

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC- SP**

**Cleber Silvestre Leoncio**

**O enfermeiro frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)  
da pessoa idosa hospitalizada**

**Mestrado em Gerontologia**

**SÃO PAULO  
2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**Cleber Silvestre Leocio**

**O enfermeiro frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)  
da pessoa idosa hospitalizada**

**Dissertação Apresentada ao Programa de  
Estudos Pós Graduated em Gerontologia da  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo –  
PUC –SP para obtenção do título de Mestre em  
Gerontologia.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Ruth G. da C. Lopes**

**SÃO PAULO**

**2010**

**Leoncio, Cleber Silvestre**

**O enfermeiro frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) da  
pessoa idosa hospitalizada.**

**Dissertação de (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Gerontologia  
Universidade Pontifícia Católica de São Paulo.**

**Orientadora: Profª Drª, Ruth G. da C. Lopes**

**Linha de Pesquisa: Envelhecimento: Processos Político-Institucionais e Práticas  
Sociais.**

**1. Enfermeiros; 2. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); 3. Pessoa  
Idosa Hospitalizado.**

**O enfermeiro frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) da  
pessoa idosa hospitalizada.**

**Cleber Silvestre Leoncio.**

**Banca Examinadora:**

---

---

---

**Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta dissertação de Mestrado por processos de fotocópias ou eletrônicos desde que citada à fonte.**

**Cleber Silvestre Leoncio.**

**e-mail: c.leoncio@uol.com.br**

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Local e data:** \_\_\_\_\_

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho a todas as pessoas que fazem parte, ou passaram pela minha vida neste momento especial, pois sei que sem o “outro” seria impossível a concretização deste...**

**Em especial, minha vó Zelinda, Izabel ou Bel minha mãe e ao Douglas por compartilhar todas as ansiedades e conquistas nesta trajetória.**

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus pela vida...**

**A Profª Drª Ruth G. da C. Lopes, pela paciência e dedicação para realização deste trabalho, e principalmente por ter permitido o meu “tempo”, Professora meus agradecimentos em especial, e como foram prazerosas e satisfatórias as tardes...**

**À CAPES, pelo apoio e incentivo da pesquisa no País e PUC-SP.**

**Profª Drª Beltrina Corte, simplesmente por mostrar o olhar científico da “questão”, e todo entusiasmo do crescimento para ser um pesquisador.**

**Carol, Nádia, Ângela, Paulo, Pedro meus amigos de PUC...**

**Ao Hospital Santa Marcelina - Itaquera por ter acolhido minha pesquisa, especialmente a todos os enfermeiros da instituição, setor de internação e aos enfermeiros que diretamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho. Obrigado!!!**

**Ir Rosane Ghedin, que diz**

**“(...) o bom cuidador é aquele que cuida de tudo que cerca o cuidado (...)”.**

**Odete Gazzi, exemplo de vida e profissional... Ensinou-me que os desafios existem.**

**Elaine Emi Ito, Simone Alexandre Manentti e Vanessa Araújo**

**“Apesar das nuvens... o sol está sempre presente...”**

**Sueli Sanches, e todos os enfermeiros deste plantão... Em especial!!!**

**A toda equipe da Associação Saúde da Família / Programa Acompanhante de Idoso (UBS – Comendador José Gonzalez – Vila Formosa), onde oportuneizei um olhar mais específico ao assistir a pessoa idosa.**

**Profº Dr. Márcio Sérgio Paschoal e Profª Drª Marília Anselmo Viana Berzins por me apresentarem outro olhar frente à pessoa idosa, através do trabalho que oportuneizei no Programa Acompanhante de Idoso.**

**Em especial a Ivone Gonzalez Coordenadora do Programa Acompanhante de Idoso**

**–Vila Formosa –**

**“Gestão compartilhada”.**

**Aline Thomaz - Médica Geriatria “ Para “ser humano, é preciso ter conhecimento”.**

**Aos AMIGOS João Carlos Attarian – Simplesmente obrigado por tudo!!!**

**Dr. Fábio Valdetaro (Hospital Santa Marcelina - Laboratório),  
por ser esta pessoa nobre...**



## RESUMO

LEONCIO, C. S. *O enfermeiro frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) da pessoa idosa hospitalizada*. São Paulo. Dissertação para obtenção do título de Mestre. No Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

O estudo visa investigar o enfermeiro frente à sistematização da assistência de enfermagem (SAE) da pessoa idosa hospitalizada. Buscou-se identificar a percepção dos enfermeiros frente à sistematização da assistência de enfermagem, e como identifica e reconhece as necessidades da pessoa idosa hospitalizada. Com relação ao delineamento metodológico, tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição hospitalar caracterizada como hospital de ensino, filantrópico, geral, localizado no município de São Paulo. Os sujeitos do estudo foram 43 enfermeiros que atuam nas unidades de internação da instituição campo de estudo. O critério de escolha das unidades ocorreu pela ocupação de pessoa idosas hospitalizadas, definindo as unidades de escolha do estudo. Os dados foram coletados por meio de questionário composto de duas partes, onde a primeira identifica o sujeito da pesquisa e algumas questões de múltipla escolha frente à temática da pessoa idosa. A segunda parte composta por uma pergunta norteadora aberta, onde o sujeito discorre sua percepção em realizar a SAE da pessoa idosa hospitalizada. Os enfermeiros consideram que tem contato com a pessoa idosa no desenvolvimento diário de seu trabalho, mas expressam dificuldade de realizar a sistematização da assistência de enfermagem, por acreditarem que na fase da formação, ou seja, a graduação apresenta uma lacuna de formação no tocante à assistência específica para pessoa idosa. Na percepção da maioria dos enfermeiros a graduação foi falha na aprendizagem de subsidiar conhecimentos para assistir a pessoa idosa. As respostas dos sujeitos foram analisadas através do conteúdo proposto por Bardin (1977), revelando que os sujeitos pesquisados apresentam dificuldades em assistir a pessoa idosa hospitalizada. Após análise dos conteúdos agrupamos os resultados das respostas obtidas por similaridade em dimensões propostas por Dellors (1996), estruturando competências para o ensino superior nas vertentes do saber ser, saber fazer, saber conhecer e saber conviver. Os indicadores deste estudo que poderão ser incluídos como sugestão na formação superior. Promovendo uma assistência multidimensional ao cuidar da pessoa idosa hospitalizada.

**Palavra-chave:** 1. Enfermeiro; 2. Sistematização da Assistência de Enfermagem; 3. Pessoa Idosa Hospitalizada.

## ABSTRACT

LEONCIO, C.S. *The nurse front to the Systematization of the Assistance of Nursing (SAE) of the hospitalized elderly*. São Paulo. Thesis for attainment of the heading of Master. In the Program of After Graduated Gerontologia of the Pontifical University Catholic of São Paulo.

The study it aims at to investigate the nurse front to the systematization of the assistance of nursing (SAE) of the hospitalized elderly. One searched to identify to the perception of the nurses front to the systematization of the nursing assistance, and as it identifies and it recognizes the necessities of the hospitalized elderly. With regard to the methodological delineation, one was about an exploratory, descriptive study and with qualitative boarding. The research was developed in a hospital institution characterized as hospital of education, filantrópico, and generality, located in the city of São Paulo. The citizens of the study had been 43 nurses who act in the units of internment of the institution study field. The criterion of choice of the units occurred for the elderly occupation hospitalized, defining the units of choice of the study. The data had been collected by means of composed questionnaire two-piece, where the first one identifies to the citizen of the research and some questions of multiple choice fronts to the thematic one of the elderly. The second composed part for one asks opened noted, where the citizen discourses its perception in carrying through the SAE of the hospitalized elderly. The nurses consider that he has contact with the elderly in the daily development of its work, but express difficulty to carry through the systematization of the nursing assistance, for believing that the phase of the formation, that is, the graduation presents a gap of formation in regards to the assistance specifies for elderly. In the perception of the majority of the nurses the graduation was imperfection in the learning to subsidize knowledge to attend the elderly. The answers of the citizens had been analyzed through the content considered for Bardin (1977), disclosing that the searched citizens present difficulties in attending the hospitalized elderly. After analysis of the contents we group the results of the answers gotten for similarity in dimensions proposals for Dellors (1996), structuralizing abilities for superior education in the sources of knowing to be, to know to make, to know to know and to know to coexist. The pointers of this study that could be enclosed as suggestion in the superior formation. Promoting a multidimensional assistance when taking care of the hospitalized elderly.

**Key-word:** 1. Nurse; 2. Systematization of the Assistance of Nursing; 3. Hospitalized elderly.

## LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b>	Distribuição dos Enfermeiros segundo a idade, sexo, tempo de formado, tempo de atuação como enfermeiro na instituição como enfermeiro, unidade de trabalho e a realização de cursos de Pós - Graduação. São Paulo 2010.....	53
<b>Quadro 2.</b>	Percepção do sujeito da Pesquisa em relação à idade da pessoa idosa hospitalizada, através de apresentação de alternativas compondo três opções.....	55
<b>Quadro 3.</b>	Identificação dos Enfermeiros através de afirmação ou negação da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada. São Paulo 2010.....	58
<b>Quadro 4.</b>	Identificação dos Enfermeiros através de afirmação “Sim”, realizarão a atividades outras com pessoa idosa / Com oportunidade de escolha de mais de uma opção conforme Instrumento de Coleta do Estudo intitulado “O Enfermeiro frente a sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada” (anexo II).....	59
<b>Quadro 5.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC - Instrumento de coleta 1. São Paulo 2010.....	63
<b>Quadro 6.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 2. São Paulo 2010.....	63
<b>Quadro 7.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 3. São Paulo 2010.....	63
<b>Quadro 8.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 4. São Paulo 2010.....	64
<b>Quadro 9.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 5. São Paulo 2010.....	64
<b>Quadro 10.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 6. São Paulo 2010.....	65
<b>Quadro 11.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 7. São Paulo 2010.....	65
<b>Quadro 12.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 8. São Paulo 2010.....	65
<b>Quadro 13.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 9. São Paulo 2010.....	66
<b>Quadro 14.</b>	Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 10. São Paulo 2010.....	66





<b>Quadro 47.</b>	Percepção dos enfermeiros(as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 43. São Paulo 2010.....	80
<b>Quadro 48.</b>	Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do <i>Saber Ser</i> proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.....	86
<b>Quadro 49.</b>	Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do <i>Saber Fazer</i> proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.....	86
<b>Quadro 50.</b>	Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do <i>Saber Conhecer</i> proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.....	87
<b>Quadro 51.</b>	Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do <i>Saber Conviver</i> proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.....	87

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Auto – Avaliação dos indivíduos.....	21
<b>Tabela 2.</b>	Anos de vida esperados por sexo, segundo Região da Brasil, 2000.....	25
<b>Tabela 3.</b>	Dimensionamento do número de idosos nas unidades de internação do hospital.....	48

## **SIGLAS**

**ABEN – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM.**

**ABVD – ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA.**

**AIVD – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA.**

**AVD – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA.**

**CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR.**

**CES – CONSELHO DE ENSINO SUPERIOR.**

**CNE – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO.**

**COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.**

**COREN – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM.**

**D.O – DIÁRIO OFICIAL.**

**GAMIA - GRUPO DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR AO IDOSO AMBULATORIAL DOHC.**

**HC – HOSPITAL DAS CLÍNICAS.**

**IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTÁTISTICA.**

**IC – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.**

**IDA – INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL.**

**IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICO APLICADA.**

**LDB – LEI DE DIRETRIZES E BASES.**

**OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO.**

**OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.**

**ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS.**

**OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE.**

**PE – PROCESSO DE ENFERMAGEM.**

**SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.**

**SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

**UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1 ENVELHECIMENTO E A SAÚDE DO IDOSO.....</b>	<b>20</b>
<b>2 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BRASIL.....</b>	<b>29</b>
2.1 O saber teórico associado à prática: os estágios.....	30
2.2 Enfermagens Frente À Pessoa Idosa.....	30
2.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	42
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>45</b>
3.1 Naturezas do estudo.....	46
3.2 Local de estudo.....	47
3.3 Sujeitos participantes do estudo.....	47
3.4 Coletas de dados.....	49
3.5 Análises dos dados.....	49
<b>4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO.....</b>	<b>52</b>
4.1 Apresentando os sujeitos da pesquisa.....	53
4.2 Apresentação e Discussão dos Dados obtidos nos Instrumentos de coleta de Dados acerca das respostas obtidas na segunda parte, representando a pergunta norteadora.....	61
4.3 Discussão da Pergunta Norteadora e agrupamento das categorias.....	81
4.4 Apresentações das sínteses das respostas dos IC.....	82
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>97</b>



Ao ingressar no bacharelado em Enfermagem, optei pelos cuidados da saúde, sensível à humanização dos atendimentos. Já como enfermeiro, atuei inicialmente na área de hematologia e transplante de medula óssea. No setor de internação tive contato com jovens, adultos e pessoas idosas. O diagnóstico de leucemia, que acometia na maioria das vezes os mais jovens, se contrapunha ao tratamento de mieloma múltiplo, comum aos adultos. Na unidade de internação percebia que havia uma sensibilização geral em relação aos mais jovens.

Como profissional, me direcionava mais intensamente na assistência aos mais velhos, pois tinha uma grande identificação com essa clientela hospitalizada. O cenário me instigava, pois dificilmente se conseguia acompanhantes para o mais velho internado, sempre em situação fragilizada e vulnerável decorrente do diagnóstico de internação.

Na vivência como discente do curso de graduação em Enfermagem, constatei que a formação apresentada era generalista; naquele momento eu já apresentava inquietações com relação à falta de conteúdos específicos para assistência aos mais velhos. Investiguei como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) – lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, previu a reestruturação dos cursos de graduação, extinguindo os currículos mínimos e adotando diretrizes específicas para cada curso.

A nova LDB assegura às instituições de ensino superior autonomia didático-científica, bem como autonomia em definir os currículos dos cursos e programas. Assim, as universidades não têm a obrigatoriedade de seguir a regulamentação do currículo mínimo determinada pela Portaria 1721/94 (Rodrigues, 2000).

Para atender às exigências da LDB, surgiram as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde, que têm como objetivo:

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a **aprender a aprender**, que engloba **aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer**, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Parecer CNE/CES 1.133/2001 p. 37). (grifo nosso).

As diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro, resolução CNE/CES nº3 de 7/11/2001, respaldada no parecer CNE/CES 1.133/01, homologada no Diário Oficial de 01/10/2001, definem, em seu Artigo 4º, que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e

habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Os cursos passam a ter maior autonomia para introduzir conteúdos voltados às demandas desafiadoras da longevidade humana.

A enfermagem gerontológica surge como especialidade da enfermagem. No Brasil organiza-se como corpo de conhecimentos específicos, aliado ao conjunto de habilidades práticas apropriadas ao desenvolvimento da assistência à pessoa idosa. Essa organização vem recebendo inúmeros incentivos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, há mais de quatro décadas, visando fortalecer e especializar a atuação profissional com o idoso. A enfermagem norte-americana tem disponibilizado, a partir de meados do século XX, de modo contínuo e crescente, literatura específica por meio de publicações em âmbito acadêmico e profissional, influenciando a formação, visto ser escasso o material didático-pedagógico local, referente ao assunto.

O processo de envelhecimento atinge as instituições hospitalares, por consequência das patologias decorrentes de situações de fragilidade e vulnerabilidade. Torna-se essencial um acompanhamento e assistência específica desse idoso. O interesse da enfermagem brasileira pela área do envelhecimento está cada vez mais presente em decorrência do perfil da população atendida.

Grandes esforços têm sido gerados na intenção de estimular eventos, capacitações e especializações relacionadas à gerontogeriatrics visando a melhora da sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

Segundo Nicola (1999), há uma lacuna significativa na enfermagem que atua com os mais velhos. O autor define gerontogeriatrics como a composição da especialidade da enfermagem fundamentada nos conhecimentos provenientes da enfermagem geral, geriatria (disciplina médica) e gerontologia (área mais abrangente, que vem se construindo à luz dos conhecimentos de várias disciplinas básicas, aplicadas em estrutura multidimensional). Observa tímida participação da categoria, da formação à especialização.

Mais recentemente tive a oportunidade de trabalhar como enfermeiro do Programa Acompanhante de Idosos, iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde em São Paulo, parceira da Associação Saúde da Família.

Trata-se de modalidade de assistência domiciliar, cujo principal objetivo é o incentivo ao processo do envelhecimento saudável e ativo, a partir do acompanhamento da pessoa idosa nas atividades de vida diária, resgatando sua autonomia e independência. Atuando na área da saúde pública com ação direta em programas sociais e participando de um instituto de

educação, também percebi grande lacuna na formação em gerontologia, especificamente na enfermagem.

Por conhecer a realidade hospitalar, e trabalhar na instituição que foi campo de estudo desta pesquisa, pude me aproximar de como pensam os enfermeiros em relação à sistematização da assistência de enfermagem à pessoa idosa.

O objetivo geral deste estudo buscou identificar a percepção dos enfermeiros frente à sistematização da assistência de enfermagem (SAE) da pessoa idosa hospitalizada.

Nesse sentido, além desta introdução o trabalho aqui propõe desenvolver quatro capítulos, e as Considerações Finais.

O primeiro capítulo, “ENVELHECIMENTO E A SAÚDE DO IDOSO”, apresenta panorama do idoso e a sua percepção de saúde através de um painel auto avaliativo e como se comporta a longevidade humana no contexto heterogêneo e plural.

No segundo capítulo, “A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BRASIL”, demonstro neste a trajetória e caminhos para legitimação da profissão, relacionando o saber teórico com as práticas de atuação e o desenvolvimento da enfermagem frente à sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa.

O terceiro capítulo trata a “TRAJETÓRIA METODOLÓGICA”, onde realizo uma reflexão teórica sobre as técnicas de pesquisa que nortearam o trabalho, apontando a relação necessária entre as questões suscitadas pelo estudo e a metodologia adotada: entrevistas realizadas a partir de um questionário. O local de realização do estudo e o detalhamento dos sujeitos escolhidos estarão especificados no texto.

No quarto capítulo “ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO”, retorno e sistematizo as análises, à luz dos pressupostos teóricos – metodológicos desenvolvidos no estudo, buscando apreender a relação entre o encontrado nas respostas dos entrevistados, contextualizando e analisando os dados obtidos, agrupando as respostas por similaridade de conteúdo para prosseguir com análise das respostas dos sujeitos da pesquisa.

E finalizo, apresentando as “CONSIDERAÇÕES FINAIS”, onde além de refletir sobre o percurso desta pesquisa, ofereço indicadores alicerçados em bases teóricas para sustentar uma proposta de formação baseado em pilares do ensino superior norteados pelo relatório Delors (1996).

## **1 ENVELHECIMENTO E A SAÚDE DO IDOSO**

O envelhecimento da população mundial sem precedentes na história trouxe a necessidade de um olhar diferente para o fenômeno da longevidade humana. Não há dúvida de que buscar uma vida longa com qualidade está em cena no debate contemporâneo. Sendo este um novo cenário para estudos, a visão biológica deve estar no contexto e aprofundamento de todas as ciências, uma vez que o idoso deve ser visto em todas as dimensões: social, econômico e espiritual.

Viver mais deveria estar intimamente ligado ao desejo do envelhescente, associado também a suportes na área da saúde. Incluir a percepção do idoso sobre sua saúde implica em realizar uma auto-avaliação onde se relaciona o bem estar psicológico e a satisfação de vida. A auto-avaliação de saúde está entre os levantamentos mais simples, como demonstrado na tabela abaixo.

**Tabela 1.** Auto – Avaliação dos indivíduos

<b>Auto - Avaliação da Saúde</b>
Em geral, o (a) senhor (a) diria que sua saúde é:
( )excelente
( )muito boa
( )boa
( )regular
( )ruim

**Fonte:** Avaliação global do idoso: manual da Liga de Gamia / editor Wilson Jacob Filho; editor associado José Renato G. Amaral. – São Paulo: Editora Atheneu, (2005 p 28).

A auto-avaliação da saúde, um dos primeiros olhares de quem trabalha com o idoso é uma maneira simples de introduzir a abordagem dos aspectos emocionais, cognitivos e físicos, no levantamento de informações

A promoção do envelhecimento saudável hoje se coloca não só em relação ao idoso, mas nas práticas de saúde em geral.

Para Kalache (1999), a qualidade de vida na população idosa, é um desafio que norteia condutas ao longo de toda a vida. O processo de envelhecimento é universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, dependendo de uma multiplicidade de fatores: genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais. Os indivíduos, muitas vezes podem apresentar traços que socialmente estão associados à imagem do que é ser velho, como o aparecimento de cabelos brancos e pele enrugada, mas não há correspondência linear entre idade cronológica e idade biológica. Apresentação, aspectos individuais e diferentes estilos de

vida proporcionam envelhecimento ímpares. Ferrari (1999) define que a velhice é, portanto, fato biológico que atravessa a história, mas cujo destino varia segundo o contexto social.

Considerando velhice e envelhecimento como realidades heterogêneas e plurais, Neri e Cachioni (1999) afirmam as possíveis variações em sua concepção e vivência conforme, tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias de vida pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, dentre outros. Ressaltam também a importância de compreender tais processos como acúmulo de fatos anteriores, em permanente interação.

O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico (NERI e CACHIONI, 1999, p.121)

A sociedade, no seu imaginário, representa de forma negativa a imagem do velho, associando-a ao declínio biológico. Para Scrutton (1992), no imaginário popular, a idéia de saúde na idade avançada, reforçada pela própria medicina, é associada com crescente mal-estar, doença e dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase.

O processo de alterações fisiológicas pode levar à diminuição da capacidade de adaptação do organismo ao meio, no entanto, questões relativas ao envelhecimento são agravadas numa sociedade excludente e desigual.

Scrutton, sinaliza para a:

(...) perda de energia e controle pessoal; necessidade significativamente maior para descanso; longos e crescentes períodos de adoecimento; permanente experiência de dor e desconforto; crescente imobilidade; gradual perda de controle e responsabilidade; incontinência, com resultante perda de dignidade e autorespeito; crescente confusão; e, por fim, a mais temível condição de todas, a senilidade.(...) (SCRUTTON, 1992, p.10)

No entanto, senilidade corresponde às modificações resultantes de afecções ou patologias que acometem com frequência os idosos. Para Filho (1997), a diferença entre senescência e senilidade nem sempre é clara e sofre influência do estágio alcançado na evolução do conhecimento. O autor exemplifica com o aumento da hipertensão arterial sistêmica com o avançar da idade, cujos limites considerados fisiológicos ou patológicos na velhice têm sofrido alterações nas últimas décadas.

A perda da saúde associada à decadência física é uma das insígnias que sustentam a concepção de velhice como fase do ciclo de vida marcada por decadência inexorável. Lazaeta (1994) afirma que para esta visão contribuiu o próprio modelo médico tradicional, ao definir o



envelhecimento em termos de déficit e involução. Entretanto, em que pese o desgaste dos anos, velhice não é igual à doença e incapacidade, e é possível controlar problemas de saúde comuns nessa etapa por meio de assistência adequada:

É certo que o organismo humano experimenta o desgaste inerente à finitude dos seres vivos, mas esta diminuição não significa necessariamente déficit, já que o organismo funciona com níveis variados de superávit ou de reserva e, o que é mais importante, existe a possibilidade de intervir para atenuar e compensar os efeitos de tal desgaste sobre a capacidade dos indivíduos de seguir desempenhando por si mesmos suas atividades cotidianas (LAZAETA, 1994, p.59).

Assim, velhice não deveria estar associado a patologia.

Na revisão de Neri e Cachioni (1999), são apresentadas possíveis classificações acerca de padrões de velhice, e admite-se que nenhuma é isenta de limitações e confusões. Por exemplo, Vilela 2006, consideram velhice normal como a caracterizada por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais típicas da velhice, mas sem patologias; velhice ótima seria a possibilidade de sustentar padrão comparável ao de indivíduos mais jovens; e velhice patológica corresponderia à presença de síndromes típicas da velhice ou do agravamento de doenças preexistentes.

Ainda segundo Neri e Cachioni (1999), Rowe e Kahn (1997), nos anos 90 popularizaram o termo envelhecimento bem-sucedido no campo gerontológico através de pesquisas que focaram a identificação de estratégias que incrementavam o envelhecer bem.

Na revisão sobre o tema, os autores imediatamente acima citados, propõem que envelhecimento bem-sucedido compõe-se de três componentes principais: baixa probabilidade de doença e de incapacidade, doença-relacionada, alta capacidade funcional física e cognitiva e engajamento ativo com a vida.

Nesta definição, envelhecimento bem-sucedido é mais que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Os autores enfatizam as capacidades cognitivas e físicas como potenciais para atividade. O conceito proposto envolve atividade, mesmo aquela que cria valor societal, sem reembolso financeiro.

Hart (1997); Hooyman e Kyiak (1996) (apud Neri e Cachioni, 1999) afirmam que as manifestações de produtividade na velhice estão associadas à possibilidade de envelhecer bem e têm significado mais abrangente que a dimensão econômica, incluindo: exercício do trabalho não remunerado, mas economicamente valioso (cuidar da casa, dos netos, de outros idosos ou desenvolver trabalhos na comunidade); envolvimento em atividades de lazer (produtivas para a própria pessoa); contribuições para a economia (novos nichos de

consumo); contribuições para a melhoria da saúde, da capacidade funcional e da satisfação dos idosos; exercício de trabalho remunerado.

A conclusão das autoras é que a Gerontologia está migrando de uma perspectiva de preocupação prévia com doença e incapacidades para uma visão mais robusta, que inclui o envelhecimento bem-sucedido. A pesquisa nessa área é multidimensional e interdisciplinar e envolve os três domínios citados no conceito: prevenção de doença e incapacidade, manutenção de alta função física e cognitiva e engajamento sustentado em atividades sociais e produtivas.

O elemento essencial do conceito de velhice bem-sucedida não é a preservação de níveis de desempenho parecidos com os de indivíduos mais jovens, mas a idéia de que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial de desenvolvimento do indivíduo (NERI e CACHIONI, 1999, p. 121).

Assim podemos afirmar, que envelhecer depende da soma de fatores que equilibram as limitações e potencialidades do indivíduo. Retomemos Ferrari (1999), que ao reconhecer a velhice como etapa marcada por limitações que tendem a se agravar com o tempo, não descarta as potencialidades como a serenidade, experiência, maturidade e perspectiva de vida pessoal e social.

O desenvolvimento humano não é mais considerado como período exclusivamente de perdas e incapacidades, promover envelhecimento saudável, integra atualmente as diretrizes para as políticas de atenção ao idoso em nível internacional. Segundo dados da ONU, a população idosa mundial está crescendo 2% a cada ano, e a proporção de idosos cresce mais rapidamente do que a de qualquer outro grupo etário. O grupo dos muito idosos, com 80 anos ou mais, é o que mais cresce. Por volta do ano 2050, os mais velhos dos velhos representarão 1/5 dos indivíduos idosos (KALACHE, 1987).

O aumento da esperança de vida tem também se verificado nos países subdesenvolvidos. Na região das Américas passou de 51 anos, no início dos anos 50, para acima de 68 anos atualmente, chegando a 75 anos em vários países (OPAS, 1998).

No Brasil, segundo dados do Censo de 2000, a expectativa média de vida é de 68,6; há anos. Conforme mostra a tabela 2, há consideráveis diferenças entre os sexos em favor das mulheres, além de disparidades regionais que expressam a influência das condições socioeconômicas e ambientais nos padrões de envelhecimento:

**Tabela 2.** Anos de vida esperados, por sexo, segundo Região do Brasil, 2000

Região do Brasil	Expectativa de Vida		
	Masc	Fem	Geral
Região Norte	65,63	71,73	68,47
Região Nordeste	62,72	68,86	65,78
Região Sudeste	65,11	74,32	69,58
Região Sul	67,27	75,02	71,03
Região Centro-Oeste	66,24	72,97	69,42
Brasil	64,77	72,55	68,55

**Fonte:** IBGE/Contagem populacional e projeções demográficas preliminares.

A evolução proporcional da população idosa no Brasil tem sido acelerada. Passou de 4,2% em 1960 para quase 8% em fins dos anos 90 (NERI e CACHIONI, 1999). Até 2020, o país praticamente duplicará o percentual de pessoas acima de 60 anos. Segundo projeções demográficas, o índice de envelhecimento, ou proporção de pessoas de 60 anos ou mais por 100 menores de 15 anos, passará de 24, em 1995, para 58 em 2020, e 74 em 2025 (OPAS, 2000).

Em visão retrospectiva, Veras (2002), lembra que a expectativa de vida ao nascer do brasileiro dobrou em menos de cem anos, passando de 33 anos em 1900, para 68 anos em 2000. O autor alerta para a necessidade de planejamento social amplo em face das questões advindas do envelhecimento populacional, pois viver mais sem qualidade não é vitória e sim motivo de preocupação.

Os países subdesenvolvidos enfrentam maiores desafios para adequar as demandas dos idosos ao sistema público, na ótica da promoção e prevenção. A existência de problemas sociais e sanitários típicos do subdesenvolvimento levará a grandes lacunas nos serviços. Veras (2002) apontam ser este um grupo etário tradicionalmente desprovido da atenção necessária, frente a outros programas existentes na saúde relativos à infância, juventude e adultos em fase produtiva e reprodutiva.

A dimensão epidemiológica que acompanha o envelhecimento populacional acena para o crescimento das despesas decorrente da mudança no padrão de enfermidade. Doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico contínuo:

Conforme aumenta a proporção de pessoas de idade avançada, aumenta o percentual da população que padece de enfermidades crônicas e incapacidades, gerando uma maior necessidade de recursos sanitários para estes pacientes, enquanto que os custos da atenção de casos agudos ou curáveis permanecem bastante constantes (OPAS, 2000, p.61).

Assis (2004), cita a OPAS (2000), para enfatizar que além das pressões sobre o sistema de atenção à saúde, outros aspectos são ressaltados como preocupações que acompanham o envelhecimento populacional e repercutem na economia dos países e no bem-estar dos mais velhos e dos mais jovens. Dentre esses se incluem a pressão sobre os sistemas de pensão e aposentadoria, a composição e modalidades de participação da população ativa, arranjos quanto à habitação, às possibilidades da família e do cuidado informal.

Apesar das desigualdades entre os países, “(...) há um princípio comum para a ação que se radica em concentrar esforços para promover a saúde e reduzir a dependência deste grupo da população” (OPAS 2000 p.61). O trabalho da OPAS na área do envelhecimento tem como marco histórico o ano de 1980. Em 1982, a assembléia mundial das Nações Unidas que aprovou o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento. Em 1985 a OPAS aprovou a elaboração de um programa sobre a Saúde do adulto, enfatizando o potencial de recursos humanos e sociais que a longevidade implica e não no incremento de incapacidades, com consequente explosão de custos das políticas de assistência.

O marco conceitual da OPAS, em sintonia com o debate anteriormente salientado sobre velhice bem-sucedida, baseia-se na premissa de que:

(...) o bom envelhecimento depende em grande medida da prevenção das enfermidades e da incapacidade, da manutenção de uma grande atividade física e das funções cognitivas, e da participação ininterrupta e atividades sociais e produtivas.(...) (OPAS, 2000, p.63).

A perspectiva do envelhecimento ativo é a que norteia atualmente o programa da OMS sobre Envelhecimento. O conceito é definido como “o processo de aperfeiçoar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem.” (OMS, 2002, p.12)

Na visão dos formuladores, este conceito adotado nos anos 90 é mais inclusivo do que o conceito de “envelhecimento saudável”, pois se fundamenta na participação e não somente na habilidade para manter-se fisicamente ativo ou inserido na força de trabalho. A participação é pensada em sentido abrangente, na família, assuntos sociais, econômicos, cívicos, culturais e espirituais, e como possibilidade afeita também aos idosos com doença ou incapacidade, nos limites de sua condição (KALACHE, 1999).

O programa da OMS destaca a feminização da velhice e (CAMARANO, 2003) aponta para a sobremortalidade masculina. Quanto mais velho é o contingente de idosos mais altos é a prevalência de mulheres idosas. As mulheres predominam no Brasil entre os idosos, sendo que em 2000 elas eram responsáveis por 55% da população idosa. A Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em (Madrid, 2002), vinte anos após a primeira assembléia (Viena, 1982), teve como propósito debater e adotar plano de ação e estratégias de longo prazo para responder às questões do envelhecimento. As principais morbidades ou condições crônicas que afetam idosos em todo o mundo são doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, diabetes, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, condições músculo-esquelético, condições de saúde mental (demência e depressão).

O conceito de capacidade funcional, conforme definido na Política Nacional de Saúde do Idoso, promulgada em fins de 1999, é a capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma (GORDILHO et al., 2000, p. 47), compreendida como a possibilidade de se conviver com eventuais limitações ou doenças, preservando uma perspectiva de vida pessoal e social.

A integralidade, de acordo com o princípio do SUS é afirmada nas definições globais da política nacional do idoso (1994 e 1996), a referida política prevendo ações em todos os níveis. Seu propósito é a promoção do envelhecimento saudável, diretriz a qual se soma:

a preservação e/ou melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (GORDILHO et al., 2000, p. 25).

Um aspecto a ser ressaltado nas definições da Política Nacional do Idoso (1994 e 1996) é pensar de forma global e articulando atores da saúde, previdência, educação, cultura, habitação, justiça, dentre outras, voltadas às diversas necessidades relacionadas ao bem-estar dos mais velhos. Prover atenção ao idoso é iniciativas que tem uma grande distância entre o conjunto de proposições políticas e institucionais e a realidade da velhice e da atenção aos idosos, sobretudo em países periféricos como o Brasil.

Do panorama traçado se depreende que não é de idéias, nem mesmo de leis, que se carece hoje para propiciar condições de envelhecimento digno à população. Como denuncia (TELLES, 2001) acerca da dinâmica societária brasileira, a distância entre o Brasil formal e o Brasil real tem sido marca na trajetória do país, na qual o discurso político e jurídico afirma

direitos em nome de leis universais que não se realizam nas práticas, encobrendo lógica silenciosa das exclusões.

A situação de pobreza e desproteção de ampla maioria da sociedade brasileira questionam os limites dos textos oficiais, mas ao mesmo tempo clama a necessidade de que os direitos propostos em termos de bens e serviços essenciais sejam a base para a longevidade desejada, não a que se restringe à quantidade de anos a mais vivida, mas a que possibilita o desfrute desses anos com qualidade. Observando o papel dos avanços da medicina moderna no aumento da expectativa de vida, (Salgado et al. 2000, p.2) alertam:

(...) Este fenômeno massivo de prolongamento da existência biológica lamentavelmente não é acompanhado da manutenção da qualidade de vida. Paradoxalmente, nossa sociedade mantém vivos os idosos para muitas vezes marginalizá-los. (...) (SALGADO et al., 2000, p.2).

Comemorar a crescente expectativa de vida no Brasil, tem que estar alicerçada em pilares que dizem respeito ao patamar mínimo e universal de direitos básicos como alimentação, água potável, vestuário, trabalho, habitação, transporte, acesso a serviços, dentre outros, e em outro plano, aspectos subjetivos que resultem na liberdade, amor, realização pessoal, solidariedade, inserção social e a constante busca da felicidade.

## **2 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NO BRASIL**

Ao se pensar na formação do bacharel em Enfermagem, deve-se entender que todos os processos de ensino-aprendizado passam por diversos cenários e contextualizações. No ensino de enfermagem houve várias fases de desenvolvimento, reflexo do contexto histórico da própria enfermagem e da sociedade brasileira. Os processos de trabalho dos enfermeiros apresentaram mudanças em decorrência das transformações políticas, econômicas e sociais da educação e da saúde no Brasil e no mundo.

## **2.1 O saber teórico associado à prática: os estágios**

Desde a primeira escola de enfermagem, sob a responsabilidade de enfermeiras, instituída no Brasil em 1923 pelo decreto nº 16300/23, no Rio de Janeiro, denominada Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, posteriormente denominada Escola Ana Néri, há preocupação em relação à parte prática na formação de enfermeiros.

Na época, o desenvolvimento do programa teórico era concomitante à parte prática. O artigo 429 do decreto 16.300/23 não mencionava o número de horas destinadas à parte teórica e ao estudo, mas o artigo 418 do mesmo decreto informava que os alunos deviam prestar oito horas de serviço diário no hospital. O parágrafo segundo do mesmo artigo assinalava que os mesmos tinham direitos a dois meio dias de descanso por semana e a uma quinzena de férias anualmente, deixando evidente a forma intensiva como era ministrado o curso, e que as horas destinadas ao ensino teórico e ao estudo eram acréscimo às 48 horas semanais de prática hospitalar (CARVALHO, 1972; LANTHIER, 1983).

Segundo Lanthier (1983), a primeira etapa de formação do enfermeiro retrata que o aluno era considerado mais funcionário do hospital do que estudante, pois em diversas ocasiões as escolas se davam o direito de encurtar as férias escolares para atender às necessidades do serviço.

Com a primeira reformulação curricular oficial, em 1949, lei nº 775/49, que dispõe sobre o ensino de enfermagem no Brasil, novo enfoque marcou o ensino de campo. Substituiu-se a ênfase dada anteriormente à aquisição de habilidades e técnica, por meio de repetições excessivas do mesmo procedimento, por atenção mais diferenciada ao paciente, considerando-o ser integral e que necessita de atendimento planejado (LANTHIER, 1983).

Para auxiliar o estudante na nova aprendizagem foi essencial a introdução de programa de orientação no próprio campo de estágio, com objetivos definidos, os quais



facilitariam a seleção e organização das experiências. A essa orientação planejada deu-se o nome de “Ensino Clínico”. (LANTHIER, 1983)

Constata-se, então, que a formação se baseia no encontro entre teoria e prática. No estágio há afinamento para escolha da especialidade ou especificidade de atuação na profissão.

Forjaz (1957), citado por Lanthier (1983 p.15), reconhece que a preparação e a competência do futuro profissional de enfermagem estão na dependência do seu aproveitamento e desenvolvimento nos estágios: “É por meio do ensino clínico, nele incluída a experiência cotidiana e dirigida, que o estudante aprende a verdadeira arte da enfermagem”.

Gradativamente foram reduzidas nos currículos de enfermagem as horas diárias de estágio em serviços de saúde, aumentando o tempo dedicado à instrução formal e ao ensino clínico, incrementada a correlação entre a teoria e a prática e melhoradas as condições de estudo dos alunos durante o curso, tendo como grande influência as reivindicações do próprio corpo discente (CARVALHO, 1972).

Face às exigências cada vez maiores em termos de ensino, um Seminário de Ensino de Enfermagem, realizado em 1956, fez as seguintes recomendações referentes aos estágios:

preparar previamente o aluno para o estágio; diminuir a carga de serviço dos estudantes de campo; considerar o hospital, antes de tudo, como campo de estudo, não devendo este depender do trabalho dos alunos; fazer o aluno participar da avaliação; realizar entrevistas com cada estudante periodicamente e manter ficha de seu progresso (LANTHIER, 1983, p. 15).

Nas recomendações sugeridas pelo referido seminário não são mencionadas a participação e a importância do enfermeiro do serviço no desenvolvimento profissional do aluno em campo de estágio.

O ano de 1961 representou um marco para a enfermagem, pois a colocou efetiva e definitivamente no nível superior, ano também da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (OGUISSO, 1976). O ensino de enfermagem, que até então obedecia a uma legislação específica, passa a ser definido pelas diretrizes nacionais, e o Conselho Federal de Educação decide sobre a duração e o currículo mínimo dos cursos superiores.

De acordo com as atribuições conferidas pela LDB, o Conselho Federal de Educação fixou, para os cursos de enfermagem, o currículo mínimo e a duração regulamentada pelo parecer nº 271/62 (OGUISSO, 1976).

Os estágios, no currículo mínimo, regulamentados por esse parecer, tiveram restrições importantes, havendo a diminuição da prática em quase todas as especialidades médicas e

cirúrgicas, sendo considerado que para a sua execução não poderia ser computado mais do que um décimo do número total de horas fixadas para o curso, na época equivalente à carga horária total de 2.430 horas (CARVALHO, 1972).

O ensino de enfermagem, em 1968, foi novamente atingido pelas alterações introduzidas pela Reforma Universitária, lei nº 5540/68, implicando novos ajustes e mudanças curriculares, que tinham como proposta a absorção de maior número de candidatos a partir do aumento do número de vagas em universidades e da racionalização das estruturas e recursos. Novo currículo foi aprovado em 1972, a partir do parecer 163/72 e resolução 4/72 (MENDES, 1996; RODRIGUES, 2000).

Em termos de estágio, a resolução nº 04/72 trouxe melhoria significativa, aumentando a carga horária de 1/10 para 1/3 da parte ou partes profissionalizantes do curso (LANTHIER, 1983). O autor relata ainda que os temas e recomendações dos congressos na década de 70, no que tange aos campos de prática, declararam que eram deficientes em quantidade e qualidade, e que seria essencial melhorar o relacionamento entre as escolas e as instituições que serviam de campo de estágio, bem como celebrar convênios com maior número de instituições.

Em relação à parte específica de estágios nos cursos de graduação em diversas áreas, começou a vigorar, a 7 de dezembro de 1977, a legislação federal que normatiza os estágios. Assim, a lei em vigor é a 6.494, que legisla sobre os estágios de alunos de ensino superior e profissionalizante de ensino médio. Essa lei foi regulamentada pelo decreto nº 87.497/82, de 18 de agosto de 1982.

Ela diz, em seu artigo 1º, parágrafos 1º e 2º:

O estágio somente poderá verificar-se em unidades que tenham condições de proporcionar experiência prática na linha de formação, devendo, o estudante, para esse fim, estar em condições de estagiar, segundo disposto na regulamentação da presente lei". E no seu parágrafo 2º: "Os estágios devem propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares, a fim de se constituírem instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico cultural, científico e de treinamento humano (SANTOS, 1997, p. 224).

O decreto 87.497/82 ainda esclarece, nos artigos 2º e 3º, considerando o estágio curricular:

Considera-se estágio curricular, para efeitos deste Decreto, as atividades de aprendizagem social, profissional, cultural, proporcionados ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho em seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino. E no artigo 3º: "O estágio curricular, como procedimento didático pedagógico, é atividade de competência da

Instituição de Ensino a quem cabe a decisão sobre a matéria, e dele participam pessoas jurídicas de direito público e privado, oferecendo oportunidade a campos de estágio, outras formas de ajuda e colaborando no processo educativo” (BURIOLLA, 1999, p. 16; SANTOS, 1997, p. 225).

Além disso, a lei normatiza, em seu artigo 4º: “*O estágio não cria vínculo empregatício de qualquer natureza*”, e que as instituições de ensino deverão regulamentar sobre a programação, orientação e supervisão, avaliação do estágio, sua carga horária, duração e jornada de estágio curricular, as condições, caracterização e definição dos campos de estágio (BURIOLLA, 1999, p. 16).

A lei que vigora sobre os estágios é clara no que diz respeito à responsabilidade da instituição de ensino em relação ao desenvolvimento do estágio, do local de campo de estágio, e intensifica a importância desse recurso didático pedagógico na formação do profissional.

Na década de 80, no que se refere ao ensino de enfermagem, houve discussões acerca da reformulação do currículo de 1972. Entre elas, destacavam-se as afirmações de que o mesmo não seria mais capaz de atender às necessidades impostas pela área da saúde no Brasil, época caracterizada por mudanças no modelo político e econômico. Surgiram propostas para reformular o sistema de saúde que repercutiram no setor educacional e instituições de formação profissional. (MENDES, 1996; RODRIGUES, 2000)

De acordo com Rossi (1986), citado por Mendes (1996, p.38), a nova Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, diretriz da prática profissional na enfermagem, veio responder às expectativas do mercado de trabalho, explicitando as atividades privativas do enfermeiro, como sendo direção, chefia, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, prescrição da assistência, prestação de cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida e de maior complexidade técnica, entre outras. Essas determinações exigiram reflexões e revisões dos atuais currículos de formação profissional.

Diante das mudanças políticas, sociais, econômicas e de saúde, e exigências do mercado de trabalho, sobre a Lei do Exercício Profissional houve diversos debates - entidades, associações e enfermeiros - que reforçaram ser essencial a reformulação do currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem.

Das inúmeras discussões, coordenadas pela Associação Brasileira de Enfermagem Nacional (ABEN), da qual participaram escolas, instituições de saúde e entidades de classe, resultou a construção coletiva de novas diretrizes para o ensino de enfermagem. E em 1994, o Conselho Federal da Educação reformulou o currículo mínimo, por meio do parecer nº 314/94. A carga horária mínima passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo 500 horas

destinadas ao estágio curricular desenvolvido sob supervisão docente. Buscava assegurar a participação dos enfermeiros dos serviços de saúde no ensino a partir de propostas de Integração Docente-Assistencial (IDA). Permitiu inclusive o entendimento de que supervisão do estágio curricular poderia ser feita a distância, desde que ancorada na IDA (GALLEGUILLOS, 2001; FRANQUEIRO, 2002)

O parecer nº 314/94 ressaltou a importante preocupação em introduzir a participação do enfermeiro de campo no processo de formação do aluno de enfermagem, em campo de estágio, por meio da IDA, um dos recursos utilizados pelo governo federal para aproximar o ensino dos serviços de prestação à saúde, sendo definida pelo Ministério da Educação como:

união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e de serviços de saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino (BRASIL, 1981, p.32).

Segundo Silva (2000), a IDA faz parte de processo que requer participação da sociedade. A partir da realidade concreta, devem ser desenvolvidos conteúdos acadêmicos e dos serviços, atendendo às necessidades da população, implicando a redefinição do sistema formador e do prestador de serviços com postura crítica sobre a realidade.

A IDA reforça a importância de haver objetivos comuns entre a instituição de ensino e a instituição prestadora de serviços na formação do enfermeiro, tendo significativa influência da sociedade e participação do enfermeiro de campo no desenvolvimento do aluno em estágios.

Andrade (1989) reforça a importância de o estágio ser visto como responsabilidade compartilhada pelas instituições de ensino e de serviço, sem perder, contudo, a perspectiva do maior compromisso da instituição formadora quanto ao controle global da atividade.

Ainda no contexto histórico da inserção dos estágios no ensino de enfermagem no Brasil, é importante ressaltar que, em virtude da LDB, houve inovações e mudanças na educação nacional, sendo prevista a reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso.

A nova LDB assegura às instituições de ensino superior autonomia didático-científica, bem como para fixar os currículos dos cursos e programas. Assim, as universidades não têm a obrigatoriedade de seguir a regulamentação do currículo mínimo determinada pela portaria 1721/94. No momento atual, o currículo não é mais o único determinante, mas base para direcionar e orientar o ensino de graduação em enfermagem (RODRIGUES, 2000).

A atual LDB trouxe responsabilidades para as instituições de ensino superior, docentes, discentes e sociedade, pois permite a formação de diferentes perfis profissionais a partir da vocação de cada curso/escola, esperando melhor adaptação ao mercado de trabalho, pois as instituições terão liberdade para definir parte considerável do currículo pleno (GALLEGUILLLOS, 2001).

As novas diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro, resolução CNE/CES nº3 de 7/11/2001, respaldada no parecer CNE/CES 1.133/01, homologada no Diário Oficial de 01/10/2001, definem, em seu Artigo 4º, que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e educação permanente.

No que se refere aos estágios, a Resolução CNE/CES nº 3 de 7/11/2001 contempla em seu Art. 7º:

além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do curso de graduação em Enfermagem.

Acrescenta ainda o parágrafo único do Art. 7º da mesma Resolução:

na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso de graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Fica evidenciada a significativa preocupação que o Conselho Nacional de Educação possui em relação à formação do enfermeiro no que se refere à prática profissional e ao reconhecimento da importância do enfermeiro do serviço de saúde no desenvolvimento do aluno de graduação em enfermagem, assegurando-lhe efetiva participação nos estágios curriculares.

A nova LDB e as Diretrizes Curriculares para a formação do enfermeiro são mudanças significativas no ensino de enfermagem. Se bem compreendidas e direcionadas, podem proporcionar a formação de profissionais críticos e reflexivos, com participação importante no sistema de saúde e competência profissional para resolução dos problemas de saúde da população.

Porém, é necessário grande esforço, de todas as instituições de ensino superior, públicas e privadas, para capacitar e conscientizar os docentes, instituições prestadoras de serviços e enfermeiros que participam do processo ensino-aprendizagem do aluno em campo de estágio, para atender às propostas das diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro.

Um problema que usualmente aparece em estágio é a dificuldade que os alunos possuem em realizar a transição do ensino da sala de aula ao ensino clínico, e do conhecimento adquirido na teoria ser aplicado em situações práticas. O entrosamento entre a instituição de ensino, instituição de saúde e os alunos é vital componente para o aprendizado em estágio ser eficiente, alcançando os objetivos traçados pela metodologia de ensino (Ewan, 1984).

O estágio é concebido como campo de treinamento, espaço de aprendizagem do fazer concreto, no qual há um leque de situações reais. As atividades de aprendizagem profissional se manifestam para o estagiário tendo em vista a sua formação. O estágio “*é o locus onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida; volta-se para o desenvolvimento de uma ação vivenciada, reflexiva e crítica*” (BURIOLLA, 1999, p. 13).

O estágio, por definição, é “prática, é aplicação de teoria. É ele, portanto, o recurso didático que vai possibilitar a experiência, o exercício e a vivência profissional de modo sistemático” (FACÓ, 1973, p. 11).

Para Cunha (2003), o estágio é instrumento essencial no processo de formação do profissional, auxiliando o aluno a compreender e enfrentar o mundo do trabalho, além de contribuir para a formação de sua consciência política e social, unindo a teoria à prática. Cumpre reproduzir as palavras de Lima, “*O estágio não é a hora da prática*”. É a hora de começar a pensar na condição de profissional na perspectiva de eterno aprendiz. “*É a hora de começar a vislumbrar a formação contínua como elemento de realimentação dessa reflexão*” (LIMA, 2001, p. 16).

Para Facó (1973, p.12), “*o estágio não deve ser um ensaio, mas um treino, nem um exercício simulado e sim uma vivência*”, e quanto mais real for a posição do estagiário, quanto maior liberdade de ação for dada, quanto maior número de problemas ele vivenciar, quanto mais situações diversificadas presenciar, maior será o aprendizado do estudante no estágio.

O estágio é o momento no qual é oferecida a oportunidade de aplicação e aprimoramento dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante toda a graduação, tendo em vista a transição da vivência acadêmica para a profissional. Portanto, é de suma importância o local em que acontece o estágio, os profissionais envolvidos no processo de

aprendizagem, e principalmente a influência do enfermeiro de campo em relação ao desenvolvimento do aluno em sua unidade de trabalho.

Nesta perspectiva, o estágio é essencial à formação do aluno como momento específico da aprendizagem, que proporciona reflexão sobre a ação profissional e visão crítica da dinâmica das relações existentes no campo institucional, apoiada na supervisão como processo dinâmico e criativo, tendo em vista possibilitar a elaboração de novos conhecimentos (BOUSSO, 2000).

A autora acrescenta que o estágio tem como elemento-chave a proposta de aproximação do ensino e prática não apenas para desenvolver capacidades racionais e morais do futuro enfermeiro, mas também emocionais, expressivas e pessoais.

O estágio é oportunidade para aprofundar conhecimentos e habilidades em área de interesse do aluno e, portanto, não é simplesmente experiência prática vivida pelo aluno, mas oportunidade para refletir, sistematizar e testar conhecimentos teóricos e práticos discutidos durante todo o curso de graduação (ROESCH, 1999).

O estágio deve ser considerado procedimento didático que conduz o aluno a situar, observar e aplicar, criteriosa e reflexivamente, princípios e referenciais teórico-práticos assimilados por meio do curso, em visão multidisciplinar, sem perder de vista a realidade na qual está inserido.

Para o estágio curricular é imprescindível o inter-relacionamento multidisciplinar entre teoria e prática. Este não pode ser tomado como processo de ensino/aprendizagem apenas terminal ou complementar; é necessário que o seu planejamento esteja respaldado em um campo de experiências que projete um modelo do perfil profissional que se quer formar (ANDRADE, 1989, p.27).

O estágio não se faz por si só. Ele deve ser planejado e preparado durante as disciplinas oferecidas na graduação, de forma articulada e interdisciplinar, além da necessidade de preparar a instituição campo de estágio e, principalmente, preparar o enfermeiro que participará efetivamente do processo ensino-aprendizagem do aluno de graduação em enfermagem.

Segundo Andrade (1989), o estágio deve ser visto, então, como responsabilidade compartilhada pelas instituições de ensino e de serviço, sem perder, contudo, a perspectiva do maior compromisso da instituição formadora quanto ao controle e avaliação global das atividades desenvolvidas pelos estagiários.

## 2.2 Enfermagens Frente À Pessoa Idosa

O Brasil passa atualmente por grande mudança em seu perfil demográfico como comentamos anteriormente. Retomamos alguns aspectos para melhor avaliarmos os desdobramentos na área da saúde. Há incremento intensivo do número absoluto e relativo de idosos. O quadro se deve à crescente queda de fecundidade, ocorrida concomitantemente ao aumento da expectativa de vida. (VERAS, 1994). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam que, segundo Ramos (1995), em 2025 o Brasil terá a sexta população de idosos do globo. Essa realidade acarretará grande problema social, pois essa população vive, em sua maioria, em situação financeira precária. A tendência é haver uma cadeia de problemas com repercussões sobre a qualidade da assistência à saúde, agravando as deficiências atuais.

É essencial que a sociedade considere e aceite o idoso sem desconhecer necessidades distintas, que devem ser atendidas. Geralmente há visão sobre o idoso apenas como ser improdutivo e doente, à espera da morte. Conceito que tem que ser transformado, pois, conforme previsões, em 2025 a população terá 15% de idosos, o que corresponderá a aproximadamente 33.882 pessoas com mais de 60 anos (VERAS, 1994). A população idosa é a faixa etária mais sujeita a problemas de saúde. A expectativa é haver aumento intenso de enfermidades crônicas, todas elas com baixa letalidade e alto grau de incapacitação, produzindo onerosos gastos numa área já tão carente de recursos (VERAS, 1994).

Diante destes fatos, fica clara a necessidade de maior atenção a essa população desassistida. É de elevada urgência que se iniciem programas que voltem sua atenção a quem tem necessidades e problemas pouco conhecidos. Na formação do pessoal de enfermagem deve-se investir amplamente no preparo para a assistência aos idosos, pois são pessoas heterogêneas e pluralistas, constituindo-se clientes complexos, que exigem do enfermeiro mais tempo para a prestação dos cuidados. Os idosos poderão ter enfermidades e comorbidades que podem deixar de certa forma essa clientela hospitalizada dentro de um perfil mais complexo de assistência (MONTEIRO, 1989).

As próximas décadas vão consolidar uma mudança radical no perfil da sociedade brasileira, em ritmo muito mais acelerado do que os países europeus viveram décadas atrás, o Brasil deixará de ser um país jovem para se equiparar às nações super-velhas, como o Japão ou a maioria dos Estados europeus, a queda acelerada do número médio de filhos por mulher e o aumento igualmente rápido da expectativa de vida dos brasileiros levarão a uma alta em escala geométrica de brasileiros acima de 60 anos. Seguindo essa perspectiva temos que



preparar equipes que estejam preparadas para atender o idoso hospitalizado, e seu acompanhante, que em muitas vezes frente ao aumento da expectativa de vida, vamos ter pessoas com o mesmo perfil do hospitalizado idoso, acompanhantes velhos na atividade de cuidador ou acompanhante.

Estes números impressionam e certamente nos levam à reflexão: de que 14 milhões, número registrado em 2000, o total de idosos chegará a 40 milhões em duas décadas, ou 19% do total. Em 2050, serão 64 milhões – 30% da população, segundo projeções da seção brasileira da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Com todas essas informações relevantes a respeito do envelhecimento, partimos do processo contínuo e complexo, para compreender essa etapa da vida, principalmente em uma época em que nosso País arca com crescente número da população de idosos, em uma sociedade despreparada praticamente em todas as suas esferas para lidar com essa realidade (Ramos, 1995), necessitamos de equipes de saúde capacitadas de forma multidimensional, para atuar de maneira eficaz, incentivando e atuando para envelhecimento saudável e ativo na população idosa. Outro fenômeno inimaginável poucas décadas atrás se tornará realidade. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) estima que a população atingirá então o pico de 207 milhões de cidadãos, apenas 17 milhões além do contingente atual. E entrará, a partir daí, em inexorável processo de encolhimento”.

Para Costa (2010, p. 18) há inúmeros outros exemplos relevantes de mudanças drásticas nesse futuro próximo, conforme destaca um estudo recente do Departamento de Estudos Sociais do IPEA, com base em informações coletadas pelo IBGE. Entre 2030 e 2035, apenas os grupos populacionais com mais de 45 anos apresentarão taxas positivas de crescimento. As demais, em graus variados, decrescerão a partir daí. Segundo o Ipea, a participação do grupo jovem, com idade entre 15 e 29 anos, atingiu o seu máximo em 2000 e declinará substancialmente, o que deverá ocorrer de forma mais acentuada em 2000.

Como todo problema social, este também terá de ser enfrentado, à medida que a população brasileira envelhece, a prevalência de doenças crônico-degenerativas aumenta. São doenças mais graves, que exigem tratamentos mais caros, com equipes mais qualificadas.

Ao cuidar de pessoas idosas, devemos ter parâmetros adequados que nos permitam avaliar de forma ampla e adequada cada pessoa, digo cada idoso. Indicando caminhos a serem seguidos. Avaliar de forma ampla e global é o principal diferencial da avaliação gerontológica. O enfermeiro que cuida da pessoa idosa deve nortear-se pela avaliação eficaz e efetiva nos parâmetros funcionais e sua funcionalidade, sendo de extrema importância na reabilitação e desempenho nas atividades da vida diária. A avaliação da capacidade funcional

dos idosos permite ao enfermeiro e aos demais membros da equipe multidisciplinar visão mais precisa quanto ao estado geral, ou identificação e reconhecimento das possíveis doenças ou situações de alterações frente a uma visão global.

Entende-se como avaliação funcional a designação dada para função específica, à capacidade de se auto - cuidar e atender às necessidades básicas diárias. Para Sidney Katz, nas atividades da vida diária (AVD) está a capacidade de se alimentar, transferir-se, vestir-se, banhar-se, ter continência e usar o banheiro. Outras atividades, como preparar as refeições, lavar roupa, cuidar da casa, fazer compras, usar o telefone, usar o transporte, controlar o dinheiro e os medicamentos, são as “atividades instrumentais da vida diária”. - AIVD, propostas por Lawton e Brody (PASCHOAL, 1996; PAULA et al., 1998).

A independência nas AVD é de grande importância, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares.

O enfermeiro deve atuar com idoso sempre de forma que promova o seu auto cuidado, desenvolvendo linhas de orientação e educação para pessoa idosa e seus familiares, acompanhantes, amigos enfim todos que poderão intervir ou ajudar no cuidado com a pessoa idosa. Buscando uma atuação centrada na educação para a saúde, no “cuidar”, tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para suas atividades, com o objetivo de atender às necessidades básicas e alcançar independência e bem estar. (CAMPEDELLI, 1983).

Este embasamento norteia a conduta da equipe de enfermagem, direcionando o profissional enfermeiro para uma assistência ampla e multidimensional, assim como direciona as ações de enfermagem num processo de reabilitação que vise o auto - cuidado. O enfermeiro e demais profissionais envolvidos devem atuar com os idosos e familiares, apoiando decisões, ajudando-os a aceitar as alterações na imagem corporal quando existentes, num processo educativo, indo ao encontro de todas as necessidades individuais (SMELTER & BARE, 2003; DRENCH, 1994).

O diagnóstico da doença do idoso pode não ter tanta importância quanto à consequências na qualidade de vida, ou seja, na capacidade funcional e relação com o bem estar manutenção da independência para as atividades diárias. A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio. Assim consideramos que o enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde, deverá assistir a pessoa idosa de forma individualizada e sistematizar seus cuidados sempre na linha do auto –

cuidado, considerando todos os aspectos frente a hospitalização, principalmente a questão ambiental, sendo essa uma das características menos abordadas nos cursos de graduação.

A assistência sistematizada de enfermagem permite identificar os problemas dos idosos de maneira individualizada, percebendo todas as necessidades, física, emocional, ambiental de forma que planeje e execute uma avaliação ampla, a consulta de enfermagem é atividade que atende a estas questões, que por meio desta ação privativa o enfermeiro assume a responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detectados e estabelece a sua intervenção.

Durante a consulta de enfermagem, além do levantamento relativo aos dados pessoais, de saúde e da família, inclui-se a “avaliação das atividades da vida”. Cada atividade deve ser avaliada em termos da função e ação, buscando a identificação de rotinas anteriores, execução atual e problemas atuais e em potencial do idoso. Após a análise dos dados será prescrito pelo enfermeiro os cuidados essenciais para aquela pessoa idosa sendo então elaborado o plano de cuidados. Na fase de “Intervenção de enfermagem”, o enfermeiro (a) seleciona e realiza as ações de enfermagem, tendo como objetivos a prevenção de problemas, a promoção de conforto físico e psíquico e ambiental diminuição a dependência do idoso, tornando-o habilitado a procurar ajuda para atender sua responsabilidade para o auto cuidado.

A primeira mudança que ocorre com a hospitalização é a interrupção dos hábitos sociais cotidianos que o lar, a família e os amigos propiciam. A rotina hospitalar introduz alteração das atividades de vida diária, através dos cuidados, sendo a equipe de enfermagem a que mais tem contato diário com paciente. O imaginário em relação às pessoas idosas hospitalizadas tem forte referência no doente crônico, associando a processos crônicos degenerativos, que alteram o estilo de vida. Estas, muitas vezes não são passíveis de cura, porém o acompanhamento contínuo e rigoroso permite o controle da sua progressão e favorece a prevenção de complicações e agravamentos. Contudo, segundo Ramos (2002), uma grande parcela de idosos ainda sofre as conseqüências das doenças não controladas e ficam propensos ao desenvolvimento de limitações e incapacidades permanentes.

Nesse contexto, a capacidade funcional surge como um novo paradigma de atenção à saúde da população idosa e uma importante ferramenta para o envelhecimento saudável, desafio importante que equipe de enfermagem deverá enfrentar para atuar de forma competente e segura com esse público. (DIOGO, 2003).

Segundo (KATZ, 1997) a capacidade funcional tem sido definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (ABVD), como o banhar, o vestir, a higiene, a transferência, a continência e a alimentação, e também

para desenvolver atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar roupa, ir às compras, cuidar das finanças domésticas e tomar remédios.

A capacidade funcional sofre influência de fatores externos, ambientais, físicos ou mesmo culturais, interferindo na independência funcional de um indivíduo. Sendo assim, a independência funcional pode sofrer alterações durante o processo de hospitalização decorrente do momento de fragilidade e desequilíbrio, ao retirar o idoso do seu meio, transferindo-o para um ambiente sentido como hostil. Têm crescido o número de estudos que enfocam a tríade envelhecimento, independência funcional e hospitalização.

Diogo (2003), observa que vários trabalhos comprovam que os declínios funcionais acometem entre 34 a 50 % dos idosos durante o período de hospitalização. Não se sabe ao certo, qual o grau de interferência do ambiente hospitalar, uma vez que vários fatores podem influenciar esse resultado, como a gravidade da doença, o estado nutricional e a terapêutica empregada. A estadia no hospital também pode ser interpretada como algo punitivo, interferindo na aceitação do tratamento proposto podendo implicar neste quadro negativo observado com a hospitalização

O alto grau de óbitos dentre essa população dificulta o acompanhamento desses idosos, desestimulando a realização de estudos longitudinais que poderiam elucidar várias dúvidas e incertezas existentes.

### **2.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem**

Aspectos de uma vida longínqua tem sido o grande desafio para o prolongamento da espécie humana, especialmente se forem levados em conta os avanços tecnológicos.

As percepções do processo fisiológico frente ao envelhecer evidenciam outras alterações decorrentes de doenças crônicas, comumente manifestadas nas pessoas com idade superior a 60 anos. No decorrer dos processos de senescência e senilidade, o grau de dependência dos idosos tende a aumentar gradativamente, exigindo assistência de enfermagem apropriada, eficaz, crescente em quantidade e qualidade, capacitada para atender às necessidades individuais e coletivas, e às particularidades da idade.

A assistência de enfermagem baseia-se em estrutura lógica de ações denominada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual é composta pelas seguintes etapas: histórico, obtido pela entrevista e pelo exame físico; diagnóstico de enfermagem; prescrição de enfermagem; e evolução de enfermagem. O exame físico representa instrumento

de grande valia para a assistência, pois permite ao enfermeiro diagnosticar e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente.

A esse respeito, outros autores chamam a atenção para a falta de instrumentalização da equipe de enfermagem para o cuidado do idoso, que possui características específicas do processo de envelhecimento.

A falta ou a realização inadequada da Sistematização da assistência de enfermagem no idoso hospitalizado dificultam a assistência, podendo gerar aumento no tempo de internação e pouca interação a esta população específica que requer atenção e visão diferenciada no cuidado prestado.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é método científico de trabalho que proporciona melhoria significativa da qualidade da assistência prestada ao cliente, a partir do planejamento individualizado das ações de enfermagem elaboradas pelo profissional. Permite continuidade e integralidade do cuidado humanizado e valorização do enfermeiro, além das demais categorias da Enfermagem.

A Enfermagem moderna, traz como precursora a enfermeira Florence Nightingale que iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura intuitiva e empírica (DANIEL, 1979). Para tanto, foram desenvolvidas teorias de enfermagem com o intuito de organizar e sistematizar todas as questões que permeiam a atividade profissional, qualificando e individualizando a assistência ao indivíduo, gerando conhecimentos que apoiarão e subsidiarão a prática do enfermeiro. A partir da aplicação dessa teoria à prática, se dá o Processo de Enfermagem (PE).

Para o PE ser aceito e colocado em prática pela equipe de enfermagem, realmente aperfeiçoando e qualificando o cuidado prestado ao cliente, é preciso que se tenha, concomitantemente, uma assistência de enfermagem sistematizada. SAE e PE precisam andar lado a lado para haver resultados positivos e benéficos, para o cliente e para o profissional.

A SAE requer do profissional interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe para implementação das ações sistematizadas (DANIEL, 1979).

A implantação da SAE é exigência para as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil, conforme o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). A resolução do Cofen, de número 272/2002 (AnexoIII), é orientação sobre a lei do exercício do profissional da Enfermagem (Lei 7.498, de 25 de junho de 1986). Além disso, sua implantação se torna estratégia na organização da assistência de enfermagem nas instituições, atendendo, assim, aos requisitos do Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar.

Para implementar a SAE é essencial haver embasamento teórico, pois ela é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente, além de caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O ponto central da SAE é guiar as ações de enfermagem a fim de que possa atender às necessidades individuais do cliente-família- comunidade. Por meio dela é possível identificar as respostas do cliente-família-comunidade, atender às necessidades afetadas e prevenir agravos.

Sparks, Taylor (2007) detalham os propósitos da SAE:

- 1º permite utilizar o conhecimento e habilidade de forma organizada e orientada;
- 2º viabiliza a comunicação do enfermeiro com outros profissionais e colegas de todas as especialidades acerca dos problemas vigentes no cotidiano do cuidado;
- 3º é essencial na provisão de um cuidado abrangente e de qualidade para o paciente;
- 4º é importante avanço na batalha para maior autonomia profissional;
- 5º vem desmistificando a prática de enfermagem.

Desta forma, para essa assistência de enfermagem ser qualificada é preciso haver planejamento e coordenação, além de seguir padrões universais e, sobretudo, ser documentada. Todas as etapas da SAE que não forem legalmente documentadas não poderão ser usadas para demonstrar resultados da sua aplicabilidade, atividades desenvolvidas, e tampouco demonstrar a atenção dada pelo enfermeiro.

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

Neste capítulo explicito os fundamentos teóricos que sustentam e norteiam os passos da investigação. Descrevo o local da pesquisa e a técnica utilizada para obtenção dos dados, para em seguida sistematizar a proposta de análise dos mesmos.

### **3.1 Naturezas do estudo**

Ao procurar identificar a percepção dos enfermeiros frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) da pessoa idosa hospitalizada, este estudo se ateve a três objetivos específicos, a saber:

- Apresentar a percepção dos enfermeiros ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada;
- Analisar a percepção dos enfermeiros ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através dos conteúdos respondidos no Instrumento de Coleta de Dados (anexo II);
- Identificar as competências necessárias para desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem com a pessoa idosa hospitalizada.

Para tanto, a pesquisa será na vertente qualitativa, exploratória e descritiva, considerando o aspecto da atuação do enfermeiro em relação às pessoas idosas.

De acordo com Polit (1995), a pesquisa qualitativa se preocupa com os indivíduos e seu ambiente. Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como vivida e definida por seus próprios atores. Visa essencialmente documentar e interpretar o que está sendo estudado sob o ponto de vista das pessoas envolvidas. As pesquisas exploratórias têm como objetivo buscar mais informações sobre determinado assunto, muitas vezes pouco explorado na literatura, proporcionando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e obter novas descobertas (CERVO, 2002; GIL, 2002).

O estudo descritivo procura desvelar a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outras variáveis, sua natureza e características, trabalhando com dados ou fatos da própria realidade (CERVO, 2002).



### **3.2 Local de estudo**

O estudo será desenvolvido em instituição hospitalar privada, caracterizado como hospital de ensino, terciário, de característica filantrópica e atendimento geral. A instituição possui 755 leitos, sendo 87% destinados ao atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e 13% destinados ao atendimento de diversos convênios e particulares, localizado no município de São Paulo, Zona Leste da cidade.

A escolha do local para o estudo foi motivada: por ser um hospital de referência no atendimento da região e no Estado de São Paulo; e por haver diversas pessoas idosas internadas nas diferentes Clínicas; e ter acesso aos enfermeiros, por ter atuado em várias Clínicas da referida instituição, e em diversas funções, desde enfermeiro assistencial a cargos ligados diretamente à gerência de Enfermagem.

Acredito que o compromisso com a instituição e profissionais em compartilhar os dados analisados, poderá proporcionar apoio e suporte aos enfermeiros que atuam na área, agregando novo olhar ao desenvolvimento do plano de cuidado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a pessoa idosa hospitalizada.

### **3.3 Sujeitos participantes do estudo**

Os sujeitos que participaram do estudo são enfermeiros que atuam na instituição hospitalar, nas áreas de internação descritas na tabela abaixo.

A elegibilidade dos sujeitos seguiu os seguintes passos:

1. Número de idosos internados no dia (29/05/2010), segundo informação do setor de internação;
2. A escolha das Clínicas baseou-se no maior número de idosos internados;
3. A entrega do instrumento de coleta de dados (anexo II), aos enfermeiros de cada Clínica, em todos os períodos (manhã, tarde e noite I e II);

**Tabela 3.** Dimensionamento do número de pessoas idosas ou mais nas unidades de internação do hospital.

<i>Unidades de Internação de acordo com especialidade de internação</i>	<i>Quantidade de Enfermeiros nas 24h Considerado Noturno I e II (Manhã /Tarde/ Noite I e Noite II)</i>	<i>Quantidade de Leitos por unidade / Leitos ocupados no dia da Entrega do Instrumento de coleta de dados / Quantidade de pessoas com 60 anos ou mais na unidade de internação</i>
Oncologia Adulta e Neuro – Clínica.	04 Enfermeiros	27 leitos totais na unidade 27 leitos ocupados na data de entrega do IC 07 pessoas idosas hospitalizadas = 26 % da unidade.
Moléstias Infecciosas	04 Enfermeiros	28 leitos totais na unidade 28 leitos ocupados na data de entrega do IC 06 pessoas idosas hospitalizadas = 21 % da unidade.
Cardiologia e Pneumologia	04 Enfermeiros	39 leitos totais na unidade 39 leitos ocupados na data de entrega do IC 15 pessoas idosas hospitalizadas = 38 % da unidade.
Clínica Médica	04 Enfermeiros	39 leitos totais na unidade 39 leitos ocupados na data de entrega do IC 25 pessoas idosas hospitalizadas = 64 % da unidade.
Cirurgia Vascular	03 Enfermeiros	39 leitos totais na unidade 39 leitos ocupados na data de entrega do IC 22 pessoas idosas hospitalizadas = 56 % da unidade.
Unidade de Terapia Intensiva	16 Enfermeiros	44 leitos totais na unidade 44 leitos ocupados na data de entrega do IC 19 pessoas idosas hospitalizadas = 43 % UTI.
Cirurgia Ortopédica e Neuro-Cirurgia	04 Enfermeiros	39 leitos totais na unidade 39 leitos ocupados na data de entrega do IC 20 pessoas idosas hospitalizadas = 51 % da unidade.
Clínica Cirúrgica	04 Enfermeiros	39 leitos totais na unidade 39 leitos ocupados na data de entrega do IC 18 pessoas idosas hospitalizadas = 46 % da unidade.

**Legenda:** Nesta data de 29/ 05/2010 a Instituição campo de estudo estava 611 leitos ocupados / Dos 755 leitos oficiais = 80,92% ou 81% da ocupação total.  
Sendo que 75 leitos são de UTI (55 leitos de UTI adulto e 20 leitos de UTI Neonatal e Infantil)

Com relação à tabela 2, observamos que nesta data da ocupação total de internados era de 81% dos leitos = 611 leitos ocupados, sendo que destes, 22 % ou 21,6% da clientela hospitalizada eram pessoas com 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 132 pessoas idosas hospitalizadas, distribuídos 08 unidades de internação da Instituição campo de estudo conforme apresentação da tabela acima. Nesta data todas as unidades estavam com 100% da sua ocupação.

### 3.4 Coletas de dados

O instrumento de coleta de dados (anexo II), foi aplicado aos enfermeiros da instituição, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desta pesquisa (Anexo I).

Os passos anteriores à coleta de dados para o estudo foram o seguinte:

- Comunicação com a gerência de área do corpo clínico de Enfermagem, informando a intenção do desenvolvimento da pesquisa. Foi aprovado, seguiu para o próximo passo;
- Encaminhamento do projeto para solicitação de parecer ético do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição na qual, se desenvolverá o projeto, a qual seguiu em tramitação de 30 dias para recebimento da aprovação. Todo procedimento que envolve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, deve passar primeiramente na fase de inscrição do projeto no SISNEP – Sistema Nacional de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, gerou o cadastro através de uma folha de rosto (Anexo IV), a partir deste momento é que se pode dar entrada do CEP, para continuidade dos procedimentos éticos.
- Os instrumentos de coleta de dados foram entregues inicialmente há 10 enfermeiros ou 10% dos sujeitos da pesquisa, servindo como pré- teste, para validação do Instrumento de coleta de dados. Seguiu com a pesquisa completando 43 respondentes.

A obtenção dos dados para atender aos objetivos propostos foi realizado através de um instrumento (anexo II), composto de duas partes. A primeira visou a caracterização dos sujeitos através de dados de identificação: idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação na instituição como enfermeiro, unidade de trabalho, cursos de pós-graduação, experiência de trabalho e área de atuação, e perguntas de afirmações ou negações de múltipla escolha, podendo ser escolhida mais que uma opção de resposta. A segunda parte contém uma questão aberta relacionada ao objetivo proposto.

### 3.5 Análises dos dados

Para Minayo (1992), essa fase da pesquisa tem como finalidade entender os dados coletados, confirmando ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões

formuladas, articulando-o ao contexto cultural da qual, faz parte e às referências teóricas deste estudo.

As respostas foram transcritas na íntegra, para posteriormente serem extraídas unidades de significado que deram origem a categorias que já fazem parte do processo de análise.

Minayo (1994) destaca duas funções na aplicação da técnica da análise de conteúdo. Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, pela análise de conteúdo encontram-se respostas às questões formuladas e também se confirma ou não afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à *descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos*, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Quanto à organização da técnica da análise de conteúdo, segundo Bardin (1977), são definidas diferentes fases, organizadas em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação:

1. Pré-análise: fase de organização que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. O autor propõe a leitura “flutuante” dos dados, para se tomar contato com sua estrutura, descobrir orientações para a análise e registrar impressões sobre a mensagem, que se tornam mais precisas à medida que a leitura avança, principalmente em função do surgimento de hipóteses emergentes. Forma-se o que o autor chama de *corpus*, que é a reunião dos documentos submetidos aos procedimentos analíticos.

Na fase pré-analítica, de acordo com os objetivos e questões de estudo, determinam-se as unidades de registro (palavra-chave ou frase), unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), recortes (trechos significativos), forma de categorização, modalidade de codificação e conceitos teóricos gerais que orientarão a análise (MINAYO, 1993).

Bardin (1977) ressalta que na categorização há operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente definidos. O que permitirá a categorização e o agrupamento é a parte comum existente entre os materiais. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas). A categorização tem

como primeiro objetivo fornecer a representação simplificada dos dados brutos e dados organizados.

2. Exploração do material: consiste essencialmente na operação de codificação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

O tratamento do material (codificação), segundo Bardin (1997),

corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou de sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (...) (BARDIN, 1997, p. 70).

Nessa etapa há os reajustamentos finais necessários ao processo de organização da análise, escolhidos na fase de pré-análise, em que foi feita a confirmação das categorias. É fase longa e que muito exige, pois é imprescindível haver critério, estabelecido na definição das categorias e na verificação do significado de cada conteúdo selecionado (FERRARI, 2002).

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: *“os resultados obtidos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos”*.(Bardin, p.70 1997).

Nessa fase os resultados brutos se tornarão significativos como estudo científico. O pesquisador deverá tratá-los em operações estatísticas que permitem pôr em relevo as informações fornecidas pela análise. O analista, tendo à disposição resultados significativos, propõe inferências ou adianta interpretações, respalda-as baseado em outros pesquisadores, enfim, valida os objetivos propostos no estudo, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

## **4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO**

#### 4.1 Apresentando os sujeitos da pesquisa

Essa discussão se apresenta seguindo a sequência do instrumento de coleta de dados.

A primeira parte do Instrumento de Coleta – IC de dados (Anexo II) constitui-se da caracterização dos sujeitos da pesquisa com questões que evidenciam aspectos gerais e questões de múltipla escolha que apresentam a visão que os enfermeiros entrevistados tem da pessoa idosa em relação à idade, situações de atuação e aplicação da sistematização da Assistência de Enfermagem.

Os sujeitos participantes do presente estudo são 43 Enfermeiros, distribuídos nos períodos da manhã, tarde e serviço noturno I e II.

Do local elegido para o presente estudo constituiu em 12 unidades de internação, estes sujeitos participantes foram identificados com a letra “IC”, seguido de um número em ordem crescente dos Instrumentos de Coleta de Dados – IC, garantido assim o anonimato dos sujeitos.

No quadro 1 caracterizamos os Enfermeiros entrevistados nos seguintes aspectos, idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação na instituição como Enfermeiro, unidade onde trabalha e realização de cursos de Pós Graduação. Por existir um enfermeiro por plantão, será preservado o horário de atuação para não evitar identificação dos sujeitos.

**Quadro 1.** Distribuição dos Enfermeiros segundo a idade, sexo, tempo de formado, tempo de atuação como enfermeiro na instituição como enfermeiro, unidade de trabalho e a realização de cursos de Pós - Graduação. São Paulo 2010.

Identificação	Idade (anos)	Sexo	Tempo de formado em anos	Tempo de atuação na Instituição como Enfermeiro	Unidade de trabalho	Realização de curso de Pós - Graduação
IC-1	27	Fem	03	02	Oncologia Adulta e Neuro – Clínica.	Sim
IC -2	32	Fem	06	06	Oncologia Adulta e Neuro – Clínica.	Sim
IC -3	45	Fem	10	08	Oncologia Adulta e Neuro – Clínica.	Sim
IC -4	22	Fem	02	02	Oncologia Adulta e Neuro – Clínica.	Sim
IC -5	36	Fem	03	03	Moléstias Infeciosas	Sim
IC -6	34	Fem	05	05	Moléstias Infeciosas	Sim
IC -7	28	Mas	05	05	Moléstias Infeciosas	Sim
IC -8	29	Mas	06	06	Moléstias Infeciosas	Sim

<b>IC -9</b>	35	Fem	07	05	Cardiologia e Pneumologia	Sim
<b>IC -10</b>	33	Fem	07	07	Cardiologia e Pneumologia	Sim
<b>IC -11</b>	28	Fem	05	05	Cardiologia e Pneumologia	Sim
<b>IC -12</b>	28	Fem	03	03	Cardiologia e Pneumologia	Sim
<b>IC -13</b>	30	Mas	03	03	Clínica Médica	Sim
<b>IC -14</b>	33	Fem	02	02	Clínica Médica	Sim
<b>IC -15</b>	31	Mas	06	06	Clínica Médica	Sim
<b>IC -16</b>	39	Fem	04	04	Clínica Médica	Sim
<b>E-17</b>	40	Fem	13	11	Cirurgia Vascular	Sim
<b>IC -18</b>	35	Fem	10	10	Cirurgia Vascular	Sim
<b>IC -19</b>	26	Fem	10	10	Cirurgia Vascular	Sim
<b>IC -20</b>	30	Mas	06	06	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -21</b>	31	Fem	06	03	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -22</b>	36	Mas	05	05	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -23</b>	48	Fem	12	12	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -24</b>	27	Fem	05	05	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -25</b>	35	Fem	05	05	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -26</b>	31	Fem	04	04	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -27</b>	33	Fem	05	05	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -28</b>	40	Fem	05	05	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -29</b>	28	Fem	05	04	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -30</b>	26	Fem	03	03	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -31</b>	32	Fem	01	01	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -32</b>	30	Fem	04	04	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -33</b>	33	Fem	03	03	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -34</b>	39	Fem	03	03	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -35</b>	29	Fem	08	08	Terapia Intensiva	Sim
<b>IC -36</b>	25	Fem	02	02	Cirurgia Ortopédica e Neuro- Cirurgia	Sim
<b>IC -37</b>	27	Fem	03	03	Cirurgia Ortopédica e Neuro- Cirurgia	Sim
<b>IC -38</b>	34	Mas	09	09	Cirurgia Ortopédica e Neuro- Cirurgia	Sim
<b>IC -39</b>	29	Fem	06	06	Cirurgia Ortopédica e Neuro- Cirurgia	Sim



<b>IC -40</b>	32	Fem	06	05	Clínica Cirúrgica	Sim
<b>IC -41</b>	37	Fem	07	04	Clínica Cirúrgica	Sim
<b>IC -42</b>	29	Fem	05	05	Clínica Cirúrgica	Sim
<b>IC -43</b>	27	Fem	05	05	Clínica Cirúrgica	Sim

Observamos que entre os sujeitos desta pesquisa predominaram pessoas do sexo feminino, 36 sujeitos do sexo feminino = 82,72% e 07 sujeitos do sexo masculino 16,27%%; a idade variou de 48, sendo esta a maior idade e 22 a menor idade, predominando 74% dos respondentes da pesquisa com idade média 32 anos de idade; o tempo médio de atuação como enfermeiro na instituição foi de 5 anos, sendo o maior tempo de atuação de 10 anos e o menor tempo de 02 anos perfazendo uma média de tempo em que atua na instituição de 5 anos. Em relação ao tempo de formado como Enfermeiro, obtivemos uma média de 5 anos. As unidade de trabalhos foram no total 08 campos de estudo, obtivemos 43 enfermeiros no total dividido em 4 períodos de atuação, manhã tarde, noite I e noite II, sendo a maior população de enfermeiros pesquisados na unidade de terapia intensiva, e deste total de sujeitos todos (as) já realizaram cursos de pós graduação, modalidade especialização, sendo que estes deveriam apresentar um engajamento ou busca de cursos voltados para atuação assistencial, nas respostas contidas do IC - Instrumento de coleta de dados ( anexo II), a maioria dos enfermeiros realizou pós - graduação na área de Administração Hospitalar ou Gerenciamento em Enfermagem. Talvez possa ser uma característica que venha interferir diretamente na atuação e cuidados prestados a população de hospitalizados de forma geral.

**Quadro 2.** Percepção do sujeito da Pesquisa em relação à idade da pessoa idosa hospitalizada, através de apresentação de alternativas compondo três opções

[ ] acima de 55 anos [ ] acima de 60 anos [ ] acima de 65 anos, de acordo com Instrumento de Coleta de Dados deste presente estudo. "O Enfermeiro Frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE da Pessoa Idosa Hospitalizada" São Paulo 2010.

<b>Identificação</b>	<b>Identificação em Idade/ano da Pessoa Idosa Hospitalizada</b>
<b>IC-1</b>	<b>60</b>
<b>IC -2</b>	<b>65</b>
<b>IC -3</b>	<b>60</b>
<b>IC -4</b>	<b>60</b>
<b>IC -5</b>	<b>65</b>
<b>IC -6</b>	<b>65</b>

<b>IC -7</b>	<b>65</b>
<b>IC -8</b>	<b>65</b>
<b>IC -9</b>	<b>60</b>
<b>IC -10</b>	<b>60</b>
<b>IC -11</b>	<b>65</b>
<b>IC -12</b>	<b>65</b>
<b>IC -13</b>	<b>65</b>
<b>IC -14</b>	<b>65</b>
<b>IC -15</b>	<b>65</b>
<b>IC -16</b>	<b>65</b>
<b>IC -17</b>	<b>65</b>
<b>IC -18</b>	<b>65</b>
<b>IC -19</b>	<b>65</b>
<b>IC -20</b>	<b>65</b>
<b>IC -21</b>	<b>60</b>
<b>IC -22</b>	<b>60</b>
<b>IC -23</b>	<b>65</b>
<b>IC -24</b>	<b>65</b>
<b>IC -25</b>	<b>65</b>
<b>IC -26</b>	<b>65</b>
<b>IC -27</b>	<b>65</b>
<b>IC -28</b>	<b>65</b>
<b>IC -29</b>	<b>65</b>
<b>IC -30</b>	<b>65</b>
<b>IC -31</b>	<b>60</b>
<b>IC -32</b>	<b>60</b>
<b>IC -33</b>	<b>60</b>
<b>IC -34</b>	<b>60</b>
<b>IC -35</b>	<b>60</b>
<b>IC -36</b>	<b>60</b>
<b>IC -37</b>	<b>60</b>
<b>IC -38</b>	<b>60</b>
<b>IC -39</b>	<b>65</b>
<b>IC -40</b>	<b>65</b>

<b>IC -41</b>	<b>65</b>
<b>IC -42</b>	<b>65</b>
<b>IC -43</b>	<b>65</b>

Hoje para definirmos quem é a pessoa idosa, se faz necessário caminhar por alguns tramites que percorreram a notoriedade deste indivíduo que segundo a OMS caracterizam-se como idoso os cidadãos com idade igual ou acima de 60 anos de idade. Lembramos que os direitos deste tramitado no Congresso, o Estatuto do idoso, foi aprovado em Setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte, mas abrangente que a Política Nacional do Idoso, Lei de 1994 que garante a terceira idade direita de ordem da saúde, transportes coletivos, violência e abandono, entidades específicas no atendimento da pessoa idosa, lazer, cultura, trabalho, habitação para essa população que são hoje em 14,5 milhões de pessoas, 8,6 da população total do País, segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo 2000, Sendo assim, o Instituto considera pessoas idosas os com idade de 60 anos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

O envelhecimento de nossa população hoje ocorre devido ao fenômeno chamado expectativa de vida, devido aos avanços tecnológicos e na manutenção, promoção e prevenção da saúde. Apresentamos outro fenômeno que trata da diminuição da taxa de natalidade. Com esses acontecimentos nossos idosos vivem hoje em média de 68,6 anos, 2,5 anos a mais do que na década de 90 (CAMARANO, 1999, p. 281- 306).

Frente a este cenário o pesquisador argüi através de seu Instrumento de Coleta a percepção dos enfermeiros sujeitos da pesquisa em identificar de quem é esse idoso, norteado de que a pessoa idosa hoje é aquele que apresenta 60 anos ou mais, obtive respostas onde 14 sujeitos acreditam que a pessoa idosa são aqueles com idade igual a 60 anos de idade correspondendo 32,5% dos pesquisados e 29 sujeitos acreditam que a população idosa são aquele que apresentam idade de 65 anos correspondendo a 67,4% dos sujeitos da pesquisa. Não houve nenhuma resposta que identificasse a pessoa idosa com 55 anos idade, conforme alternativa do Instrumento de coleta de dados.

**Quadro 3.** Identificação dos Enfermeiros através de afirmação ou negação da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada. São Paulo 2010.

<b>Identificação</b>	<b>Realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem com a pessoa idosa hospitalizada</b>
IC-1	Sim
IC -2	Sim
IC -3	Sim
IC -4	Sim
IC -5	Sim
IC -6	Sim
IC -7	Sim
IC -8	Sim
IC -9	Sim
IC -10	Sim
IC -11	Sim
IC -12	Sim
IC -13	Sim
IC -14	Sim
IC -15	Sim
IC -16	Sim
IC -17	Sim
IC -18	Sim
IC -19	Sim
IC -20	Sim
IC -21	Sim
IC -22	Sim
IC -23	Sim
IC -24	Sim
IC -25	Sim
IC -26	Sim
IC -27	Sim
IC -28	Sim
IC -29	Sim
IC -30	Sim

<b>IC -31</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -32</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -33</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -34</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -35</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -36</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -37</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -38</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -39</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -40</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -41</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -42</b>	<b>Sim</b>
<b>IC -43</b>	<b>Sim</b>

Neste quadro percebemos que 100% dos respondentes, ou seja, os enfermeiros já realizaram a Sistematização da Assistência de Enfermagem com pessoas idosa hospitalizada.

**Quadro 4.** Identificação dos Enfermeiros através de afirmação “Sim”, realizarão a atividades outras com pessoa idosa / Com oportunidade de escolha de mais de uma opção conforme Instrumento de Coleta do Estudo intitulado “O Enfermeiro frente a sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada” (anexo II).

“1- acompanhamento e orientação da pessoa idosa” / “2- acompanhamento ou cuidador formal de uma pessoa idosa” / “3- cuidados ao paciente hospitalizado idoso, elaboração da sistematização da assistência de enfermagem – prescrição de cuidados de enfermagem à pessoa idosa” / “4- acompanhamento e orientação para a família da pessoa idosa”. **São Paulo 2010.**

<b>Identificação</b>	<b>Síntese das respostas agrupadas, por representação numérica, análise por soma das opções</b>
<b>IC-1</b>	1 / 2
<b>IC -2</b>	3
<b>IC -3</b>	3
<b>IC -4</b>	3 / 4
<b>IC -5</b>	4
<b>IC -6</b>	4
<b>IC -7</b>	4
<b>IC -8</b>	3 / 4
<b>IC -9</b>	2 / 3

<b>IC -10</b>	2 / 3 / 4
<b>IC -11</b>	3 / 4
<b>IC -12</b>	3
<b>IC -13</b>	3
<b>IC -14</b>	3
<b>IC -15</b>	3
<b>IC -16</b>	3
<b>IC - 17</b>	3 / 4
<b>IC -18</b>	2
<b>IC -19</b>	2
<b>IC -20</b>	1
<b>IC -21</b>	1
<b>IC -22</b>	2
<b>IC -23</b>	3
<b>IC -24</b>	3
<b>IC -25</b>	3
<b>IC -26</b>	3
<b>IC -27</b>	3
<b>IC -28</b>	3
<b>IC -29</b>	3
<b>IC -30</b>	3
<b>IC -31</b>	3
<b>IC -32</b>	4
<b>IC -33</b>	4
<b>IC -34</b>	4
<b>IC -35</b>	2 / 3
<b>IC -36</b>	4
<b>IC -37</b>	3
<b>IC -38</b>	3
<b>IC -39</b>	3
<b>IC -40</b>	3
<b>IC -41</b>	3
<b>IC -42</b>	3
<b>IC -43</b>	3

Analisamos neste quadro que dos 43 = 100% dos sujeitos 35 = 81,39 % respostas refere-se a uma opção de resposta, 07 = 16,27 % responderam 02 opções, 01 = 2,32% optou por 03 opções de respostas e não houve nenhum sujeito que optasse por 04 alternativas. Sendo que destas alternativas apresentada no quadro - 4, predominou a opção de nº 3 “*cuidados ao paciente hospitalizado idoso, elaboração da sistematização da assistência de enfermagem – prescrição de cuidados de enfermagem à pessoa idosa*” correspondendo com 69,76% = 30 sujeitos da pesquisa, na opção de nº4” *acompanhamento e orientação para a família da pessoa idosa*”, foram 27,90% = 12 sujeitos da pesquisa respondentes nesta opção, com relação a opção de nº 2 “ *acompanhamento ou cuidador formal de uma pessoa idosa*” tivemos 16,27% = 07 sujeitos da pesquisa. E finalizamos este quadro com as respostas da opção nº1 “ *acompanhamento e orientação da pessoa idosa*”, perfazendo 6,97% = 3 sujeitos da pesquisa foram respondentes desta alternativa.

#### **4.2 Apresentação e Discussão dos Dados obtidos nos Instrumentos de coleta de Dados acerca das respostas obtidas na segunda parte, representando a pergunta norteadora**

Apresentação destes dados apresentará a mesma sequência apresentado no instrumento de coleta de dados (Anexo II). As perguntas foram consideradas em categorias frente a um processo de análise de conteúdo das respostas descritas pelos sujeitos da pesquisa, transcrevendo em quadros, que represente uma sequência analítica das respostas agrupando o conteúdo através de síntese das respostas.

Para facilitar e preservar os sujeitos da pesquisa, estes apareceram nos quadros de respostas como “IC”, seguindo ordem numérica de instrumentos de coletas analisados. Neste momento não evidenciamos a unidade de trabalho, e a ordem numérica não é preservada sendo transcrito aleatoriamente estas respostas, preservando o sujeito da pesquisa

- **Sujeito da Pesquisa:** foi identificado por “IC”, em sequência numérica e aleatória dos Instrumentos de Coleta de dados, não correspondendo com Quadro – 1.
- **Respostas:** foram transcritas na íntegra sendo inferida análise dos conteúdos pelo pesquisador.

- **Síntese das Respostas / Conteúdos:** neste momento é extraída uma síntese através da leitura destes conteúdos, norteando um agrupamento de unidade de significados.

O Quadro apresentados abaixo representam a pergunta norteadora, acerca da percepção dos Enfermeiros que desenvolvem a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A assistência de enfermagem baseia-se ações denominadas Sistematização da Assistência de Enfermagem. Este estudo teve como objeto de investigação a percepção dos enfermeiros em relação a SAE da pessoa idosa hospitalizada, a contribuição da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no cuidado ao idoso hospitalizado identificar as contribuições de uma assistência individualizada e focada ao idoso hospitalizado. Despertando reflexões sobre a importância e o impacto da assistência sistematizada na prática profissional. A opção por esta clientela se deu pelo fato de estarmos passando por uma mudança no perfil epidemiológico da população, devido ao fenômeno do envelhecimento, o que desperta grande interesse e preocupações de diversos profissionais da área de saúde.

Aproximadamente, 40% dos leitos dos hospitais estão ocupados por pessoas com idade superior a 60 anos ou mais. O ambiente hospitalar pode ser considerado como dinâmico, com movimentos de mudança que afetam diretamente o idoso.

Sendo assim acredito que este enfermeiro deve estar situado em uma estrutura organizacional, com objetivo de entender as diversidades e mudanças demográficas, sabendo os aspectos diferenciados, e únicos como o papel norteador, ou pessoa que possa através de sua ação profissional influenciar diretamente seu trabalho e condutas através de interatividade e compromisso, atitudes de elevada estima e atenção aos cuidados prestados a toda população que está sobre seus cuidados e assistência direta. Para Fávero (1996) os estudos apontam que os enfermeiros desenvolvem ações assistenciais, educativas, administrativas, destacando a função educativa deve ocorrer concomitantemente para aprimoramento de ambas as funções que desempenha, pois ações de educar em saúde é um dos grandes diferenciais para aprimorar a percepção, somente através dos estudos e do saber educar que podemos nortear condutas que interagem especificamente com assistimos no cuidar, realçando a percepção e ação direta.



**Quadro 5.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC-Instrumento de coleta 1. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-1</b>	<b>“(…) Em relação a todos os cuidados prescritos, todos são facilmente executados(…)” “(…) O mais complicado é o acompanhante, devido a um grande número de quedas, pois precisamos orientar bem esse acompanhante para que neste período ele esteja atento em nos comunicar, evitando acidente no período em que este idoso esteja internado(…)”</b>	<b>Acompanhante, orientação, risco de quedas na internação.</b>

**Quadro 6.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 2. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-2</b>	<b>“(…) Não há preparo para equipe de enfermagem para realizar a SAE voltada para as necessidades específicas do cliente idoso(…)”</b>	<b>Preparo da equipe, necessidades específicas.</b>

**Quadro 7.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 3. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-3</b>	<b>“(…) A SAE é direcionada a atender a parte clínica do paciente deixando de ser de forma humanizada. Em minha opinião o cliente idoso tem particularidades que são pouco abordadas nos cursos de graduação em enfermagem, ficando uma lacuna no exercício profissional, na assistência (…)”.</b>	<b>Aprendizado deficiente.</b>

**Quadro 8.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 4. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-4	<p>“(…) Toda SAE tem objetivo em transformar o trabalho em resposta eficaz. Em relação ao idoso procuramos ser ainda mais cuidadoso, não só com a patologia, visando um todo na assistência, devido a sua particularidade (…)”.</p>	<p>Assistência individualizada/única.</p>

**Quadro 9.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 5. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-5	<p>“(…) Ao abrir o histórico de enfermagem, muitas vezes requer um acompanhante para coleta de dados. Quando o paciente não fala, ou com episódios de confusão, e se estiver sem acompanhante(…)”. “(…)Coloco no prontuário dados obtidos mediante ao exame físico(…)”.</p> <p>“(…) Deixo alguns dados em branco se necessário(…)”. “(…) O exame físico no idoso deve ser minucioso a cada evolução(…)”. “(…) A cada exame físico o paciente deverá ser chamado pelo nome e jamais por vó, vizinha(…)”. “(…) Usar tom de voz adequado (observando se o paciente tem déficit auditivo) (…)”.</p>	<p>Acompanhante, infantilização da pessoa idosa, déficit fisiológico.</p>

**Quadro 10.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 6. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-6</b>	<b>“(…) Penso que é muito importante que haja um acompanhante, para que toda orientação seja dada também ao acompanhante(…)”. (…)</b> O idoso é um paciente com diversos riscos potenciais pela própria idade e fragilidade que ela causa a SAE reduz muito estes riscos, evitando que a internação cause mais danos a esse cliente(…)”.	<b>Acompanhante, orientação, diminuição de risco com realização da SAE.</b>

**Quadro 11.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 7. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-7</b>	<b>“(…) Prestação de Cuidados e prevenção visando à qualidade de vida(…)”.</b>	<b>Prevenção, qualidade de vida.</b>

**Quadro 12.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 8. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-8</b>	<b>“(…)O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo e inevitável, pois há mudanças morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas ocasionando maior predisposição ao processo patológico que acabam levando a morte ou diminuindo a qualidade de vida. Apesar de sabermos que é estimado que o Brasil em poucos anos, 15% da população será idoso o conteúdo abordado nas universidades é bastante reduzido, dificultando a ação dos enfermeiros para realização da sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada. Existe a necessidade de aprimoramento</b>	<b>Déficit fisiológico, envelhecimento dinâmico, qualidade de vida, aprendizado deficiente, promoção de auto cuidado.</b>

	<b>profissional para o cuidado com idoso, sendo essencial a extrema importância o papel do enfermeiro nessa fase da vida (...)</b> ”.	
--	---	--

**Quadro 13.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 9. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-9</b>	“(…) Inicialmente, a minha percepção está relacionada à necessidade fisiológica que tendem a vir com a maior idade, como por exemplo, a diminuição do sistema cognitivo, déficit auditivo e visual, turgor da pele diminuído, risco para doenças cerebral e cardiovascular. Secundariamente ao saber se há sinais ou sintomatologia relacionada a outras patologias(…)”. “(…) Observar outras alterações, para sanar através de cuidados específicos prescritos na sistematização da assistência de enfermagem (...)”.	<b>Déficit fisiológico, cuidados específicos.</b>

**Quadro 14.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 10. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-10</b>	“(…) Durante a graduação, é pouca a abordagem que recebemos especificamente do idoso, portanto, a sistematização da assistência de enfermagem não é específica a essa clientela(…)”.  “(…) A literatura encontrada sobre essa temática também é escassa, o que dificulta o aprimoramento (...)”.	<b>Aprendizado deficiente, pouco literatura no assunto.</b>

**Quadro 15.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 11. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-11</b>	<p>“(…) No ambiente hospitalar é muito comum se deparar com pacientes idosos(…)”. “(…) Muitos deles não tem com quem contar (filhos, esposas, irmãos, amigos), somente, ou seja, com a equipe multiprofissional(…)”. “(…) Tem situações que durante a visita aparece raramente um conhecido, outros nem visitas recebem(…)”. “(…) Outras situações são quando a família economicamente não tem condições de visitar(…)”. “(…) Muitas vezes o enfermeiro tem que intervir conversando com o paciente, dando apoio e também para a família, orientando que o paciente está sendo bem cuidado e que a família fique tranqüila quando não puder visitar(…)”.</p>	<b>Déficit familiar, déficit econômico.</b>

**Quadro 16.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 12. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-12</b>	<p>“(…) Minha percepção é que o idoso necessita de assistência com qualidade, pois apresenta déficit no auto cuidado(…)”. “(…) A SAE deve ser elaborada em cima desses déficits apresentados, sendo assim o idoso deve ser assistido de maneira global e preferencialmente acompanhado de um familiar ou cuidador(…)”.</p>	<b>Déficit no auto cuidado, acompanhante, família, cuidador.</b>

**Quadro 17.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 13. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-13	<p>“(…) O paciente idoso já é fragilizado dentro da sua estrutura física, essa fragilidade associado à patologia, exige do enfermeiro uma percepção, habilidade, sensibilidade e embasamento técnico científico maiores do que quando trabalha com pacientes adultos. A SAE necessita de um olhar holístico voltado para necessidade idoso (paciente), que são muitos, fragilidade da pele déficit auditivo, mental, respiratório, cardíaco, associado muitas vezes com abandono familiar, carência depressão, distúrbios psicológicos, econômicos e sociais(…)”.</p>	<p>Fragilidade do idoso, assistência integral, déficit fisiológico, alterações bio psico sócio econômico espiritual.</p>

**Quadro 18.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 14. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-14	<p>“(…) A percepção é com relação a necessidade do cliente idoso, focada em sua sintomatologia e também relacionada aos fatores contribuintes à possíveis alterações que este cliente possa apresentar, fatores estes que são inerentes a sua idade que são mais elevados nesta fase da vida, onde imunidade função ósteo muscular já não favorecem como antes levando – os a determinadas patologias(…)”.</p>	<p>Idoso com maior incidência de doenças.</p>

**Quadro 19.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 15. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-15	<p>“(…) A minha percepção como enfermeiro ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem, sendo que na maioria das vezes a SAE ocorre com dificuldades, pois os idosos internados na unidade em que trabalho não possui grau de instrução adequado, às vezes são analfabetos, ou estão em estados avançados da doença na qual acaba dificultando um pouco a implantação da sistematização da assistência de enfermagem, pois não compreendem a importância daquela ação desenvolvida para melhorar seu atendimento na unidade onde o mesmo está internado(…)”.</p>	<p>Dificuldade de realizar SAE, idoso sem formação, analfabetismo.</p>

**Quadro 20.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 16. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-16	<p>“(…) O cuidado com idoso é diferenciado, pois o grau de dependência é maior, pela diminuição das atividades cerebrais, causando alguns transtornos nas rotinas de seu dia-a-dia como...</p> <p>“(…) Deficiência visual, auditiva, alteração da marcha e etc. Isso representa grande risco se trata de um idoso sendo essencial a figura de um cuidador(…)”.</p> <p>(…) A sistematização da assistência de enfermagem deve ser voltada principalmente para o auto cuidado, onde se encontra o maior déficit(…)”. “(…) O enfermeiro deve ter visão para garantir boa assistência em suas necessidades básicas não se preocupando apenas com o diagnóstico de internação como também para agravos da senilidade(…)”.</p>	<p>Assistência específica, déficits fisiológicos, cuidador, auto cuidado, promoção de cuidado no fator doença.</p>

**Quadro 21.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 17. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-17</b>	“(…) Minha percepção em relação a SAE do idoso está principalmente no contexto da orientação que este indivíduo tem que ter e os acessos de direito, realizar uma sistematização focada no auto cuidado e orientação familiar em utilizar melhor os benefícios que este idoso tem ao seu favor, revertendo para uma melhor qualidade de vida. (...)”.	<b>Orientação, qualidade de vida.</b>

**Quadro 22.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 18. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-18</b>	“(…) Prestar assistência a saúde de forma sistematizada requer conhecimentos específicos para essa clientela. Sinto bastante dificuldade em realizar a SAE deste público, pois diferente que aprendi na faculdade que é sistematizar cuidados para criança, passamos muito rápido pela saúde do idoso, e nem foi uma matéria específica, estava junto com a disciplina de saúde do adulto(...)”. “(…) Essa lacuna dificulta em prescrever cuidados específicos para o idoso, e o tratamento com esse acompanhante é diferente uma vez que o idoso tem o direito de permanecer o tempo todo com esse acompanhante(...)”.	<b>Aprendizado deficiente , acompanhante.</b>



**Quadro 23.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 19. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-19</b>	<p>“(…) Acredito que temos que ser bastantes específicos com a sistematização da assistência de enfermagem para esse idoso, pois ele apresenta muitas doenças crônicas degenerativas, temos que estar atentos para conseguir focar o cuidado nas 24 horas de forma integral, prestando atenção para não ocasionar outros agravos a saúde desse individuo que se apresenta frágil e muitas vezes sem acompanhantes para auxiliar em atividades fisiológicas no ambiente de internação(…)”.</p>	<p>Assistência específica, doenças crônico degenerativo, acompanhantes, ambiente.</p>

**Quadro 24.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 20. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-20</b>	<p>“(…) Percebo que nosso cuidado ultrapassa o cuidado com a patologia, acredito que deveríamos ter um preparo melhor do ponto de vista social e psicológico, pois aprendemos que para realizar a SAE de forma integral temos que entender todo o ser de forma holística. Estamos despreparados principalmente para esse acompanhante que tem uma função especial no auto cuidado e continuidade da assistência pós alta do idoso hospitalizado. A SAE deve ser exercida também na residência como medida educadora para todo familiar”.</p>	<p>Assistência integral, acompanhante, promoção de auto cuidado, educação / ambiente.</p>

**Quadro 25.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 21. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-21</b>	<p>“(…) Proporcionar assistência de forma que este consiga entender suas fragilidades e o contexto hospitalar. A SAE deverá ser focada no auto cuidado e independência, mesmo que o idoso esteja com um acompanhante auxiliando na s atividades, locomoção, alimentação(…)”. “(…)Nossa sistematização deve ser focada no idoso, mas tem que ter foco educativo para essa pessoa idosa e família(…). (…) É muito importante entender como é a questão econômica, habitacional dessa pessoa internada, pois temos que focar cuidados que possa interagir ou aproximar as realidades, mesmo sendo coisas diferentes(…)”.</p>	<b>Auto cuidado, promoção em saúde, educação /orientação</b>

**Quadro 26.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 22. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-22</b>	<p>“(…) Acredito que nossa percepção é formada pela experiência de vida e imagem que carregamos de que é essa pessoa idosa(…)”. “(…)Percebo que ao realizar a SAE dessa clientela temos que estar preparados para outro contexto que é de ter um acompanhante idoso e nossa assistência tem que se estender a com dois clientes em vez de um(…)”. “(…) O foco de orientação é o principal mecanismo que temos para ter uma SAE eficaz(…)”.</p>	<b>Acompanhante do idoso, orientação.</b>

**Quadro 27.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 23. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-23</b>	<b>“(…) Sistematizar cuidados para esse idoso é bastante complicado, pois acredito que a graduação não nos preparou muito para esse paciente(…)”. “(…) No estágio a maioria dos idosos de que cuidei era visto de forma comum, e assistência eram focados somente na patologia, meus professores não abordavam cuidados específicos para esse idoso doente, realizávamos a SAE focada somente na doença, hoje percebo que temos muito que aprender ao lidar com o idoso e seu acompanhante(…)”.</b>	<b>Aprendizado deficiente, assistência a focada na doença, acompanhante.</b>

**Quadro 28.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 24. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-24</b>	<b>“(…) Minha SAE deverá identificar os problemas, intervindo cuidados que se objetiva na prevenção dentro das necessidades afetadas desse idoso(…)”. “(…)Realizando interação entre os fatores físicos psicológicos e sociais, com abordagem flexível, adaptada a sua necessidade(…)”.</b>	<b>Prevenção, olhar multidimensional.</b>

**Quadro 29.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 25. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-25</b>	<b>“(…) Uma SAE focada na patologia, considerando que o idoso tem uma particularidade e maior fragilidade e vulnerabilidade para cuidados específicos(…)”.</b>	<b>Assistência individualizada, foco na patologia.</b>

**Quadro 30.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 26. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-26	<p>“(…) A SAE deve ser percebida com o grande diferencial na assistência uma vez que ela individualiza esse paciente que está na responsabilidade do enfermeiro(…)”. “(…)Temos que cercar esse idoso de forma que as intervenções não sejam focadas somente na doença, temos que cuidados prescritos com colocação de grades, escadas para auxiliar a descer do leito, verificar se não existe risco no piso, convocar um acompanhante para ficar junto desse idoso no hospital(…)”.</p>	<p>Assistência individualizada, acomodação ambiental, minimizar riscos, acompanhante/ família.</p>

**Quadro 31.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 27. São Paulo 2010.

Sujeito da Pesquisa	Respostas	Síntese das Respostas / Conteúdos
IC-27	<p>“(…) Acredito que nossa percepção deve ser bem individualizada, pois cada idoso apresenta um perfil diferente do outro, temos que ter em mente que hoje temos idosos que é o provedor da família, e se nós enfermeiros não realizarmos uma sistematização focada no real problema vamos generalizar esse paciente, prescrevendo cuidados inadequados, além de subestimar esse público(…)”.</p>	<p>Assistência individualizada, economicamente ativo, subestimar a pessoa idosa.</p>

**Quadro 32.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 28. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-28</b>	<b>“(…) O mínimo de assistência que podemos prestar a um paciente hospitalizado é o conforto físico e tentar adequar com que esse idoso não se sinta fragilizado por estar fora de seu lar(…)”. “(…) Devemos realizar a SAE de forma que estimulamos o auto cuidado, ensinar o acompanhante para auxiliá-lo caso seja necessário, diminuir o medo da internação através de cuidados específicos, explicando e orientando todas as fases de sua internação, tratando esse individuo de forma única(…)”.</b>	<b>Acomodação, promoção de auto cuidado, orientação, assistência individualizada.</b>

**Quadro 33.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 29. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-29</b>	<b>“(…) A minha percepção que devemos prestar assistência de enfermagem de forma que este consiga promover o seu auto cuidado(…)”.</b>	<b>Promoção do auto cuidado.</b>

**Quadro 34.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 30. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-30</b>	<b>“(…)SAE de forma educativa e individualizada para ao idoso hospitalizado e seu acompanhante”.</b>	<b>Assistência individualizada, educação, ambiente e família.</b>

**Quadro 35.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 31. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-31</b>	“(…) Planejar cuidados para esse foco, ou seja, um cliente que tem várias particularidades é bastante complicado, pois temos uma deficiência na formação, na graduação na saúde do adulto foi passado de forma muito rápida pelos cuidados com a pessoa idosa(…)”. “(…) Hoje percebo que as aulas foram poucas, mas na experiência dos estágios em saúde pública o contato foi maior, e aprendi que este idoso tem que ser tratado dentro de uma perspectiva normal, provendo o auto cuidado e prevenção de agravos que possa ter conseqüências em sua saúde(…)”.	<b>Aprendizado deficiente, promoção do auto cuidado, igualdade.</b>

**Quadro 36.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 32. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-32</b>	“(…)A assistência de enfermagem deve ser direcionada com clareza, sistematizada, norteando suas necessidades, tendo um olhar diferenciado ao doente idoso e participar o familiar ou cuidador formal”.	<b>Assistência integral, cuidador, família.</b>

**Quadro 37.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 33. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-33</b>	“(…) O enfermeiro deve prestar assistência holística de forma que possa abranger as necessidades do idoso e seus familiares. A SAE deverá conter cuidados neste foco (…)”.	<b>Assistência integral, família.</b>

**Quadro 38.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 34. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-34</b>	“(…) A realização da SAE é fundamental como norteador das orientações e cuidados específicos, no dia a dia do meu trabalho percebo que tenho que entender das particularidades, e conforme as evoluções têm que preparar esse idoso para se adaptar no hospital e posteriormente em sua residência, pois pode ser que tenha cuidados específicos que o mesmo terá que estar plenamente orientado para dar seqüência em sua residência, a família é muito importante neste processo, no momento de alta devemos orientar e prescrever os cuidador como forma educativa para lidar com esse idoso(…)”.	<b>Capaz na realização da SAE, promoção do auto cuidado, hospitalar e ambiente, família, educação /orientação.</b>

**Quadro 39.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 35. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-35</b>	“(…) Tenho muita dificuldade de prescrever para esse público, pois minha SAE nem sempre esta focada no idoso, na graduação foi muito rápido o que aprendi sobre saúde do idoso(…)”.	<b>Aprendizado deficiente para realização da SAE.</b>

**Quadro 40.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 36. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-36</b>	<b>“(…) Devemos perceber que a sistematização da assistência de enfermagem deve contemplar o auto cuidado para o idoso e seu acompanhante deverá participar de todo o processo de aprendizagem na ajuda do mesmo em sua residência(…)”.</b>	<b>Promoção do auto cuidado, aprendizagem, ambiente.</b>

**Quadro 41.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 37. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-37</b>	<b>“(…) Particularmente gosto muito deste público, pois são especiais e cada cuidado que sistematizo através da SAE, percebo a diferença que faço nestes cuidados quando esta hospitalizado, sempre trabalho com a orientação e auto cuidado(…)”.</b>	<b>Capaz na realização da SAE, orientação, promoção do auto cuidado.</b>

**Quadro 42.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 38. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-38</b>	<b>“(…) Percebo que existem grandes lacunas na realização da SAE para esse público em específico, pois na graduação a temática não foi muito abordada(…)”.</b>	<b>Aprendizado deficiente para realização da SAE</b>



**Quadro 43.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 39. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-39</b>	<b>“(…)Na unidade em que trabalho é bastante complicado, uma vez que na maioria das vezes esse idoso está impossibilitado de se comunicar comigo, pois meus cliente que realizo a SAE na maioria das vezes estão com respiração artificial, mas percebo que tenho que ter maior atenção com relação a fragilidade da pele, sinto muita dificuldade com os familiares pois muitos acreditam que estes estão no fim pela situação da idade e pela doença ou estado em que se apresentam(…)”.</b>	<b>Idoso com déficits, fragilidade da pessoa idosa, acompanhante / família.</b>

**Quadro 44.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 40. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-40</b>	<b>“(…) Considero que este público tem muitas particularidades e na graduação foi pouco o aprendizado com foco na saúde do idoso, sinto dificuldade em realizar a SAE para esse cliente internado(…)”.</b>	<b>Aprendizado deficiente, idoso, dificuldade em realizar SAE.</b>

**Quadro 45.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 41. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
<b>IC-41</b>	<b>“(…) A percepção que temos que devemos aprender mais sobre os acompanhantes, pois eles nos auxiliam muito no cuidado do dia a dia(…)”.</b>	<b>Acompanhante de idoso, aprendizado.</b>

**Quadro 46.** Percepção dos enfermeiros (as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 42. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
IC-42	“(…) Temos que ter muita clareza ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem para o idoso hospitalizado, pois é um doente que frente ao processo de envelhecimento poderá apresentar uma suscetibilidade para complicações, é claro que tudo isso depende de como foi à vida desta pessoa, temos que uma assistência que compreenda o todo e realizarmos a SAE com base de todas as informações tanto fornecidas pelo próprio idoso como acompanhante(…)”.	Fragilidade na internação, acompanhante

**Quadro 47.** Percepção dos enfermeiros(as), ao realizar a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, conforme IC – Instrumento de Coleta 43. São Paulo 2010.

<b>Sujeito da Pesquisa</b>	<b>Respostas</b>	<b>Síntese das Respostas / Conteúdos</b>
IC-43	“(…) Como o hospital apresenta sempre pessoas idosas internadas, fica mais fácil em desenvolver a SAE, e percebo que nem todos os idosos apresentam dificuldades de comunicação, enfim cada caso deve ser tratado com foco na pessoa, devemos realizar a SAE de forma individualizada e valorizar todas as respostas, pois a adesão ao tratamento será possível através de aproximarmos a vida diária dele frente aos cuidados novos no ambiente hospitalar, temos que saber orientar e educar, não somente este idoso mais seus acompanhantes e familiares (…)”.	Facilidade de realização da SAE, assistência individualizada, orientar, educar, família, acompanhantes.

Constatamos que os enfermeiros apresentam grande diversidade no olhar e percepção da pessoa idosa, e que este público deve ser olhado de forma heterogêneo, verificamos claramente que há um despreparo frente à realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, e que os conhecimentos e habilidade de vida poderá trazer auxílio nos cuidados prestados a essa clientela.

A pergunta norteadora refere-se totalmente a percepção desse enfermeiro na realização deste cuidado de enfermagem que tem com norteador da categoria de Enfermeiro a Sistematização da Assistência de enfermagem – SAE, conforme determina resolução Cofen (anexo III).

Considero subjetiva a questão de sentir despreparado, pois há uma pluralidade de resposta que acerca da formação indica que o termo idoso e tratado de forma superficial e rápido na graduação, conforme respostas dos sujeitos da pesquisa.

#### **4.3 Discussão da Pergunta Norteadora e agrupamento das categorias**

Após análise destes conteúdos transcritos na íntegra, as sínteses das respostas serão agrupadas por síntese das respostas, onde o pesquisador define para esse agrupamento, colocar as respostas nos pilares da Educação Superior proposto seguindo o modelo do relatório Delors, que acredita que a educação é um bem coletivo que deve ser acessível a todos.

Trata da questão da acessibilidade ao coletivo e que as formações “não podem ser objeto de uma simples regulação pelo mercado”. Cabe à política da educação “iluminar o futuro por uma visão em longo prazo” e realizar “um duplo objetivo: a qualidade do ensino e a equidade” (DELORS et al., 1996, p. 28, 182, 175, 19, 20). O relatório propõem alguns pilares no processo de ensino aprendizagem norteador competências acerca do Saber ser; Saber Fazer; Saber Conhecer; Saber Conviver, definindo competências para uma proposta de modificação ou reestruturação na formação (DELORS, 1998) uma vez que a maioria dos conteúdos apontam para deficiências quanto ao conteúdo ou abordagens frente a pessoa idosa, sendo esse conteúdo pouco abordado na graduação. Descrevo abaixo resumo das respostas.

#### 4.4 Apresentações das sínteses das respostas dos IC

1. Acompanhante, orientação, risco de quedas na internação.
2. Preparo da equipe, necessidades específicas.
3. Aprendizado deficiente.
4. Assistência individualizada/ única.
5. Acompanhante, infantilização da pessoa idosa, déficit fisiológico
6. Acompanhante, orientação, diminuição de risco com realização da SAE.
7. Prevenção, qualidade de vida.
8. Déficit fisiológico, envelhecimento dinâmico, qualidade de vida, aprendizado deficiente, promoção de auto cuidado.
9. Déficit fisiológico, cuidados específicos.
10. Aprendizado deficiente, pouco literatura no assunto.
11. Déficit familiar, déficit econômico.
12. Déficit no auto cuidado, acompanhante , família, cuidador.
13. Fragilidade do idoso, assistência integral, déficit fisiológico, alterações bio psico sócio econômica espiritual.
14. Idoso com maior incidência de doenças.
15. Dificuldade de realizar SAE, idoso sem formação, analfabetismo.
16. Assistência específica, déficits fisiológicos, cuidador, auto cuidado, promoção de cuidado no fator doença.
17. Orientação, qualidade de vida.
18. Aprendizado deficiente , acompanhante
19. Assistência específica, doenças crônico degenerativo, acompanhantes, ambiente.
20. Assistência integral, acompanhante, promoção de auto cuidado, educação / ambiente.
21. Auto cuidado, promoção em saúde, educação /orientação
22. Acompanhante do idoso, orientação.
23. Aprendizado deficiente, assistência a focada na doença, acompanhante.
24. Prevenção, olhar multidimensional
25. Assistência individualizada, foco na patologia.
26. Assistência individualizada, acomodação ambiental, minimizar riscos, acompanhante/ família.

27. Assistência individualizada, economicamente ativo, subestimar a pessoa idosa.
28. Acomodação, promoção de auto cuidado, orientação, assistência individualizada.
29. Promoção do auto cuidado.
30. Assistência individualizada, educação, ambiente e família.
31. Aprendizado deficiente, promoção do auto cuidado, igualdade.
32. Assistência integral, cuidador, família.
33. Assistência integral, família.
34. Capaz na realização da SAE, promoção do auto cuidado, hospitalar e ambiente, família, educação /orientação.
35. Aprendizado deficiente para realização da SAE.
36. Promoção do auto cuidado, aprendizagem, ambiente.
37. Capaz na realização da SAE, orientação, promoção do auto cuidado.
38. Aprendizado deficiente para realização da SAE
39. Idoso com déficits, fragilidade da pessoa idosa, acompanhante / família.
40. Aprendizado deficiente, idoso, dificuldade em realizar SAE.
41. Acompanhante de idoso, aprendizado.
42. Fragilidade na internação, acompanhante
43. Facilidade de realização da SAE, assistência individualizada, orientar, educar, família, acompanhantes.



Este estudo proporciona um mergulho no olhar do enfermeiro frente à percepção e compreensão dos conhecimentos ao lidar com pessoas idosas hospitalizadas, averiguar como é a execução da atividade norteadora da profissão, sendo essa uma exigência legal em seu exercício profissional a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Para análise da percepção dos enfermeiros frente realização da sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, buscamos um resgate frente às inquietações do autor e sua trajetória profissional, mergulhando desde sua formação, uma vez que o mesmo é enfermeiro e sua perspectiva quanto sua formação contextualizando com sua experiência profissional, podendo delinear o campo de estudo escolhido para essa pesquisa.

Apontando neste estudo de como se faz o estudo do sujeito frente sua formação no âmbito nacional, entendendo sua formação do ponto de vista curricular e prático frente ao trabalho que realiza.

A dimensão da categoria de enfermagem frente à pessoa idosa hospitalizada destaca-se o papel de que este deve conter competências multidimensionais para assegurar uma assistência de fato holística, entendendo que sua avaliação se faz através de aprender a funcionalidade desta pessoa idosa, para poder sistematizar de forma adequada sua assistência, assim norteando através de ações específicas seus cuidados registrados na realização da sistematização da assistência de enfermagem diária. Sendo de grande relevância o estudo para que os enfermeiros tenham outro olhar e busquem maior entendimento com auxílio de capacitações e formações para atuar com este público em específico. Frente análise dos quadros é percebido que há de fato uma grande lacuna na formação que o legitima como profissional, após agrupamento das sínteses das respostas.

As respostas obtidas foram agrupadas por similaridade e prisma nos “Quatro Saberes” propostos por Dellors (1998), e avaliadas conforme peso dado pelo grupo estudado a cada item de competência para o profissional enfermeiro, de forma que contribua o planejamento da SAE para o paciente idoso internado.

Da análise geral deduz que o enfermeiro apesar de ter convívio com a pessoa idosa internada expressam dificuldades em prestar assistência à essa clientela hospitalizada em específico, apontando como causa principal sua formação.

Apresento uma proposta em quadro que poderá nortear as formações futuras, servindo como material de apoio, e aumento do referencial teórico no assunto.

**Quadro 48.** Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do *Saber Ser* proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.

<b>SABER SER</b>
<p><b>INDICADOR: = Competência a desenvolver na formação para enfermeiros.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conhecer economia;</b></li> <li>• <b><u>Conhecer Pedagogia; ( Aprender, Aprender com a pessoa idosa e Ensinar)</u></b></li> <li>• <b>Conhecimento comportamental;</b></li> <li>• <b>Conhecer Sociologia;</b></li> </ul>

**Legenda:** conforme agrupamento das respostas dos sujeitos da pesquisa, os enfermeiros: questões de ensino aprendizagem dificultam a assistência com a pessoa idosa.

**Quadro 49.** Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do *Saber Fazer* proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.

<b>SABER FAZER</b>
<p><b>INDICADORES: = Competência a desenvolver na formação para enfermeiros</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Avaliação Global ou multidimensional m para pessoa idosa;</u></b>  <b>(Entender a pessoa idosa nas dimensões, biológica, social psicológica, social, espiritual, econômica)</b></li> </ul>

**Legenda:** conforme agrupamento das respostas dos sujeitos da pesquisa, os enfermeiros descreveram dificuldade em avaliar a pessoa idosa por falta de conteúdos direcionados à este público.



**Quadro 50.** Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do Saber Conhecer proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.

<b>SABER CONHECER</b>
<p><b>INDICADORES:= Competência a desenvolver na formação para enfermeiros.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Conhecimento da Anatomia e Fisiologia e Patologia</u></b> ( <i>direcionado para pessoa idosa</i>).</li> <li>• <b>Outros saberes: (do contexto: Biologia Humana, Sociologia, Espiritual, Econômico, Psicológico)</b></li> </ul>

**Legenda:** conforme agrupamento das respostas dos sujeitos da pesquisa, os enfermeiros descreveram dificuldade em avaliar a pessoa idosa por falta de saber identificar as especificidades da pessoa idosa com relação aos processos de saúde doença e distribuição dessa população na sociedade.

**Quadro 51.** Representação conforme pilar da educação proposto no relatório (Delors 1996), na vertente do Saber Conviver proposto em “O enfermeiro frente a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada”. São Paulo 2010.

<b>SABER CONVIVER</b>
<p><b>INDICADOR:= Competência a desenvolver na formação para enfermeiros.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Relações pessoais e interpessoais</u></b> (Família, entendimento de outras famílias ou cuidadores formais ou não com a pessoa idosa).</li> </ul>

**Legenda:** conforme agrupamento das respostas dos sujeitos da pesquisa, os enfermeiros necessitam entender o papel do idoso, a família do idoso e outras pessoas que fazem parte do cenário de convívio diário com a pessoa idosa.

Finalizando o estudo foi possível construir uma visão crítico - reflexiva com relação à percepção do enfermeiro que desenvolve a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada, a busca constante de formação para entender que o processo de envelhecimento é dinâmico, plural e insere múltiplos saberes para apreender o cuidado necessário para esse público em específico. Conseguimos através deste estudo delinear um perfil de competências e indicadores que possa facilitar a busca de aperfeiçoamento quando os interessados na temática da Gerontologia.

As propostas de construções dessas competências norteiam ações que possa trazer outros benefícios, é evidente que a questão de entender o envelhecimento é inquietante e instiga a busca de mais saberes, e o pressuposto do perfil traçado no quadro não tem a pretensão de encerrar a discussão acerca da temática, visto o dinamismo que as competências devem ser desenvolvidas.

O processo de cuidar é complexo exigindo comprometimento profissional e pessoal, pois existem situações que perpassam o conhecimento teórico, fazendo necessária articulação da visão pessoal, não se esquecendo que o profissional é legitimado para atuação profissional, seguindo um arcabouço ético e moral e legal, pois acredito que o aumento desta população de velhos no País, exija cada vez mais pessoas habilitadas no mercado de trabalho que seja atuante nesta frente específica.

Torna-se necessário conscientizar que busquem qualificação e atualização, para que estejam preparados continuamente a atender essa demanda da própria instituição campo de estudo, agregar sua aptidão ao desenvolver a sistematização poderá ser um começo, pois a população de idosos hospitalizados é bastante presente no local, pois os mesmos, devem sentir-se preparados uma vez que visualizamos que estes já apresentam experiência com esse público e já realizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Finalizo através da percepção que existem necessidades inerentes a formação formal e sugiro formações continuadas para todos os profissionais que participaram deste estudo, pois essa ação poderá incluir esse enfermeiro num olhar diferenciado prestando uma assistência mais qualificada e completa para nosso objeto de estudo desta pesquisa.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Andrade MN, Araújo LCA, Lins LCS, et al. Estágio curricular: avaliação de experiência. Rev Bras Enferm 1989; 42: 27-41.

Angelo M. Educação em Enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP 1994; 28(1): 11-4.

Assis, M. 2004. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de atenção ao Idoso [ tese ]. Rio de Janeiro UERJ / UnATI.

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bouso RS, Merighi MABM, Rolim MA, Riesco MLG, Angelo M. Estágio curricular em enfermagem: transição de identidades. Rev. Esc. Enferm. USP 2000; 34(2): 218-25.

Brasil. Portaria n. 1721 de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 16 dez. 1994. Seção 1, p. 19801-2.

Brummel - Smith, K. Rehabilitation. In: HAM, R.J.; SLOANE,P.D. Primary care geriatrics - case - based approach. 3ed. New York: Mosby, 1997. In, DIOGO, M. J. O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em 26 Abr. 2010.

Buriolla MAF. O estágio supervisionado. São Paulo: Cortez,1999.

Butler, M. Geriatric rehabilitation nursing. Rehabil.Nurs., v. 16, n. 6, p. 318-21, 1991. In, Diogpo, M. J. O Papel da Enfermeira na Reabilitação do Idoso. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em 26 Abr. 2010.

Camarano, Ana Amélia e El GHAOURI, Solange Kanso. (1999)

Camarano, Ana Amélia(2003). Mulher Idosa: Suporte Familiar ou agente de Mudança? In: Revista Estudos Avançados. USP. No prelo.

Campedelli, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. Rev. Paul. Hosp., v. 31, n. 9/10, p. 198-200, 1983.

Carvalho AM. Orientação e ensino de estudantes de enfermagem no campo clínico. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1972.

Cavalcanti, M.C.T. Conversando com a pessoa a ser amputada: uma contribuição à psicologia médica. Campinas, 1991. 276p. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Cervo A L. Metodologia Científica. São Paulo: Prentice Hall; 2002.

Chaves EC, Ferraz ER, Ishii S, Ciosak SI, Miyadahira AMK. Ensino de campo: sua importância na formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP 1981; 15(2): 135-40.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.

Costa MLAS. Ensino de enfermagem no campo clínico: dificuldades relatadas por um grupo de professores. Acta Paul Enferm 1997; 10(3): 55-61.

Cunha LS. Formação inicial do professor da educação básica: contribuições da teoria sobre o professor reflexivo no estágio supervisionado. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Educação da USP; 2003.

Delors J. Educação: um tesouro a descobrir São Paulo: Cortez; 1998. p.11-102

Diogo MJD'E. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. Rev. panam. salud pública 2003; 13:395-9.

Diogo, M.J. A consulta de enfermagem centrada nas atividades da vida: proposta de assistência ao idoso com amputação de membros inferiores. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Diogo, M.J. A problemática do idoso submetido à amputação de membros inferiores. São Paulo, 1990. 137p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Diogo, M.J; CAMPEDELLI, M.C.; CEOLIM, M.F. Alterações das atividades pessoais no idoso com amputação. Gerontologia, v. 2, n. 2, p. 59-68, 1994.

Ewan CE. Teaching Nursing. A self instructional handbook. New York: Croom Helm; 1984.

Facó L. Estágio: uma experiência em administração escolar. Fortaleza: A Fortaleza; 1973.

Fávero N. O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado.[livre docência].Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP;1996.

Ferrari, M.A.C., 1999. O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, 23(4), 197:203.

Filho, E.T.C., 1997. Fisiologia do Envelhecimento. In: NETO, M.P. (org.) *Gerontologia*, pp.60-69, São Paulo: Atheneu.

Franqueiro JNV. Formação gerontológica em um curso de graduação em enfermagem – análise curricular mediante as novas diretrizes da educação. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2002.

Fuszard B. Innovative teaching strategies in nursing. Rockville: Aspen Publishers; 1989.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese do desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, 2001; 35(1): 80-7.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.

Gordilho, A. et al., 2000. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro, UnATI/UERJ.

Hartz, Z.M.A., 1997. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Henry JM. Gaming: a teaching strategy to enhance adult learning. *Contin. Educ.*1997; 28(5): 231-4. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In AMARANO (org). *Muito Além dos 60 anos*.

Jacob Filho W. Envelhecimento e atendimento. In: Duarte YAO, Diogo MJD'E, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000.

Kalache, A et al. O envelhecimento da população mundial, um desafio novo. Rev Saúde Pública, v 21 n.3, p.200-10, 1987.

Kalache, A., 1999. *Active ageing makes the difference*. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 77 (4).

Lanthier MGC. O professor de enfermagem: atuação em campo clínico. [dissertação] Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1983.

Lima MSL. A hora da prática: reflexões sobre o estágio supervisionado e ação docente. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2001.

Magalhães LMT. O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança: os referenciais de um novo processo de formação. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Mendes MMR. O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994 – mudança de paradigma curricular? [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 1996.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec – ABRASCO; 1993.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.

Ministério da Educação e Cultura (BR). Secretaria do Ensino Superior. Programa de Integração Docente – Assistencial – IDA. Brasília (DF), 1981. 32p. Cadernos da Ciência da Saúde, n. 3.

Monteiro, M.E., CAMPEDELLI, M C. Atuação de enfermagem em geriatria: uma nova concepção dentro de um hospital geral, Acta Paulista de Enfermagem, v.2 n.2, p.46-60, jun.1989.

Néri, A.L. e CACHIONI, M., 1999. Velhice bem-sucedida e educação. In: NÉRI, A.L. e Debert, G.G. (orgs.) *Velhice e Sociedade*, pp.113-140. São Paulo: Papirus.

NICOLA, I.P., 1999. Formação de Recursos Humanos para uma Ação Educativa Gerontológica. Gerontologia, 7(4):178-191.

Oguisso TA. A legislação do ensino de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1976; 10 (2): 202-18.

Ohl RIB. Ser despreparado X Ser profissional: A ambigüidade entre o perceber e o agir do professor de fundamentos de enfermagem frente as experiências do aluno de graduação no hospital. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1995.

OPAS, 2000. Envejecimiento y salud: um cambio de paradigma. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am/Public Health*, 7(1):60-67.

Paschoal, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap. 28, p. 313-23.

Paula, J.A.M.; TAVARES, M. da C.G.C.F; DIOGO, M.J.D'E. Avaliação funcional em . *Gerontologia*, v. 6, n. 2, p. 81-8, 1998.

Perez, E.A. Enfermeria gerontologica: conceptos para la practica, Organizacion Panamericana de la Salud, 1993.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. 3ª Ed Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Prado C. Ensino – aprendizagem da escala de coma de Glasgow – análise de duas técnicas em enfermeiros do serviço de emergência. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Quinn FM. The principles and practice of nurse education. London: Chapman and Hall; 1988.

Ramos, L.R. O país do futuro não pensa no futuro, *Gerontologia*. v.3 n.1 p.52-54, 1995.

Rodrigues RM. Teoria e Prática Assistencial na enfermagem: o ensino e o mercado de trabalho. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2000.

Roesch SMA. Projetos de estágios e de pesquisa em administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudos de caso. São Paulo: Atlas; 1999.



Rowe, J.W. e KAHN, R.L., 1997. Successful Ageing. *The Gerontologist*, 37(4):433-440.

Salgado, C.R., LARROCA, S., ASNÁRIZ, T. et al., 2000. *Reflexiones sobre la vejez em el mundo contemporaneo miradas desde el principio de autonomia*. Disponível em internet: <http://www.aghu.org/vejez.htm>.

Santos EF, et al. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 1997.

Scrutton, S., 1992. *Ageing, healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people*. London: Chapman and Hall.

Spark&Taylor, 2007 Manual de Diagnóstico de Enfermagem. Rio de Janeiro 6ª Ed. Guanabara.

Telles, V.L., 2001. *Pobreza e Cidadania*. São Paulo: Trinta e Quatro.

Tetila ZF. Estágio supervisionado: Diagnóstico de proposta de reformulação para os cursos do Centro Universitário de Dourados UFMS. [dissertação] São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1984.

Tronchin DMR, Silva MRB, Gualda DMR. O enfermeiro assistencial e a formação do aluno de graduação. In: Anais do IV Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo; 1998; São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo; 209-21.

Valsecchi EASS, Nogueira MS. Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(6): 819-24.

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

Veras, R.P., 2002. *Terceira Idade. Gestão contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará.

Vieira CM, Glashan, RQ. Aspectos gerais da anatomia e fisiologia do envelhecimento – uma abordagem para o enfermeiro. *Acta Paul Enferm*. 1996;9 (3):24-30.

Vilela, A B A “Envelhecimento Bem Sucedido. Rev. Saúde. Com 2006; 2(2): 101-114

Zborowski IP. A comissão de ética de enfermagem na visão do enfermeiro. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.



## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Enfermeiro (a),

Eu, Cleber Silvestre Leoncio, mestrando em Gerontologia do Programa de Pós - graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP, estou realizando a pesquisa intitulada:

#### **O ENFERMEIRO FRENTE À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, acerca da percepção dos Enfermeiros que realizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada.

Sua participação consiste em responder um instrumento de coleta de dados(questionário dividido em duas partes: Sendo Parte I com caracterização do sujeito da pesquisa e alternativas de afirmação, negação e descrição da percepção como Enfermeiro de que é a pessoa idosa e as formas de assistência prestada /ou realização da SAE. E a parte II composta por uma pergunta norteadora aberta indo ao encontro do objetivo geral da pesquisa.

#### **Objetivo geral**

- Identificar a percepção dos enfermeiros em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE da pessoa idosa hospitalizada.

#### **Objetivos Específicos:**

- Apresentar a percepção dos enfermeiros ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada;
- Analisar a percepção dos enfermeiros ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através dos conteúdos respondidos no Instrumento de Coleta de Dados (anexo II);
- Identificar as competências necessárias para desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem com a pessoa idosa hospitalizada.

Não há a necessidade de identificação, sendo garantidos o anonimato e o sigilo das informações. Sua participação é voluntária, e não sofrerá qualquer tipo de prejuízo caso se recuse a participar desta pesquisa.

Agradecemos a sua atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Concordo em participar da pesquisa acima referida.

---

Sujeito da Pesquisa –Enfermeiro(a)  
Coren \_\_\_\_\_ SP  
Observação: se preferir, carimbar e rubricar.

---

Cleber Silvestre Leoncio – Pesquisador  
Enfermeiro Coren 0103479 - SP  
Contato: (0XX11) 2345 6224  
(0XX11) 7880 0533  
e-mail: [c.leoncio@uol.com.br](mailto:c.leoncio@uol.com.br)  
Orientadora: Profª Drª Ruth G. da C. Lopes / PUC-SP  
e-mail: [ruthgclopes@pucsp.br](mailto:ruthgclopes@pucsp.br)

## ANEXO II

### INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

#### I. Caracterização dos sujeitos da pesquisa:

1. Idade: \_\_\_\_\_
  2. Sexo:  Feminino  Masculino
  3. Ano de formação em Enfermagem (graduação): \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ ano)
  4. Início de atuação na instituição como enfermeiro: \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mês/ ano)
  5. Unidade de trabalho: \_\_\_\_\_
  6. Realização de cursos de pós-graduação (concluídos):
    - sim  não
    - Especialização Qual (is)? \_\_\_\_\_
    - Mestrado. Área? \_\_\_\_\_
    - outros \_\_\_\_\_
- 7-Quem você considera a pessoa idosa internada no Brasil.
- acima de 55 anos de idade  acima de 60 anos de idade  acima de 65 anos de idade.
8. Você já exerceu sistematização da Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) relacionada à pessoa idosa?
- sim  não
- 8.1. Se sim, em qual(is) situação (ões)? **Poderá ser assinalada mais de uma questão.**
- 1- acompanhamento e orientação da pessoa idosa;
  - 2- acompanhamento ou cuidador formal de uma pessoa idosa;
  - 3- cuidados ao paciente hospitalizado idoso/elaboração da sistematização da assistência de enfermagem – prescrição de cuidados de enfermagem à pessoa idosa;
  - 4- acompanhamento e orientação para a família da pessoa idosa.

**II – Pergunta norteadora**

1. Como enfermeiro (a), qual é a sua percepção ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem da pessoa idosa hospitalizada?

Obrigado.

Cleber Silvestre Leoncio

**ANEXO III**  
**RESOLUÇÃO COFEN Nº 272/2002**

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras

O Conselho Federal de Enfermagem - Cofen, no uso de suas atribuições legais e regimentais;  
CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII e 197;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498/86 c.c. o Decreto nº 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas "c", "i" e "j" e artigo 8º, alíneas "c", "e" e "f";

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções-COFEN nºs 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN Nº 48/97;

RESOLVE:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente:

A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem

Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

**Histórico:** Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

**Exame Físico:** O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas:

inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

**Diagnóstico de Enfermagem:** O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

**Prescrição de Enfermagem:** É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

**Evolução de Enfermagem:** É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Artigo 2º - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por:

- Histórico de enfermagem
- Exame Físico
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrição da Assistência de Enfermagem
- Evolução da Assistência de Enfermagem
- Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

Artigo 4º - Os CORENS, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem,



na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;

Artigo 5º - É de responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

Artigo 6º - Os casos omissos, serão resolvidos pelo COFEN.

Artigo 7º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

Gilberto Linhares Teixeira

COREN-RJ nº. 2.380

Presidente

Carmem de Almeida da Silva

COREN-SP nº. 2.254

Primeira Secretária

## ANEXO IV

Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS** **FR - 32350**

Projeto de Pesquisa O ENFERMEIRO FRENTE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA			
Área de Conhecimento 7.00 - Ciências Humanas - 7.02 - Sociologia	Grupo Grupo I	Nível	
Área(s) Temática(s) Especial(s) Novos Procedimentos,			Fase Não se Aplica
Unitermos ENFERMEIRO, SAE, IDOSO			
<b>Sujeitos na Pesquisa</b>			
Nº de Sujeitos no Centro 180	Total Brasil 180	Nº de Sujeitos Total 180	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO
<b>Banco de Materiais Biológicos</b> NÃO			
<b>Pesquisador Responsável</b>			
Pesquisador Responsável Cleber Silvestre Leoncio		CPF 254.173.588-00	Identidade 28731785-7
Área de Especialização ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR		Maior Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASILEIRA
Endereço RUA BAÍA GRANDE, 744 / APTO 32 / BLOCO 4		Bairro VILA BELA	Cidade SÃO PAULO - SP
Código Postal 03202-000	Telefone 011 2070 6216 / 011 2345 6224	Fax 011 2294 7686	Email c.leoncio@uol.com.br
<b>Termo de Compromisso</b>			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.			
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.			
Data: ____/____/____		Assinatura	
<b>Instituição Onde Será Realizado</b>			
Nome CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA- SP		CNPJ 60.742.616/0001-60	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão CEP		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO
Endereço RUA SANTA MARCELINA, 177		Bairro ITAQUERA	Cidade SÃO PAULO - SP
Código Postal 08270-070	Telefone 11 6170-6237	Fax 11 6524-9260	Email comissoes@santamarcelina
<b>Termo de Compromisso</b>			
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Nome: _____		Assinatura	
Data: ____/____/____			

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 11/03/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

## ANEXO V



Comitê de Ética em Pesquisa - CSSM  
Rua Santa Marcelina, 177- CEP: 08270-070 - São Paulo - SP  
Fone (011) 2070-6433 www.santamarcelina.org - [comissoes@santamarcelina.org](mailto:comissoes@santamarcelina.org)

CEP/CSSM N° - 25/10  
Folha de Rosto nº 323500  
CAAE nº 0025.0.270.000-10

São Paulo, 29 de abril de 2010.

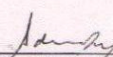
Ilmo. (a). Sr. (a).

Investigador (a) Principal: Cleber Silvestre Leônico

Ref.: Projeto de Pesquisa

Vimos por meio desta informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina analisou e aprovou em reunião realizada em 28/04/2010 o projeto de pesquisa intitulado: **"O enfermeiro frente a sistematização da assistência de enfermagem da pessoa idosa hospitalizada."**

Atenciosamente,

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Adnan Nesar  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CSSM

Solicitamos que encaminhe os relatórios parciais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança/toxicidade da medição para que possamos fazer o devido acompanhamento deste estudo.

# 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](#)