



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Valdenir Almeida da Silva

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOAS
IDOSAS EM HOSPITALIZAÇÃO
PROLONGADA**

Salvador
2011

Valdenir Almeida da Silva

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOAS
IDOSAS EM HOSPITALIZAÇÃO
PROLONGADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre na linha de pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Orientadora: Professora Dra. Maria do Rosário de Menezes

Salvador
2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

S586 Silva, Valdenir Almeida da
O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização
prolongada / Valdenir Almeida da Silva. – Salvador, 2011.
136 f.
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria do Rosário de Menezes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2011.

1. Idoso. 2. Hospitalização. 3. Cuidados de enfermagem. 4.
Envelhecimento. 5. Internação. 6. Geriatria. I. Menezes, Maria
do Rosário. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU: 616-053.9

O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS EM HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre na linha de pesquisa: O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano.

Aprovada em 19 de dezembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Maria do Rosário de Menezes *Maria do Rosário de Menezes*
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia - EEUFBA

Alda Britto da Motta *Alda Britto da Motta*
Doutora em Educação e professora da Universidade Federal da Bahia - FFCH

Therezinha Teixeira Vieira *Therezinha Teixeira Vieira*
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia - EEUFBA

Álvaro Pereira *Álvaro Pereira*
Doutor em Enfermagem e professor da Universidade Federal da Bahia - EEUFBA

Dedico este trabalho a todas as pessoas idosas que, necessitadas e padecendo de males físicos e sociais, se colocam em nossas mãos sedentas por cuidados.

AGRADECIMENTOS

*“O caminho é longo! É preciso chegar ao fim...
É preciso ter coragem, correr os riscos, enfrentar o perigo constante...
O caminho não está feito... É preciso construí-lo todos os dias, arrancando
espinhos, derrubando barreiras, aterrando vales...
Às vezes o caminho é solitário. É preciso um amigo!”*

Agradeço àqueles que estiveram comigo nesta jornada.

A **Deus**,

pela vida, pela força, pela luz e pela capacidade de discernimento.

Aos **meus familiares**,

pai, mãe, irmãos e sobrinhos pelos incentivos e por acreditarem sempre em mim.

A **Professora Maria do Rosário**,

pelas orientações, confiança, incentivo e pela partilha do saber.

Aos **amigos**,

que estiveram comigo neste caminhar, apoiando-me e incentivando-me: Érica, André, Mileide, Roberto, Jonas.

A **Amauri**,

pela presença.

Ao **Hospital Universitário Professor Edgar Santos**,

pelo apoio recebido através da Coordenação de Enfermagem, do Serviço de Assistência Intermediária, da Unidade Coronariana e dos colegas enfermeiros.

Ao **Centro Geriátrico Júlia Magalhães**,

pelo apoio e acolhida.

Ao **Grupo NEVE**,

Pelas momentos e informações compartilhados.

Aos **colegas e amigos** que conquistei durante esta jornada,

Fabíola, Cristina, Andréa e Taíze pela solidariedade, troca de saberes e apoio mútuo.

Acho que a vida humana não se mede nem por batidas cardíacas nem por ondas cerebrais. Somos humanos, permanecemos humanos enquanto estiver acesa em nós a chama da esperança da alegria. Desfeita a esperança da alegria, a vida perde o sentido.

(Rubem Alves. Desfiz 75 anos)

RESUMO

O crescimento da população idosa somada à mudança no perfil epidemiológico com maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis acarreta profundas repercussões nos serviços de saúde, sobretudo pelo impacto sobre as despesas com tratamentos médico e hospitalar. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. A hospitalização representa para os idosos um momento de fragilidade, de medo, de associação com a morte e de dependência, pois além do sofrimento, da sensação desagradável e da insegurança que a doença ocasiona, esses pacientes irão necessitar da atenção de um conjunto de trabalhadores da saúde, dentre os quais, os enfermeiros, que tem papel fundamental no cuidado. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória, com abordagem qualitativa que teve como objeto o cuidado de enfermagem pessoas idosas em hospitalização prolongada e como questão problema: Como se dá o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada? Teve como objetivo geral: analisar o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada e objetivos específicos: identificar as necessidades de cuidados de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada; e descrever o cuidado de enfermeiras a pessoas idosas em hospitalização prolongada. O estudo foi desenvolvido em um centro geriátrico de um hospital filantrópico de grande porte, localizado na cidade de Salvador – Bahia, no período de março a abril de 2011, tendo como colaboradoras doze enfermeiras. Os depoimentos foram coletados mediante a técnica de História Oral, analisados conforme a técnica análise categorial temática e interpretados segundo os pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal. As categorias emergentes foram: as enfermeiras cuidadoras de pessoas idosas em hospitalização prolongada; as pessoas idosas em hospitalização prolongada; o cuidado às pessoas idosas em hospitalização prolongada; e a relação das enfermeiras com as pessoas idosas em hospitalização prolongada. As necessidades de cuidados identificadas estão em sua maioria relacionados com a dimensão física do envelhecimento e do processo de doença. Já os cuidados emergiram em estreita relação com as necessidades identificadas, ou seja, também voltados para a dimensão física. Apesar de as enfermeiras reconhecerem as dimensões subjetivas do cuidado, não elencaram tais dimensões dentre os cuidados que prestam.

Palavras-chave: **IDOSO; HOSPITALIZAÇÃO; CUIDADOS DE ENFERMAGEM; ENVELHECIMENTO; TEMPO DE INTERNAÇÃO.**

ABSTRACT

The growth of the old population plus the change in the epidemiological profile with a higher prevalence of chronic non-transmittable diseases causes profound impact on health services, particularly the impact on the costs of medical treatments and hospital. The elderly consume more health services, are more frequent in hospital admissions and the length of hospital bed occupancy is greater than that of other age groups. The elderly hospitalization represents a moment of weakness, fear of association with death and dependency, as well as suffering, and the unpleasant feeling of insecurity that causes the disease, these patients will require the attention of a group of health workers, among which nurses that plays a primal role in care. This is an exploratory research with a qualitative approach that aimed at the elderly nursing care and prolonged hospitalization in issue as a question: How is the nursing care for the elderly in prolonged hospitalization? Had as general objective: to analyze the nursing care for the elderly in prolonged hospitalization and the specific objectives are: to identify the needs of nursing care for the elderly in prolonged hospitalization, and describe the care of nurses for the elderly in prolonged hospitalization. The study was conducted in a geriatric center of a large charity hospital, located in the city of Salvador - Bahia, in the period march to april of 2011, with twelve nurses as collaborators. The testimonies were collected by the technique of oral history, analyzed according to the technical thematic categorical analysis and interpreted according to the assumptions of transpersonal caring theory. The categories were: nurses caring for older people in prolonged hospitalization, the elderly in prolonged hospitalization, the care of older people in prolonged hospitalization, and the relationship of the nurses with older people in prolonged hospitalization. The care needs identified are mostly related to the physical dimension of aging and the disease process. The care emerged in close relation with the needs identified, ie, also focused on the physical dimension. Despite the nurses acknowledging about subjective dimensions of care, such dimensions were not listed among the care they provide.

Keywords: ELDERLY; HOSPITALIZATION; NURSING CARE; AGING PROCESS; LENGTH OF HOSPITAL STAY.

RESUMEN

El crecimiento de la población mayor sumada, al cambio en el perfil epidemiológico con mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, provoca profundas repercusiones en los servicios de salud, sobre todo por el impacto en los gastos con los tratamientos médicos y hospitalarios. El paciente mayor consume más servicios de salud, las internaciones son más frecuentes y el tiempo de ocupación del lecho es mayor del que el de otros grupos de edad. La hospitalización representa para los mayores un momento de fragilidad, de miedo, de asociación con la muerte y de dependencia, pues además del sufrimiento, de la sensación desagradable y de la inseguridad que la enfermedad provoca, esos pacientes van a necesitar de la atención de un conjunto de trabajadores de la salud, entre los cuales, los enfermeros, que desempeñan un rol fundamental en el cuidado. Se trata de una investigación de naturaleza exploratoria, con enfoque cualitativo que tuvo como objeto el cuidado de enfermería con personas mayores en hospitalización prolongada y como cuestión problema: ¿Cómo se dá el cuidado de enfermería a personas mayores en hospitalización prolongada? Tuvo como objetivo general: analizar el cuidado de enfermería a personas mayores en hospitalización prolongada y objetivos específicos: identificar las necesidades de cuidados de enfermería a personas mayores en hospitalización prolongada; y describir el cuidado de las enfermeras a personas mayores en hospitalización prolongada. El estudio fue desarrollado en un centro geriátrico de un hospital filantrópico de gran porte, localizado en la ciudad de Salvador – Bahia, en el período de marzo a abril de 2011, teniendo como colaboradoras doce enfermeras. Las entrevistas fueron recolectadas mediante la técnica de Historia Oral, analizadas conforme la técnica de análisis categorial temática e interpretadas según los presupuestos de la Teoría del Cuidado Transpersonal. Las categorías emergentes fueron: las enfermeras cuidadoras de personas mayores en hospitalización prolongada; las personas mayores en hospitalización prolongada; el cuidado a las personas mayores en hospitalización prolongada; y la relación de las enfermeras con las personas mayores en hospitalización prolongada. Las necesidades de cuidados identificadas están en su mayoría relacionadas con la dimensión física del envejecimiento y del proceso de la enfermedad. Ya, los cuidados emergieron en estrecha relación con las necesidades identificadas, o sea, también orientados para la dimensión física. A despeito de que las enfermeras reconozcan las dimensiones subjetivas del cuidado, las mismas no consideraron tales dimensiones entre los cuidados que prestan.

Palabras-clave: **MAYOR; HOSPITALIZACIÓN; CUIDADOS DE ENFERMERÍA; ENVEJECIMIENTO; TIEMPO DE INTERNACIÓN.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Distribuição das colaboradoras segundo a idade em anos.....	60
Figura 02 - Distribuição das colaboradoras segundo a religião referida.....	63
Figura 03 - Distribuição das colaboradoras segundo a situação conjugal.....	64
Figura 03 - Distribuição das colaboradoras segundo o tempo de graduadas.....	65
Figura 05 - Distribuição das colaboradoras segundo o tempo de trabalho no serviço pesquisado.....	65

LISTA DE FLUXOGRAMAS

- Fluxograma 01** - Processo de cuidado estabelecido pelas enfermeiras na admissão da pessoa idosa.....108
- Fluxograma 02-** Processo de cuidado estabelecido pelas enfermeiras diariamente no cuidado de pessoas idosas em hospitalização prolongada.....109

LISTA DE QUADRO

Quadro 01: Correlação entre os elementos do processo de cuidado segundo Jean Watson com as necessidades de cuidado identificadas e os cuidados implementados na população pesquisada.....	115
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LSITA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD - Atividades da Vida Diária

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNDI - Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil

d.C. – depois de Cristo

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI's - Instituições de Longa Permanência para Idosos

mmHg – Milímetros de mercúrio

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

OSID – Obras Sociais Irmã Dulce

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SISNEP - Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UP – Úlcera por pressão

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento	24
2.1.1 Perfil social e econômico dos idosos brasileiros	28
2.1.2 Efeitos do envelhecimento sobre o sistema de saúde	31
2.2 Processo de envelhecimento	31
2.3 A hospitalização prolongada de pessoas idosas	33
2.4 Políticas públicas para as pessoas idosas	35
2.5 O cuidado a pessoas idosas	37
2.5.1 O cuidado	37
2.5.2 O cuidado de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas	40
2.6 A Teoria do Cuidado Transpessoal	41
3 METODOLOGIA	48
3.1 Tipo de estudo	48
3.2 <i>Lócus</i> do estudo	48
3.3 Colaboradoras do estudo	49
3.4 Coleta dos depoimentos	50
3.5 Análise dos depoimentos	52
3.6 Aspectos éticos	54
4 RESULTADOS	55
4.1 AS COLABORADORAS DO ESTUDO	55
4.1.1 Apresentação	55
4.1.2 Contextualização das características	59
4.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS COM AS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS	67
4.2.1 As enfermeiras cuidadoras de pessoas idosas em hospitalização prolongada	67
4.2.1.1 O ingresso no serviço como estagiárias e a deficiência referida na formação acadêmica	67
4.2.1.2 A Geriatria / Gerontologia como área de exclusão para o exercício profissional	69

4.2.1.3	A gratidão pelo reconhecimento do papel de cuidadoras.....	72
4.2.1.4	Reações das enfermeiras diante da morte de pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	74
4.2.2	As pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	77
4.2.2.1	A falta de cuidados e os maus tratos no domicílio.....	77
4.2.2.2	O abandono das pessoas idosas no hospital pelos familiares.....	81
4.2.2.3	A infantilização da velhice.....	86
4.2.2.4	Sofrendo as repercussões da hospitalização prolongada.....	87
4.2.3	O cuidado às pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	90
4.2.3.1	As especificidades das pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	90
4.2.3.2	Condições necessárias para o cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	92
4.2.3.3	A concepção acerca do cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	94
4.2.3.4	As demandas de cuidados por pessoas idosas em hospitalização prolongada gerando a ação das enfermeiras.....	97
4.2.3.5	A rotina do cuidado de enfermeiras a pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	107
4.2.3.6	O cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada como atributo da equipe multiprofissional.....	110
4.2.4	A relação das enfermeiras com as pessoas idosas em hospitalização prolongada.....	110
4.3	RELACIONANDO OS ELEMENTOS DO PROCESSO DE CUIDADO DE JEAN WATSON COM AS NECESSIDADES IDENTIFICADAS E OS CUIDADOS REALIZADOS.....	114
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
	REFERÊNCIAS.....	122
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados.....	132
	APÊNDICE C – Carta Convite.....	133
	APÊNDICE D – Plano de análise.....	134

APÊNDICE E – Cronograma.....	135
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	136

APRESENTAÇÃO

O presente estudo é uma dissertação de mestrado desenvolvida com o objetivo geral de analisar o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada.

Fundamentado no significado da palavra dissertar como sendo o discorrer sobre um determinado assunto e dissertação, no sentido metodológico, como sendo o documento que reúne, analisa e interpreta informações, desenvolveu-se o presente trabalho, a partir dos depoimentos das enfermeiras que cuidam de pessoas idosas hospitalizadas, em centro geriátrico, localizado na cidade do Salvador – Bahia. Aplicando-se a técnica de análise de conteúdo, chegou-se às categorias empíricas apresentadas e discutidas.

Seu conteúdo está estruturado em três blocos. O primeiro bloco contém os elementos pré-textuais; o segundo, o texto propriamente; e o terceiro, os elementos pós-textuais.

Como elementos textuais, apresentam-se a introdução; uma breve revisão da literatura sobre os aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento; as políticas públicas voltadas para as pessoas idosas; a hospitalização prolongada de pessoas idosas; o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada; e sobre a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson como referencial fundamental à discussão. Em seguida, apresenta-se a metodologia.

Nos resultados são apresentadas as colaboradoras, seguida pela caracterização das mesmas. Na continuidade, são apresentadas e discutidas as categorias encontradas e suas respectivas subcategorias. A primeira categoria refere-se às enfermeiras cuidadoras de pessoas idosas em hospitalização prolongada, tendo como subcategorias (1) o ingresso no serviço como estagiárias e as deficiências referidas na formação acadêmica; (2) a geriatria / gerontologia como área de exclusão para a atuação profissional; (3) a gratidão pelo reconhecimento do papel de cuidadoras; e (4) as reações diante da morte de pessoas idosas em hospitalização prolongada. A segunda categoria refere-se às pessoas idosas em hospitalização prolongada, tendo como subcategorias: (1) a falta de cuidado e os maus tratos no domicílio; (2) o abandono familiar das pessoas idosas no hospital; (3) a infantilização da velhice; e (4) sofrendo as repercussões da hospitalização prolongada. A terceira categoria refere-se ao cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada, tendo como subcategorias: (1) as especificidades das pessoas idosas em hospitalização prolongada; (2) as condições necessárias para o cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada; (3) a concepção acerca do cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada; (4) as demandas de cuidados por pessoas idosas em hospitalização prolongada gerando a ação das enfermeiras;

(5) a rotina de cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada; (6) o cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada como um atributo da equipe multiprofissional. A quarta categoria refere-se à relação das enfermeiras com as pessoas idosas em hospitalização prolongada. Em seguida, apresenta-se a correlação estabelecida entre os elementos do processo de cuidado segundo Jean Watson com as necessidades de cuidados identificadas e os cuidados realizados. Na continuação apresentam-se as considerações finais.

Como elementos pós-textuais apresentam-se as referências, apêndices contendo o cronograma, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento de coleta de dados, carta convite às colaboradoras do estudo e o plano de análise. Como anexo, o ofício de aprovação do protocolo da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como proposta contribuir para uma análise acerca do cuidado de enfermagem que vem sendo prestado a pessoas idosas, no contexto hospitalar, em situação de prolongamento da hospitalização.

O estado de doença e a hospitalização representam para o idoso um momento de fragilidade, angústia, medo (LÁZARO, 1994; CARVALHAIS; SOUSA, 2007) insegurança e depressão por tirá-lo do seu habitat e o expor a um ambiente extremamente tecnocrata e despersonalizado. A submissão a normas rígidas do serviço, a separação de objetos pessoais como óculos, próteses dentária e auditiva; exposição a procedimentos diagnósticos e terapêuticos, muitas vezes agressivos, como punções, sondagens, enemas e o uso de dietas especiais, ocasionam sensações desagradáveis às quais o idoso não estava acostumado no seu cotidiano (LÁZARO, 1994; RUIPÉREZ; LLORENTE, 2002).

Somado a esses fatores, acrescenta-se o fato de a hospitalização representar um momento de solidão, pois os idosos estão, na maior parte do dia, sem os seus familiares (MARTINS; NASCIMENTO, 2005). No contexto hospitalar, as alterações no ritmo e hábitos de vida, geradas pela internação, acabam por ter efeitos mais graves sobre a recuperação da saúde. A hospitalização, por si só, já é um fator de risco para a qualidade de vida dos idosos, dada as peculiaridades do envelhecimento, às condições de fragilidade e as pluripatologias associadas.

Nesse sentido, pode ocorrer o prolongamento da internação hospitalar (CARVALHAIS; SOUSA, 2007), com a sobreposição de fatores de riscos para complicações. Dentre esses fatores, apresentam-se a exposição a elementos que prejudicam a integridade da pele, podendo advir úlceras por pressão (UP); infecção do trato respiratório, urinário e cutâneas, mais frequentemente, como, também, o desenvolvimento da síndrome confusional aguda; alterações no padrão do sono; declínio da capacidade funcional relacionada à permanência prolongada no leito e à imobilidade; estado de higiene corporal precária; desconforto relacionado à inadequação do leito, algumas vezes muito alto ou baixo, com molas ou estrados danificados; inadequação da iluminação e do piso, levando a riscos de queda.

Além do sofrimento, da sensação desagradável, da fragilidade, da exposição a diversos fatores de risco e da insegurança ocasionados pela hospitalização e pela doença, essas pessoas necessitam, ao longo da internação, de cuidados por parte de um conjunto de profissionais de

saúde, a fim de garantir uma atenção global (LÁZARO, 1994; CARVALHAIS; SOUSA, 2007).

O ambiente terapêutico é considerado um fator significativo para a recuperação e manutenção da saúde. Florence Nightingale já falava da importância da ventilação, da água, da higiene, da iluminação, do controle das infecções e do silêncio no ambiente em que se encontram as pessoas enfermas (NIGHTINGALE, 2010). Nesse sentido, cabe refletir sobre a importância do ambiente hospitalar para a recuperação dos pacientes. Será que o ambiente hospitalar tem favorecido o bem estar e o conforto dos doentes? Será que ele favorece realmente a recuperação? Os profissionais que atuam nesses ambientes são capazes de identificar os riscos a que os idosos estão expostos de modo a minimizá-los?

O enfermeiro, ao cuidar do idoso hospitalizado, deve estar atento a uma série de alterações próprias do envelhecimento. Dentre elas, as físicas, as psicológicas e as sociais que, por sua vez, justificam a necessidade de cuidados diferenciados. Com relação ao envelhecimento, Collière (2003) aborda que há necessidade de cuidados de compensação e de manutenção da vida nos contextos de doença aguda ou crônica.

O cuidado ao idoso hospitalizado deve ser pautado na continuidade, na globalidade da avaliação, na participação da família, na consideração da unicidade do ser, na otimização das capacidades individuais, na manutenção da autoestima, da individualidade e integridade. Sempre que possível, deve ser preservada a autonomia e a integração social (SANTOS, 2001; BERGER, 1995).

O cuidado, em sua natureza, sempre acompanhou a humanidade ao longo das grandes passagens da vida, englobando desde o nascimento até a morte. Através dos cuidados, o ser humano desperta para a vida, se insere no meio social e cultural concretizando assim o seu existir. O cuidar situa-se em uma encruzilhada entre a vida e a morte; comunica vida; deixa existir; desenvolve o que permite viver. Pressupõe ainda a compensação, acompanhamento, mobilização, ajuda e criação. Exige o encontro e a junção de fatores como a ânima, ou seja, o sopro de vida, a sabedoria, a ciência e a arte (COLLIÈRE, 2003).

Ao fazer um contraponto com a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, Waldow (2006) infere que o cuidado contrapõe esforços transpessoais de um ser humano para com o seu semelhante, tendo como objetivo a proteção, promoção e preservação da humanidade, numa relação de ajuda que visa o encontro de significados na doença, sofrimento, dor e na existência. Para a autora citada, o cuidado auxilia na obtenção do autoconhecimento, controle e autocura, restaurando um sentimento de harmonia interna independentemente das circunstâncias externas; cuidado é um modo de ser.

Para Waldow (2006) o cuidado significa preocupação, consideração, interesse, zelo, cautela, atenção, responsabilidade e também importar-se, proteger, gostar. Já o verbo cuidar assume a conotação de imaginar, pensar, meditar, causar inquietação, empregar a atenção.

Para além do entendimento do cuidado, em termos conceituais, é importante contextualizá-lo em seu espaço de concretização como terapêutica. O ambiente hospitalar é um dos espaços onde a enfermagem é exercida de modo altamente relacional, pressupondo, assim, todos os princípios filosóficos do cuidado. Ao definir o cuidado como um ato que pode ser autopracicado de forma autônoma ou recíproca, Collière (1999) traz à tona a variação das necessidades de cuidado em função da necessidade de ajuda sentida pelo outro. No que tange às etapas da vida, nota-se maior dependência de cuidados em fases limítrofes como o nascimento e a velhice. Nesse sentido, considerando a situação da perda de autonomia para cuidar-se, Collière (2003) considera que o cuidado representa um recurso de engenho e criatividade que permite ultrapassar os limiães da vida a fim de manter a sua continuidade. Seguindo esta linha de raciocínio, é importante a compreensão do processo de envelhecimento, a fim de evitar posturas estereotipadas e a minimização ou supervalorização de sinais e sintomas de alterações.

O envelhecimento fisiológico é entendido como um fenômeno dinâmico e progressivo com mudanças nos processos bioquímicos. Estas mudanças, por sua vez, levam a alterações funcionais e estruturais nas células, nos tecidos de sustentação e no organismo como um todo, tornando-se mais evidentes com o avançar dos anos (ELIOPOULOS, 2011).

Com a senescência ocorre uma deterioração progressiva dos processos imunológicos do organismo; uma maior vulnerabilidade aos radicais livres, que lesam componentes corporais como lipídios, colágeno e elastina, corrobora o envelhecimento. A fisiologia normal dos sistemas também sofre alterações e o idoso passa a apresentar uma capacidade reduzida de enfrentamento ao estresse que lhe é imposto no curso da internação. Ademais, a memória, a capacidade de aprendizado, o controle emocional e sensorial, a força motora e a deficiência dos sistemas reguladores do organismo levam a um aumento da morbidade nos gerontes (ELIOPOULOS, 2011).

O envelhecimento também pode ser entendido do ponto de vista demográfico, resultante de melhorias nas condições sociais, econômicas e do dinamismo entre os eventos vitais como a fecundidade, natalidade e mortalidade. Desse dinamismo resultou o incremento na população de idosos no mundo e no Brasil, onde este grupo já representa 11,3% do total de habitantes (IBGE, 2010a).

O crescimento demográfico da população idosa, somada à mudança no perfil epidemiológico, com maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, acarretam profundas repercussões nos serviços de saúde, sobretudo, pelo impacto nas despesas com tratamentos médico e hospitalar. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento permanente da equipe multiprofissional, além de intervenções contínuas (IBGE, 2009a).

Para além das repercussões do envelhecimento populacional nos serviços de saúde, procura-se destacar a responsabilidade da enfermagem no cuidado às pessoas idosas em hospitalização prolongada. Entende-se que seja um imperativo a prestação de um cuidado com foco humanístico, individualizado e que considere a pessoa idosa em suas dimensões subjetivas.

As pessoas idosas, cada vez mais numerosas nos serviços de saúde, com suas características próprias, no que tange aos aspectos biológicos, social e psicológico, requerem, dos profissionais do cuidado, uma atenção especial. Nesse sentido, faz-se patente que o enfermeiro, assim como os demais membros da equipe de saúde, compreenda o processo de envelhecimento de forma global e pautado o cuidado dispensado no atendimento das necessidades específicas das pessoas idosas.

A motivação para este estudo surgiu desde o primeiro contato com o cuidado de idosos, ao longo do curso de Residência em Enfermagem Intensivista, realizada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, no período de 2007-2008. O maior número de pessoas internadas, nas Unidades de Terapia Intensivas, era de idosos, com hospitalizações mais prolongadas do que em outras faixas etárias. Esse contexto levou ao seguinte questionamento: como ocorre o cuidado sistematizado de enfermagem neste cenário? Sobre isso, foi desenvolvido o Trabalho de Conclusão de Curso da referida Residência que teve como título: *Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a Pacientes Idosos em Unidade de Terapia Intensiva*. Neste trabalho, pôde-se constatar que o cuidado ao idoso ocorre de forma fragmentada não abrangendo o ser humano idoso de forma global (PIMENTEL; SILVA, 2008).

Já ao longo do exercício profissional, em uma unidade de internação de clínica médica de um Hospital Escola de grande porte, localizado na cidade de Salvador-Bahia, percebeu-se que também há uma predominância de pessoas idosas hospitalizadas. Tais internamentos, frequentemente são mais prolongados do que os de adultos não idosos, acarretando prejuízos,

muitas vezes irreversíveis à capacidade funcional, recuperação mais lenta e complicada, com repercussões na qualidade de vida. Além disso, os idosos tendem a apresentar pluripatologias que, associadas à internação hospitalar, acarretam mais riscos quando se considera o declínio fisiológico relacionado ao envelhecimento.

Constatou-se que, frequentemente, as pessoas idosas, em situação de internamento prolongado, requerem da enfermagem cuidados diferenciados em relação aos demais pacientes. As multipatologias, o declínio da capacidade funcional, as complicações relacionadas ao internamento como úlceras por pressão, traqueostomia, infecção por microorganismos multirresistentes e o uso de dispositivos como ostomia intestinal, sondas, cateteres e suporte ventilatório exigem da enfermagem mais tempo para o cuidado. Esses pacientes são os que demandam mais cuidado da equipe e, em alguns casos, pode-se notar que há relutância, por parte de alguns profissionais, em dedicar a atenção diferenciada que esses idosos exigem, seja no cuidado direto, através da realização de procedimentos, ou na avaliação contínua, com vistas à identificação das necessidades de cuidados e intervenções.

Além disso, o idoso, no contexto da hospitalização, é considerado como frágil ou em situação de fragilidade. Conforme definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), esse conceito engloba os idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's); os acamados; os que estiveram hospitalizados recentemente; aqueles que apresentem doenças causadoras de incapacidade funcional como acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal; os amputados; os que apresentam alguma incapacidade funcional; vítimas de violência doméstica; e aqueles acima de 75 anos.

O Ministério da Saúde define pacientes sob cuidados prolongados os que apresentam as seguintes características: convalescentes – submetidos a procedimento clínico/cirúrgico que encontrem-se em recuperação e necessitem de acompanhamento médico, de outros cuidados de assistência e de reabilitação físico funcional por período prolongado; portadores de múltiplos agravos à saúde – aqueles que necessitam de cuidados médico-assistenciais permanentes e de terapia de reabilitação; crônicos – portadores de patologia de evolução lenta, ou de seqüela da patologia básica que gerou a internação, e que necessitam de cuidados médicos assistenciais permanentes, com vistas à reabilitação físico-funcional; e sob cuidados permanentes – aqueles que tiveram esgotadas todas as condições de terapia específica e que necessitam de assistência médica ou cuidados permanentes (BRASIL, 2008b).

Diante dessa realidade e considerando que o cuidado inadequado ao idoso frágil ou em situação de fragilidade, em hospitalização prolongada, pode repercutir negativamente em sua

recuperação, no tempo de permanência no hospital e em sua qualidade de vida, decidiu-se realizar este estudo que traz como objeto o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada. Como questão norteadora pensou-se: Como se dá o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada? Tem como objetivo geral: Analisar o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada e objetivos específicos: identificar as necessidades de cuidados de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada; e descrever o cuidado de enfermeiras a pessoas idosas em hospitalização prolongada.

Espera-se, com este estudo, contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados dispensados pela enfermagem a pessoas idosas em situação de hospitalização prolongada e às demais pessoas idosas hospitalizadas. Sabe-se que este grupo populacional é um grande consumidor dos serviços de saúde, com internamentos mais demorados, recuperação mais lenta, às vezes fora de possibilidades terapêuticas e necessidades advindas da própria senescência e de processos patológicos agudos e crônicos. Assim, a enfermagem precisa ser capaz de implementar esses cuidados diferenciados e entende-se que uma forma de atingir esse patamar é, através da reflexão sobre a prática, articular às necessidades reais dos seres humanos àquelas específicas das pessoas das quais se cuida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento

O crescimento do contingente populacional é um fenômeno que vem ocorrendo ao longo do tempo, acompanhando a história da humanidade. O crescimento da natalidade e a redução da mortalidade é um fato recente, no Brasil, devido a melhoria das condições sociais e econômicas. Pereira (2007) indica que, no século I d. C., a população mundial alcançou 210 milhões de habitantes passando a 500 milhões em 1650, 1 bilhão em 1800, 2 bilhões em 1930, 3 bilhões em 1960, 4 bilhões em 1975 e 5 bilhões em 1986. Esses dados caracterizam uma verdadeira explosão demográfica.

O crescimento populacional resulta de alterações nas taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade. Esses termos são indicadores epidemiológicos que se referem ao dinamismo de uma população, com relação aos eventos vitais. Mortalidade expressa o quociente entre frequências absolutas de óbitos e o número de sujeitos expostos ao risco de morrer. Taxa de natalidade diz respeito à relação entre o número de nascidos vivos com a população total. Já fecundidade se refere ao número de nascidos vivos, ocorridos em um dado período de tempo, relacionado com o número de mulheres em idade fértil, ou seja, na faixa etária de 15-49 anos (VERMELHO; MONTEIRO, 2006).

Do dinamismo entre mortalidade, natalidade e fecundidade resultaram o processo de transição demográfica. Nesse processo, o primeiro fenômeno a ocorrer é a queda da mortalidade, que leva a um ganho no número de vidas, sem alterar necessariamente a estrutura etária da população. Já a queda na taxa de fecundidade leva a uma alteração nessa estrutura, pois reduz proporcionalmente os contingentes populacionais mais jovens e amplia a população em faixas etárias mais velhas (VERMELHO; MONTEIRO, 2006).

Segundo Vermelho e Monteiro (2006), na transição demográfica identificam-se três diferentes estágios: fase de equilíbrio entre as taxas de mortalidade e natalidade, ambas elevadas, conhecida como pré-industrial ou primitiva; fase de divergência de coeficientes, quando ocorre decréscimo nas taxas de mortalidade, porém com natalidade elevada, levando ao crescimento populacional, conhecida com fase intermediária; fase na qual os coeficientes de mortalidade e natalidade convergem, com a mortalidade diminuindo em ritmo acelerado levando a um envelhecimento rápido da população. Ao final deste processo, a população atinge um equilíbrio, chamado de fase pós-moderna ou de pós-transição, com aproximação dos coeficientes, porém em níveis mais baixos. Segundo os autores citados, neste ponto da

evolução demográfica há estabilidade populacional com valores de fecundidade se aproximando dos valores de reposição. Observa-se então um ganho na esperança de vida, aumento na população de mulheres e envelhecimento populacional.

Entre 1950 e 1980, o percentual de idosos com relação à população mundial se manteve em torno de 8%, enquanto que em 2000 elevou-se para 10%. De acordo com estudos sobre tendências para o envelhecimento da população mundial, estima-se que esse percentual em 2030 seja igual a 16,6% e em 2050 21,4% da população mundial. Neste ano, a população de idosos superará a população de jovens (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2010).

Somente após este período, devido à redução do ritmo de crescimento demográfico mundial, estima-se que a população idosa alcance seu tamanho máximo, como uma população estimada de 9 bilhões de habitantes sendo cerca de dois bilhões idosos. Isso equivale a dizer que no ano 2000, uma, em cada dez pessoas, no mundo era idosa, já na metade do século XXI esta proporção passará de uma para cinco. O grupo de idosos que mais cresce é o de mais de 80 anos devendo alcançar 400 milhões em 2050, número quatro vezes maior do que a atualidade (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2010).

A taxa de crescimento anual da população idosa gira em torno de 2%, maior do que o conjunto da população. Esta tendência é esperada para os próximos 25 anos devendo alcançar 2,8% entre 2025 e 2030 (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2010).

Os países europeus e o Japão são os que apresentam maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais. Nesses países, uma em cada cinco pessoas tem 60 anos ou mais. Já em 2050, em torno de uma em cada três pessoas tenham essa idade. Nos países menos desenvolvidos, a proporção de idosos atualmente está em torno de um para quatro habitantes. Esses países concentram o maior número de idosos, com perspectivas de aumentar ainda mais nas próximas décadas e avançar no processo de envelhecimento populacional. Em 2050, estima-se que 80% dos idosos estejam vivendo em países que hoje tem menores índices de desenvolvimento (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2010).

Neste cenário destaca-se a China. As projeções para 2050 apontam que este país terá mais de 400 milhões de idosos, podendo causar um sério impacto na economia, como o encarecimento de mão de obra devido à queda brusca na proporção de trabalhadores que geram renda e dependentes. Dentro das próximas décadas, a China terá dois trabalhadores na ativa para cada aposentado. Atualmente, a proporção é de seis empregados para cada inativo, segundo dados do Comitê Nacional da China para o Envelhecimento (CNCE) (HARDMOB, 2010).

No Brasil, reconhece-se como idoso os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Já em países desenvolvidos esta idade é igual a 65 anos. No que se refere à estrutura etária brasileira, experimentou uma rápida alteração a partir da quarta década do século XX. Ao longo das primeiras quatro décadas desse século houve estabilidade na estrutura demográfica em função das elevadas taxas de natalidade e mortalidade (VERMELHO; MONTEIRO, 2006). Esta baixa oscilação contribuiu para um também baixo crescimento vegetativo, ou seja, a diferença entre natalidade e mortalidade, que girou em torno de 2%. Àquela época o maior contingente populacional estava concentrado no grupo com menos de 15 anos, com variação entre 42% a 46%, enquanto que os idosos representavam apenas 2,5% (CHAIMOWICZ, 1998).

A estrutura populacional referida anteriormente passou a ser alterada a partir da década de 40 quando houve uma queda na taxa de mortalidade e incremento na esperança de vida ou expectativa de vida. Houve crescimento vegetativo em decorrência da queda da mortalidade infantil e da elevação das taxas de fecundidade. O equilíbrio entre taxas de mortalidade e natalidade, ambas elevadas, perdurou até a década de 40 do século XX, porém sem alteração da estrutura etária da população (CHAIMOWICZ, 1998; VERMELHO; MONTEIRO, 2006). A taxa de crescimento passou de 2,4% na década de 40 para 2,9% nos anos 60 (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Pereira (2007) observa que ao longo do século XX a esperança de vida ao nascer passou de 30 anos para mais de 60. Uma mulher nascida no início desse século que esperaria viver 30 anos passou a esperar viver 65 anos em 1975.

A esperança média de vida dos brasileiros passou de 62,7 anos em 1980 para 70,4 anos em 2000, com um ganho médio de 7,7 anos em 20 anos. Este ganho foi ainda maior para o sexo feminino, com 8,3 anos, ao passo que para o sexo masculino foi de 7,1 anos. As projeções para 2010 já revelavam uma média de expectativa de vida de 73,4 anos, sendo 69,7 anos para os homens e 77,3 para as mulheres (IBGE, 2008).

As projeções para o ano de 2050 indicam que a esperança de vida média dos brasileiros será de 81,3 anos, sendo 78,2 anos para os homens e 84,5 para as mulheres. No que se refere ao percentual de idosos, na população em geral, em 2050 29,75% da população brasileira será de idosos, sendo que deste total, 6,39% terão mais de 80 anos (IBGE, 2008).

O índice de envelhecimento é um dos indicadores utilizados para demonstrar o envelhecimento da população brasileira. O número de idosos aumentando acentuadamente entre a população brasileira. Passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos de 65 anos ou mais de idade. Entre 2035 e 2040, já haverá mais população idosa numa proporção 18% superior à de crianças e, em 2050, a relação poderá ser de 100 para 172,7, demonstrando assim um elevado envelhecimento da população brasileira (IBGE, 2008).

O Censo Demográfico realizado em 2010 revelou a existência no Brasil de 21.736 milhões de idosos, correspondendo a 11.3% do total da população. A região Nordeste conta com aproximadamente um quarto desse total, com 5.646 milhões de pessoas acima de 60 anos, ficando atrás apenas da região Sudeste, que possui 10.225 milhões. A Bahia é o Estado que concentra o maior número de idosos na sua região, 1.556 milhão, representando 10,7% do total da população e em Salvador e região metropolitana encontram-se 331 mil pessoas com idade maior ou igual a 60 anos (IBGE, 2010b).

Dados do censo demográfico, realizado pelo IBGE, em 2010, apontam para um crescimento no número de idosos centenários. O Brasil possui 23.760 pessoas a partir dessa idade e o estado da Bahia destaca-se com o maior número de idosos centenários 3.525, seguida por São Paulo, com 3.146 e Minas Gerais com 2.597 (IBGE, 2010a).

Quanto aos aspectos relacionados às condições de saúde, dados revelam a elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. As doenças crônicas são aquelas que acompanham a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter alternância entre fases agudas, com momentos de piora e melhora (IBGE, 2009b). O percentual de doenças crônicas, na população brasileira, gira em torno de 29,9%. Essas doenças aumentam de forma significativa com o passar dos anos passando de 9,3%, na população de 0-14 anos, para 75,5% entre os idosos. Nesse último grupo, há ainda uma distribuição desigual conforme o sexo: atinge 69,3% dos homens e 80,2% das mulheres brasileiras. Outro dado relevante é que 64,4% dos idosos possuem mais de uma patologia crônica (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Quanto aos aspectos relacionados à saúde, em Porto Alegre, 81% dos idosos consideraram-se saudáveis, 69,2% referiram ter algum problema de saúde e 76,6% relataram fazer uso regular de medicação (PASKULIN; VIANNA, 2007). Já em Minas Gerais, Pereira *et al* (2010) encontraram, em seu estudo, uma referência de 76,8% a alguma morbidade, sendo que dessas, 72,51% possuíam até quatro patologias concomitantes. A doença mais referida foi a hipertensão arterial, seguida pelo diabetes *mellitus* e das doenças cardiovasculares.

As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório são a três principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros. Juntos perfazem cerca de 60% do total de óbitos (BRASIL, 2008b).

Dados do IBGE revelam que a causa mais frequente de internação hospitalar entre os idosos é a insuficiência cardíaca. Na sequência aparece a pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral. Já a diabetes e hipertensão aparecem entre as seis principais causas entre as mulheres, enquanto que a hérnia inguinal e a desnutrição compõem esse grupo somente entre os homens (IBGE, 2009b).

A descrição desse cenário remete aos efeitos causados na sociedade. Com base nas projeções, pode-se deduzir que aumentará a demanda de idosos pela rede de amparo social, dentre ela os serviços de saúde. Quais as implicações que esta demanda elevada acarretará? Pode-se pensar em uma população com prevalência elevada de doenças crônicas não transmissíveis sobrepostas; além da elevação dos custos com hospitalizações, medicamentos e reabilitação. Outro aspecto decorrente é o prolongamento da hospitalização e a implicância em necessidades de cuidados de enfermagem e da equipe de cuidados como um todo que atendam as especificidades do processo de envelhecimento.

No que se refere à rede social, há implicância em maiores investimentos na infraestrutura de serviços e na adequação às necessidades dos idosos; na capacitação de profissionais de diversas áreas para atendê-los nas suas especificidades; implementação de políticas públicas como a Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso e do Estatuto do Idoso, que a despeito de já contarem com alguns anos de formuladas ainda carecem de cumprimento. Faz-se patente também o desenvolvimento de uma cultura de solidariedade referente às causas dos idosos, bem como a sensibilização para o respeito e a valorização do envelhecimento, seja na família, nos serviços ou na sociedade.

2.1.1 Perfil social e econômico dos idosos brasileiros

De acordo com Mendes *et al* (2005) uma questão preocupante e que vem acontecendo com a vida dos idosos é o envelhecimento sem qualidade e a carência no aspecto político e social que dêem suporte a uma vida saudável. Aproximadamente 75% dos idosos do Brasil vivem nas regiões Nordeste e Sudeste do país, havendo diferenças marcantes nos indicadores socioeconômicos e na situação de saúde nestas regiões. Os baixos indicadores no Nordeste acarretam enfraquecimento da rede familiar de suporte aos idosos de nível socioeconômico mais baixos (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

Considerando o cenário nacional, Pereira, Curioni e Veras (2003) consideram que a maioria dos idosos brasileiros é do sexo feminino, havendo uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens. Em 1991, de acordo com os autores citados, existiam 5,7

milhões de mulheres idosas passando para 8 milhões em 2000, ao passo que a população idosa masculina era de 4,9 milhões em 1991 e passou para 6,5 milhões em 2000. Este fenômeno, chamado de feminização da velhice, é atribuído à maior longevidade das mulheres, o que as predispõe a viverem mais sozinhas em consequência da viuvez e do baixo índice de recasamento. Soma-se também o menor consumo de álcool e tabaco, fatores de risco associado a doenças cardiovasculares e neoplasias, ao uso mais constante pelas mulheres dos serviços de saúde levando a um diagnóstico precoce das doenças e ao melhor prognóstico, à menor exposição a fatores de risco para mortalidade por causas externas (PEREIRA, CURIONI; VERAS, 2003).

Em 1980, para cada grupo de 100 mulheres, havia 98,7 homens. Em 2000, já se observam 97 homens para cada 100 mulheres e, em 2050, espera-se que a razão de sexo da população fique por volta de 94%. Dessa forma, verificam-se elevações no excedente feminino na população total que, em 2000, era de 2,5 milhões de mulheres, podendo atingir quase 7 milhões, em 2050 (IBGE, 2010b).

De acordo com Pereira (2007) são concebidos mais homens do que mulheres, contudo é maior a mortalidade masculina na vida extra-uterina ao longo da vida. Em decorrência deste fenômeno, existem mais viúvas que moram sozinhas. As maiores taxas de acidentes, violências e doenças crônicas não transmissíveis são mais comuns entre os homens. Além disso, há maior prevalência de fatores de risco no sexo masculino e exercício de ocupações perigosas, o que favorece a existência de mais idosas do que idosos na população em geral.

Com relação à situação conjugal, há um percentual maior de mulheres viúvas, solteiras e separadas em relação aos homens, fato explicado não somente pela menor longevidade dos homens, mas também pelo maior índice de recasamento destes e com mulheres mais jovens. Um estudo realizado em uma cidade do interior de Minas Gerais com uma amostra de 15% da população de idosos residentes no município encontrou-se que 62% possuía vínculo conjugal e 37,4% viviam sem companheiro, sendo solteiros, viúvos, separados ou divorciados (PEREIRA *et al*, 2010). Paskulin e Vianna (2007) em estudo sobre o perfil sócio-demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos em Porto Alegre - Rio Grande do Sul, constataram que 53,1% dos idosos entrevistados não tinham companheiro, havendo mais homens vivendo com companheiras do que mulheres com companheiros.

Outra característica marcante entre os idosos brasileiros é o baixo poder aquisitivo, sendo as aposentadorias e pensões as principais fontes de renda. No estudo citado, 59,7% da amostra possuía renda mensal entre meio a um salário mínimo (PEREIRA *et al*, 2010). No tocante ao grau de instrução, em 1996, 66% dos indivíduos com mais de 60 anos tinham

menos de quatro anos de estudo, sendo a situação das mulheres pior do que a dos homens, o que reflete a menor chance de frequentar escolas há algumas décadas. As migrações, sobretudo dos jovens, desfavorecem a situação social dos idosos por afetar a configuração etária da população remanescente e também por enfraquecer o papel da família como provedora de suporte aos idosos (CHAIMOVICZ, 1998).

No que tange à escolaridade, a maioria dos idosos brasileiros não sabe ler ou escrever. No ano de 1991 existiam 44,2% de idosos analfabetos, já no ano 2000 esse percentual passou para 35,2%. No entanto, a maioria dos que não sabe ler ou escrever é composta por mulheres, fato que explica as desigualdades de acesso à educação nas primeiras décadas do século passado (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). Este dado é corroborado por Paskulin e Vianna (2007), em estudo realizado em Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Já em estudo realizado por Pereira *et al* (2010), no interior de Minas Gerais, 39,8% da amostra de idosos possuíam um ano ou menos de instrução.

Quanto ao local de moradia, foi constatado que houve um decréscimo da população geral residente na população rural. Esta tendência também pode ser observada na população idosa. Os idosos que vivem na zona urbana somaram 77% em 1991 passando para 81% em 2000. Esta mudança no local de moradia não significa melhoria da qualidade de vida e sim mais competitividade e luta pela sobrevivência (IBGE, 2010a).

Vem ocorrendo um incremento no índice de idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Em 1991 eles eram responsáveis por 60,4% dos lares, atingindo 62,4% em 2000. Com os níveis crescentes de desemprego, a aposentadoria dos idosos acaba por se constituir no único sustento familiar (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). A aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da nossa época (MENDES *et al*, 2005). Quando se considera a renda total, constata-se que no ano 2000, 44% dos idosos tinham renda de até um salário mínimo, proveniente da aposentadoria, o que não garante condições satisfatórias de vida (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

Dados apresentados por Coelho Filho e Ramos (1999), em estudo sobre o perfil dos idosos em uma capital do Nordeste, apontam que 75,3% dos idosos moravam em lar multigeracional, sendo esta situação mais acentuada nas áreas periféricas. A existência de lares multigeracionais representa um novo arranjo nas sociedades. Geralmente há uma relação de dependência entre os membros da família, seja financeira, com relação aos proventos dos

idosos ou com relação à necessidade de um teto. Também pode haver uma dependência de cuidados por parte dos idosos com relação aos membros da família.

2.1.2 Efeitos do envelhecimento sobre o sistema de saúde

A população idosa, a despeito de representar, em 2006, cerca de 9% da população brasileira, consumiu, nesse mesmo ano, mais de 26% dos recursos de internação hospitalar, no Sistema Único de Saúde (SUS), através principalmente de internações mais frequentes e de um maior tempo de ocupação do leito do que em outras faixas etárias (BRASIL, 2006).

O Estado da Bahia possui uma população estimada de 14.016.906 milhões de habitantes, sendo que desse total, 2.675.656 residem na sua capital, Salvador. Desse total, 10,7% são de pessoas com mais de 60 anos. Com relação ao sistema de saúde, dados disponíveis no DATASUS revelam que, no ano de 2007, a capital baiana dispunha de 2,9 leitos para cada 1000 habitantes, sendo que a proporção para a rede do SUS, nessa mesma capital, foi de 2,1. Possui um total de 9.090 leitos, sendo 6.254 pertencentes ao SUS. Nesse ano foram realizadas 2.754.946 internações hospitalares, sendo gasto um montante de R\$ 156.115.380,83. A média de permanência no leito foi de oito dias. Quando se considera os internamentos prolongados, observa-se uma média de permanência de 96,6 dias, com um custo médio de R\$ 6.089,04 ao passo que o valor médio foi de R\$ 956,84 (BRASIL, 2008a).

2.2 Processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento é dinâmico. A cada instante as células do corpo se transformam para um patamar posterior paralelamente às mudanças nos contextos de vida. Por se tratar de um processo contínuo e sutil muitas vezes o envelhecimento não é percebido, até que o indivíduo se depare com a velhice (PRÉTAT, 1997). Dada a condição de despreparo para o enfrentamento do envelhecimento, sobretudo no mundo ocidental, advém então o sentido negativo sobre esse processo. Fato este que encontra exemplificações nas quantias, cada vez maiores, gastas com a busca por uma aparência, capacidades e atitudes jovens (PRÉTAT, 1997).

Ainda persistem na sociedade mitos e estereótipos quanto ao envelhecimento. Geralmente perduram ideias pejorativas associadas à feiura, senilidade, improdutividade, conservadorismo, infelicidade, ociosidade. No entanto, há variabilidade fisiológica no envelhecimento sendo comum encontrar pessoas mais velhas com capacidades físicas e

cognitivas preservadas. Seguindo essa linha de raciocínio, a velhice é uma etapa da vida com rosto, autonomia, capacidades e repleta de sentido dado que o envelhecimento não é doença. Assim, as ações das redes de serviços devem estar voltadas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das enfermidades (MENEZES, 2010).

A transição para a velhice é descrita como causadora de alterações na estrutura psicológica do sujeito, podendo gerar conflitos, medos e confusões em quem a vivencia. Estas alterações ocorrem devido à perda da segurança dos hábitos conhecidos, às mudanças físicas e na aparência do corpo e, também, devido ao modo preconceituoso como a sociedade enxerga a velhice (PRÉTAT, 1997).

O envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento humano, complexa e pluridimensional. É estudado pela Gerontologia (*geron*: velho e *logia*: estudo), que se ocupa do estudo dos determinantes biológicos, psicológicos e sociais do processo de envelhecimento e do fenômeno velhice em diferentes contextos históricos e sócio-culturais. É responsável pelo estudo científico do idoso de forma global (SANTOS, 2004).

Envelhecimento intrínseco refere-se às modificações provocadas pelo processo normal de envelhecimento, as quais são geneticamente programadas e acontecem, quase universalmente, dentro da espécie. O envelhecimento extrínseco resulta das influências externas à pessoa, como doenças, poluição do ar e luz solar (SMELTZER; BARE, 2008). A apreensão de conceitos como senescência e senilidade ajudam a compreender as diferenciações entre as alterações próprias do envelhecimento e as secundárias a processos patológicos. Senescência ou senectude refere-se a alterações orgânicas, morfológicas e funcionais decorrentes do próprio envelhecimento. Já senilidade refere-se a modificações determinadas pelas afecções que frequentemente acometem os idosos. Na maioria das situações, é difícil distinguir entre o que é patológico e o que é próprio do envelhecimento (CARVALHO FILHO, 2006).

Este processo de involução, não impede, entretanto, que o idoso viva em atividade, independência e felicidade, pois, do ponto de vista psíquico, é uma fase de sabedoria e de compreensão plena do sentido da vida (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). O envelhecimento pode, assim, ser um processo bem sucedido. Os idosos precisam ser capazes de lidar com aspectos excludentes como o afastamento dos trabalhos mais importantes, o mito do abalo da força física e da perda de valor, o mito do impedimento do desfrute de prazeres sensuais e o mito de que a velhice traz junto crescente ansiedade sobre a morte (BUSSE, 1992).

Na velhice, os indivíduos atingem um grau máximo de compreensão da vida e da consciência do absoluto. O sentido ético da existência permite a superação de preconceitos e maior participação na evolução das pessoas e nos grupos aos quais esteja ligado (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

2.3 A hospitalização prolongada de pessoas idosas

O contexto hospitalar guarda em si uma carga de fatores que favorecem a manifestação de sensações desagradáveis ao doente. O grande número de pessoas circulando, como os profissionais das diversas áreas, estudantes e familiares; o barulho; a planta física, muitas vezes inadequada às condições do ser idoso, são exemplos de fatores que podem favorecer o desconforto. Florence Nightingale já defendia em seu *best-seller* “*Notes on Nursing: what is and what it is not*” a importância de um ambiente livre de condições insalubres e, portanto, favorável ao bem-estar e à recuperação do doente (NIGHTINGALE, 2010).

Na vanguarda da concepção ampliada sobre saúde e doença, Nightingale já abordava ideias acerca da concepção de ambiente terapêutico. Para a autora citada, é fundamental a provisão de um ambiente onde se possa ter ar e água puros, limpeza e iluminação adequada, organização e funcionalidade em consonância com as capacidades e necessidades do doente; permita a penetração da luz solar, o que favorece o aquecimento e a orientação quanto ao período do dia; controle de infecções; barulho excessivo; e interrupção do sono (NIGHTINGALE, 2010).

De acordo com Waldow (2006), a hospitalização é um evento que causa temor em determinadas pessoas. Não obstante a ameaça da doença, o sentir-se doente promove uma separação na relação do sujeito com o mundo. Nesse sentido, no momento do cuidado tem-se um ser que atravessa uma experiência de maior vulnerabilidade e que está com o acesso ao seu cotidiano obstruído. A autora citada aborda a ideia de que, através do corpo, é que se sentem as limitações e os impedimentos de se transitar conforme o habitual. Com a experiência da doença, inicialmente, o corpo torna-se o centro da preocupação ficando consciente de acordo com a severidade do adoecimento; em seguida, há uma imprevisibilidade do corpo, sujeito a não corresponder ao funcionamento usual; e por fim, dá-se conta de que não se depende apenas das próprias escolhas. Passa a haver então uma consciência da finitude e possível perda do *self*. Por fim, estabelece-se uma relação desigual

entre o ser doente e as demais pessoas, pois há a percepção da debilidade, instala-se a insegurança e, por consequência, sentem-se humilhados e isolados.

A hospitalização é considerada de grande risco, especialmente, para as pessoas mais idosas. Como repercussão da hospitalização, pode ocorrer diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis. No caso do declínio da capacidade funcional, há associação positiva com maiores dias de hospitalização, déficit cognitivo e estado confusional agudo. A capacidade funcional é considerada como um importante marcador de saúde em idosos, sendo útil para identificar resultados clínico-funcionais decorrentes da hospitalização (SIQUEIRA; CORDEIRO; PERRACINI, 2004).

Outros riscos podem sobrevir com o prolongamento da internação como as quedas, úlceras por pressão e infecções por micro-organismos multirresistentes. Alguns fatores podem desencadear esses riscos, como déficit no equilíbrio, redução da acuidade visual, debilidade muscular, alteração nos hábitos cotidianos e incapacidade para sair do leito. Outros podem ser causados pela própria doença como problemas cardiovasculares, neurológicos, hipoglicemia, desidratação e imobilidade (LÁZARO, 1994).

Durante a hospitalização, os idosos também estão sujeitos a iatrogenias, que são alterações patogênicas advindas da prática profissional e podem resultar da presença das diversas situações. A iatrofarmacogenia está relacionada ao uso de medicamentos, polifarmácia e interações medicamentosas. A internação hospitalar pode resultar em iatrogenia na medida em que potencializam os riscos inerentes ao declínio funcional, subnutrição, imobilidade, úlceras por pressão e infecções. O uso da palavra, quando não são respeitadas as formas eficazes de comunicação, no cotidiano na internação e, mesmo na comunicação de más notícias, pode-se também caracterizar como iatrogênico, assim como o silêncio, decorrente da dificuldade profissional de ouvir adequadamente o idoso e seu familiar. O subdiagnóstico, quando se atribui todas as queixas à idade; cascata propedêutica, associada à solicitação excessiva e desnecessária de exames; distanásia, caracterizada pelo prolongamento artificial da vida, sem perspectiva de reversão e ocasionando mais dor e sofrimento ao idoso e sua família; prescrições e intervenções fúteis ou sem comprovação científica; e o excesso de intervenções reabilitadoras também se constitui como práticas iatrogênicas (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Alguns idosos possuem trauma com relação à hospitalização. Esses traumas podem ter sido originados de experiências próprias de internações ou mesmo da perda de familiares ou amigos próximos. Neste ínterim, podem ter se submetidos a experiências dolorosas por meio de procedimentos invasivos, imobilidade prolongada, dificuldade de mobilização, frio,

interrupção de sono, lesões de pele, infecções, perda da autonomia, cuidados prestados de forma impessoal e desrespeitos à sua condição de idoso (MENEZES, 2010).

Quando e por que é necessária a hospitalização de idosos? Quando há problemas agudos de doenças com risco iminente de morte sendo necessária a estabilização. Outro aspecto a ser discutido refere-se à medicalização do corpo, afastando os doentes dos familiares através do internamento; a falta de estrutura familiar e social para manter os idosos em situação de doença em cuidados domiciliares.

A literatura mostra que a população idosa tem menos doenças graves e menor taxa de mortalidade em decorrência destas, do que a população de menos idade. No entanto, uma vez manifestada alguma doença grave, necessitam de maiores períodos de recuperação com a sobreposição de complicações associadas (ELIOPOULOS, 2011).

Outra questão abordada é a insuficiência de serviços de promoção à saúde, de prevenção de agravos, de assistência domiciliária e/ou ambulatorial, com forte ênfase em um modelo de atenção, focado nos aspectos curativos, levando a uma procura tardia por atendimento, quando na maioria das vezes, a doença já está em uma fase avançada (DIAS; DUARTE; LEBRÃO, 2010).

Com base no grande quantitativo de idosos na sociedade e na busca crescente por serviços de saúde, é imprescindível a criação de alternativas para o atendimento dessas demandas. Para tanto, seria importante conhecer a estrutura das redes de atendimento ao idoso como os serviços de atenção básica, a disponibilidade de Instituições de Longa Permanência, leitos hospitalares; composição, apoio e estrutura familiar, em comparação com as demandas de atendimento e amparo por parte dos idosos. O conhecimento desse cenário possibilitaria verificar a adequação da estrutura montada às necessidades reais pensando-se nos efeitos ao longo das próximas décadas.

O significado do adoecimento na velhice deve ser apreendido pelos profissionais que cuidam de idosos. Devem-se ouvir as histórias de vida e aspectos da personalidade para que o cuidado prestado possa chegar o mais próximo do modo de ser e das singularidades do idoso. Outro fator a ser valorizado é a subjetividade de cada pessoa (MENEZES, 2010).

2.4 Políticas públicas para as pessoas idosas

O cenário do envelhecimento traz à tona a necessidade de se trabalhar a questão da interface entre o envelhecimento e as políticas públicas voltadas às necessidades de cidadania

específicas desta faixa etária. Constitui-se um desafio inserir o idoso em um contexto social que lhe garanta cidadania e qualidade de vida.

A despeito de ser reconhecido como uma das principais conquistas do século XX, o envelhecimento traz consigo grandes desafios para as políticas públicas. No plano internacional, a discussão sobre uma agenda de políticas públicas para a população idosa aconteceu em duas assembleias das Nações Unidas. A primeira aconteceu em Viena, em 1982 e a segunda, em Madri, em 2002 (CAMARANO; PASINATO, 2004).

No Brasil, um grande avanço nas políticas de proteção social aos idosos é representado pela Constituição de 1988. Nesta constituição foi introduzido o conceito de seguridade social, passando a adquirir conotação de cidadania, na medida em que houve uma desvinculação do contexto social-trabalhista e assistencialista. Houve avanço também no papel do Estado como responsável pela proteção ao idoso, embora a família continue sendo a principal responsável pelos cuidados a este grupo populacional, podendo ser responsabilizada criminalmente caso não o faça (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A Política Nacional do Idoso (PNI) foi aprovada em 1994 (Lei 8.842). Essa lei estabelece um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos. Leva em consideração que o idoso é um ser de direitos, devendo ter suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas atendidas de maneira diferenciada. Foi criado também o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) que foi implementado em 2002 (CAMARANO; PASINATO, 2004).

As principais diretrizes norteadoras da PNI são: incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (BRASIL, 1994).

No âmbito da saúde, em 1999 foi lançada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), sendo reformulada em 2006. Tem como eixos norteadores as medidas preventivas como destaque para a promoção da saúde e o atendimento multidisciplinar específico (BRASIL, 2006).

A PNSI oferece subsídios ao setor saúde para que promova atenção integral à pessoa idosa e àquelas em processo de envelhecimento, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90 e a Lei n. 8842/94 – Política Nacional do Idoso).

A PNSI aborda que, no âmbito hospitalar, a assistência ao idoso não deve considerar a idade, visto que a idade é um indicador precário na determinação das características dos idosos hospitalizados. Desse modo, deve-se utilizar a capacidade funcional como parâmetro para definição das necessidades de cuidados. Os idosos totalmente dependentes são mais susceptíveis a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico tornando-se mais vulneráveis. Este fato requer dos serviços de saúde uma assistência diferenciada. Entretanto, entende-se que para a dispensação de cuidados diferenciados é necessária a formação de recursos humanos na área da geriatria e gerontologia (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso foi aprovado pelo Congresso Nacional em 2003 (BRASIL, 2003). O documento reúne, em um único texto legal, muitas leis e políticas já aprovadas. Além disso, incorpora novos elementos e enfoques à medida que visam proporcionar bem-estar aos idosos. O referido estatuto proporciona uma dupla condição em termos de direitos sociais. Representa igualdade e diferenciação no intuito de promover a igualdade substantiva vinculada à justiça social, ou seja, a equidade entre partes desiguais (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Estatuto do Idoso (Lei n. 10741/2003) traz, nas suas disposições preliminares como um pré-requisito para a garantia da prioridade ao atendimento ao idoso, a capacitação de recursos humanos na área da geriatria e gerontologia. No capítulo referente ao direito à saúde, é abordado como dever das instituições de saúde atender a critérios mínimos visando às necessidades dos idosos. Dentre estes critérios é posto a capacitação dos profissionais de saúde nesta área (BRASIL, 2003).

2.5 O cuidado a pessoas idosas

2.5.1 O cuidado

A palavra cuidado provém do latim, *cogitatu*, que significa pensamento, reflexão, aquilo que é pensado. Significa também atenção, desvelo, cautela, zelo. Já a palavra cuidar advém igualmente do latim *cogitare*, significando, imaginar, pensar; aplicar o pensamento, a imaginação; ter cuidado consigo mesmo, com a sua aparência ou apresentação (FERREIRA, 1999).

No que se refere às passagens da vida como ocasiões de cuidado, Collière (2003) infere que o ser humano depende de cuidados desde o nascimento até a morte. Nesse percurso se está exposto a situações que exigem envolvimento de cuidados para ultrapassar e dar seguimento à vida. Dentre as naturezas dessas passagens, situam-se aquelas ocasionais como a doença ou acidentes que levam à dependência temporária ou duradoura.

Para além do nascimento e da velhice, os cuidados perpassam todas as etapas da vida. Ao se recorrer aos outros, permite-se ser cuidado; ao assegurar a si próprio os cuidados diários, pratica-se o cuidar-se; e ao dispensar atenção, desvelo, ajuda a outrem mantendo e estimulando sua pulsão de vida, exercita-se, dessa maneira, o cuidar. Esse cuidar pode ser exercido de forma profissional, com o intuito de suprir, temporariamente, aquilo que os seres humanos não estão capazes de fazer a si próprios (COLLIÈRE, 2003).

No tocante à natureza dos cuidados, Collière (1999) difere entre os cuidados cotidianos e habituais, *care* (*to care*, do inglês, que significa tomar conta, cuidar), ligado às funções de manutenção da vida e de continuidade; e entre os cuidados de reparação, *cure* (*to cure*, do inglês, significando curar, ressecar, tratar tirando o mal, e daí cureta, curetagem), ligado à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida. Com a emergência e a dominação da lógica cartesiana e do modelo biomédico na saúde, os cuidados de manutenção da vida são relegados a um segundo plano e desvalorizados. No entanto, os prejuízos e desconfortos causados pela doença serão mais intensamente aliviados e confortados ao se lançar mão dos cuidados de manutenção da vida. Os tratamentos, provenientes da visão da cura e da profissão médica, visam à eliminação do que lesa o organismo não podendo substituir os cuidados (COLLIÈRE, 2003).

Com relação ao envelhecimento, Collière (2003) aborda que há necessidade de cuidados de compensação e de manutenção da vida nos contextos de doença aguda ou crônica. Enfatiza ainda a necessidade de cuidados de outros motes como: cuidados de estimulação, centrados nas capacidades fundamentais como respirar, mamar, sentir, ouvir, ver; cuidados de confortação, centrados no encorajamento permitindo adquirir segurança; cuidados do parecer, que contribuem para construir e valorizar a imagem de si próprio e, assim, fazer emergir e fortificar o sentimento de identidade e de pertença a um grupo; cuidados de apaziguamento, permitem repouso, libertação de tensões apaziguando a turbulência do que está em desassossego.

Collière (2003) afirma que cuidar situa-se na encruzilhada do que faz viver e do que faz morrer. Valorizando, assim, os conhecimentos sobre energia, dimensões do espaço e tempo, interrelações, estresses, passagens da vida, esquema e imagem corporal. Ao trazer à

tona tais afirmativas, a referida autora encontra amparo nos constructos teóricos de Jean Watson a qual valoriza o ser humano em todas as suas dimensões e oportuniza o encontro como o momento do cuidado transpessoal. Ainda como ponto de concordância entre Watson e Collière identifica-se a ideia do cuidar como permissão para renascer para a vida, viver a morte, reencontro da dimensão e do sentido simbólicos do sagrado, permitindo que a vida mantenha ou recupere seu sentido.

Para Waldow (2006), o cuidado não é somente uma característica da enfermagem, enquanto ato de cuidar, mas é nela que se concretiza e se profissionaliza por meio do estar presente. Para esta autora, o cuidado humano pressupõe valores como a paz, a liberdade, o respeito e o amor. Associando o cuidado ao amor, infere-se que cuida-se do que se ama e através do ato de cuidar torna-se mais amoroso, sendo a capacidade de cuidar potencializada pelo amor.

É o cuidado que conduz o homem à abertura para o universo existencial. É por meio do cuidado que o homem transporta-se para um existir para além do já dado. O cuidado é, portanto, o primeiro gesto da existência, o horizonte da transcendência, a priori, um horizonte capaz de ir além da sua própria existência (SALES, 2008).

O cuidado é o estado primordial do ser, do homem, no seu esforço de adquirir autenticidade, portanto, é o primeiro gesto da existência, o horizonte da transcendência. O cuidado é a pedra fundamental na construção de um novo mundo, pois ele é o evento do ser em nós, é a possibilidade de abertura do ser humano nesse seu estar-no-mundo. Resgatar o cuidado autêntico, nesses momentos de crise, é calar o eco do vazio adormecido na consciência do homem (SALES, 2008).

É o cuidar que revela, simultaneamente, o mundo em que se está vivendo, o mundo que se antecipa, se escolhe e se negocia como futuro desejado, e os sujeitos antecipam, escolhem e negociam esse mundo que compartilham e projetam (AYRES, 2006).

Para Heidegger, segundo interpretações de Ayres (2007), cuidado é uma espécie de curadoria que as pessoas estão sempre exercendo sobre si e seu mundo como resultado da autocompreensão e da ação transformadora, constitutivas do ser-aí. O cuidado efetivo, enquanto prática de saúde que se preocupa com o projeto de felicidade, permite permear pelo êxito técnico a fim de atingir o sucesso prático. Deve haver permeabilidade da racionalidade técnica. O autor alerta, no entanto, para o risco de se desvalorizar a técnica como saída para o cuidado. À medida que a permeabilidade ocorre, atinge-se o sucesso prático que deve nortear a negociação de projetos de felicidade. Esse projeto, por sua vez, justifica e realiza o cuidado.

No encontro terapêutico entre profissional e o ser cuidado é defendida a ideia do privilégio da dimensão dialógica, isto é, a abertura de um autêntico interesse em ouvir o sujeito e ser por ele ouvido. Não se trata apenas da escuta, mas da procura da ontologia do que se busca escutar. O cuidado passa pelos aspectos da responsabilidade e da identidade, o que implica em um compromisso moral de fugir à comodidade técnica e travar um diálogo efetivo (AYRES, 2007).

No âmbito das práticas de saúde, o cuidado é entendido como uma designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004).

Nas práticas de saúde, o cuidado assume, como importância, o favorecimento do desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde (AYRES, 2006).

2.5.2 O cuidado de enfermagem às pessoas idosas hospitalizadas

De forma global, os cuidados de enfermagem, voltados à pessoa idosa, devem cumprir o propósito de não só conduzi-la à saúde e a longevidade com qualidade de vida, mas também à sua autonomia (BERGER, 1995). As ações de enfermagem podem e devem avançar nos serviços em direção a uma abordagem mais ampla, onde os problemas patológicos não sejam considerados de forma descontextualizada do processo de envelhecimento, ou, ao contrário, sejam erroneamente tomados como próprios da velhice, sem que se tenha em conta outros aspectos da vida do idoso, como as dimensões biológica, psicológica, social e cultural.

De acordo com Eiopoulos (2011), o papel do enfermeiro em relação ao cuidado com o idoso hospitalizado é fundamental. Perpassa desde a acolhida no serviço, a assistência ao longo do internamento e as orientações para a alta. Para esta autora, é no momento da acolhida que se abre um canal para a comunicação eficaz entre o enfermeiro e o idoso. Nesse momento, a partir da escuta, pode-se identificar: as necessidades específicas, as emoções presentes, os problemas e subsídios para a elaboração de um plano de cuidados. A linguagem não verbal também é um item importante a ser valorizado. Além disso, mostrar-se disponível, olhar o outro, adotar posturas e posições adequadas também favorece uma boa interação.

Dentre as atitudes requeridas do enfermeiro em geriatria destaca-se: a atitude espontânea ou induzida pelo profissional, a fim de proporcionar uma informação clara, que

permita uma boa comunicação; atitude multidisciplinar de modo a tornar o cuidado mais global; atitude de respeito considerando o idoso, acima de tudo, como um ser humano, descobrindo suas capacidades e crendo na sua boa vontade, evitando julgamentos, sendo entusiasta e respeitando a intimidade; atitude sensível, o que não impede de ser enérgico quando necessário; cuidar da imagem, do tom de voz e ter habilidade na escuta (LÁZARO, 1994).

Uma base de conhecimentos em geriatria e gerontologia ajuda o enfermeiro na identificação e solução de problemas que possam surgir diante do idoso em hospitalização prolongada. No cerne desses conhecimentos, está inclusa a capacidade de análise dos sinais e sintomas presentes favorecendo a prestação de cuidados mais personalizados, bem como a habilidade em decifrar mensagens verbais e não verbais. Quanto maior o conhecimento e a tolerância por parte da equipe profissional, melhor serão os cuidados prestados aos idosos (LÁZARO, 1994).

De acordo com Berger (1995), os cuidados de enfermagem em gerontologia se baseiam em uma filosofia humanista. Nessa visão, o ser humano é abordado como capaz de crescer continuamente, a partir das relações e interações com os outros. Conforme a autora citada, o enfermeiro que cuida de idosos deve ser muito humano e autêntico nas suas relações de cuidado. Assim, o enfermeiro deve pautar os cuidados prestados aos idosos em aspectos biológicos, físicos, sociológicos e psicológicos.

2.6 A Teoria do Cuidado Transpessoal

As Teorias de Enfermagem ganharam corpo e foram mais enfatizadas, a partir do século XX. Surgiram da necessidade de se desenvolver um conhecimento de enfermagem que pudesse servir como referencial teórico para a prática. A eficácia dos cuidados dispensados pela enfermagem aos clientes, em épocas anteriores, não era documentada assim como os conhecimentos acerca dessa profissão (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

Partindo da necessidade de se estabelecer uma base sólida e própria da ciência enfermagem, foi dada ênfase às teorias com o objetivo de fortalecer o conhecimento da profissão e “dedicar cuidados aos doentes como profissionais” (ALLIGOOD; TOMEY, 2002, p. 03). As teorias na enfermagem surgiram em decorrência da investigação científica. Resultou, portanto, do avanço do aprendizado e do entendimento de que é necessário aliar investigação e teoria a fim de não se produzir conhecimento isolado (ALLIGOOD; TOMEY, 2002).

Os fundamentos da Teoria de Jean Watson foram publicados, em 1979, no livro intitulado *Nursing: the philosophy and science of caring*. O livro foi revisado em 1985 e publicado em 1988 com o título, *Nursing: human science and human care*. Foi ampliado e sofreu novos avanços, em 2005. No que se refere às fontes teóricas para a elaboração da teoria, Watson baseou-se nas ciências e nas humanidades fornecendo orientação fenomenológica, existencial e espiritual (WATSON, 2008).

A teoria apresentada por Jean Watson, Teoria do Cuidado Transpessoal, está fundamentada em pressupostos relativos à ciência do cuidar e em pressupostos concernentes aos valores do cuidar.

A autora referida apresenta alguns pressupostos da ciência do cuidar em enfermagem que são:

1. O cuidado só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente.
2. O cuidar consiste em fatores de cuidar que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas.
3. O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar.
4. As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é atualmente, mas como pode vir a ser.
5. Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si num dado momento.
6. O cuidar é mais promotor da saúde do que cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimento humano, para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar.
7. A prática do cuidar é vital para a enfermagem (WATSON, 2008).

Com a finalidade de definir as responsabilidades de enfermagem e para explicar os conceitos de cuidar humano, são propostos por Watson onze pressupostos relativos aos valores do cuidar. São eles:

1. O cuidar e o amor compreendem a energia psíquica primitiva e universal.
2. O cuidar e o amor, frequentemente desvalorizados, são os pilares da humanidade; alimentar essas necessidades preenche a natureza humana.
3. A capacidade para manter o ideal e a ideologia do cuidar, na prática, irá afetar o desenvolvimento da civilização e determinar o contributo da enfermagem para a sociedade.
4. Cuidar de si próprio é um pré-requisito para cuidar dos outros.

5. Historicamente, a enfermagem tem tido uma posição de cuidado e cuidar humano no que diz respeito a pessoas com problemas de saúde-doença.

6. O cuidar é o foco unificador central da prática de enfermagem – a essência da enfermagem.

7. O cuidar tem vindo a ser cada vez mais desvalorizado no sistema de saúde.

8. Os avanços tecnológicos e os constrangimentos institucionais sublimaram o estabelecimento do cuidar de enfermagem.

9. Um assunto de interesse atual e futuro para a enfermagem é a preservação e o progresso do cuidar humano.

10. Somente através de relações interpessoais pode o cuidar humano ser demonstrado e praticado com eficácia.

11. Os contributos moral, social e científico da enfermagem para a humanidade e para a sociedade residem nos seus compromissos para com os ideais de cuidar humano na teoria, na prática e na investigação (WATSON, 2008).

Watson procura descrever uma mudança ontológica essencial na consciência humana evocando o regresso ao núcleo sagrado da humanidade e da sua relação com o universo. Esta relação liga-se a um sentido e atrai temor e o mistério de volta à vida e ao trabalho. Assim, o aspecto espiritual é valorizado como uma abordagem para a saúde e para a cura (WATSON, 2002b).

A enfermagem interessa-se em compreender a saúde, a doença e a experiência humana. A evolução da sua teoria centrou-se nos aspectos transpessoais do cuidar-curar. Estes aspectos englobam crenças e valores acerca da vida humana que se constituem como pontos fundamentais da sua teoria. Dentre eles, destacam-se a necessidade de conhecimento e valorização da mente, das emoções, a alma, a necessidade de uma relação interessada e amorosa entre as pessoas, busca por um sentido nas relações (WATSON, 2002a).

Caracteristicamente, a teoria de Watson não diz o que fazer para praticá-la visando às relações de cuidar-curar autênticas. A autora defende a prevalência do ser sobre o fazer à medida que o profissional interioriza os princípios, postulados e pressupostos e os põe em prática (WATSON, 2002a; WATSON, 2008).

Jean Watson defende que a ciência do cuidado é o ponto de partida para o oferecimento de conhecimentos distintos para a profissão. Valoriza aspectos que estão embutidos na dimensão subjetiva das pessoas. Conforme a autora citada, a ciência do cuidado é um conhecimento que guia a profissão, além do modelo biomédico, além da ciência centrada na técnica, além das crises nos sistemas de saúde, além das críticas a pouca idade

profissional da enfermagem e além da falta de cuidado com a própria vida e com o mundo. Para tanto, deve-se vencer o desafio de romper os laços que a mantém presa à preocupação exacerbada com procedimentos, posições rígidas e racionalismos severos (WATSON, 2002a).

Watson (2002a) apresenta alguns conceitos que são fundamentais para o entendimento da sua Teoria do Cuidado Transpessoal. Para ela, *ser humano* é a pessoa dotada de valor a ser atendida, respeitada, nutrida e auxiliada. Já *a pessoa* é vista como “um-ser-no-mundo”, local da existência humana; possui três esferas: mente, corpo e alma que são influenciadas pelo conceito de “eu”. Para a autora, a mente e as emoções são o ponto de partida, o ponto focal e o ponto de acesso ao corpo e à alma. A alma refere-se ao espírito, ao eu interior ou à essência da pessoa, a qual está ligada a um sentido maior de conhecimento próprio, um grau de consciência mais elevado, uma força interior e um poder que pode expandir capacidades humanas e permitir que uma pessoa transcenda seu eu habitual.

Saúde corresponde à unidade e harmonia entre mente, corpo e alma; corresponde também a uma congruência entre o eu percebido e o eu vivenciado. *Enfermagem* é a ciência humana das pessoas e das experiências de saúde e doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas do atendimento humano (WATSON, 2002a; WILLS, 2009).

O *cuidar transpessoal* e as transações do cuidar são científicas, profissionais, éticas, estéticas, criativas, além de comportamento personalizado entre duas pessoas que permite um contato entre seus mundos subjetivos. O transpessoal é uma intersubjetividade da relação de humano-para-humano na qual a pessoa do enfermeiro influencia e é influenciada pela pessoa do outro. Ambos estão plenamente presentes e sentem uma união com o outro. Transpondo o conceito para a realidade deste estudo, enfermeira e a pessoa idosa estão totalmente presentes no momento e sentem a união com o outro compartilhando o campo fenomenal que se torna parte da história de vida dos dois (WATSON, 2002a).

A *ocasião real do cuidar* envolve as ações e as escolhas do enfermeiro e do indivíduo; é o momento do atendimento e proporciona a ambos a oportunidade de decidir como ser no relacionamento e o que fazer com o momento (WATSON, 2002a; WILLS, 2009).

Por sua vez, o *campo fenomenológico* é a totalidade da experiência humana de estar-no-mundo; abrange a estrutura individual de referência que pode ser conhecida apenas por aquela pessoa. A forma como uma pessoa compreende e responde numa dada situação, depende do seu campo fenomenológico, ou realidade subjetiva, e não apenas das condições objetivas e realidades externas. Já o *eu* diz respeito à *Gestalt* conceitual organizada, composta de percepções do “eu” e percepções do relacionamento do “eu” com os outros e com vários

aspectos da vida; é o centro subjetivo que experiencia e vive dentro do somatório total das partes do corpo, dos pensamentos, sensações, memórias e história de vida (WATSON, 2002a; WILLS, 2009).

Conforme Watson (2002a), o cuidado traz em seu âmago uma noção ontológica de unidade entre todas as coisas, de harmonia, de paz e agregação entre a humanidade. O cuidar se expressa na enfermagem através de elementos utilizados para prestar cuidados às pessoas. Esses elementos constituem o processo *Clinical Caritas*, e descrevem o processo de cuidar para a obtenção e manutenção da saúde ou mesmo para uma morte serena (WATSON, 2008).

Caritas significa valorizar, apreciar, dedicar atenção especial e representa caridade, compaixão e generosidade de espírito. Dentro do *caritas processes*, Watson (2008) faz uma conexão entre o cuidado e o amor e, dessa forma, indica um caminho para o cuidado transpessoal. A relação entre cuidado e amor permite o acesso para a restauração interior de si mesmo e do outro.

A enfermeira, segundo o ponto de vista de Watson (2008), precisa reconhecer-se como dotada de uma energia que a torna parte de um cosmo que a liga ao universo. Da mesma forma, a outra pessoa, de quem se cuida, também faz parte e está ligada ao universo. A consciência dessa ligação é fruto de autoconhecimento profundo que por sua vez mobiliza e é mobilizado pelo cuidado e pelo amor.

A restauração, descrita como *healing*, corresponde a um estado de equilíbrio interior que transcende ao corpo físico, conectando as dimensões corpo-mente-espírito. Essa conexão pode ser alcançada quando há uma relação autêntica e interessada entre o ser-enfermeiro e o ser-idoso, o que caracteriza uma relação de cuidado com amor (WATSON, 2008).

A restauração, ou *healing*, não significa então cura de um processo patológico, mas sim autoconsciência e harmonia interior. Esse estado passa pela criação e manutenção de uma atmosfera de energias positivas, de autenticidade e de respeito. Nesse sentido, o cuidado transpessoal não conduz à cura, mas através da autocompreensão conduz à busca de cura física e ao entendimento e aceitação do curso da vida (WATSON, 2008).

Os elementos do processo de cuidado são descritos a seguir:

1. Cultivo de valores humanistas como a equanimidade e a gentileza para si mesmo e para o outro. A equanimidade corresponde a um senso de equilíbrio interno e espiritual. Esse elemento comporta a prática do amor dentro do contexto da consciência do cuidado. Através do amor é possível abrir-se ao outro estabelecendo uma comunhão.

2. Fé e esperança – fortalecer e sustentar um sistema de crenças e subjetividade do seu mundo, sua vida e do ser cuidado.
3. Sensibilidade para si e para os outros – meio para se alcançar a evolução em conexão com o universo pelo cultivo de práticas próprias espirituais e do eu transpessoal.
4. Desenvolvimento das relações de auxílio, confiança e cuidado – dá-se por meio de atitudes como através do olhar nos olhos do outro, demonstrando verdadeiro interesse, valorizando-se detalhes como o sorriso, postura, toque e a escuta.
5. Incentivo à expressão dos sentimentos e emoções, positivas e negativas – realizada através da conexão entre os espíritos de quem cuida e de quem é cuidado. A valorização das emoções faz parte do perceber-se, sentir-se e pensar do homem, sendo elas positivas ou negativas.
6. Processo de cuidado criativo e individualizado para solução de problemas – valoriza o engajamento em práticas artísticas de cuidados para a reconstituição do ser. O enfermeiro deve lançar mão de fontes diversas de conhecimentos como a intuição, senso comum, estética, ética, pessoal e das experiências de vida a fim de realizar o cuidado.
7. Ensino e aprendizado transpessoais – visa atender a unidade do ser e dos significados, para manter-se dentro do referencial do outro. Através desta conexão verdadeira, o indivíduo pode ser capaz de cuidar de si reconhecendo as próprias necessidades e autoconhecendo-se.
8. Ambiente sustentador, protetor e/ou corretivo, mental, físico, social e espiritual – potencializa o conforto e a dignidade nos níveis físicos e não físico, sejam eles internos ou externos. Visa enfrentar a situação vivenciada, buscando opções para o enfrentamento. O ambiente deve ser confortável, limpo, seguro e saudável.
9. Assistência às necessidades humanas – consiste em ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional do cuidado visando alinhar corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser em todos os aspectos do cuidado.
10. Dimensão existencial fenomenológica: a sacralidade do ser – traz à tona o fenômeno do desconhecido, os quais não podem ser explicados cientificamente, por meio da medicina moderna ocidental. Esse fator permite a expressão de aspectos da experiência humana como o metafísico e o filosófico, os quais não fazem parte do pensamento racional científico. No entanto, essa racionalidade sofre influência dos fatores citados. A valorização do espírito, da mente, das

crenças culturais, mitos, metáforas e dos aspectos subjetivos dos enfermeiros e dos pacientes e seus familiares permite a cura, milagres e a restauração (NEIL, 2002; MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006; WATSON, 2007; WATSON, 2008; WILLS, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória com abordagem qualitativa. O estudo exploratório versa sobre um tema pouco pesquisado, sobre o qual ainda não se acumulou uma bibliografia significativa destacando as informações novas levantadas. Por sua vez, o estudo de natureza qualitativa, de acordo com Minayo (2004), busca compreender e apreender a realidade a partir de um universo de trabalho constituído por significados, valores, vivências e intenções, que não podem ser captados por variáveis matemáticas e operações estatísticas. Na pesquisa qualitativa, a subjetividade dos fatos, fenômenos e processos ganham relevância porque o mais importante não é a quantificação, mas desvelar a dinâmica e a estrutura das relações e ações humanas.

Para Minayo (2008), o método qualitativo é adequado ao estudo de aspectos históricos, relacionais, das representações, das crenças, percepções e opiniões. Esses fatores resultam, segundo a autora, das interpretações que os sujeitos fazem da forma como vivem, sentem e pensam. Uma das vantagens da aplicação desse método é a possibilidade permitida por ele de desvelamento de processos sociais e da criação de novos conceitos e categorias.

Embora seja necessária uma valorização dos aspectos subjetivos dos entrevistados, não prescinde de objetivação. Sendo assim, ao longo do processo investigativo, há necessidade de teorização, revisão crítica do conhecimento produzido sobre o tema, estabelecimento de categorias e conceitos, e o emprego de técnicas adequadas de análise que sejam específicas e contextualizadas (MINAYO, 2008).

3.2 *Lócus* do estudo

O estudo foi realizado em um Centro Geriátrico, no período de março a abril de 2011. O referido Centro Geriátrico está inserido em um conjunto de obras sociais, de caráter filantrópico, conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na cidade do Salvador – Bahia, que prestam serviços de saúde à população nas mais diversas especialidades, a pessoas de todas as faixas etárias, em regime ambulatorial e de internação hospitalar. O referido Centro é o único dessa natureza, no município de Salvador - Bahia, que oferece ao mesmo tempo atendimento ambulatorial e internação hospitalar para pacientes idosos graves e crônicos. É reconhecido pelo Ministério da Saúde como referência para o

atendimento geriátrico. No desenvolvimento das suas atividades, visa garantir o atendimento ao idoso na sua integralidade, estimulando a cidadania, socialização e qualidade de vida. Está em funcionamento desde 1986. Possui 216 leitos assim distribuídos: 16 leitos voltados para pacientes agudos, 16 leitos para cuidados paliativos, 40 para reabilitação, 72 para moradia e 72 para pacientes crônicos. Conta com uma equipe multiprofissional formada por enfermeiros, médico geriatra, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista, psicólogo, técnicos em enfermagem, cuidadores, musicoterapeuta, auxiliares de serviços gerais e administrativos (OSID, 2010).

No que se refere ao tempo de permanência dos idosos hospitalizados, no período de janeiro a abril de 2011, apresentou uma média de 124,5 dias, conforme informações do serviço de educação continuada.

Com relação à organização do serviço de enfermagem, conta com uma enfermeira líder responsável técnica pelo conjunto que compõe as obras sociais. No que se refere ao Centro Geriátrico, o serviço de enfermagem está composto da seguinte forma: 01 enfermeira coordenadora; 01 enfermeira responsável pelo setor de educação continuada que tem a função de realizar treinamentos em serviço e assessorar a coordenação; 02 enfermeiras principais, voltadas para as questões administrativas e com participação no cuidado a idosos em hospitalização prolongada; e 18 enfermeiras assistenciais; além de técnicos e auxiliares de enfermagem.

A escolha desse campo se deu por ser um hospital conveniado ao SUS, que possui unidade de cuidados específicos para idosos em regime de internação e que serve como campo de ensino, logo, o modelo de assistência a idosos deve ser referência para os demais serviços.

3.3 Colaboradoras do estudo

A população do estudo foi constituída por enfermeiras que prestam cuidados a pessoas idosas em situação de hospitalização prolongada, no Centro Geriátrico em estudo. O termo população ou universo é entendido como a totalidade de sujeitos que compõem o cenário do estudo (OLIVEIRA, 2007).

Os critérios definidos para a inclusão no estudo foram: trabalhar há pelo menos seis meses no Centro Geriátrico e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

De um total de 20 enfermeiras, 16 já trabalhavam no serviço há mais de seis meses e foram entrevistadas doze, obedecendo-se os pressupostos da História Oral e da Análise de Conteúdo, no que se referem ao quantitativo de colaboradores em estudos com abordagem qualitativa.

Para Minayo (2008), Alberti (2005) e Haguette (2000), em História Oral, a escolha dos entrevistados não deve seguir critérios quantitativos, mas sim partir da posição do sujeito no grupo social no qual está inserido e o significado da sua experiência. Assim, devem ser selecionados para a entrevista aqueles sujeitos que participaram, viveram, presenciaram ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao objeto em estudo. Dessa forma, podem fornecer depoimentos significativos. Os sujeitos, em história oral, e em pesquisa qualitativa, devem ser tomados como unidade qualitativa e não como unidade estatística. Entretanto, infere-se que o número de entrevistas realizadas deve ser suficiente para viabilizar um grau de generalização dos resultados do trabalho.

Conforme relata Minayo (2008), em pesquisa qualitativa não se trabalha com somatório de depoimentos, mas deve buscar as unidades de significação nas respostas. Essas unidades se constroem pelos significados que refletem uma ou as múltiplas lógicas específicas do grupo social estudado.

3.4 Coleta dos depoimentos

Os depoimentos foram coletados através de um roteiro contendo dados de caracterização sócio demográfica das colaboradoras e três perguntas abertas (APÊNDICE B). O referido instrumento foi elaborado segundo os conceitos da técnica da História Oral temática. Visando facilitar a compreensão, apresentam-se alguns aspectos históricos e conceituais referentes à história oral.

A história oral é considerada tão antiga quanto a própria história (THOMPSON, 2002). Há conhecimento sobre o uso dessa narrativa, desde a Idade Média. Mesmo sem o recurso de um gravador de áudio ou vídeo já se recorria aos relatos orais como uma forma de conhecer fatos passados. Entretanto, só a partir da segunda metade do século XX, que a história oral ganhou mais força como método de estudos dos acontecimentos e conjunturas sociais, sobretudo, nos Estados Unidos e Europa. No Brasil, o primeiro núcleo foi implantado em 1975, no Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (Cpdoc) da Fundação Getúlio Vargas (ALBERTI, 2005).

No âmbito da pesquisa qualitativa, Thompson (2002) considera que a história oral é um instrumento poderoso para que os sujeitos compreendam seu contexto social associando-o à sua experiência, interpretando-o e dando-lhe sentido. Esse autor afirma que, através dessa técnica, é possível ter acesso a experiências não documentadas, a aspectos da vivência que não são registrados e evidenciar significados subjetivos. Conforme Minayo (2008), a história oral valoriza a forma como as pessoas vivenciam os acontecimentos do seu tempo, formando uma totalidade coerente e enraizada na experiência social real.

De acordo com Alberti (2005), a história oral pode ser empregada em diversas disciplinas, dentre elas as que utilizam métodos qualitativos. Pode ser definida como método de investigação, fonte de pesquisa ou como técnica de geração e análise de depoimentos. (HAGUETTE, 2000). Assim, caracteriza-se como um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo e dessa forma, podem aproximar-se do objeto em estudo (ALBERTI, 2005).

A história oral pode ser empregada para o estudo de acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos e conjunturas, com base em depoimentos de pessoas que deles participaram ou testemunharam. Apresenta como peculiaridade a possibilidade de recuperar o vivido conforme concebido por quem o viveu (ALBERTI, 2005).

Ao ser atribuído um caráter científico à técnica da história oral, esta se constitui como um eficiente instrumento de investigação. Deve ser embasada, entretanto, em conhecimentos teóricos. O problema e a fundamentação teórica devem orientar a investigação, a fim de alcançar o conhecimento objetivado a partir do levantamento, interpretação e análise dos dados (GONÇALVES; LISBOA, 2007).

Para Alberti (2005), ao se trabalhar com história oral, deve-se adotar uma postura de respeito pelo outro, por suas opiniões, atitudes, posições e visões de mundo. Esses itens norteiam o depoimento fornecido e ao mesmo tempo conferem significado ao fato narrado. Embora seja particular e individual, constitui elemento indispensável para a compreensão do grupo social ao qual pertence.

Neste estudo foi utilizada a história oral temática como técnica de coleta dos depoimentos. A história oral temática tem como foco a participação dos colaboradores no tema em estudo, conforme descreve Alberti (2005). Para a autora citada, a entrevista temática se adéqua ao estudo de temas que têm trajetória definida na vida dos colaboradores, em razão do desempenho de determinada função ou do envolvimento em conjunturas e acontecimentos

específicos. Nesse contexto, o conhecimento da parte da biografia do sujeito permite uma melhor compreensão do relato, do discurso e das referências particulares, conforme salienta Alberti (2005).

Para Minayo (2008), o roteiro equivale a uma lista de temas elaborados de modo a dar conta dos indicadores da pesquisa qualitativa. Deve servir como um guia para a entrevista, sendo que seu conteúdo precisa fazer parte do delineamento do objeto, possibilitar o aprofundamento da comunicação e contribuir para a emergência do juízo, das relevâncias e da visão do objeto, a partir do entrevistado, devendo desdobrar os pontos essenciais de modo a contemplar as informações esperadas. Além disso, deve ser flexível ao ponto de permitir a absorção de novos temas e questões trazidas pelo entrevistado (MINAYO, 2008).

Durante a entrevista, é importante trilhar no sentido de um diálogo informal e sincero, que permite cumplicidade entre entrevistado e entrevistador. Deve ser evitada postura de teste do entrevistado, pois o que se deseja é o relato do vivido e a opinião sobre o objeto em estudo (ALBERTI, 2005).

Após aprovação do protocolo da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e liberação pela coordenação do serviço, para o início da coleta dos dados procedeu-se da seguinte forma: estabelecimento de contato inicial com as colaboradoras com tempo de trabalho superior a seis meses e entrega de uma Carta Convite (Apêndice C) explicando os objetivos da pesquisa e convidando a participar do estudo; agendamento da entrevista, conforme disponibilidade da colaboradora e do pesquisador; realização da entrevista no local escolhido pela colaboradora, observando a necessidade de privacidade e o mínimo de interferências externas como barulhos e a presença de outras pessoas. Não houve recusa em participar do estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas, em um aparelho gravador de voz portátil marca Powerpack, modelo DVR-2920, após esclarecimento de dúvidas e o consentimento das colaboradoras expresso através da assinatura do TCLE.

Após a realização de cada entrevista, o pesquisador procedeu à transcrição integral e a conferência das falas.

3.5 Análise dos depoimentos

De posse do material proveniente das entrevistas, elaborou-se um plano de análise (Apêndice D) em consonância com a técnica de análise de conteúdo de Bardin, mediante os

três pólos preconizados: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados; inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Conforme Bardin (2009), a análise de conteúdo corresponde a um grupo de técnicas de análise das comunicações, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, com a finalidade de se obter indicadores que favoreçam a inferência de conhecimentos, a partir do conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo comporta, segundo Minayo (2008), a descoberta dos núcleos de sentido, que, a partir da presença ou da repetição, expressem algo para o conteúdo analítico.

Na fase de pré-análise, que equivale à fase de organização do material, sistematiza-se as ideias de modo a conduzir a um esquema do desenvolvimento das operações seguintes. Nessa fase, realiza-se a leitura flutuante, quando se tem as primeiras impressões e interpretações, a partir do contato inicial com o material a ser analisado. A partir de leituras sucessivas do texto proveniente das entrevistas, o conteúdo torna-se mais sugestivo de modo a ultrapassar a impressão inicial. Também nesta fase, realiza-se a constituição do *corpus*, ou seja, o conjunto de documentos que serão analisados devendo, portanto, obedecer aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência em relação ao objeto de estudo e com as questões levantadas no instrumento de coleta de dados (BARDIN, 2009).

A segunda fase corresponde à exploração do material. Nessa etapa, os esforços devem ser empreendidos no sentido de se alcançar o núcleo de compreensão do texto e de encontrar categorias expressivas dos significados, através da codificação e categorização (BARDIN, 2009; MINAYO, 2008).

A terceira fase da análise de conteúdo é o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos. Nessa fase, os dados brutos tornam-se significativos podendo-se fazer inferências e interpretações a partir dos objetivos traçados ou das descobertas realizadas (BARDIN, 2009). Os resultados obtidos devem ser correlacionados com a teoria que fundamenta o estudo favorecendo novas interpretações, conforme salienta Minayo (2008).

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson foi utilizada como base teórica para o entendimento das categorias explicativas do cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada, emergidas a partir das falas das colaboradoras. Jean Watson propõe uma filosofia e ciência centrada no cuidado, o que constitui o eixo da prática da enfermagem. Considera o cuidado humano transpessoal como o contato dos mundos subjetivos do enfermeiro e do cliente e, dessa forma, se adéqua ao objeto de estudo aqui proposto de modo a facilitar seu entendimento e explicação (WATSON, 2002a; WATSON, 2002b; WATSON, 2008).

3.6 Aspectos éticos

Em consonância com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foi solicitada liberação do campo para a realização do estudo e o projeto foi encaminhado a um Comitê de Ética em Pesquisa tendo sido aprovado mediante expedição do Ofício número 006/2011 (ANEXO A) e identificado no Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 0082.0.058.000-11. Às participantes foi solicitada a assinatura TCLE, após esclarecimentos sobre o estudo, seus riscos e benefícios, sendo garantido o respeito, a privacidade, o anonimato e o sigilo das informações.

As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelas colaboradoras, no âmbito do serviço. O anonimato foi garantido mediante a não divulgação de nomes ou de dados que pudessem identificá-las. No instrumento de coleta de dados, a identificação foi feita pelas letras iniciais do nome e ao longo da dissertação pela letra “C”, significando colaboradora, seguida do número de ordem da realização da entrevista

Foi respeitado o sigilo das informações, como também informado que os dados só seriam utilizados para elaboração da dissertação e de artigos científicos para publicação, sem expô-las ou afetar suas imagens. Foi também garantido às colaboradoras o direito de recusar ou suspender suas participações em qualquer fase da pesquisa. As informações referentes às entrevistas ficarão arquivadas na instituição de origem da pesquisa por um período de cinco anos.

4 RESULTADOS

4.1 AS COLABORADORAS DO ESTUDO

4.1.1 Apresentação

COLABORADORA NÚMERO 01 - (C 01)

A primeira entrevista foi realizada com uma colaboradora de 27 anos de idade, solteira, católica, graduada há quatro anos, em uma organização de natureza privada, localizada na cidade do Salvador – Bahia. A referida colaboradora afirmou que, durante a graduação, cursou disciplina relacionada à Saúde do Idoso; cursou pós-graduação *latu sensu* em Terapia Intensiva e Emergência e não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia. Trabalha no serviço em estudo há quatro anos, tendo sido contratada ainda recém-formada.

À abordagem do entrevistador, para solicitar a participação no estudo, se mostrou receptiva, dispondo-se a conceder a entrevista no instante seguinte. Foi realizada em uma sala de prescrição médica do local do estudo, com duração de doze minutos. No transcurso da entrevista alternou momentos de insegurança sobre o assunto, demonstrados através de pausas no pensamento, com momento de muita firmeza na fala.

COLABORADORA NÚMERO 02 – (C 02)

A entrevista número dois foi realizada com uma colaboradora de 26 anos de idade, católica e solteira, é graduada há três anos, em uma organização privada, localizada na cidade de Salvador – Bahia, onde cursou disciplina relacionada à saúde do idoso. Trabalha no serviço em estudo desde que se graduou. Afirmou ter cursado pós-graduação *latu sensu* em Emergência e não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia.

Mostrou-se disponível a colaborar com o estudo ao ser solicitada, sendo a entrevista realizada no mesmo dia do primeiro contato, com uma duração de nove minutos, em um espaço destinado ao descanso noturno de enfermeiros. No transcurso, a colaboradora se mostrou segura em sua fala, porém sem olhar diretamente para o entrevistador, na maior parte do tempo.

COLABORADORA NÚMERO 03 – (C 03)

Essa entrevista foi realizada com uma colaboradora de 26 anos de idade, católica e solteira, graduada há dois anos e seis meses, por uma organização de natureza privada, localizada na cidade de Salvador – Bahia, passando a trabalhar no serviço em estudo desde então, porém já atuava como estagiária do referido serviço antes de graduar-se. Informou ter cursado disciplina referente à saúde do idoso, porém declarou que o conteúdo do programa foi insuficiente, diante das demandas de conhecimento sobre as especificidades do cuidado às pessoas idosas encontradas no serviço. Não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia, sendo pós-graduada, na modalidade *latu sensu*, em Terapia Intensiva.

A colaboradora demonstrou-se solícita ao convite para participar deste estudo, sendo a entrevista realizada no mesmo dia do primeiro contato, com uma duração de nove minutos, em um espaço destinado ao descanso noturno de enfermeiros, respondendo com segurança às questões apresentadas.

COLABORADORA NÚMERO 04 – (C 04)

Entrevista realizada com uma colaboradora de 28 anos, espírita e solteira. É formada, há cinco anos, por uma organização de natureza privada, localizada na cidade de Salvador – Bahia, onde cursou disciplina referente à saúde do idoso. Trabalha como enfermeira no local do estudo por igual período, porém antes da contratação já atuava no serviço como estagiária há dois anos. Além da experiência de ser enfermeira assistencial, vivenciou também a experiência de ser enfermeira principal, que na política do serviço em questão, acumula também funções administrativas e gerenciais. Afirmou ter cursado pós-graduação *latu sensu* em Emergência e não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia.

A colaboradora demonstrou-se disponível a colaborar com o estudo e a entrevista foi realizada em dia acordado por ambas as partes, com uma duração de quinze minutos, em um espaço destinado ao descanso noturno de enfermeiros, respondendo com segurança às questões apresentadas.

COLABORADORA NÚMERO 05 – (C 05)

A quinta entrevista foi realizada com uma colaboradora de 34 anos de idade, casada, católica, graduada há um ano e oito meses em uma organização pública, localizada na cidade do Salvador – Bahia, onde cursou a disciplina Saúde do Idoso. Trabalha no serviço em

questão há um ano e seis meses. É pós-graduada na modalidade *latu sensu* em Administração Hospitalar e não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia.

Após o contato inicial solicitando-se a colaboração com o estudo, agendou-se a entrevista, que foi realizada em um refeitório, com duração de treze minutos. Além das refeições, o refeitório é utilizado também para realização de atividades em grupo. A colaboradora ao ser abordada foi solícita em colaborar com o estudo tendo demonstrado segurança em sua fala.

COLABORADORA NÚMERO 06 – (C 06)

A sexta entrevista foi realizada com uma colaboradora de 31 anos de idade, católica e solteira, graduada há dois anos, por uma universidade pública, localizada na cidade do Recife – Pernambuco, onde cursou disciplina sobre Saúde do Idoso; trabalha no serviço em questão há um ano. É pós-graduada na modalidade *latu sensu* em Terapia Intensiva e não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia. Declarou que não admitia, enquanto estudante, a possibilidade de trabalhar com pessoas idosas, devido a experiências negativas ao longo da graduação.

Após contato inicial e o convite para participar do estudo, a entrevista só foi realizada após o quarto agendamento, devido às atividades laborais da colaboradora. O depoimento foi coletado em um refeitório, com duração de seis minutos. Respondeu aos questionamentos de forma direta e sucinta.

COLABORADORA NÚMERO 07 – (C 07)

A sétima entrevista foi realizada com uma colaboradora de 24 anos de idade que se declarou católica, solteira, graduada há oito meses, por uma organização de natureza privada, localizada na cidade do Salvador – Bahia, passando a trabalhar como enfermeira no local de realização deste estudo desde então. Atuou por um período de um ano como estagiária, antes da contratação. Não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia e está cursando pós-graduação *latu sensu* em Terapia Intensiva e Emergência.

A colaboradora mostrou-se disponível para participar da pesquisa, sendo a entrevista realizada no mesmo dia do primeiro contato, com duração de nove minutos, em um espaço destinado ao descanso noturno de enfermeiros, respondendo com segurança às questões apresentadas.

COLABORADORA NÚMERO 08 – (C 08)

A entrevista número oito foi realizada com uma colaboradora de 28 anos de idade, católica, solteira, graduada há três anos, por uma universidade privada, localizada na cidade do Salvador – Bahia, afirmou ter cursado a disciplina Saúde do Idoso; trabalha no referido serviço há dois anos e sete meses. Não é pós-graduada na modalidade *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia e está cursando pós-graduação *latu sensu* em Nefrologia.

A entrevista foi realizada em um espaço destinado ao descanso noturno de enfermeiros, com duração de vinte e um minutos, após três tentativas, nas quais a colaboradora declarava-se impossibilitada devido às atividades laborais. Foi necessário à formulação de outras perguntas complementares às estabelecidas com o intuito de aprofundar as respostas.

COLABORADORA NÚMERO 09 – (C 09)

A nona entrevista foi realizada com uma colaboradora de 27 anos de idade, católica, solteira, graduada por uma organização de natureza privada, localizada na cidade do Salvador – Bahia, onde cursou disciplina sobre saúde do idoso; trabalha como enfermeira no serviço em estudo desde então, porém possui a experiência de ter sido estagiária em período anterior à contratação. A colaboradora informou que não gostava da área da saúde do idoso devido a experiências negativas vividas durante a graduação, porém mudou de conceito ao ingressar no serviço e obter mais conhecimento acerca do cuidado a pessoas idosas. Não é pós-graduada na modalidade *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia e está cursando pós-graduação *latu sensu* em Terapia Intensiva.

A colaboradora mostrou-se disponível para participar da pesquisa, sendo a entrevista realizada em data sugerida pela colaboradora, com duração de oito minutos, em um espaço destinado ao descanso noturno de enfermeiros.

COLABORADORA NÚMERO 10 – (C 10)

A entrevista número dez foi realizada com uma colaboradora de 49 anos de idade, casada, católica, graduada há dezessete anos, por uma universidade pública, localizada na cidade de São Luís – Maranhão, a colaboradora informou não ter cursado disciplina sobre saúde do idoso; trabalha no serviço em estudo há cinco anos; possui pós-graduação *latu sensu* em Emergência e não é pós-graduada na modalidade *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia.

Demonstrou disponibilidade para conceder a entrevista, no mesmo dia do contato inicial, tendo essa uma duração de sete minutos e foi realizada em uma sala destinada a prescrição médica.

COLABORADORA NÚMERO 11– (C 11)

Entrevista realizada com uma colaboradora de 29 anos, católica, solteira, graduada há quatro anos, por uma universidade privada, localizada na cidade do Salvador – Bahia, a colaboradora trabalha como enfermeira, no serviço em estudo, por igual período. Antes da contratação já atuava no serviço como estagiária, há um ano e seis meses. Além da experiência de ser enfermeira assistencial, vivencia também a experiência de ser enfermeira principal, que na política do serviço em questão, acumula também funções administrativas e gerenciais. Pós-graduada na modalidade *latu sensu* em Terapia Intensiva e Enfermagem Dermatológica e não possui pós-graduação *latu sensu* em Geriatria e Gerontologia.

A colaboradora demonstrou-se disponível a colaborar com o estudo e a entrevista foi realizada em um espaço destinado ao descanso noturno de enfermeiros, com duração de onze minutos, no terceiro contato estabelecido.

COLABORADORA NÚMERO 12– (C 12)

A entrevista número doze foi concedida por uma colaboradora de 28 anos de idade, que se declarou sem religião, solteira, graduada há dois anos uma universidade privada localizada na cidade do Salvador – Bahia onde cursou a disciplina Saúde do Idoso. Não possui nenhuma pós-graduação e trabalha no referido serviço desde que se graduou. A entrevista foi realizada em um posto de enfermagem, com duração de onze minutos, após três tentativas nas quais a colaboradora declarava-se impossibilitada, devido às atividades laborais.

4.1. 2 Contextualização das características das colaboradoras do estudo

Acredita-se que o conhecimento acerca da pessoa que fala é um fator importante para se compreender o que é dito. Além de questões relativas aos aspectos sociais, culturais e ao contexto de produção das falas, informações acerca da identidade das colaboradoras auxiliam na análise do cuidado que enfermeiros prestam a pessoas idosas em hospitalização prolongada.

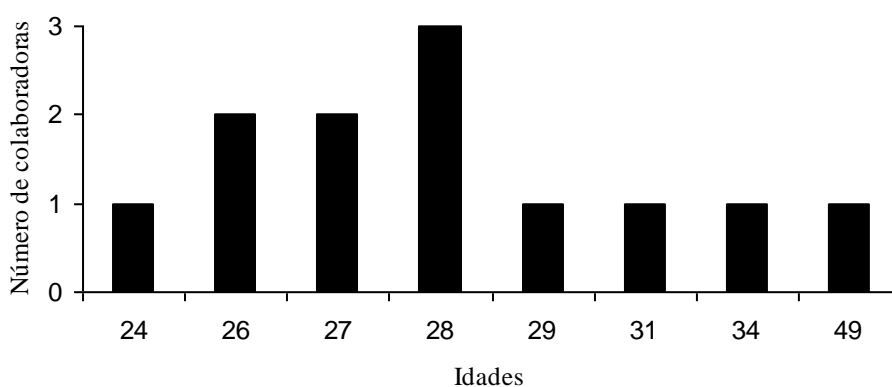
Fundamentado na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a ocasião do cuidado é influenciada pela história de vida, pela qual o enfermeiro e a pessoa idosa passaram. A partir dessa junção das duas pessoas com suas histórias de vida únicas e o campo fenomenológico na relação de cuidar, é possível atingir a transpessoalidade do cuidado (WATSON, 2002a).

De acordo com a autora citada, no cuidar transpessoal há uma partilha das experiências de vida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. Este tipo de cuidado tem a intersubjetividade como ideal e há um envolvimento de ambas as partes. Desse modo, os valores e perspectivas do enfermeiro são potencialmente tão relevantes quanto os da pessoa cuidada (WATSON, 2002a).

Dados levantados, na parte da caracterização sócio-demográfica do instrumento de coleta utilizado, permitiram uma análise das colaboradoras relativas à idade, sexo, situação conjugal, tempo de graduada, natureza da instituição de ensino, onde graduaram-se, curso de disciplina relativa à saúde do idoso, tempo de atuação profissional e pós-graduação cursada.

Com relação à idade, observou-se uma variação entre 24 e 49 anos de idade, sendo que duas colaboradoras tinham 26, duas 27 e três 28 anos, conforme pode ser verificado na figura 01.

Figura 01 - Distribuição das colaboradoras segundo a idade em anos. Salvador, 2011.



Fonte: Pesquisa “O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada”.

Um fator importante a ser analisado é a influência da idade no cuidado prestado às pessoas idosas. Nesse caso, há um distanciamento entre as faixas etárias das enfermeiras, cuidadoras, e dos idosos, pessoas cuidadas. Na sua maioria, são pessoas mais jovens cuidando de pessoas mais velhas. Algumas enfermeiras estão no primeiro ano da vida profissional e já se deparam com uma clientela tão específica e especial. Específica pelas particularidades advindas da senescência e da senilidade, da hospitalização prolongada e do contexto social no

qual estão inseridos, que algumas vezes os submete a privações e maus tratos. Especiais pela riqueza da trajetória de vida, de cada uma das 216 pessoas idosas hospitalizadas, no local em estudo.

Com base nas falas analisadas na sequência deste estudo, a experiência de cuidar de pessoas idosas em hospitalização prolongada representa, a princípio, repulsa e choque, o que pode ser indicativo, nas entrelinhas, de um comportamento gerontofóbico. Esse comportamento pode se constituir como uma barreira à interação humana entre as enfermeiras e as pessoas idosas.

Por outro lado, a experiência do cuidado representa também aceitação e admiração, à medida que as enfermeiras estudadas permitem que seu universo profissional seja permeado pelo universo dos idosos. Ainda assim, acredita-se que a diferença entre as gerações das enfermeiras e das pessoas idosas pode levar a incompreensões de ambas as partes no cotidiano das relações estabelecidas.

Destaca-se que é imprescindível a divulgação de informações sobre o processo de desenvolvimento humano, através dos seus ciclos vitais, com suas características próprias. Essas informações podem ser obtidas em nível de educação formal, mas também parte de uma sociedade que valoriza o ser humano em todas as etapas da vida.

O termo geração é entendido, conforme a concepção apresentada por Britto da Motta (2010), como sendo a posição e a atuação de um indivíduo, em seu grupo de idade ou de convivência, em um determinado espaço de tempo. Dessa forma, tem-se, por um lado, o grupo das pessoas idosas, de gerações distintas das enfermeiras e também distinta entre si, dada a variação de idade, e por outro, o grupo das enfermeiras. Então, nessa condição de encontro geracional na contemporaneidade, qual o cuidado resultante? As pessoas idosas trazem como ponto comum a condição de fragilidade e a hospitalização, e as enfermeiras, a formação voltada para o cuidar. Então há que se considerar essas nuances, na ocasião real do cuidado.

Além da baixa idade da maioria das enfermeiras, destaca-se o fato de estarem no início da vida profissional e dez delas não terem ainda constituído família, o que pode dificultar o entendimento do significado de ser-idoso. Acredita-se também que as características destacadas possam dificultar a projeção da própria vida na velhice e com isso, ocorrer violações aos direitos humanos.

O enfermeiro no início da vida profissional traz uma bagagem teórica adquirida na academia, mas por outro lado, tem menos experiências na vida profissional. Não se pretende com isso sugerir que pessoas mais jovens não sejam capazes de cuidar de pessoas idosas, nem

tampouco negar as possibilidades do estabelecimento de relações bem sucedidas entre pessoas de diferentes idades e gerações.

Acredita-se nas possibilidades de mudanças com relação ao cuidado prestado a pessoas idosas e que esse movimento poderá ter início nos centros formadores e, em seguida, repercutir no cotidiano dos serviços. Uma formação com foco humanístico e que valorize a subjetividade, a expressão de sentimentos e o estabelecimento de uma relação autêntica e interessada, conforme relata Watson (2002a), são fatores importantes para o alcance de um cuidado transpessoal.

Seguindo um padrão de distribuição comum na enfermagem com predominância de mulheres no exercício da profissão, a totalidade dessa amostra foi composta apenas por enfermeiras. Vale ressaltar que no período em que se coletaram os dados não havia nenhum enfermeiro no quadro funcional do *locus* do estudo.

Estatísticas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) assinalam que, no Brasil, o quantitativo de enfermeiros corresponde a 11,4% ao passo que, no estado da Bahia, esse percentual é de 9,2% (BRASIL, 2011a). Esses dados mostram também a manutenção da predominância das enfermeiras, no entanto, há que se considerar a expressividade da participação masculina na profissão.

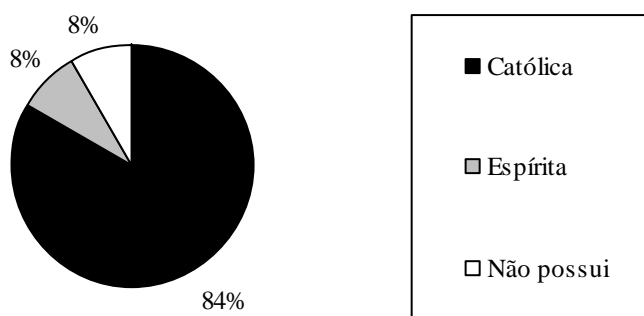
Tem sido maior a procura de homens por profissões ditas femininas, como a enfermagem. Acredita-se que a capacidade de exercer uma determinada profissão não é determinada por um sexo, mas é culturalmente definida, conforme relata Passos (1996). Diante disso, destaca-se a importância das organizações levarem em consideração esse fator ao definir suas políticas de recrutamento e seleção de pessoal, sobretudo, de enfermagem.

A esse respeito, Watson (2002b) afirma que a enfermeira-mulher, como prestadora de cuidados, unida a “homens compassivos, acalentadores, intuitivos e equilibrados” (p.15) podem por em prática a essência do ato de cuidar.

Quando questionados sobre a própria religião, dez das enfermeiras afirmaram que são católicas, uma espírita e outra afirmou não ter religião, como pode ser verificado na figura 02.

Para Alves (2009), a religião nasce com a capacidade humana de atribuir um valor aos gestos e às coisas, fazendo assim uma discriminação entre coisas de importância secundária e coisas que trazem para si um sentido sagrado e religioso. Nesse mesmo sentido, o autor citado defende que o encontro das pessoas com o sagrado manifesto nos sentimentos e experiências pessoais se apresentam sob certo tipo de fala um discurso ou mesmo uma rede de símbolos. Dessa maneira, esses símbolos concorrem para a discriminação de objetos, tempos e espaços constituindo uma “abóbada sagrada” com que recobrem seu mundo.

Figura 02: Distribuição das colaboradoras segundo a religião referida. Salvador, 2011.



Fonte: Pesquisa “O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada.”

A religiosidade é apresentada como um atributo de uma religião específica, correspondendo assim à adesão a crenças e práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada. Já a espiritualidade diz respeito a uma relação pessoal com uma força superior na qual se acredita, sendo um fenômeno individual, abrangendo a transcendência pessoal, sensibilidade extraconsciente e fonte de sentido para eventos da vida (FARIA; SEIDL, 2005).

Nesse sentido, uma pessoa religiosa é aquela que possui crenças religiosas e está vinculada a uma religião. Ao passo que uma pessoa espiritualizada é aquela que tem devoção, acredita e valoriza um poder superior sem, necessariamente, manifestar crença religiosa ou estar vinculada a uma religião (FARIA; SEIDL, 2005).

A experiência da iluminação religiosa “é um terceiro olho que se abre para ver as coisas que os outros dois não podiam ver” (ALVES, 2009, p.27), passando, assim, a dar sentido diferente à própria vida e ao mundo. Então, acredita-se que, mesmo diante do arcabouço científico requerido para o exercício de uma profissão, o fazer de um profissional que professa determinada religião carrega valores que tem por base seus símbolos e as coisas sagradas referentes à sua crença. Em se tratando da enfermagem, não é, portanto, um cuidar neutro, mas sim um cuidar permeado por um conjunto de crenças e valores estabelecidos para as relações humanas.

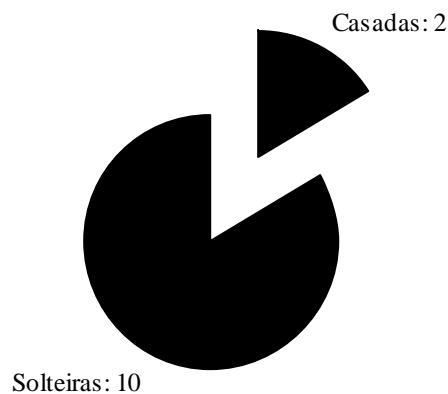
A esse respeito é importante refletir sobre como a crença religiosa de um enfermeiro influencia em sua maneira de cuidar. A história da enfermagem assinala a forte presença do fator religioso como um requisito para o cuidado. Autoras assinalam que a enfermagem tinha como objeto de trabalho o corpo dos indivíduos, porém visando atingir o espírito em favor de

uma ideologia cristã e católica. Dessa forma, contribuíam para a manutenção de uma ordem política, econômica e social dominadoras, cumprindo um papel religioso, ao disseminar os princípios cristãos e controlar as ações humanas, determinado assim uma forma de ser (PASSOS, 1996). Esses valores foram difundidos também pela fundadora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, que relacionou as leis da saúde com as leis de Deus (NIGHTINGALE, 2010).

Para além dos aspectos citados, Watson (2002a) sinaliza para a proeminência do mundo do espírito e da alma à medida que uma pessoa cresce e amadurece como indivíduo. Em sua teoria do cuidar transpessoal, Watson (2002a; 2008) enfatiza a necessidade e os benefícios do cultivo da fé e das forças existências fenomenológicas e espirituais, para que a transpessoalidade do cuidado seja atingida.

Com relação à situação conjugal, apenas duas das enfermeiras são casadas, as quais são as de maior idade entre o grupo como mostra a figura 03. Esse dado pode ser justificado pela baixa faixa etária do grupo em estudo. Como já foi dito, oito das enfermeiras tem menos de 28 anos.

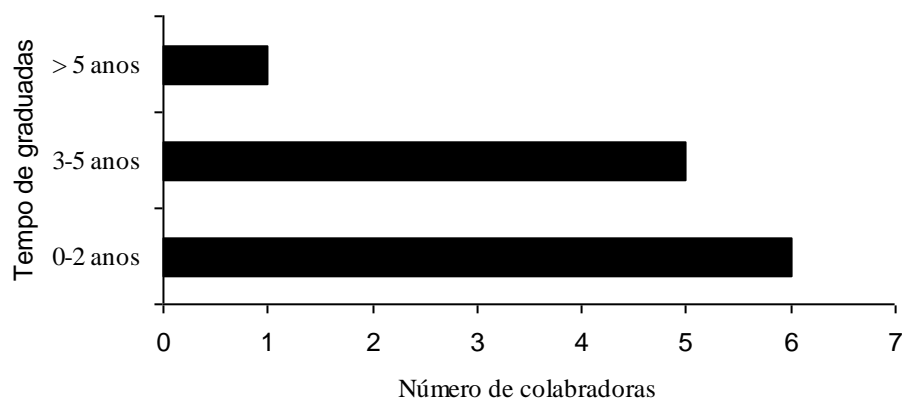
Figura 03: Distribuição das colaboradoras segundo a situação conjugal. Salvador, 2011.



Fonte: Pesquisa “O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada”.

No que se refere ao tempo de graduação, constatou-se que seis enfermeiras têm entre oito meses e dois anos de graduação, cinco entre três e cinco anos e uma delas graduou-se há 17 anos, conforme a figura 04 a seguir.

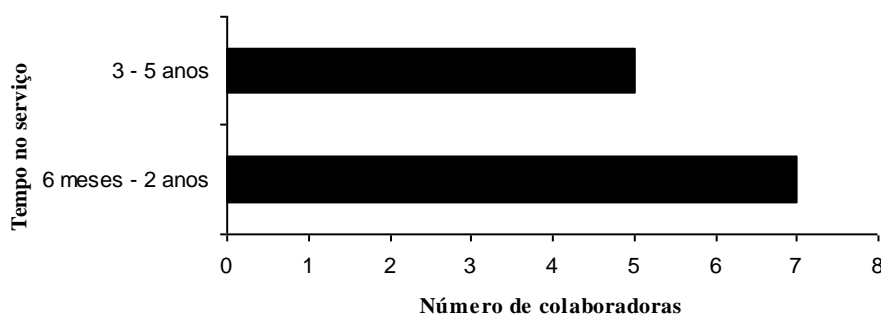
Figura 04 - Distribuição das colaboradoras segundo o tempo de graduadas. Salvador, 2011.



Fonte: Pesquisa “O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada”.

Como relação ao tempo de trabalho no serviço pesquisado, nota-se que há uma aproximação entre o tempo de graduação e o tempo de trabalho (Figura 05). Essa coincidência pode ser justificada pela política institucional de contratar o estudante como estagiário e absorvê-lo como profissional após a formatura.

Figura 05 - Distribuição das colaboradoras segundo o tempo de trabalho no serviço pesquisado. Salvador, 2011.



Dentre as enfermeiras pesquisadas, nove obtiveram o grau de bacharel em enfermagem, em instituições de ensino de natureza privada e apenas três, em universidades públicas. Com relação à existência de componente curricular relacionado à saúde do idoso, onze enfermeiras afirmaram ter cursado, porém informaram não se lembrarem da carga horária. Apesar da informação sobre a abordagem do assunto, nas respectivas academias, sobressaiu-se a ideia da insuficiência das abordagens sejam em termos de carga horária, vivências em campos de prática ou do conteúdo programático.

Quando questionadas sobre a formação em nível de pós-graduação *latu sensu* na área de geriatria / gerontologia, todas afirmaram não ter cursado. Houve preferência, no grupo pesquisado, por cursos de pós-graduação *latu sensu* em áreas voltadas para o cuidado a pacientes em estado de saúde crítico, como terapia intensiva e emergência. Apenas uma enfermeira é pós-graduada na modalidade *latu sensu* em administração hospitalar, uma está cursando pós-graduação *latu sensu* em nefrologia e uma não cursou nenhuma pós-graduação.

Dado o aumento da expectativa de vida da população brasileira e o envelhecimento populacional, compreender e estudar a saúde do idoso com profundidade deve ser um requisito indispensável na formação de enfermeiros. Os dados do último censo demográfico dão conta de que a população idosa brasileira é de 11,3% (IBGE, 2010b) e a expectativa de vida é de 69,4 anos para os homens e 77 para as mulheres (IBGE, 2010b).

Segundo Veras (2009), a maior parte dos 650 mil novos idosos que são incorporados anualmente à população brasileira possuem doenças crônicas não transmissíveis e alguns possuem também limitações funcionais. Nesse sentido, o autor citado infere que em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

O incremento na população de idosos causa efeitos marcantes nos serviços de saúde. De acordo com Pereira (2007) e Veras (2009), esses impactos advêm, sobretudo, da maior prevalência de doenças degenerativas e de incapacidades. Essas condições de saúde ocasionam maior consumo de consultas com profissionais de saúde, exames laboratoriais, medicamentos e internações. As internações são mais prolongadas, o que representa maiores custos.

A despeito da experiência adquirida com o exercício profissional e da necessidade de uma visão abrangente sobre a saúde, entende-se que é necessária a busca por um conhecimento teórico aprofundado na área na qual se atua. Apenas uma das enfermeiras colaboradoras manifestou o desejo de cursar pós-graduação *latu sensu* na área de geriatria / gerontologia. Isso revela a busca por conhecimentos outros que não estão diretamente relacionadas às necessidades de pessoas idosas hospitalizadas. Entende-se que essa ação incorre no risco de prestar um cuidado na superfície do visivelmente apresentado pelas pessoas idosas hospitalizadas, sem, contudo, ser capaz de planejar e implementar cuidados que sejam diferenciados e, ao mesmo tempo, específicos para essa clientela.

Outro ponto suscita reflexão. Se as enfermeiras não valorizam a gerontologia o suficiente para desejarem especializar-se ou se nem mesmo se dão conta do universo posto diante de si, pressupõe-se que não serão capazes de perceber a realidade que as cerca ou mesmo de pensar numa maior valorização da individualidade das pessoas idosas.

4.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS COM AS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

4.2.1 As enfermeiras cuidadoras de pessoas idosas em hospitalização prolongada

Ao se analisar o texto proveniente das entrevistas sobressaiu-se a categoria *as enfermeiras cuidadoras de pessoas idosas em hospitalização prolongada*. Nessa categoria, busca-se conhecer as agentes do cuidar, para então conhecer a dinâmica do cuidado que efetivamente é prestado. Como subcategorias emergiram informações relativas à forma de ingresso no serviço e as deficiências referidas na formação acadêmica; a geriatria / gerontologia como área de exclusão para a atuação profissional; a gratidão pelo reconhecimento do papel de cuidadoras; e as reações diante da morte de pessoas idosas em hospitalização prolongada.

4.2.1.1 O ingresso no serviço como estagiárias e a deficiência referida na formação acadêmica

Para as enfermeiras pesquisadas, uma forma comum de ingresso no serviço tem sido através de um contato prévio com a instituição enquanto estudantes de graduação. Nesse período, são contratadas como estagiárias e, assim, ao exercer atividades inerentes à enfermagem, se familiarizam com o cotidiano do cuidado às pessoas idosas. As falas seguintes expressam como se deu esse ingresso:

Eu acho que não escolhi a geriatria, foi a geriatria quem me escolheu. Me ligaram: 'ah tem uma vaga para ser bolsista em geriatria, tem algum problema?' Eu fiz: 'não', meu único problema era pediatria, então, eu acho horrível trabalhar com criança. Eu fui escolhida, hoje não tenho problema nenhum. (C11)

Eu entrei como bolsista de enfermagem aqui [...] e fiquei aqui por um período de dois anos e aí foi um momento que eu ainda era estudante, mas foi um momento que eu pude associar a teoria à prática. (C 04)

As falas expressam o ingresso como estagiárias e a oportunidade oferecida para o contato com o cotidiano profissional. Por se tratar de uma área de atuação tão específica e

que, portanto, poderá não ser a área de escolha por parte dos estudantes, entende-se o questionamento: ‘tem algum problema?’

A enfermeira C11 interpretou o convite como um “chamado”, uma predestinação para o trabalho na geriatria. Acredita-se que essa consciência tenha vindo à tona na medida em que essa enfermeira permitiu-se envolver com o universo do cuidado às pessoas idosas e, a partir daí, passou a identificar-se profissionalmente com ele. A ideia de predestinação esteve presente nos primórdios da enfermagem profissional com Florence Nightingale a qual estabeleceu entre seus princípios a capacidade de devotar-se, princípio esse que ainda encontra resquícios, pelo que pode ser constatado.

Entretanto, acredita-se que a profissão enfermagem, assim como qualquer outra, pode ser aprendida e exercida livremente. Obrigatoriamente dedicar-se a uma profissão ou alguma causa não significa que tem que ser a vida toda. Por sua vez, o dedicar-se ou devotar-se pode ser, também, um ato livre e aprendido, de acordo com a filosofia de vida adotada. O que se deve ter em mente é que a dedicação ou devotar-se não implica submissão e precisa ser acompanhada de uma consciência crítica. Da mesma forma, a geriatria, como subárea para o exercício da enfermagem, requer dedicação, humanização e profissionalismo sem a necessidade da predestinação.

Outro ponto importante a ser destacado é a deficiência referida pelas enfermeiras em suas formações acadêmicas, como pode ser exemplificado nas falas a seguir:

Então, quando a gente entra aqui é uma coisa nova, que na faculdade a gente vê Saúde do Idoso bem rápido [...]. (C 03)

Eu entrei aqui recém formada, então boa parte dos meus conhecimentos foi adquirida aqui. (C 01)

Na verdade na faculdade a gente não tem muitas oportunidades como eu tive aqui [...] nesta escola que é essa instituição. (C 04)

Eu não tenho isso na faculdade, eu vim ver isso, aqui! E você tem toda uma teoria dada na faculdade que para mim foi muito superficial. Eu acho que na faculdade aquele aprendizado foi muito superficial. (C 07)

As falas dão conta, sob o ponto de vista daquelas que experienciaram, do quanto é deficiente a abordagem sobre a saúde do idoso nas academias. Essa constatação sobressai-se quando o profissional se depara com o universo do cuidado às pessoas idosas e a sua complexidade. Daí a necessidade de conhecimentos ampliado e profundo. Os problemas dos idosos são múltiplos e crônicos, abrangendo desde as questões sociais, às questões ligadas diretamente às patologias e à valorização do ser humano, com sua subjetividade em direção ao cuidado transpessoal.

As falas expostas justificam a necessidade de mais atenção durante a graduação aos conteúdos sobre a saúde do idoso. Nesse sentido, faz-se patente saber sobre as instituições de origem, bem como, a sua natureza e a existência de componentes curriculares sobre a temática. Como já foi apresentado anteriormente, nove das enfermeiras colaboradoras estudaram em instituições privadas e apenas uma dentre as doze referiu não ter cursado disciplina referente à saúde do idoso.

Nota-se que há uma lacuna entre conteúdos programáticos e o que é, de fato, absorvido pelas estudantes, tendo em vista que elas referem-se à insuficiência da abordagem. Diante disso, as instituições de ensino, tanto públicas quanto privadas, precisam repensar seus currículos e métodos de ensino, visando dar mais espaço às questões relativas à saúde do idoso, visto que esta obrigatoriedade já está posta tanto na PNI, como no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Ao tornar o aprendizado mais efetivo e eficaz, poderão fazer germinar nos seus discentes uma prática embasada e transformadora dos contextos e práticas de cuidado voltado às pessoas idosas.

A PNI, PNSI e o Estatuto do Idoso abordam também a obrigatoriedade da geriatria e gerontologia como conteúdo obrigatório nos cursos superiores e a geriatria como especialidade clínica em concursos públicos.

4.2.1.2 A Geriatria / Gerontologia como área de exclusão para o exercício profissional

Emergiu das falas das colaboradoras um sentimento de exclusão da geriatria / gerontologia do rol das possibilidades para o exercício profissional. Este fato pode ser exemplificado na fala a seguir.

Eu não imaginava antes trabalhar com idosos. Idosos e crianças..., eu sempre trabalhei bem com adultos porque eu achava mais tranquilo. Mas quando vim, quando eu tive a proposta de trabalhar com idosos..., de início eu tomei aquele susto porque era tudo que eu não imaginava que eu não queria. (C 07)

Apreende-se, na citação acima, que o universo do trabalho com as pessoas idosas não povoa os sonhos de atuação profissional das enfermeiras. Isso sugere que a ideia do trabalho geronto-geriátrico está tão à margem que chega mesmo a provocar reações como receios e susto diante da possibilidade de executá-lo.

Vive-se uma cultura que valoriza a velocidade e a ação imediata, com estímulos do tipo que estimulam a negação do envelhecimento, tanto por quem vivencia a velhice, quanto pela sociedade como um todo (PRÉTAT, 1997).

Segundo Beauvoir (1990), a velhice acarreta uma degradação temida contradizendo o ideal da virilidade ou da feminilidade adotados pelos jovens e adultos. Advém dessa visão negativa da velhice e do envelhecimento um desejo de distanciar-se dela.

Transpondo o mesmo raciocínio para a análise das falas das depoentes, constata-se a expressão de um desejo de não querer trabalhar com pessoas idosas, caracterizando assim um comportamento gerontofóbico, tomando-se por empréstimo o termo empregado por Menezes (2010). Entende-se que este é um posicionamento social e coletivamente construído por uma cultura que desvaloriza a sabedoria e as possibilidades de construção das pessoas idosas.

Frequentemente, os idosos são tratados como “feios, senis, solitários, infelizes, improdutivos, conservadores, ultrapassados, ociosos, ranzinzas e todos iguais” (MENEZES, 2010, p. 29). Para Mercadante e Berzins (2010), a discriminação das pessoas idosas manifesta-se sob diferentes formas na sociedade. A faixa etária em discussão está no alvo da intolerância, da não aceitação da diferença e da exclusão da vida social.

O pensamento generalizador sobre a velhice é uma construção cultural do pensamento e da ação. Esse pensamento estabelece uma dicotomia entre os idosos, com seus pensamentos e atributos do corpo e os jovens, também, com seus pensamentos e atributos, geralmente postos de forma antagônica aos idosos (MERCADANTE; BERZINS, 2010).

Os velhos carregam significados negativos evidenciados em comunicações depreciativas e repletas de estereótipos. Destacam-se as propagandas, músicas, histórias infantis, as piadas e os ditos populares. Essas manifestações reforçam, no imaginário social, características negativas da velhice e uma maior desvalorização dessa etapa da vida (MERCADANTE; BERZINS, 2010). Acredita-se que essas abordagens contribuam para a formação de uma visão negativa da velhice e, dessa forma, prestam um desserviço à sociedade e aos próprios idosos.

Com relação aos achados deste estudo, acredita-se que esta realidade pode ser explicada, não somente pela falta de afinidade anterior a um contato prévio com a geriatria e gerontologia, mas também pela forma periférica e pejorativa como o tema é tratado na sociedade e nos meios de comunicação de massa.

Prétat (1997) cita a importância da maturidade como fator preponderante para a sabedoria, assim afirmando:

“Confúcio teria dito que apenas depois dos sessenta anos uma pessoa pode ser suficientemente sábia para estudar os livros da sabedoria antiga. Antes dessa idade até mesmo os mais sábios são imaturos demais para compreendê-los” (PRÉTAT, 1997, p. 58).

Diante disso, a importância de se dar relevo ao papel da educação como ferramenta modificadora de uma imagem negativa da velhice, em uma outra repleta de significados e valores. Acredita-se que uma melhor prática de cuidados possa ser desenvolvida, quando as imagens negativas do inconsciente do profissional forem substituídas por uma prática transformadora, que valorize o envelhecimento e que assim possa ressoar na sociedade como um todo.

Retomando a discussão sobre o aperfeiçoamento profissional e sua relação com a geriatria / gerontologia, constata-se, nas falas seguintes, que há preferência por uma área de atuação onde há a presença marcante das tecnologias duras, de procedimentos invasivos e caracterizada pela alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Essa ideia se fortalece ao se constatar que há predominância de enfermeiras no grupo em estudo pós-graduadas na modalidade *latu sensu* em terapia intensiva e emergência e nenhuma pós-graduada em geriatria / gerontologia.

[...] a única coisa que eu não queria na vida era justamente a geriatria, era trabalhar com essa área! Sempre queria UTI porque na época eu fiz um estágio no asilo e eu não gostei, achei que não foi proveitoso na época de faculdade. (C 06)

Outro ponto que emerge na fala acima e nas seguintes é a falta de interesse pela geriatria devido às experiências negativas enquanto graduandas e mesmo um sentimento de incapacidade para lidar com pessoas de idade avançada.

No início, quando fui chamada, não queria. Meu estágio na faculdade tinha sido muito ruim, detestava! E quando fui chamada fiquei um pouco receosa. (C 09)

Quando eu entrei estava no sétimo semestre e eu assim, não queria uma área... não queria uma área assim... não queria uma área específica para fazer estágio. Eu fiz a seleção, quando a gente faz, naquela época quando a gente fazia a seleção, a gente dizia qual área, que era pediatria, clínica médica, que a gente tinha interesse, que tinha afinidade. E eu, assim, geriatria eu não falei, mas geriatria eu não queria porque eu fiz estágio aqui, estágio curricular e não gostei da experiência, não gostei! [...] Porque eu olhava os idosos assim, meu Deus, é muito frágil. E eu me sentia incapaz de cuidar de uma pessoa como um idoso. (C 12)

Nesse sentido, retoma-se à discussão acerca dos métodos de ensino. Entende-se que estes devam ser caminhos que conduzam ao aprendizado e à descoberta de uma determinada área. No entanto, o que se apreende é que tais métodos funcionaram como obstáculos para a aprendizagem, não contribuindo, dessa forma, com as possibilidades de melhorias e inovações no cuidado às pessoas idosas em hospitalização prolongada, bem como ao cuidado gerontogeriátrico de forma ampla.

As políticas públicas já formuladas para os idosos são claras em abordar o papel da formação dos profissionais da saúde na área da Geriatria e Gerontologia. A PNI traz que os

currículos, materiais didáticos e metodologias devem ser adequados à temática do idoso além da sua obrigatoriedade nos cursos superiores (BRASIL, 1994).

A PNSI traz como diretriz a capacitação de recursos humanos especializados. Essa diretriz, inclusive, é transversal às demais diretrizes e é um passo fundamental para a articulação das ações intersetoriais. A responsabilidade pela execução é compartilhada entre as três esferas do governo (BRASIL, 2006).

Sobressaiu-se, então, a lacuna entre o que está previsto nas políticas, nos projetos pedagógicos das escolas e o que de fato ocorre. As depoentes relataram uma insuficiência nas abordagens das Instituições de Ensino Superior sobre a Geriatria e a Gerontologia, quando se referem à carga horária, preparo do docente e metodologias. Outro fator que se destaca é que nenhuma das profissionais entrevistadas tem formação específica na Geriatria e Gerontologia e a aquisição de conhecimentos está relegada ao que é absorvido no cotidiano profissional.

4.2.1.3 A gratidão pelo reconhecimento do papel de cuidadoras

Se a primeira reação diante da possibilidade de trabalhar com pessoas idosas foi o susto e o receio, em um segundo momento, as enfermeiras expressaram sentimento oposto ao inicial. Ao longo do exercício da profissão, foram capazes de permitir um envolvimento com as necessidades dos idosos e isso favoreceu o descortinamento de um universo até então desconhecido.

Mas quando eu vim me apaixonei. (C 07)

[...] Mas abracei a experiência e falei que seria um desafio. Desafio esse que sou apaixonada! (C 09)

Dessa relação estabelecida, emerge nas enfermeiras um sentimento de gratidão ao terem o seu trabalho reconhecido pelas pessoas idosas. A esse respeito, a enfermeira C 01 afirmou:

Eu adoro muito quando o paciente me chama pelo nome, sabe quem eu sou, tenta ter respeito, né? Eu acho importante ter essa relação próxima mesmo, tem que ser próxima. (C 01)

Demonstra-se assim que a relação próxima favorece um conhecimento mútuo, sendo, portanto, um ponto a ser estimulado e fortalecido.

Já a enfermeira C 02 afirmou que se sente gratificada devido ao fato de receber o carinho das pessoas idosas e por ter o seu trabalho reconhecido.

[...] a gente tem uma gratificação imensa por isso, porque você recebe um carinho, porque todo o nosso trabalho, todo o nosso esforço é realmente reconhecido. O mínimo que você dar parece que é o máximo de afeto, de sensibilidade. O minuto que você pára para conversar já distrai aquela pessoa que tá o tempo todo internada aqui no mesmo ambiente, não pode sair. Então, eu particularmente, gosto muito, muito de trabalhar aqui na Geriatria e trabalhar com idosos. [...] Então..., eu fico muito satisfeita de trabalhar aqui na Geriatria. (C 02)

No que se refere ao reconhecimento do papel de cuidador, advém de uma interação autêntica, interessada e de acesso ao campo fenomenológico do outro ser, como explica Watson (2002a). Decorre então o reconhecimento por parte do utente diante da partilha do *self* das duas pessoas no momento real do cuidar.

A enfermeira C 03 manifestou gratidão diante da melhora do quadro clínico do paciente, sendo que esse sentimento supera mesmo quaisquer pontos adversos no contexto do cuidado.

Os idosos de reabilitação..., eles fazem tratamento, muitos a gente vê ir embora reabilitados. Pacientes que chegam acamados, sequelados, paciente hoje em dia tá andando com a muleta, entendeu?... Eu já vi paciente com sonda entrar aqui totalmente rebaixado (se referindo ao rebaixamento do nível de consciência) e hoje em dia tá sentado conversando com você, entendeu? É... é... tem seus... (pausa) mas também tem suas... é gratificante né? É gratificante né? (C 03)

Com relação aos pontos desfavoráveis no cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada, acrescenta-se que a hospitalização de pessoas idosas pode ser a causa de sofrimento aos trabalhadores de enfermagem, pois, em muitas situações, esses trabalhadores deparam-se com questões como a iminência da morte, o abandono das pessoas idosas pelos familiares e com questões sociais (TAVARES *et al*, 2010).

Um estudo com o objetivo de identificar as fontes de prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de pessoas idosas hospitalizadas revelou quatro fontes de prazer. Uma dessas fontes está relacionada com o estabelecimento de uma conversa agradável, do carinho, da expressão de sentimentos positivos demonstrando-se um interesse pelo outro ser. Outra fonte de prazer está relacionada com a troca de experiências e conhecimentos, quando a pessoa idosa narra suas histórias de vida. No mesmo estudo, a valorização do cuidado prestado também se sobressaiu como importante fonte de prazer, sendo motivador para o trabalho. Por fim, a melhoria do quadro clínico, obtido através de uma assistência resolutiva, também se sobressaiu como fonte de prazer (TAVARES *et al*, 2010).

Esses dados vão ao encontro dos resultados encontrados neste estudo.

Outro sentimento expresso como manifestação de gratidão foi a possibilidade de extrair aprendizados, a partir das experiências de vida das pessoas idosas.

Trabalhar nessa unidade com o público idoso é maravilhoso. É um público que tem muito a lhe ensinar, são pessoas que já viveram muitos anos, já viveram muito mais anos do que eu e tem muita coisa a lhe ensinar não só como profissional, mas como ser humano. Então é maravilhoso, é gratificante, é muito bom. [...] Então foi gratificante, foi muito boa a experiência. (C 04)

De fato, as pessoas idosas têm muito a ensinar a partir das suas experiências de vida. A possibilidade de conviver com essas pessoas e estar atento aos seus ensinamentos pode contribuir para o enriquecimento pessoal, profissional e cultural de quem faz o exercício da escuta. Para além dos benefícios pessoais citados, ouvir um idoso é também valorizar seu passado, permitir que se expressem conforme sua visão de mundo e fazê-lo se sentir importante. É também um recurso terapêutico à proporção que estimula a memória, trazendo-o do seu mundo interior para o contato com o mundo que o cerca.

Além dos fatores citados, também emergiu nas falas a riqueza do cuidado às pessoas idosas pela oportunidade de contextualizar os estudos acerca da clínica geriátrica.

É uma experiência muito rica, eu aprendi e estou aprendendo muito. Desde estudar feridas, estudar as patologias, estudar a desidratação, a incontinência urinária, estudar os assuntos que... a clínica que a gente vê diariamente. (C 09)

Nesse sentido, a busca pessoal por aprofundar os conhecimentos favorece também o desenvolvimento de sentimentos positivos e, assim, a satisfação com o cuidado às pessoas idosas em hospitalização prolongada. O idoso, como outros pacientes, se constitui em fonte permanente de expansão do conhecimento e de oportunidade para o cuidador ser mais humano.

4.2.1.4 Reações das enfermeiras diante da morte de pessoas idosas em hospitalização prolongada

Diante da gratidão e da riqueza da experiência do cuidado às pessoas idosas referida pelas enfermeiras, qual reação manifestam ao se deparar com a morte de uma pessoa idosa em hospitalização prolongada? Emergiu das falas a terminalidade atrelada aos cuidados paliativos como agente de angústia profissional, como pode ser exemplificado pela fala seguinte:

Nós temos uma divisão e temos uma unidade de cuidados paliativos. Então a gente tem pacientes que não tem o que fazer devido à patologia, a idade... então, a gente fica querendo fazer algo mais, mas não vai surtir tanto efeito, entendeu? Aí fica ali só os pacientes mais antigos, a gente tem uma afetividade e tal..., e a gente vê os pacientes indo e não pode fazer muita coisa, entendeu? (C 08)

A mesma colaboradora segue, em seu discurso, afirmando suas dificuldades em aceitar a terminalidade e a suposta decisão da não intervenção médica invasiva.

Assim, bem marcante é o que a gente tem aqui, que são os cuidados paliativos é..., sem intervenção médica, pacientes assim que não tem mais o que investir. Pacientes que não vai investir, que não vai fazer procedimento invasivo, pacientes que sofre e aí eles são internados na unidade de paliativos. (C 08)

Segundo Silva e Caldas (2009), os profissionais da saúde devem reconhecer os limites da medicina e evitar a prática da distanásia, caracterizada pelo excesso de tratamento, assim como tratamento fútil e inútil. Para as autoras citadas, o cuidado está além da eliminação da dor e do sofrimento.

Nesse sentido, é importante resgatar a bioética como possibilidade de reflexão e de discussão sobre como encontrar sentido no processo de envelhecer; no questionamento da busca desenfreada do rejuvenescimento com base na aparência. “Ao atuar como mediadora das questões morais, a Bioética surge como fonte de conhecimento técnico para resolução de equações como a promoção de políticas de saúde pública para a população idosa, preservando a equidade e universalidade” (SILVA; CALDAS, 2009, p. 80-81).

O modelo biomédico de atenção à saúde, no qual se está inserido, tem como foco a intervenção visando a cura e causando nos profissionais um sentimento de angústia e impotência quando a pessoa doente não responde a contento às terapêuticas implementadas. A partir dos depoimentos, fica visível a dificuldade manifestada pelas enfermeiras que cuidam de pessoas idosas em hospitalização prolongada em aceitar o processo de morte.

Autores como Shimazu (2007), Silva, Ribeiro e Kruse (2009) e Oliveira, Quintana e Bertolino (2010) discutem que a morte atormenta aos profissionais de saúde de tal monta que se configura como algo estranho ao ciclo vital. Por vezes, quando a palavra morte é pronunciada, provoca espanto, comportamento aversivo e negação da morte. Desse modo, a morte é vista pelos profissionais da saúde como um fracasso, como algo vergonhoso, frágil e envolto por um sentimento de culpa diante da disponibilidade de um vasto e sofisticado aparato tecnológico.

Na sequência, a colaboradora confunde o cuidar e o curar, atrelando os cuidados de enfermagem às intervenções médicas:

Às vezes a gente quer fazer mais, mas só que fica restrita, de mãos atadas, a gente vê aquele paciente indo [...] (C 08)

Na verdade, as práticas médica e de enfermagem são interdependentes. No caso específico dos cuidados paliativos, o foco não é a cura, mas o conforto que pode ser proporcionado, visando uma morte digna. Nesse ponto, a prática da enfermagem vive sua autonomia, focalizada na humanização e nos cuidados de manutenção da vida, em essência, a natureza da enfermagem.

Por outro lado, no grupo estudado a morte também é encarada como um fenômeno que traz benefícios à pessoa idosa em hospitalização prolongada, dado o estado de sofrimento intenso e a impossibilidade de reversão do quadro clínico. Trata-se de uma visão que reconhece os limites da vida, sem apego extremado ao êxito. De nada adianta a sobrevida em estado de sofrimento intenso e de completa dependência.

Muitos idosos com hospitalização prolongada, com sofrimento intenso e demorando muito para desencarnar. Então a gente começou a encarar a morte como uma situação que pode trazer um certo benefício para o paciente. A gente via muitas pessoas já com situação de saúde muito grave e não desencarnava. Então assim, a gente passou a encarar a morte de uma maneira é... assim é... de uma maneira menos chocante. Isso não quer dizer também que a gente não se comova com os óbitos, com as intercorrências, a gente se comove. (C 02)

Autores discutem que falar da morte é uma oportunidade para pensar na vida. No contexto hospitalar, os cuidados às pessoas sem possibilidade de cura, constituem um cenário rico para a desmistificação dos tabus, já que todos os envolvidos como familiares, pacientes e profissionais da saúde precisam então aceitar a morte como parte da vida (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009).

O tema morte vem sendo tratado pelas enfermeiras brasileiras, através da publicação de artigos, em dois veículos de grande penetração na profissão. Nas publicações mais antigas, o tema morte é silenciado e ocultado. Os discursos normativos manifestos fortalecem a ideia de que os profissionais “não podem se emocionar e deve desenvolver habilidades de comunicação para confortar familiares e pacientes, saber administrar analgesia, promover o conforto do moribundo e satisfazer a sede espiritual dos pacientes” (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009, p.453).

Com o fortalecimento das tecnologias, os discursos sobre a morte ganham forma como uma luta travada pela manutenção da vida e com o emprego de aparatos tecnológicos. Mais recentemente passou-se a discutir sobre as facetas da morte, como a mudança dos locais de ocorrência, migrando dos seios das famílias, para a frieza do ambiente hospitalar. Na última década, o tema vem se destacando graças ao advento dos cuidados paliativos. Nessa modalidade de cuidados é inevitável que o fim da vida não seja visto como resultado de uma sequência natural. Assim sendo, há mais espaço para a discussão do tema, no entanto, ainda causa desconfortos nos profissionais. Acredita-se que esse fato seja devido a pouca abordagem na formação acadêmica focada na manutenção da vida (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009). Acrescenta-se também, que o ser humano é um ser sensível a perdas, sobretudo quando relacionadas a emoções e afetos e que uma das formas de trabalhar os desconfortos é através de uma vivência espiritual mais autêntica.

No tocante às pessoas idosas em hospitalização prolongada, a morte ainda traz um agravante: a sua aceitação sob a égide de que se trata de um processo natural e a pessoa idosa já viveu muito. Ideia essa destacada por Menezes (2010) a qual relata que trabalhadores de enfermagem manifestam maior complacência com a morte de idosos e mais dificuldade em lidar com a morte de jovens e crianças.

4.2.2 As pessoas idosas em hospitalização prolongada

A segunda categoria que emergiu dos discursos diz respeito especificamente às pessoas idosas em hospitalização prolongada. O conhecimento acerca dessas pessoas é importante para se conhecer mais sobre suas especificidades e sobre os contextos dos quais são provenientes. Representa, na verdade, um elo no encadeamento do cuidado seguido do conhecimento sobre as enfermeiras.

Dentro dessa categoria emergiram quatro subcategorias: a falta de cuidado e os maus tratos no domicílio; o abandono familiar das pessoas idosas no hospital; a infantilização da velhice; e sofrendo as repercussões da hospitalização prolongada.

4.2.2.1 A falta de cuidados e os maus tratos no domicílio

Emergiu dos discursos a experiência das enfermeiras com as condições clínicas e patológicas das pessoas idosas, ao acessarem o serviço em estudo. Nesse sentido, vem à superfície o despreparo dos familiares para lidar com as pessoas idosas dependentes, como ilustrado nas falas seguintes.

Muitos deles chegam aqui num estágio... de úlceras em toda parte do corpo, com odor, porque justamente a família não sabe cuidar. (C 01)

Já vem de casa em uma situação que a gente acredita ser de abandono, pacientes muito fragilizados. (C 09)

É muito frequente a recidiva. O paciente sai de alta, vem para tratar, principalmente aqui na [...], unidade que é de paciente crônico... úlcera, a maioria tem úlcera crônica, então ele vem, a gente trata, tem uma boa evolução, vai para casa e volta com a úlcera..., ou vai com a úlcera já em fase de cicatrização e quando volta a úlcera tá péssima, toda péssima novamente... Então eu vejo que não tem um acompanhamento realmente, um cuidado ali de tá ali, no intuito de fazer um curativo, sabe, de cuidar da alimentação. (C 07)

Na fala da enfermeira C 07 apreende-se a importância dos cuidados de manutenção da vida prestados por familiares no domicílio. Quando esses cuidados não são prestados de forma adequada há piora do quadro clínico.

O cenário do envelhecimento traz à tona a necessidade de se trabalhar a questão da interface entre o envelhecimento e as políticas públicas, voltadas às necessidades de cidadania específicas dessa faixa etária. Constitui-se um desafio inserir o idoso em um contexto social que lhe garanta cidadania e qualidade de vida.

A despeito das diretrizes enfatizadas na PNI, PNSI e no Estatuto do Idoso sobre a necessidade do cuidado domiciliar, a literatura afirma que os recursos destinados aos idosos dependentes são insuficientes, face ao envelhecimento da população brasileira. Por outro lado, o aumento da longevidade traz consigo um comprometimento do estado geral do idoso decorrente da falta de recursos e de cuidados, visando um envelhecimento saudável. Neste sentido, cabe à família prover o cuidado a seus idosos arcando com o ônus físico e financeiro, sem informações suficientes para exercer o cuidado, com o choque, com as atividades profissionais do cuidador familiar, com a possibilidade do afloramento de sentimentos antigos e com a sobrecarga de um único membro da família (QUEIROZ, 2010).

No Brasil, um grande avanço nas políticas de proteção social aos idosos é representado pela Constituição Federal de 1988. Nessa constituição foi introduzido o conceito de seguridade social, passando a adquirir conotação de cidadania, na medida em que houve uma desvinculação do contexto social-trabalhista e assistencialista. Houve avanço também no papel do Estado como responsável pela proteção ao idoso, embora a família continue sendo a principal responsável pelos cuidados a este grupo populacional, podendo ser responsabilizada criminalmente caso não o faça (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A PNI parte do princípio de que a família, a sociedade e o Estado têm igual parcela de responsabilidade na defesa da vida, bem-estar e dignidade das pessoas idosas. Dentre as diretrizes dessa política destaca-se a priorização do atendimento ao idoso, em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias, em detrimento ao atendimento asilar e promover a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia (BRASIL, 1994). Essa mesma ideia também é reforçada no Estatuto do Idoso, já nas suas disposições preliminares (BRASIL, 2003).

A PNSI também traz, no bojo das suas diretrizes, a priorização da assistência domiciliar como alternativa à hospitalização prolongada. Considera que, com essa medida, há redução de custos e acrescenta todos os desconfortos gerados pela permanência no leito hospitalar. Além disso, considera também que deve haver estímulo ao desenvolvimento dos cuidados informais; tais cuidados devem ser prestados prioritariamente pelas pessoas próximas aos idosos (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, constata-se que não faltam legislações sobre a permanência da pessoa idosa no ambiente domiciliar, mesmo em situação de dependência. Da mesma forma, o papel da família, como referência para os cuidados, é enfatizado. No entanto, carece-se da implementação de tais políticas por parte do Estado visando instrumentalizar os familiares para o cuidado e oferecendo efetivamente o suporte necessário para os cuidados domiciliares.

Entende-se que, em face de tais diretrizes, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja um modelo privilegiado para o alcance dessas pessoas idosas na comunidade. Pode, assim, oferecer o suporte necessário tanto para o cuidado direto, quanto para a instrumentalização dos familiares.

Na contramão do que é preconizado pelas legislações, ilustra-se o cenário real com o caso do município do Salvador – Bahia, onde a proporção de cobertura populacional, estimada pela ESF, é de apenas 17,72%, enquanto para o estado da Bahia é de 58,60% e a cobertura estimada para o Brasil é de 52,23% (BRASIL, 2011b).

O município de Salvador tem uma população total de 2.675.656 pessoas, sendo cerca de 8,8% de pessoas idosas (IBGE, 2010b). Salvador é uma cidade de contrastes e parte da sua população vive em condições de miséria, com o descaso e o abandono por parte do Estado. Essas mazelas podem ser ilustradas pelas barreiras físicas e arquitetônicas, pela falta de saneamento básico, precariedade no transporte público e pela falta de acesso aos serviços de saúde. Além disto, basta citar que Salvador é uma das cidades mais desiguais do mundo com a coexistência de áreas de elevado padrão de desenvolvimento e bolsões de miséria (PNUD, 2006).

Entende-se, desse modo, as falas das depoentes quando citam que a família não sabe cuidar da pessoa idosa no domicílio e, por isso, nem sempre há sucesso no plano terapêutico. Com tantos dados desfavoráveis seria mais surpreendente a prestação de um cuidado adequado pelos familiares. Os profissionais e a sociedade em geral precisam se posicionar para efetivamente implementar as políticas de atenção ao idoso como resposta à cada vez mais crescente demanda social por atenção do Estado à população idosa.

A enfermeira C 09 revelou a maneira como obtém informações relevantes para o diagnóstico de maus tratos às pessoas idosas no domicílio:

Parar para dar um espaço ao idoso, saber a história dele, colher o histórico. A história de vida que é muito importante, às vezes a gente consegue colher coisas que quando a gente vai ver a gente consegue fazer a junção do internamento dele, da clínica, que esse paciente sofria espancamento em casa. A gente tem poucas histórias assim, mas quando você colhe a história, quando você conversa com o paciente, não só faz uma visita, de observar, fazer exame físico, mas quando você conversa com o paciente, com o idoso, você consegue absorver e obter informações que eu acho que são muito importantes para a gente ver na clínica dele. (C 09)

Percebe-se, no depoimento acima, a ponta do *iceberg* de um problema social grave que assola a população idosa. A violência e os maus tratos contra as pessoas idosas, a despeito de não ser um problema recente, vem crescendo de forma acentuada e destacando-se como um grave problema social. Sobre os idosos, a incidência da violência contribui para uma perda na qualidade de vida e para o aumento de doença, conforme afirma Menezes (2010).

Menezes (2010) relata ainda que os rituais de agressão, violências e maus tratos se manifestam de formas diversificadas desde o emprego da força física, de palavras depreciativas, de xingamentos, no silêncio, na omissão de cuidados e mesmo da apropriação indébita de bens. No contexto familiar, a autora citada afirma que um idoso pode ter até sete agressores, a exemplo dos cônjuges, filhos, netos, genros, noras, sobrinhos e irmãos.

Com o intuito de ilustrar a prevalência do problema da violência entre as pessoas idosas cita-se uma pesquisa realizada por pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com apoio institucional do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), acerca da violência doméstica contra idosos em delegacias de polícia da cidade do Salvador – Bahia. Nessa pesquisa foram encontrados 3.350 casos de violência contra pessoas idosas. Dentre o total, 1.838 (54,9%) casos estavam relacionados às violências ocorridas no âmbito doméstico. No mesmo estudo, sobressaíram-se, como principais agressores, os filhos e as filhas e dentre as agressões praticadas estavam os maus tratos (MENEZES *et al*, 2007).

No que concerne aos fatores que concorrem para as violências a pessoas idosas por cuidadores, dentre elas os maus tratos, Menezes (2010) traz à reflexão o cotidiano extenuante do cuidado domiciliar em situações de fragilidade e dependência. Esses cuidadores assumem o ritual dos cuidados sozinhos, na maioria das vezes, tornando-o extenuante para forças física e mental. As particularidades advindas do envelhecimento, da fragilidade e das patologias geram uma demanda de cuidados diferenciados. Esses cuidados vão desde os cuidados com a alimentação, a forma de se alimentar, a higiene, os cuidados com a pele, a mobilização no leito, as eliminações, o sono e o repouso, o uso de medicamentos até a estimulação sensorial, a orientação no espaço e o cuidado com o ambiente. Por um lado têm-se as demandas elevadas e por outro, o estresse e o esgotamento físico dos cuidadores, quando então são ultrapassados os limites da tolerância e da paciência.

Diante disso, entende-se a maior vulnerabilidade das pessoas idosas em sofrerem violências e maus tratos no âmbito doméstico, mas também nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), instituições de saúde e nos espaços públicos.

Ao se analisar os resultados obtidos, à luz das políticas públicas já formuladas para as pessoas idosas (BRASIL, 1994; 2003; 2006) e da Declaração dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa (HUENCHUAN; RODRÍGUEZ-PIÑERO, 2010), constata-se as diferenças entre o que está posto como lei e o que de fato acontece.

Tais legislações são feridas principalmente no que se refere às formas de negligência, ao abandono, aos maus tratos e à deficiência ou inexistência do atendimento domiciliar, visando à continuidade dos cuidados. Todos esses aspectos permearam as falas das colaboradoras, expondo um reflexo da situação social das pessoas idosas nos serviços de saúde.

Ficou claro que é comum no cotidiano profissional das enfermeiras a identificação de casos de violência física, maus tratos, abandono e negligência contra pessoas idosas. As enfermeiras manifestaram uma sensação de desconforto mediante essa problemática, porém não apontaram medidas adotadas para o enfrentamento das formas de violência contra as pessoas idosas.

A PNI traz, dentre seus dispositivos, o dever do profissional de saúde de denunciar os casos de violência aos órgãos competentes (BRASIL, 1994). O Ministério da Saúde reconhecendo o grande peso social e econômico sobre o SUS instituiu a obrigatoriedade da notificação da violência lançando uma ficha para a notificação compulsória e, desse modo, pretende dar maior visibilidade à problemática (BRASIL, 2009).

Tendo em vista as dificuldades de operacionalizar a notificação da violência, a despeito da existência de uma ficha e da obrigatoriedade, algumas considerações precisam ser feitas. Inicialmente, os serviços precisam reconhecer a dimensão do problema da violência e adotar estratégias para sensibilizar e encorajar os profissionais à notificar os casos. Concomitantemente, a rede de serviços precisa estar estruturada e articulada de forma intersetorial para oferecer suporte à pessoa idosa que sofre violência e se constituir como referência para os profissionais, tal como está posto nas políticas públicas.

Entende-se que a ação intersetorial é imprescindível para o enfrentamento da violência. Do contrário, as ações isoladas se caracterizarão como tarefas dispendiosas, sem o alcance de um impacto social efetivo.

4.2.2.2 O abandono das pessoas idosas no hospital pelos familiares

As pessoas idosas, a quem se referiram as enfermeiras entrevistadas, estão submetidas não somente a situações de maus tratos e violência intrafamiliar, mas também ao abandono.

Das falas analisadas emergiu a situação de abandono das pessoas idosas pelos familiares, no hospital, causando, assim, grande angústia nas enfermeiras por se depararem com a recorrência do fato e pelo sentimento de impotência.

Nas falas seguintes constata-se essa realidade de abandono:

Também esse caso da família que às vezes abandona, larga o idoso aqui e eles não querem levar para casa, têm muitos desses [...] Quando o médico diz que vai dar alta a um idoso a família se manifesta: ‘ah como é que vai mandar ele para casa assim, mandar para casa com essa sonda na barriga, quem vai cuidar dele, não sei o que’, entendeu? (C 03)

Em outro momento, parece ser o uso de dispositivos por longo tempo, como a gastrostomia, o motivo da recusa dos familiares em levar o idoso para o domicílio.

Aí tem pacientes em cuidados paliativos que na verdade sofreram assim, entre aspas, meio que sofreram abandono do familiar. (C 05)

Então muitos têm a carência e já entra também o lado pessoal. Muitos a família acompanha, mas a grande maioria a família não acompanha, não tá junto para acompanhar mesmo o paciente aqui. (C 07)

Têm familiares que a gente percebe que estão sempre presentes. Chegam, perguntam como é que o paciente passou a noite. A gente vê aquela preocupação enquanto que outros não, a família vem, interna e deixa aí, entendeu? A gente vê o paciente cair, vai definhando, definhando, com dificuldade para reabilitar entendeu, e chegam depois de uma semana, quinze dias, chegam e pergunta como é que o paciente tá, entendeu? (C 08)

Não obstante o abandono em si, as circunstâncias na qual ocorre expõe a sua face cruel, conforme a fala seguinte:

E... e... quando eles estão naquela fase terminal, que aqui a gente tem os cuidados paliativos, é pior ainda, ninguém vem, os familiares não aparecem, não dão aquele apoio [...] (C 03)

Nesse caso, a proximidade da morte afasta os familiares e relega à equipe de saúde o apoio que a pessoa idosa carece. Por vezes, a situação de abandono familiar acompanha a pessoa idosa mesmo antes da hospitalização como nos casos em que os idosos não têm família e são provenientes das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's).

Tem paciente aqui que não tem família mesmo; são pacientes de abrigo que não tem a quem recorrer para saber alguma coisa dele. Se for verdade o que eles estão contando... a gente não tem como saber. Às vezes eles contam a história, a gente vai procurar e não tem como descobrir se é verdade ou se é mentira, entendeu? (C 03)

A situação de abandono causa reações não somente na equipe, mas também naqueles que são diretamente afetados pela problemática. Por vezes, manifestam reações de tristeza e revolta quando sentem o abandono, como exemplificado na fala seguinte.

O paciente fala: ‘ah! cadê aquele...’ Hoje mesmo um falou bem assim para mim: ‘ah cadê aquele bendito filho que nunca vem me visitar’, sempre tá sentindo... hoje tava muito triste. E quando eu perguntei o que estava acontecendo ele falou isso – ‘aquele bendito filho que nunca vem me visitar’. (C 03)

Essas situações concorrem então para o aumento da fragilidade da pessoa idosa.

Às vezes o idoso é deixado na instituição, ele é pouco visitado, então ele se sente... ele fica mais fragilizado ainda. É uma rotina aqui. (C 05)

O abandono soa como uma situação tão corriqueira que uma das enfermeiras chegou mesmo a classificar a presença da família como um evento raro.

[...] é muito raro... [...] eu acho raro quando tem a família que tá aqui junto.” (C 07)

A mesma enfermeira segue então atribuindo a falta de acompanhamento pelos familiares, à falta de esclarecimentos sobre as terapêuticas, o quadro clínico dos pacientes e a maneira como devem realizar o cuidado aos seus familiares.

É raro a família que realmente acompanha aqui, que tá junto se preocupando se fez aquele exame, de tá junto, porque que fez, qual é o resultado... é muito difícil! Ainda mais aqui que são pessoas humildes, que não tem esclarecimentos tanto o paciente quanto a família, não questionam mesmo ‘qual foi esse exame, qual foi o resultado, e agora vai fazer o que, vai para casa e eu vou cuidar como?’ (C 07)

A enfermeira C 07 também relata a pressa dos familiares em deixar seus idosos, após a internação, dificultando, assim, a obtenção de informações importantes.

Muito das famílias, a gente vê muito do familiar quando chega já perguntar: ‘eu já posso ir, já posso ir?’ Sabe, não espera para poder conversar tudo, ou se não perguntar tudo ao familiar e muitas vezes não quer nem ter aquela entrevista ali [...] quando vem aqui tem que realmente contar tudo, de... o histórico do paciente e muitos não tem nem essa paciência de ficar aqui conversando. Quando chega, tá vendo que tá internado e já tá aqui dentro, já quer ir embora. Então eles são bem carentes em relação ao acompanhamento familiar. (C 07)

E assim segue a dinâmica do abandono narrada por uma das colaboradoras:

Nós sabemos que aqui no hospital [...] tem muitos idosos abandonados pela família. A questão familiar às vezes é muito forte. Às vezes a nora não aceita o sogro, o filho não aceita a sogra, então eles veem a questão conjugal às vezes mais importante. Se é para ficar com o idoso em casa e perder esse elo conjugal, prefere abandonar o idoso para não perder o companheiro. Então a questão do abandono aqui é muito séria, muito séria! (C 10)

A depoente explica que a gênese do abandono pode estar na não aceitação da presença da pessoa idosa pelo cônjuge de um familiar. Para realizar o internamento, usam de artifícios como a mentira e a enganação:

E às vezes, o que mais me marca aqui é que o idoso é enganado. Isso me deixa triste. O familiar diz assim: ‘ah você vai ficar lá no hospital [...], lá é um hospital só para fazer um tratamento, tomar um remédio, depois volta’ e nunca mais vem buscar. É uma coisa assim que me dói! (C 10)

E assim segue o internamento sem que os familiares se façam presentes e nem ao menos proporcionam o consolo de uma visita.

Não se pretende aqui generalizar o abandono para todas as pessoas idosas em hospitalização prolongada. Existem familiares que se fazem presentes manifestando interesse

e preocupação. No entanto, o desamparo familiar sobressaiu-se como a situação mais preocupante pelas possíveis repercussões negativas sobre a saúde, sobre o estado psicológico e emocional e quiçá, concorrendo para o prolongamento da hospitalização.

O desfecho dessa história pode ser a melhora do quadro clínico e a alta hospitalar ou então, a morte. Em ambos os casos, permanece o abandono. Quando recebem alta, a mesma família que teve pressa em processar o internamento e deixar o idoso na unidade de internação, que pouco ou nunca visitou, que não acompanhou a evolução do quadro clínico, permanece em cena. Dessa vez, postergando o retorno da pessoa idosa para o domicílio.

Muitas vezes a gente pede para o serviço social ligar para a família, que não veio para buscar, não vai vir? Às vezes eles ficam bem chorosos aí, a gente chega, eles falam o que é: ‘ah é meu filho que me deixou aqui e nunca mais veio me buscar’. (C 08)

Conforme relato, acontece mesmo de ocorrer óbito sem que os familiares retornem.

Aí é a sequência da vida... aí chega a morte. Então chega a morte e você fez tudo... e ninguém nunca mais apareceu! Então para mim é dolorido isso. Meu Deus! Ser abandonado, nunca mais ninguém aparece, chegou a morte e ninguém nunca mais veio. Então o idoso ficou sempre na du... sempre naquela esperança. Um dia diz assim: ‘não, eu tô só tomando um remédio que vou para casa, minha filha vem me buscar, meu genro, minha nora...’ e nunca mais ninguém vem. Então é uma coisa assim que me deixa triste, cada vez isso vai se repetindo, se repetindo... (C 10)

A situação de abandono acompanha as pessoas idosas não somente nos hospitais. Menezes (1999) relata como esta realidade se processa também em ILPI's onde frequentemente as pessoas idosas são deixadas pelos familiares, as perdas em diversos segmentos se manifestam, a solidão e o ócio permeiam o cotidiano e a vida se resume à espera junto à porta de entrada pela visita de uma familiar. Essa situação é ilustrada pela fala seguinte:

O meu filho ficou de vir me visitar hoje e de me trazer umas coisinhas, sabe, ele é muito ocupado, trabalha muito..., mas ele disse que eu não vou ficar aqui por muito tempo... meu filho me trouxe aqui só para conhecer e passar uns dias, eu vou voltar para casa, já telefonei para o trabalho dele, mas ele estava em uma reunião, com certeza ele virá amanhã... (MENEZES, 1999, p.20).

Beauvoir (1990) narra os rituais de abandono, desvalorização e sacrifícios a que são submetidas as pessoas idosas, a partir de análise antropológica de diversas sociedades ditas primitivas. Destaca como fator importante na dinâmica do abandono a questão econômica, já que os idosos não podem mais trabalhar, logo tornam-se “bocas inúteis”.

Destaca-se a história de Narayama e o ritual de abandono que ali se processa. Conforme a tradição daquele lugar, os velhos deviam ser sacrificados devido ao fardo no qual se constituíam em vistas da escassez alimentar (BEAUVOIR, 1990). São muitos os rituais de

abandono, englobando desde a privação de água e comida, abandonar na neve, esquecimentos propositais, trancafiamentos, atirar em vales e em mares.

A proteção mais eficaz para as pessoas idosas é o amor do filho. Do ponto de vista antropológico, há correspondência entre o bem estar na infância com o da velhice. Destaca-se:

Sabe-se que importância tem, no desenvolvimento ulterior de sua personalidade, a maneira como uma criança foi tratada. Frustrada na alimentação, na proteção, na ternura, cresce no rancor, no medo e até mesmo no ódio; quando adulta, suas relações com os outros são agressivas: negligenciará seus velhos pais quando estes forem incapazes de se bastarem. Ao contrário, quando os pais alimentam bem os filhos e os mimam, fazem deles indivíduos felizes, abertos, benevolentes, nos quais se desenvolvem sentimentos altruístas: em particular serão apegados aos seus ascendentes; reconhecem que tem deveres em relação a estes, e cumprem esses deveres. (BEAUVOIR, 1990, p. 100)

No presente estudo constatou-se que os rituais de abandono e maus tratos às pessoas idosas também se repetem. Dessa vez, o idoso é abandonado no hospital pelos familiares, sendo que em alguns casos tais familiares não comparecem nem mesmo para visitar e nem para levá-los para casa, após a alta hospitalar. Nessa dinâmica, usam-se da enganação, da falta de apoio e de acompanhamento. Artíficios esses que podem perdurar até a morte da pessoa idosa. Seria esse cenário uma nova Narayama?

Na Narayama da literatura, as motivações do abandono pelo familiar do idoso ao encontro da própria morte são justificadas pela escassez de alimentos, aliada à forte tradição religiosa e cultural. Nos dias atuais, o que justifica tal abandono? Acredita-se na hipótese da escassez de recursos, na falta de suporte por parte do Estado, na falta da implementação das políticas públicas específicas para o idoso, sim! Mas considera-se também a hipótese da desvalorização da pessoa idosa e da velhice e de que esta se constitui como um incômodo para a sua família, seja pelo dispêndio de cuidado, seja pelas limitações e fragilidades impostas pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) tão presentes neste grupo etário.

De acordo com Queiroz (2010), as características socioculturais da população idosa brasileira somada à presença de pessoas com alto grau de dependência para a realização das Atividades da Vida Diária (AVD's) dão relevo à questão da sobrecarga dos cuidadores. A presença dessa sobrecarga constitui como um fator de risco para situações de abusos, negligências e maus tratos.

A concepção de família significa unidade, apoio e cumplicidade. No entanto, parece haver uma inversão desses valores. As pessoas idosas passaram a ser um fardo quando dependentes, doentes, fragilizadas e em condições que inspiram mais cuidados. Por outro lado, questiona-se sobre as responsabilidades pelas pessoas idosas no domicílio.

Uma pesquisa recente apontou para um perfil de cuidador familiar predominantemente feminino, sem vida conjugal, residente com o idoso e também sendo idoso, com dedicação diária de 13 a 24 horas de cuidado (QUEIROZ; LEMOS; RAMOS, 2010).

Qual o apoio, a formação e a estrutura que essas famílias recebem do Estado para manter um cuidado em condições adequadas aos seus idosos? Os cuidados nas circunstâncias da dependência e fragilidade requerem muita paciência, dedicação, disponibilidade de tempo e informação. Nesse sentido, é importante conhecer os familiares cuidadores de pessoas idosas e o suporte que recebem para manter esse cuidado.

4.2.2.3 A infantilização da velhice

Sobressaiu-se nas falas das enfermeiras uma ideia de relação da velhice com a infância. Para a enfermeira C 05 a pessoa idosa volta a ser criança e isso requer e justifica o uso de artifícios utilizados para as crianças, como o convencimento.

Tem que ter toda sensibilidade, tem que ser sensível, tem que ser um pouco paciente, porque é como diz, eles voltam a ser criança, então tem que ter muito cuidado mesmo no lidar, no falar, no convencer. Precisa convencer a tomar a medicação, que não aceita as coisas assim de forma assim tão fácil, então precisa esconder o remédio, precisa mentir que não é remédio, que é alguma outra coisa. (C 05)

Para a enfermeira C 03, as pessoas idosas também voltam a ser crianças. No entanto, dá um passo adiante e reconhece que a velhice encontra-se em desvantagem em relação à infância, no que diz respeito ao perfil de idosos fragilizados e em hospitalização prolongada.

Você tem que... que voltar. É como criança. Criança tem mãe e tem pai. Idoso geralmente... (C 03)

Para essa colaboradora, as crianças contam com o apoio dos pais. Já os idosos fragilizados, que sofrem maus tratos e violência em seus domicílios, que são abandonados no hospital pelos seus familiares, não têm a quem recorrer.

A enfermeira C 04 manifestou posição contrária à ideia de que as pessoas idosas voltam a ser crianças.

Eles não voltam a ser criança, eu não gosto! (C 04)

E segue afirmando que algumas características assemelham a infância da velhice, mas a experiência de vida os torna completamente distintos.

Eles podem até a voltar a apresentar algumas necessidades que criança apresenta, como por exemplo, incontinência e tem que trocar fralda, tem que dar comida na boca. Mas ele é um ser humano que tem inúmeras experiências, muito mais até do que um jovem e que essas experiências não tem como tirar deles. Então eles não voltam a ser crianças, passam por algumas necessidades, com algumas características da própria idade parecidas com as da própria criança, mas eles não voltam a ser não! (C 04)

Entende-se que a infantilização da velhice pressupõe uma atitude paternalista e esta atitude está na contramão do entendimento sobre cuidado apresentado por Watson (2002a) a qual enfatiza a reverência pela pessoa e pela vida humana, a autonomia e a liberdade de escolha.

Segundo Berger (1995), a infantilização da velhice é uma atitude discriminatória e se constitui como um atentado à integridade da outra pessoa. Infantilizar uma pessoa idosa significa diminuí-la, desvalorizá-la e despojá-la de sua integridade.

A infantilização manifesta-se através da linguagem utilizada, da simplificação de atividades sociais e recreativas que não respondem às necessidades das pessoas idosas. Essas atitudes impedem o reconhecimento das capacidades reais, o potencial, a força de recuperação, o valor do juízo crítico bem como a própria avaliação de vida pelos idosos (BERGER, 1995).

4.2.2.4 Sofrendo as repercussões da hospitalização prolongada

Na sequência do entendimento dos pontos que elucidam o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada, emergiu as repercussões de tal hospitalização. Conhecendo-se as enfermeiras, conhecendo-se as pessoas idosas e as mazelas sociais a que são submetidas, pretende-se indicar algumas repercussões que estes poderão sofrer no contato com o ambiente hospitalar. Nesse ambiente, que se diz terapêutico, não se observa apenas benefícios sobre as pessoas idosas.

O primeiro impacto que as pessoas idosas sofrem ao adentrar na instituição hospitalar é sentido pelas diferenças com o ambiente doméstico. Esta diferença é sinalizada pela enfermeira C 11.

O idoso, até mesmo pelo fato de estar institucionalizado, porque é um ambiente totalmente diferente da sua casa, da sua rotina [...] tá comprometido. (C 11)

Para essa enfermeira, a mudança brusca nos ambientes acarreta em um maior comprometimento do idoso. Não obstante a mudança de ambiente ocorre também alteração nos ritmos pessoais com os quais a pessoa idosa estava familiarizada.

Beauvoir (1990), em sua obra clássica “A Velhice”, discutindo as interfaces entre o envelhecimento e a biologia, afirma que é comum entre as pessoas idosas uma dificuldade de adaptação a situações novas. Tem mais facilidade de organizar coisas conhecidas, com certa

resistência às mudanças por custarem-lhes grande esforço e falta-lhes flexibilidade para abrir mão de hábitos adquiridos anteriormente.

No que se refere às unidades de internação, sejam elas individuais ou coletivas podem levar o idoso a se sentir isolado ou abandonado. É frequente o medo de ser esquecido ou mesmo de morrer sozinho; falta de privacidade na execução de procedimentos como banho de leito, curativos ou mesmo durante a satisfação de necessidades fisiológicas, higiene íntima, cateterismo vesical, lavagem intestinal e tricotomias (MENEZES, 2010).

Sabendo-se da exposição forçada da pessoa idosa a esse ambiente, as repercussões identificadas nas falas foram a desorientação no tempo, a invasão da privacidade e as alterações de humor. Os excertos seguintes ilustram essas constatações.

[...] aliás qualquer paciente internado tem dificuldade na noção do tempo, perde um pouco a noção de tempo. (C 01)

A gente sabe que o hospital invade muito a privacidade, entra muita gente, então para o idoso é muito mais difícil, ainda mais ele em uma enfermaria. Porque já não é mais uma pessoa de outra idade, tem um perfil bem diferente, tem pessoas bem especiais. (C 05)

Então assim, tá atento para essas alterações de humor. São pessoas que a gente sabe, que com o passar do tempo a gente vai adquirindo mania que é difícil da gente tá realmente convivendo e aí às vezes já tem suas manias e aí divide um quarto com mais outro paciente então às vezes é difícil. Então é questão às vezes, uma televisão, de luz essas coisas. Então assim, tá atento para essa questão do humor, não é? (C 11)

Somado a isso, segundo Martins e Nascimento (2005), está o fato de a hospitalização representar um momento de solidão, pois eles estão, na maior parte do dia, sem os seus familiares. Carvalhais e Sousa (2007) acrescentam que, nessas circunstâncias, as alterações no ritmo e contexto de vida, inerentes às internações hospitalares acabam por ter efeitos mais graves sobre a recuperação do idoso. Dentre esses efeitos, pode ocorrer o prolongamento da internação hospitalar.

Também é frequente, ao longo do internamento, o desenvolvimento de alterações no estado cognitivo e comportamental dos idosos, como a Síndrome Confusional Aguda, que se instala subitamente e apresenta-se flutuante, com alternância de momentos de lucidez e desorientação, sendo secundária a uma doença cerebral primária ou à doença sistêmica. Os pacientes idosos, com quadros de confusão mental agudo, apresentam períodos mais longos de internação associados a declínio funcional (MOTTI, 2007).

Existem quatro tipos de angústia que podem ser manifestados durante a hospitalização: ansiedade/medo, depressão, irritabilidade/raiva e dependência/submissão. A hospitalização e a conseqüente mudança brusca de ambiente podem provocar mudanças sobre o psicológico dos idosos. Dentre esses efeitos destaca-se a instalação da síndrome confusional

aguda, caracterizada por um embotamento da consciência, nível de consciência flutuante entre estados de alerta e coma (ANTIKAD, 2005).

Uma alteração cognitiva que pode se instalar no idoso em hospitalização prolongada é o *delirium*, causada por um comprometimento transitório da atividade cerebral, de causa orgânica. Tem início súbito e envolve a consciência, a atenção, a cognição e a percepção, podendo variar ao longo do dia. Tem como principais causas as infecções, uso de medicamentos, intercorrências clínicas, além da hospitalização (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Watson (2008) enfatiza a importância de se proporcionar um ambiente harmonizado, que favoreça o *healing*, ou seja, restauração ou equilíbrio interior. Segundo concepção da teórica citada, a saúde e a doença das pessoas podem ser influenciadas pelo ambiente. Além das variáveis epidemiológicas, aspectos como o conforto, a privacidade, a segurança, a limpeza e a estética também influenciam na harmonização da pessoa com o ambiente.

Para além das alterações citadas, uma das colaboradoras relatou que a hospitalização representa sofrimento, tristeza e dor, tanto para a pessoa idosa, quanto para seus familiares.

A hospitalização prolongada, às vezes é o sofrer, é dolorida, é triste, tanto para o paciente quanto para o familiar. A família que tem um idoso com uma doença prolongada é sofrimento tanto para a família quanto para o idoso. (C 10)

Os pressupostos da Teoria do Cuidado Transpessoal dão relevo aos aspectos ambientais para uma maior integração da pessoa com o meio. A partir dessa integração, o indivíduo pode sentir-se em harmonia com o seu contexto de cuidado e perceber-se como parte de um ambiente mais amplo. A essa concepção ampliada de espaço, Watson (2002b) denomina de cosmo.

Da análise das falas destacadas depreende-se que o ambiente aos quais as pessoas idosas em hospitalização prolongada estão expostas é causador de desarmonia, não favorecendo assim o *healing*, ou restauração do “eu”. Essas desarmonias advêm, sobretudo, da lógica de organização hospitalar voltada para a generalização das abordagens, com perda da visão da integralidade, da privacidade e da individualidade. Além disso, a própria convivência forçada com pessoas desconhecidas e com profissionais sem visão dos aspectos subjetivos nas relações pode ser um obstáculo à harmonização com o ambiente e à transpessoalidade do cuidado.

4.2.3 O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada

O cuidado às pessoas idosas em hospitalização prolongada está no cerne deste estudo. Foi a categoria que emergiu com mais densidade de conteúdo, a partir do material analisado, supostamente, por se referir ao cotidiano do trabalho das depoentes. Traz como ponto de partida a primeira subcategoria: o reconhecimento das especificidades das pessoas idosas em hospitalização prolongada; na sequência as enfermeiras assinalam as competências profissionais necessárias para o cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada; expõem as suas concepções acerca do cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada; apresentam as suas ações cuidativas atreladas às demandas de cuidados; expõem a sua rotina de cuidado; e reconhecem o cuidado como um atributo da equipe multiprofissional.

4.2.3.1 As especificidades das pessoas idosas em hospitalização prolongada

As depoentes indicaram que o cuidado a pessoas idosas é diferenciado e mais complexo com relação a outros grupos etários. Assinalam também causas que justificam essa diferenciação.

Então é uma clientela diferenciada, com certeza é uma clientela diferenciada. (C 04)

O idoso requer mais cuidado, tem mais particularidades, entendeu? É diferente né, do que a gente tá acostumado com adulto. O idoso requer mais cuidado, tem mais particularidades. (C 08)

O cuidado ao idoso internado em hospitalização prolongada, é um cuidado diferenciado porque cuidar de uma pessoa adulta que você atende em uma unidade de internação normal, acho que é um pouco menos complexo. (C 09)

Na sequência fazem a justificativa das diferenças. Para a enfermeira C 08, as diferenças ocorrem devido à própria idade e às limitações fisiológicas impostas pelo próprio envelhecimento, ideia também compartilhada pela enfermeira C 05. Essa realidade torna, inclusive, a recuperação mais difícil nos casos de descompensação do estado clínico, segundo visão da depoente. As diferenças se acentuam devido às patologias associadas e à precariedade do estado nutricional.

É... o idoso devido à idade, seu estado nutricional necessita de mais cuidado, às patologias associadas também. (C 08)

Os próprios idosos, o organismo dele já não reage como reage numa pessoa mais jovem. Então tem que tá sempre acompanhando para que qualquer sinal de regressão, de piora, tem que sinalizar logo para a gente poder correr atrás, para recuperar, para trazer de volta a evolução que vinha tendo antes. (C 05)

A literatura mostra que o estado nutricional tem grande impacto na capacidade funcional de uma pessoa. A nutrição adequada favorece a capacidade individual de defesa contra doenças, de manutenção da normalidade anatômica e estrutural, no raciocínio e na disposição para o envolvimento em atividades sociais. De fato, o processo de envelhecimento, associado ao contexto social, pode ser fator de risco para que as pessoas idosas mantenham uma boa condição nutricional (ELIOPOULOS, 2011).

Essas questões tornam as pessoas idosas mais susceptíveis, provocando a piora no seu estado de saúde. Quando internadas e, sobretudo, com o prolongamento da hospitalização, estão mais susceptíveis a contrair afecções como a infecção hospitalar, alterações no nível de consciência e úlceras por pressão.

No sentido do reconhecimento da subjetividade do ser, a enfermeira C 05 falou:

E assim, é um público diferenciado. Você tá lidando com pessoas que já não tem tanta lucidez que teria, no caso, uma pessoa de outra idade, né? A pessoa tava acostumada uma vida inteira com seu cantinho, ter seu lugar. (C 05)

Dessa forma, exemplifica um passo importante para a relação transpessoal do cuidado e reconhecem, também, que a diferenciação das pessoas idosas ocorre não somente devido às questões fisiopatológicas, como fazem referência às questões socioeconômicas e às necessidades de ordem afetiva.

Bom o idoso tem necessidades socioeconômicas, tem necessidade de saúde, tem necessidade afetiva, tem necessidade amorosa. (C 04)

Sendo assim, a enfermeira C 04 alerta que é preciso ampliar a maneira como se vê os idosos, não se restringindo apenas a tratá-lo como um paciente.

Então, quando a gente lida com um idoso a gente tem é..., não pode enxergá-lo simplesmente como um paciente, como uma pessoa doente [...], mas entendê-lo como um ser humano que já viveu, que tem inúmeras experiências pra tá dividindo, que tem família, que tem história, que tem problemas sociais, que muitas vezes são abandonados pelos próprios familiares e sentem esse abandono e acabam transformando a equipe na sua família. (C 04)

Concorda-se com a depoente de que é preciso considerar a história de vida e o contexto no qual o idoso está inserido para se poder valorizar, respeitar e planejar melhor o cuidado. Deve-se considera, inclusive, as relações familiares. Essas quando bem ajustadas são uma fortaleza para o idoso. No entanto, como já abordado anteriormente, existem os maus tratos, a violência e o abandono, por parte dos familiares.

Diante do exposto e considerando desde os fatores biológicos aos sociais, concorda-se que as pessoas idosas em hospitalização prolongada se constituem como um grupo complexo, que demanda um cuidado diferenciado e que atenda, na medida do possível, suas particularidades.

A equipe de saúde, ao atender o idoso, deve estar atenta a uma série de modificações próprias do envelhecimento como as físicas, as psicológicas e sociais, que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado. Poderá ocorrer também, de acordo com Lázaro (1994), depressão que pode levar o idoso a estado crítico, pondo em risco a sua própria vida.

Sabe-se que o processo de envelhecimento provoca alterações fisiológicas no organismo, incorrendo em declínio funcional. Daí, então, a necessidade da prestação de um cuidado que vise tais particularidades, mas que também transcenda aos aspectos biológicos do envelhecimento.

Cada indivíduo é único em sua subjetividade e em sua trajetória de vida, interagindo com o meio de forma particular. Para a transpessoalidade do cuidado, é importante então se considerar a imagem corporal da pessoa idosa e o reconhecimento da unicidade de cada ser, o que passa pelo autoconhecimento da pessoa que cuida.

4.2.3.2 Condições necessárias para o cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada

Nessa subcategoria, as depoentes designaram critérios que julgam necessários para o cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada. Partem da ideia de que o grupo populacional em discussão tem necessidades específicas e particularidades que precisam ser atendidas.

É, acho que o mais importante para trabalhar com o idoso, além de você gostar é claro, tem que ter primeiro, muita paciência porque é um paciente muito solicitante [...]. (C 01)

Para a enfermeira C 01, o ponto de partida é gostar de trabalhar com pessoas idosas. Na concepção da enfermeira C 11, o gostar leva a um olhar diferenciado e a um maior comprometimento com o trabalho. O olhar diferenciado passa pelo gostar, mas também se ampara no conhecimento científico sobre o envelhecimento. Conhecimento este que pode servir como base para a implementação de um cuidado que promova estabilização e melhora do estado clínico.

Para cuidar de idoso tem que ser pessoa que realmente goste, para poder ter esse olhar que tem que ter, esse olhar diferencial, de comprometimento. Porque algumas coisas, às vezes, não sinalizadas, futuramente quando a gente descobre... entendeu? Alguma coisa que a gente poderia resolver, evitar essas coisas, e futuramente fica mais difícil, né? (C 11)

O cuidado diferenciado está para além das questões de higiene e alimentação, segundo afirma a enfermeira C 11. Para ela, também, é importante perceber as alterações no estado humoral das pessoas idosas, pois este pode ser sugestivo de uma condição patológica.

A esse respeito, Menezes (2010) destaca o ir e vir de pessoas, os gemidos e os odores fortes como fatores que dificultam a adaptação da pessoa idosa hospitalizada, podendo mesmo agravar ou desencadear a desorientação.

Destaca-se que a hospitalização representa, para muitos idosos, de acordo Carvalhais e Sousa (2007) e Lázaro (1994), um momento de fragilidade angústia e de medo, pois além do sofrimento, da sensação desagradável, da fragilidade e da insegurança que a doença ocasiona, essas pessoas necessitam da atenção de um conjunto de trabalhadores da saúde para intervir no processo de doença e garantir a solução da mesma.

Na sequência, a paciência é apresentada como um fator importante para atender às solicitações e as demandas aumentadas de cuidados. Reconhece-se que a paciência é uma virtude fundamental ao exercício da enfermagem, mas também entende-se que deve ser feita uma busca pelas causas das solicitações frequentes da pessoa idosa à equipe. Muitas vezes, o idoso sente-se sozinho e uma forma de manter a equipe próxima é através dos chamados frequentes. Outras vezes, suas queixas não estão sendo avaliadas ou levadas em consideração e por isso, há recorrência. Acredita-se que uma boa interação do profissional com as pessoas idosas favorece o conhecimento mútuo, levando a uma melhor resolução das queixas e solicitações.

O conhecimento aprofundado favorece não somente o estabelecimento de laços de confiança, mas também a melhora clínica e a alta, segundo o relato seguinte:

Acho que você tem que conhecer o paciente muito mesmo para poder desenvolver um trabalho de confiança e que ele possa sair de alta. (C 01)

Acredita-se que um trabalho de confiança, como exposto pela colaboradora, significa mais empenho na prestação de um cuidado individualizado. Para a colaboradora C 05 é importante que o profissional faça o movimento de transcendência do seu papel e imagine-se no outro lado da situação. Apesar de a velhice ser, por vezes, temida e caricaturizada, não se deseja, geralmente, morrer para não alcançá-la. Logo é fundamental que o cuidado seja prestado com o mesmo empenho e qualidade que o profissional gostaria de receber se estivesse do outro lado.

Acho que todo mundo quer chegar lá e às vezes quando a gente tá cuidando não se vê nessa situação. Então precisa muito mais sensibilidade para lidar com esse público, colocar no lugar, enfim. (C 05)

E, assim, as pessoas precisam amadurecer no respeito realmente pelo idoso. Acho que se as pessoas respeitarem mais, entendeu... porque assim, você respeitando, você acaba tendo essa conscientização do cuidado diferente, do olhar diferente para as coisas. Então tudo isso implica na sua conduta, na enfermagem no seu dia a dia. (C 11)

Ressalta-se que se imaginar no lugar do outro também favorece uma relação de respeito e compreensão.

Em síntese, segundo a concepção das enfermeiras entrevistadas, sobre o cuidado que prestam a pessoas idosas em hospitalização prolongada, são requisitos fundamentais a paciência, o gostar, o respeito, a sensibilidade e o conhecimento aprofundado acerca da pessoa cuidada. Esses requisitos, por sua vez, são importantes para entender a pessoa idosa durante o atendimento das suas solicitações, para um maior comprometimento com o cuidado, para a adoção de uma atitude proativa frente aos processos fisiopatológicos.

4.2.3.3 A concepção acerca do cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada

As depoentes explicaram as suas concepções acerca do cuidado correlacionando-o com a aplicação às pessoas idosas. Apresentaram ideias subjetivas, as quais são atributos pessoais e se expressam no momento da relação profissional-idoso.

A enfermeira C 06 expressa que cuidar está em uma dimensão básica e indispensável, para o estabelecimento de uma relação de confiança e, até mesmo, de um cuidado técnico, designado por assistência.

Vou tá falando mais sobre o cuidado, o cuidar mesmo. A gente começa o cuidar do carinho, da atenção. [...] É como eu te falei já, o cuidado da enfermagem com eles vem antes da própria doença, vem antes da patologia e da própria assistência. (C 06)

Para essa depoente, cuidado é sinônimo de carinho, atenção, amor e zelo e todo o trabalho da enfermagem é permeado pelo cuidado.

Então, na nossa parte como enfermagem não é só o medicamento, é sim o carinho, o amor, o zelo. (C 10)

Esta ideia também é compartilhada pela enfermeira C 07, que acrescenta como descritores para o cuidado o estar junto, acompanhar, escutar e preocupar-se. Isto, por sua vez, gera um conhecimento das necessidades da pessoa idosa e o enfermeiro tenta atender sempre que possível.

Ah, eu acho que é [...] você estar junto, acompanhar, escutar, saber da necessidade e atender o que é possível atender, sabe? (C 07)

Eu vejo que a equipe, não só de enfermeiros, mas de técnicos também trabalham cuidando mesmo, sabe? Tá ali junto, se preocupa! (C 07)

As enfermeiras que participaram deste estudo destacam como sinônimo de cuidado o carinho, a atenção, o amor, o zelo, além de acompanhar, estar junto, preocupar-se.

Para Watson (2002a), o cuidado traz, como valor, um maior sentido do ser, envolvendo uma filosofia do compromisso moral, voltada para a preservação da dignidade humana. Nesse sentido, o cuidado engloba uma atenção individual, preocupação, responsabilidade por ou providenciar para, afeto, amizade. Ainda, segundo a autora citada, uma atitude cuidativa pressupõe a compreensão do outro como ser único, compreendendo e distinguindo seus sentimentos.

Watson (2002a) destaca, como categorias do cuidado, a consideração da individualidade, a preocupação, a empatia, a comunicação, o esforço para a resolução de problemas, a presença do enfermeiro compartilhando sentimentos e emoções.

Para as enfermeiras, o cuidado deve ser abrangente, não se restringindo apenas ao cuidado com a dimensão física, mas também com a mente.

Então a gente tem que cuidar desde a cabeça deles né, até... a saúde mesmo, a saúde mental, a saúde do corpo, tudo. Então abrange muito. [...] Então o cuidado da gente vem desde o psicológico, o cuidado com a família. (C 03)

O cuidado é geral, cabeça, corpo, mente, tudo! (C 03)

Já a enfermeira C 06 afirmou que o cuidado pressupõe o atendimento de necessidades outras que não somente as específicas da enfermagem. Para ela, uma forma de manifestar o cuidado é através da resolução de problemas apresentados pelas pessoas idosas, como nas questões de ordem psicológicas e sociais. Conclui que a resolução desses problemas é uma expressão de cuidado, ainda que não sejam procedimentos técnicos, sinônimo de assistência.

Têm pacientes aqui que são muito carentes [...] muito mesmo. Então aqui a gente faz um papel de tudo um pouquinho, é um pouco psicóloga, um pouco assistente social, enfermeira. [...] Tem muito problema, muito é problema social. Então a gente acaba resolvendo. E aí começa o cuidado aí! Bem antes de uma assistência! (C 06)

De fato, a transpessoalidade pode ser atingida, durante o processo de cuidar, quando há uma aproximação entre mente-corpo-alma, das duas pessoas, no momento vivido. A partilha verdadeira do momento tem o potencial de transcender o tempo, o espaço e as dimensões físicas ultrapassando as relações tradicionais enfermeira-paciente (WATOSN, 2002a; WATOSN, 2002b).

Para as enfermeiras C 05 e C 10 há uma estreita ligação entre cuidado e conforto. As colaboradoras falam que o cuidado deve proporcionar o conforto. Para elas, proporcionar o conforto é mais importante, por vezes, do que a administração de um medicamento ou a realização de um procedimento técnico.

A gente tem que ter mais cuidado, que dê o máximo de conforto porque eles tão precisando. Acho que tem que pensar assim. A equipe de enfermagem não pode olhar para o idoso e dizer: 'ah já viveu muito, já... e aí o que vier é lucro', entendeu? Acho que a gente tá aqui para dar uma qualidade de vida e encarar dessa forma essa pessoa que viveu uma vida inteira com uma rotina e agora estão precisando da gente e a gente precisa dar esse cuidado. (C 05)

Ah... os cuidados são muitos... você, do dia a dia, do amanhecer ao anoitecer, é... chama cuidados contínuos e às vezes medidas de conforto. Às vezes o idoso ele não tá querendo o remédio, a dor, ele tá querendo o conforto! Ele tá gritando, 'ah mas eu dei remédio para a dor', então ele não tá querendo nenhum remédio para a dor. Ele tá querendo conforto. Então o nosso cuidado em idosos em hospitalização prolongada é medida de conforto, é a posição, é o movimento, a dor aí você... veja só um gemido, você colocou um travesseiro para ele, já foi um conforto. Então eu sempre digo. Em hospitalização prolongada, o que é mais característico é a medida de conforto. Às vezes não é nem o medicamento. O medicamento sim, porque tem a terapêutica e tudo o mais, mas é a medida de conforto. (C 10)

O termo conforto traz consigo interpretações relativas. Varia conforme o sujeito, que expressa senti-lo na sua presença ou a sua falta. Pode significar controle de um quadro álgico e, com isso, se obter algum descanso ou liberdade de estresse físico e mental. No sentido denotativo, expressa alívio de angústia, diminuição de sofrimento; ausência de dor e preocupação, calma e instilação de esperança. Ainda, sob um ponto de vista holístico, significa uma sensação de paz e bem-estar físico, social, emocional e espiritual (ELIOPOULOS, 2011).

Ao transpor o conceito de conforto para a enfermagem, Mussi (2005) infere ser este uma meta do cuidado, fazendo-se presente em toda a história da enfermagem. No caso do cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada, as ações cuidativas das enfermeiras devem produzir, em última instância, conforto, ideia essa que está em concordância com os resultados obtidos neste estudo.

Para Mussi (2005) o conforto é um imperativo moral para a enfermagem, sendo mesmo em alguns momentos, tratado como um componente do constructo cuidado. Nesse sentido, o conforto deve ser tratado como um estado subjetivo, implicando assim uma valorização das relações dos profissionais com as pessoas hospitalizadas, resgatando as dimensões humanas do cuidado.

A garantia do conforto é um processo no qual são necessárias reavaliações e reajustes das medidas implementadas ao longo do tempo. Ao adotar uma postura de cuidado com vistas ao conforto, o enfermeiro expressa sensibilidade frente às manifestações sofridas e, dessa

forma, um compromisso em aliviá-lo. De maneira ilustrativa, os sintomas manifestos pelas pessoas idosas no desconforto são o choro, a expressão facial, a proteção de parte do corpo, a depressão, a função reduzida e as queixas. As intervenções referidas para proporcionar conforto são a administração de medicamentos, a busca por estratégias de conforto e o emprego de terapias complementares (ELIOPOULOS, 2011).

A título de ilustração, a respeito da premência do alívio de sintomas em pessoas idosas, com vistas ao conforto, cita-se um estudo que foi realizado em São Paulo com 81 cuidadores informais de idosos para investigar a intensidade e duração de sintomas no último ano da vida de tais idosos e o tratamento recebido para aliviá-los. Os sintomas mais referidos foram dor, fadiga, dispneia, depressão, anorexia e incontinência urinária. Dos idosos que tiveram depressão, 79% ficaram sem tratamento, assim como 77% dos que referiram incontinência urinária evidenciando, desse modo, que muitos sintomas deixam de ser identificados e tratados (SOLANO; SCAZUFCA; MENEZES, 2011).

Conforme relato das depoentes, o conforto está além do cuidado, além da administração do medicamento, equiparando-se ao carinho, à atenção e alívio de sintomas causadores de desconfortos. Por vezes, a expressão “medidas de conforto” emergiu como sendo o último recurso a ser oferecido à pessoa idosa, frente à falta de perspectivas de cura.

4.2.3.4 As demandas de cuidados por pessoas idosas em hospitalização prolongada gerando a ação das enfermeiras

Nessa subcategoria abordam-se as demandas de cuidados por parte das pessoas idosas em hospitalização prolongada, atreladas aos cuidados que as depoentes referiram prestar. Quando da análise das falas, constatou-se que o cuidado prestado corresponde às demandas secundárias às necessidades que as pessoas idosas apresentam, de acordo com o comprometimento do estado de saúde. O cuidado identificado é baseado na análise que é feita pelas enfermeiras das pessoas idosas tendo como foco, essencialmente, a patologia, a gravidade e o grau de dependência, conforme os depoimentos seguintes.

Então, a gente baseia o cuidado de acordo com a análise que a gente faz da patologia do paciente, do exame físico e tudo. E aí, a partir do momento... a gente vai fazer a prescrição de enfermagem e vai realizar o cuidado de... com... o paciente. (C 02)

Tem outros pacientes que também são mais graves aí já demandam outros tipos de cuidados. (C 02)

Cuidados contínuos, né? Vai assim do paciente mais grave, o mais comprometido... Então assim, é pelo quadro do paciente. A atuação vai para cada quadro de paciente. Paciente que tem um estado mais grave, então temos as medidas mais rigorosas nos

cuidados de enfermagem e o outro que tem doença terminal, doença crônica, tem só medidas de conforto. Então tem uns que tem neoplasia, sem medida medicamentosa, tem medida de conforto. Então, eu vejo assim, a [...] atuação de acordo com o grau de dependência. (C 10)

Emerge, então, a prestação de um cuidado que ainda se fundamenta no modelo biomédico e que, portanto, tem como foco a pessoa em estado de doença. A despeito de apresentarem uma concepção subjetiva sobre o cuidado, ainda há confusão no momento de expressar esse cuidado. Foi identificado na subcategoria “A concepção das enfermeiras sobre o cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada” que as enfermeiras reconhecem as dimensões subjetivas do cuidado, mas a expressam na forma de procedimentos técnicos focados na patologia e no grau de dependência.

Parece haver, dessa forma, uma dificuldade em distinguir o cuidado técnico dos aspectos humanísticos e relacionais. Ou seja, as depoentes identificam e expressam a dimensão subjetiva, mas ao mesmo tempo não relacionam esses fatores dentre os cuidados que prestam.

As depoentes elencaram, em seus discursos, os seus cuidados atrelados às necessidades biofísicas, psicofísicas e psicossociais, segundo classificação apresentada por Watson (2008) e tentaram justificar suas ações, de acordo com o quadro clínico apresentado pelas pessoas idosas.

Com relação à necessidade de nutrição, elas explicam a forma como está afetada nos idosos e, a partir daí, descrevem o cuidado que prestam. A partir dos depoimentos, essa necessidade está afetada nas pessoas idosas que apresentam alterações no nível de consciência, como nas demências, nos deprimidos, nos que apresentam disfagia, dificuldade de mastigação, ausência total ou parcial dos dentes ou desajuste de prótese dentária.

Nos casos citados, referem como cuidados a observação da aceitação da dieta, o apetite, a deglutição e a presença de tosse ao deglutir; estimulam a aceitação e oferecem a dieta; elevam o decúbito, no momento de alimentar ou alimentam, através de sonda enteral, aqueles incapacitados de deglutir.

Justificam esses cuidados afirmando que o aporte nutricional abaixo das necessidades corporais pode levar ao emagrecimento, à fraqueza, à restrição no leito e à possibilidade de desenvolvimento de úlceras por pressão. Refere-se também ao risco de engasgo e broncoaspiração.

[...] a questão da dieta... que muitos têm demência, aí entra com depressão, aí já não tem uma boa aceitação da dieta, aí tem que observar isso. (C 01)

[...] não podem comer sozinhos então a gente tem que ajudar. (C 02)

[...] então tem que começar a observar, tem que ter mais cuidado nessa questão como eu disse, desde a aceitação da dieta, se ele tá aceitando porque ele começa a se deprimir aí não tem uma boa aceitação, aí começa a ficar desidratado, aí começa a ter problema de emagrecimento, do emagrecimento já vem a fraqueza que já começa a ficar mais restrito ao leito e aí já vem as úlceras. (C 01)

[...] a questão do risco de broncoaspiração porque a maioria deles, a grande maioria não se alimenta sozinho, então você tem que ter o cuidado de tá elevando a cabeceira na hora de administrar a dieta; tá olhando se esse paciente tá deglutindo, se ele não tá broncoaspirando a comida, a medicação [...] (C 09)

No que se refere à necessidade de hidratação, afirmam que adotam o cuidado de observar, estimular e ofertar líquidos. Nos casos em que a hidratação por via parenteral se faz necessária e não sendo possível acessar a via endovenosa, lançam mão da técnica da hipodermóclise. Monitoram a necessidade de hidratação pela pressão arterial e pelo débito urinário. Justificam que uma hidratação adequada evita complicações como infecção do trato urinário e até mesmo a sepse.

A hidratação também é muito importante. Se o paciente tá precisando se hidratar, aumentar a ingesta hídrica. (C 08)

A questão também da desidratação você tem que tá observando, se o paciente tá fazendo hipotensão, o débito urinário desse paciente. [...] aumentar a ingesta hídrica e [...] tá o tempo todo observando. (C 09)

Então é uma clientela que precisa estar sendo hidratada para não chegar a uma infecção urinária e essa infecção urinária chegar posteriormente a uma sepse e posteriormente esse paciente agravar. [...] É um paciente que já tá com os vasos já cansados, com dificuldade de acesso venoso, tem que ter um cuidado. A predisposição a uma flebite é maior nesse paciente. (C 04)

Com relação à hidratação, sabe-se que há redução dos líquidos corporais totais com o envelhecimento. Nas pessoas idosas, o percentual de água corresponde a cerca de 50% do peso do corpo e isso diminui a margem de segurança em relação às perdas hídricas. Além disso, a restrição hídrica é fator de risco para infecções, constipação intestinal, desequilíbrio hidroeletrólítico e desidratação (ELIOPOULOS, 2011).

Na população idosa, alguns fatores contribuem para a alteração no estado nutricional e de hidratação. Dentre esses fatores, pode ser citado o posicionamento para a oferta da dieta, sendo recomendado a posição sentada, também chamada de posição de Fowler. Mudanças orgânicas provenientes de doenças e do envelhecimento alteram o apetite e, para além do corpo físico, outros fatores levam à falta de motivação da pessoa idosa para alimentar-se como as perdas, a solidão e o estresse, podendo esse ser potencializado pelo próprio prolongamento da hospitalização. Pode ocorrer também disfagia, constipação e desnutrição como fatores que interferem na adequação do estado nutricional da pessoa idosa (ELIOPOULOS, 2011).

Por vezes, a manifestação de sinais como o delírio, depressão, distúrbios visuais, cicatrização retardada de feridas, letargia e fadiga podem ser relacionados à desnutrição. Uma abordagem mais eficiente envolve um trabalho integrado entre a equipe multiprofissional (ELIOPOULOS, 2011).

Com relação à necessidade de motilidade, afirmam que as pessoas idosas acamadas e imobilizadas estão em maior risco para lesões de pele, como as úlceras por pressão. Nesse sentido, realizam mudança de decúbito a cada duas horas, cobram dos técnicos em enfermagem para ajudá-los nessas mudanças por se constituírem em oportunidade de supervisionar e de relacionar-se com as pessoas idosas e com os próprios técnicos em enfermagem, além de estimular a saída do leito. Reconhecem que os idosos são mais lentos ao mobilizarem-se e, por isso, a manipulação deve ser feita com mais paciência.

[...] então tem muita necessidade de estar ali com a equipe acompanhando vinte e quatro horas para fazer mudança de decúbito senão abre realmente, vai desenvolver uma úlcera por pressão. (C 07)

Ter paciência na maneira como ele se mobiliza porque ele é mais lento, então tem que... ele não é ágil né. (C 01)

São pacientes que a maioria aqui fica acamados e aí você tem que dar um suporte maior, principalmente que tem aqui muitos idosos abrindo úlceras, com úlceras de pressão, então você que tá sempre atento, ali no pé do técnico para realizar essa mudança de decúbito. (C 08)

O idoso acamado, por exemplo, então... o idoso acamado a gente tem fazer aquela mudança de decúbito de duas em duas horas. Se a gente passa, nessas duas horas que a gente não fez, na outra hora que a gente vai olhar já tá vendo que a pele já tá com uma certa hiperemia. (C 02)

Com relação à alteração na mobilidade física, na medida em que se envelhece, ocorre alteração na sensibilidade tátil, aumentando a predisposição para o desenvolvimento de posturas viciosas, requerendo a mobilização frequente, no caso dos idosos acamados. O idoso, também, apresenta sensação cinestésica diminuída, que é a consciência da pessoa sobre seu próprio corpo no espaço, resultando em instabilidade postural e dificuldade em reagir às alterações corporais no espaço (RESNICK, 2007).

As limitações da mobilidade do paciente idoso podem estar relacionadas com a perda da força muscular. A massa muscular pode diminuir por causa da redução no número e tamanho das fibras musculares ou de aumento dos tecidos conjuntivos. Essas alterações resultam em menos tensão muscular e diminuição da força de contração. A diminuição da massa muscular magra com consequência para a articulação, sobretudo periférica, advindo isquemias e necrose; e a perda da elasticidade contribuem para a perda da flexibilidade, para a rigidez aumentada (CARVALHO FILHO, 2006; RESNICK, 2007; ELIOPOULOS, 2011).

Quanto à necessidade de manutenção da integridade cutaneomucosa, identificou-se que as depoentes reconhecem nas pessoas idosas alterações na pele, em decorrência do envelhecimento e da hospitalização prolongada. Relatam que as pessoas idosas tem a pele mais sensível, com elasticidade diminuída e mais frágil. Somado a esses fatores, falam sobre as complicações decorrentes do prolongamento da hospitalização como o emagrecimento, a restrição ao leito, as úlceras por pressão, além de úlceras crônicas já instaladas no momento da internação.

Seguindo a linha de raciocínio referida pelas depoentes, as quais informam um cuidado essencialmente técnico e, em consonância com as necessidades apresentadas pelas pessoas idosas, descrevem o cuidado que prestam quando identificam a necessidade de manutenção da integridade cutaneomucosa. Assim, realizam a hidratação da pele, adotam uma postura mais cautelosa à mobilização, em consequência da fragilidade e a mudança de decúbito. Relatam também a necessidade da troca de fralda, a fim de evitar assaduras e lesões da pele por excesso de umidade.

Quando as lesões da pele já estão instaladas, elas realizam e supervisionam a realização dos curativos com os produtos padronizados pelo serviço, avaliam e documentam a evolução das feridas.

Aí a gente tem que... tenta dar aquele conforto porque já tá com tanta úlcera que não tem muito... A recuperação já é mais difícil, já é... no idoso então que a pele já é mais sensível, se já ele tiver emagrecido então é pior ainda, se tiver restrito ao leito... (C 01)

Assim, o cuidado que nós temos aqui, no caso, é evitar úlcera porque são pacientes que tem já uma fragilidade capilar; ah... a elasticidade da pele já não é mais a mesma coisa de um paciente adulto, então a gente pratica muito essa parte da mudança de decúbito." (C 06)

[...] curativo que a gente tá sempre acompanhando os curativos e realizando também. (C 07)

Então esses pacientes que ficam aqui na unidade, ficam com feridas então a gente acompanha a ferida, a evolução para poder tá indicando os produtos padronizados pela instituição. (C 11)

É um paciente que já tem uma fragilidade capilar que precisa ter um cuidado maior com a pele para não abrir uma lesão. (C 04)

[...] pacientes que tem úlceras venosas, úlceras arteriais. Então aqui a gente presta cuidados nesses curativos, acompanha esses curativos. [...] a gente acompanha mais avaliando para poder evoluir as úlceras; aplicando bota de una, pacientes que tem indicação de bota de una. [...] (C 05)

As úlceras por pressão (UP) têm se revelado como um problema de grandes proporções entre a população de pessoas hospitalizadas. Atinge, sobretudo, pacientes que

permanecem no leito por períodos prolongados, que apresentam algum grau de limitação motora ou sensorial e atrofia muscular (SMELTZER; BARE, 2008).

As UP são definidas pela *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) como uma área de injúria, localizada na pele ou latente no tecido, usualmente sobre uma área de proeminência óssea, como resultado de pressão ou pressão em combinação com fricção e tração ou cisalhamento (NPUAP, 2007). Smeltzer e Bare (2008) acrescentam que os capilares sofrem enfartamento e colabamento quando submetidos a uma pressão maior do que a normal de fechamento que é de 32 mmHg. No caso dos pacientes críticos, acrescentam essas autoras, a pressão de fechamento é menor e a despeito de outros fatores de risco estão mais expostos ao desenvolvimento de UP.

A população idosa está em maior risco para o desenvolvimento de UP. Com o processo de envelhecimento, os tecidos conectivos alteram-se em quantidade e qualidade. As alterações no colágeno conduzem à rigidez dos tecidos e maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para os capilares, o que ocasiona deterioração progressiva da função celular. Os tecidos tornam-se menos elásticos devido a alterações na composição e formato das células e das fibras elásticas (RESNICK, 2007; CARVALHO FILHO, 2006). Esse risco aumenta quando o idoso está imóvel ou paralisado (NEWMAN; SMITH, 1994). Daí a importância de se implementar cuidados como a hidratação da pele, massagens com cremes e de se ter atenção às primeiras queixas de desconforto das pessoas idosas.

No que se refere à necessidade de eliminação, as depoentes informaram que a alteração no funcionamento intestinal pode levar à formação de fecaloma e à desorientação. Já a retenção urinária, sobretudo nos homens que apresentam alguma disfunção prostática, pode levar à infecção do trato urinário. Nesse sentido, relataram que realizam como cuidado a troca da fralda e acompanham a frequência das eliminações urinária e intestinal.

[...] tá observando se ele tá apresentando as dejeções regulares porque os idosos tem muito essa questão, por exemplo, de ficarem sem apresentar dejeções e aí já pode formar um fecaloma e aí já pode vir a provocar desorientação e uma série de problemas no seu organismo. Essa questão da diurese também que a gente pode tá vendo retenção urinária, principalmente se tem problema de próstata os homens, enfim, e aí pode causar alguma infecção no trato urinário. (C 05)

Os problemas urinários, embora sejam causadores de transtornos à qualidade de vida da pessoa idosa, são pouco discutidos. Alguns distúrbios miccionais podem estar presentes na pessoa idosa em hospitalização prolongada, como a retenção e a incontinência urinária (ELIOPOULOS, 2011). Destaca-se que a enfermagem pode realizar o controle hídrico independentemente de prescrição médica.

É comum que os indivíduos sintam-se envergonhados para tratar desse assunto ou então que aceitem como elementos normais do envelhecimento. Esses problemas podem ser fonte de medos e ansiedade. Diante disso, ao abordar o assunto, é importante a demonstração de sensibilidade, aceitação e compreensão. Outro ponto a ser valorizado, é o respeito à privacidade adotando-se uma postura de cuidado no sentido de evitar a exposição da pessoa idosa diante de terceiros (ELIOPOULOS, 2011).

No que tange à necessidade de oxigenação, relatam que alguns idosos apresentam infecção do trato respiratório e, por isso, há a necessidade de aspiração das secreções de vias aéreas e observar o padrão respiratório. Como medida de prevenção dessa complicação, as depoentes indicam a necessidade da manutenção da higiene da cavidade oral e de evitar bronco-aspiração, auxiliando na alimentação ou mesmo ofertando a dieta.

[...] atentar para aspirar, para tá observando o padrão respiratório desse paciente para não ficar assim um paciente abandonado. (C 09)

Os idosos tendem a ter infecções bacterianas, virais e fúngicas mais frequentes e graves, devido aos processos patológicos, às alterações nos sistemas orgânicos, bem como às alterações funcionais e estruturais (RESNICK, 2007; CARVALHO FILHO, 2006).

Com a idade, a função imunológica declina e, paralelamente ao declínio das outras funções orgânicas, há predisposição do idoso à contração de infecções. As funções das células T e B de defesa declinam, produzindo efeitos sobre a imunidade celular. Ocorre uma secreção diminuída de imunoglobulinas levando a uma resposta humoral deficiente. Além disso, o timo involui com a idade acarretando redução dos hormônios tímicos e elevação dos auto-anticorpos (RESNICK, 2007).

Um fator agravante dos quadros infecciosos nos idosos é que os sintomas usualmente presentes nas infecções como calafrio, febre, leucocitose ou taquicardia podem estar ausentes ou reduzidos. Entretanto, devem ser pesquisados e valorizados sinais como alteração aguda na cognição ou comportamento (RESNICK, 2007).

As infecções nos idosos ganham elevadas proporções, devido à sua alta frequência, gravidade e mortalidade. As infecções mais frequentes nesse grupo etário são as pneumonias, infecções do trato urinário, infecções da pele e tecidos subcutâneos e septicemia, devido a infecção intra-abdominal. A pneumonia é a principal causa de morte por infecções entre idosos, sendo que sua incidência hospitalar é três vezes maior em idosos do que em jovens (MARINO; SANTOS, 1997).

Com relação à necessidade de cuidado corporal, as enfermeiras relataram que alguns idosos chegam ao serviço em estado de higiene precária e que algumas vezes os próprios

idosos negligenciam esse cuidado. Então enfatizam a necessidade de realizar o banho, seja de aspersão ou no leito e a higiene da cavidade oral, esta como uma medida também para evitar infecção do trato respiratório.

Desde dos cuidados básicos de higiene, banho, higienização... a gente vê muito aqui pacientes que não... higienização precária né, tipo oral também, a gente procura melhorar isso, cuidado... de higiene. (C 01)

[...] banho... alguns tomam banho sozinhos outros não tomam, a questão da higiene mesmo, tem que ser feita. A higiene oral tem que ser feita, tem que ser feita constantemente, que muitos ficam acamados, e a questão da infecção respiratória, entendeu? (C 02)

Stein e Henry (2009) afirmam que as pessoas idosas que permanecem hospitalizadas por muito tempo estão sujeitas a terem um estado de higiene oral precária. Os fatores que contribuem para esse estado são intrínsecos ao próprio idoso, mas também relacionados com a equipe de cuidados, como a negligência desse aspecto. A higiene precária pode levar a uma série de consequências à saúde, como a pneumonia e doenças cardíacas, ao passo que um bom estado de higiene oral favorece ao bem estar e estimula o paladar.

Depreende-se da fala da enfermeira C 02 que a higiene corporal é enfatizada também como forma de evitar a infestação por escabiose, em decorrência da higiene corporal precária, com a convivência coletiva e com o prolongamento da hospitalização.

Por vezes, as depoentes trazem em seus discursos a visão de um cuidado voltado para que a pessoa idosa mantenha a capacidade de auto cuidar-se e mantenha a sua independência o máximo possível. O profissional deve trabalhar na perspectiva de que quando os idosos saírem de alta hospitalar, o cuidado no domicílio deve ser continuado por si próprio, quando possível. Então, é importante orientar e verificar se está sendo realizado ou se precisa de ajuda, evitando assim uma postura de antecipação. Assinalam a necessidade da manutenção da capacidade de alimentar-se, tomar banho, deambular e manter a continência dos esfínteres. Outro fator relevante é a necessidade da adequação do ambiente às capacidades dos idosos, com vistas à manutenção da autonomia.

Se você passar, vão estar todos na cadeira, justamente para ir... é porque... paciente que tem condição de comer sozinho, a gente estimula! Por mais que eles não queiram a gente tem que estimular eles a comer sozinhos porque é unidade de reabilitação. Tem paciente que quer usar fralda, mas ele tem condição de controlar a urina e a gente não deixa ele usar fralda, a gente estimula ele a pedir a aparadeira. Tem muitos que fazem xixi na cama só de pirraça para poder a gente colocar a fralda nele. (C 03)

Cuidado de estar sempre estimulando para que mantenham o máximo a independência que eles tinham; muitos deles tinham independência em casa; de estar sempre estimulando essa parte para que sempre mantenham o máximo possível essa questão de estar sempre interessado, de tá sempre estimulando para que façam as coisas sozinhos, de tá supervisionado mas não deixar que a gente faça por eles, não antecipe as coisas por eles. (C 05)

Então, ter cuidado com alguns aspectos que às vezes na nossa assistência diária a gente acaba se passando batido. Como as atividades diárias dos idosos para a gente tá permanecendo, ajudando para que ele continue, preserve ou então se ela tá comprometida, você adequar da melhor forma possível. (C 11)

A gente tem que trabalhar sempre na perspectiva de que esse idoso vá ter alta e que ele se insira de novo no contexto social e que ele esteja apto juntamente com a família para poder lidar com isso. (C 11)

Quando identificam que a comunicação e a percepção estão afetadas lançam mão de diversas estratégias para prestar o cuidado. Alguns idosos apresentam diminuição da acuidade visual e auditiva, surdez, disartria e até afasia. Nesses casos, as enfermeiras relatam que é importante repetir a fala quantas vezes forem necessárias para fazer-se entender, tentar adivinhar, entender o que estão falando e até mesmo fazer mímica. Já os pacientes que apresentam algum grau de lucidez, geralmente sentem a necessidade de conversar sobre suas experiências de vida, requerendo das enfermeiras a habilidade de serem boas ouvintes e dar atenção aos idosos. Por vezes, faz-se necessário lançar mão da estratégia do convencimento, quando é preciso implementar algum cuidado imprescindível.

[...] é um paciente que tem diminuição da acuidade visual, auditiva, então já não... é... tem que repetir, falar para ele mais vezes o que fala para ele ouvir. [...] Então acho importante ter paciência para ouvir também ele... os pacientes lúcidos e orientados gostam muito de conversar sobre as experiências de vida, as histórias, então acho que tem que ser um bom ouvinte para poder dar atenção a eles. (C 01)

[...] e você na Geriatria tem que ser tudo né. Tem um paciente que não fala mas você tem que adivinhar, tem paciente que não ouve a gente tem que fazer mímica; tem paciente que não quer usar fralda a gente tem que convencer. O idoso demora até você convencer que tem que ser assim. (C 03)

[...] paciente demente a gente tem que saber lidar, entender o que é que ele tá falando... Eu tenho um paciente que tem disartria. Um dia eu cheguei no leito e ele tava com uma raiva que eu não sei... eu: 'seu [...], pelo amor de Deus fique calmo, que eu não vou entender nada', eu não entendia nada e eu sei que ela tava brigando por alguma coisa. E eu pedia para todo mundo: 'conversa ali com seu [...] para ver se entende o que é que ele tá falando' e ele tem uma disartria dele tipo assim, você não entende nada do que ele fala. Então, até hoje eu chego para ele: 'e aí seu [...], tá mais calmo?' e ele: 'humm... humm... humm...' e eu não entendi nada, mas eu sei que ele tá mais calmo, foi alguma coisa que incomodou ele, ele tá mais calmo. (C 03)

Então às vezes eles querem chamar a atenção, chamar a atenção de alguma forma, dizem que tá com dor, dizem que estão com alguma coisa que na verdade não é. Eles precisam de atenção, você precisa mostrar que você tá ali ouvindo, dá uma agulhinha e dizer que é um remedinho. (C 05)

Com relação à necessidade de comunicação, há elemento do processo de cuidado (*Clinical Caritas*), de Jean Watson (2008), a qual enfatiza a necessidade de uma relação de ajuda e confiança entre a enfermeira e a pessoa idosa. Esse tipo de relação pressupõe a aceitação e a expressão de sentimentos, envolvendo coerência, empatia e uma comunicação

eficaz. A comunicação eficaz engloba componentes cognitivos, afetivos e comportamentais como o olhar, o sorriso, a postura do corpo, o toque e a capacidade de ouvir.

Com relação ao humor e à orientação no tempo e no espaço, as depoentes relataram que muitos idosos encontram-se dementes e desorientados. O afastamento do cotidiano, com o prolongamento da hospitalização e a exposição permanente ao mesmo ambiente hospitalar concorrem para a depressão do estado de humor. Nesse sentido, relatam a importância do cuidado de dar mais atenção durante a comunicação, observar o estado de humor e oferecer suporte psicológico.

Então a gente procura sempre tá observando o humor do paciente também, como é que ele... se é um paciente... eu já tive pacientes aqui que eram lúcidos e orientados, com bom humor, assim deambulando e começaram a deprimir mesmo. (C 01)

É... a parte emocional, que muitos deles sentem falta, que muitos deles estão aqui, estão longe de casa, que muitos deles ficam muito tempo internados. [...] Então a gente tem que ter muito cuidado na hora de conversar porque é um paciente que se deprime, já se debilita mesmo que por conta disso já não querem mais comer. Então tudo isso a gente tem que ter esse cuidado. (C 05)

As depoentes também relataram a experiência do cuidado a pessoas idosas em cuidados paliativos. Relataram que os pacientes em cuidados paliativos apresentam alto grau de comprometimento do estado clínico com doença avançada. Diante disso, o cuidado precisa ser diferenciado. Deve ter como foco o alívio da dor e o conforto, visando uma boa qualidade de morte. Para isso, enfatizam a importância da presença da família que, junto com o profissional, deve estar ao lado do idoso oferecendo suporte e um cuidado humanizado.

A família também é muito importante, é nossa aliada também aos cuidados paliativos, que são hospitalização prolongada, então a gente tá sempre ali do lado. A gente do lado da família. (C 08)

Um cuidado mesmo diferenciado porque a gente vai dar uma boa qualidade de morte para aquele paciente. Não é um paciente que vai abandonar na enfermaria, mas é um paciente que a gente vai tá atendendo as necessidades dele dentro do que ele precisa naquele momento. Você não vai prolongar uma vida, um sofrimento, mas você vai fazer que enquanto ele estiver vivo, ele tenha os últimos momentos dele saudáveis, promover uma boa alimentação; se ele não tiver condição de acesso periférico, uma hipodermoclise para fazer com que ele receba a medicação; [...] Cuidados paliativos não é a gente deixar um paciente abandonado, é a gente deixar a assistência dele diferenciada; dar uma boa qualidade a ele enquanto estiver vivo para que tenha uma morte tranquila. (C 09)

De acordo com Pessini e Bertachini (2006), o termo paliativo advém do latim *pallium*, significando manto, capote. Etimologicamente essa palavra significa prover um manto para aqueles que passam frio, visto que estão sem possibilidade de serem ajudados pela medicina curativa. A essência dos cuidados paliativos é aliviar sintomas, dor e sofrimento em pacientes

portadores de doenças crônicas não transmissíveis ou em fase final. Os cuidados visam o ser em sua globalidade.

Conforme Medina *et al* (1994) e Pessini e Bertachini (2006), a filosofia dos cuidados paliativos se desenvolveu para dar resposta às necessidades das pessoas e seus familiares, no processo da doença terminal. Tem como características, segundo os autores citados: ausência de tratamento curativo em uma enfermidade avançada e progressiva; prognóstico de vida limitado; presença de numerosos problemas físicos, emocionais, sociais e espirituais; falta de respostas ao tratamento específico; presença da morte como acontecimento próximo de forma explícita ou não; impacto ou estresse emocional que afeta o enfermo, familiares e cuidadores; prognóstico de vida inferior a seis meses. Trata-se de centrar a atenção nas necessidades reais da situação pessoal do doente, como conforto, estima e autonomia e menos na presença da morte.

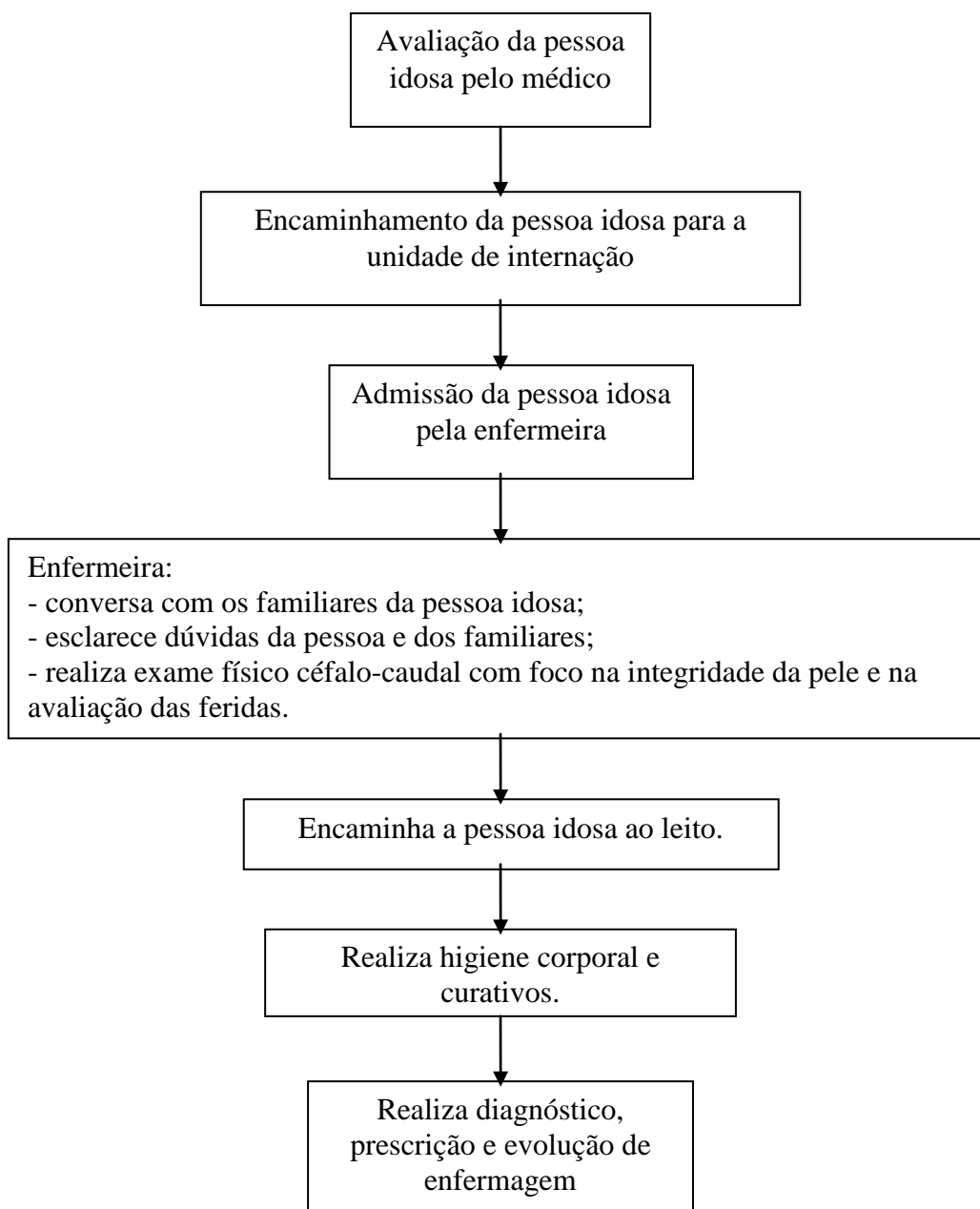
O objetivo principal do processo de atenção em cuidados paliativos é o conforto. Outros aspectos como o afeto dos familiares, dos amigos, a relação com pessoas e objetos apreciados, a paz e a tranquilidade, devem ser priorizados (MEDINA *et al*, 1994). No que concerne aos valores da Geriatria relacionados aos cuidados paliativos, observa-se que esses se coadunam. Em ambos os campos, o paciente está no centro dos cuidados, há perspectiva de uma abordagem interdisciplinar, holística a compreensiva, englobando paciente e familiar como entidade única (PESSINI; BERTACHINI, 2006).

Para Pessini e Bertachini (2006), oferecer cuidados paliativos com qualidade equivale a implementar ações que evitem o sofrimento físico e espiritual, além da desmemorialização e da perda do sentido, comuns na fase final da vida.

4.2.3.5 A rotina do cuidado de enfermeiras a pessoas idosas em hospitalização prolongada

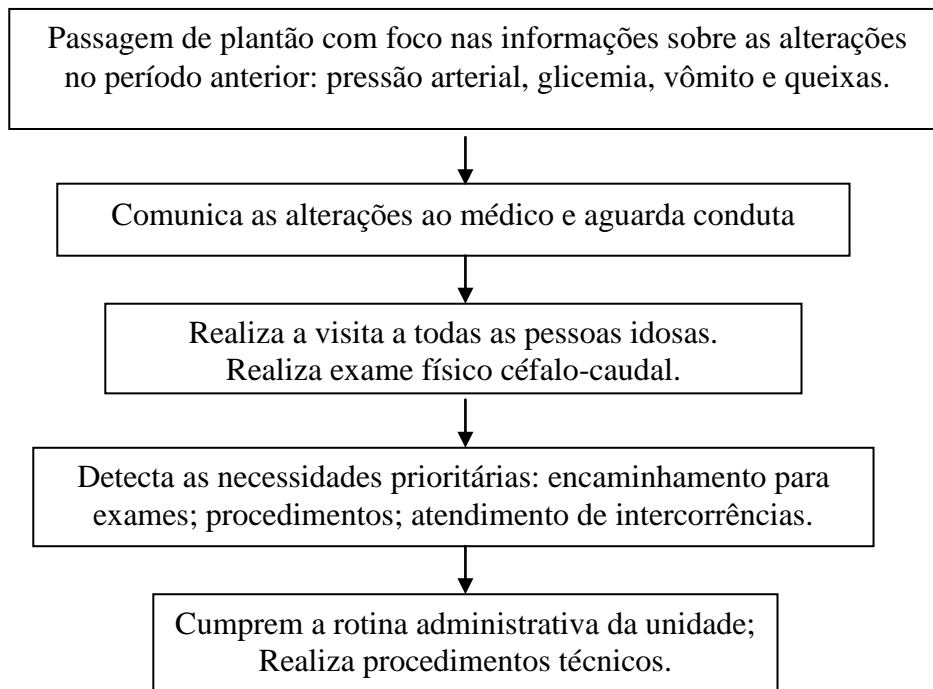
Sabendo-se dos cuidados que as enfermeiras realizam, tendo como foco as necessidades apresentadas pelas pessoas idosas e direcionadas, fundamentalmente, para os aspectos patológicos, torna-se importante saber como os processos de cuidado acontecem no cotidiano das enfermeiras. Assim, emergiu dos depoimentos a rotina do cuidado das enfermeiras a pessoas idosas em hospitalização prolongada, esquematizada a seguir.

Fluxograma 01 - Processo de cuidado estabelecido pelas enfermeiras na admissão da pessoa idosa.



Fonte: Pesquisa “O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada”.

Fluxograma 02- Processo de cuidado estabelecido pelas enfermeiras diariamente no cuidado de pessoas idosas em hospitalização prolongada



Fonte: Pesquisa “O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada”.

Depreende-se que o processo do cuidado é voltado essencialmente para a dimensão física, para os aspectos relacionados à patologia e para as rotinas administrativas. A partir dos depoimentos, não foi possível captar os aspectos subjetivos da enfermeira e da pessoa idosa.

Mais uma vez, expõe-se uma lacuna entre o que as enfermeiras dizem compreender por cuidado, o cuidado que fazem e como o distribuí no período do trabalho. Isso sugere que há uma dificuldade em compreender o valor real de dimensões subjetivas como sendo um ato de cuidado. No momento de expressar o que fazem o que sobressai são os aspectos técnicos voltados para os procedimentos.

Ressalta-se que as dimensões subjetivas do cuidado podem ser expressas em todo o momento que se estabeleça contato com a pessoa idosa, perpassando inclusive os momentos nos quais se está realizando procedimentos técnicos. Este, inclusive, é um momento privilegiado para conversar, ouvir e sentir os anseios da pessoa cuidada sem a necessidade imperiosa de se dedicar parte do tempo exclusivamente para este fim.

4.2.3.6 O cuidado a pessoas idosas em hospitalização prolongada como atributo da equipe multiprofissional

Para além do cuidado de enfermagem, identificou-se também que as enfermeiras reconhecem o papel de outros profissionais como agentes de cuidado. Houve destaque para os técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, além dos enfermeiros e médicos. Não houve referência, entretanto, à participação de outras categorias profissionais como a psicologia, a nutrição e a odontologia.

E também entra aí a parte da equipe multi. Entra aí a parte da fisioterapia, fonoaudióloga... não é só o cuidado de enfermagem. Entra todas as outras áreas. (C 01)

E tem a terapeuta ocupacional também que ela faz um ótimo trabalho na reabilitação. (C 01)

Com relação ao atendimento multiprofissional, está posto na PNSI a importância de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar como possibilidade de redução de vulnerabilidades, prevenção de perdas, manutenção e recuperação da capacidade funcional e controle de fatores que interferem no estado de saúde (BRASIL, 2006).

Motta, Caldas e Assis (2008) reforçam a importância da interdisciplinaridade no processo de produção do conhecimento em gerontologia. Para as autoras citadas, é necessária integração de múltiplos aspectos para uma melhor compreensão do envelhecimento.

A importância da equipe multiprofissional para o cuidado à pessoa idosa foi salientada pelas enfermeiras, neste estudo. No entanto, as nutricionistas não foram citadas, assim como também não houve referência aos odontólogos e psicólogos, todos eles com funções importantes no cuidado às pessoas idosas, no contexto gerontogeriátrico.

4.2.4 A relação das enfermeiras com as pessoas idosas em hospitalização prolongada

De acordo com Watson (2002a), uma relação transpessoal do cuidar corresponde a uma relação especial de cuidar na qual ocorre uma elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo.

Nessa categoria, as depoentes relataram a maneira como veem a sua relação com as pessoas idosas. Por vezes, relatam que o tempo de convívio com as pessoas idosas, decorrente do prolongamento da hospitalização, favorece o estabelecimento de uma relação mais próxima, um conhecimento mútuo, maior envolvimento e uma relação de confiança.

Por ser realmente de internamento prolongado, [...] já começa a saber a intimidade do paciente, as necessidades, acaba se envolvendo. (C 07)

Eu vejo assim, [...] como se fosse uma família, entendeu? Nós criamos um vínculo, não só aquela questão profissional enfermeiro-paciente, eu sou enfermeira você é o paciente. A gente tá trabalhando aqui todo dia, trabalha num período de meio turno, os enfermeiros, estão praticamente durante a semana toda. (C 02)

A enfermeira C 03 destaca que existe uma relação de carinho e afeto que é fortalecida quando há confiança do idoso no profissional.

O paciente chama a gente pelo nome, [...] íntima pelo nome, ‘eu tô sentindo isso, tô sentindo aquilo’. Às vezes a gente nem foi ainda visitar na enfermaria e eles já chegam ‘Ó [...] eu tô sentindo isso’, ‘Ontem aconteceu isso de noite, eu caí’, entendeu? Então eu acho que aqui existe uma interação bem bacana entre o enfermeiro e o paciente. Assim, relação de carinho, de afeto, fora a questão profissional. (C 02)

Depreende-se das falas da enfermeira C 02 um senso de naturalidade diante de condições adversas a que tais idosos possam estar expostos. A relação familiar relatada pela depoente pode sinalizar um afastamento do profissionalismo chegando um nível de informalidade no cuidado. Há que se pensar também que a naturalização do cotidiano aponta para uma perda de estranheza frente a condições adversas no cuidado a pessoas idosas deixando-se de intervir adequadamente frente às necessidades de cuidado.

Outro aspecto que reforça a ideia da perda de estranheza e de profissionalismo é a forma natural e corriqueira que a enfermeira C 02 encara o relato de uma queda por uma pessoa idosa. Para a doente, o relato da iatrogenia citada é visto como positivo dado que a pessoa idosa sente confiança em relatar o ocorrido. No entanto, as quedas devem ser encaradas como um ocorrência grave nas pessoas idosas em hospitalização prolongada, devendo ser registrada e notificada com vistas à adoção de medidas preventivas.

Conforme Eliopoulos (2011) a incidência de quedas é uma das principais preocupações relativas à segurança na velhice. Conforme a autora citada, um terço das pessoas com 75 anos ou mais tem uma queda por ano e metade tem múltiplas quedas, com graves consequências. Ainda que não haja lesão física, as pessoas idosas vítimas de quedas podem reduzir suas atividades com receio de cair novamente, podendo causar dependência desnecessária, perda de função, menor socialização e perda na qualidade de vida.

Já a enfermeira C 04 destaca, além da confiança, a cumplicidade, o respeito, a parceria e a compreensão.

Bom, desde quando eu entrei aqui nessa unidade eu vejo a relação do enfermeiro com o idoso uma relação de... uma relação de cumplicidade, de confiança, de respeito, de respeito pelo ser humano, respeito pela história do ser humano. Confiança pelo fato do idoso confiar naquele profissional que tá cuidando, do enfermeiro confiar nos sintomas, nos sinais que o idoso tá apresentando. De parceira, é uma relação de parceria. Então é uma relação muito harmoniosa. (C 04)

As enfermeiras destacam o estabelecimento de uma relação que é fortalecida pelo tempo de convívio com as pessoas idosas, chegando mesmo ao ponto de haver uma harmonização proveniente do estabelecimento de vínculos. Ao longo desse tempo, ocorre a expressão de sentimentos por ambas as partes como a confiança, o respeito, a cumplicidade e a noção de parceria no processo de cuidar.

Nesse sentido, nota-se uma interface entre a relação estabelecida pelas enfermeiras com as pessoas idosas em hospitalização prolongada com as premissas de uma relação transpessoal de cuidar. Conforme relata Watson (2002a), a partilha da experiência é o ponto de partida para uma relação transpessoal harmonizante.

Embora não haja referência aos aspectos da espiritualidade, fica claro que há uma troca de subjetividades na relação do cuidar. Nas entrelinhas dos depoimentos, lê-se o estímulo à expressão de sentimentos, fruto de uma relação de confiança e de conhecimento mútuo já estabelecido.

Na contramão do que já foi exposto acerca do abandono das pessoas idosas pelos familiares no hospital, há relato também de uma situação inversa. Existem idosos que recebem alta hospitalar e não querem deixar o hospital, segundo depoimento, devido à boa relação que estabelecem com a equipe multiprofissional.

Muitos não querem ir para casa, acontece muito aqui. Acontece da família não querer levar, acontece muito também de tá de alta e não querer ir. Aqui é muito bom. [...] A equipe toda em si se envolve muito com eles, com os idosos aqui. Trabalham muito com eles. (C 07)

De fato, se a transpessoalidade do cuidar é alcançada, cria-se uma atmosfera acolhedora e com uma forte valorização dos componentes humanos na relação transpessoal. No entanto, o fato relatado soa tanto quanto estranho. Inicialmente, o ambiente hospitalar é despersonalizado, tecnocrata e invade a privacidade o que já seria motivo suficiente para se pretender permanecer nesse ambiente apenas o tempo necessário. Isso sugere que as pessoas idosas referidas podem dispor de condições piores fora do ambiente hospitalar. Dentre essas condições, pode-se pensar nos maus tratos, nas privações, na carência afetiva e até na acessibilidade precária aos serviços de saúde e aos serviços em geral.

Por outro lado, veio à tona também uma faceta contrária ao que foi exposto concernente à relação das enfermeiras com as pessoas idosas. Para uma das depoentes, há um distanciamento entre enfermeira e pessoas idosas devido à necessidade de realização de tarefas administrativas e ao quantitativo elevado de pessoas hospitalizadas.

Eu acho que aqui a gente interage... pouco! Acho que a gente interage pouco! Porque na verdade assim, acho que a gente tem muita atividade administrativa. Acho

que a gente fica assim, muito tempo nas atividades administrativas mesmo, que não é ruim porque isso faz parte da gerência de enfermagem, mas aqui são 72 idosos. São nove enfermarias cada uma com oito leitos. Então são muitos idosos e muitas vezes a gente não tem tempo de acompanhar, digamos assim, durante o dia eu não posso ver todas as feridas, eu não posso fazer todos os curativos porque são muitos e aí é... eu tenho outras coisas aqui para fazer. Eu tenho exames para encaminhar, eu tenho pendências para cobrar daqui do setor. [...] devido às atividades que a gente tem aqui acaba se distanciando um pouco mais dos idosos, no aspecto mesmo de acompanhar, acompanhar uma dieta que a dieta não é ele que pega é a gente que dá, às vezes são os técnicos que alimentam. De ver também como é que os técnicos estão cuidando desses idosos, que é também importante, a gente tem que ver como é que tá cuidando. (C 12)

Segundo a depoente, as tarefas administrativas dificultam o estabelecimento de uma relação mais próxima entre a enfermeira e a pessoa idosa. Dificulta também a supervisão do cuidado realizado pelos técnicos em enfermagem e a realização de determinados procedimentos técnicos como curativos e a alimentação. Cabe aqui refletir sobre o desempenho de funções outras que na dizem respeito diretamente sobre o cuidado, caracterizando assim um desvio de função. Este, por sua vez, contribui para uma descaracterização do trabalho da enfermagem como agente de cuidado.

Destaca-se que a preocupação referida pela depoente deve-se à pouca supervisão da equipe de técnicos em enfermagem e impossibilidade de realizar determinados procedimentos técnicos. Não passa pelo ideário da depoente o emprego de tempo para o estabelecimento de uma relação de cuidar individualizada, com clareza e intersubjetiva, ou seja, intencional, conforme relata Watson (2002a).

Por outro lado, Watson (2002a) relata a preponderância do “como” acontecem os atos da enfermagem sobre o “quê” é feito, como cerne da transpessoalidade do cuidado. Mesmo em condições adversas, acredita-se na possibilidade de uma relação de cuidar autêntica, interessada e intersubjetiva que pode ser estabelecida durante a realização de procedimentos como banho de leito ou curativos, por exemplo. A melhoria no ambiente organizacional só tem então a acrescentar à transpessoalidade do cuidado.

A relação dos trabalhadores com o ambiente organizacional influencia certamente na forma como a relação do cuidado é estabelecida. Não se pretende negar a importância e a necessidade da mobilização do coletivo de trabalhadores por melhores condições de trabalho, pelo contrário, entende-se que esta é uma luta necessária e pertinente para a enfermagem que historicamente não tem se posicionado diante das condições adversas de trabalho.

4.3 RELACIONADO OS ELEMENTOS DO PROCESSO DE CUIDADO DE JEAN WATSON COM AS NECESSIDADES DE CUIDADOS IDENTIFICADAS E OS CUIDADOS REALIZADOS

No intuito de relacionar de forma clara as categorias apresentadas e discutidas ao longo deste estudo com o objeto e os objetivos propostos, elaborou-se a síntese seguinte. A análise do cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada remeteu à identificação das demandas de cuidados por parte das pessoas idosas e à descrição dos cuidados realizados.

Ao se olhar os resultados obtidos com a lente da Teoria do Cuidado Transpessoal, pode-se fazer uma associação entre os pontos de aproximação e afastamento entre os cuidados prestados e os elementos do processo de cuidado (processo *clinical caritas*) de Jean Watson (2008). O processo proposto preconiza uma aproximação entre o cuidado e o amor o que, por sua vez, se constitui como ponto fundamental para uma relação autêntica no momento real do cuidado, favorecendo a partilha das unicidades de cada ser através da junção dos campos fenomenológicos individuais.

Os três primeiros elementos do processo de cuidado de Jean Watson referem-se à prática de valores humanistas como a gentileza e a equanimidade, favorecimento e sustentação de um sistema de crenças e a instilação de fé e esperança, e a sensibilidade de si mesmo e do outro para alcançar a evolução em conexão com o universo. Esses três elementos situam-se no centro entre a relação enfermeira-pessoa idosa. Esses três elementos se constituem como base para o desenvolvimento dos demais elementos.

Nesse sentido, a enfermeira desenvolve e pratica a gentileza e a equanimidade, acredita e estimula a fé e a esperança e cultiva a sensibilidade, com vistas a uma relação de ajuda-confiança e aos demais elementos do processo (WATSON, 2007; WATSON, 2008; TALENTO, 2000; NEIL, 2002; MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006).

As associações estabelecidas entre os elementos do processo de cuidar (WATSON, 2008), os grupos de necessidades de cuidados identificados e os cuidados realizados estão descritos a seguir no Quadro 01.

Quadro 01: Correlação entre determinados elementos do processo de cuidado de Jean Watson com as necessidades de cuidado identificadas e os cuidados implementados.

Elementos do Processo <i>Clinical Caritas</i>	Necessidades de cuidados identificadas	Cuidados implementados
Elemento 5. Estar presente e oferecer suporte à expressão de sentimentos positivos e negativos.	Comunicação	Falar com calma Repetir a fala Ouvir Mímica
	Humor	Observação do estado de humor Observar o estado emocional
Elemento 6. Usar de forma criativa as várias maneiras de ser e fazer como parte do processo de cuidar.	-----	Convencimento Orientação
Elemento 7. Engajar-se na experiência genuína de ensino e aprendizagem para a autogerência e o autoconhecimento.	Autocuidado	Estímulo ao autocuidado Reabilitação Manutenção da capacidade de autocuidar-se
Elemento 8. Criar um ambiente de reconstituição potencializando o conforto e a dignidade.	Ambiente físico	Adequação do ambiente
	Conforto	Alívio da dor
Elemento 9. Alinhar corpo-mente – espírito na consciência intencional de um cuidado que atenda as necessidades humanas básicas.	Alimentação	Observação da aceitação da dieta Ajuda na alimentação Elevação do decúbito para alimentar Observar deglutição Introduzir sonda para a alimentação
	Pele	Avaliação diária Manipulação cuidadosa Hidratação Curativos com produtos específicos Evitar lesão por umidade Avaliação da evolução das feridas Manutenção da integridade da pele
	Oxigenação	Aspirar secreções de vias aéreas
	Hidratação	Observar e estimular a ingesta hídrica Evitar infecção do trato urinário Hipodemóclise

	Atividade / inatividade	Mudança de decúbito sistemática Manipulação com paciência Retirar do leito e por sentado na cadeira Aplicar luva de boxe nas mãos para evitar a retirada de dispositivos
	Higiene	Banho Higiene oral
	Eliminação	Monitoramento da eliminação urinária e intestinal

Fonte: Pesquisa “O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada”.

Embora não haja uma orientação explícita sobre a forma de aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal, nota-se que houve uma relação entre alguns elementos do processo de cuidado de Watson (2008) e os cuidados implementados pelas enfermeiras neste estudo. Os pressupostos da teoria de Watson fortalecem mais a integração de valores humanos positivos que se expressam no ser com o outro e nas atitudes adotadas, na ocasião real do cuidado.

Como já foi discutido anteriormente, o cuidado prestado pelas enfermeiras está ancorado nas necessidades apresentadas pelas pessoas idosas. Muitas dessas necessidades estão diretamente relacionadas com os aspectos afetados pela doença somada a alterações orgânicas provenientes do envelhecimento. Nota-se, dessa forma, que a maior concentração de cuidados ocorreu no nono elemento do processo de cuidar, relacionados ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Os demais cuidados distribuem-se de acordo com as necessidades identificadas no domínio da comunicação, dado que as alterações cognitivas e sensoriais prejudicam a interação da pessoa idosa em hospitalização prolongada com o seu meio. Nesse sentido, é necessário a adoção de estratégias para garantir o entendimento entre o profissional e o ser cuidado.

Da mesma forma, o estado emocional e de humor podem ser alterados em decorrência do abandono e das condições adversas que assolam as pessoas idosas em hospitalização prolongada. Para tanto, a observação contínua é a estratégia adotada pelas enfermeiras, com vistas à detecção precoce de alterações e para a busca das estratégias de intervenção.

No que se refere ao sexto elemento do processo de cuidado, houve uma concordância com a conduta das enfermeiras de tentar convencer as pessoas idosas sobre a necessidade de

determinadas condutas. Nesse item, identificou-se como estratégia a própria implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permeando toda a hospitalização, sem a explicitação de estratégias específicas adotadas.

Com vistas à manutenção da autonomia para o autocuidado sobressaíram-se cuidados que vão ao encontro do sétimo elemento do processo de cuidado. Ressalta-se que uma das funções do *locus* deste estudo é a reabilitação, daí a forte ênfase nos aspectos voltados para a preservação das capacidades individuais das pessoas idosas.

Já os aspectos relacionados com a manutenção de um ambiente físico confortável e que minimize os riscos para as pessoas idosas emergiram em concordância com o oitavo elemento do processo de cuidar. De fato, o ambiente hospitalar tem o potencial de causar danos e desconforto às pessoas idosas. Para além da atuação, em nível dos aspectos físicos do ambiente, é um imperativo a criação de um ambiente acolhedor e confortável que, em última instância, é uma manifestação de respeito ao ser humano.

O décimo elemento do processo de cuidado leva a uma reflexão provocadora que conduz a um maior conhecimento de si mesmo e dos outros. Para Watson (2008), por meio da fenomenologia é possível compreender as pessoas através da forma que as coisas aparentam para ela, a partir da sua referência. Dessa forma, esse elemento é fundamental para a compreensão do significado que a pessoa encontra na vida e, da mesma forma, descobrir significações nos momentos difíceis da vida (TALENTO, 2000).

Transpondo o mesmo raciocínio proposto por Watson para a realidade deste estudo, a compreensão dos eventos difíceis atravessados pelas pessoas idosas com a doença, a hospitalização prolongada, o abandono pelos familiares e a premência da terminalidade auxilia na prestação de um cuidado mais humano, em uma relação mais autêntica e individualizada. Então, os três elementos básicos somados aos demais podem auxiliar as enfermeiras na compreensão dos significados dos eventos difíceis.

Para além da descrição e análise das necessidades de cuidados identificados e nos cuidados realizados está a postura das enfermeiras. Conforme Watson (2002b; 2008), na transpessoalidade do cuidado é mais importante a forma de ser do que o fazer. Em outras palavras, é mais importante o como se faz, a forma como as enfermeiras se portam diante da pessoa idosa, do que o que se faz.

A transpessoalidade acontece no momento real do cuidar, ou seja, no momento no tempo, em uma localização no espaço, nos quais a pessoa enfermeira encontra a pessoa idosa. Nesse momento, a confluência dos campos fenomenológicos favorecem um entendimento

mútuo, o que pressupõe consideração à unicidade de cada ser com suas experiências de vida, subjetividades, desejos e expectativas.

O resultado é um cuidado prestado (o que se faz), com um forte componente humano (como se faz) que só tem a acrescentar ao cuidado gerontológico geriátrico às pessoas idosas frágeis ou em situação de fragilidade e ao fortalecimento da enfermagem como ciência e arte, preocupada com a humanidade, exercida de humano para humano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional já é uma realidade na sociedade mundial e brasileira. A cada ano se eleva percentual de pessoas idosas e, com isso, aumenta também as demandas por atenção e cuidados, que levem em consideração as particularidades oriundas do processo de envelhecimento, nas suas dimensões fisiopatológicas e sócio-econômicas com sérios reflexos na vida da humanidade.

O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada foi o objeto deste estudo que objetivou analisar o cuidado que a enfermagem presta a tais idosos na ocasião das hospitalizações. Por sua vez, a hospitalização de pessoas idosas é sabidamente mais prolongada do que em outras faixas etárias e isso traz consigo uma série de repercussões para a própria pessoa idosa, para os profissionais da enfermagem, para o sistema de saúde e para a sociedade como um todo.

O estudo desenvolveu-se em três eixos, os quais emergiram das informações coletadas: o eixo das informações que permitiram conhecer as enfermeiras que cuidam de pessoas idosas em hospitalização prolongada; o eixo referente às pessoas idosas em hospitalização prolongada; e o eixo sobre o cuidado resultante do encontro entre as enfermeiras e as pessoas idosas, no momento real do cuidado, em um ambiente hospitalar algumas vezes hostil, despersonalizado e tecnocrata. Esse cuidado também é resultante das crenças e valores que permeiam as relações entre o ser-idoso e o ser-enfermeira, com vistas ao alcance de um cuidado transpessoal.

No que se refere às enfermeiras, houve uma predominância de colaboradoras com faixa etária baixa, de religião católica, solteiras, com até dois anos de graduadas e que ingressaram no serviço estudado como estagiárias.

Quanto às pessoas idosas, ficou patente que trazem consigo as marcas da realidade social a que estão expostas, como os maus tratos, a falta de apoio de uma rede de serviços estruturada para referenciá-los, bem como das famílias, obrigadas a assumirem os cuidados com os poucos recursos de que dispõem.

Não obstante à falta de amparo social a que as pessoas idosas são submetidas quando no ambiente hospitalar, que lhes é estranho e distinto dos seus domicílios, ainda sofrem com o abandono por seus familiares. Esse abandono se manifesta durante a hospitalização através da

falta ou baixa frequência de visitas e, na ocasião da alta hospitalar, com o retardo no comparecimento dos responsáveis para levarem a pessoa idosa de volta para casa.

Ao se estudar a fala das enfermeiras que cuidam de pessoas idosas em hospitalização prolongada, em um Centro Geriátrico, encontrou-se que cuidado que é descrito como sinônimo de carinho, atenção, amor, zelo, preocupação, escuta, acompanhamento, estar junto, resolução problemas e proporcionamento de conforto.

Ao relatarem a necessidade de cuidados identificadas nas pessoas idosas em hospitalização prolongada fazem referência a condições relacionadas com aspectos do envelhecimento, da hospitalização prolongada e de patologias. As necessidades de cuidados identificadas foram relacionadas com a comunicação, a observação do estado de humor, com o estímulo à manutenção da capacidade de autocuidar-se, à adequação do ambiente físico, ao conforto, com a alimentação, com a pele, com a oxigenação, com a hidratação, com a mobilidade, com a higiene e com a eliminação.

Os cuidados implementados pelas enfermeiras estão em consonância com as necessidades identificadas, porém revelam-se essencialmente técnicos através da repetição de procedimentos e rituais. Expõe-se assim uma lacuna entre o que dizem entender por cuidado e o que cuidado que efetivamente põem em prática. Tal ideia é reforçada pela descrição da rotina das enfermeiras, centrada na repetição de tarefas administrativas e no consequente distanciamento destas com as pessoas idosas, conforme relatado.

Destaca-se também os indícios de negligência no cuidado, de perda da estranheza diante de ocorrências adversas e do afastamento de uma postura profissional a partir da convivência com a pessoa idosa em hospitalização prolongada.

Nesse sentido, a ótica da Teoria do Cuidado Transpessoal foi de grande valia, pois, a partir das suas premissas e pressupostos, foi possível enxergar o cuidado sob um ponto de vista humanístico, eminentemente relacional e que se expressa na forma como a enfermeira interage com a pessoa idosa. Assim, se destacam as potencialidades de melhoria do cuidado, a partir de uma ação com foco humanístico e com considerações às subjetividades da pessoa que cuida e da que é cuidada.

O envelhecimento é uma realidade global e entende-se que as organizações formadoras devem dar uma resposta frente às crescentes demandas advindas do grupo populacional em questão. Assim, no contexto da formação dos profissionais para o cuidado das pessoas idosas, sugere-se que haja adequação de conteúdos e metodologias com vistas a uma sensibilização para a causa e cuidados gerontológicos e geriátricos.

Nas políticas públicas em vigor no Brasil para as pessoas idosas, com destaque para a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, há forte recomendação para a abordagem dos conteúdos sobre o envelhecimento nos currículos dos diversos níveis do ensino formal de modo a conduzir à valorização da pessoa idosa, eliminar preconceitos e produzir novos conhecimentos. Apela-se então para a efetiva implementação de tais políticas e, quiçá, chegue-se a um patamar onde as enfermeiras não precisem mais repetir que os conteúdos referentes à saúde do idoso em sua educação formal foram abordados superficialmente ou que não foram abordados.

No contexto mundial está em evidência a Declaração Universal dos Direitos da Pessoa Idosa, da qual o Brasil é signatário. Almeja-se com isso que a velhice ganhe visibilidade social, que os pressupostos básicos de cidadania e dignidade inerentes às pessoas idosas e a todos os seres humanos sejam aprimorados.

O presente estudo insere-se na realidade local, direcionando o olhar para um contexto de cuidados pela enfermagem, em um centro especializado no cuidado gerontológico e geriátrico, portanto, com características próprias. De forma ampliada, reflete também uma realidade em nível de estado, país e, porque não dizer, mundial. O envelhecimento é uma realidade global, assim como as demandas específicas de cuidados e a busca por formas inovadoras de cuidar do outro pensando-se no respeito à dignidade, à autonomia, à essência do ser humano e à otimização de recursos e resultados.

No tocante à enfermagem, faz-se patente que esta reconheça a necessidade de mudanças de suas práticas, com vistas à transcendência do cuidado limitado ao corpo físico, buscando uma harmonização com o ambiente. As pessoas idosas trazem uma carga de sofrimento advinda das dificuldades sociais a que estão expostas. Logo, é um imperativo da enfermagem transmitir, através de uma relação de cuidado autêntica e interessada, acolhimento e solidariedade, em última instância, valores humanísticos.

Destaca-se, por fim, a necessidade de adequação das políticas públicas no contexto do SUS à realidade das pessoas idosas frágeis em hospitalização prolongada.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- ALLIGOOD, Martha Raile; TOMEY, Ann Marriner. Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. Cap. 1. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5.ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2002.
- ALVES, Rubem. **O que é religião?** 10. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.
- ANTHIKAD, Jacob. **Psicologia para enfermagem**. São Paulo: Reichmann e Autores Editores, 2005.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.3, set-dez. 2004, p.16-29.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2007, p. 127- 144.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERGER, Louise. Contexto dos cuidados em gerontologia. In: _____ BERGER, Louise ; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Processo de Enfermagem por necessidades. Lusodidacta: Lisboa (Portugal), 1995. cap 1.
- BRASIL. Lei número 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução N.º 196/96, 1996.
- BRASIL. Lei N.º. 10741 de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Intergeracional de Informações para a Saúde – RIPSAs. **Indicadores de Recursos**. 2008a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Fcgi%2Fidb2008%2Fmatriz.htm#recur>. Acesso em 08/10/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional**. Sistema de Informação Hospitalar. Versão preliminar. Brasília: 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília. 2009.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Relatório de registros**. Qualificação acadêmica. 2011a. Material fornecido via e-mail.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília: 2011b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acesso: 28/08/2011.
- BRITTO DA MOTTA, Alda. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Revista Sociedade e Estado**. v. 25, n. 2 ; Mai / Ago, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v25n2/05.pdf>. Acesso em: 16/08/2011.
- BUSSE, Edwald W. O mito, história e ciência do envelhecimento. In: BUSSE, Edwald W; BLAZER, Dan G. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992.
- CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA. 2004.
- CARVALHAIS, Maribel; SOUSA, Liliana. O comportamento dos enfermeiros e impacto em situação de internação hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.9, n.3, set-dez. 2007.p.596-616.
- CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz. Fisiologia do Envelhecimento. In:____ PAPALÉO NETO, Matheus. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CHAIMOWICZ, Flávio. **Os Idosos Brasileiros no Século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 1998.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2.ed. Lusociência: Loures, Portugal, 2003.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN. El envejecimiento de la población mundial. Disponível em: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf>. Acesso em: 01/11/2010.

DIAS, Eliane Golfieri; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia. Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. **O Mundo da Saúde**. V. 34. n. 2. 2010; p. 258-267.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FARIA, Juliana Bernardes de; SEIDL, Elaine Maria Fleury. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. V.18, n. 3, 2005. p. 381-9.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GONÇALVES, Rita de Cássia; LISBOA, Teresa Kleba. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev.Katál.Florianópolis**. v.10. n. esp. 2007. p.83-92.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HARDMOB. **China terá mais de 400 milhões de idosos em 2050**. Disponível em: <http://forum.hardmob.com.br/showthread.php?t=363712>. Acesso em 01/11/2010.

HUENCHUAN, S; RODRÍGUEZ-PIÑERO, L. **Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección**. Naciones Unidas. CELADE / CEPAL. 2010. Disponível em: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/41721/LCW353.pdf>. Acesso em: 13/10/11.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2009a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766&id_pagina=1. Acesso em: Acesso em 08/12/2010.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010b**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf. Acesso em 24/08/2011.
- LÁZARO, M. Torrejón. La Enfermera Geriátrica. Cap. 3. In: GIL, B. **Enfermería Geriátrica: Clínica y Práctica**. Madri: Paradigma, 1994. v.1.
- MARINO, Marília Campos Abreu; SANTOS, Anielo Greco Rodrigues. Epidemiologia das Infecções no Idoso. In: ROCHA, Manoel Otávio Costa; PEDROSO, Enio Ribeiro Pietra; SANTOS, Anielo Greco Rodrigues. **Infectologia Geriátrica**. São Paulo: BYK, 1997. Cap. 2.
- MARTINS, Josiane de Jesus; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.34, n.2. 2005. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/>. Acesso em 18/07/2010.
- MATHIAS, Jania Jacson dos Santos; ZAGONEL, Ivete Palmeira Sanson; LACERDA, Maria Ribeiro. Processo Clínico Caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. **Acta Paul Enferm**. v.19, n.3, 2006. p. 332-7.
- MEDINA, E. Albuquerque, *et al.* Cuidados Paliativos en el Anciano Terminal. In: _____ GIL, B. **Enfermería Geriátrica: Clínica y Práctica**. Madri: Paradigma, 1994. V.1.
- MENDES, Márcia R.S.S.Barbosa. *et al.* A situação social do idoso no Brasil : uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. v. 4, n. 18. São Paulo, 2005. p. 422-6.
- MENEZES, Maria do Rosário de. **Da violência revelada à violência silenciada**. Um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso. [Tese] Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.
- MENEZES, Maria do Rosário de. *et al.* **Revelando a Violência Doméstica Contra Idosos em Salvador – Bahia**. Relatório de Pesquisa. UFBA/EE/CNPq, 2007.
- MENEZES, Maria do Rosário de. Violência contra idosos: é preciso de simpatia! In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William. **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010.
- MERCADANTE, Elisabeth Frolich; BERZINS, Marília Viana. Discriminação e perversidade contra pessoa idosas reveladas nas piadas. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William. **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- MORAES, Edgar Nunes de; MARINO, Marília Campos de Abreu; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas . **Rev Med Minas Gerais**. v.20, n.1; 2010, p. 54-66.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**. v.20, n.1; 2010, p. 67-73.

MOTTA, Luciana Branco da; CALDAS, Célia Pereira; ASSIS, Mônica. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.13, v. 4. 2008. p. 1143-51. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013410.pdf>. Acesso em: 13/11/2011.

MOTTI, Mônica Cristine Jove. Delírio. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/02/09/saude-geriatria/delirio-nos-idosos/>. Acesso em 14/04/2008.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito de conforto na enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v.18, n.1, 2005. p. 72-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a10v18n1.pdf> Acesso em: 23/08/2011.

NEIL, Ruth M. Jean Watson: filosofia e ciência do cuidar. Cap. 11. In: TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile. **Teóricas de Enfermagem e a sua obra** (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5.ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2002.

NEWMAN, Diane Kaschak; SMITH, Diane A. Jakovac. **Planes de Cuidados en Geriatria**. Madri: Mosby / Doyma, 1994.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre Enfermagem**: um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel. Updated Staging System. **Pressure Ulcer Stages Revised by NPUAP**. 2007. Disponível em: <http://www.npuap.org/pr2.htm>. Acesso em 12/02/2009.

OLIVEIRA, Griebeler Oliveira; QUINTANA, Alberto Manuel; BERTOLINO, Karla Cristiane Oliveira. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.6. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600033&script=sci_arttext Acesso em: 23/08/2011.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

OSID. Obras Sociais Irmã Dulce. **Centro Geriátrico Júlia Magalhães**. Disponível em: http://www.irmadulce.org.br/___teste/obrassociais/saude_cGeriatico.php. Acesso em 10/11/2010.

PASKULIN, Lisiane M.G.; VIANNA, Lucila A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos em Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**. V.41. n. 5, 2007. p. 757-68.

PASSOS, Elizete Silva. **De anjos a mulheres**. Ideologias e valores na formação de enfermeiras. Salvador: EDUFBA / EGBA, 1996.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEREIRA, Renata Santos; CURIONI, Cíntia Chaves; VERAS, Renato. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**, v. 6, n. 1. Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA, Renata Junqueira *et al.* Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância o Programa de Saúde da Família. **Rev. Med Minas Gerais**. V.20, n.1. 2010. p.5-15.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **O que entender por cuidados paliativos?** São Paulo: Paulus, 2006.

PIMENTEL, Lilian de Jesus; SILVA, Valdenir Almeida da. **Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes idosos em Unidade de Terapia Intensiva**. Trabalho de Conclusão de Curso [Residência em Enfermagem Intensivista]. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Notícias. **Desigualdade é maior na Grande Salvador que no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/gerapdf.php?id01=2498>. Acesso em 12/11/2011.

PRÉTAT, Jane R. **Envelhecer**: os anos de declínio e a transformação da última fase da vida. São Paulo: Paulus, 1997.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcellos. O impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William. **Rompendo o silêncio**: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcellos; LEMOS, Naira de Fátima Dutra; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n.6. 2010. p. 2815-24. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n6/a19v15n6.pdf>. Acesso em 23/08/2011.

RESNICK, Barbara. O Paciente Idoso Criticamente Doente. In: MORTON, Patricia Gone; FONTAINE, Dorrie K; HUDAK, Carolyn M; GALLO, Barbara M. **Cuidados Críticos de Enfermagem**: uma abordagem holística. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

ROLKA, Gail Meyer. **100 mulheres que mudaram a história do mundo**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

RUIPÉREZ, Isidoro; LLORENTE, Paloma. **Guias Práticos de Enfermagem**: Geriatria. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.

SALES, Catarina Aparecida. O Ser-No-Mundo e o Cuidado Humano: concepções heideggerianas. **Rev. enferm. UERJ**. v. 16, n. 4, out-dez 2008. p. 563-8.

SANTOS, Silvana Sidney. **Enfermagem Gerontogeriatrica**: reflexão à ação cuidativa. 2.ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SANTOS, Silvana Sidney. **Enfermagem Gerontológica**: reflexão sobre o processo de trabalho. 2004. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=461>, Acesso em 25 de Outubro de 2007.

SHIMAZU, Helena Eri. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev Bras Enferm**. v.60, n.3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300002&script=sci_arttext Acesso em: 23/08/2011.

SILVA, Giliane Carvalho e; CALDAS, Célia Pereira. Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento. **Arq Ciênc Saúde** . n. 16, v2. 2009. p. 76-82. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-16-2/ID318.pdf. Acesso em 13/11/2011.

SILVA, Karen Schein da; RIBEIRO, Rubia Guimarães; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Discurso de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Rev Bras Enferm**. v.62, n.3, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300019&script=sci_arttext Acesso em: 23/08/2011.

SIQUEIRA, Ana Barros; CORDEIRO, Renata Cereda; PERRACINI, Monica Rodrigues; RAMOS, Luiz Roberto. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**. n.38 v.5, 2004. p.687-94.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth**. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v.1.

SOLANO, João Paulo Consentino; SCAZUFCA, Márcia; MENEZES, Paulo Rossi. Frequência de sintomas no último ano de vida de idosos de baixa renda em São Paulo: estudo transversal com cuidadores informais. **Rev Bras Epidemiol**. v.14, n.1, 2011. p.75-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/07.pdf> Acesso em: 23/08/2011.

STEIN, Pamela S; HENRY, Robert G. Poor oral hygiene in long-term care. **AJN**. v.109. n. 6. June, 2009.

TALENTO, Barbara. Jean Watson. Cap. 18. In: GEORGE, Julia B. e colaboradores. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

TAVARES, Juliana Petri et al. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.14; n. 2; abr/jun; 2010. p. 253-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200007 Acesso em: 23/08/2011.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

VERAS, Renato. PARAHYBA, Maria Isabel. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.10, out. 2007. p. 2479-89.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. v.43 n.3. São Paulo maio/jun. 2009.

VERMELHO, Letícia Legay; MONTEIRO, Mário F.G. Transição demográfica e epidemológica. Cap.6. In: MEDRONHO, Roberto A et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Athneu, 2006.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WATSON, Jean. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem. Lusociência: Loures (Portugal), 2002a.

WATSON, Jean. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma da enfermagem. Lusociência: Loures (Portugal), 2002b.

WATSON, Jean. Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living experiences: carative factors / caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto Contexto Enferm**. v. 16, n.1. Jan-Mar, 2007. p. 129-35.

WATSON, Jean. **Nursing**: the philosophy and science of caring. Revised edition. University Press of Colorado: Colorado, 2008.

WILLS, Evelyn M. Grandes Teorias de Enfermagem Baseadas no Processo Interativo. Cap. 8. In: MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases Teóricas para a Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de um estudo intitulado **O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada**, que é de autoria do aluno do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia na linha de pesquisa “O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano”, Valdenir Almeida da Silva, orientado pela Prof^a. Dr^a Maria do Rosário de Menezes. Tem como **Objeto de Pesquisa** o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada; como **objetivo geral**: analisar o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada; e **objetivos específicos**: identificar as necessidades de cuidados de enfermagem por pessoas idosas em hospitalização prolongada; e descrever o cuidado de enfermeiros a pessoas idosas em hospitalização prolongada.

Tem como possibilidades de risco o eventual constrangimento diante da exposição de fatores ligados ao seu cotidiano profissional e tem como possibilidade de benefícios a melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes idosos em situação de internamento prolongado. Você poderá sair deste estudo a qualquer momento, caso decida. Os (as) pesquisadores (as) e os participantes não estarão recebendo remuneração para a realização do estudo. Informamos, ainda, que a sua participação será mantida em sigilo e as informações serão usadas especificamente para a construção da dissertação resultante deste projeto e para publicações de artigos científicos, sem haver, contudo, divulgação de informações que permitam a sua identificação. Os dados serão arquivados por um período de cinco anos na instituição de origem da pesquisa, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você leia atentamente este documento. Se você desejar, pode levar esta folha para casa, pensar melhor antes de decidir e assinar. Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento de suas dúvidas.

Declaração

Eu, _____, fui procurado (a) pelo enfermeiro Valdenir Almeida da Silva, mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, autor (a) do projeto de pesquisa com o título acima citado, orientado pela Profa. Dra. Maria do Rosário de Menezes e fui suficientemente esclarecido que para participar deste estudo os critérios são: trabalhar por um período de tempo superior a seis meses como enfermeiro na unidade de pacientes agudos do Centro Geriátrico Júlia Magalhães do Hospital Santo Antônio, localizado na cidade do Salvador – Bahia, e concordar em participar do estudo assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Declaro que minha participação neste estudo é voluntária e que compreendi que estarei contribuindo para a melhoria da prática de enfermagem ao idoso em hospitalização prolongada. O pesquisador me garante que em presença de qualquer dúvida ou intercorrências que surjam no decorrer deste estudo poderei contatá-lo através do telefone (71) 9972-4406.

Salvador – Bahia, ____ / ____ / 2011.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

ENTREVISTA NÚMERO: _____ INÍCIO: ____H ____MIN TÉRMINO: ____H ____MIN
DATA: ____/____/2011 LOCAL: _____

1. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1.1 INICIAIS: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () MASCULINO () FEMININO

1.4 POSSUI RELIGIÃO? () NÃO () SIM QUAL _____

1.5 SITUAÇÃO CONJUGAL: _____

1.6 TEMPO DE GRADUADO(A): _____

1.7 TEMPO DE SERVIÇO NO CENTRO GERIÁTRICO: _____

1.8 POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA / GERIATRIA? () NÃO () SIM

1.9 POSSUI OUTRA PÓS-GRADUAÇÃO? () NÃO () SIM

QUAL (IS): _____

1.10 INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR ONDE CURSOU A GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM: _____

1.11 CURSOU DISCIPLINA REFERENTE À SAÚDE DO IDOSO? () NÃO () SIM

2. CONTE SOBRE SUA EXPERIÊNCIA COM A HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA DE IDOSOS.**3. FALE SOBRE A NECESSIDADE DE CUIDADOS POR PARTE DE ISOSOS EM HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA.****4. FALE COMO É O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS EM HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA.**

APÊNDICE C – Carta Convite

Caro (a) colega, o envelhecimento populacional é uma realidade nas diversas sociedades, inclusive a brasileira. O aumento do número de idosos tem profundas repercussões nos serviços de saúde, pois esta parcela da população apresenta com frequência pluripatologias, maior fragilidade e vulnerabilidade, maior consumo dos recursos, além de internamentos mais prolongados do que outras faixas etárias.

Diante desta realidade, tão presente no nosso cotidiano profissional, o (a) convido a colaborar com o desenvolvimento desta pesquisa, projeto de Dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, que traz como título **O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PESSOAS IDOSAS EM HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA** que tem como objetivo geral: analisar o cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada; e como objetivos específicos: identificar as necessidades de cuidados de enfermagem por pessoas idosas em hospitalização prolongada e descrever o cuidado de enfermeiros a pessoas idosas em hospitalização prolongada. Para tanto, solicito assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após leitura e reflexão.

Sua participação contribuirá com dados e informações para a construção de novas formas de cuidar, para a construção de estratégias na área da Gerontologia e políticas públicas para os idosos.

Certo de contar com a vossa colaboração, subscrevo-me.

Salvador – Bahia, ____ / ____ / 2011.

Valdenir Almeida da Silva
Mestrando em Enfermagem / UFBA

APÊNDICE D – Plano de análise



ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Of. CEP 006/2011

Salvador, 1 de fevereiro de 2011.

Sr. Valdenir Almeida da Silva
Pesquisador Responsável

Prezado Senhor,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio tomou conhecimento e aprovou o **Protocolo de Pesquisa nº 04/11**, do estudo intitulado “**O cuidar/cuidado de enfermagem ao idoso em hospitalização prolongada**”, na reunião ordinária de 1 de fevereiro de 2011.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado relatório periódico até 1/Agosto/2011 (6 meses após a aprovação) ou relatório final, se o término ocorrer antes dessa data.

Atenciosamente,



Janet Lima de Melo
Coordenadora do CEP
Hospital Santo Antônio