

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU/ESPECIALIZAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

MÔNICA WUSNIESKI BIF

OS DESAFIOS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO ATENDIMENTO DO
IDOSO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

CRICIÚMA (SC), AGOSTO DE 2011

MÔNICA WUSNIESKI BIF

**OS DESAFIOS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO ATENDIMENTO DO
IDOSO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada para Conclusão do Curso de Pós-Graduação/Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientadora: Prof^a (MSc): Maria Salete Salvaro.

CRICIÚMA (SC), AGOSTO DE 2011

DEDICATÓRIA

Em memória do meu avô, José Wusnieski.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Pai celestial, amado Consolador e melhor Amigo de todas as horas. Obrigada Pai pela força, por me sustentar todos os dias com seu braço forte e amor infinito, por me animar e inspirar, por me ajudar a vencer os tempos difíceis e me ensinar a transformar eles em oportunidades de superação e crescimento. Glórias a Ti Senhor!!! Sei que sem Ti nada seria...

Aos meus pais, Arlindo e Ruth pelo apoio sempre presente na minha formação, por me ensinarem os valores e princípios dos quais sei ser necessários para se ter uma vida digna, correta e honesta, por me ensinarem que o caminho para a transformação e realização pessoal é a educação. Aos meus avós José (in memoriam) e Josepha, que foram meus maiores professores no ensino do cuidado para com os idosos e que foram inspiração para a realização deste trabalho.

À minha orientadora Maria Salete Salvaro pela disposição em me ajudar neste trabalho, desde a formulação do tema até os retoques finais, muito obrigada pela sua generosidade, atenção e supervisão.

Às autoridades do setor de Pós-Graduação da UNESC e Professores pela oportunidade de aperfeiçoamento durante o Curso, iniciativa que certamente gerou muitos frutos na minha vida e fizeram diferença no meu dia a dia.

Aos meus colegas do Curso que foram grandes exemplos pra mim, obrigada pelo partilhar das experiências, pelo acolhimento e pelas vivências, guardarei pra sempre os momentos preciosos que tivemos juntos.

À Instituição Hospitalar que me acolheu para ser o campo de pesquisa deste estudo e a todos os profissionais de enfermagem que aceitaram fazer parte deste trabalho, a todos o meu sincero muito obrigada!



Sapato Velho

Você lembra, lembra.
Daquele tempo eu tinha
estrelas nos olhos e um
jeito de herói, era mais
forte e veloz que qualquer
mocinho de cowboy. Você
lembra, lembra, eu
costumava andar bem
mais de mil léguas pra
poder buscar, flores-de-
maio azuis e os seus
cabelos enfeitar. Água da
fonte cansei de beber pra
não envelhecer, como
quisesse roubar da manhã
um lindo pôr de sol. Hoje
não colho mais as flores-
de-maio nem sou mais
veloz, como os heróis. É,
talvez eu seja
simplesmente como um
sapato velho, mas ainda
sirvo, se você quiser,
basta você me calçar que
eu aqueço o frio dos seus
pés.

(Roupa Nova)



RESUMO

Este trabalho baseou-se num estudo qualitativo-descritivo-exploratório de campo para conclusão do Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência, cujo tema principal buscou descobrir os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência emergência. Estudos apontam que o Brasil será nas próximas décadas o sexto País com maior percentual de idosos dentro da sua população geral. Em termos proporcionais a faixa etária que mais cresce é a dos indivíduos com mais de 60 anos de idade. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado 15 vezes, enquanto a população total em 5, em 2025 o País contará com um contingente de cerca de 32 milhões de pessoas na chamada Terceira Idade (BRASIL, 1999). Isso significa que em menos de 30 anos a população de idosos será proporcional ao que hoje é encontrada em países desenvolvidos, com sérias implicações para o setor da saúde. (CARVALHO FILHO e NETTO, 2000). Desta forma, preocupou-se em desenvolver uma pesquisa que abordasse as questões do paciente idoso inserido nos serviços de urgência e emergência e tentar descobrir quais os maiores desafios que os profissionais de enfermagem possuem na assistência prestada ao mesmo. O estudo foi realizado através de amostra não probabilística e intencional com cinco profissionais da equipe de enfermagem atuante num serviço de urgência e emergência de um Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina, durante o período de Junho e Julho de 2011. Foi então, realizado uma entrevista com os sujeitos pesquisados, que aceitaram participar do estudo segundo critérios da Legislação 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, dos cinco participantes, três eram Técnicos de Enfermagem e dois eram Enfermeiros, a média de idade ficou em 38 anos e a média de tempo de atuação no setor de urgência e emergência ficou em quatro anos. Segundo os entrevistados os maiores desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso no setor são: quando o paciente idoso não adere ao tratamento ou age com agressividade ou teimosia frente ao mesmo, quando os familiares não ficam com os pacientes para acompanhá-los, quando a própria equipe e certos familiares não se comprometem em cuidar adequadamente do paciente idoso. De uma maneira geral, o paciente idoso em situação de urgência e emergência deve ter seus direitos de saúde garantidos, de forma ética, profissional e humana, levando em consideração sua história e hábitos de vida, respeitando sua vontade e da família, dispondo de atenção especial às suas necessidades mais urgentes, sem desprezar outras queixas, promovendo conforto, privacidade, integralidade, e atuando em equipe, respeitando os preceitos da interdisciplinaridade. Um dos maiores problemas percebidos durante a realização da coleta de dados e que talvez implica como um desafio para atender esses pacientes de uma forma mais adequada é a falta de um serviço de triagem adequado com protocolo específico para atendimento desses pacientes no setor. Sugeriu-se então que se desenvolvesse uma triagem mais adequada afim de promover melhor atenção a esses pacientes que ali chegam pra buscar atendimento, educação continuada com foco nas questões peculiares do processo de envelhecimento e saúde do idoso afim de fazer com que os profissionais atuantes no setor compreendessem melhor as questões envolvendo a saúde do paciente idoso nas urgência e emergências.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem. Idoso. Urgência e Emergência.

ABSTRACT

This work is based on a qualitative-descriptive-exploratory study of field to conclude the Course of Specialization in Attendance of Nursing in Urgency and Emergency, which main theme looked for discovering of the challenges in the nursing care to the senior's service in urgency emergency. Studies point that Brazil will be on next decades the sixth Country with larger percentile of seniors inside of its general population. In proportional terms the age group that grows the most is the one of the individuals with more than 60 years old. According to OMS (World Organization of Health), the seniors' group in Brazil will have increased 15 times, while the total population in 5, in 2025 the Country will have with a contingent of about 32 million people denominated The Third Age (BRAZIL, 1999). That means that in less than 30 years the seniors' population will be proportional to that found in developed countries, with serious implications for the section of the health (CARVALHO FILHO e NETTO, 2000). This way, it was necessary to develop a research to approach the senior patient's subjects inserted in the urgency services and emergency and try to discover which are the largest challenges than the nursing professionals possess in the attendance rendered to the same. The study was accomplished through a non probabilistic and intentional sample with five professionals of the team of active nursing in an urgency service and emergency of a Ready Help of a Hospital from the South of Santa Catarina, during the period from June to July of 2011. It was then, accomplished an interview with the researched subjects, that they accepted to participate in the study according to criteria of the Legislation 196/96 of National Council of Health. Among the five participants, are involved three Technical of Nursing and two nurses. The average of age was nearly 38 year-old and the average of time of performance in the urgency section and emergency was estimated in four years. According to the interviewees the largest challenges in the nursing care to the senior's service in the healthy section: when the senior patient doesn't adhere to the treatment or it acts with aggressiveness or persistence, when the relatives are not with the patients to accompany them, when the own team and family rights don't commit themselves in taking care appropriately of the senior patient. In a general way, the senior patient in urgency situation and emergency should be entitled of health, in an ethical way, professional and human, considering its history and life habits, and also respecting his/her and also their family will, having special attention to their most urgent needs, without despising other complaints, promoting comfort, privacy, integrality and acting as a team, respecting the precepts of the interdisciplinarity. One of the largest problems noticed during the accomplishment of the collection of data and that maybe implicates as a challenge to assist those patients in a more appropriate way, is the lack of an appropriate selection service with specific protocol for service of those patients in the section. It was suggested that it was developed a more appropriated similar selection of promoting a better attention, to those patients that arrive for looking for service, continuous education with the focus in the peculiar subjects of the aging process and the similar senior's health of doing that the active professionals in the section, understand the subjects better, involving the senior patient's health in the urgency and emergencies.

Word-key: Care of Nursing. Senior. Urgency and Emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Categorias de Análise.....	54
Figura 2 – Saúde do Idoso em Urgência e Emergência.....	55
Figura 3 – Atendimento do Idoso e da Família em Urgência e Emergência.....	59
Figura 4 – Desafios do cuidado de enfermagem ao idoso nas urgências e emergências.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DNA – Ácido Desoxirribonucléico

DPOCS – Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas

FC – Frequência Cardíaca

IC – Insuficiência Cardíaca

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão Arterial

SUS – Sistema Único de Saúde

TV- Televisão

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

WC – Sanitário

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
SUMÁRIO	10
1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1. Cuidado de Enfermagem.....	16
2.1.1. Saúde do Idoso.....	23
2.1.2. Envelhecimento	25
2.2. O idoso nas urgências e emergências	32
2.3. As questões éticas envolvendo o paciente idoso.....	38
3. METODOLOGIA	43
3.1. Abordagem Metodológica.....	43
3.2. Tipo de pesquisa	44
3.2.1. Quanto aos objetivos	44
3.2.2. Quanto aos procedimentos técnicos.....	45
3.3. Local de estudo.....	45
3.4. Sujeitos da Pesquisa	46
3.5. Período.....	46
3.6. Critérios de Inclusão e Exclusão.....	47
3.7. Procedimento para a Coleta de Dados.....	47
3.8. Aspectos éticos	49
5. Análise e discussão dos dados obtidos	50
5.1. Caracterização dos atores sociais	52
5.2. Categorização, análise e discussão dos dados obtidos	53
5.2.1. Categoria 1.....	55
5.2.2. Categoria 2.....	59
5.2.3. Categoria 3.....	65
6. Considerações finais	72
7. REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE 1	81
Entrevista	81
ANEXO 1.....	83
Parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da UNESC	83
ANEXO 2.....	85
Termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com resolução 196/96.....	85

1. INTRODUÇÃO

Estudos apontam que o Brasil será nas próximas décadas o sexto País com maior percentual de idosos dentro da sua população geral. Em termos proporcionais a faixa etária que mais cresce é a dos indivíduos com mais de 60 anos de idade. Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado 15 vezes, enquanto a população total em 5, em 2025 o País contará com um contingente de cerca de 32 milhões de pessoas na chamada Terceira Idade (BRASIL, 1999). Isso significa que em menos de 30 anos a população de idosos será proporcional ao que hoje é encontrada em países desenvolvidos, com sérias implicações para o setor da saúde. (CARVALHO FILHO e NETTO, 2000).

Sendo assim é um fato concreto de que o Brasil é um jovem País de cabelos brancos, fato que se dá devido ao aumento da expectativa de vida, melhor acesso a serviços e tecnologias de saúde, melhor índice de desenvolvimento humano, melhores condições de vida, alimentação e moradia. É uma realidade, se o País cresce em decorrência de seu desenvolvimento econômico, é certo que os benefícios se refletirão na sociedade, vive-se mais e melhor, em relação a 60 anos atrás. Em contrapartida não se pode julgar que todos que fazem parte desta parcela da população vive sempre bem e saudável, ao contrário, grande parte da população idosa enfrenta algum tipo de enfermidade física ou psíquica, isso devido ao próprio processo natural de envelhecimento biológico, interações adversas com o meio no qual está inserido ou intercorrências externas, como acidentes e doenças infecciosas.

Dentro do complexo tema da saúde do idoso, atualmente tem-se observado, nas relações que a sociedade estabelece com este indivíduo, não apenas uma mudança de valores, mas um aumento natural da esperança de vida, passando o mesmo a ser merecedor de atenção e cuidados especiais, que inexistiam há até poucas décadas atrás. Isso se deve a conquista de direitos específicos a população idosa, por meio de políticas e programas públicos de saúde, estatutos e a um arsenal tecnológico oferecido pela Medicina moderna, que assegura, mesmo em casos de doenças crônicas e degenerativas, uma assistência adequada, com tratamentos farmacológicos específicos e

eficazes que garantem condições melhores para um enfrentamento mais tranqüilo sobre essas questões do que no passado (LIMA et al, 2010).

Estar velho não significa mais sentar na cadeira de balanço e esperar a morte chegar. Os idosos hoje vivem de uma forma diferente, não são mais os modelos típicos do vovô e da vovó de antigamente, o papel deles não é mais somente ficar em casa cuidando dos netos, dos afazeres da casa e assistindo TV. Os idosos de hoje são pessoas ativas, dinâmicas, tem seu próprio tipo de lazer e diversão, muitos deles ainda fazem algum tipo de trabalho ou realizam algum tipo de recreação, muitos são o esteio de uma casa e principais provedores da família, e é necessário que se reveja essas questões, pois a saúde dessa população está diretamente ligada ao estilo de vida que eles levam ou procuram ter hoje em dia. Hoje o conceito para avaliar a “hora certa de morrer” mudou muito, vai muito mais além de se possuir 60, 70 ou 80 anos de idade e afirmar que já se viveu tudo que poderia ser vivido. Decide-se morrer quando não há mais motivação pra se viver, mas enquanto ainda se permite à vida ainda existe muita coisa pra se viver e aprender. Albert Einstein afirmou: *“A mente que se abre para um novo conhecimento, jamais retorna ao seu tamanho original.”* Existe uma necessidade urgente na sociedade de uma mudança profunda de mente, não basta apenas redigir e formular novas leis e protocolos, é necessário que isso seja interiorizado pelas pessoas para que somente então se chegue ao ponto de uma mudança real e prática dos sistemas afins.

Dentro da saúde, pode-se afirmar que o Sistema não está preparado para receber, assistir e cuidar devidamente dessa tão importante parcela da sociedade, que é a população idosa, pouco se tem feito no sentido de colocar em prática as novas condutas que são necessárias e que já há algum tempo foram conquistadas em termos de Leis e Estatutos para que a realidade fosse mudada.

É uma realidade que os profissionais de saúde possuem pouco preparo na formação, sendo que a maioria das instituições de ensino não despertou ainda para o atual processo de transição demográfica e epidemiológica e suas conseqüências médico-sociais. Com isso aumenta-se a carência de recursos humanos e técnicos qualificados para enfrentar a explosão desse grupo populacional nas próximas décadas. É necessário que se formule novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que possam ter um bom êxito no sentido de englobar as diferentes condições de saúde do

segmento, respeitando suas características e peculiaridades, adequando modelos técnicos e assistenciais à realidade desta população (LOURENÇO et al, 2005).

De modo geral as doenças presentes na população idosa são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, necessitam de tratamento farmacológico e acompanhamento de saúde contínuos. Além disso, os idosos geralmente possuem múltiplas queixas, o que leva a uma reformulação nas práticas assistenciais médicas no sentido de realizar uma abordagem mais eficiente, integrada e com melhores resultados no sentido do tratamento final. Existe um enorme abismo entre a teoria e a prática em relação a modelos hierarquizados que priorizem o cuidado integral para com os idosos, já que eles possuem patologias crônicas e que quando instaladas o modelo de prevenção a ser executado não é a busca da cura, pois na maioria das vezes é impossível, mas a manutenção da capacidade funcional (CEPESC, 2007).

É uma realidade que os idosos necessitam de uma abordagem e um tratamento diferenciado dos demais segmentos da sociedade no âmbito da saúde, respeitando seus direitos, sua autonomia, quando presente e sua liberdade de escolha (quando ciente de seus atos e quando estiver em plenas faculdades mentais). Nesse sentido, faz-se necessário o estudo de novas práticas, que visem um melhor acolhimento e uma melhor atenção à saúde do idoso na prática, mas para isso, é necessário também conhecer as dificuldades enfrentadas pelos profissionais nesse sentido. Se existe uma dicotomia entre o que é falado e o que é feito, se o objetivo final não está sendo alcançado, que é uma melhor atenção, uma humanização efetiva dos serviços, uma prática melhor no atendimento do idoso, é preciso avaliar onde está esse problema e da melhor forma buscar solucioná-lo. Por isso a necessidade de estudos e pesquisas na área que possam abordar este tema mais adequadamente, procurando transformar realidades, que deve ser o maior objetivo do discurso abordado.

Assim sendo, ao decorrer das vivências e experiências profissionais como Enfermeira assistencial tanto em âmbito hospitalar quanto domiciliar, percebeu-se uma grande demanda de atendimentos realizados com a população idosa, grande procura pelos serviços, dificuldades, enfrentamentos e diferenças dessa parcela da sociedade em relação aos adultos jovens, não somente nas suas capacidades de enfrentamento e superação de questões patológicas específicas como na própria questão do atendimento

inicial em si, realizado pelos profissionais nos setores de urgência e emergência, de instituições tanto privadas quanto públicas. Em todas as experiências foi observado que existem certas dificuldades enfrentadas pelos profissionais no atendimento ao idoso, principalmente quando o mesmo se encontra numa situação de risco, de urgência e emergência, muitas vezes os profissionais não sabem como abordar adequadamente esse paciente. Buscando respostas, e depois de algumas abordagens, estudos relatados durante as aulas da Especialização bem como vivências durante a Prática Assistencial da mesma, chegou-se a necessidade de aprofundar este tema, levantando dados que possam ajudar a responder, na verdade, quais são **os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência emergência tendo como referência a realidade de um Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina.**

A partir disto, presume-se que os profissionais de enfermagem têm dificuldades técnicas para atender a pessoa idosa numa situação de urgência e emergência; os profissionais de enfermagem têm dificuldades para lidar com a família do idoso inserido dentro da situação de urgência e emergência; os profissionais de enfermagem não vêem os idosos como atendimento preferencial em urgência e emergência; os profissionais de enfermagem não possuem treinamento profissional para lidar com as questões específicas no atendimento do idoso em urgência e emergência.

Desta forma, a partir do exposto, a pesquisa teve como objetivo geral identificar quais são os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência; e como objetivos específicos conhecer as características dos profissionais de enfermagem pertencentes ao objeto de pesquisa; identificar a capacitação recebida pelos profissionais de enfermagem em atendimento de urgência e emergência ao idoso; identificar se os profissionais de enfermagem priorizam o atendimento ao idoso em situação de urgência e emergência; verificar se existe algum protocolo específico de atendimento ao idoso em situação de urgência e emergência seguido pela equipe de enfermagem atuante no local do estudo; identificar a atuação dos profissionais de enfermagem com a família do idoso inserido dentro da situação de urgência e emergência; reconhecer a importância de um cuidado de enfermagem específico e diferenciado ao atendimento do idoso em urgência e emergência.

Para responder a tais questionamentos, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa de campo, de cunho qualitativo-descritivo com a equipe de enfermagem atuante num Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina. O local foi escolhido por ser um Hospital de médio porte, importante por ser o único na Cidade onde está localizado, sendo esta uma cidade relativamente pequena e por acolher uma demanda importante de atendimentos da chamada população da Terceira Idade, fato observado quando a pesquisadora atuava na Instituição como Enfermeira, como estagiária durante a Prática Assistencial da presente Especialização e observado também como cuidadora domiciliar ao necessitar de atendimentos no local para seus familiares.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo, busca-se apresentar a base teórica que dará sustentação a este projeto de pesquisa.

2.1. Cuidado de Enfermagem

O cuidado é a essência e o objeto de trabalho da Enfermagem, Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, disse: “*A Enfermagem é a Ciência e a Arte do Cuidado*”. Ciência por que engloba um conjunto de técnicas e conhecimentos teóricos que visam garantir a promoção de uma assistência integral, competente e responsável frente ao paciente e Arte por que engloba um conjunto de normas éticas, valores e capacidade de promover um cuidado humanizado e adaptado a cada ser a ser assistido, que é um ser bio-psico-social. Cuidado tem tudo a ver com atitude, paciência, generosidade, responsabilidade, comprometimento e diligência. Mas afinal, qual é o significado do cuidado?

Cuidado, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2009), significa: “*aquilo que é submetido a rigorosa análise; meditado, pensado, aprimorado, bem-feito, que foi ou é objeto e tratamento especial; zelo, bom trato, propositado, premeditado, previsto, calculado; atenção especial.*” O mesmo Dicionário ainda coloca significado para Cuidador: “*que é aquele que cuida, que ou quem trata, toma conta de alguém ou algo, que ou aquele que se mostra zeloso, diligente para com outrem.*” Aplicando esses conceitos ao Cuidado específico em Enfermagem, pode-se dizer que o ato de cuidar/assistir um paciente, engloba um conjunto de competências profissionais e éticas, capacidade de enfrentamento e trabalho em equipe, equilíbrio emocional, planejamento, conhecimento, objetividade, capacitação e comprometimento. Sobretudo, o cuidado de enfermagem leva ao apoio para a revitalização das pessoas, quer no âmbito do seu corpo, sua psique ou sua socialidade, e é natural que muitas vezes o cuidado se restrinja mais para o lado biológico, levando-se em conta que em casos de emergências, por

exemplo, a capacidade de raciocínio deve ser apurada, e a tomada de decisões imediatas precisa, porém, *“por mais objetividade que se possa introduzir, é sempre com pessoas que trabalhamos. E pessoas respondem de forma inesperada aos cuidados que dedicamos”* (LEOPARDI, et al, 1999).

O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, geralmente em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social (SOUZA, et al, 2005).

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas:

uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o ‘fazer com’, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento, a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado. (FIGUEIREDO e MACHADO in SOUZA et al, 2005).

Existe uma linha tênua que separa o cuidado de enfermagem humanizado e competente, do mal qualificado e mal executado. Por isso a importância de atentar-se para a execução do próprio trabalho, para que o mesmo não perca a sua essência e seu equilíbrio frente às situações adversas. Ao refletir sobre as questões históricas e filosóficas da Enfermagem, não há como não lembrar do exemplo de Florence Nightingale, que apesar de ser membro de uma família rica da Inglaterra do século XIX, tendo a possibilidade de se casar e ter uma vida livre de maiores preocupações, abriu mão de tudo, enfrentou a desaprovação da família e da sociedade para se dedicar ao seu chamado como Enfermeira. Naquela época, essa profissão era vista com descrédito e não apropriada para jovens de boa família. No entanto, Florence interessava-se cada vez mais pelos estudos de enfermagem e pelos temas sociais. Em 1854 organizou um grupo de enfermeiras e foi à Turquia para cuidar dos feridos da Guerra da Criméia, novamente

enfrentou a rejeição dos médicos ingleses que deixaram claro que elas não eram bem-vindas àquele lugar. Diante de sua insistência, eles acabaram permitindo que ela e suas companheiras limpassem o chão das enfermarias, dias depois, novos feridos chegaram dos campos de batalha e lotaram o hospital, finalmente elas puderam colocar em prática todas as suas aptidões. A paciência de Florence com aqueles que desprezaram sua vocação traduziu-se em paciência para com os pacientes. Sua maior realização foi melhorar as condições sanitárias no hospital, suas diligentes pesquisas e sua crença firme na necessidade absoluta de higiene salvaram milhões de vidas. O trabalho de Florence Nightingale mudou a concepção da profissão de Enfermeira e levou à fundação da Cruz Vermelha. Ela foi capaz de amar ao próximo e salvar vidas, demonstrando paciência com aqueles que a perseguiam. Ela não podia mudar as condições adversas de imediato, mas sabia e acreditava, que com o passar do tempo, sua dedicação ao trabalho e o cuidado com os pacientes influenciariam os outros (CHAPMAN, 2009).

Hoje a Enfermagem e até mesmo a Medicina devem muita coisa aos muitos estudos e trabalho de Florence, que entendeu seu lugar no mundo e entendeu que através de sua profissão como Enfermeira poderia mudar conceitos, estimular outras pessoas e transformar realidades, por isso seu nome entrou pra História.

Florence serve de exemplo para todos que, sejam enfermeiros ou não, desejam, de alguma forma, mudar o mundo. Analisando sua vida e seu legado, aprende-se que o cuidado ao ser humano é algo inerente ao ser humano, desde que se nasce até que se morra, o ser humano depende do cuidado de outras pessoas. Engloba fraternidade, solidariedade, altruísmo, coragem, persistência, capacidade para compreender os desafios como sendo oportunidade para crescer e se tornar um melhor profissional e um melhor ser humano, Florence ensinou isso como seu exemplo de fé, profissionalismo, bondade, inteligência e nobreza de coração. Gardiner, apud Barrit, in Leopardi, 1999, coloca que, o mito Florence Nightingale, tem substituído a realidade. Ela é apontada como a Dama da Lâmpada (uma pessoa gentil, simples, cuja presença ao lado dos leitos dos homens feridos de guerra, provia-os de coragem e vontade de viver). Mas, na verdade, ela desempenhou este papel, porque estava cheia de compaixão e possuía uma compreensão filosófica profunda dos outros. Mas além de tudo isso, ela era uma mulher com larga inteligência, dotada de grandes conhecimentos em estatística,

matemática, sanitarismo, administração, saúde pública e nutrição. E ela usava todos esses conhecimentos para desenvolver melhor o cuidado de enfermagem. Ela não era somente a Dama com a Lamparina, era a Dama com Cérebro.

Florence é um exemplo para descrever melhor o que é o cuidado de enfermagem por que além de possuir uma gama de conhecimentos na área, possuía um conjunto de calores intrínsecos ao seu caráter, a sua postura ética e humana frente à vida e à sociedade. É certo que os tempos mudaram, mas apesar de todas as mudanças, advindas da revolução tecnológica, da evolução das pesquisas nas áreas médicas, surgimentos de novas possibilidades de tratamento e medicamentos, a essência continua sendo a mesma, pelo menos deveria ser assim. Não é um julgamento de que seja errado o Enfermeiro assumir responsabilidades administrativas e burocráticas além das assistenciais, mas o fato é que o foco maior em uma delas mais de que em outra, principalmente no quesito assistencial, desvirtualiza e despersonaliza o objetivo principal da Profissão. O enfermeiro precisa estar preparado e motivado para a realização e supervisão de um cuidado digno, de qualidade e voltado realmente ao bem estar do paciente. Entretanto, muitas vezes, a sobrecarga de atividades administrativas e burocráticas, faz com que a sensibilidade humana se reduza e o profissional se esqueça de tocar, conversar, ouvir e, até mesmo, olhar para o ser humano a quem deveria estar cuidando (WAIDMAN, et al, 2009).

Com o surgimento das teorias de Enfermagem, o cuidado passou a ser sistematizado, melhor organizado e estruturado, mas seu ensino, pesquisa e prática ainda é coisa relativamente nova na realidade vigente. O uso de um método dentro do Processo de Enfermagem ainda é meio tímido dentro das Instituições de Saúde, muito tem se falado, mas pouco se tem feito no sentido de aprimorar os profissionais, capacitando-os para desenvolver de maneira efetiva tal função, que é inclusive, outorgada por Lei. Ao mesmo tempo que a Sistematização da Assistência leva ao Enfermeiro a um nível de maior autonomia em relação as outras profissões, aumenta seu nível de responsabilidade, talvez, sendo este o motivo pelo qual muitos enfermeiros ainda relutam em desenvolvê-lo, mas na verdade,

a filosofia e a teoria devem ser incorporadas como instrumento para a realização do cuidado competente, com base na perspectiva da equanimidade da oferta e diversidade das pessoas que o demandem. Este último conceito significa a necessidade de fundamentar o cuidado pela consideração de singularidades, para que o indivíduo não sofra processos desintegradores além dos que sofre em suas condições cotidianas (LEOPARDI, 1999, p. 10).

Dentro das teorias de enfermagem que mais especificamente se enquadram dentro das questões assistenciais do idoso, pode-se citar a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a Teoria de Enfermagem transcultural de Madeleine Leininger e a Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson. A teoria de Wanda Horta é útil para a enfermagem gerontogeriatrica pois concebe o ser humano como único mostrando como é importante para a pessoa idosa ser assistida em suas manifestações de necessidades tanto quanto na maneira de satisfazê-las num estilo próprio e pessoal. A teoria de Dorothea Orem, nesse aspecto também é útil, pois permite à enfermagem manter-se sensível às mínimas capacidades de autocuidado da pessoa idosa, estimulando-a a manutenção de sua autonomia e independência possíveis. A teoria de Madeleine Leininger subsidia a enfermagem junto às pessoas idosas porque privilegia, dentro do cuidado profissional, a crença, os valores e histórias das pessoas para o cuidado de sua vida e saúde. A teoria de Watson é de suma relevância relacional entre o profissional de enfermagem e a pessoa idosa, sendo que mesma, possibilita um envolvimento em direção a um viver mais condigno, através de um cuidado imperativo ideal e moral, cuja função é compreender e proteger a dignidade humana, detecta o mundo subjetivo do paciente através de uma relação empática entre o profissional e paciente, permite o estreitamento desta relação, melhorando a compreensão de diversas peculiaridades da história de vida de cada um, é uma troca de saberes e aprendizados (FREITAS et al, 2002).

Saber cuidar é algo inerente ao ser humano, mas os enfermeiros possuem várias alternativas para fazê-lo. Cuidar, além dos papéis, das técnicas e das burocracias existentes nas instituições de saúde. Deve-se visionar um cuidado com o desejo de realmente promover uma mudança e para isso é preciso competência, responsabilidade, compromisso e conhecimento, ou seja, ética (WAIDMAN et al, 2009).

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, que *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem*, no seu Artigo 2º, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

E ainda no seu Artigo 3º é colocado que: o Processo de Enfermagem deve estar baseado num *suporte teórico* que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de

enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Dessa forma, percebe-se que o cuidado de enfermagem em sua integralidade, engloba, além dos conhecimentos científicos específicos da área, bem como a execução competente de suas ações, e dos conhecimentos éticos, humanísticos e integrais inerentes ao ser humano, que devem ser levados em conta na assistência ao paciente, engloba a organização, planejamento e execução de um Processo de Enfermagem efetivo, baseado num suporte teórico sólido e específico a cada situação vivenciada. A articulação desses três grandes eixos: conhecimento e competências específicas de enfermagem (suporte teórico e técnico) + integralidade da assistência (cuidado ao ser humano em sua totalidade, compreensão das humanidades, ética e conjunto de valores) + planejamento e execução de um Processo de Enfermagem efetivo = somam e integram a realização de um melhor cuidado de enfermagem, produzindo uma mudança de realidades, melhor atenção ao paciente assistido, intervenções mais específicas e conseqüentemente, necessidades melhores supridas.

A enfermagem tem o compromisso e a responsabilidade ético-profissional, de resgatar o sentido do seu agir, e isso só será possível a partir da conscientização de que os ser humano é capaz de buscar a si mesmo, a sua essência e, por conseqüência, buscar o outro. Todos os problemas enfrentados em relação aos cuidados de enfermagem, não podem ser apenas justificados ou relacionados pelos problemas burocráticos, estruturais e técnicos, mas muito mais pelas atitudes, comportamentos, valores e ética moral e profissional. Se cada profissional entender e aceitar o que é e o que está fazendo, então as lutas no sentido de melhorar a assistência á saúde da população surtirão realmente o efeito esperado, e os objetivos serão alcançados (VILA e ROSSI, 2002).

2.1.1. Saúde do Idoso

Ao abordar-se o tema “Saúde do Idoso” é imprescindível que se reflita sobre as suas diferentes peculiaridades, desde as modificações normais do processo biológico de envelhecimento, até as medidas apropriadas e específicas a serem aplicadas a essas modificações e as Leis que amparam esta classe, no sentido da construção de uma melhor atenção e melhor assistência a essas pessoas.

A saúde do idoso deve ser considerada como uma especialidade importante tanto quanto a Pediatria é para as crianças e a Obstetrícia é para as gestantes, o fato é que os idosos são um grupo de pessoas que possuem especificações diferentes do restante da população, e uma atenção especial se faz necessária para com eles. Segundo a Política Nacional da Saúde do Idoso, a falta de difusão de conhecimento na área de geronto geriatria junto aos profissionais de saúde tem contribuído para as dificuldades na abordagem médica do paciente idoso. No item 3.3. que trata da assistência às necessidades de saúde do idoso, está disposto que a consulta geriátrica deve ser fundamentada na coleta e registro adequado de informações que possam nortear o diagnóstico a partir da caracterização desses problemas e assim prover o tratamento mais adequado, além do mais o modelo utilizado para este tipo de consulta deve pautar-se pela abrangência, sensibilidade diagnóstica e orientações terapêuticas detalhadas além das ações farmacológicas. A abrangência desse modelo de consulta deve ir além das devidas investigações e identificações de problemas relacionados aos sistemas cardiorrespiratório, digestivo, hematológico, endócrino-metabólico, como também os transtornos neuropsiquiátricos, nos sistemas locomotor e geniturinário. Dessa forma poder-se-á possibilitar a sensibilização do profissional para questões sociais eventualmente envolvidas para o bem-estar do paciente. No âmbito hospitalar, a assistência deve considerar os parâmetros do estado funcional como sendo mais fidedignos para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento, mais do que a própria idade do paciente. As instituições de saúde devem estar preparadas para identificar esses pacientes, de acordo com o seu grau de vulnerabilidade e dependência, provendo-lhes uma assistência diferenciada. Essa assistência deverá contar com equipe

multiprofissional e atendimento interdisciplinar, diferenciado, e quando sujeitos a internação, mesmo em casos mais graves, deve-se atentar-se para a possibilidade de recuperação e reabilitação durante todo o processo de hospitalização, evitando-se que as enfermarias se transformem em locais de acomodação de pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos, e assim aumentando o sofrimento do próprio idoso e os custos dos serviços de saúde envolvidos. E em relação à internação dos idosos em unidades de tratamento intensivo, em especial a paciente com idade igual ou superior a 75 anos, deverá se obedecer rigorosamente os critérios adotados em todas as faixas etárias, de potencial reversibilidade do estado clínico e não sua gravidade, quando reconhecidamente irrecuperável (BRASIL, 1999).

Nota-se a importância e a complexidade deste tema para profundas discussões teóricas e práticas, afinal, muito tem se trabalhado no sentido de se conseguir aumentar a expectativa de vida da população, mas pouco de tem feito, na realidade, no sentido de ações práticas, para uma eficiente qualidade de vida desta população, principalmente no quesito atendimento em saúde. O fato é que o “elixir da vida eterna” tão sonhado pela Ciência tem um prazo de validade, ou seja, por mais que a medicina tenha evoluído em termos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, ainda se convive com os mesmos problemas de sempre: o envelhecimento é um fato, por mais que se tente retardá-lo, não se pode evitá-lo; os problemas de saúde ainda existem, por mais tratamentos farmacológicos e cirúrgicos tenham sido inventados; o ser humano continua sendo um ser mortal, e tem de aprender a lidar melhor com sua finitude, ao invés de evitar de pensar nela. O que precisa ser mudado no tratamento em saúde a esta população, é que deve-se considerar o ser humano sob seus cuidados como um ser ativo e não passivo, como se o mesmo estivesse na primeira infância, irresponsável, isso é uma contradição em relação à enfermagem como ciência e arte (CAMPEDELLI, et al, 1992).

2.1.2. Envelhecimento

O processo de envelhecimento é dinâmico e progressivo, onde acontecem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, levando, desta forma, a uma maior vulnerabilidade à processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (CARVALHO FILHO e NETTO, 2000).

Os idosos constituem o grupo etário que mais tem crescido de forma mais rápida no Brasil, sendo eles portadores de múltiplas patologias, não surpreende o fato de que os gastos médicos hospitalares e sociais sejam bem maiores. Nessa faixa etária são muito comuns as demências, os acidentes vasculares cerebrais, as coronariopatias, o Diabetes Mellitus e inúmeras outras patologias crônico-degenerativas, que são causas de dependência física ou psíquica, que na maioria dos casos é quase sempre definitiva (CARVALHO FILHO e NETTO, 2000).

Em muitos casos, o envelhecimento é falsamente caracterizado como patológico, ou seja, tido como algo “anormal” ou que irá progressivamente trazer inúmeros problemas de saúde ao idoso, o que é uma eventualidade e não uma regra geral para definir este período da vida. Pode-se caracterizar duas diferenças básicas designadas para o envelhecimento: a Senescência e a Senilidade. A Senescência resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas naturais, próprias do processo de envelhecimento normal do ser humano. Já a Senilidade é caracterizada por modificações determinadas por distúrbios ou patologias que acometem freqüentemente a pessoa idosa. Isso demonstra que o envelhecimento, assim como em qualquer outra faixa etária da vida, pode ser saudável ou patológico, quando este último vier acompanhado de fatores agravantes no estado de saúde do indivíduo (FREITAS et al, 2002).

Existem muitas teorias para tentar conceituar a ocorrência do processo de envelhecimento em seres humanos, embora não exista uma teoria em si que explique de forma clara, objetiva e definitiva o porquê de se ficar velho, analisa-se que o conjunto de estudos e conceitos são relevantes, pois os mesmos, dentro de suas particularidades,

tentam demonstrar, de alguma forma, quais são os possíveis fenômenos orgânicos/biológicos que levam o ser humano a envelhecer (FREITAS et al, 2002).

- Teorias Estocásticas

Levam em consideração fatores aleatórios do envelhecimento. Acredita-se que a deterioração associada à idade avançada deve-se ao acúmulo de danos moleculares que ocorrem ao acaso. São elas:

- **Teorias de uso e desgaste:** nessa concepção, o acúmulo de agressões ambientais no dia-a-dia levaria ao decréscimo gradual da eficiência do organismo e, por fim, à morte.
- **Proteínas alteradas:** essa teoria estabelece que mudanças que ocorrem em moléculas protéicas após tradução, e que são dependentes do tempo, provocariam alterações conformacionais e mudariam a atividade enzimática, comprometendo a eficiência da célula. Outro fator também levado em consideração por esta teoria, é a hipótese do processamento das proteínas tornar-se uma atividade mais lenta com o avanço da idade, aparentemente causadas por mudanças desconhecidas nas vias citoplasmáticas de degradação.
- **Mutações somáticas:** o acúmulo de mutações somáticas ao longo da vida alteraria a informação genética e reduziria a eficiência da célula até um nível incomparável com a vida.
- **Erro-Catastrófico:** processos incorretos de transição e tradução dos ácidos nucléicos reduziriam a eficiência celular e um nível incomparável com a vida. Acredita-se que um erro na informação incide sobre outras moléculas que não são o DNA. A idéia básica contida nessa teoria é de que a capacidade da célula de produzir seu conjunto normal de proteínas funcionais depende não apenas da correta especificação genética das seqüências polipeptídicas, mas também da fidelidade do aparato de síntese protéica. Mesmo que o genoma não apresentasse nenhuma mutação somática ou danos no DNA, erros poderiam acontecer durante o processo de tradução. Se as proteínas erroneamente traduzidas tivessem função protéica, esses erros seriam transmissíveis e cumulativos, levando a um efeito exponencial chamado de “erro catastrófico”. Se morressem células em quantidade

suficientes para causar esse efeito, o resultado seria o decréscimo na capacidade funcional que caracteriza o envelhecimento.

- **Desdiferenciação:** sugere que o envelhecimento normal do organismo resultaria do fato de que as células que o compõe se desviassem de seu estado apropriado de diferenciação. Nessa hipótese, mecanismos errôneos de ativação e repressão gênica fariam a célula sintetizar proteínas desnecessárias, diminuindo a eficiência celular até a morte. Supõe-se que mudanças estocásticas que ocorrem no aparato de regulação gênica resultariam em mudanças na expressão genética.
- **Dano oxidativo e Radicais livres:** o princípio dessa teoria é que a longevidade seria inversamente proporcional á extensão do dano oxidativo e diretamente proporcional á atividade das defesas antioxidantes. Acredita-se que todas as deficiências fisiológicas relacionadas com a idade, ou a maioria delas, seriam atribuídas aos danos intracelulares produzidos pelos radicais livres.
- **Lipofuscina e o acúmulo de detritos:** propõe que o envelhecimento celular é causado pelo acúmulo intracelular de produtos do metabolismo que não podem ser destruídos ou eliminados, exceto pelo processo de divisão celular. Acredita-se que as lipofuscinas geralmente surgem como resultado de auto-oxidação induzido por radicais livres em componentes celulares, principalmente estruturas de membrana que contenham lipídeos insaturados. Esse acúmulo de substâncias no interior das células teriam ações tóxicas ou perturbariam, de alguma forma, as atividades celulares, provocando o declínio das funções da célula refletindo seus efeitos no tecido de que faz parte.
- **Mudanças Pós-Tradução em Proteínas:** modificações químicas dependentes do tempo ocorrendo em macromoléculas importantes (como o colágeno e a elastina) comprometeriam as funções dos tecidos e reduziriam a eficiência celular, culminando na morte. As mudanças abordadas por esta teoria parecem estar relacionadas com a senescência da pele e de outros tecidos. Em tecido cardíaco, a perda da integridade estrutural das fibras conjuntivas causaria um aumento da pressão sistólica com efeitos significativos para o sistema circulatório ao longo do envelhecimento.

- Teorias Sistêmicas

São teorias que tratam o envelhecimento como ocorrido devido a um tipo de cascata sistêmica de interações entre os genes e o ambiente. Apesar de existirem grandes diferenças entre os mecanismos propostos por cada teoria sistêmica, todas são fundamentalmente enraizadas em uma abordagem genética para análise do envelhecimento. Fazem parte deste grupo:

- **Teorias metabólicas:** existem dados consistentes mostrando que a taxa metabólica tende a declinar com a idade avançada. Essas e outras observações similares levariam à hipótese segundo a qual a longevidade pode ser mais bem entendida como função do declínio metabólico, diminuição da taxa metabólica basal, danos oxidativos à célula, principalmente danos mitocondriais.
- **Teorias genéticas:** sugerem que mudanças na expressão gênica causariam modificações senescentes nas células.
- **Apoptose:** ou a chamada morte programada da célula, seria induzida por sinais extracelulares levando à uma falha em reprimir ou induzir a apoptose, levando até mesmo o surgimento de várias doenças.
- **Fagocitose:** neste caso, células senescentes apresentariam proteínas de membrana típicas, que as identificariam e marcariam como alvo para a destruição por outras células, tais como os macrófagos.
- **Teorias neuroendócrinas:** acredita-se que a falência progressiva de células com funções integradoras específicas levaria ao colapso da homeostasia corporal, à demência e à morte.
- **Teorias imunológicas:** a hipótese básica é a de que reduções quanti/qualitativas na resposta imune seriam, em partes, direta ou indiretamente devidas à indução inicial e ao envelhecimento do timo.

Percebe-se que o próprio processo de envelhecimento já é um processo complexo, que ocorre de forma gradual, através de um longo período de tempo. As mudanças fisiológicas são grandes, não somente aquelas que se pode ver ao olho nu, como as mudanças na aparência, na pele, cabelos, dentes, mas aquelas internas, que ocorrem nos órgãos e tecidos, vasos do sistema circulatório e mudanças

comportamentais. Por isso a necessidade de uma atenção especial a esse grupo etário se faz tão urgente e importante. É preciso que se modifique as práticas no atendimento ao idoso, de modo que as mesmas possam de uma forma mais integral, poder englobar todos os aspectos do ser humano idoso, diante das alterações no quadro de sua saúde. É necessário que se compreenda a complexidade de sua condição, se respeite sua individualidade e particularidades, tratando-o de uma forma diferencial dos demais, sendo que os mesmos possuem características e peculiaridades exclusivas decorrentes da própria idade.

- **Envelhecimento Homeostático:** em linhas gerais, algumas transformações e mudanças ocorrem no organismo da pessoa idosa em relação ao adulto jovem, dentre elas estão:

- A quantidade de água corpórea total declina cerca de 15 a 20% com o progredir da idade, o aumenta a dificuldade á rápida reposição do volume perdido, pois ocorre uma diminuição dos componentes extracelulares;
- A quantidade de albumina diminui, o que altera o transporte de diversas drogas no sangue.
- O metabolismo basal diminui cerca de 10 a 20% com o progredir da idade, o que deve ser levado em conta quando se for calcular as necessidades calóricas.
- Diminui a tolerância à glicose.
- Diminui a síntese de aldosterona, aumentando a síntese de hormônio antidiurético. Essas alterações associadas á limitações da função tubular renal, são responsáveis por freqüentes hiponatremias, geralmente agravadas pelo uso de dietas hipossódicas e/ou diuréticos.
- O débito cardíaco (DC) sofre progressiva redução com o envelhecimento, porém as alterações do fluxo sanguíneo não são homogêneas para todos os sistemas. Enquanto o fluxo plasmático renal reduz em 50% aos 70 anos, o fluxo cerebral diminui 20% no mesmo período.
- Ocorrem alterações no miocárdio, a PA sistólica e a freqüência cardíaca (FC) diminuem, como também diminui a elasticidade dos vasos devido a presença cumulativa das placas de ateromas na luz dos vasos.

- Diminui a elasticidade pulmonar, ocorrem alterações parenquimatosas e modificações musculoesqueléticas do arcabouço torácico.
- Dentro das alterações renais, pode-se citar a diminuição do número dos glomérulos, diminuição da capacidade e concentração e diluição urinárias, reabsorção de sódio e de excreção de radicais ácidos, diminui a eficiência dos mecanismos compensatórios, já que o rim é o órgão responsável pelo equilíbrio hidroeletrólítico. Presença de fatores nefrotóxicos, principalmente quando existem patologias como Diabetes, Hipertensão ou cardiopatias.
- E dentro das alterações do sistema nervoso podem-se citar: peso e volume do cérebro diminuem, ocorre certo grau de atrofia cerebral com o avanço da idade. Ocorre perda progressiva de neurônios, diminuição da memória ou da capacidade de resolver problemas desconhecidos, atentar-se para alterações muito além da normalidade, pois podem surgir patologias neurodegenerativas, como Alzheimer ou outros quadros de demência (DUARTE e DIOGO, 2000).

O atendimento ao paciente idoso possui muitas características peculiares, por isso a sua abordagem deve ser o mais específica possível e deve-se levar em conta alguns princípios básicos, tais como:

- a) O envelhecimento é um processo biológico diferente de qualquer doença. Todos os esforços devem ser focados na diferenciação do que se trata de uma patologia específica daquilo que é consequência normal da idade. Por isso, a queixa do paciente deve ser tratada com atenção, exigindo do profissional uma minuciosa anamnese e exame físico e se necessário confirmação laboratorial ou exames de imagem.
- b) O envelhecimento exerce efeito importante sobre os mecanismos fisiológicos de forma que o comportamento orgânico e as manifestações clínicas podem ser muito diferentes do que se espera habitualmente para um adulto jovem. As patologias se apresentam de forma diferente e geralmente de uma forma mais complicada.
- c) Deve-se admitir a possibilidade de múltiplos diagnósticos.
- d) Deve-se levar em conta inúmeras queixas e caracterizá-las como importantes e relevantes no processo de atendimento.

- e) A farmacocinética das drogas pode estar muito modificada no organismo envelhecido, o que torna obrigatório o cuidado na escolha dos medicamentos a serem administrados bem como na titulação da dose ideal.
- f) Durante a abordagem com o paciente, deve-se procurar falar devagar, olhando para o mesmo de forma que a expressão do rosto e a leitura labial auxiliem a compreensão, principalmente diante de pacientes com algum déficit auditivo, deve-se pronunciar bem as palavras e estar atento para sons ruidosos do ambiente que possam interferir na conversa, se os mesmos estiverem presentes de alguma forma tentar minimizar ou se não for possível, redobrar a atenção. Deve-se considerar a importância da presença de algum acompanhante do paciente durante a consulta, de preferência alguém que habitualmente permanece mais tempo com o examinado, pois freqüentemente o paciente não consegue fornecer todos os dados necessários (CARVALHO FILHO e NETTO, 2000).

Ainda durante a abordagem do paciente idoso, deve-se levar em consideração a importância de conhecer o processo de envelhecimento e estar ciente de suas alterações fisiológicas sabendo com clareza e objetividade diferenciá-lo de possíveis e eventuais processos patológicos, evitando-se desta forma, a negligência profissional diante de casos que eventualmente podem ser confundidos como não sendo nada de anormal, por erros de diagnóstico e terapêutica visto pela condição da idade do paciente. Embora a maioria dos idosos, hoje em dia, viva bem e com uma boa condição de saúde, em estudos realizados, observa-se que até 40% dos idosos portam alguma incapacidade, sendo as doenças crônicas as principais causas dessas incapacidades, dentre elas as que mais causam limitações, agravos à saúde, diminuição da qualidade de vida e autonomia, maior dependência dos idosos a outras pessoas e maiores custos ao Sistema de Saúde, são as cardiopatias, os acidentes vasculares cerebrais e os cânceres. Durante toda a realização do atendimento ao idoso devem ser levados em consideração esses padrões e possibilidades diagnósticas, que aumentam a eficiência terapêutica, e as chances de sobrevivência desses pacientes, num caso, por exemplo, de urgência e emergência, como abordado nesse estudo. Ainda deve-se respeitar o contexto familiar envolvido, sendo que o envelhecimento, em grande parte, causa algum tipo de dependência nesse sentido, e que, como abordado em estudos, mais de 70% dos idosos

recebem a maior parte de seus cuidados a partir de cuidadores informais, sendo estes, freqüentemente, membros da própria família (SMELTZER E BARE, 2005).

2.2. O idoso nas urgências e emergências

Pode-se conceituar Urgência como sendo aquela ocorrência imprevista, de danos à saúde, em que não ocorre risco de morte, ou seja, o indivíduo necessita de atendimento médico imediato. Ex: dor torácica sem complicações respiratórias, alguns tipo de queimadura, fraturas sem sinais de choque ou de lesões mais sérias, vômito e diarréia, acompanhadas ou não por estado febril abaixo de 39° C, sangramentos e ferimentos leves e moderados. Já a Emergência define-se como uma constatação médica de condições de danos à saúde, que implicam em risco de morte iminente, exigindo tratamento médico imediato. Considerado de alta prioridade de atendimento. Ex: parada cardiorrespiratória, dor torácica acompanhada de desconforto respiratório, politraumatismo em geral, hemorragias de alta intensidade, queimaduras extensas, perda de nível de consciência, intoxicações em geral, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, estados de choque, estado febril acima de 40° C, gestações em curso com complicações (SANTOS, 2008).

Existe um déficit muito grande de estudos brasileiros que avaliem o perfil dos idosos nas urgências e emergências, bem como pesquisas voltadas no sentido de se compreender melhor esta fase da vida e suas complicações ocorridas eventualmente durante este percurso. Os estudos voltados para a saúde do idoso no Brasil, em sua grande maioria, focam somente na promoção da qualidade de vida deste indivíduo, com grande ênfase para a Atenção Básica e com menos abordagens aos pacientes idosos institucionalizados ou internados em instituições hospitalares, seja por quadros patológicos agudos ou crônicos, urgentes ou não. Esse é um fator preocupante, pois a demanda desse grupo etário nas urgências e emergências é grande e cada vez mais crescente com o passar do tempo, deste modo, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas e estudos voltados ao atendimento dos idosos, com objetivos de conhecer

melhor esses usuários do Sistema de Saúde, bem como desenvolver práticas que possam melhorar a assistência prestada a esses pacientes.

Um artigo de revisão espanhol, cujo tema aborda a avaliação do paciente idoso frágil nas urgências, aponta que a demanda de atendimento a esses pacientes, dentro desses serviços hospitalares de urgência, é crescente e evidências mostram que não existe um modelo de atendimento concreto e efetivo aplicado à pacientes geriátricos nesta condição. Em sua grande maioria, os pacientes idosos atendidos dos serviços de urgência e emergência, possuem alguma patologia crônica agudizada, tais como Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOCs) e Insuficiência Cardíaca (IC), no geral, são pacientes que fazem uso da polifarmácia, muitos ainda fazem uso de auto-medicação, muitos apresentam também algum déficit cognitivo e episódios depressivos, associa-se a esses fatores, juntamente com as dificuldades de locomoção decorrentes de alguma seqüela ou impossibilidade física, e falta de vigilância nos cuidados domiciliares, às quedas que são muito freqüentes na população idosa e que são, em sua maioria, as grandes causas de complicações à esses pacientes, maior tempo de internação e maiores riscos de infecção, dependência, desenvolvimento de escaras de decúbito e até mesmo ao óbito. Dessa forma, este estudo sugere que se desenvolva um protocolo de avaliação multidimensional, que estabeleça prioridades terapêuticas, com objetivos claros focados ao paciente idoso, bem como garanta a continuidade de seus cuidados pós-alta, por parte da atenção primária (DUASO e LÓPEZ-SOTO, 2009).

Outro estudo, que trata sobre urgências geriátricas, analisou o registro de 820 pacientes adultos atendidos no serviço de urgência do Hospital Virgem da Luz, em Cuenca, Espanha, durante o período de um ano. Depois de uma seleção aleatória, os dados obtidos foram divididos em dois grupos: adultos jovens e idosos. Realizando uma comparação entre os dois grupos estudados, os pesquisadores concluíram que, os pacientes idosos são geralmente encaminhados pelos serviços de atenção primária e freqüentam o serviço em número maior que os adultos jovens, as causas mais freqüentes para buscarem o serviço de atendimento são: problemas circulatórios, neurológicos e respiratórios, são realizados maior número de exames complementares e recebem com mais freqüência tratamento farmacológico por via parenteral, permanecem mais tempo no serviço de urgência, com maiores taxas de internação e dias de permanência no Hospital.

A taxa elevada de procura por atendimento nas urgências hospitalares pode estar relacionada pela ineficiência ou insuficiência da atenção primária à saúde, bem como cuidados de apoio complementar ou em domicílio a esses pacientes. Estudo levanta a importância de uma rede de informações e detecção de idosos em situação de risco, garantindo um sistema efetivo de atendimento tanto pelos serviços primários de saúde quanto os de urgência e emergência, o que possibilitaria otimizar a assistência imediata a ser prestada, bem como o devido encaminhamento do paciente em ocasião de sua alta, para continuidade de seus cuidados, já que os pacientes dessa faixa etária possuem um índice de reinternação muito mais elevado que os demais. Conclui que existem diferenças entre os pacientes geriátricos dos demais pacientes, e se faz necessária a formação e treinamento específico aos profissionais envolvidos, para que desta forma, os conhecimentos sejam aperfeiçoados para que melhor possa se compreender os aspectos particulares da saúde do idoso e uma melhor assistência venha a ser executada (GUTIÉRREZ, et al, 2002).

Num estudo, realizado em Lima, no Peru, cujo tema abordou a demanda de pacientes geriátricos por nível de gravidade num serviço de emergência, foram estudados 6000 pacientes com idade maior que 60 anos, atendidos no serviço de emergência da clínica geriátrica São José, com a finalidade de determinar a frequência de patologias por nível de gravidade bem como sua morbidade respectiva. Os resultados apontaram que 4,8% dos atendimentos correspondiam a quadros de emergências graves, 31,1% a quadros de urgência e 64,1% relacionando a quadros agudos de alguma patologia aguda comum. Segundo o nível de gravidade as enfermidades mais frequentes foram: para emergências: insuficiência respiratória aguda (21,32%), dor torácica (17,7%), e sepses (14,1%); para urgências: crises hipertensivas (15,9%), lombalgia (13,2%), gastroenterites agudas (11,5%); e para patologias agudas comuns: faringites (17,8%), hipertensão arterial controlada (6,7%), e bronquites (5,9%). Após avaliação dos dados a pesquisadora recomenda que desde o início ao atendimento ao paciente em situação de emergência deve-se: definir adequadamente qual conduta a ser tomada, se ficará em observação determinar quanto tempo, se necessitará de tratamento de apoio em unidades de terapia intensiva, se necessitará de cirurgia de emergência ou tratamento especializado num outro serviço de maior complexidade, se o quadro é uma descompensação aguda de uma patologia de base crônica, orientar usuários em relação a diferenciação do que se trata de

urgência e emergência, do que pode ser tratado em outros níveis de atenção e que não necessita de apoio hospitalar, diminuindo a superlotação dos locais de atendimento e otimizando o tratamento de quadros reais de emergência onde a atenção deve ser redobrada, possuir no setor um regulamento técnico de normas e rotinas objetivo, sucinto e específico, ter em cada unidade de emergência um sistema de informação de dados do paciente, onde possa estar a mão em caso de uma nova reinternação ou para pesquisas posteriores (BECERRA, 2003).

Outra causa também bastante freqüente de atendimento ao idoso nas emergências são as fraturas ocasionadas por quedas acidentais, um estudo brasileiro sobre trauma em idosos, que teve por objetivos caracterizar os idosos atendidos num pronto atendimento de um Hospital de Base em São Paulo, vítimas de traumas e verificar o tempo de internação desses pacientes bem como o índice de óbito, analisou 216 prontuários eletrônicos de pacientes acima de 65 anos atendidos na unidade durante o período de um 12 meses, com diagnóstico de trauma. Os resultados demonstraram que 61,5% dos pacientes eram do sexo feminino e 38,5% do sexo masculino, a média de idade foi de 77 anos, do total de pacientes 34, 2% sofreram trauma de membro inferior não especificado, 24,0% sofreram fratura de fêmur, 4,7% fratura de antebraço, 2,3% trauma de membro superior não especificado e outros tipos de traumas acometeram 34,8% dos pacientes. A média de internação foi de aproximadamente seis dias, variando de 1 a 23 dias, em 78,7% dos casos foi realizado algum procedimento cirúrgico, 92,6% dos pacientes tiveram alta e 7,4% evoluíram a óbito. O estudo concluiu que medidas educativas precisam ser tomadas a fim de se evitar tais traumas, orientações junto aos familiares também se fazem necessárias por parte da equipe de saúde tanto no Hospital quanto em domicílio, o idoso, sua família ou cuidador, devem ter conhecimento das necessidades de proteção e prevenção de acidentes, com ênfase em relação às quedas. Da mesma forma, acredita-se que deve haver um trabalho em conjunto com a sociedade e dos meios públicos, de modo a facilitar a movimentação e o deslocamento destes idosos, não só no domicílio, como também, no município, para uma melhora na assistência e qualidade de vida dos idosos (CAMPOS, et al, 2007).

De uma forma geral pode-se afirmar, segundo estudos presentes, que grande parte da população idosa é do sexo feminino, possuem múltiplas patologias e um risco

maior de ir a óbito em casos de urgência e emergência, pelo risco aumentado decorrente de debilidades físicas e orgânicas próprias do processo de envelhecimento, patologias de base, qualidade inadequada nos primeiros atendimentos, falta de preparo profissional adequado para lidar com as questões pertinentes no atendimento do paciente idoso gravemente enfermo.

Dentro das peculiaridades do atendimento ao idoso não se pode esquecer de algumas premissas básicas específicas a este grupo etário:

- Prestar assistência integral ao idoso e à sua família e à comunidade na qual ele estiver inserido, favorecendo a compreensão das mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e facilitando as adaptações necessárias ao viver diário;
- Promover educação para a vida e saúde, nos níveis primário, secundário e terciário, junto à clientela idosa e à sua respectiva família;
- Favorecer a participação ativa do idoso e de seus familiares no processo saúde-doença, criando condições para que funcionem um bom nível de auto-cuidado e que sejam eles próprios detentores do poder pessoal para se decidirem para o melhor em suas vidas, bem-estar e qualidade de vida (FREITAS et al, 2002).

Devemos recordar sempre, como defendia a ilustre Florence Nightingale, que o cuidado de enfermagem deve ser uma prática sistematizada e formal, sendo o ser humano o foco central do seu trabalho, em sua interação com o meio ambiente englobando, nessa perspectiva, a articulação da arte, ciência e espiritualidade fundamentando o cuidado numa base humanística e holística (FREITAS et al, 2002).

A prática do cuidado de enfermagem como um todo, deve estar direcionado à pessoa idosa em seu contexto de vida, sendo que o cuidar é um processo dinâmico e depende da interação, do respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família. Desta forma, o processo de cuidado de enfermagem, consiste em olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso e pela família, enquanto cliente da enfermagem. Faz parte do cuidado a preservação da relação dinâmica entre profissional, idoso e família,

mais direcionado para a resolução de problemas imediatos nos momentos em que as situações exigem. A prática deste cuidado parte de um referencial teórico, filosófico, ético e estético, tendo como foco a pessoa idosa, esta enquanto cidadã, é um ser parte de uma família, cultura e sociedade, é um ser único, com uma trajetória pessoal, repleta de experiências de vida passada, somada às da vida presente e às perspectivas futuras que dão sentido ao seu viver. O processo de cuidar, nesse sentido, se dá em ações consecutivas de modo interativo entre quem provê o cuidado e quem o recebe. Neste aspecto, o cuidado deve ser permeado por: responsabilidade ética desenvolvida por comportamentos, tais como, compromisso, solidariedade, disponibilidade, respeito e confiança, consideração e compaixão e interdependência. Deve-se promover a facilitação do processo de cuidar através da diligência da enfermagem em prover seus cuidados, favorecendo um processo de atendimento que vá ao encontro das reais necessidades do idoso sob seus cuidados e de seus familiares cuidadores (FREITAS et al, 2002).

De uma maneira geral, o paciente idoso em situação de urgência e emergência deve ter seus direitos de saúde garantidos, de forma ética, profissional e humana, levando em consideração sua história e hábitos de vida, respeitando sua vontade e da família, dispondo de atenção especial às suas necessidades mais urgentes, sem desprezar outras queixas, promovendo conforto, privacidade, integralidade, e atuando em equipe, respeitando os preceitos da interdisciplinaridade.

Segundo o Estatuto do Idoso, em seu Artigo 3º, é obrigação da família, da sociedade e do Poder Público, garantir com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, e à convivência familiar e comunitária. Dentro dessas prioridades encontra-se a prioridade ao atendimento preferencial imediato e individualizado junto a órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população. E no Capítulo IV, Artigo 15, é assegurado o direito a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS – Sistema Único de Saúde, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário para proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Desta forma, pode-se dizer que o atendimento ao idoso em urgência e emergência deve ser prioritário, deve buscar atender todas as necessidades do paciente em questão, fazendo-se utilizar de todas as ferramentas disponíveis para um cuidado integral e completo ao idoso gravemente enfermo, mesmo que o quadro de saúde do mesmo venha a evoluir à óbito, deve-se respeitar o direito à vida, à dignidade e a saúde deste indivíduo, sem esquecer-se de respeitar também a sua vontade e/ou a vontade da sua família.

2.3. As questões éticas envolvendo o paciente idoso

Até que ponto é ético falar que a vida vale a pena ser vivida mesmo em condições vegetativas ou de extremo sofrimento para a pessoa enferma e seus familiares? Até que ponto é correto manter uma pessoa viva por meios artificiais sendo seu quadro irreversível e extremamente penoso tanto para ele próprio quanto seus familiares? São questões abertas a serem discutidas e questionadas justamente pela ética e a bioética.

O conceito de ética é originário do grego *êthos*, que significa modo de ser, caráter, estudo teórico da moral (bons costumes) fundamentado nos valores e costumes. As experiências inconformáveis diante de uma prática ou valor moral, o não condicionamento a aceitação de valores morais vigentes, o discordar, em pensamento e ação, de alguma ou muitas coisas que se vive ou se identifica no cotidiano movem as questões éticas a serem levadas e discutidas, para que de alguma forma a realidade vigente possa vir a ser modificada, através de uma mudança de valores e atitudes diante dos fatos subseqüentes. A ética contribui para que o ser humano aja corretamente em função de uma consciência individual e coletiva, para que transformações ocorram, os profissionais de enfermagem necessitam voltar às práticas da solidariedade, do afeto, do carinho, além de suas práticas tecnicistas e exclusivamente com foco biológico. Deve-se admitir sim, que problemas existem no sentido de dificultar essas práticas, como sobrecarga de trabalho por número insuficiente de funcionários, visão capitalista,

competição desenfreada, remuneração insatisfatória, duplas jornadas de trabalho, cansaço físico e emocional, falta de apoio à saúde preventiva do trabalhador de saúde, não somente nos aspectos físicos, mas principalmente psicológicos, formação profissional inadequada, mas isso não deve ser motivo para que se deixe de cumprir com as responsabilidades ético-profissionais frente as situações do cotidiano da prática vivenciada. Os valores bioéticos fundamentam-se essencialmente em três valores básicos: a autonomia, a justiça e a beneficência (procedimentos biomédicos, tecnologias para a saúde e pesquisas). Desta forma deve-se atentar para as responsabilidades que cabem aos profissionais no sentido de não prejudicar e sim beneficiar o ser que está sendo cuidado (MALAGUTTI, 2007).

A bioética se ocupa das situações de vida das pessoas que estejam em meio a diferentes escolhas morais relacionadas aos padrões do bem-estar, sustenta-se pela admissão da pluralidade moral da humanidade sendo seu principal papel a busca de estratégias de resolução para os conflitos morais. Toda e qualquer atitude ou procedimento deve ser cuidadosamente explicada antes de sua execução e a dignidade do ser humano preservada (MALAGUTTI, 2007).

Com o advento das novas tecnologias e pesquisas na área da saúde, nas últimas décadas, muitos estudos e questionamentos tem sido levantados no meio ético, afim de se poder lidar melhor com as questões que envolvem a saúde do ser humano, sua vida e sua morte, seu começo e seu fim. Afinal, quando a vida realmente começa e quando ela realmente termina? Até quando é digno para o ser humano viver? São questões tratadas por este campo. Em se tratando do grupo dos idosos, inúmeras são as indagações: até quando vale a pena viver sem poder mais ter a sua própria autonomia, seu direito de ir e vir impossibilitado por uma enfermidade grave ou limitação física irreversível? Até quando viver é digno sem saber do que se passa ao seu redor, tendo sua mente deteriorada por uma doença degenerativa grave? Até que ponto é bom o prolongamento da vida por meios artificiais, sendo a quadro do paciente irreversível e progressivo? São interrogações que nos levam a pensar e re-pensar nossos valores e posições frente às questões da vida humana.

Não há nada de mais certo na vida do que a morte. A cultura em que estamos inseridos não costuma falar da morte. Lugar de pessoas doentes ou gravemente enfermas, é o hospital, separada dos sadios e mesmo da própria família. A maioria das pessoas morrem em hospitais, em ambientes totalmente estranhos, ligados à aparelhos até o último momento. As pessoas tornam-se simples casos e números para os servidores do hospital, aos parentes são permitidas visitas rápidas e muitas vezes tende esperar do lado de fora, informações da enfermeira sobre seus familiares. Alimenta-se o paciente e os familiares com falsas esperanças de que tudo ficará bem, contudo, a maioria das pessoas gravemente doentes sabem e sentem que o fim está próximo. Em séculos passados, tudo isso era diferente. A morte não era banida para um território rigorosamente guardado, estranho, onde só algumas pessoas estão autorizadas a entrar, em determinados horários. As pessoas morriam em casa, rodeadas pela família, parentes e vizinhos. Crianças viam seus avós e pais morrerem. À medida que cresciam, elas se tornavam sempre mais familiarizadas com a realidade da morte, incluindo a sua própria. Quando chegava a hora, elas sabiam o que esperar e o que fazer, estavam preparados para este momento. Com o advento da medicina moderna, quando as pessoas começaram a morrer em hospitais, familiares e até mesmo profissionais, abandonaram o papel de dizerem ao doente que a sua morte estava se aproximando. A atmosfera que rodeia o paciente é naturalmente insensível, artificial e impessoal. Os hospitais não foram, originalmente, fundados para assistir a morte de alguém. Foram instituídos para curar doenças e devolver seus pacientes a seu meio de costume. A equipe do hospital não estava preparada para assistir pacientes em sua terminalidade e finitude, e mesmo hoje, ainda parece não possuir este preparo adequado. Com isso instaurou-se na sociedade um medo terrível da morte, evita-se comentar sobre ela, não existe mais um preparo, e desta forma, fica cada vez mais difícil as pessoas conviverem com a idéia de sua finitude e com o luto quando o mesmo é chegado, em vez de enfrentá-lo, luta-se contra ele tentando de muitas formas evitá-lo, anesteseia-se o processo natural que todos precisam passar, elaborar e superar. O medo da morte só pode ser superado quando a morte for encarada de frente e estivermos preparadas para ela. Isso não se trata de uma atitude mórbida e não destrói a alegria de viver, pelo contrário, o pensamento da morte pode ter um efeito equilibrante na vida de alguém e nos seus objetivos de vida, pode ajudar a

escolher melhor suas prioridades da vida e a desenvolver uma adaptação á realidade da vida na qual a morte faz parte (VARGA, 2001).

O idoso é um ser biográfico, psíquico, cultural e social e requer tratamento holístico e não fragmentado. Necessita ser tratado como indivíduo único e particular, para o qual não bastam procedimentos de cura ou cuidados protocolares. Requer um cuidado específico, de acordo com seu grau de independência, envolve o atendimento ás suas necessidades humanas básicas e cuidados assistenciais de uma equipe multidisciplinar. Deve-se, também em suma, ter o cuidado para não confundir a dependência física do idoso com dependência para tomada de decisão, negando assim sua autonomia, liberdade e capacidade de escolha. Em todo tempo deve-se considerar o respeito á sua identidade, sua dignidade e sua autonomia, mesmo que diminuída em relação ao adulto saudável, deve-se atentar para o fato de se respeitar a vontade do paciente idoso, compreendendo suas escolhas, decisões e opiniões frente a sua vida e a sua saúde (MALAGUTTI, 2007).

O problema da morte ou final de vida humana, engloba questões do sofrimento, sendo assim, uma questão que envolve angústia, temporalidade, finalidade, e consecutivamente envolve as questões relacionadas ao envelhecimento. A morte é a síntese ou final de uma equação, mas o mais importante do que saber quando começa ou quando acaba a vida humana, é preciso compreender o sentido profundo do seu propósito. Desta forma, faz-se necessário a fundamentação e prática de um processo de humanização do processo de morrer, o resgate de valores, princípios inerentes ao bem-estar das pessoas, assistir o ser humano não somente no sentido de salvar a sua vida, mas mais importante que isso, manter a qualidade dessa vida, mesmo em condições extremas e de finitude, garantir o respeito, a dignidade e a privacidade (MALAGUTTI, 2007).

Segundo o Código de Ética de Enfermagem, das responsabilidades e deveres do profissionais nas relações com a pessoa, família e coletividade, nos artigos 12 e 13, é de fundamental importância que o profissional de enfermagem avalie e aprimore seus conhecimentos e competências técnicas, científicas, éticas e culturais em benefício da

pessoa, família e coletividade e também para o desenvolvimento da profissão (COFEN, 2007).

Isso significa um grau de responsabilidade muito grande que lhes cabe, sendo que para isso, é necessário que o profissional faça uma análise consciente e auto-crítica de si, que envolve respeito, honestidade e clareza de objetivos. A saber, que a enfermagem lida diariamente com situações críticas e muitas vezes escolhas e decisões difíceis tende de ser tomadas, reforça ainda mais a importância deste profissional se auto-conhecer, se auto-avaliar e aceitar somente encargos técnicos e cargos de liderança se assim julgar apto e realmente preparado para assumir com responsabilidade tal função.

O que é viver e o que é morrer? O que é saúde e o que é doença? Mais do que conceitos prontos, depende do ponto de vista de cada um, e cabe à enfermagem, classe técnica especializado em cuidado, zelar para que o paciente seja assistido no seu todo, individual e coletivo, para a cura ou para a morte, dando o devido significados a cada ação e reação fundamentando-os em preceitos éticos, legais e competentes. Muito mais que julgar atitudes contrárias ao seu próprio conjunto de valores pessoais intrínsecos, deve-se compreender o outro, respeitando sua vida, suas crenças, suas escolhas. Em relação à morte, deve-se buscar, como defendido por Boff (1999), cuidar da nossa grande travessia internalizando a compreensão esperançosa da morte não como um fim, mas como um novo começo, afinal não vivemos para morrer, mas para morrer e ressuscitar para viver mais e melhor, como numa metamorfose, onde como borboleta deixamos para trás um casulo, nosso corpo material, e rompemos radiantes para uma nova vida, plena de identidade e significado. O sentido que damos à vida depende do sentido que damos à morte, se a morte é o fim de tudo, então pouco se vale os esforços, as lutas, empenhos e sacrifícios feitos durante a vida. Mas se a morte tiver o seu significado como sendo a meta final alcançada, ela pertence a vida vivida em plenitude, o ensaio final de uma peça, o fechamento de um enredo aclamado por glórias, é um momento de alegria e não de tristeza. A morte no final da vida tem seu significado poético, filosófico e glorioso, afinal, envelhecer é compreender que uma vida foi vivida até o fim, é aceitar que muitos não tiveram o mesmo privilégio, e ser grato e não egoísta, compreendendo e aceitando que tudo que vive, morre. Do contrário, também pode ser um momento de sofrimento e dor, quando há falta de perdão, culpa por ter deixado de viver ou fazer alguma coisa que

gostaria de fazer e não fez, nesse ponto, o profissional também pode ser muito útil, promovendo um momento de encontro e concerto, ou até mesmo desabafo do paciente, permitindo assim, que uma atenção especial seja dada a esta pessoa, e o respeito à sua vontade seja cumprido.

A morte é uma passagem, tanto para o que se vai quanto para os que ficam, aceitar essa passagem é o primeiro passo para se preparar melhor para este momento e conviver melhor com esta realidade. Resta-nos aprender com o seu significado, nos compadecer com a dor da perda, pois ela é natural, todos precisam vivenciá-la, apoiar, neste caso, deixando que familiares fiquem próximo do paciente e acompanhem o seu fim, quando desejarem, bem como permitir que tenham seu momento de despedida.

3. METODOLOGIA

3.1. Abordagem Metodológica

Antes de iniciar as características desse estudo, necessita-se de uma pequena reflexão acerca do conceito de metodologia da pesquisa. A mesma é considerada como um caminho de pensamento a ser seguido para descrever a prática da realidade (MINAYO, 2009). Dessa forma a mesma autora descreve que a metodologia inclui as concepções teóricas da abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador (MINAYO, 2009). Dentro desse contexto aborda-se a questão do método científico, que para Leopardi (2002, p. 93/95):

É o caminho pelo qual os pesquisadores produzem o conhecimento científico. Constitui-se de passos desenvolvidos pela Ciência Positivista, consagrando-se como uma ferramenta necessária para a pesquisa, seja quantitativa ou qualitativa. [...] O Método científico caracteriza-se como um conjunto de operações empíricas ou lógicas, através das quais se busca a comprovação de “teses” ou hipóteses sobre fatos, representações ou fenômenos.

O presente estudo possui uma abordagem metodológica de cunho qualitativo e de natureza dialética. Segundo Minayo (2009), a pesquisa qualitativa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ela trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes.

Então podemos dizer que a pesquisa qualitativa depende muito do pesquisador para a coleta de dados, sendo que o mesmo respeite o pesquisado conforme suas crenças, motivos, valores e atitudes, que ao mesmo tempo fazer parte de uma pesquisa qualitativa, pois é necessário que trabalhemos estes conceitos de cada um pesquisado.

Quando se trata de dialética trata-se de averiguar fatos problemáticos que ocorrem em uma determinada realidade e propor ao mesmo soluções objetivas, “assim, ir ao mundo real é superar sua imediaticidade e atingir cada vez mais o conjunto de relações, detalhes, elementos e particularidades, que vão, afinal, constituir a totalidade visível” (LEOPARDI 2002, p. 88).

3.2. Tipo de pesquisa

3.2.1. Quanto aos objetivos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, que se caracteriza para SANTOS (1999, apud Leopardi 2002, p.120) como “[...] um levantamento das características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou problema”. Também é necessária a colocação que faz AYALA e LAMEIRA (1989, apud Leopardi 2002, p.120-121), que

[...] uma pesquisa descritiva não se circunscreve unicamente a expor, explicar ou detalhar fenômenos. Os resultados, como em toda a investigação formal, são sempre aproveitáveis, no futuro, na alteração efetiva de certas práticas inoperantes.

Andrade (2005) aborda que neste tipo de pesquisa os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos os mundos físicos e humanos são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador, ou seja, são estudos que possui como característica a necessidade de explorar uma determinada situação não conhecida e que precisa de maior informação, conclui Leopardi (2002).

Esta pesquisa é do tipo descritiva-exploratória e de campo, pois realizou-se um levantamento de dados que ajudaram a identificar os possíveis problemas que se buscou investigar nesse estudo, desta forma então, é necessário explorar a realidade dos fatos, através de uma investigação que leve a caracterização dos componentes do fato, fenômeno ou problema a ser abordado. O estudo descritivo descreve com precisão os fatos de uma determinada realidade, e para isso requer uma série de informações sobre o que se deseja estudar, uma boa técnica de coleta e interpretação dos dados. A pesquisa de campo é aquela desenvolvida nos cenários naturais, nos locais de convívio social, como nesse caso, sendo um Hospital, procurou-se, desta forma, examinar com mais profundidade, as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto ação, na vida real, o propósito da pesquisa de campo é justamente o de se aproximar das pessoas e de suas realidades (LEOPARDI, et al, 2002).

4.2.2. Quanto aos procedimentos técnicos

Classifica-se como um Estudo de Caso, onde se procurou “[...] investigar em profundidade uma pessoa, família, comunidade, grupo, instituição ou outra unidade social” LÜDKE e ANDRÉ (1986, apud LEOPARDI 2002, p. 125).

4.3. Local de estudo

O presente estudo foi realizado no setor de Urgência e Emergência do Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina. Trata-se de um Pronto Socorro

Geral, que realiza atendimentos para pacientes adultos e pediátricos tanto pelo SUS quanto Convênios e particulares. Conta com uma sala de emergência com seis leitos, triagem, dois consultórios médicos, uma sala de medicação, uma sala de procedimentos assépticos e uma para sépticos, uma sala de procedimentos ortopédicos, uma sala de observação para conveniados com quatro leitos e uma de observação do SUS com seis leitos, farmácia, posto de enfermagem, WC e expurgo. A média de atendimentos por dia varia entre 70 a 100 atendimentos.

4.4. Sujeitos da Pesquisa

A representatividade da amostra teve como fundamento teórico às afirmações de Minayo (2009) não se restringindo ao critério numérico, mas a profundidade da análise.

A amostra definida foi não probabilística e intencional. Segundo Gil (2002), na amostra intencional os indivíduos são selecionados de acordo com certas características mais relevantes pelos pesquisadores e participantes. Neste estudo, pretendeu-se trabalhar com alguns membros da equipe de Enfermagem atuante na Unidade de Urgência e Emergência do Pronto Socorro dos turnos diurno e noturno, desta forma, foi escolhido intencionalmente os profissionais que fizeram parte do presente estudo, conforme critérios de inclusão e exclusão descritos também no presente trabalho. Desta forma, foi selecionado 5 profissionais de Enfermagem atuantes no serviço correspondente, 2 Enfermeiras e 3 Técnicos de Enfermagem, dos 9 funcionários que no total atuam no setor do Pronto Socorro.

4.5. Período

A coleta de dados foi realizada durante os meses de Junho e Julho de 2011, logo após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade.

4.6. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram utilizados para a realização do presente estudo, critérios de inclusão e exclusão, sendo observado primordialmente que o profissional aceitasse participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, além disso que o profissional estivesse regularmente contratado pela Instituição de Saúde correspondente, que o profissional estivesse atuando na área de Urgência e Emergência há pelos menos 1 ano, e tivesse alguma prática assistencial ligada diretamente com pacientes idosos em situação crítica ou grave.

Para critérios de exclusão ficou determinado que não fizessem parte do estudo todos os profissionais que estivessem em licença gestacional, afastamento do trabalho ou de férias no momento da coleta de dados.

4.7. Procedimento para a Coleta de Dados

O levantamento de dados é, para Leopardi (2002, p. 165), “a fase aonde o pesquisador vai às fontes de suas informações, para procurar, por meio de instrumentos apropriados, obterem evidências sobre a realidade pesquisada”.

Para a realização da coleta de dados optou-se por organizar os procedimentos em momentos, conforme descritos a seguir.

No primeiro momento foi elaborado e encaminhado ofício para solicitar a autorização da realização da pesquisa junto à coordenação do Curso de Pós-Graduação da UNESC e Administração da Instituição Hospitalar escolhida, sendo permitido por todos a realização da mesma. Foi elaborado o projeto de pesquisa, encaminhado ao Comitê de Ética da presente Universidade sendo aprovado segundo parecer **Nº 167/2011** (Anexo 01). No segundo momento foi realizado reconhecimento do local e dos sujeitos da pesquisa na Instituição Hospitalar correspondente. No terceiro momento realizou-se seleção da equipe de enfermagem, através de amostra intencional a partir dos critérios de inclusão e exclusão, descritos anteriormente nesse trabalho.

No quarto momento realizou-se uma entrevista com os membros da equipe de enfermagem selecionados, de acordo com as questões levantadas pelo estudo a serem respondidas (Apêndice 1). A entrevista é a técnica em que o pesquisador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema, tem a vantagem essencial de que são os atores sociais que proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas. A entrevista sempre é vista como um encontro social e possui três características básicas: intersubjetividade, intuição e imaginação. Existem vários tipos de entrevistas, o tipo que mais se enquadra a realizada no presente estudo, é a entrevista estruturada, que se caracteriza por seguir uma ordem de questões estabelecidas para todos os entrevistados (LEOPARDI, 2002).

As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de pesquisa, ou seja, no Pronto Socorro do Hospital durante o horário de trabalho dos sujeitos pesquisados, nos turnos diurno e noturno. O número total dos membros constituintes do corpo de enfermagem atuante no setor (dos turnos diurno e noturno) durante o período de coleta de dados eram nove pessoas, desses cinco aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados, dois foram excluídos por não possuírem um ano de experiência no setor de Urgência e Emergência e dois não aceitaram participar da pesquisa alegando falta de tempo para realização da mesma.

Em relação às facilidades encontradas podem ser citadas: conhecimento prévio do ambiente da pesquisa, do fluxo de atendimentos presente no setor e da equipe de enfermagem atuante. As dificuldades encontradas foram: dificuldade em conseguir a participação, envolvimento e comprometimento dos profissionais com a pesquisa, mesmo aqueles que aceitaram participar do estudo tiveram problemas com tempo para estarem envolvidos com a entrevista (percebeu-se que alguns realizaram a entrevista mas não estavam totalmente comprometidos com ela), bem como tiveram dificuldade de interpretação das perguntas. É compreensível que o ambiente de pesquisa contribua para a falta de tempo para os profissionais serem devidamente entrevistados, afinal um serviço de urgência e emergência às vezes apresenta uma demanda alta de atendimentos e fica complicado conseguir a atenção devida do profissional para realização das mesmas. Mas, sempre se procurou realizar as entrevistas em horários em que os profissionais normalmente teriam mais tempo para respondê-las, inclusive em alguns casos a

pesquisadora ficou esperando os profissionais para realização das entrevistas e mesmo quando os mesmos estavam disponíveis não houve devido interesse, responsabilidade e comprometimento por parte dos participantes, inclusive duas pessoas disseram, a princípio que participariam da pesquisa e posteriormente houve desistência por alegarem falta de tempo para a mesma, o que se observou não ser fato verídico, observou-se má vontade por parte dos mesmos, por isso foram excluídos da pesquisa. Por conhecer a realidade do serviço, bem como a equipe atuante, a pesquisadora já tinha idéia de que poderia ser difícil a abordagem junto aos profissionais, mas mesmo assim deu-se continuidade à pesquisa, por que é importante descrever a realidade dos serviços de saúde, bem como relatar as dificuldades e problemas que os mesmos apresentam, afinal isso é um item relevante para desenvolvimento de um senso crítico melhor por parte das equipes de saúde e Instituições formadoras, no sentido de poder realizar uma análise real dos fatos que ocorrem na prática cotidiana dos profissionais e dar as devidas sugestões para melhoramento dos serviços de saúde que estão sendo oferecidos à população.

A realidade do serviço de urgência e emergência escolhido como campo de pesquisa para o desenvolvimento do presente estudo não é um serviço que demanda tantos atendimentos de modo que ficasse impossível de se retirar alguns minutos para a realização de uma pesquisa como essas que foi proposta, porém, os profissionais demonstraram falta de vontade, alegaram falta de tempo e muitas outras atividades para fazer, e muitas outras dificuldades para a não realização da pesquisa. O tema também não foi tratado como sendo relevante por boa parte dos participantes, e ainda alguns reclamaram que as questões na entrevista eram longas demais e que tinham que pensar demais para respondê-las o que demandava muito tempo para eles.

4.8. Aspectos éticos

Em relação aos preceitos éticos, os participantes do estudo receberam todas as informações que se referem ao propósito da pesquisa, bem como seus objetivos, conforme determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução estabelece as diretrizes e normas de pesquisa que envolve seres humanos. O critério de aceite ou não, ficou a encargo do participante, que informou sua decisão através da Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

Procurou-se ainda, respeitar as questões culturais, sociais, morais, religiosas e éticas de cada um. Os sujeitos pesquisados foram informados da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos que foram utilizados durante a pesquisa, bem como seu direito em desistir da participação em qualquer momento, desde que comunicasse a pesquisadora.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Sendo uma pesquisa de cunho qualitativo, requer uma análise detalhada dos dados obtidos utilizando-se muito das técnicas de interpretação textual das falas dos participantes. Assim se procurou utilizar as técnicas metodológicas da categorização, que se caracteriza por “ter homogeneidade, sem mistura de critérios de classificação; exaustividade, para abranger todo o texto; exclusivamente, ou seja, impossibilidade de um registro pertencer a mais de uma categoria” (LEOPARDI 2002, p.243).

Para Minayo (2009), quando se trabalha com categorias significa que estabelecem classificações, desta forma, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Para maior ênfase dos assuntos abordados em cada categoria expressa, requer do pesquisador, uma tarefa atenciosa para introduzir ao decorrer das discussões, fala de autores que revelam a importância desse ponto de vista abordado, assim uma boa revisão bibliográfica.

Dentro deste critério procurou atentar-se para as categorias temáticas das discussões levantadas e, então, dentro disso realizar a classificação dos temas seguindo a ordem que foi focalizada nos objetivos da pesquisa.

Após a coleta dos dados, juntamente com os profissionais de enfermagem, foi possível chegar, finalmente a discussão dos mesmos, por meio de categorias. Relembrando que a pergunta de pesquisa desse estudo, foi quais são os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência emergência tendo como referência a realidade de um Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina.

Nunca antes como nos dias atuais viu-se tamanho crescimento da população acima de 60 anos de idade, conseqüência do aumento significativo da qualidade e

expectativa de vida, em contrapartida o processo de envelhecimento ainda costuma ser o mesmo, com o declínio gradativo das funções fisiológicas ocorrem geralmente alterações patológicas que acometem essas pessoas, com o diferencial de que os problemas enfrentados pelas pessoas idosas hoje podem ser mais devidamente solucionados, com o desenvolvimento dos arsenais tecnológicos e terapêuticos da Medicina Moderna que ajudam o indivíduo, mesmo em condições de múltiplas enfermidades crônicas, a viver mais e melhor.

Mesmo que o idoso cuide de sua saúde buscando formas que melhorem a sua qualidade de vida e saúde, geralmente é difícil não chegar um momento em que o mesmo não precise de atendimento mais criterioso de urgência e emergência, devido há alguma complicação ou descompensação nos seus tratamentos de base ou até mesmo devido a acidentes, que os mesmos têm maior risco de sofrer, devido às fragilidades causadas pelo próprio processo de envelhecer, como diminuição da capacidade funcional, perda da visão e audição, perda de memória e deterioração músculo-esquelética.

Hoje em dia existem muitos programas que atendem os pacientes idosos, porém na prática ainda muito pouco eficientes, principalmente no que diz respeito à integralidade da sua assistência e humanização de seu atendimento. As leis e estatutos voltados para o Idoso no Brasil ainda são conquistas recentes, e a realidade da prática da saúde e da educação ainda não despertou para as reais necessidades dessa tão importante parcela da população. Uma das áreas que pouco investem em estudos e práticas voltadas a qualidade de assistência ao paciente idoso em específico é a área hospitalar, principalmente no quesito urgência e emergência.

Existe uma necessidade urgente da implementação de uma política que envolva uma mudança de paradigma cuja prática deixe de colocar o enfoque baseado em necessidades que, normalmente, coloca as pessoas idosas como alvos passivos, e passe a ter uma abordagem que reconhece o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da

área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (Ministério da Saúde, 2007).

Desta forma, percebeu-se a relevância do tema e a necessidade de se realizar novas discussões que aprofundem mais a atenção à saúde do idoso não somente a nível da Atenção básica, mas também a nível Hospitalar, o que neste aspecto é bem escasso, fato percebido nas pesquisas bibliográficas deste trabalho. Além disso, espera-se também despertar Instituições ligadas à educação e os segmentos Governamentais e Não-Governamentais da Saúde, Profissionais da Saúde em Geral para desenvolvimento de novos estudos que foquem na saúde do idoso e busque soluções para melhorar sua assistência em todos os níveis de atenção, incentivando a formação de grupos e núcleos de pesquisa que abordem esta questão e promovendo eventos (congresso, conferências e seminários) para que se possa aprofundar o conhecimento nesta área.

A seguir serão descritos os dados que foram obtidos através da pesquisa de campo por meio da aplicação de uma entrevista contendo perguntas abertas e fechadas. No primeiro momento serão apresentadas as características sociais dos profissionais de enfermagem participantes do estudo e no segundo momento a categorização dos dados, bem como a discussão dos mesmos.

5.1. Caracterização dos atores sociais

Em relação aos dados característicos dos sujeitos da pesquisa, dois são Enfermeiros e três são Técnicos de Enfermagem, quatro deles são do sexo feminino e um masculino, a média de idade dos participantes situa-se na faixa etária de 38 anos, a maioria deles é casada, sendo apenas um solteiro, três deles trabalham no Pronto Socorro no turno diurno e dois no noturno, o tempo de trabalho na Instituição dos participantes varia entre 2 a 18 anos e média do tempo de atuação propriamente dito no setor de Urgência e Emergência fica em torno de quatro anos.

Observou-se que a Equipe de Enfermagem atuante no setor de Urgência e Emergência do Pronto Socorro do local pesquisado, é composta por adultos jovens,

possuem tempo de convivência juntos relativamente grande, ou seja, todos se conhecem muito bem, e são bem adaptados ao ambiente de sua atuação por que possuem significativa experiência na área. Todos possuem tempo considerável em atendimento ao paciente idoso em situação de urgência e emergência, lembrando que serviço oferecido não é focado apenas na área de geriatria, mas bem, como todos os atendimentos adultos e pediátricos.

A concepção do trabalho de caráter predominantemente feminino revelado por valores simbólicos e vocacionais naturaliza a atuação da enfermagem como competência da realização do cuidado, em contrapartida também contribui para sua exploração e subordinação. Compreende-se que a equipe de enfermagem compõe os trabalhadores de nível médio e enfermeiras como um coletivo que presta cuidados de enfermagem nos atendimentos e urgência e emergência, e que tais serviços geralmente exigem dos profissionais atuantes conhecimento especializado, habilidade técnica e raciocínio rápido levando-se em consideração que o mesmo é um local de risco, onde lida-se diariamente com experiências que colocam o ser humano no limiar entre a vida e morte, por isso por si só o ambiente mede altos níveis de estresse e exige dos profissionais postura ética e técnica adequadas para atendimento efetivo e resolutivo de cada caso (DAL PAI, 2007).

5.2. Categorização, análise e discussão dos dados obtidos

Para Leopardi (2002), a análise do conteúdo é um método de tratamento dos dados obtidos na pesquisa de campo, em textos ou gravações reduzidas a textos, como um conjunto de técnicas de análise de comunicação onde se busca compreender os conteúdos manifestos e ocultos podendo, desta forma, organizar os dados em palavras significativas ou categorias. Conforme já explicado, a discussão dos dados será apresentada em forma de categorias, através delas apresentar-se-ão as conclusões que foram chegadas do presente estudo. Neste momento da pesquisa são estabelecidas relações de causa e efeitos, uma compressão aprofundada do objeto de estudo através da realização de métodos apropriados de análise que apontam para as devidas conclusões por meio de argumentos lógicos.

Antes de começar a análise das categorias propriamente ditas, serão apontadas, de maneira geral, as categorias representativas de cada tema que surgiu após a organização dos dados, conforme descrito na Figura 1.



Figura 1 – Categorias de Análise.
Fonte: Dados da Pesquisadora, 2011.

A partir dessas três categorias, que foram elencadas após as entrevistas, será possível então, interpretar quais são os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência, sobre o olhar de uma equipe de enfermagem atuante num Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina. Conforme os aspectos éticos, presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi mantido o anonimato dos sujeitos que fizeram parte da pesquisa, sendo usado nome de suas funções seguido por ordem numérica (1, 2, 3...) para identificar as falas mais relevantes dessa discussão.

5.2.1. Categoria 1

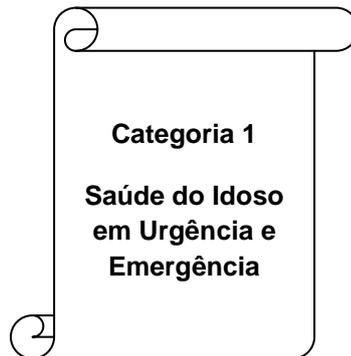


Figura 2 – Saúde do idoso em Urgência e Emergência

Fonte: Dados da pesquisadora, 2011.

A velhice ainda é apresentada como um fenômeno que provoca muitas contradições, por isso é importante que os profissionais e a população se conscientizem de que os problemas vividos pelas pessoas idosas são, na sua maioria, provocados por ações advindas do próprio ambiente em que estas vivem. Os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, devem abordar o idoso considerando todas as especificidades decorrentes do envelhecimento. É preciso que os profissionais estejam devidamente preparados para prestar cuidados ao idoso, pois esta faixa etária apresenta uma instalação muito rápida dos processos patológicos, podendo facilmente mudá-lo de independente para dependente. Porém, apesar do reconhecimento da importância da relevância à saúde do idoso, os profissionais da saúde geralmente não visualizam o idoso como um indivíduo que apresenta necessidades diferentes dos demais adultos e, conseqüentemente, não são estimulados a aplicar conhecimento e conceitos específicos relacionados à gerontologia em sua dinâmica assistencial. Dessa forma, observa-se que a enfermagem, parte integrante da equipe de saúde, deve habilitar-se para poder atuar de forma mais adequada e especializada na assistência ao idoso em todos os níveis de Atenção. O enfermeiro pode atuar de forma a melhorar a qualidade de vida no envelhecimento. O papel do enfermeiro em relação ao idoso é abrangente, englobando a educação em saúde, a gerência de recursos humanos e de materiais e a realização da assistência qualificada (MONTANHOLI et al, 2006).

Ao serem entrevistados, os participantes da pesquisa tiveram dificuldades para definir seu entendimento sobre saúde do idoso em urgência e emergência, principalmente a equipe técnica de enfermagem, dentre as falas dos mesmos podem-se citar:

“É importante o cuidado com o idoso não somente na realização das técnicas, mas o cuidado integral, aquele que cuida da mente, corpo e espírito.”

(Técnica de Enfermagem 1).

“Nas unidades de emergências teremos sempre contato com os idosos, pois este é o curso natural da vida, as pessoas envelhecem e adoecem. Por isso devemos voltar nossos olhos aos idosos com o intuito não só de curar, mas sim de cuidar, levando em consideração a dor, o sofrimento, bem como a cultura, a posição social e familiar. Muitas vezes as últimas pessoas com quem esses idosos entram em contato são as pessoas da equipe de enfermagem de um Pronto Socorro, por isso a nossa responsabilidade de prestar um bom atendimento a eles.” (Enfermeira 1).

A maioria das falas dos sujeitos pesquisados expressou que é importante realizar uma abordagem integral e uma melhor atenção aos pacientes idosos que procuram o serviço de urgência e emergência do Hospital. A saúde do idoso no âmbito hospitalar, mais precisamente num serviço de urgência e emergência, deste modo, está diretamente ligada a forma de como se busca atender este paciente, sendo que o mesmo geralmente se apresenta debilitado, necessitando de atenção rápida e agilidade da realização dos procedimentos e muitas vezes a abordagem é difícil pelas próprias limitações que ele apresenta, como limitações físicas e mentais decorrentes do próprio processo de envelhecimento ou de complicações patológicas.

Percebe-se o idoso como um ser com especificidade singular e multidimensional que não pode ser desconsiderada, direcionando ao fato de que não se pode cuidar do idoso de forma reducionista, dentro do paradigma que acredita ser o conhecimento algo objetivo, certo e organizado, mas permeado de incerteza e desordem, as quais não só existem como de fato desempenham um papel produtor no universo, direcionando o verdadeiro pensamento complexo, aquele pensamento que olha de frente, utilizando-se de um novo olhar e enfrentando a desordem e a incerteza. Existe um futuro promissor para o cuidado de enfermagem voltado à saúde do idoso, desde que ele considere algumas vias, como: permita ao idoso melhorar ou manter o bem-estar e viver da melhor maneira em seu domicílio; participe da análise dos cuidados de saúde para o idoso e ajude a elaborar estratégias adaptáveis a esse ser humano; centre os cuidados

não somente nas doenças, mas no idoso e em suas necessidades; desenvolva modelos de cuidados que atendam o idoso e a sua família; procure trabalhar em uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar, procurando partilhar as responsabilidades; promova os cuidados domiciliares, incluindo aí os familiares cuidadores; torne-se defensor dos direitos dos idosos; procure ampliar cada vez mais os seus conhecimentos, não só em gerontogeriatría, mas em diferentes domínios disciplinares, e nesse ponto acrescenta-se a relevância de focar a atenção às demandas geriátricas nos serviços de emergências (SANTOS, 2006).

Ao serem questionados se existe no serviço de urgência e emergência do presente Hospital estudado, algum protocolo de atendimento ao paciente idoso, em específico, todos negaram a existência do mesmo, com a justificativa de que os protocolos existentes são elaborados de forma geral para todas as faixas etárias, nada específico somente ao paciente idoso. Da mesma forma nenhum deles possuía alguma formação e/ou treinamentos específicos voltados para a área da saúde do idoso.

O Estatuto do Idoso, em seu Artigo 18, refere que “as Instituições de Saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda” (BRASIL, 2003).

Os gastos com saúde tendem a aumentar progressivamente com o envelhecimento populacional, agravando os desafios de promoção da equidade. Como cuidar da parcela mais pobre, com maiores comorbidades, e maior incapacidade, através de uma abordagem diagnóstica, terapêutica e de reabilitação adequadas? Grandes gastos não garantem, em si, a melhoria da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário trabalhar para a mudança nos princípios que regem a atenção à sua saúde. O aumento da expectativa de vida traz como consequência uma necessidade de mudança no modelo clínico-assistencial e na formação profissional, caminho que se devidamente seguido, ajuda a desenvolver uma melhor atenção á saúde, melhor resolutividade de problemas e diminuição significativa de erros por falta de conduta ética e iatrogenia. Aliado à falta de treinamento específico para a avaliação da capacidade funcional, evidências indicam que os profissionais de saúde não estão habilitados na identificação e intervenção nas síndromes geriátricas — apesar da abordagem tecnicamente correta de problemas clínicos isolados. Do ponto de vista teórico, tal fato demanda aprofundamento

de conceitos, tais como níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social. Na prática, aos profissionais cabe trabalhar com pacientes e suas famílias/cuidadores, enfrentando juntos situações de perda e morte. Conceitos específicos da gerontologia como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação) não constam habitualmente dos conteúdos de formação desses profissionais, mas são operacionais para a proposição de condutas adequadas. Intervenções baseadas em tal moldura extrapolam o modelo biomédico, hegemônico. Enfocando o estudo da doença, o modelo biomédico secundariza aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo de saúde-doença e caracteriza-se pelo reducionismo, ao tratar fenômenos complexos como princípios primários simples, e pelo dualismo mente-corpo (MOTTA e AGUIAR, 2007).

Assim, de forma geral, pode-se afirmar que a Saúde do Idoso em âmbito hospitalar, mais precisamente nos serviços de urgências e emergências ainda é um desafio. Os profissionais reconhecem a importância de uma abordagem mais adequada a este tipo de paciente, porém a realidade mostra que ainda existe muita coisa a fazer, começando pela conscientização dos profissionais atuantes nesses setores, principalmente as Instituições de Saúde, que pagam por este atendimento e tende a lidar diariamente com o grande número de pacientes idosos em suas unidades de observação e internação, o que leva a grandes gastos com saúde, a saber também, que o paciente idoso possui muito mais risco de ir a óbito ou a desenvolver seqüelas secundárias as suas patologias de base, se não bem cuidados. O pronto socorro é um setor crítico, e além disso, porta de entrada desses pacientes, é ali que se toma decisões importantes sobre a conduta que deve ser tomada em cada caso específico, que se faz escolhas que determinarão ou não o sucesso do tratamento posterior, e tempo, neste caso, é um fator que influencia muito no atendimento do paciente idoso, até pelo fato também dele ser um paciente, naturalmente, mais frágil e que demanda maior atenção. A importância que os profissionais dão para este tipo de paciente determinará se o serviço está sendo justo com os mesmos no que diz respeito ao seu atendimento ou de forma contrária, cada vez mais se presenciará enfermarias lotadas com idosos sem que nada seja feito para dar resolutividade a seus problemas.

5.2.2. Categoria 2

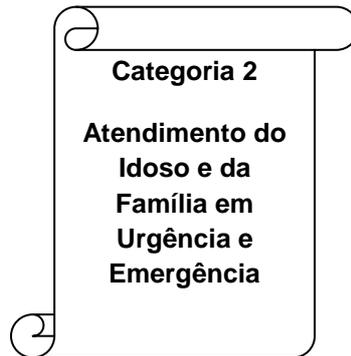


Figura 3 – Atendimento do Idoso e da Família em Urgência e Emergência
Fonte: Dados da Pesquisadora, 2011.

É necessário organizar as múltiplas demandas de saúde da população idosa, de maneira a identificar os idosos fragilizados ou com riscos de fragilização e criar categorias diferenciadas de risco. Dessa forma, possibilita nítida separação entre aqueles de maior risco e, portanto, com necessidade de intervenção imediata, e aqueles portadores de condições que permitem uma intervenção posterior. Assim, essa ordenação permite estabelecer prioridades de atendimento e otimizar o uso de recursos diagnósticos e de reabilitação. Essa preocupação é mais relevante, ainda, se lembrarmos que, em certos ambientes operacionais, tais como os ambulatórios da rede pública, a demanda por consultas ultrapassa a oferta das mesmas, sendo necessária a criação de critérios de prioridade que estejam vinculados à natureza da demanda e não a simples e inoperante regra da hora de chegada na fila de espera. Com a demanda crescente do segmento etário mais envelhecido, a rede de serviços de saúde deve adaptar-se ao atual perfil demográfico e epidemiológico, ampliando a oferta de atendimento especializado de geriatria com forte enfoque na resolutividade de seus problemas. A rede de saúde deve ser capaz de identificar idosos fragilizados, isto é, aqueles com maior risco de desenvolver incapacidade funcional, atentando-se para o fato que o idoso pode apresentar um quadro grave de urgência e emergência sendo o mesmo sutil, discreto e silencioso. Deve, ainda, acompanhar de forma eficiente os de menor risco, paralelamente ao desenvolvimento de ações e atividades de educação e promoção de saúde. Um modelo eficiente de atenção à saúde do idoso precisa, portanto, ser construído a partir de uma lógica própria, que compreenda atividades organizadas num fluxo hierarquizado. Tais atividades, embora possam ser executadas de forma independente, se inter-

relacionam. Esse conjunto de ações é constituído por um fluxo de atividades de promoção de saúde, prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças e referenciamento para centros de avaliação e reabilitação. O envelhecimento populacional não se encontra limitado a um determinado estrato da população. Dessa forma, o modelo não deve se restringir a um determinado setor, podendo ser aplicado tanto no setor público quanto no setor privado de saúde. Igualmente, propõe-se um fluxo de atividades e procedimentos considerado ideal e que funciona como um conjunto de ações organizadas e hierarquizadas. Entretanto, isso não significa que as etapas não funcionem de forma isolada, podendo ser adaptadas de acordo com as necessidades dos serviços. O cuidado hospitalar não é contemplado, muitas vezes, nas propostas de atenção à saúde do idoso. Ao pensar em um diferente modo de atenção à saúde da população idosa, é necessário que possa ser utilizado em diferentes cenários, em diferentes modelos assistenciais, flexível o suficiente para adaptar-se às suas características, sem perder sua identidade própria (LOURENÇO, et al, 2005).

O idoso, na maioria das vezes, ao ter riscos funcionais, como perda de autonomia ou independência, requer uma atenção diferenciada que envolve o cuidado dos familiares ou de um cuidador, como preconizado nos Estatutos e Leis. Contudo, a realidade brasileira, para esse tipo de atenção está aquém do que orientam as políticas, e as unidades hospitalares não têm estrutura para manter o familiar acompanhando o idoso internado/assistido. O suporte e o acompanhamento ao idoso e à sua família dependem muito dos esforços que a unidade de saúde realiza para a inclusão dos familiares no processo de tratamento. Quando a família não participa, é mais difícil garantir o suporte e o acompanhamento tanto para ela como para o paciente, e conseqüentemente tornam-se mais comuns situações de abandono do idoso no hospital. Com base no levantamento de estudos anteriormente realizados, observa-se que todo serviço de saúde geralmente apresenta deficiências quanto à estrutura e organização para manter um acompanhante para o idoso internado, encaminhamentos para serviços de referência, fluxo de atendimento, protocolos clínicos específicos, fichas de notificação, suporte aos idosos, cuidadores, capacitação profissional e definição do fluxo para tal população. A análise dos resultados demonstrou que os serviços de saúde que atendem os idosos não apresentam o perfil adequado e integral necessário ao atendimento dessa população, considerando as suas peculiaridades, demonstrando a necessidade de organização, reestruturação e

ampliação da rede de assistência em saúde à pessoa idosa além de profissionais e gestores mais sensibilizados, por se tratar de um grupo que requer maior atenção pela sua vulnerabilidade à exposição a acidentes, violência e outros agravos à saúde (LIMA, et al, 2010).

Nesse ponto, ao serem abordados sobre a relação que costumam ter com a família do paciente idoso no setor de urgência e emergência, os profissionais de enfermagem afirmaram unanimemente que a presença do familiar/acompanhante é fundamental para o cuidado com o idoso. Dentre as falas dos entrevistados pode-se analisar que o familiar é de suma importância para a eficiência do tratamento para com o idoso:

“É muito importante a presença do familiar junto ao paciente sim, porque geralmente são pacientes mais fragilizados, mais complicados e o familiar muitas vezes ajuda quando o paciente não consegue se comunicar direito, e em outros cuidados também.” (Técnica de Enfermagem 2)

“Procuro explicar aos familiares a situação de saúde do idoso, solicito que tenha sempre um familiar ao lado (exceto em casos de emergência, como uma parada cardiorrespiratória, por exemplo). Caso os familiares não queiram ficar, aciono o conselho do idoso.” (Enfermeira 1).

Em todos os casos abordados, os profissionais de enfermagem relataram que o atendimento do paciente idoso requer sim a presença do familiar/acompanhante sempre, é claro, que se for possível, quando o mesmo não estiver em situações extremas de emergência. Além do mais, a falta do mesmo é considerada abandono, e existe uma preocupação dos profissionais em garantir que isso não ocorra e se ocorrer que seja tomada as devidas providências legais para proteção deste idoso assistido.

Ao serem entrevistados sobre a realização da dispensação de cuidados de enfermagem ao paciente idoso numa situação de urgência e emergência, os profissionais de enfermagem afirmaram que o idoso tem preferência no atendimento sempre que o mesmo se fizer necessário, o serviço não possui uma triagem que funcione sistematicamente e efetivamente, a realização dos atendimentos (gerais), é realizado segundo ordem de chegada conforme rotina estabelecida, ou seja, conforme os

atendimentos médicos realizados através de consultas ou ordem de prioridade quando se fizer necessário ou num caso que requeira atendimento médico imediato (emergência).

“Tem prioridade, a triagem é feita por ordem de chegada, quando é mais urgente esta pessoa tem prioridade em relação às outras. Atendemos o idoso conforme o médico costuma seguir em sua rotina de atendimento, como qualquer outro paciente que é atendido.” (Técnica de Enfermagem 1)

“O idoso tem prioridade no atendimento, porém a triagem é feita por ordem de chegada. Quando os recepcionistas nos chamam relatando que há alguém que não está se sentindo bem, passamos esta pessoa na triagem antes das outras.” (Enfermeira 1)

O paciente idoso não é tratado de forma diferencial em relação a outros pacientes de outras faixas etárias, a definição das prioridades de atendimento é realizada conforme a necessidade de cada paciente dependendo do quadro de saúde em que cada um se encontra. A equipe de enfermagem entende que o idoso, em razão das alterações características do envelhecimento, requer cuidados específicos, porém não reconhece quais são estes cuidados.

Inicialmente, o cuidado para com o paciente idoso exige, por parte da enfermagem, a avaliação integral do idoso, especialmente quando este é submetido a procedimentos mais complexos e passa por situações mais delicadas ou de risco de vida. É fundamental reconhecer, com precisão, as alterações que levaram o idoso ao Pronto Socorro, particularmente se este estiver em situação de risco, a fim de instituir cuidados dirigidos aos idosos mais susceptíveis de complicação. Essa avaliação prioritária requer o desenvolvimento de conhecimentos, tolerância e paciência da equipe de enfermagem, com o intuito de identificar os diversos problemas apresentados pelos idosos. É preciso reconhecer que o idoso requer cuidados individualizados, personalizados e planejados por parte da enfermagem, em função de suas características particulares. Deste modo, o cuidado dispensado ao paciente idoso objetiva a promoção da saúde por meio de medidas que ajudem os idosos a se manterem saudáveis o máximo possível, é afastar o mal, preservando bem-estar do mesmo. O conhecimento gerontológico é determinante para uma prática de enfermagem segura; sem ele, torna-se custoso garantir o cuidado

especializado ao paciente idoso. Pressupõe-se que a não-diferenciação dos cuidados e o *déficit* de conhecimentos no âmbito da gerontologia impulsionam a equipe de enfermagem a recorrer ao auxílio dos acompanhantes. A permissão do acompanhante é um direito que consta no Estatuto do Idoso, embora esse acompanhante também seja considerado como uma ajuda para o profissional. O *déficit* de recursos humanos constatado nos ambientes hospitalares justifica esta atitude de aproximação, de ajuda no cuidado por parte do acompanhante. Com vistas a essa situação, é primordial utilizar a observação atenta da equipe de enfermagem no que se refere às possíveis transferências de responsabilidade da mesma para os acompanhantes. Para a recuperação do idoso hospitalizado, é importante a presença do acompanhante, porém, é preciso a consciência de que, nessa situação, a responsabilidade pelos cuidados ao idoso é da equipe de enfermagem (LENARDT, et al, 2010).

Em relação as dificuldades do atendimento ao paciente idoso em situação de urgência e emergência, três dos profissionais de enfermagem entrevistados negaram possuir alguma, porém dois deles relataram que a comunicação geralmente pode se tornar um problema durante a realização desse atendimento se tornando assim uma dificuldade a ser enfrentada pelos mesmos:

“Sim, tenho dificuldade quando vou atender um paciente que não consegue se comunicar direito. Daí é complicado pra gente por que não se entende o que ele quer dizer, principalmente quando o paciente idoso não fala a mesma língua que agente, como os italianos, de outras culturas, esses mais antigos que tem o hábito de falar na língua que foram ensinados pelos pais. Agente tem que chamar o familiar para ajudar a decifrar o que ele quer dizer, e tem aqueles também que são sequelados de AVC, enfim, para atender o idoso é tudo mais complicado.” (Técnica de Enfermagem 2).

“Não teria nenhuma dificuldade, porém a mesma surge nos casos emergentes, mais graves, quando o idoso não consegue se comunicar ou se comunica de forma que agente não consegue compreender direito.” (Enfermeira 1).

O tipo de linguagem que estabelecemos com os idosos é definido a partir da observação da sua habilidade cognitiva e de seu nível de orientação, considerando seus déficits sensoriais e o uso de medicações. É necessário avaliar o contexto e individualizar as informações; não é toda pessoa que tem diminuição na capacidade auditiva ou que pensa mais lentamente. Se por um lado, as pessoas idosas podem apresentar algumas dificuldades na comunicação verbal, por outro, elas podem estar muito atentas e treinadas na decodificação da comunicação não-verbal, por já terem vivenciado inúmeras experiências ao longo da vida. O profissional deve estar atento à sua postura corporal, à forma como toca a pessoa e à emoção ou o sentimento expresso durante o atendimento. Outro ponto a ser considerado é que a pessoa idosa pode ter perdido a capacidade de escrever, falar, ler ou entender o que os outros dizem, em consequência de alterações neurológicas. A falta dessas habilidades prejudica sobremaneira seu desempenho social, comprometendo sua identidade, auto-estima e qualidade de vida. Essas dificuldades estão associadas, geralmente, à compreensão da linguagem e não à capacidade intelectual. Falar mais pausadamente, não mudar o assunto bruscamente e utilizar gestos e objetos enquanto fala ou orienta, estimular a manutenção de hábitos sociais, atividades profissionais e/ou cotidianas, a participação nas decisões familiares e a execução de atividades que estimulem a linguagem podem auxiliar no processo de comunicação e devem sempre ser considerados (Ministério da Saúde, 2007).

De uma forma geral, o atendimento ao idoso e sua família em situação de urgência e emergência é visto como importante pelos profissionais da equipe de enfermagem do Pronto Socorro do Hospital pesquisado, porém, esse serviço não é adequadamente realizado como poderia ser devido a falta de uma rotina onde se poderia realizar uma boa triagem com esses pacientes, onde uma abordagem maior poderia ser feita pelo Enfermeira da unidade, antes de proceder ao atendimento pelo profissional médico. A falta de uma boa organização do serviço e das tarefas, pode passar a falsa impressão de que falta recursos humanos para dar conta da demanda de atendimentos que surge no setor, o que não seria um problema real na realidade estudada. A falta deste planejamento afeta diretamente a qualidade da assistência prestada, recruta os familiares/acompanhantes para cuidados que são de responsabilidade da equipe de enfermagem e que deveriam ser realizados por eles. Sabe-se da importância do familiar ao lado do paciente, ainda mais por se tratar de um paciente frágil que demanda mais

atenção com o idoso, mesmo assim, muitas vezes, conforme observado, a presença do mesmo ao lado do paciente pode passar ao profissional de enfermagem a falsa ideia de que não precisa se preocupar com aquele paciente, sendo que qualquer alteração o familiar os chama para atender, fazendo com que, em muitos casos, o paciente fique aguardando horas e horas para ser reavaliado ou até mesmo liberado ou internado, quando essa espera não é necessária. Existe uma dicotomia muito grande a respeito do que é falado e do que é realmente feito e que é observado diante da assistência do paciente idoso, a prática difere do discurso, e falta compromisso, responsabilidade e envolvimento da equipe no que diz respeito ao que é mais relevante para o paciente, ou seja, um atendimento eficaz e resolutivo, ético e profissionalmente competente.

5.2.3. Categoria 3

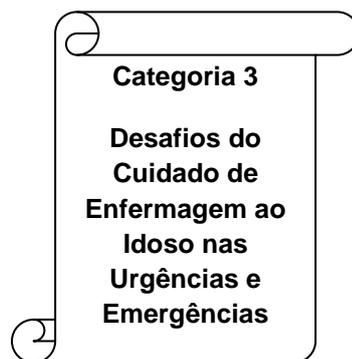


Figura 4: Desafios do cuidado de enfermagem ao idoso nas urgências e emergências.
Fonte: Dados da Pesquisadora, 2011.

A saúde da pessoa idosa inclui diversos fatores, ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde. Velhice não pode ser sinônimo de doença. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. O envelhecimento foi uma grande conquista da humanidade no último século, mas somente o aumento de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para se viver com qualidade de vida. O envelhecimento da população brasileira é uma conquista que resulta em demandas trazidas pela parcela idosa, no âmbito do SUS. Uma atenção

contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. Ela deve estar baseada, em última instância, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna (Ministério da Saúde, 2006).

Em relação aos desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência, os profissionais de enfermagem entrevistados relataram que os maiores desafios concentram-se em: quando os familiares não ficam com os pacientes para acompanhá-los; quando o paciente idoso não adere ao tratamento ou age com agressividade ou teimosia frente ao mesmo (neste caso acredita-se que pode haver tanto a dificuldade do próprio profissional em lidar com o paciente, como falta de paciência e respeito ao estado de saúde do idoso, que muitas vezes age de tal forma por que sua situação de saúde já é complicada, ele não ouve, não enxerga direito, tem dificuldades pra compreender algumas coisas, tem dificuldade de locomoção; tanto como, pode se justificar também, como o paciente idoso mesmo em situações menos graves e apresentando menos alterações funcionais e cognitivas, age de uma forma mesmo a não colaborar com o tratamento, se tornando desta forma um paciente difícil de terapêutica); quando a própria equipe e certos familiares não se comprometem em cuidar adequadamente do paciente idoso; conforme algumas falas a seguir:

“O paciente idoso é sempre mais delicado, é tipo criança, porém ainda mais complicado. Fica difícil quando o paciente não adere ao tratamento, quando não se cuida em casa e depois que complica tem que vir pra cá, e quando fica teimoso ou agressivo, não entende o objetivo do tratamento.” (Técnica de Enfermagem 2)

“Fazer com que a equipe de enfermagem e até mesmo que alguns familiares levem a sério o cuidado com o idoso, respeitando-o em sua totalidade (principalmente com seus sentimentos, com seu pudor).” (Enfermeira 1)

O aumento da demanda nos serviços de emergência é mundial, e este problema ocorre tanto no setor público como no privado. No mundo inteiro, os responsáveis por esses serviços buscam alternativas para resolver esse problema, visto que o maior prejudicado é o paciente de urgência e emergência, que se mistura em uma

fila de espera para atendimento médico por horas, agravando seu quadro clínico e, conseqüentemente, as sequelas provenientes de sua patologia/agravo à saúde.

Os enfermeiros das unidades de emergência, por possuírem mais domínio e rapidez nas ações e modos de cuidar especiais, voltados para clientes portadores de patologias/agravs à saúde de urgências e emergências, a partir de protocolos criados e aprovados por esses serviços, devem atuar conforme um processo gerenciado de cuidado, acompanhando os pacientes em todo seu processo clínico, até a definição e conclusão do seu tratamento. O enfermeiro de emergência necessita estar apto para obter uma história do paciente, exame físico, executando tratamento imediato, preocupando-se com a manutenção da vida e orientação dos pacientes para a continuidade de tratamento. Devem aliar sua fundamentação teórica à capacidade de liderança, iniciativa e habilidades assistencial e de ensino. Precisa ter raciocínio rápido e capacidade de liderança, pois é responsável pela coordenação de uma equipe de enfermagem e é parte vital e integrante da equipe de emergência. Tal coordenação tem início na entrada do usuário, seja em serviços de urgência, com abertura de um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros. É preciso repensar os modelos de assistência complementar à saúde, com propostas e alternativas de modelagem dos serviços, buscando incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde e configurar outras formas da assistência de saúde anti-hegemônica. Estas ações diferenciadas na produção da saúde operam tecnologias voltadas para a produção do cuidado, apostam em novas relações entre trabalhadores e usuários e suas necessidades estabelecendo um contraponto à crise vivida pela saúde. Nessa perspectiva, a estratégia de gerenciamento de caso viabiliza uma nova proposta de trabalho. Em relação à conexão entre o gerenciamento de caso e os enfermeiros, constata-se que os enfermeiros são vistos como profissionais mais capacitados para exercer tal função, devido ao seu conhecimento clínico, habilidade para oferecer cuidado holístico e forte advocacia em favor do paciente, uma vez que conhecem os serviços de outros profissionais e pessoal associados à saúde. Desta forma, observa-se que o gerente do setor de emergência pode conduzir e acompanhar, evitando o retorno desnecessário dos pacientes ao serviço de emergência e, em outros casos, a piora da sua doença com seqüelas e hospitalização, gerando maior custo para o sistema. Para evitar a fragmentação do cuidado, faz-se

necessário operar em um formato do modelo assistencial, comandado por um processo de trabalho otimizador de ações, que oriente o percurso necessário do paciente dentro das redes de serviços; quando isso não ocorre, o paciente faz seu próprio caminhar, um trajeto mais longo, a despeito de uma situação crítica, induzindo consumo de procedimentos, ampliando os custos e tempo para o início das intervenções. Pela própria característica da unidade de emergência, que se relaciona com todos os outros setores do hospital, assim como com todos os multiprofissionais que nela atuam, é necessário fortalecer o trabalho na emergência com um modelo de gerenciamento que vise ao paciente como um todo, focado na continuidade do tratamento e do atendimento. O enfermeiro pode ser o profissional responsável para atuar gerenciando cada caso, para direcionar e integrar os pacientes, favorecendo seu vínculo com a equipe de saúde — inclusive um médico assistente —, a rede básica de saúde e sua operadora de saúde. (VALENTIM e SANTOS, 2009).

Assim, é de suma importância que se leve em consideração que a equipe de enfermagem é fortemente influenciada pelo Enfermeiro líder que coordena esta equipe, um bom entrosamento entre os membros, bom planejamento e coordenação de ações específicas, bem como supervisão direta dos funcionários, ajuda a fortalecer este trabalho que deve ser sempre de cunho educativo-participativo, ou seja, não basta apenas falar, é preciso fazer e fazer juntos.

Um serviço de urgência e emergência, será sempre, por sua natureza, um setor crítico, que exigirá dos membros da equipe de enfermagem que ali atuam, objetividade, habilidade e destreza técnica, agilidade, capacidade de tomada de decisão rápida e eficaz, raciocínio rápido, compromisso, responsabilidade, mas ao mesmo tempo, paciência, controle emocional, capacidade de lidar com situações extremas de alto nível de estresse, empatia, ética e capacidade para trabalho em equipe com organização e capacidade de delegação e aceitação de tarefas. Nem sempre, é claro, será possível garantir a melhor assistência ao paciente que se encontra num situação grave de risco de vida, por exemplo, pois entre fazer certas coisas e tentar salvar a vida do paciente, é claro que se vai focar em salvar o paciente, mas isso não retira a responsabilidade ética que os profissionais tem para garantir um atendimento humanizado, a informação ao paciente e à família, bem como sua participação, e um atendimento personalizado e comprometido, afinal ninguém é igual a ninguém e da mesma forma, o mesmo caso pode se comportar

de maneiras diferentes entre um paciente e outro, não generalizar as situações, em emergências muitas vezes, protocolos prontos terão de ser quebrados em virtude do bem-estar daquela vida que ali se encontra. Tirando as situações mais graves, o restante, geralmente, é atendimento ambulatorial, ou seja, que não é urgência nem emergência que nos dias atuais somam os maiores números de atendimentos nos Prontos Socorros dos Hospitais, nestes casos mesmo, não existe desculpas para não realização de um atendimento de qualidade e uma atenção individualizada adequada para com o paciente e seu familiar. É de responsabilidade da equipe de enfermagem o controle de qualidade do cuidado realizado, pois isso é competência da enfermagem e não de outros profissionais.

Desta forma, quando se fala de descobrir quais são os maiores desafios do cuidado de enfermagem ao atendimento do paciente idoso nas urgências e emergências, percebe-se que o maior desafio é despertar os profissionais para a importância de se refletir sobre a sua prática, os valores envolvidos bem como a sustentabilidade das ações integradoras do trabalho de enfermagem, aquelas que ajudam a desenvolver um caráter humano, generoso, equitativo, uniforme, unânimo, responsável e competente não somente em níveis técnicos mas, bem como, relacionais com os membros da equipe e outros da equipe de saúde em geral, éticos e universais.

Ao serem abordados sobre o que poderia ser sugerido para o tema deste trabalho, os profissionais de enfermagem entrevistados relataram, em sua maioria, que o mesmo pode ser melhor trabalhado através de treinamento específicos com a equipe, educação continuada, discussões entre os profissionais, mas principalmente mais atenção dos próprios profissionais, mais empatia, com os pacientes idosos que acabam por precisar dos serviços de urgência emergência do Hospital.

“Acredito que os profissionais poderiam atender melhor os pacientes, que os cuidados da enfermagem poderiam ser mais bem executados e muitas vezes isso foge do nosso foco. Poderia ser feito mais treinamentos sobre isso, ter mais educação sobre isso.”

(Técnico de Enfermagem 3).

“Conscientização da equipe de enfermagem quanto ao respeito com os idosos por meio da educação continuada, principalmente questões éticas. Educação ou

capacitação sobre as doenças prevalentes nos idosos, bem como o manejo mais adequado para com os mesmos nessas situações.” (Enfermeira 1).

O enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias; dentre elas, pode-se citar a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua prática profissional. Entende-se que investimentos dos órgãos formadores e das instituições de saúde na formação do enfermeiro-líder são cruciais para torná-lo um agente de mudanças com o propósito de fornecer estratégias que possibilitem a melhoria da organização, da equipe de enfermagem e principalmente da assistência prestada ao paciente/cliente. No Brasil, somente a partir da década de 80, a capacitação dos profissionais que atuam no atendimento de emergência tornou-se fato relevante; entretanto, na literatura nacional a escassez de estudos na enfermagem nesse aspecto determina a necessidade de investigações. Existe uma enorme necessidade destes profissionais repensarem a sua prática profissional, mudanças que levem em consideração a liderança como uma estratégia que possibilite as mudanças requeridas no gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente/cliente. Frente as características específicas da unidade de emergência, o trabalho em equipe torna-se crucial. O enfermeiro deve ser uma pessoa tranqüila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, à cada situação que se apresente à sua frente, cabendo a ele o papel de líder-responsável por esta equipe. Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento e competência clínica e sobretudo, capacidade de gerenciamento de pessoas e conflitos. (WEHBE e GALVÃO, 2001).

De uma forma geral, pode-se afirmar que os maiores problemas enfrentados não somente ao atendimento do paciente idoso em situação de urgência e emergência, mas como todas as outras demandas, é a qualidade e efetividade da assistência prestada a essas pessoas. O presente estudo pode demonstrar que os maiores desafios da equipe de enfermagem atuante num serviço de Pronto Socorro, não está em dificuldades técnicas nem dificuldade em lidar com as pessoas que ali procuram atendimento e sim de lidar consigo mesmos. O maior desafio está em promover uma mudança na mente das pessoas que trabalham neste serviço, para que, embora estejam atuando num ambiente

frio e reducionista, não ajam como tal nem com seus colegas de trabalho e nem com os pacientes atendidos.

Percebeu-se que a equipe de enfermagem atuante, de alguns turnos, era mais fechada, e a falta de entrosamento de alguns membros da equipe era visível. Notou-se certo individualismo por parte de alguns membros, falta de interesse coletivo e motivação para o trabalho. Porém, apesar disso, de forma geral, todos se empenhavam em fazer o trabalho que tinham que fazer. Notou-se certa desorganização do setor nas trocas de plantão, principalmente do quesito médico, muitas vezes foi observado que o profissional médico deixava de atender os pacientes que esperavam consulta muito antes do término do seu horário, o que sobrecarregava os profissionais do próximo turno de trabalho. Além disso, percebeu-se que alguns serviços eram deficitários, como o serviço de laboratório, que durante a noite, mesmo de sobreaviso, recusou-se de fazer alguns exames solicitados pelo profissional médico para pacientes de observação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que prestam atendimento nos serviços de urgência e emergência devem ter como objetivo a busca do bem-estar do paciente e os deveres associados a esses objetivos são a veracidade e o atendimento da necessidade real ou presumida, devendo ser avaliadas conforme a gravidade do quadro de saúde. A situação de emergência caracteriza-se por ser aquela em que não pode haver protelação no atendimento, o mesmo deve ser realizado num período que não exceda a duas horas, sendo assim, o atendimento de urgência e emergência deve ser realizado usando critérios de gravidade, onde os pacientes em situação de emergência têm prioridade em relação aos demais (GATTIS, 2008).

O presente estudo teve como pergunta de pesquisa quais são os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência emergência tendo como referência a realidade de um Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina.

A partir disto, realizou-se algumas hipóteses, sendo que algumas foram comprovadas e outras contestadas. Deste modo, os profissionais de enfermagem não possuem dificuldades técnicas para atender a pessoa idosa numa situação de urgência e emergência, suas dificuldades em lidar com a família do idoso estão relacionadas quando a mesma não aceita participar do processo sendo acompanhante do mesmo e não pela presença da mesma no setor, o que é tido como muito importante, os profissionais de enfermagem vêem os idosos como atendimento preferencial em urgência e emergência, porém não existe uma diferenciação de cuidado ou atendimento com relação aos demais pacientes da mesma situação, todos são atendidos igualmente conforme nível de gravidade ou por ordem de chegada sem a realização de uma boa triagem no seu momento de chegada no serviço, os profissionais de enfermagem não possuem treinamento profissional para lidar com as questões específicas no atendimento do idoso em urgência e emergência, mas reconhecem que é necessário que se discuta este tema em programas de educação continuada e capacitação específica.

A pesquisa alcançou seus objetivos respondendo que, então, os maiores desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência

são: a postura e comportamento deste idoso frente ao atendimento realizado, quando o paciente não adere ao tratamento ou age com agressividade ou teimosia (podendo ser estes problemas do próprio profissional, sua postura frente ao atendimento deste idoso, ou até mesmo do paciente idoso frente ao profissional, no sentido mesmo de não colaborar com o tratamento), a falta da presença dos familiares quando a mesma se faz necessária para acompanhá-los, quando a própria equipe e certos familiares não se comprometem em cuidar adequadamente do paciente idoso.

A pesquisa contou com a participação de cinco membros da equipe de enfermagem atuantes no setor de urgência e emergência do Pronto Socorro de um Hospital do Sul de Santa Catarina, a média de idade circulou na faixa etária dos 38 anos de idade, a maioria era casada, todos eles tinham em média quatro anos de experiência nesta área, nenhum deles possuía alguma formação específica em atendimento de urgência e emergência ao idoso, todos alegaram priorizar o atendimento ao idoso em situação de urgência e emergência, porém sem nenhuma diferenciação com relação aos demais e sem nenhum protocolo ou triagem específica a seguir que poderia determinar ações mais focadas com o paciente idoso em situação de urgência e emergência, a família do idoso é levada em consideração e sua presença é importante para a dinamização do cuidado deste paciente.

É de suma importância o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem específico e diferenciado ao atendimento do idoso em urgência e emergência, mas para isso é necessário que se estude e se construa práticas focadas nesse aspecto que incentivem a formação de grupos de estudo, capazes de promover capacitação e formação contínua dos profissionais, não somente em âmbito hospitalar mas também a nível de atenção básica, preparando também este idoso para as eventuais complicações do seu processo de envelhecimento. É necessário que se eduque não somente para a saúde, mas também para a doença e de que forma se pode lidar melhor com esses processos inerentes a todo ser humano. Em resumo, como diria Paulo Freire, o caminho se faz caminhando, e o nome deste caminho de chama Educação.

Em relação aos problemas levantados durante a pesquisa, sugere-se que se realize de uma forma mais adequada, regular e efetiva o serviço de triagem, pelo profissional Enfermeiro, que possui habilidades teóricas-práticas capazes de atender de

uma forma mais eficiente este paciente no momento de sua chegada ao serviço de urgência e emergência.

A triagem é o primeiro atendimento prestado pelo profissional aos usuários dos serviços de saúde e tem como objetivo a classificação adequada dos pacientes bem como a decisão de prioridades e intervenções terapêuticas individualizadas, e a mesma vem para contribuir no atendimento favorecendo na redução de aglomerações nas unidades de urgência e emergência bem como a redução no tempo de espera do paciente nesse serviço. O processo de acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente, pois é um método de desenvolver os processos de trabalho em saúde de forma a atender os usuários que procuram os serviços de saúde, ouvindo os seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários (MORISCHITA, SILVA e SOUZA, 2008).

A realização adequada da triagem facilita o atendimento de urgência e emergência e integra ações voltadas aos pacientes que possuem maior prioridade de atendimento, tornando o serviço mais eficiente, equitativo, resoluto, e nesse aspecto tanto a Instituição ganha em qualidade da assistência quanto o paciente que é o maior interessado em receber esse cuidado. A educação também é outro fator importante, pois somente através dela é possível transformar realidades e pessoas, através da educação, da capacitação contínua dos profissionais de enfermagem poder-se-á construir um novo cenário para a categoria profissional, tornando a equipe mais consciente de seus atos, ações e comportamentos, fazendo-os compreender melhor aquele ser humano que ali se encontra necessitando do seu cuidado.

O paciente idoso sempre terá suas especificidades, como qualquer paciente tem, pois cada ser humano é único e ninguém é igual a ninguém, pessoas são organismos altamente complexos, dotados de inteligência intelectual, emocional e espiritual, têm suas particularidades, suas histórias de vida, crenças, valores e formas de se comportar diferentes uns dos outros. Cabe aos profissionais de enfermagem compreender melhor essa realidade, acolher de uma forma mais pessoal este paciente que vem até o serviço de urgência e emergência, saber colocar-se no lugar do outro, imaginar que aquele idoso que está ali aguardando por um atendimento, pelo resultado de um exame, por uma medicação enfim, poderia ser um pai, uma mãe, um avô, uma avó de um desses membros da equipe atuante naquele lugar. Chegar aos sessenta, setenta,

oitenta anos de idade é uma conquista para essas pessoas, e por mais que tenham vivido toda uma vida e se entenda a morte como parte dela, ninguém quer ver um familiar seu sofrendo e ninguém gosta da ideia de perder este ente tão querido.

Estudos revelam que os idosos brasileiros, em sua maioria, convive em núcleos familiares, partilhando da companhia de seu cônjuge, filhos e muitas vezes netos, sendo, em grande parte, responsável pelos cuidados com eles. Desta forma, pode-se afirmar que lidar com as questões do paciente idoso também é aprender a lidar com a realidade em que o mesmo está inserido, compreender seu *lôcus* familiar, seu ambiente de vida e respeitar aquilo que é importante pra ele, atendendo suas necessidades individuais sem julgamentos ou preconceitos.

É necessário que as Instituições formadoras de ensino incentivem mais seus alunos à pesquisa envolvendo as pessoas idosas, pois existe um crescimento rápido dessa população na sociedade bem como agravos à saúde que acometem os mesmos e que acarretam grandes gastos para o Sistema de Saúde, sendo que o mesmo ainda não está devidamente preparado para receber este idoso em suas instituições hospitalares. Existe muitos trabalhos sendo realizados a nível da atenção básica, no entanto isso é bem escasso no ambiente hospitalar, assim, sugere-se também a realização de novos estudos, grupos de pesquisa e capacitação de funcionários que ali atuam, no sentido de promover um melhor preparo para a atenção do idoso no ambiente hospitalar. Da mesma forma, é necessário reforçar a educação do idoso e do familiar na atenção básica a despeito dos aspectos específicos e relevantes do processo de envelhecimento, bem como treinamentos específicos sobre cuidados com a saúde do idoso em domicílio, apoio aos familiares e/ou cuidadores informais responsáveis pela realização desse cuidado.

A educação é uma poderosa ferramenta para formação e capacitação dos profissionais e das pessoas que participam do processo do cuidado informal para a realização de um atendimento integral da saúde do idoso enfermo, pra isso é necessário mobilizar todos os segmentos da saúde para que isso se torne uma realidade visível nos serviços prestados. É preciso juntar a saúde à educação, uma interdepende da outra, não se pode falar de saúde sem falar de educação. A educação forma profissionais com uma visão mais altruísta e humanista, capacita para as mudanças atuais da sociedade, motiva

para o empreendedorismo, estimula à inovação e transforma realidades. Ali se encontra o maior desafio de todos: educar não somente para formar profissionais, mas para formar bons cidadãos, comprometidos com a causa do seu próximo e co-responsáveis pela mudança que desejam ver no mundo. A verdadeira educação molda o caráter das pessoas, faz as mesmas refletirem sobre seus atos, e é disso que o mundo mais precisa hoje em dia.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científica: Elaboração de trabalho de graduação**. 7 ed. - São Paulo: Atlas, 2005.

BECERRA, Sara Gavidia. Demanda de atención de pacientes geriátricos por nível de gravedad en el servicio de Emergencia de la clínica geriátrica San José. Perú, 2003. Disponível em: www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/gavidia_bs/pdf/gavidia_bs-TH.6.pdf. Acesso em 12 de Fevereiro de 2011.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do ser humano, compaixão pela terra**. 12. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. 199 p.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1 de Outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/est.%20de%20idoso.pdf>. Acesso em 10 de Março de 2011.

_____. Portaria nº 1.395 de 09 de Dezembro de 1999 que dispõe sobre a Política Nacional da Saúde do Idoso. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legislacao/leg_detalhes2.cfm?id=1548. Acesso em 10 de Março de 2011.

CAMPEDELLI, Maria Coeli, et al. **Processo de Enfermagem na prática**. 2 ed. São Paulo: Editora Ática, 1992. 136 p.

CAMPOS, Janaína F.S. et al. Trauma em idosos atendidos no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. São José do Rio Preto, SP, 2007. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-4/ID214.pdf. Acesso em 12 de Março de 2011.

CEPESC, Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva. Relatório técnico: desafios atuais decorrência do envelhecimento populacional: a assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso, 2007. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/UERJ_Desafios.pdf. Acesso em 10 de Março de 2011.

CHAPMAN, Gary. **O amor como estilo de vida: descubra como viver o amor através de suas atitudes e ações**. Rio de Janeiro: Sextante, 2009. 255 p.

COFEN. Resolução nº 311, de 12 de Maio de 2007, que dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Série Cadernos de Enfermagem: consolidação da Legislação e Ética Profissional. Vol.1. Denise Elvira Pires de Pires, et al. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem – SC: Quorum Comunicação, 2010. 136 p.

_____. Resolução nº 358, de 15 de Outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Série Caderno de Enfermagem: consolidação da

Legislação e Ética Profissional. Vol.1. Denise Elvira Pires de Pires, et al. Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem – SC: Quorum Comunicação, 2010. 136 p.

DAL PAI, Daiane. Enfermagem, trabalho e saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10346/000597337.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 de Julho de 2011.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento Domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p.

DUASO, Enric; LÓPEZ-SOTO, Alfons. Valoración del paciente frágil en urgencias. Espanha, 2009. Disponível em: http://www.semes.org/revista/vol21_5/9.pdf. Acesso em: 10 de Março de 2011.

FILHO, Eurico Thomaz de Carvalho; NETTO, Matheus Papaléo. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. 447 p.

FREITAS, Elizabeth Viana de, et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1187 p.

GATTIS, Sueli. Perfil do idoso associado de uma empresa privada de atendimento domiciliar de urgência e emergência Pré-Hospitalar na cidade de Florianópolis – SC. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2008. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Sueli%20Gattis.pdf>. Acesso em 05 de Julho de 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. SP: Atlas, 2002.

GUTIÉRREZ, S. Navarro, et al. La urgencia geriatrica em la provincia de Cuenca. Espanha, 2002. Disponível em: http://www.semes.org/revista/vol14_4/163-170.pdf. Acesso em: 10 de Março de 2011.

HOUAISS, Antônio (Ed.). **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. VILLAR, Mauro de Salles. Rio de Janeiro: Editora objetiva, 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livros, NFR/UFSC, 1999, 228p.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LEOPARDI, Maria Tereza, et al. **O Processo de trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, 1999, 176p.

LENARDT, Maria Helena; et al. As concepções do cuidado gerontológico de enfermagem frente às complicações pós-operatórias do idoso. **Revista Cogitare Enfermagem**,

Jul/Set. 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/18882/12191>. Acesso em 05 de Julho de 2011.

LIMA, Thaís Jaqueline Vieira de; colaboradores. Humanização na atenção de saúde do idoso. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 15 de fevereiro de 2011.

LIMA, Maria Luiza Carvalho de; et al. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Vol.15, n.º. 6, 2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000600007&script=sci_arttext. Acesso em 02 de Julho de 2011.

LOURENÇO, Roberto Alves; et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24058.pdf>. Acesso em 20 de Fevereiro de 2011.

MALAGUTTI, William (Org). **Bioética e Enfermagem**: controvérsias, desafios e conquistas. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007. 213 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009, 108 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série Pactos pela Saúde, 2006, vol. 12, Brasília-DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 30 de Junho de 2011.

_____. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n.º. 19, 2007, Brasília-DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcdad19.pdf>. Acesso em: 30 de Junho de 2011.

MONTANHOLI, Liciane Longana, et al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, out/dez, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a15.pdf>. Acesso em: 02 de Julho de 2011.

MORISCHITA, Alessandra; SILVA, Eunice Alves da; SOUZA, Michelle Aparecida Moraes de. Concepção de triagem x demanda crescente dos atendimentos em unidades de urgência e emergência. **Revista Ponto de Encontro**, vol. 1. 2008. Disponível em: <http://www.fadap.br/revista/enfermagem/files/revista%20digital%20enfermagem.pdf#page=3>. Acesso em 05 de Julho de 2011.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol.12, nº.2., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a12v12n2.pdf>. Acesso em: 02 de Julho de 2011.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **Urgência e Emergência para Enfermagem: do atendimento pré-hospitalar (APH) à sala de emergência**. 5 ed. São Paulo: Iátria, 2008. 224 p.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. O ensino de enfermagem gerontogeriatrica e a complexidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/10.pdf>. Acesso em 07 de Julho de 2011.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Bare. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1132 p.

SOUZA, Maria de Lourdes de; et al. O cuidado de enfermagem: uma aproximação teórica. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2.pdf>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2011.

VARGA, Andrew C. **Problemas de Bioética**. São Leopoldo: 2001. 298 p.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lidia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado, e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>. Acesso em: 20 de Fevereiro de 2011.

VALENTIM, Márcia Rejane da Silva; SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos. Políticas de Saúde em Emergência e a Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, abr/jun. de 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>. Acesso em: 05 de Julho de 2011.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; et al. Conceito de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. Maringá, PR, maio de 2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_7.html. Acesso em: 10 de Março de 2011.

WEHBE, Graziela; GALVÃO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de Hospital Privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, março/2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692001000200012&script=sci_arttext. Acesso em 05 de Julho de 2011.

APÊNDICE 1

Entrevista

ENTREVISTA À EQUIPE DE ENFERMAGEM ATUANTE NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Caracterização dos atores sociais

- a. Sexo: F () M ().
- b. Idade:
- c. Estado civil:
- d. Função:
- e. Tempo de atuação na Instituição:
- f. Tempo de atuação no setor:
- g. Turno em que trabalha:

2. Qual o seu entendimento sobre saúde do idoso em urgência e emergência?

3. Existe protocolo de atendimento ao idoso em situação de urgência e emergência no setor? Justifique sua resposta.

4. Você possui alguma formação ou treinamento específico voltado à atenção do idoso em situação de urgência e emergência? Se sim, quais os assuntos abordados na capacitação, carga horária, ano e Instituição Formadora.

5. Como costuma ser a sua relação com a família do paciente idoso em situação de urgência e emergência? Descreva como você costuma proceder frente a presença dos familiares do paciente no setor.

6. Numa situação de urgência e emergência, como é o procedimento em relação a dispensação de cuidados de enfermagem específicos ao paciente idoso, em relação a definição de prioridades, tempo entre espera e atendimento e seleção desses pacientes na hora da triagem em relação aos demais pacientes?

7. Você possui alguma dificuldade ao atender um paciente idoso em situação de urgência e emergência? Se sim, cite quais são.

8. Na sua opinião, levando em consideração sua experiência na área, quais são os maiores desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência?

9. O que você sugere sobre a temática: os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência?

ANEXO 1

Parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da UNESCO



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 167/2011

Pesquisador:

Maria Saete Salvaro
Monica Wusnieski Bif

Título: "Os Desafios no Cuidado de Enfermagem ao Atendimento do Idoso em Urgência e Emergência".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 21 de junho de 2011.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP

ANEXO 2

Termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com resolução 196/96

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Estamos realizando um projeto para a realização da Monografia do Curso de Pós-Graduação/Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência intitulado **“Os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência.”** O(a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos identificar quais são os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência. Embora o(a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o(a) sr(a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o(a) sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr(a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o(a) sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a transcrição das suas falas na oportunidade da entrevista para o trabalho final.

A coleta de dados será realizada pela aluna Mônica Wusnieski Bif (Tel: 96582419) do Curso de Pós-Graduação/Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência Turma 2 da UNESC e orientada pela professora Maria Salette Salvaro (Tel: 9872039). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

Criciúma (SC) _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Participante