Cardiologia – Leitos 14 a 19; Enfermaria cinco – Neurologia – Leitos 20 a 23; Isolamento um – Leito 24; Isolamento dois – Leito 25 (UFPR, 2007).

A Enfermaria I é destinada ao internamento de pacientes clínicos mais críticos e que requerem monitorização contínua ou encontram-se em assistência ventilatória. A fim de permitir observação contínua de pacientes e monitores, as paredes das enfermarias e dos isolamentos são constituídas de material transparente (vidro), estando de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada nº 50 de 2002, pois abrange uma área correspondente a 80 cm acima do piso até 2.10 cm de altura. Nos banheiros também há a preocupação com os pacientes, pois possui barras de proteção e campainhas de alarme, luz de vigília sob a porta interna e externa.

O CTSI possui uma equipe multidisciplinar composta por: uma enfermeira administrativa, sete enfermeiras assistenciais, 25 técnicos em enfermagem, 34 auxiliares de enfermagem, dois médicos, quatro residentes médicos, uma nutricionista e dois fisioterapeutas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram desta pesquisa, sete enfermeiras assistenciais que trabalham no CTSI. Os critérios de inclusão foram: pertencer ao quadro de enfermeiras do hospital, estar lotada no CTSI, realizar cuidados diretos ao paciente, concordar em participar e permitir a gravação das entrevistas, bem como assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa, no Centro de Terapia Semi-intensiva, foi feita a solicitação à Direção do Hospital de Ensino para a realização da pesquisa. Na seqüência, o projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética do referido hospital e após sua aprovação, sob o número CAAE 0204.0.208.000-07, Registro CEP: 1523.188/2007-09, deu-se início a coleta dos dados (ANEXO 1).

Na primeira aproximação com as participantes foi apresentada a proposta da pesquisa e feito o convite para participarem como colaboradores. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) pelos participantes e esclarecidas as dúvidas individualmente relativas a pesquisa, foram entregues duas vias do TCLE para assinarem e oficializarem a sua participação. Foi mantido o anonimato das participantes de acordo com o Artigo 35, da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde com os seguintes códigos: (Enfermeira 1, Enfermeira 2...) (BRASIL, 1996).

3.5 COLETA E REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

As informações foram obtidas por meio de entrevista semi-estruturada gravada (APÊNDICE 2). A entrevista é um instrumento privilegiado para a obtenção de informações para pesquisa, pois, possibilita que a fala seja reveladora de condições estruturais, de valores, de normas e símbolos e, ao mesmo tempo possibilita transmitir, através de um porta voz as representações de determinados grupos. A entrevista, como técnica de coleta de informações, é ampla e contempla uma série de

questões que vão desde a fidedignidade do informante ao lugar social do pesquisador (MINAYO, 2004).

Para alcançar uma interação entre pesquisador e pesquisado, é necessário vê-los a partir do seu espaço de trabalho, trajetória de vida e profissionalismo. O instrumento de coleta de informações deste estudo contemplou dados de identificação do informante e a seguinte questão foi abordada: como você percebe o cuidado de enfermagem à pessoa idosa no CTSI? O tempo médio de duração das entrevistas foi de uma hora.

3.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Para a análise das informações obtidas das entrevistas com as participantes foi utilizada a análise temática proposta por Minayo (2004, p.234-8) que inclui a fase de ordenação, classificação e análise final dos temas emergentes. 1 – *Ordenação dos dados*: inclui a transcrição de fitas cassetes; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem; organização dos dados de observação. 2 – *Classificação dos dados*: é dividida em leitura exaustiva e repetida dos textos, também denominada de leitura flutuante; constituição de um “Corpus” ou de vários “Corpos” de comunicações. 3 – *Análise Final*: movimento entre o empírico e o teórico, o concreto e abstrato, o particular e o geral. A totalização final consiste no encontro das especificidades do objeto pela prova do vivido. A análise temática comporta um feixe de relações e pode ser graficamente representada através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Na fase de *Ordenação dos dados*, as entrevistas gravadas em fitas cassetes foram transcritas na íntegra. Após a transcrição, foi realizada a leitura do material e a organização dos relatos que se assemelhavam, dando início à classificação dos dados. Na fase de *Classificação dos dados* uma leitura exaustiva das entrevistas foi realizada, permitindo apreender a relevância entre as falas, as idéias centrais e organização das categorias temáticas. Em seguida, foi realizada uma nova leitura de cada categoria e foram feitos recortes dos relatos das enfermeiras, os quais foram referenciados nos temas.

A fase de *Análise final* destinou-se à organização temática dos dados coletados por meio das entrevistas com as enfermeiras, dos relatos emergiram as categorias temáticas:

1. *Singularidades e mudanças no perfil do idoso que influenciam no cuidado de enfermagem.*

Nesta categoria emergiram as mudanças demográficas (idade) e no perfil do paciente atendido no CTSI. Percepção das enfermeiras quanto ao aumento no número de idosos internados na unidade e as especificidades relacionadas a esta clientela.

2. *O acompanhante no tratamento do Idoso na percepção dos sujeitos.*

As enfermeiras possuem conhecimento de que o idoso tem direito a acompanhante e que ele pode colaborar na efetividade do tratamento e cuidado prestado, entretanto enfocam que a infra-estrutura prejudica a permanência do acompanhante.

3. *O cuidado que o enfermeiro desenvolve ao idoso:*

As enfermeiras reconhecem que o cuidado ao idoso deveria ter característica específica para corresponder às singularidades desta clientela, entretanto devido a rotinas e a deficiência de recursos humanos o cuidado por vezes é realizado de modo mecanizado.

4. *A infra-estrutura física e de recursos humanos influenciam no cuidado:*

As enfermeiras enfatizam que a planta física e o quantitativo de recursos humanos dificultam o cuidado de enfermagem ao idoso.

5. *O preparo do enfermeiro para cuidar do idoso:*

As enfermeiras externam que na graduação a temática idoso foi abordada de modo insuficiente e que os enfermeiros estão pouco preparados para o cuidado a clientela.

O tópico seguinte é destinado à apresentação das categorias temáticas mencionadas anteriormente.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Neste tópico destinado à apresentação e discussão das informações oriundas das entrevistas com as participantes será apresentada a caracterização das enfermeiras e na seqüência a descrição das cinco categorias temáticas que emergiram: 1) *Singularidades e mudanças no perfil do idoso que influenciam no cuidado de enfermagem*; 2) *O acompanhante no tratamento do Idoso na percepção dos sujeitos*; 3) *Percepção do enfermeiro sobre o cuidado que desenvolve ao idoso*. 4) *A infra-estrutura física e os recursos humanos influenciam no cuidado* e 5) *O preparo do enfermeiro para cuidar do idoso*.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Foi realizada entrevista com sete enfermeiras, a variação de idade ficou entre 26 a 49 anos, e o tempo de trabalho como enfermeira de 1 a 16 anos. Das entrevistadas, três possuem vínculo com outra instituição e quatro trabalham somente no CTSI. O tempo de formação acadêmica variou de cinco a 20 anos; duas possuem curso Técnico em Enfermagem além da graduação. Quanto ao grau de especialista, duas possuem uma especialização na área de enfermagem e cinco mais de uma, entretanto, nenhuma voltada ao idoso.

Percebe-se um investimento das entrevistadas em relação à qualificação profissional, porém, existe uma lacuna de conhecimento no que se refere ao tema idoso, e isto pode ser em virtude da ênfase dos estudos desta temática serem relativamente recentes.

4.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

4.2.1 Singularidades e mudanças no perfil do idoso que influenciam no cuidado de enfermagem

Nesta categoria são abordados aspectos citados pelas enfermeiras quanto a sua percepção da mudança no perfil dos pacientes internados no CTSI e as singularidades desta clientela. Das sete enfermeiras entrevistadas cinco se referiram à mudança no perfil da clientela em função do aumento da longevidade e da melhoria da qualidade de vida atual. As enfermeiras também evidenciaram preocupação com o aumento do número de idosos no país e que isto influencia a demanda de internação nos serviços de saúde.

A gente percebe na nossa prática que o perfil dos pacientes tem mudado. Não sei exatamente quanto, mas tem um grande número de pacientes idosos (Sujeito 1).

[...] o país se tornou um país de idoso [...] aqui não tem paciente exclusivamente idoso, mas a maior demanda é de idoso (Sujeito 3).

[...] o número de pacientes idosos no nosso setor tem aumentado, é bem visível e isto me preocupa. [...] está mudando, a gente vê na mídia, em todo lugar a preocupação com o idoso, então a gente começa a se questionar. É uma coisa que passava despercebida as vezes (Sujeito 4).

[...] eu vejo que com o aumento da população idosa, com a qualidade de vida aumentou o número de idosos nos serviços de saúde [...] (Sujeito 5).

Os relatos acima confirmam as estimativas do Ministério da Saúde de 2007, em que a proporção de idosos no Brasil passou de 6,07% em 1980, para 7,9% em 1996 e 8,43% em 2007 (BRASIL, 2008). Este fato alterou a pirâmide populacional brasileira, associados à diminuição do número de jovens, assim, ocorreu o “estreitamento da base e o alargamento progressivo das outras faixas da pirâmide” (GARCIA, 2002, p. 221). Este fenômeno deve-se a vários fatores, tais como a diminuição das taxas de mortalidade em idades precoces e natalidade, as quais estão associadas aos avanços da assistência à saúde, programa de educação sanitária de longo alcance, resultando na melhoria da qualidade e esperança de vida ao nascer, hoje em torno de 70 anos (NOVAES; DERNTL, 2002).

No Brasil percebe-se uma demanda elevada de internações de idosos, no levantamento do DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil) nos meses de janeiro a julho de 2008, foram registradas 1.231.568 internações, sendo que na cidade de Curitiba-Paraná, foram internados 14.405

idosos. Esses dados quando comparados ao mesmo período do ano de 2007, mostraram que no Brasil houve 1.320.998 de internações, sendo que em Curitiba internaram 13.878 idosos. Estes dados demonstram o aumento significativo de internações, fato observado no dia a dia das entrevistadas, nesta pesquisa.

Até as últimas duas décadas, pouco se pensava a respeito da população idosa, (como relatado pelo Sujeito 4) e isso era evidente também na formação dos profissionais de saúde, mas diante das transformações populacionais houve a necessidade de conscientização dos profissionais, no sentido de apropriar-se de conhecimentos específicos da gerontologia para cuidar do idoso (MOTTA; AGUIAR, 2007). Saber responder às necessidades desse segmento populacional é um propósito a ser alcançado pela Enfermagem.

Todas as enfermeiras reconheceram e discorreram a respeito das especificidades do idoso, ressaltando principalmente os aspectos biológicos. Também mencionaram a presença de uma fragilidade física geral que os deixam mais propensos a contrair doenças, agudas e crônicas; Mencionaram as alterações fisiológicas, como a audição que implica na compreensão das informações referidas entre profissional e paciente; Destacaram as alterações e complicações que o idoso freqüentemente apresenta em relação à pele e que isso requer um cuidado para não causar danos maiores, prejudicando a circulação sanguínea; Ressaltaram ainda, a fragilidade de sentimentos que o idoso deixa transparecer, bem como a propensão ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Embora tenham sido destacadas as singularidades do idoso e isso demanda maior tempo e conhecimento para desenvolver um cuidado qualificado, as enfermeiras enfatizaram que todos os pacientes devem ser tratados iguais e com qualidade na atenção à saúde.

[...] têm muitas coisas que são peculiares para a pessoa idosa. A fragilidade até de sentimentos, de pele, de dependência de cuidados, de alimentação, de banho, a facilidade de formar escara, de fazer uma pneumonia (Sujeito 1).

Ele requer um pouco mais de cuidado e de tempo até para explicar o que está fazendo. Muitas vezes o entendimento não é o mesmo e você gasta mais tempo, mas não que a assistência seja diferente de uma pessoa mais jovem. Muitas vezes ele não escuta, não enxerga direito, então o tempo que tende as essas pessoas é maior do que outro tipo de clientela. É diferente, o tempo que dispense é muito maior, porque tem várias complicações, às vezes ele não anda, não escuta, é diferente do jovem [...]. Às vezes você fala e ele não escuta,

não entende. Ele está acostumado com outro ritmo que não aquele. Às vezes tem dificuldade de compreensão (Sujeito 2).

O idoso tem suas particularidades. Ele não pode ficar muito tempo descoberto, que faz hipotermia severa, pode apresentar agitação psicomotora às vezes até pela hipotermia fazer uma vasoconstrição muito mais rápida do que um paciente normal. Pela falta de tecido adiposo, de gordura. A punção venosa tem que ser rápida e não pode ficar muito tempo garroteado o membro porque fica cianótico devido à perfusão periférica. Ele tem a pele muito sensível, seca, quebradiça e faz até equimose. Tem que ter um cuidado na dieta porque às vezes ele tem deficiência para mastigar devido a falta dentária, ou uso de prótese. Não dá para tratar como trata outra pessoa no geral. Ele é uma pessoa especial (Sujeito 3).

[...] é uma pessoa que precisa de mais cuidados. O idoso tem coisas que acontecem que é patológico, mas têm coisas que são relativas à idade, as perdas. A perda de audição, nem sempre o idoso tem que estar doente. Às vezes a gente pode confundir a parte da patologia com as perdas relativas à idade (Sujeito 5).

O idoso [...] tem maior propensão à depressão e muitas vezes a gente acaba passando despercebido este cuidado e também a família da pessoa idosa que por ventura vai cuidar dele em casa (Sujeito 6).

Como foi mencionado pelas participantes, o idoso possui alterações próprias do envelhecimento, como a mudança na estrutura dentária, a diminuição redução da acuidade visual e auditiva. Alguns fatores predis põem o idoso ao *déficit* alimentar como conseqüência de mastigação e deglutição ineficaz. Nesta faixa etária, evidencia-se alteração na musculatura da face, na condição salivar e na sensibilidade gustativa e olfativa que tem reconhecida interferência sobre o paladar. Associadas a estes fatores e à falta de higiene bucal ou deficitária e o não tratamento odontológico ao longo da vida, estatísticas mostram que 50% destas pessoas perdem todos os dentes e que necessitam do uso de prótese dentária. O uso desse novo utilitário causa constantes desconfortos pela dificuldade de adaptação da prótese devido à alteração anatômica da face, como atrofia da gengiva, resultando em menos firmeza e ainda, pelo alto custo financeiro (PAPALÉO NETO, 1996).

Associados a todos estes problemas no Brasil a saúde bucal tem sido negligenciada em relação à população idosa, pois a perda dos dentes ainda é aceita pela sociedade como algo natural do envelhecimento, sem ter reflexo sobre as

políticas preventivas de saúde atingindo especificamente a população idosa. (COLUSSI E FREITAS, 2002).

A audição e a visão também são sentidos que sofrem alterações com o envelhecimento, sendo que a audição é o primeiro a apresentar perdas funcionais, o indivíduo tem dificuldade para se manter informado pelos meios de comunicação bem como usufruí-los como lazer. Os *déficits* da audição e da visão são impactantes na vida cotidiana do idoso, uma vez que necessita aproximar os objetos para determinar detalhes, tem dificuldade da leitura, necessita de iluminação mais intensa. Em relação à comunicação, a visão é crucial para detecção de expressões faciais e dos movimentos específicos de lábios, pois um grande número de gestos pode acompanhar a fala determinando assim a mensagem.

Nos relatos das participantes percebe-se a tentativa em definir o que é considerado normal e o que é patológico ao idoso. O idoso possui alterações no processo de envelhecimento e algumas destas o tornam propenso a desenvolver patologias. Distinguir os processos normais do envelhecimento dos processos patológicos não constitui tarefa fácil, pois há a necessidade de considerar certas doenças que estão mais relacionadas com o envelhecimento que habitualmente aparecem nas populações de idade avançada, e acompanham o processo de envelhecimento (FERRARI, 1999). São exemplos de algumas alterações normais associadas à velhice a:

diminuição de força e de vigor físico constitui uma perda funcional que leva à incapacidade de correr aos 40 anos com tanta velocidade como aos 20. Isso não é doença, como não são doenças: os cabelos grisalhos, a pele enrugada, etc., que são apenas evidências que ocorrem no organismo à medida que se processa o envelhecimento (p.198).

Para Souza, Skubs e Bretãs (2007) é importante saber distinguir fatores próprios do processo do envelhecimento e os processos patológicos a fim de identificar o momento para procurar atendimento profissional. Tal entendimento permite subsidiar o planejamento da assistência profissional que deve estar em sintonia com o contexto familiar do idoso, considerando fatores culturais e sociais presentes nesta relação.

A correlação que as participantes fazem ao idoso referente a perdas ou declínios próprios do envelhecimento é corroborada por Paschoal (2005, p.611), ao afirmar que em nosso país é comum o estereótipo da velhice associado a: “perda,

incapacidade, dependência, impotência, decrepitude, doença, desajuste social, baixos rendimentos, solidão, viuvez, cidadania de segunda classe e assim por diante; idoso é chato, rabujento, implicante, triste, demente, oneroso”. A sociedade tende a generalizar as características de alguns idosos e esta visão estereotipada associada à dificuldade de distinguir o que é normal do patológico leva a negação da velhice, ou a negligência de suas necessidades, vontades e desejos.

Os mitos e os preconceitos sociais acerca do idoso muitas vezes faz com que o profissional da saúde negligencie ou omita informações que possam levá-lo a um tratamento e recuperação mais rápido e eficaz. Deste modo, torna-se necessário que os profissionais tenham ciência de que o idoso é um ser com peculiaridades próprias e que em determinadas ocasiões podem levá-lo a uma situação de fragilidade, inclusive a desenvolver transtornos mentais, entretanto isso não é prerrogativa do avanço da idade.

Considera-se ser frágil aquele indivíduo que possui idade elevada, presença de polipatologias, que sejam vulneráveis a efeitos adversos de tratamentos e a doenças, que apresentem problemas funcionais, cognitivos ou afetivos, dificuldade para locomover-se, quedas freqüentes, incontinência e risco de institucionalização prematura ou inadequada (CALDAS e SALDANHA, 2004). Vários são os fatores que podem culminar na fragilidade do idoso: o psicológico é capaz de afetar profundamente o modo de viver, o envelhecimento, a insatisfação na aposentadoria, o surgimento das doenças agudas e crônicas são alguns dos fatores que causam o estereótipo de declínio do idoso. Estes sentimentos podem favorecer à fragilidade e torná-lo cada vez mais vulnerável à doença e à incapacidades (CALDAS e SALDANHA, 2004).

Para Duthie; Katz (2002, p.15), “o número de idosos que apresentam algum grau de incapacidade de realizar suas funções usuais aumentou nos últimos anos, com mais de 70% dos que chegaram aos 80 anos ou mais, relatando alguma limitação em suas atividades”. Considerado frágeis, esses idosos, provavelmente precisarão de alguma forma de cuidado por longo prazo ou de cuidados para continuar a manter uma vida o mais independente possível.

Embora a enfermeira 2 tenha relatado que não há necessidade de atendimento diferenciado ao idoso e que o tempo é a única variável, há autores que afirmam que o cuidado deve ser diferenciado, como por exemplo, o estudo de Reis; Douat; Nigri, (2006), consideram fundamentais dois aspectos: a especificidade clínica da velhice e

a noção de singularidade. A especificidade clínica por estar relacionado aos aspectos biológicos do envelhecimento, o modo como o idoso está incluído no mundo social e familiar e suas conseqüências sob a vida do mesmo como referência para uma assistência diferenciada. E a singularidade por se tratar do individual, particular e único, do modo que cada idoso vive a sua velhice e seu adoecer dentro do contexto que está inserido.

O idoso tem maior propensão a desenvolver polipatologias tanto agudas quanto crônicas, como por exemplo, doenças do aparelho respiratório, tem maior suscetibilidade a desenvolver certas complicações como pneumonia devido às alterações fisiológicas do envelhecimento. No idoso “o tórax torna-se mais rígido, os pulmões ficam menos elásticos e a expansão da caixa torácica mais limitada, resultando em pulmões mal ventilados. Como resultado de mudanças estruturais, a capacidade vital diminui e há aumento do volume residual, resultando em uma alteração na troca de gases nos pulmões” (CAROLL; BRUE, 1991, p.65).

Essas modificações que ocorrem no organismo do idoso decorrentes do próprio envelhecimento causam, naturalmente, acúmulo de secreções nos pulmões, o que o torna vulnerável à pneumonia. Porquanto, devido à diminuição da função respiratória, o idoso debilitado se torna mais susceptível à pneumonia, e isto, inclui uma tosse menos eficaz e alteração do sistema imune (CAROLL; BRUE, 1991, p.42). As infecções do trato respiratório também podem ser advindas por alterações na ingestão de líquidos, que podem ainda causar ressecamento do muco e das membranas, impedindo que o mesmo seja expelido favorecendo a formação de tampões e de infecções (ELIOPOULOS, 2005, p.247).

Em relação à fragilidade da pele, o idoso sofre alterações no tecido de suporte subcutâneo, isso resulta em maior risco de hipotermia. Da mesma maneira, com a idade avançada, ocorre perda de gordura subcutânea e da elasticidade que resulta no enrugamento da pele, na fragilidade dos capilares e do suprimento sanguíneo para a mesma. Ainda, a epiderme se torna mais delgada e este adelgaçamento e aumenta em decorrência das doenças crônicas e da desnutrição. Associadas à perfusão diminuída, essas alterações acabam aumentando o risco de danos para a pele (SANTOS, 2001; CAROLL; BRUE, 1991; DUTHIE; KATZ, 2002).

O idoso possui alto risco de desenvolver úlceras de pressão devido a sua pele ser mais frágil e facilmente danificada; freqüentemente está em mal estado nutricional; tem a sensibilidade reduzida para a pressão e a dor; é afetado mais

freqüentemente pela imobilidade e formação de edemas, as quais contribuem para a ruptura da pele (ELIOPOULOS, 2005).

Conforme Zaslavsky & Gus (2002) a pele do idoso se enrugam em consequência da desidratação e perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente. Há atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam distúrbios de locomoção.

O idoso internado no CTSI apresenta tendência à imobilidade no leito e somado as modificações normais que ocorrem na pele com o envelhecimento, o risco de úlcera de pressão se agrava.

Ressalta-se que, o ambiente hospitalar pode contribuir com o surgimento de úlceras de pressão e, essa afirmação é corroborada por Duthie; Katz (2002, p.411), “mais de 60% dos pacientes com úlceras, as desenvolvem em hospitais, 18% em abrigos para idosos, e outros 18% no lar”. Ainda mais significativa é a informação de que o surgimento das úlceras em idosos ocorre durante as primeiras duas semanas de internação em hospital.

Com relação às alterações vasculares, a enfermeira 3 relata que no idoso algumas alterações são percebidas no momento do cuidado de enfermagem, como por exemplo a cianose de extremidades, quando se faz a punção venosa. Corroborando, com essas afirmações, Eliopoulos (2005), afirma que a frequência cardíaca sofre um decréscimo, e que a diminuição da elasticidade das artérias são responsáveis pelas modificações vasculares do coração, rins e glândulas.

Para Pereira, Barreto e Passos (2008) o avançar da idade aumenta o risco de doenças crônicas, com destaque para as cardiovasculares. A incidência de doenças cardiovasculares em adultos dobra aproximadamente a cada década de vida. Apesar de aumentar com a idade, grande parte dessas doenças poderia ser evitada.

Em relação às alterações psicológicas que ocorrem no idoso, diversos são os fatores que contribuem para o seu surgimento e dentre eles, o isolamento social, o abandono, aposentadoria e a própria hospitalização (CALDAS e SALDANHA, 2004). Também, como destacado pela participante 6, os resultados da internação de uma pessoa idosa podem incluir alteração sensorial, imobilização, isolamento social, perda de controle e desorientação (CAROLL; BRUE, 1991). Destacamos que o ambiente hospitalar por si só, causa impacto no comportamento do idoso, pois é um local de intensa circulação de profissionais da saúde, repleto de pacientes em estado grave e

com equipamentos de apoio ao redor dos leitos. Trata-se de um ambiente diferente e inóspito, no qual o paciente se depara com outros pacientes, por vezes, em condições piores que a sua, além de outros fatores que acabam por gerar medo e angústia, e conseqüentemente, podem provocar depressão, expondo-o a uma maior fragilidade e debilitação de seu estado emocional. Ainda, o paciente perde o contato direto com familiares e pessoas próximas, mesmo que temporariamente, e suas atividades e rotinas são mudadas tendo que se relacionar com o desconhecido, muitas vezes exposto a situações constrangedoras (BOLELA; JERICÓ, 2007).

A participante 6 enfatizou que o idoso está mais propenso a desenvolver depressão e, embora seja raramente diagnosticada e tratada, durante a internação, a depressão é mais comum nestes pacientes, sendo que três em cada 100 pessoas, com 65 anos ou mais, sofrem com esse transtorno que pode chegar à pelo menos 35% de incidência em idosos hospitalizados (PAPALÉO NETTO, 1996; ROACH, 2003). Kaplan e Sadock (1997), afirmam que o idoso muitas vezes, lida com múltiplas perdas: morte do cônjuge, de amigos, familiares e colegas, mudança de *status* e prestígio profissional, declínio das habilidades físicas e da saúde as quais podem levar o idoso a desenvolver a depressão.

Para Leite *et al* (2006) na população de idosos, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais freqüentes que podem levar a incapacidade funcional, desencadeando um importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual como problemas familiares.

Corroborando com o citado acima Garcia *et.al* (2006), afirmam que o idoso está numa situação de perdas contínuas como diminuição do suporte sócio-familiar, perdas econômicas, maior fragilidade à doenças físicas e incapacidades pragmáticas, motivos esses suficientes para levar ao rebaixamento do humor.

Para Lenardt *et al* (2007, p. 744) “o profissional da área da saúde deve estar ciente de que o próprio processo de envelhecimento, muitas vezes, pode trazer tristeza e introspecção para o idoso”, e isto pode ser em decorrência de vários fatores, como mudanças ambientais - como a internação hospitalar -, fisiológicas, sentimentos de abandono, preocupações físicas, perda da autonomia, afetividade, fantasias com a morte, medo e solidão e, em relação à afetividade, o medo e a incerteza decorrentes do desconhecimento são geradores de intensas tensões. Entretanto, como afirmou a enfermeira 6, deve-se considerar que tais manifestações não necessariamente caracterizam sinais e sintomas de depressão e nem poderão

ser entendidas como causas para o surgimento deste transtorno. O idoso muitas vezes está envolto aos fatores mencionados anteriormente e pode ser portador de doenças clínicas e crônicas, e os sintomas depressivos podem ser confundidos com a própria doença ou serem considerados como consequência “normal” do envelhecimento, sendo pouco valorizado (STELLA *et.al*, 2002), não diagnosticado e não tratado adequadamente.

As categorias de depressão listadas atualmente nos principais manuais de diagnósticos de transtornos mentais não abordam os sintomas mais comumente manifestados na depressão do idoso, o que pode dificultar ainda mais o diagnóstico e tratamento (CID 10, 1993; DSM – IV, 2008). Porquanto, esses pacientes devem ser cuidadosamente observados pelos profissionais que deles cuidam, pois a não identificação dessas manifestações podem influenciar no retardo da alta hospitalar, dificultar o tratamento e a reabilitação da doença física e, em muitos casos, ocasionar demora na sua recuperação (PAPALÉO NETTO, 1996).

A depressão é muito comum em idosos e de difícil diagnóstico devido as suas particularidades, pois nessa faixa etária ocorre uma diminuição da resposta emocional devido a uma erosão afetiva provocando sintomas como: perda no prazer de atividades habituais, perda de sono e perda de energia. (GAZALLE *et al*, 2004).

Para Lenardt *et al* (2007), o modo como o paciente é cuidado permite ao profissional conhecer os problemas vivenciados e o estresse que o paciente experimenta na hospitalização.

O idoso requer um cuidado gerontológico, com maior sensibilidade e perspicácia dos profissionais da equipe de saúde. O profissional deve ter flexibilidade, pois enfrenta situações diferentes devendo saber agir adequadamente em cada uma delas (BENINCÁ; FERNANDES; GRUMANN, 2005), necessita ter conhecimento técnico - científico e humano para compreender as alterações fisiológicas do envelhecimento, bem como as mudanças comportamentais que o idoso pode apresentar no decorrer do internamento. Assim, é preciso provocar mudança na tradição, na cultura de cuidado ao idoso, permitindo a construção de um novo cuidado, alicerçado nos princípios da gerontologia, que abriga profissionais especializados dedicados ao tema da velhice.

Na Política Nacional do Idoso, gerontologia é a área do conhecimento científico voltado para o estudo do envelhecimento em sua perspectiva mais ampla, em que

são considerados não somente os aspectos clínicos e biológicos, mas também as condições psicológicas, sociais, econômicas e históricas (BRASIL, 1999).

Espera-se um esforço dos programas de saúde em geral, a criação de diferentes alternativas de uma assistência geronto-geriátrica que contemple serviços de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação nas mais variadas situações de saúde-doença (GONÇALVES; SCHIER, 2005).

Para Borghi (2007), o cuidado gerontológico deve ser desenvolvido com os pressupostos do envelhecimento saudável e ativo, e se relaciona com a Enfermagem Gerontológica, campo de conhecimento da área da saúde que incorpora os conhecimentos específicos em enfermagem. A enfermagem pode exercer papéis importantes para o desenvolvimento da gerontologia, como as atividades da educação, cuidado ou assistência direta, assessoria, planejamento e coordenação de serviços, orientação e avaliação destas atividades.

4.2.2 O acompanhante no tratamento do Idoso na percepção dos sujeitos

Embora as enfermeiras desta pesquisa reconheçam a importância do familiar ou do acompanhante durante a permanência do idoso na Unidade, ressaltam dificuldades para desenvolver o cuidado pela falta de condições do ambiente, tanto pela presença de pacientes de diversificadas faixas etárias, quanto ao espaço físico que dificulta a acomodação do acompanhante. Percebe-se também certa dificuldade, por parte de alguns sujeitos em que procuram colocar obstáculos da Unidade criam situações, quase que numa tentativa de desestimular a permanência do acompanhante. Há também a menção de que em determinadas situações, o idoso é mais compreensivo e complacente do que o seu familiar que exige a exclusiva atenção do enfermeiro.

Eu tinha certa resistência de pessoas idosas ficarem com acompanhantes, eu achava que atrapalhava a assistência de enfermagem. Aos poucos tenho refletido [...]. Tenho procurado, quando interno um paciente, dizer: Aqui neste setor não fica acompanhante, mas pela idade do seu familiar, se você quiser é um direito e você pode ficar. Tenha ciência de que nós não temos acomodação adequada. Explico as restrições, mas que mesmo com

todas as dificuldades é possível ficar com acompanhante. Eu tenho me policiado neste sentido (Sujeito 1).

Teria que ser uma estrutura física que o familiar pudesse acompanhar para que ele não se sentisse perdido, muito fora do lar, da casa, do aconchego dele. O idoso em si não é tão difícil de atender. Às vezes é mais difícil atender a família que o acompanha, porque ela não entende os nossos procedimentos e às vezes quer que o idoso dela, que só tenha ele de idoso. Fica difícil atender vários idosos ao mesmo tempo porque ele tem direito a ter acompanhante, direito a seus cuidados. Às vezes o idoso é compreensivo, não é tão exigente. Às vezes não é tanto a assistência em si do idoso, mas trabalhar a família que também participa do cuidado ao idoso (Sujeito 3).

[...] vejo dificuldade com a lei do idoso. O idoso precisa, a lei garante ao idoso o acompanhamento de algum familiar. No setor o espaço é pequeno, as acomodações não são adequadas e acaba o acompanhamento não sendo feito pelo familiar ou sendo feito em alguma parte do dia como não há como o acompanhante dormir, a alimentação dele também não pode ser feita dentro da unidade. Então o idoso acaba ficando sem esse acompanhamento. Esta é a dificuldade maior de atendimento ao idoso [...] (Sujeito 6).

Nos relatos acima, percebe-se que as enfermeiras apresentam dificuldades em aceitar que o idoso necessita de um cuidado diferenciado e que o acompanhante é fundamental para este processo. Uma das dificuldades apresentadas em aceitar a permanência do acompanhante, foi a falta de espaço físico e a excessiva solicitação do familiar no cuidado ao idoso. No estudo de Nascimento *et al* (2007), encontrou-se que as dificuldades da permanência do acompanhante/familiar do idoso são pontuais e envolvem principalmente a inadequação da infra-estrutura que é incapaz de proporcionar conforto e acompanhamento do paciente.

A Portaria do MS (Ministério da Saúde) nº 280, de 1999, torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde, a permanência do acompanhante hospitalar para pacientes maiores de 60 anos de idade, porém os relatos dos entrevistados que trabalham no hospital, pertencente à rede pública de instituições demonstram outra realidade.

Esta portaria estabelece que o hospital receberá do SUS diária de acompanhante, quando devidamente formalizada pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 1999).

As enfermeiras referiram que em algumas situações, torna-se difícil trabalhar com as exigências da família referentes aos cuidados voltados ao idoso. O tempo dispensado na prestação de cuidados ao paciente, o respeito às crenças, os costumes, os valores, bem como o trabalho educativo, interfere de algum modo na agilidade e na dinâmica das atividades desenvolvidas na unidade (SCHIER; GONÇALVES; LIMA, 2003). No estudo de Nascimento *et al* (2007), a equipe afirma que a excessiva demanda de cuidado proveniente dos familiares deve-se às alterações emocionais, incerteza da condição futura do paciente, permanência em ambiente desconhecido, constrangimento financeiro, entre outras. Assim, torna-se compreensível os atos e ações dos familiares quando se pensa sobre a preocupação e a aflição em ver o ente idoso submetido ao internamento.

Os familiares vivem a mesma situação de sofrimento e preocupação, dos momentos difíceis que passa seu membro familiar, quanto ao físico, ao psíquico, ao social e ao espiritual. Em torno da “metade dos parentes experimenta a sensação de estresse na atribuição de cuidar do doente, e quase 25% relatam o sofrimento do paciente como causa de desconforto para si mesmo” (PAPALÉO NETTO, 1996, p.434).

Para Souza, Skubs e Bretãs (2007) os familiares em alguma situações podem sentir-se fracassados diante do declínio físico e funcional advindo do processo de envelhecimento, por não conseguirem ajudar na sua dependência.

Burlá (2004), enfatiza que os familiares e os cuidadores também sofrem com a evolução da doença do paciente e que a expectativa da morte provoca profunda angústia para eles. Há um desgaste emocional e financeiro que provoca desestruturação no decorrer do tempo, com o avanço da doença do paciente, o que certamente contribui para o surgimento do estresse familiar. A família pode apresentar alguns sentimentos frente à situação de risco de morte do idoso, no CTSI. Esses sentimentos podem ser referentes às mudanças na composição familiar, no aspecto financeiro, nas incertezas, na preocupação para que o ente tenha atendimento eficaz e de qualidade.

As preocupações das famílias podem ocasionar desgaste físico devido a incerteza da situação, medo da morte do paciente, atribuição nas tarefas diárias, estilo de vida alterado, aspecto financeiro, maneira de confortar o paciente, perceber a inadequação de serviços prestados por terceiros, necessidade divergente entre os membros da família (PAPALÉO NETTO, 1996).

Em estudo realizado por Souza, Skubs e Bretãs (2007) foi notado que para familiares e idosos as dificuldades nas suas relações estão ligadas a lidar com as doenças e limitações físicas do que com o processo de envelhecimento, notando-se que os problemas causam uma sobrecarga física e/ou emocional em ambas as partes.

A enfermeira precisa estar preparado para nesta situação, cuidar do paciente idoso e atender a família, buscando propiciar conforto para ambos. O reconhecimento da fase final da vida é essencial para o correto diagnóstico dos problemas e o alívio dos sintomas manifestos que se abordados e atendidos de modo correto, trarão conforto para o paciente e facilitará a aproximação dos familiares e amigos (BURLA, 2004). Assim, requer-se que o enfermeiro tenha habilidade para servir de elo no relacionamento do paciente com a família demonstrando paciência, carinho, bom senso, flexibilidade, delicadeza, tolerância, bom humor e assim, terá a possibilidade de transmitir e informar sobre os cuidados prestados ao ente (BENINCÁ; FERNANDEZ; GRUMANN, 2005).

As enfermeiras 2 e 3 desta pesquisa, ressaltaram que consideram importante o envolvimento da família no cuidado ao idoso, tanto no ambiente de internação quanto em capacitá-la para a continuidade do tratamento e da convivência no âmbito familiar. Houve a menção de que o fato da família conhecer melhor as preferências e o jeito de ser e se comunicar do idoso, contribui no desenvolvimento do cuidado. Destacaram também que alguns idosos não conseguem compreender ou aceitar o fato de ter de ficar fora do seu lar e que um familiar ajudaria nessa compreensão e aceitação.

[...] teria que ser diferente a participação da família. A participação da família seria muito importante a gente vê, principalmente à noite, muitas pessoas idosas que estão fora do local e não entendem porque tem que ficar no hospital. Se tivesse alguém da família que participasse do cuidado, ficasse com eles, seria melhor a permanência deles no setor. Às vezes que a gente ficou com familiar à noite com o idoso, percebi que ele se sente mais seguro, é como se esse familiar fizesse uma tradução para a gente. Ele está acostumado [...] ele dorme assim mesmo, de lado, diferente e eu fui colocar ele deitado daquele lado. O familiar está mais acostumado em casa e faz como se fosse a tradução dos costumes e da forma como ele vive fora daqui (Sujeito 2).

[...] o paciente que tem um acompanhante junto [...] muitas vezes prefere que a família o alimente porque é o que fazem em casa, então eu oriento e estimo a família para que ela possa fazer este cuidado para o doente (Sujeito 5).

De acordo com Bolela; Jericó (2007, p.4), os profissionais de saúde necessitam compreender a família como aliada da equipe, pois ela pode representar um recurso pelo qual “o paciente pode reafirmar e, muitas vezes, recuperar sua importância no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de recuperação”, portanto, as famílias devem ser apoiadas, se sentirem úteis e participativas no tratamento do paciente.

A Lei nº 8.842/94 determina a inclusão dos familiares no atendimento e a presença destes, procurando suprir as necessidades dos idosos para que não se sintam abandonados e isolados pelos seus parentes. De acordo com esta Lei, é obrigação do Estado prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais, fato enfatizado pelos sujeitos como contributivo no cuidado ao idoso. Isso é importante, pois, para que o cuidado de enfermagem seja planejado de modo efetivo é necessário, muitas vezes, a presença do familiar para que o profissional compreenda o mundo em que vive o idoso e possa ajudá-lo a encontrar meios para manter ou recuperar a sua saúde, como afirmado pelos sujeitos 2 e 5.

Houve uma enfermeira que relatou que sente frustrado em virtude do abandono do familiar no momento da alta, e que todo o trabalho e cuidado dispensados na internação acaba se perdendo devido à falta de participação do familiar no cuidado ao idoso.

Às vezes ficamos de mão atada porque a família não o quer. Está de alta e não vem buscá-lo. É o maior sentimento que a gente tem com este idoso de alta e a família não quer levá-lo. E você investiu todo o tempo, toda terapêutica para deixar ele bem, e a família não quer recebê-lo. Se ele fica sabendo disso ou percebe ele fica muito triste. Tem paciente que chega em casa e vai a óbito. E todo o trabalho foi em vão porque a família não deu continuidade. Ele percebeu que era um intruso naquela convivência, acaba se deprimindo e indo embora (Sujeito 3).

Diversos são os fatores que influenciam na permanência ou ausência da família no momento da internação como: econômicos, sociais e emocionais. Há que se pensar neste paradoxo existente no âmbito familiar, visto que a família é considerada a principal responsável pelo cuidado ao idoso (CALDAS, 2002).

Em relação ao abandono do idoso, de acordo com Caldas (2002), o cuidado que se apresenta de modo inadequado, ineficiente ou mesmo inexistente é observado em situações nas quais os membros da família não estão dispostos, estão despreparados ou estão sobrecarregados por esta responsabilidade, e que devido aos padrões familiares estarem mudando em face das transformações sociais, econômicas e demográficas, mudam-se os valores culturais em relação ao idoso e ao cuidado familiar a este ente.

Em estudo realizado na Suécia, verificou-se que há mudança na estrutura familiar. Esta nova família é composta do marido, esposa e na maioria das vezes não há filhos, dessa forma, o número de pessoas que vivem sozinhas está em crescimento. Os idosos normalmente presenciam o distanciamento de seus parentes, principalmente no internamento hospitalar. Neste estudo, o autor relata que os pacientes que não recebem visitas são mais vulneráveis e possuem poucas chances de sobrevivência. E na visão do paciente, o familiar muitas vezes é mais importante do que o próprio profissional da saúde (ERIKSSON; BERGBOM, 2007).

Para tanto, faz-se necessário que o profissional enfermeiro trabalhe em conjunto com o familiar, visto que é ele quem dará continuidade ao cuidado em domicílio.

Para Lacerda; Oliniski (2004, p. 242), “a demanda que o cuidado domiciliar exige do cuidador familiar, não requer apenas disposição e boa vontade, mas habilidades e conhecimentos com os quais não está habituado e nem preparado”. Além disso, o cuidador necessita muitas vezes somar os cuidados prestados ao ente idoso às outras atribuições, como assistência ao seu próprio núcleo familiar, trabalho, entre outras, o que pode levá-lo a sobrecarga e esgotamento.

De acordo com Marques; Rodrigues; Kusumota (2006), o retorno do idoso ao domicílio exige disponibilidade de espaço, pessoa para prestar o cuidado e recursos econômicos, o que pode trazer desestruturação familiar. Para tanto, faz-se necessário que o enfermeiro observe e atue junto à família para que possa identificar as alterações e desenvolver o plano de cuidado de enfermagem.

Muitos profissionais da enfermagem, ao atribuir falta de amor e compromisso moral dos familiares de idosos hospitalizados, quando estes passam a não visitar mais o seu parente, ao perceberem que se aproxima o dia da alta, não investigam os reais motivos desta ausência, como por exemplo, a impossibilidade de cuidado continuado no domicílio. Os familiares não se encorajam para expor abertamente a situação precária. (SCHIER; GONÇALVES; LIMA, 2003).

Mesmo com a sobrecarga de atividades, os familiares são ainda os maiores responsáveis pelo cuidado ao idoso, também chamados de cuidadores informais (ELIOPOULOS, 2005). Contudo, a família pode apresentar dificuldades para prestar o cuidado visto que cuidar do idoso, 24 horas por dia, sem pausa, não é tarefa fácil para uma pessoa sem apoio sem serviços que possam atender as suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel (KARSCH, 2003).

Em uma pesquisa realizada em Florianópolis, Santa Catarina em 2006, Gonçalves *et al*, encontraram como motivos para o cuidador familiar assumir tal papel, princípios como: dignidade humana; dever moral; princípios religiosos; gratidão e reconhecimento da família e comunidade. Embora alguns cuidadores sejam levados a assumir este papel por ser a única opção.

A qualidade do relacionamento do idoso com os seus parentes pode influenciar de maneira positiva ou negativa, no momento destes assumirem o papel de cuidador. Para Caldas (2002, p.3), “esta suposição pode ser facilmente desafiada pela existência de conflitos permanentes por situações de abandono do lar por um dos cônjuges e desarmonia familiar, resultante de incompatibilidade de personalidades, de valores e estilos de vida entre jovens e os mais velhos”.

Outra razão para que a família tenha dificuldade de aceitar o idoso no lar, pode ser pelo fato de ter que assumir todas as responsabilidades que até então eram feitas pela própria pessoa. Segundo Caldas (2002, p. 05), “pagar contas, preparar comida, simboliza para aquele que cuida, todas as coisas negativas que estão acontecendo. Ocupar-se desta tarefa pode ser extremamente penoso e dar lugar a conflitos”.

Muitas vezes o que ocorre são as inversões de papéis dentro da família, em que o filho que um dia foi dependente do pai, inesperadamente o vê em sua dependência. Também, o filho que sempre buscou os conselhos do pai, pode agora ter que assumir um novo papel, uma vez que perdeu seu principal apoio devido à doença. Existem ainda os familiares de idosos cuja situação financeira é precária e que por precisarem trabalhar, não podem deixar o trabalho, dificultando assumir a

responsabilidade do cuidado (CALDAS, 2002). Outro fator importante que está cada vez mais evidente na sociedade atual são os idosos que nunca se casaram e nunca tiveram filhos, ficam, a mercê de cuidados de instituições, as quais necessitam de estrutura organizacional eficiente para o cuidado a esta pessoa (CALDAS, 2003).

Um estudo realizado em Passo Fundo no Rio Grande do Sul em instituição de longa permanência corrobora com Caldas (2003) no que diz respeito ao estado civil do idoso no qual foi predominante o índice de solteiros e indica um grande número de idosos sem família necessitando de atenção por parte do Estado (GUEDES; SILVEIRA, 2004).

De acordo com a Lei n. 8.842/94, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.

As enfermeiras 3 e 6 declararam que há a necessidade de o familiar ser orientado para o cuidado, para que ele consiga dar continuidade em domicílio. Fazem referência à necessidade da enfermagem interagir com a família para introduzi-la no contexto em que vive o idoso e torná-la uma aliada no tratamento e recuperação do mesmo.

Trabalhar com idoso não só demanda o trabalho com ele, mas com a família também (Sujeito 3).

[...] envolver família, fazer grupos com os familiares de pessoa idosa, até porque muitos pacientes vão de alta e precisam de um cuidado pós alta uma acomodação melhor para o idoso e os demais acompanhantes, uma conversa melhor com a família que a enfermagem perde muito isso. A família entra e a enfermagem sai de cena muitas vezes e não conversa com a família, não interage com ela (Sujeito 6).

Os relatos anteriores enfatizam a importância do cuidado de enfermagem com a família sempre que necessário, dando-lhes a oportunidade de expor suas dúvidas, medos e sentimentos, garantindo-lhes o apoio e a participação no tratamento do paciente. Os profissionais da saúde quando capacitam e integram o idoso e a família no processo de cuidar, proporcionam ao idoso a participação ativa de seus cuidados e tratamento, contribuindo para que ele aceite melhor o internamento e, ao acompanhante a segurança durante a hospitalização (SCHIER; GONÇALVES; LIMA, 2003).

No estudo realizado em UTI de adultos, de um Hospital Universitário de Santa Catarina, verificou-se que os enfermeiros valorizam a participação dos familiares na recuperação dos pacientes, pois acreditam que o contato com o familiar ajuda no tratamento. Nesta pesquisa os enfermeiros flexibilizam algumas rotinas da unidade bem como o horário de visita (PINHO; SANTOS, 2008).

Na Unidade de Terapia Intensiva Geral da Suécia, os enfermeiros também disponibilizam horário flexível para as visitas, dependendo do estado de saúde do paciente e crianças são liberadas sem restrições (ERIKSSON; BERGBOM, 2007). Na unidade do presente estudo, verificou-se que o familiar é de grande importância para a recuperação do paciente idoso, por isso houve flexibilização do horário de visitas, de uma vez ao dia para duas vezes. Estes horários foram adequados próximos às refeições, para que este familiar pudesse participar dos cuidados básicos, essa mudança foi bem aceita por todos da equipe e familiares.

O idoso que participa ativamente de seus cuidados e tratamento aceita melhor sua internação e o familiar cuidador sente-se mais seguro e preparado para alta hospitalar. É evidente a importância que a família apresenta no tratamento do idoso, pois após a alta hospitalar é ela a principal responsável pela sua reabilitação, pois pode muitas vezes, o paciente estar mais fragilizado do que quando foi internado. Percebe-se que quando a família está envolvida no plano de tratamento, há maior vigilância no cuidado ao idoso (RODRIGUES; CASAGRANDE, 1996).

O trabalho do cuidador em nível familiar torna-se natural, porém o alto custo físico e emocional desta função tem sido muito citada em estudos recentes, associando este a fato ao despreparo do familiar que assumem a responsabilidade de cuidar. (MAFFIOLETTI, LOYOLA E NIGRI, 2006).

Assim, o modo como a família trata o idoso no seu cotidiano e principalmente na sua reabilitação é crucial para o bom desempenho deste. Neste sentido, “reabilitação pode ser definida como o processo para o desenvolvimento da máxima capacidade física, psíquica, social, vocacional, educacional de um indivíduo, considerando suas limitações de qualquer ordem, sejam fisiológicas, anatômicas, ambientais” (PAPALÉO NETTO, 1996, p. 325).

A família tem grande importância no cuidado para com o idoso, no entanto, atualmente o envelhecimento é um fenômeno que tem crescido bastante, “fazendo com que essa importância aumente ainda mais e tornando necessário o

entendimento de como as famílias vêm conseguindo ou não responder às necessidades da população idosa”. (SOUZA, SKUBS & BRETÃS, 2007, p. 266).

A reabilitação do idoso pode variar de acordo com o tratamento que é ofertado pela família e da mesma maneira, as respostas da família ao idoso podem influenciar nas suas reações. Para Tirado (2004, p.151), “a manutenção e a reabilitação da capacidade funcional envolve um grande desafio, o trabalho conjunto de profissionais, idosos, familiares e/ou cuidadores, cria ricos contextos de trabalho para os profissionais da saúde na busca de um envelhecimento ativo para a população brasileira”. Assim, o cuidado da Enfermagem deve fornecer suporte educativo ao idoso e a sua família para a continuidade do cuidado a longo prazo e, este deve ser planejado a partir da hospitalização e dirigido para oferecer alternativas ao segmento através do cuidado domiciliar (RODRIGUES; CASAGRANDE, 1996). Por isso, no cuidado, a enfermeira precisa estimular o envolvimento de ambas as partes: a enfermeira, o idoso e os familiares, estes últimos os partícipes mais importantes no processo de cuidar (GONCALVES; ALVAREZ, 2004). Neste sentido, ao estabelecer um plano terapêutico de alta hospitalar do idoso pode-se contribuir na redução das complicações e agravamento dos quadros de morbidade o que implicará na prevenção de internações hospitalares (FIGUEIREDO *et al*, 2008). Deste modo, torna-se fundamental que o cuidado seja realizado de forma integral e pluralista incluindo os familiares e os demais envolvidos no processo de viver do idoso. O cuidado deve ser baseado no princípio da integralidade preservando a individualidade e a forma única que cada idoso vivencia o seu processo de envelhecimento (HAMMERSCHMIDT; BORGHI; LENARDT, 2006).

4.2.3 O cuidado que o enfermeiro desenvolve ao idoso

Ao discorrerem sobre como desenvolvem o cuidado ao idoso, as enfermeiras afirmaram a necessidade de atuarem no cuidado, além de um fazer técnico, isto é, contemplar todas as necessidades deste paciente. Declaram que não percebem se o paciente idoso está se sentindo cuidado, se deveria ter um tratamento diferenciado, por ser idoso. As enfermeiras declararam que os idosos se sentem gratos pelo cuidado que recebem, mesmo sabendo que o atendimento prestado a eles, é o

mesmo para jovens e adultos. Também relataram que o cuidado desenvolvido é generalizado para todos os pacientes e que isto se deve pela formação acadêmica que contemplou a saúde do idoso em conjunto com a saúde do jovem e do adulto. Relatam que apesar do pouco conhecimento que possuem sobre gerontologia, somados à rotinização e a grande demanda de pacientes, buscam desenvolver um cuidado humanizado.

Alguns pacientes vão embora e agradecem, porque foram bem atendidos, mas eu não sei se eles têm conhecimento, de que cuidar de paciente idoso é diferente de cuidar de paciente jovem ou de adulto jovem. Eu não sei se eles também têm conhecimento de que poderiam ou deveriam ter um diferencial. Eles se sentem cuidados, mas não sei se com aquele cuidado especial, diferenciado (Sujeito 1).

É preciso um tempo para esta experiência. Somos todos passíveis, a gente tem que ter permissão deles para trabalhar para eles, voltar para os olhos deles, não ver como corpo físico, mas ver o lado humano da pessoa. Às vezes é um sorriso, bom dia, boa tarde que muda totalmente a pessoa. Normalmente no trabalho não temos tempo para trabalho humano. É tanta coisa para fazer que não dá tempo de chegar na enfermaria e dar mais atenção (Sujeito 4).

[...] a demanda que o idoso requer de cuidados, além das rotinas que tem com todos os demais pacientes, que em função do tempo a gente não consegue ter um cuidado individualizado a esse idoso, conversar, questionar como que ele está, como que está a alimentação, a gente acaba perdendo este *feeling* do cuidado que é a interação com o ser humano. Às vezes a gente faz as atividades, mas esquece de perguntar como o idoso passou o dia. O cuidado é feito, mas voltado para rotina, para as atividades de higiene, de banho, medicação, poucas pessoas param para ouvir o idoso. Ouvir os pacientes, não só o idoso, os demais pacientes porque está todo mundo envolto nas rotinas diárias (Sujeito 6).

As enfermeiras relataram que o cuidado ao idoso deve ser diferenciado e que algumas atitudes, como ouvir o paciente pode influenciar no seu tratamento. Estas ações podem trazer conforto e tranquilidade tornando o processo de hospitalização menos traumático. Para Silva; Tonelli; Lacerda (2003, p.59), “o cuidado de enfermagem tem como enfoque principal o bem estar e o conforto do cliente, que exige dos profissionais um esforço constante no entendimento da complexidade e fragilidade do ser humano sob sua responsabilidade”. Na busca do bem estar e do conforto do paciente, as atitudes, os gestos, promovem a dignidade e a auto estima,

privacidade e individualidade favorecendo ambiente humanizado (LENARDET *et al*, 2007).

Algumas dificuldades, para que se possa manter o ambiente humanizado no CTSI, deve-se à complexidade do paciente, por vezes este permanece em respiração mecânica requerendo maior cuidado, demandando mais tempo para mudança de decúbito, aspiração, banho, medicação e monitorização rigorosa de sinais vitais.

Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os autores relatam que os recursos humanos e o espaço físico são barreiras para o cuidado humanizado. Entretanto, declaram que apesar do desgaste físico, ficam felizes por verem suas atividades cumpridas, principalmente quando estas são reconhecidas (SOUZA; FERREIRA, 2008).

Em outra pesquisa realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás, as autoras consideram que humanizar é uma medida que visa tornar efetivo o cuidado, considerando o paciente como um ser biopsicossocioespiritual, estendendo-se também aos envolvidos no contexto saúde-doença: paciente, família, equipe multiprofissional e ambiente. As autoras relatam que a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem e que recursos materiais, tecnológicos e estrutura física são importantes, porém não mais que a essência humana (VILA; ROSSI, 2002). Neste contexto, ao receber um paciente idoso no CTSI, são necessários recursos humanos suficientes e preparados para prestar cuidado integral e individualizado.

Para as participantes, o trabalho no CTSI é mecanizado e voltado para as rotinas. De acordo com Vila e Rossi (2002), executar a técnica, limpar, manter a ordem, são procedimentos fortemente enraizados neste cenário, esquecendo-se muitas vezes dos sentimentos do paciente, família e até mesmo de seus próprios sentimentos. Para tanto, é preciso que seja abordado o cuidado humanizado a fim de que a equipe multiprofissional e principalmente o enfermeiro, possam refletir e tornar-se capaz de criticar e construir uma realidade menos agressiva e hostil para as pessoas que vivem na UTI.

Para que o cuidado seja realizado de modo individualizado e humanizado, faz-se necessário que o profissional de enfermagem tenha senso crítico e discernimento do cuidado ao idoso, para que possa planejar e desenvolver ações voltadas a esta clientela. Segundo Cianciarullo (1996, p. 52), “o planejamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem exigem dos enfermeiros o uso do pensamento

divergente, na busca de alternativas apropriadas para abordar os problemas do paciente, respeitando sua individualidade”. A rotinização do trabalho torna o cuidado de enfermagem mecânico, assim, “o pensamento criativo libera os enfermeiros para elaborar novas soluções para problemas tidos, geralmente, como rotineiros”.

Visentin; Labronici; Lenardt (2007), afirmam que os enfermeiros ao interpretar suas competências de modo superficial, desenvolvem ações voltadas ao tecnicismo e a operacionalidade, não percebendo a multidimensionalidade do idoso.

Competência segundo Perrenoud (2000, p. 19), “é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidade, informações) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”.

Autores como Fleury e Fleury (2001), consideram competências para o profissional: saber agir; saber se comunicar, saber aprender; saber mobilizar recursos; saber engajar-se e comprometer-se; saber assumir responsabilidades e ter visão estratégica.

Ainda segundo os autores *op. cit* as pessoas ao desenvolverem competências para o sucesso da organização, estão também investindo em si mesmas, não como cidadãos organizacionais, mas como cidadãos do mundo. Para tanto, faz-se necessário que o enfermeiro desenvolva competências e habilidades como: técnicas, sensibilidade, intuição, criatividade, raciocínio lógico, conhecimento científico, valores e crenças (HAMMERSCHIMIDT; BORGHI; LENARDT, 2006).

As enfermeiras relataram a importância da comunicação efetiva com o paciente idoso, mas devido à falta de tempo não é possível ser trabalhada esta competência. A maneira como o profissional fala, seus gestos, e tom de voz podem melhorar ou dificultar o entendimento das orientações dadas e recebidas ao cliente e estas atitudes fazem diferença na sua recuperação. Para CIANCIARULLO (1996, p. 69), “se a comunicação entre enfermeiro e o paciente não ocorrer efetivamente, o significado do cuidado que prestamos pode ser afetado profundamente”.

Para Stefanelli (2005), a comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pelo enfermeiro, e esta competência usada de modo terapêutico, é que permitirá ao enfermeiro atender ao paciente em todas as suas dimensões. Faz-se necessário, que a comunicação ocorra efetivamente para que o paciente perceba-se cuidado e aceite as orientações e recomendações feitas pelo enfermeiro. Lenardt *et al* (2007), corrobora afirmando que a comunicação tem função terapêutica, é parte essencial no processo de cuidar, permite que o

profissional conheça pensamentos e sentimentos do idoso e que é preciso utilizar habilidade como: ouvir, falar e perceber.

As enfermeiras relataram algumas qualidades que são requeridas do profissional que desenvolve o cuidado ao idoso, como, por exemplo, paciência, identificação com esta clientela, conquista da confiança, espírito de observação, além de conhecimento específico.

É sempre um aprendizado trabalhar com idoso. Embora às vezes seja muito difícil porque demanda mais paciência, demanda bastante, porque, por exemplo, você vai pegar uma veia numa pessoa adulta que não esteja com muito comprometimento é bem mais rápida. No idoso demanda tempo, você tem que ficar procurando, cuidando com a pele, cuidando dele, às vezes ele fica revoltado, fica bravo, te xinga, fica confuso, desorientado, não te entende, às vezes está revoltado porque não está aceitando o tratamento, fica mais difícil trabalhar com ele, demanda mais tempo, paciência, carinho, afeto e entender o que os olhinhos dele querem falar para a gente (Sujeito 3).

[...] cuidar do idoso, principalmente daqueles que já tem problema neurológico mais avançado, requer muita paciência além do conhecimento que a gente tem que ter para cuidar, requer muita paciência e as pessoas que vão prestar assistência a este paciente, tem que ter paciência. Não adianta, por exemplo, dizer [...] não gosto do idoso, não tenho esta paciência, embora eu tenha o conhecimento não vou conseguir me dedicar, então quem cuida do paciente idoso tem que ter paciência, tem que achar o tempo que eu disse que a gente não tem para poder prestar a assistência (Sujeito 5).

[...] é um paciente que precisa que a gente tenha mais paciência (Sujeito 7).

Existem algumas competências necessárias ao profissional que trabalha com o idoso, como: conhecimento, capacidade de empatia, paciência, tolerância, comunicação, senso de humor e capacidades para trabalhar com pessoas demenciadas; o profissional de saúde quando tem postura, olhar, toque e gestos positivos pode aliviar a condição de fragilidade, ajudando-o a manter a dignidade do paciente (SILVA, 2005). Sendo assim, a enfermeira que cuida do idoso necessita de habilidades para prestar assistência qualificada, pois se trata de clientela que possui ritmos diferenciados dos demais (ZIMERMAN, 2000). Corroborando, Persegona et al (2007), afirmam que mesmo diante das adversidades do quadro clínico, das condições sócio-ambientais do paciente e família, o cuidado deveria constituir-se em

“um momento terapêutico, de relação de ajuda”. Caso a enfermeira desenvolva estas habilidades no cuidado ao idoso, conseguirá prestar uma assistência individualizada e humanizada.

4.2.4 A infra-estrutura física e de recursos humanos influenciam no cuidado

Ao ressaltarem as especificidades do cuidado ao idoso, em função das suas singularidades, os sujeitos declaram que: o número de pessoal é insuficiente, a estrutura física da Unidade é inadequada, a presença de pacientes de diversificadas idades dificulta ainda mais o desenvolvimento das ações que gostariam e ou que necessitam ser realizadas. Alguns participantes sugeriram que deveria existir uma Unidade geriátrica para o atendimento dessa população, já que a maioria dos atendimentos são voltados aos idosos.

[...] a estrutura dificulta um pouco. Os boxes são pequenos, nas enfermarias o espaço é pequeno (Sujeito 1).

Nossa estrutura física e de recursos humanos não está ideal para atender o idoso. Teria que ser uma CTSI geriátrica. A planta física atrapalha porque nos banheiros depende de corrimão, de poltrona apropriada para eles. Precisa de estrutura voltada para o idoso. O setor tem que ter menos idosos para receber uma assistência melhor. Temos uma ala pequena que tem desde adolescente até ancião. Tem que ter uma clínica específica para ele (Sujeito 3).

Com a nossa estrutura física e o número de pessoas, não conseguimos dar tudo o que eles precisam no momento (Sujeito 4).

Precisa de mais pessoas cuidando, e isso hoje não é possível pela falta de profissionais, porque hoje não cuidamos de um único paciente, temos mais de um aos nossos cuidados (Sujeito 7).

Nos relatos acima fica explícito que uma das dificuldades para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem ao idoso, é devido à inadequada infra-estrutura do ambiente hospitalar para o atendimento e a demanda desta clientela. Em um estudo recente Nascimento *et al* (2007), apontam que a falta de infra-estrutura causa estresse à equipe e ao cliente. As deficiências estruturais como a falta de barras de proteção nos banheiros e a despersonalização dos ambientes de

internação acabam por potencializar declínios funcionais e comportamentais no idoso. É importante que os profissionais da administração hospitalar e os envolvidos no cuidado sejam conscientizados da vulnerabilidade do idoso hospitalizado para que medidas administrativas e assistenciais sejam adotadas com intuito de minimizar ao máximo os estresses do internamento bem como o declínio funcional e comportamental (KAWASAKI; DIOGO, 2005). De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), no artigo 18, as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, recomenda que os corredores destinados à circulação de pacientes devem possuir corrimãos ou ao menos uma parede lateral. Seguindo essas normas, todas as portas de acesso aos pacientes devem ter dimensões mínimas de 0.80 m (largura) X 2.10 m (altura), inclusive nos sanitários, e esses banheiros devem ser dotados de campainha de alarme, luz de vigília interna e externa e barras de apoio de cores contrastantes com a parede, e o espaço entre leitos deve respeitar a distância de 1 metro (BRASIL, 2002). Estas questões foram observadas pelos sujeitos 1 e 2, principalmente, em relação ao banheiro, pois há a necessidade de ter-se um corrimão para o apoio do idoso.

De acordo com os dados de caracterização da unidade campo desta pesquisa, percebe-se que o Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI) obedece às normas de dimensões mínimas preconizados pela RDC nº 50 de 2002, a respeito das portas de acesso dos pacientes, da luz de vigília, das barras de proteção nos banheiros e da distância de 1 m entre os leitos. Entretanto, a unidade não possui corrimãos nas paredes e o piso não é antiderrapante, o que pode elevar os riscos de quedas dos idosos. Em estudo realizado no Pronto Socorro de um Hospital Universitário da cidade de Curitiba, Paraná, no ano de 2000, observou-se que o maior índice de acidentes em idosos foram às quedas e que o principal causador foi o piso escorregadio. As autoras relatam que o idoso possui propensão às quedas devido à postura adotada, os passos curtos, o andar em bloco e diminuição dos movimentos, bem como, a associação de fatores externos como: ausência de corrimãos, piso antiderrapante e barras protetoras nos banheiros, podendo contribuir para o aumento do tempo de hospitalização do idoso (LENARDT; KAMI; BREY, 2001).

De acordo com as enfermeiras 1,3 e 4, a infra-estrutura da unidade dificulta a circulação de pessoas, bem como, a permanência de acompanhante. Conforme o serviço de engenharia do Hospital, a planta foi projetada para comportar um acompanhante por leito respeitando as normas da RDC nº 50 (APÊNDICE 3, ANEXO, 2). Sendo assim, as dificuldades relatadas pelas enfermeiras, podem ser devido à existência de poltronas, pois no projeto inicial, pensava-se em cadeiras simples e, atualmente tem-se na unidade, poltronas para acompanhantes com medidas maiores, ocupando uma grande área de circulação dos profissionais e de familiares.

A enfermeira 3 relata que há a necessidade de uma unidade geriátrica. Essa exigência está contemplada na Lei n. 8.842, de 4 de janeiro 1994, estabelecendo a criação de unidades de internação geriátricas hospitalares. O Decreto n. 1948, de 03 de julho de 1996, determina no inciso I “garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS”, esta Lei determina ainda, a necessidade de recursos humanos específicos para o atendimento desta clientela. No Inciso II da mesma lei, fica determinado o seguinte: “promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso”.

Pelas respostas dos sujeitos das pesquisas, é imprescindível a criação de unidades geriátricas para o atendimento à demanda devido à complexidade e especificidades apresentadas por esta população. Entretanto, Gonçalves; Alvarez (2004), relatam que os desafios são imensos e inumeráveis para operacionalização e normatização destas mudanças, entre os fatores estão: recursos institucionais, físicos, financeiros e recursos humanos.

A unidade descrita neste estudo está sendo reformada, passando de um total de 25 leitos para 19 leitos, em virtude da demanda de cuidado ao paciente, aproximando-se da unidade CTSI almejada pelas entrevistadas. Tal reforma já estava nos planos do Hospital de Clínicas, entretanto, foi de grande valia as falas das enfermeiras na reestruturação desta unidade, cujo projeto encontra-se anexo (ANEXO 03).

No que se refere ao número de funcionários da Unidade de internação, campo deste estudo, a quantidade está adequada ao preconizado pela resolução COFEN nº 293, de 21 de setembro de 2004, entretanto, nesta instituição, os funcionários cumprem um regime de trabalho de 30 horas semanais e, isso faz com que haja duas

ausências previstas de cada profissional, em cada turno. Associado a isto, o elevado índice de absenteísmo e atestados por motivos de saúde e, por vezes, a ocorrência de greve, leva a uma dificuldade de operacionalização de escala de trabalho.

Um estudo realizado na mesma instituição, foco desta pesquisa, teve como objetivo analisar o dimensionamento de pessoal de enfermagem e verificou-se que o número de profissionais é insuficiente; o trabalho sofre restrições políticas, econômicas, educacionais e de saúde; a jornada de trabalho de 30 horas semanais atende as necessidades dos profissionais e é permitida pela instituição (MAZUR, 2007).

As dificuldades relatadas pelas participantes neste estudo, referente à quantidade de profissionais, também foi foco de discussão no Jornal da Associação de Enfermeiras de Massachusetts – Estados Unidos. Este jornal afirma a necessidade de ter-se mais recursos humanos, para o cuidado de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Também afirmam que o ideal seria a redução da carga horária e o redimensionamento de pacientes por enfermeiro. Para o Jornal, problemas como úlceras de pressão e pneumonias associadas à ventilação mecânicas seriam reduzidas se houvesse número suficiente de enfermeiras (THE NEWSLETTER OF THE MASSACHUSETTS NURSES ASSOCIATION, 2007).

De acordo com os relatos das enfermeiras e o que foi discutido na literatura, verifica-se a necessidade de ser reavaliada a estrutura física, bem como, os recursos humanos da CTSI, para que se tenha um cuidado de qualidade ao cliente idoso internado nestas unidades.

4.2.5 O preparo do enfermeiro para cuidar do idoso

Sobre a preparação das enfermeiras, as participantes relataram que durante a formação acadêmica, não houve disciplina com enfoque para o cuidado ao idoso e que o conhecimento que possuem é proveniente da prática vivenciada diariamente. Enfatizaram que os temas relativos ao idoso foram estudados em conjunto com os estudos voltados para o jovem e adulto, e não houve disciplina específica para esta

faixa etária. Também afirmam que o país envelheceu e o tema tornou-se relevante e necessário para a realização de cuidado.

Muito pouco foi falado sobre o idoso {na graduação}. Nem lembro o que aprendi, o que vivencio hoje é do que aprendi com os colegas, na prática [...]. Já faz 10 anos {se referindo ao tempo de formação}, não lembro direito. Na formação acadêmica, na época, era muito pouco abordado este tema (Sujeito 1).

[...] não era valorizado o idoso {se referindo a graduação}. Era valorizado a pessoa jovem, a pessoa grave, muitos cuidados intensivos com pacientes graves, mas nem comentado o idoso (Sujeito 2).

Não temos uma formação voltada ao paciente idoso. Temos uma formação geral, mas não específica ao paciente idoso. Na minha época nem tinha disciplina saúde do idoso porque não tinha um país envelhecido. Hoje o país se tornou um país de idoso (Sujeito 3).

O conhecimento de idoso é o básico passado em sala de aula durante a graduação, mas muito superficial. A gente tem alguma noção de geriatria, de envelhecimento celular, mas não de cuidado especificamente para o idoso. O cuidado, dado em sala de aula nas universidades acaba sendo para o adulto jovem e não para o adulto idoso (Sujeito 6).

Acho que falta para nós embasamento teórico, filosófico do que seja um cuidado direcionado ao idoso. Percebo que existem falhas, quando a gente conversa, quando cuida, quando administra uma medicação, mesmo no cuidado com os pacientes que não podem se comunicar verbalmente conosco [...] e, principalmente ter profissionais que tenham conhecimentos das diferenças que existem entre um adulto e um idoso. Penso que isso é resultado da nossa formação de graduação. Não tivemos um aprofundamento que esse ser idoso precisa de cuidados especiais (Sujeito 7).

Nos relatos acima descritos, justifica-se a ausência do tema idoso na graduação, devido ao tempo de formação das participantes desta pesquisa e esta temática denotava pouco interesse à sociedade na época. O modelo de cuidado de enfermagem vem historicamente sendo desenvolvido para o adulto jovem e apesar das divisões relacionadas à Pediatria e a Saúde da Mulher ocasionarem diferenciação, o tema gerontologia, na prática cotidiana se mantém insipiente (BORGHI, 2007).

A lacuna do conhecimento sobre o idoso, presente tanto no nível superior, quanto no nível técnico, poderá ser suprida incorporando disciplinas e/ou conteúdos relacionados ao cuidado ao idoso nos cursos de formação (FONTELLA *et al.*,2008).

A Organização Pan-Americana de Saúde, apud Diogo (2004), recomenda que não sejam oferecidos conteúdos gerontogeriátricos parciais integrados a outras disciplinas, para não correr o risco de diluí-los ou reduzi-los ao longo dos estudos acadêmicos. Sendo assim, faz-se necessário que a temática idoso seja ministrada separadamente da saúde do adulto a fim de que sejam respeitadas as especificidades desta clientela.

Conforme Prado e Sayd (2007) a gerontologia como um todo e seus grupos de pesquisa tem como propósito produzir conhecimento sobre questões sobre envelhecimento e saúde, uma análise da cientificidade de seus procedimentos.

No Brasil percebe-se a preocupação dos órgãos competentes com o crescimento da população idosa mostrando a necessidade de que sejam incluídas disciplinas para atender a demanda, bem como promover a capacitação de recursos humanos para o cuidado ao idoso. A Política Nacional do Idoso pela Lei n. 8.842/94, preconiza a necessidade de adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso; inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o tema; incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores; desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento; desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso; apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber e promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso (BRASIL, 1994).

O Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem), dispondo no Art. 6º, o inciso III que se deve incluir nos conteúdos teóricos e práticos a serem ministrados na Assistência de Enfermagem de nível individual e coletivo prestado a criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso (BRASIL, 2001).

É necessário o desenvolvimento de atividades acadêmicas que contribuam na formação dos profissionais de saúde e que não sejam somente fornecidas

informações, mas que os capacitem a reconhecer as transformações físicas, sociais e econômicas do idoso com respeito aos limites e às peculiaridades do envelhecimento humano (MONTANBOLI *et al*, 2006).

A Política Nacional do Idoso (1999), preconiza apoio aos estudos e pesquisas voltadas à geriatria e à gerontologia com conhecimento de suas especialidades e particularidades, implementação, supervisão e avaliação dos modelos de cuidados utilizados, sistematizando um banco de informações que possam fornecer dados a respeito do andamento dos estudos e pesquisas. Com os esforços apresentados pelas Políticas de Saúde referente à inclusão de disciplinas voltadas a temática idoso, bem como o apoio aos estudos e novas pesquisas, a tendência é que a sociedade se mostre mais interessada e disposta a aprender a respeito desta população, como explicitado na maioria dos relatos das enfermeiras, reforçando a necessidade da discussão deste tema no cotidiano dos profissionais de saúde e da sociedade.

As enfermeiras afirmaram que estão despreparados para cuidar da clientela idosa internada no CTSI e percebem que a dificuldade se estende à toda equipe multidisciplinar. Também reconhecem que a falta de experiência e conhecimento gerontológico e geriátrico são fatores determinantes para a qualidade do cuidado, embora tenham externado o esforço para o cuidado das necessidades do idoso.

Não estamos preparados para trabalhar com este tipo de paciente. Muitas vezes encaramos como mais um paciente e esquecemos das peculiaridades que são exclusivamente do idoso. A equipe multidisciplinar, a questão do preparo e do conhecimento, de saber estes diferenciais para fazer o cuidado ou intervenção. Acho que a equipe no geral não está preparada para prestar atendimento diferenciado ao idoso. As minhas dificuldades são até pela pouca experiência (Sujeito 1).

[...] procuro cuidar, dentro daquilo que conheço, do que sei, do pouco que sei, procuro cuidar o melhor possível. Tento suprir algumas coisas em relação a isso e fazer o melhor, mas às vezes sinto dificuldades até pela própria formação (Sujeito 3).

Não estamos preparados para uma assistência 100% a este paciente. Na medida do possível o que tenho feito, a primeira coisa é observar esta pessoa como um todo, não só necessidade física, mas também aquilo que pensa, a forma como se comunica, como tenta se expressar, se é consciente, se fala, expressa por gestos, tem alguma necessidade específica e procuro atender essas necessidades (Sujeito 5).

[...] eu percebo o trabalho que realizo aqui na CTSI um tanto quanto precário em relação ao idoso (sujeito 7).

A enfermeira 1 relata que o cuidado que presta ao idoso, muitas vezes não é diferenciado para o jovem e o adulto e que a equipe de um modo geral não está preparada para cuidar do idoso. Corroborando com esses relatos, Montanboli *et al.* (2006), enfatizam que normalmente os profissionais de saúde não vêm o idoso como um ser com necessidades distintas dos demais adultos. Entretanto, apesar da falta de conhecimento e experiências expressadas pelas enfermeiras, fica evidente o esforço que fazem para cuidar de maneira diferenciada do idoso, atentando-se para os aspectos físicos e psicológicos. Assim, conforme Machado; Bretãs, (2006), uma abordagem integral do paciente ocorre quando o profissional observa seus comportamentos, suas alterações no âmbito da psicopatologia, seus relacionamentos interpessoais, suas evoluções e ações ao cuidado prestado e ao seu tratamento.

As enfermeiras enfatizaram as necessidades de capacitação, aperfeiçoamento ou atualização, afirmando que há a falta de “treinamento” específico para trabalhar com o idoso e este fato dificulta o cuidado que desenvolve. A enfermeira 2 relata que durante onze anos de atividade que realiza no Setor, nunca o tema foi abordado, apesar do aumento da clientela idosa atendida. Nos relatos acima, percebe-se o interesse dos sujeitos por este assunto e declaram que com a obtenção deste conhecimento, poderiam melhorar a assistência prestada e modificar o olhar ao idoso.

No hospital, foco do estudo, foi oferecido curso de aperfeiçoamento do cuidado ao paciente crítico e um seminário a respeito do cuidado ao idoso, entretanto houve poucos enfermeiros participantes do Centro de Terapia Semi-Intensiva. Com isto percebe-se que há esforço por parte da instituição empregadora em ofertar cursos para o aperfeiçoamento dos profissionais.

Eu gostaria de aprender mais para poder trabalhar, cuidar, atender, orientar melhor, isso eu gostaria (Sujeito 1).

Desde que eu entrei no SEC [há 11 anos] nunca foi feito nenhum tipo de treinamento para lidar. Mudou o perfil da clientela e nunca se fez treinamento para cuidar desta clientela, mas teria que fazer para ver o que tem de novidade, o que desconhecemos, porque vai muito daquilo que a pessoa aprendeu, o que você vê todo dia. Acho que se

tivesse o treinamento iríamos conhecer outras coisas, se aperfeiçoar mais e prestar uma assistência melhor. [Se referindo ao conhecimento que possui do idoso] só da experiência de trabalho no setor, nada de cursos, nada de aperfeiçoamento, de treinamento, porque seria uma maneira de mudar até o conceito, a visão que temos do idoso (Sujeito 2).

A gente precisa se reciclar e sempre procurar se atualizar. Como a gente está vivendo numa profissão em que o idoso está vivendo mais, tem que se atualizar para trabalhar melhor com ele (Sujeito 4).

[...] uma capacitação ajudaria até a mudar a visão, a forma de como ver o idoso e de como cuidar. Acho válido para que mude essa visão, esta forma de olhar o idoso. Acho que vai mudar os óculos que a gente vê o idoso e provavelmente o cuidado vai ser melhorado (Sujeito 6).

[...] eu penso que nós enfermeiras que prestamos cuidado a idosos, devíamos ser melhor capacitadas para o cuidado [...] (Sujeito 7).

Em consonância ao relatado pelas enfermeiras sobre a falta de capacitação como dificuldade no desenvolvimento do cuidado, ressalta-se a Política de Educação Permanente respaldada pela Portaria n. 198, do Ministério da Saúde, na qual enfoca que a educação permanente realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. O artigo 1º resolve: instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

A relação do *déficit* de conhecimento da gerontologia focado pelas enfermeiras pode ter relação com a assistência prestada, o que reforça a necessidade de educação permanente destes profissionais. Segundo Martins *et al* (2007), tal capacitação implica despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso cidadão, um profissional conhecedor da realidade social e da saúde desse extrato populacional, das tecnologias existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos factíveis para o desenvolvimento de ações de saúde. O profissional deve estar preparado para reconhecer no idoso a potencialidade para o autocuidado, a necessidade de interdependência para o cuidado e a importância para preservar a autonomia.

Para que um indivíduo possa tornar-se agente de mudança, é necessário primeiramente que possua capacitação para tal, uma das formas de adquirir estes conhecimentos é por meio da formação profissional, que busca habilitar o indivíduo para atender com qualidade e criticidade à sua clientela (MARTINS *et al*, 2007).

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) propõe desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para a capacitação de recursos humanos. O Decreto n. 1948/96, Art. 2 parágrafo V dispõe: promover eventos específicos para a discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento. Há a necessidade de serem implementadas estas políticas, pois devido ao interesse dos profissionais e o aumento expressivo da população idosa, existe a demanda de educação permanente nos serviços de saúde que prestam assistência a esta faixa etária (BRASIL, 1994, 1996).

O Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001, p. 02). No art 4º inciso VI explicita que “os profissionais da saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com sua educação”. No art 5º no inciso II e V resolve “incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; compreender a Política de Saúde no contexto das Políticas Sociais”. Assim, apesar dos esforços das Instituições, das Políticas Públicas voltadas à formação gerontogeriátrica dos profissionais, é necessário interesse do profissional enfermeiro para buscar novos conhecimentos a respeito da clientela idosa.

Nos relatos das enfermeiras percebe-se que há lacunas na formação acadêmica no que diz respeito à temática idoso, entretanto, este fato não justifica o despreparo do profissional para o cuidado, haja vista que as Políticas de Saúde preconizam a educação permanente dos profissionais para atuar de acordo com as mudanças demográficas e epidemiológicas. Como preconizado no Estatuto do Idoso (2003, p. 09), a “capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos”.

O estudo de Medeiros, Araújo e Barbosa (2008), defendem que mais estudos se direcionem na reflexão dos currículos previstos para a atualidade, preparando profissionais com visão crítica-reflexiva. É essencial que haja maiores discussões sobre o idoso nos projetos políticos pedagógicos.

Desta maneira, faz-se necessário que aliado aos interesses Políticos e ao aumento da demanda da população idosa, os profissionais busquem conhecimento para cuidar de modo integral, respeitando as singularidades desta clientela.

5 SÍNTESE REFLEXIVA

As inquietações para a realização deste trabalho emergiram pela minha experiência em trabalhar na unidade e pelo aumento da demanda da clientela idosa, percebi que o enfermeiro cuidava deste paciente da mesma forma como cuida do adulto. Dentro deste contexto, formulei a seguinte questão problema, como o enfermeiro percebe o cuidado de enfermagem ao idoso no Centro de Terapia Semi – Intensiva?

No decorrer do estudo percebi que as enfermeiras têm conhecimento que o perfil da clientela atendida no CTSI tem sofrido alterações, que o número de idosos tem aumentado e que em virtude das especificidades e singularidades destes, o cuidado tem se tornado de maior complexidade. Referem que o atendimento a esta clientela deveria ser diferenciado das demais faixas etárias, mas que devido à falta de recursos humanos e espaço físico associado a grande demanda de rotinas o cuidado é realizado de modo mecânico e semelhante para todos os pacientes.

O acompanhante familiar é visto como parte integrante do cuidado ao idoso, pois é ele quem irá prestar o atendimento no domicílio, entretanto relatam que em alguns casos durante o internamento hospitalar a presença do familiar dificulta o trabalho do enfermeiro devido aos questionamentos sobre o cuidado e a permanência nas enfermarias cujo espaço físico é limitado.

O conhecimento que as enfermeiras possuem a respeito da temática idoso foi referido como fator determinante para a qualidade do cuidado prestado. Referem que durante a formação acadêmica o tema foi abordado de forma insuficiente e que se sentem despreparados para cuidado desta clientela. De acordo com as entrevistadas a educação permanente seria o meio para preencher esta lacuna de conhecimento.

Frente aos resultados obtidos neste estudo o trabalho contribuiu para que as enfermeiras refletissem a respeito de como percebem o cuidado que desenvolvem ao idoso no CTSI para tentar compreender a própria prática.

Para que as enfermeiras possam prestar cuidar gerontológico ao paciente idoso de modo integral e individualizado é essencial a busca de conhecimento mediante a educação permanente, participação em cursos de capacitação, ingresso em cursos de pós-graduação e a participação em grupos de estudo. É preciso que a

enfermeira estimule também a equipe a se atualizarem e a buscarem novos conhecimentos a respeito da temática.

A instituição do estudo flexibiliza horários aos profissionais que tem interesse em ingressar em cursos de pós-graduação, bem como incentiva a formação e oferta cursos de aperfeiçoamentos. O hospital está associado à universidade favorecendo campo para o aprendizado.

Este trabalho possibilitou a reflexão das enfermeiras a respeito do cuidado que prestam ao idoso no CTSI e estimulou o interesse por parte das entrevistadas em buscar conhecimentos a respeito da clientela idosa, visto que o conhecimento está diretamente relacionado com a qualidade do cuidado.

A conclusão deste estudo abre perspectivas para novas pesquisas voltadas à clientela idosa, podendo haver maiores interesses da instituição em promover cursos voltados a temática, visto que as estimativas indicam que esta clientela aumentará sensivelmente nos próximos anos.

6 CONSIDERAÇÕES

O desenvolvimento desta pesquisa ensejou refletir a respeito do cuidado gerontológico que é diferenciado em virtude das peculiaridades e singularidades apresentadas pelo idoso e que o profissional de enfermagem necessita ter habilidades e competências para poder prestar cuidado integral a esta clientela. Encontrou-se que há despreparo das enfermeiras no que se refere ao conhecimento sobre o idoso, os mesmos relatam que houve mudança na clientela atendida no CTSI nos últimos anos e que o cuidado de enfermagem não é diferenciado. Também, que a inexperiência para cuidar do idoso reflete-se na qualidade do cuidado prestado e que este muitas vezes desenvolve-se de modo semelhante ao prestado ao adulto. Cuidar do idoso é ação que vai além da assistência técnica, envolvem fatores biopsicosociais e espirituais, a família, a equipe multidisciplinar qualificada e relacionamento humano.

Apesar do desconhecimento a respeito do idoso, da grande demanda de pacientes, rotinas, o profissional busca prestar assistência qualificada, individualizada por perceber que o cuidado deveria ser diferenciado. Um dos aspectos focado neste estudo, relacionado ao cuidado ao idoso, foi o ambiente no qual estão internados os pacientes; eles quase sempre não condizem com as necessidades e especificidades do idoso. Foi identificado que embora os sujeitos acreditem que o cuidado deve ser diferente justificam que a falta de recursos humanos, de infraestrutura, a deficiência na formação e capacitação são fatores que interferem na qualidade do cuidado.

As enfermeiras, no seu cotidiano, se deparam com condições estruturais inadequadas e falta de recursos humanos e tecnológicos que não permitem ou dificultam excessivamente que o cuidado se efetive com a qualidade necessária e almejada. O ambiente também dificulta a permanência dos familiares/acompanhantes durante a internação, pois não dispõe de espaço físico, cadeiras entre outros. Como a infraestrutura não comporta a demanda de familiares ou acompanhantes as enfermarias tornam-se inviáveis para o atendimento devido ao congestionamento de pessoas e mobiliários no mesmo ambiente.

Fazem-se necessários alguns ajustes na estrutura física para comportar a permanência de acompanhantes, como preconizado pelo Estatuto do Idoso, no artigo

16: “é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral, segundo critério médico”. Assim, proporcionará tratamento diferenciado e especializado, que poderá influenciar no seu bem-estar e na reabilitação.

Para que o cuidado gerontológico seja integral e qualificado, torna-se imprescindível que além das mudanças estruturais no ambiente hospitalar, o tema idoso seja abordado na formação acadêmica, de modo que os profissionais graduados estejam cientes de que esta faixa etária possui peculiaridades próprias da idade e que exigirá assistência diferenciada a dada ao adulto e à criança.

Em sua maioria, o tema idoso ainda não é contemplado de modo específico nas organizações curriculares das Universidades, sendo trabalhado em conjunto com os conhecimentos de saúde do adulto. Como a demanda de pacientes idosos vem crescendo nos últimos anos se faz necessário que a equipe de saúde mantenha-se atualizada e qualificada para prestar atendimento a essa faixa etária, podendo essa ação ser realizada através da educação permanente dentro das Unidades e nos serviços de saúde em que são atendidos estes pacientes.

Com a finalidade de preencher as lacunas na formação acadêmica referente a temática idoso, Políticas de Saúde e as Diretrizes da Educação estabelecem a formação de grupos de estudos, apoio tecnológico e financeiro para o desenvolvimento de pesquisas, cursos de pós-graduação e educação permanente nas instituições.

Para que o profissional utilize todos estes investimentos é necessário que ele se interesse pelo tema e busque aperfeiçoamento, participando dos cursos ofertados e quando possível integrar-se aos grupos de pesquisa referente ao idoso. Na educação permanente é preciso abordar todas as peculiaridades dos idosos, suas necessidades, cuidados e principalmente as políticas que envolvem essa população afim de que possa adaptar o ambiente e a maneira como realizarão a assistência de saúde.

Ao reconhecerem que os idosos são uma clientela diferenciada dos adultos e crianças, e que necessitam de atenção particular, os profissionais podem buscar meios para tornar a permanência hospitalar menos traumática e mais adaptável ao paciente, familiar ou acompanhante; bem como auxiliar em uma recuperação mais precoce.

Mediante o conhecimento da gestão pública, do aumento da demanda pública aliado aos representantes do idoso abrirá caminho, conquistará espaço, visibilidade e se tornará agente transformador da realidade. A enfermeira reconhecendo a importância dos acompanhantes dos idosos, trabalhando articuladas aos representantes da sociedade e buscando o conhecimento a respeito do Estatuto do Idoso poderá direcionar suas ações voltadas ao contexto em que vive o idoso. Assim, percebeu-se que a enfermagem precisa conhecer o idoso bem como as Políticas Públicas para prestar cuidado gerontológico compreendendo esta clientela com suas peculiaridades e singularidades e atendendo-a na sua multidimensionalidade na busca da promoção do envelhecimento saudável, manutenção e melhoria da capacidade funcional do idoso.

Acredito ter conseguido atingir o objetivo deste estudo e ao mesmo tempo instigar à reflexão as enfermeiras participantes sobre como elas percebem o cuidado de enfermagem desenvolvido ao idoso e sua importância, para que possam ir além da reflexão, buscando, por meio de educação permanente, conhecimento e aperfeiçoamento a respeito da faixa etária que mais cresce hoje no mundo.

7. REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENINCÁ, C.R.; FERNADEZ, M.; GRUMANN, C. Cuidado e morte do idoso no hospital – vivencia da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo: p. 17-29, jan/jun, 2005.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. de C. **Unidades de terapia intensiva**: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BORGHI, A. C. da S. **As complicações pós operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico**. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Acessado em www.pge.sp.gov.br 19/12/2007 às 11:00”.

_____. Estatuto do idoso/Ministério da Saúde. 1 edição, 2 reimpressão. Editora MS, Brasília, 2003.

_____, Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf> acesso em 05 de março de 2008.

_____, Senado Federal Subsecretaria de Informações. Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=143782%20>. Acessado em 01 de fevereiro de 2008.

_____, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____, Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999. Aprovação da Política Nacional do Idoso. Disponível em: www.crefito5.com.br/web/sus/Portaria%20n%BA%201.395%20de%2010%2012%201999.pdf. Acesso em 24 de julho de 2008.

_____, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico para o funcionamento e definição dos serviços de tratamento intensivo e semi-intensivo. Portaria 466 Diário Oficial da União. Publicado em 05/06/1998. disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm# acesso em: 08/07/2008.

_____ Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf. Acessado em 01 de fevereiro de 2008.

_____ Ministério da Saúde - Anuário Estatístico 2001. Disponível em <http://portal.saude.gov/saudeaplicacoes/anuario2001/index.cfm> acesso em 02 de julho de 2008.1

_____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de geografia e estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso em: 24 de julho de 2008.

_____ Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

_____ Conselho Nacional da Educação. Câmara da Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

_____ Ministério da Saúde. Portaria n. 2.529 de 19 de outubro de 2006 institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

_____ Ministério da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: 2005.

BRUM,A.K.R.; TOCANTINS, F.R.; SILVA, T.DE J. DO E.S. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev. Latino – am Enfermagem**. São Paulo: v.13, n 6, p. 1019-236, nov/dez, 2005.

BURLÁ, C. Aspectos Psicológicos e espirituais: lidando com a finitude e a morte. In CALDAS, C. P.; SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso. A arte de Cuidar**, 2ª ed, Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CALDAS, C.P. **A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, UNATI**. Rio de Janeiro: v.3, n. 04, jul. 2000. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>.

_____, **Contribuindo para construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial**. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, UNATI. Rio de Janeiro: v.4, n. 08, 2002. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>.

_____, Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.10, n. 3, p. 01-10, , junho, 2003.

CALDAS, C. P.; SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso. A arte de Cuidar**, 2ª ed, Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CAMACHO A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Rev Latino-americana Enfermagem**, v10, n. 2, p. 229-33, março-abril, 2002

CARROL, M,; BRUE, J. L. **Enfermagem para idosos: guia prático**. São Paulo: Andrei, 1991.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte, 1998.

CIANCIARULO, T.I. *et al.* **Instrumentos básicos para cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CID – 10, **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Artes Médicas: Porto Alegre, 1993.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. de. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 18, n. 5, p. 1313-1320, Set/Out, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução 293 de 21 de setembro de 2004. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>. Acessado em 20 de março de 2008.

COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** – Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer**. 4 ed. Petrópolis, 1998.

DIOGO, M. J. D'E. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo: v. 12, nº 02, p. 280 – 2, mar/abr, 2004.

DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2008. Acessado em 30 de julho de 2008. Disponível em: www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. **O mundo da saúde**. São Paulo: v. 29 n.4 out/dez 2005.

DUTHIE, E.H.; KATZ, P.R. **Geriatría prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed Porto Alegre: Artmed, 2005.

ERICKSSON, T.; BERGBOM, I. Visits to intensive care unit patients – frequency, duration and impact on outcome. **British Association of Critical Care Nurses**, Nursing in critical care, Suécia: v 12, n 01, 2007.

FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. **Rev. O mundo da saúde**, São Paulo: EDUNISC, v. 23, n. 4, p. 197-203, jul./ago., 1999.

_____, Idosos muitos idosos: reflexões e tendências. **O mundo da saúde**, São Paulo: ano 26, v 26, n. 4, p. 467 – 471, out/dez, 2002.

FREITAS, M.C.; MARUYAMA, S.A.T.; FERREIRA, T.F.; MOTTA,A.M.A. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev. Latino – am Enfermagem**. V10, n 2, 2002, p. 221-229.

FREITAS, E. V. **Idosos do novo mundo**. Aprendiz, 2002. Acesso eletrônico da página www2.uol.com.br/aprendiz/guiadeempregos/especial/artigos_170502.htm em 21/09/2007.

FIGUEIREDO, M.L.F.Ç *et al.* Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. Brás Enferm**, Brasília: jul/ago, v.6, n. 4, p. 464-9, 2008.

FLEURY,M.T.L.; FLEURY,A. Construindo o conceito de competência. **Rac**, Edição Especial, p. 183-196, 2001.

FONTELLA, J.J.; SILVA, B.T.da S.; BARLEM, E.L.D.; SANTOS, S.S.C. Relação dos trabalhadores de enfermagem com idosos hospitalizados e seus familiares. **Ver Enferm UFPE On Line**, n.02, v.04, p. 318-323, 2008.

GARCIA, M. A. A.; RODRIGUES, M.G.; BOREGA, R.S. O envelhecimento e a Saúde, **Rev. Ciên.Méd.**,Campinas, 11(3):221-231, set/dez, 2002.

GARCIA, A.; PASSOS, A.; CAMPO, A.T.; PINHEIRO, E.; BARROSO, F.; COUTINHO, G.; MESQUITA, L.F.; ALVES, M.; SHOLL-FRANCO, A. A depressão e o processo de envelhecimento. **Ciência & Cognição**. Ano 3, v 7, março, 2006.

GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S.de.; TAVARES, B.F.; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. V.38, n. 3, p.365-71, 2004.

GUEDES, J.M.; SILVEIRA, R.C.R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 10-21, jul./dez., 2004.

GOLDSTEIN, L. L.Produção científica brasileira na área de gerontologia: (1975-1999). **Rev. Online Bibl.** Prof, Joel Martins, v.01, n.01, p. 1-14, out. 1999.

GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M.; SENA, E.L.da S.; SANTANA, L.W da S.; VICENTE, F.R. Perfil da família cuidadora do idoso doente/fragilizado do contexto sócio-cultura de Florianópolis. **Texto e Contexto**. Florianópolis Santa Catarina, v.15, n.004, 2006.

GONÇALVES, L.H.T.; SCHIER, J. “Grupo aqui e agora” – uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. V. 14, n.02, abr-jun, p. 271-9, 2005.

GONÇALVES,L.H.T.; ALVAREZ, A.M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectivas e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do envelhecimento humano**. Passo Fundo. Jan/jun, p. 57-68, 2004.

HAMMERSCHMIDT, K.S.DE A.; BORGHI, A.C.DA S.; LENARDT,M.H. Ética e Estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis: v.15 (Esp), p. 114-24, 2006.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Compêncio de psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**, v. 7ª ed. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

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

KAWASAKI, K., DIOGO, M.J.D’E. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiatr**. 12(2):55-60, 2005.

LACERDA, M.R.; OLINISKI, S.R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto familiar. **Acta Scientiarum**. Health Sciences.Maringá, v.26, n. 01, p. 239-248, 2004.

LEITE, V.M.M.; CARVALHO, E.M.F.de.; BARRETO, K.M.L.; FALCÃO, I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev Bras Saúde Matern. Infant**. Recife: v. 6, n. 1., p. 31-38, jan./ mar., 2006.

LENARDT, M.H; WILLIG, M. H.; SILVA, S.C.; SHIMBO, A. Y.; TALLMANN, A.E.C.; MARUO, G.H. O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. **Cogitare Enferm**. Curitiba: V 11, nº 2, p. 117 – 123, maio/agosto, 2006

LENARDT, M.H.; HAMMERSCHIMIDT, K.S.de A.; PIVARO, A.B.R. BORGHI, A.C.S. Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n. 04, p. 737-745, out/dez, 2007.

LENARDT, M.H.; KAMI, M.T.M.; BREY, C. Insuficiência súbita de controle postural no idoso: a prática assistencial numa abordagem investigativa. **Cogitare Enferm**. Curitiba: v.06, n.01, p. 90-96, jan./jun, 2001.

LIMA, E.X.; SANTOS, I. **Atualização de Enfermagem em Nefrologia**. Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. Rio de Janeiro: 2004.

MACHADO, A.C.A.; BRÊTAS, A.C.P. Comunicação não-verbal de idosos frente ao processo de dor. **Rev. Bras. Enferm**. mar – abr; 59 (2): 129 – 33, 2006.
MAFFIOLETTI, V.L.R.; LOYOLA, C.M.D; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.11, n. 4, p. 1085-1092, 2006.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R.A.P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev. Latino –Am Enfermagem**. V 14, n 03, maio-junho, 2006.

MARCONI, M.D.A.; LAKATOS. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINS, J.de J.; ALBUQUERQUE, G. L. de; NASCIMENTO, R.P. do; BARRA, D.C.C.; SOUZA, W.G.A. de; PACHECO, W.N.S. Necessidade de educação permanente em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis: v. 16, nº 02, p. 254-62, abr-jun, 2007.

MASCARO, S. A. **O que é velhice?** São Paulo: Brasiliense, 2004.

MAZUR, C. Aspectos quali-quantitativos do cuidado de enfermagem em unidade cirúrgica de um hospital de ensino. Mestrado. [Dissertação]. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

MEDEIROS, F.de A.L.; ARAUJO, D.V. de.; BARBOSA, L.N.de S. Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o cuidar de idosos. **Cogitare Enferm**. v. 13, n.04, p. 535-541, Out/Dez, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo : Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S., COIMBRA, JR. C. E. A. (org.), **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MONTANBOLI, L.L.;TAVARES, D.M.dos S.; OLIVEIRA, G.R.de.; SIMÕES, A.L. de A. Ensino sobre o idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Rev. Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis: v. 15, nº 04, p. 663-671, out/dez, 2006.

MOTTA,L.B.DA; AGUIAR,A.G DE. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n 02, p. 363-72, 2007.

MOTTA, L.B. da S.; CALDAS, C.P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI – UNATI/UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.13, n.04, p. 1143-1151, 2008.

NASCIMENTO, A.Z., RIBEIRO, G.; BERNARDINO, E., OLIVEIRA, S.E.de. Limites e possibilidades da permanência de familiares em unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enferm**. v 12, nº 4, p. 446-51, out/dez, 2007.

NOVAES, M.R.V.; DERNTL, A. M. As imagens da velhice: o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como método de investigação. **O mundo da saúde**. São Paulo: v.26, n.4, out./dez. 2002.

OLIVEIRA, D.R.; TUOTO, F.S.; LENARDT, M.H. As praticas de cuidado de si dos doentes idosos submetidos ao tratamento dialítico. **Cogitare Enferm**. Curitiba: V. 5, n.2, p. 75 – 80, jul./dez. 2000

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU, **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento**. II Assemblía Mundial do Envelhecimento. Madri, abril de 2002. Brasília: 2003.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S.M.P. Desafios da longevidade: qualidade de vida. **O mundo da saúde**. São Paulo: v.29, n.4, p. 608 – 612, out./dez., 2005.

PAVARINI, S.C.I.; MENDIONDO, M.S.Z.; BARHAM, E.J.; VEROTO, V.A.G.; FILIZOLA, C.L.A. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? **Texto e Contexto Enferm**. v. 14, n. 3, Jul – Set., p. 398-402, 2005.

PEDRAZZI, E.C.; RODRIGUES, R.A.P.; SCHIAVETO, F.V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Cienc Cuid Saúde**. V 06, n 04, p. 407-413, out./dez., 2007.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M.A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq Bras Cardiol**. V. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.

PENA, S.B.; DIOGO, M.J.D'L. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v 13, n 5, p. 663-9, set./out., 2005.

PERRENOUD, P. Construindo competências. Entrevista com Philippe Perrenoud, Paola Gentile et Roberta Bencini. **Nova Escola**, p. 19-31, setembro, 2000.

PERSEGONA, K.R.; TEIXEIRA, R.de C.; LACERDA, M.R.; MANTOVANI, M. de F.; ZAGONEL, I.P.S. A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente. **Cogitare Enferm**. V. 12, n. 03, p. 386-91, jul/set, 2007.

PESSINI, L. Dignidade no outono da vida. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 23, n. 4, jul/ ago, 1999.

PESSINI, L. Envelhecimento e Saúde: ecos da II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. **O mundo da saúde**. São Paulo: v. 26, n.4, p. 457-471, out./dez., 2002.

PINHO, L.B.de.; SANTOS, S.M.A.dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev Esc Enferm**. USP. V.42, n. 01, p. 66-72, 2008.

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

PRADO, S.D.; SAYD, J.D. O ser que envelhece: técnica, ciência e saber. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.12, n. 1, p. 247-252, 2007.

REIS, V.L.M.; DOUAT, C.M.L.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v:11, n.4 , p. 1085 – 1092, out/dez, 2006.

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

RODRIGUES, R.A.P.; CASAGRANDE, L.D.R. Atividade educativa com as idosas que tiveram queda e seus cuidadores: atuação da enfermeira geriátrica ao domicílio. **Acta Paul. Enf.** , São Paulo, v 09, n 01, jan./abr., 1996.

RICHTER, J.; EISEMANN, M.R.; BAUER, B.; KREIBECK, H.; ASTRÖM, S. Decision – making in the tratment of elderly people: a cross – cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses. **Nordic College of Caring Sciences**. N.16, p. 149-156, 2002.

SÁ, J.L.M. Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. In: NÉRI, A.L.; DEBERT, G.G. **Velhice e sociedade**. São Paulo (SP): Papyrus, 1999.

SANDRI, J.V.de A. **Uma política de saúde para população idosa no município de Itajaí Santa Catarina**. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I dos. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar em enfermagem gerontológica. **Texto e Contexto Enferm**. v. 14, n. 2, Abr – Jun., p. 202-12, 2005.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem Gerontogeriatrica** reflexão a ação cuidativa. 2 ed. , editora Robe, 2001.

SAUPE, R. *et al.* O cuidado ao idoso nos currículos de enfermagem: realidade e possibilidade. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v.06, n.02, p. 242-260, maio/ago, 1997.

SCHIER, J.; GONÇALVES, L.H.T.; LIMA, M.G. de O. Programa de acompanhante hospitalar para paciente geriátrico. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v.24, n. 01, abr., p. 61-68, 2003.

SILVA, B. G. M.; TONELLI, A. L. N.; LACERDA, M. R. Instrumentos do Cuidado Humanizado de Enfermagem: Uma Reflexão Teórica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v 8 n.1 p. 59-64, jan/jun. 2003.

SILVA, M.J.P. da. O aprendizado da linguagem não – verbal e o cuidar. In STEFANELLI, M.C.Ç CARVALHO, E.C. de. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, São PauloÇ Manole, 2005.p. 46-61.

SIMMONS, L.W. The Role of the Aged in Primitive Society. New Haven: Yale University Press, 1945 apud MINAYO, M.C.S., COIMBRA, JR. C. E. A. (org.), **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SOUZA, K.M.O.; FERREIRA, S.D. Assistência Humanizada em UTI Neonatal – os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva – ABRASCO**. n. 32, 2008.

SOUZA, R.F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília: v.60, n. 3, maio/jun., p. 263-7, 2007.

STEFANELLI, M. C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

STELLA, F.; GOBBI, S.; CORAZZA, D.I.; COSTA, J.L.R. **Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física**. Motriz, v 8, n 3, p. 91-98, set./dez., 2002.

THE NEWSLETTER OF THE MASSACHUSETTS NURSES ASSOCIATION, Estados Unidos: v.78, n. 06, 2007.

THOMAS, C.T.; CARVALHO, V.L. **O cuidado ao término de uma caminhada**. Santa Maria: Palloti, 1999.

TIER,C.G.; BULHOSA, M.S.; FLORES, M.C.; SANTOS, S.S.C.; BAISCH, A.L.M.; CESTARI, M. E. Política de saúde do idoso: iniciativas identificadas no município de Rio Grande – RS. **Cogitare Enferm.** V.11, n.01, p. 39-43, jan/abr., 2006.

TIRADO, M.G.A. Avaliação do idoso e manutenção da capacidade funcional: reabilitação e manutenção da capacidade funcional. IN CALDAS, C. P.; SALDANHA, A. L. **Saúde do Idoso. A arte de Cuidar**, 2ª ed, Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, hc.ufpr.br/intitucional acessado em 18/12/2007.

VERAS ,R., CURIONI, C.C., PEREIRA, R.,S. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, UNATI.** Rio de Janeiro: v.6, n. 01, 2003. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>.

VILLA, V.da S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino – am. Enfermagem.** V.10, n. 02, Ribeirão Preto, Mar./Apr. 2002.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M.H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.04, p.509-513, 2007.

WILLIG, M. **Cuidar/Gerenciar: Possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras**, Curitiba 2004.

WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidade de Hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 59, n. 2, p. 177 – 82, marc/abr, 2006.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidade. **Arq Bras Cardiol.** V. 79, n. 6, p. 635-9, 2002.

ZIMERMAN,G.I. **Velhice aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre, Artmed:2000.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO NO CENTRO DE TERAPIA SEMI-INTENSIVA

Investigador: Juliana Mendes

Local da Pesquisa: Centro de Terapia Semi-Intensiva

Endereço e telefone: Rua Joanim Stroparo, nº 110, apto 204, bloco 2.

Fones / fax: (41) 9908-95-77 / (41) 3292-44-29.

E-mail: juju1930@hotmail.com

PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

INTRODUÇÃO

Devido ao aumento progressivo da expectativa de vida da população mundial ocorrido nas últimas décadas, a assistência à saúde ao idoso passou a ter prioridade nas políticas de saúde. Tendo em vista o atendimento das necessidades de saúde desta população e para que o cuidado seja prestado de modo efetivo, esse aumento populacional deverá ser acompanhado de uma organização de políticas públicas, bem como há necessidade de uma maior pesquisa voltada para esta nova demanda.

Necessita-se então, desenvolver o olhar atento das pessoas, especialmente dos profissionais de saúde para que os idosos não sejam designados como categoria à parte na sociedade. Deve-se visualizar essa população como privilegiada por atingir idades avançadas e, portanto chegar a mais essa etapa da vida repleta de particularidades e necessidades de cuidados e demandas.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Conhecer como a enfermeira percebe o cuidado de enfermagem ao idoso no Centro de Terapia Semi-Intensiva.

PROCEDIMENTOS: Convidarei previamente as enfermeiras do Centro de Terapia Semi-Intensiva para participarem do estudo. Será apresentada a questão da pesquisa: relate como percebe o cuidado que você presta à pessoa idosa no CTSI.

O registro das informações será através de gravações em fitas magnéticas, posteriormente transcritas e analisadas.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: O pesquisador assegura que o caráter anônimo dos participantes será mantido e que suas identidades serão protegidas. O pesquisador manterá um registro de inclusão dos participantes mostrando códigos, nomes e endereços para uso próprio, bem como os formulários de **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** assinados pelos participantes serão mantidos pelo pesquisador em confidência estrita, juntos em um único arquivo. Asseguramos que o participante receberá uma cópia do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

O Investigador responsável pelo estudo irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

Você tem direito de acesso aos seus dados.

Estando assim consciente e esclarecida quanto ao objetivo e finalidades deste estudo, consinto em participar de forma espontânea, e estou recebendo cópia devidamente assinada deste Termo de Consentimento.

CONTATO PARA PERGUNTAS As pesquisadoras Juliana Mendes, enfermeira, mestranda e Mariluci Alves Maftum, enfermeira, doutora em enfermagem, nos telefones: (41) 99089577, (41) 3292-44-29 e (41) 33607252, e poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.

NOME DO PARTICIPANTE

ASSINATURA

DATA

NOME DA PESQUISADORA

ASSINATURA

DATA

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Identificação

Nome: _____

Idade: _____ anos;

Gênero: Masculino () Feminino ()

Duplo vínculo sim () Não ()

Em caso afirmativo informe o nome do local: _____

Tempo de atuação no CTSI – Anos/ Meses ()

Atividade anterior ao trabalho do CTSI _____

2. Formação

Formação acadêmica

Título da graduação: _____

Há ____ anos e _____ meses

Auxiliar /técnico de enfermagem: sim () não ()

Há ____ anos e _____ meses

3. Qualificação

Mestrado: sim () não ()

Área/instituição _____

Especialização: sim () não ()

Aperfeiçoamento: sim () não ()

Área/instituição _____

Capcitação: sim () não ()

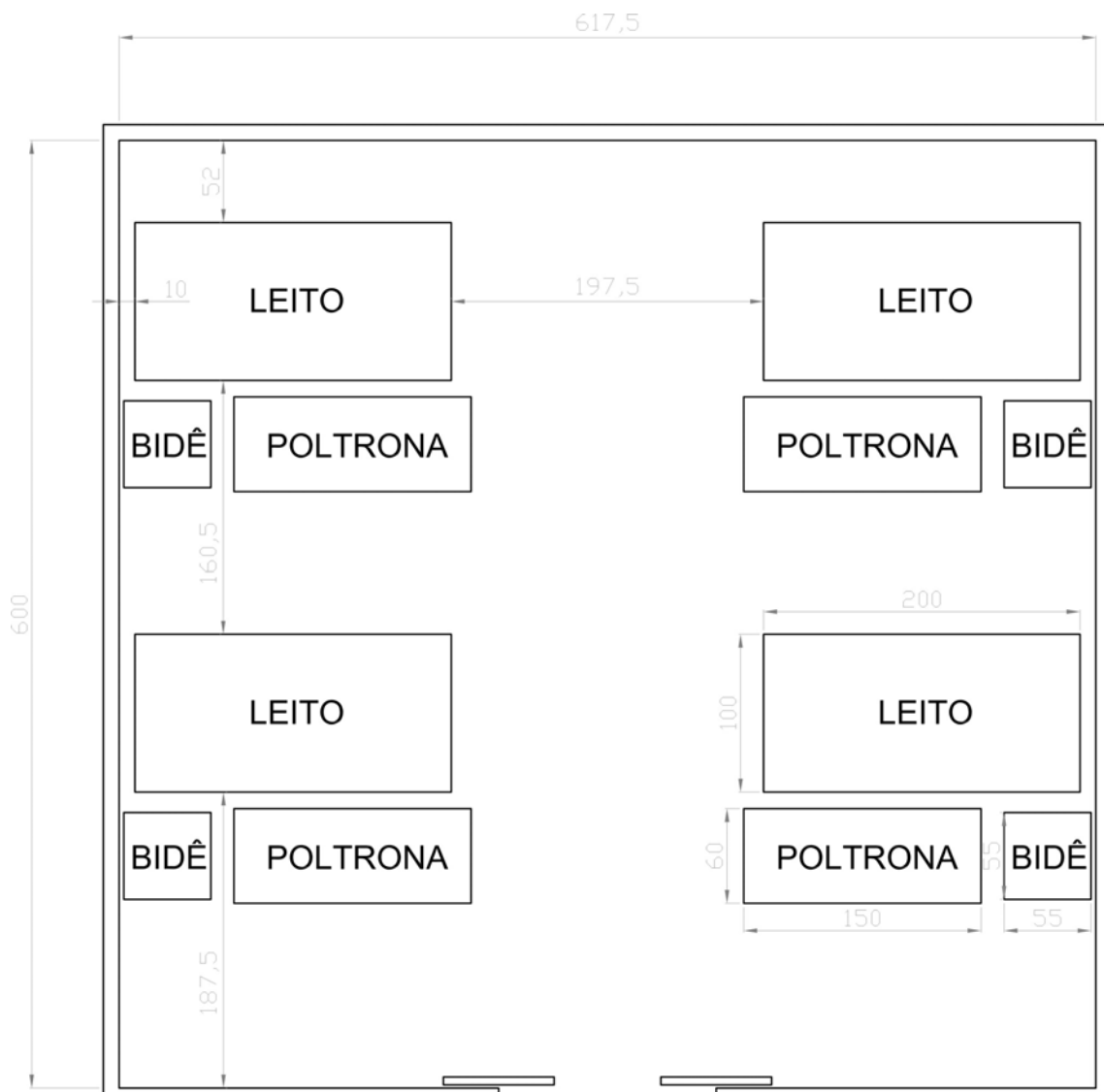
Em caso afirmativo informe o nome do local: _____

Possui mais de uma Capacitação: sim () não ()

Qual: _____

4. **Questão de pesquisa:** Relate como percebe o cuidado de enfermagem à pessoa idosa no CTSI.

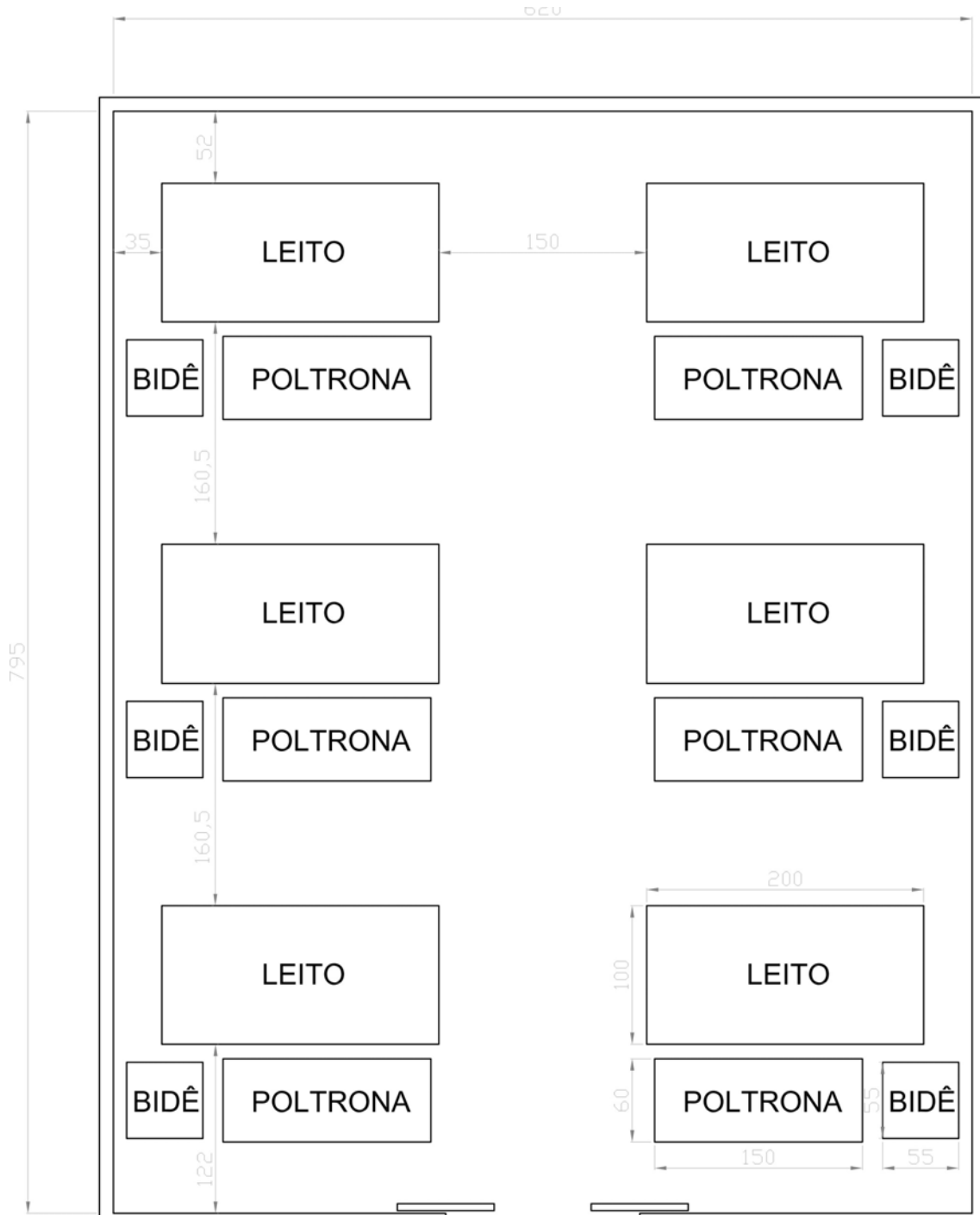
APÊNDICE 3
PLANTA DA ENFERMARIA COM 4 LEITOS



Fonte: o autor

APÊNDICE 3

PLANTA DA ENFERMARIA DE 6 LEITOS



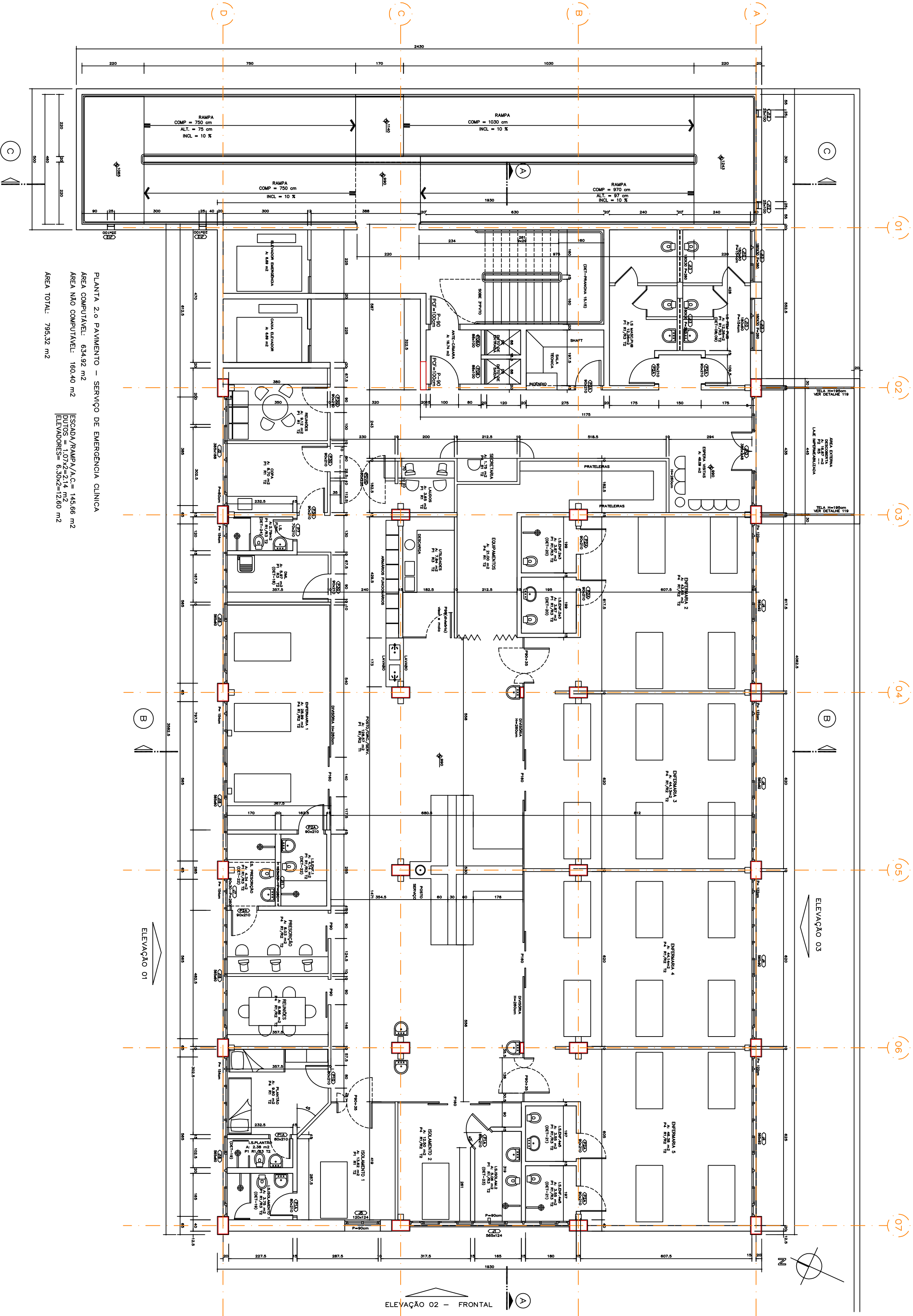
Fonte: o autor

ANEXO 01
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO 02

PLANTA FÍSICA DO CTSI COM 25 LEITOS

Fonte: UFPR, 2007.

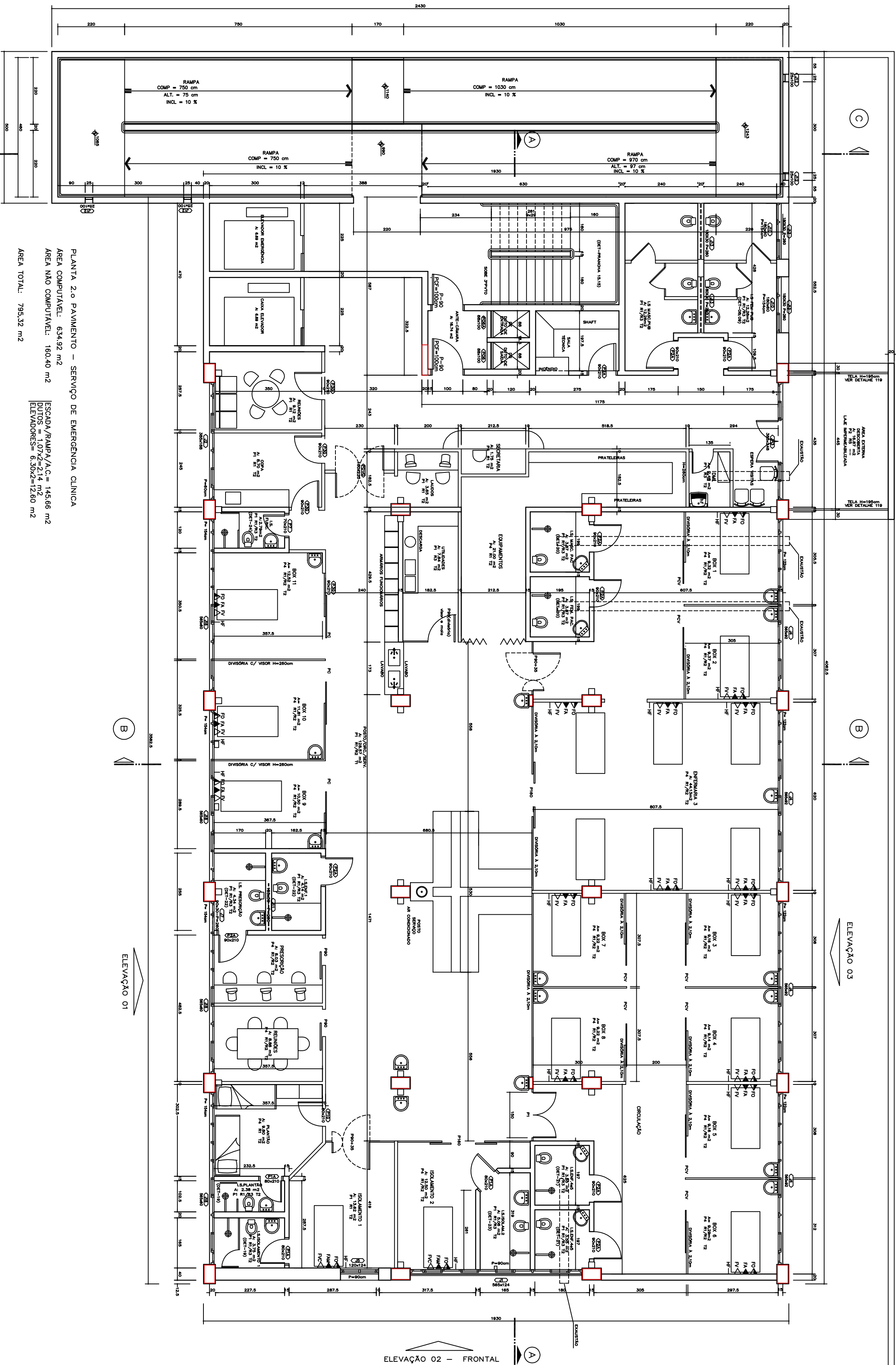


PLANTA 2.º PAVIMENTO – SERVIÇO DE EMERGENCIA CLINICA
 AREA COMPUTAEL: 634,92 m²
 AREA NAO COMPUTAEL: 160,40 m²
 ESCADA/RAMPA/A.C: 145,66 m²
 DUTOS = 1,07x2=2,14 m²
 ELEVADORES= 6,30x2=12,60 m²
 AREA TOTAL: 795,32 m²

ANEXO 03

NOVA PLANTA FÍSICA DO CTSI COM 19 LEITOS

Fonte: UFPR, 2007.



PLANTA 2.º PAVIMENTO – SERVIÇO DE EMERGÊNCIA CLÍNICA
 ÁREA COMPUTAVEL: 634,92 m²
 ÁREA NÃO COMPUTAVEL: 160,40 m²
 ESCADA/RAMPA/A.C.: 145,66 m²
 ELEVADORES: 17,50 m²
 ÁREA TOTAL: 795,32 m²

B

ELEVÇÃO 01

ELEVÇÃO 02 – FRONTAL

B

ELEVÇÃO 03



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](#)