

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Priscilla Gonçalves Casanova Soeiro

**CARACTERIZAÇÃO E O GRAU DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS NA ALTA
HOSPITALAR DE UNIDADES CIRÚRGICAS: subsídios para o cuidado
domiciliar**

PORTO ALEGRE

2003

PRISCILLA GONÇALVES CASANOVA SOEIRO

**CARACTERIZAÇÃO E O GRAU DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS NA ALTA
HOSPITALAR DE UNIDADES CIRÚRGICAS: subsídios para o cuidado
domiciliar**

Relatório do Trabalho de
Conclusão de curso apresentado
na Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito
parcial para obtenção do grau de
Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Beatriz Regina Lara dos Santos

Porto Alegre, agosto de 2003.

Biblioteca
Esc. de Enfermagem da UFRGS

AGRADECIMENTOS

À meus pais, Denise e Cláudio, que ao longo da minha vida passaram valores importantes para que eu seja o que sou hoje. À vocês, meu amor incondicional!

Ao Otávio, um namorado sempre presente mesmo estando longe. Pelo amor, paciência, amizade e apoio nos momentos difíceis.

À todos os meus amigos e colegas de faculdade. Em especial Angela Happel, Daniela dos Santos, Patrícia Nunes e Ana Amélia Lima. Obrigada pelos momentos de alegria, cumplicidade, companheirismo e força nas dificuldades da vida.

À professora Beatriz R. L. dos Santos por acreditar na minha capacidade, pelos ensinamentos e por ter me oferecido a oportunidade de ser bolsista de iniciação científica por dois anos.

Aos colegas do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade que ao longo desses anos ajudaram-me na aquisição de conhecimentos. Em especial agradeço o apoio de Alessandra Cesar, Adriana Paz e Daiana Weiss.

À enfermeira Angela Maria Tasca pela supervisão do estágio curricular na Radioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Sua competência, dedicação e crença na Enfermagem como um diferencial na qualidade de assistência à saúde ficarão como exemplos para mim.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e aos funcionários que fazem deste um referencial de instituição de saúde para o Rio Grande do Sul e para o Brasil.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul que durante estes quatro anos e meio proporcionou um ensino gratuito, público e de qualidade para mim e meus colegas.

Aos pacientes que compreenderam minha postura de aprendiz e que demonstraram confiança para poder mostrar o que já sei.

E finalmente à Deus pela vida, saúde e por permitir que eu esteja completando minha graduação.

**Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!**

Mario Quintana

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Principais Características Demográficas.....	23
Gráfico 2. Principais Características Sociais.....	25
Gráfico 3. Principais Características Comportamentais.....	26
Gráfico 4. Patologias encontradas conforme a CID-10.....	28
Gráfico 5. Necessidades Humanas Básicas mais afetadas.....	32
Gráfico 6. Grau de Dependência.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 O IDOSO NO CONTEXTO SOCIAL	9
2.2 CUIDADO DOMICILIAR.....	11
2.3 GRAU DE DEPENDÊNCIA.....	13
3 DEFINIÇÃO DE TERMOS	16
4 OBJETIVOS	18
5 METODOLOGIA	19
5.1 TIPO DE ESTUDO	19
5.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	19
5.3 COLETA DE DADOS	20
5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	20
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	21
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	21
6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	22
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	22
6.1.1 Características Demográficas	22
6.1.2 Características Sociais.....	23
6.1.3 Características Comportamentais	25
6.1.4 Características de Saúde.....	27
6.2 GRAU DE DEPENDÊNCIA.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	39
APÊNDICE A	40
APÊNDICE B	41
ANEXOS	43
ANEXO A	44
ANEXO B	45

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento da população tem atingido inúmeros países do mundo. Sabe-se que o aumento do número de idosos ocorre sobretudo em países desenvolvidos, onde já existe a preocupação com a mão-de-obra, por exemplo. Contudo, observamos que no Brasil, um país em desenvolvimento, também ocorre um envelhecimento populacional. Entre as causas estão a queda na fecundidade e o aumento na média dos anos vividos pelas pessoas (CHAIMOWICZ, 1997). O Brasil dos jovens dos anos 80 está envelhecendo, visivelmente.

Entretanto, não há uma estrutura para atender a população idosa do país. Para um grande número de pessoas o envelhecer traz consigo incapacidades, as quais sabemos, através de estudos, que estão altamente relacionadas com as doenças crônico-degenerativas. Estas são responsáveis diretas pelas reinternações freqüentes e pela extensa permanência hospitalar (DUARTE, 1994). Dessa forma, o sistema de saúde se vê sobrecarregado financeiramente, pois normalmente esses pacientes se tornam onerosos para as instituições.

O interesse em melhorar a qualidade de vida dos idosos é compartilhado com projetos de professores e demais integrantes do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo uma temática constante nos trabalhos desenvolvidos.

O trabalho do enfermeiro com o paciente e suas famílias no âmbito familiar, além de ampliar o contexto de atuação, acrescenta funções e responsabilidades a esse profissional. Portanto, conforme Paz (2002, p.9) o cuidado de enfermagem

constitui-se “em grande desafio à prática da enfermagem no que se refere ao cuidado domiciliar”.

Acredita-se que através de um Sistema de Classificação de Pacientes pode-se conhecer e avaliar de maneira sistematizada, saber quais são as necessidades e medir o grau de dependência do cliente idoso. Nesse sentido propõe-se dar subsídios para o planejamento de programas de cuidado domiciliar em instituições hospitalares qualificando, assim, a atenção à saúde e o cuidado de enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Idoso no Contexto Social

Conforme citado por Duarte (1994), a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento convocada pelas Nações Unidas em Viena, no ano de 1982, estabeleceu que os 60 anos constituem o limite inferior da etapa do envelhecimento.

Essa fase da vida é caracterizada por fenômenos biológicos específicos. Há alterações em todos os sistemas do corpo humano, demonstrando uma involução orgânica. A força das pernas não é mais a mesma, o coração já sente a passagem dos anos, os órgãos dos sentidos diminuem a sua acuidade, a pele perde o seu viço, entre outras tantas mudanças fisiológicas comuns na terceira idade.

Mas essa fase não é só de alterações orgânicas. Com elas ocorrem alterações psicológicas, sociais e culturais. Segundo Duarte (1994), o indivíduo está num intenso momento de reavaliação de valores, pois questiona sua condição frente ao tempo, ao mundo e a si mesmo.

Para Medrado, citado na obra de Veloz (1999), é comum o envelhecimento ser representado socialmente por esteriótipos. Muitos acreditam que o idoso 'não serve para nada, é inútil, só tem doenças e não tem destino'. Representações dessa natureza refletem a desvalorização do idoso na sociedade ocidental contemporânea e a valorização da juventude e da capacidade de produção. Nesse contexto, o ser velho representa um afastamento do mundo social.

Contudo, algumas vezes são valorizadas socialmente duas características dessa população: a experiência e a sabedoria. Essas são capacidades intelectuais que constituem um atributo da pessoa idosa e exemplificam pontos positivos no envelhecer.

Estudos epidemiológicos confirmam o que nos é visível atualmente: o aumento da população de idosos no Brasil. Somente a partir de 1960, com o declínio da mortalidade em algumas regiões mais desenvolvidas do país, iniciou-se o processo de mudança na proporção de idosos. Como é colocado por Chaimowicz (1997):

O fenômeno se estendia paulatinamente às demais regiões brasileiras, tanto nas áreas urbanas quanto rurais, e a todas as classes sociais. A taxa de fecundidade total caiu de 5,8 para 2,7 filhos por mulher, entre 1970 e 1991, redução superior a 50%. Como consequência, o peso relativo dos jovens declinou de 41,9% para 34,7% no mesmo período e a proporção de idosos cresceu de 3,1% para 4,8%. O índice de envelhecimento da população, que era igual a 6,4 em 1960, alcançou 13,9 em 1991, incremento superior a 100% em apenas três décadas. Se no início do século a proporção de indivíduos que conseguia alcançar os 60 anos se aproximava de 25%, em 1990 ela superava 78% entre as mulheres e 65% entre os homens, a expectativa de vida ao nascer então já ultrapassava os 65 anos.

Deverá se observar o mais rápido incremento na proporção de idosos, que saltará de 5,1% para 14,2%, entre os anos de 2000 a 2050. Assim, as mudanças nos dados epidemiológicos ocorrem com tamanha velocidade que o Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo Duarte (1994), os principais problemas dos idosos brasileiros são:

- baixas remunerações através de aposentadorias e pensões que impossibilitam o atendimento de suas necessidades e de seus familiares, levando-os a viverem em precárias condições de moradia e de alimentação;
- baixa capacidade de ter acesso aos recursos destinados ao atendimento de suas necessidades de saúde;
- discriminação nos serviços de saúde e nos outros serviços públicos e privados para garantir os seus direitos de cidadania;
- indefinição de uma política de valorização do papel do idoso na sociedade, bem como absorção de sua capacidade produtiva, o que ocasiona a exclusão social;

- ausência de programas inovadores que aumentem a eficácia do atendimento de suas necessidades e incentive sua participação ativa junto a família e a comunidade.

Todos esses dados reforçam a noção de que o envelhecimento populacional pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, à medida que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde.

2.2 Cuidado Domiciliar

Segundo Santos et al. (2002), o cuidado domiciliar surgiu nos Estados Unidos em 1947, pós-guerra. Foi quando várias enfermeiras reuniram-se e passaram a atender e cuidar dos pacientes em casa. Somente na década de 1960 é que este movimento tomou mais força e a idéia da “desospitalização precoce” começou a ser levada a sério, pois os hospitais encontravam-se lotados. Em vez de pacientes recuperarem-se no hospital, ocupando por vezes leitos desnecessariamente, foram surgindo instituições que se propunham a tratar dos pacientes em casa.

Até início da década de 90, no Brasil, este atendimento foi prestado de forma incipiente. Atualmente, o cuidado domiciliar está em pauta, em decorrência, principalmente, de necessidades sociais. Essa alternativa assistencial vem sendo realizada através de iniciativas vinculadas ao setor público, rede básica e hospitais, bem como pelo setor privado, e empresas de prestação de serviços (SANTOS et al., 2002).

O enfermeiro é o profissional mais capacitado para oferecer o cuidado domiciliar com menor custo e melhor qualidade. Porém, tal sistemática demanda uma mudança de mentalidade e principalmente de políticas e estratégias de

formação de recursos humanos na área da saúde. Segundo Lacerda (apud Santos et al., 2002, p.10), o cuidado no domicílio constitui um "(...) serviço de acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes, de diferentes faixas etárias, em resposta à sua necessidade e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar (...)."

Este modo de cuidado tem várias vantagens para os pacientes, para a família para o hospital, e para o próprio profissional. Para o paciente, que fica protegido de contrair uma infecção hospitalar. Para a família, que não precisa se desestruturar com deslocamentos complicados, estacionamentos, engarrafamentos, eventuais faltas ao trabalho e por ser gratificante ver seu familiar sendo acompanhado por equipes de profissionais dentro da sua própria casa. Também traz benefícios para o hospital, pois permite uma maior rotatividade de seus leitos, abrindo espaço para pacientes instáveis que precisam realmente de cuidados intensivos, cirurgias, cuidados para politraumatizados e outras enfermidades agudas. As vantagens também se estendem aos trabalhadores da área da saúde, que vêm aumentar seu campo de trabalho (SANTOS et al., 2002).

No entanto, o conhecimento da real situação existente no domicílio do idoso é uma informação essencial para uma completa avaliação. Assim, conforme Santos et al. (2002), o profissional de enfermagem ao prestar assistência ao paciente idoso tentará reduzir o impacto causado pelas doenças no âmbito familiar. Sabe-se que os indivíduos de um ambiente familiar têm uma história própria, carregados de lembranças e significados. Esta questão torna-se um ponto chave para o profissional refletir ao querer sugerir modificações no âmbito familiar, mesmo que tais modificações sejam para o bem-estar do cliente. Para que se tenha sucesso é necessário identificar as necessidades específicas do idoso em tratamento.

Para Santos et al. (2002), as enfermidades mais freqüentes são aquelas advindas do progressivo envelhecimento da população, as crônico-degenerativas como: seqüelas de AVC, doença de Alzheimer, escleroses (arteriais, cerebrais, musculares, múltiplas) e fraturas, que podem utilizar o cuidado domiciliar como forma de tratamento e/ou acompanhamento. Deve-se salientar que o cuidado no domicílio está indicado primordialmente para pacientes estáveis. Estes podem estar até em condições graves, mas desde que estejam estáveis fisiologicamente são candidatos ao cuidado domiciliar. Se no decurso do cuidado domiciliar passar para a condição de instabilidade, deve-se prontamente reavaliá-lo para uma possível reinternação.

Os clientes idosos portadores de doenças crônicas têm uma dificuldade maior de satisfazer as necessidades comuns ao cotidiano de qualquer pessoa. Esse aspecto os torna muitas vezes dependentes da ajuda de cuidadores, que podem ser familiares, acompanhantes e a própria enfermagem atuando em nível domiciliar.

2.3 Grau de Dependência

No início do século as doenças agudas eram as que mais acometiam as pessoas, contudo eram resolvidas rapidamente, através da cura ou do óbito. Com a modificação no perfil da população brasileira, nota-se a crescente utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) devido às doenças crônicas e as suas complicações. São exemplos as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes, a dependência determinada pela demência de Alzheimer, as limitações em consequência da insuficiência cardíaca, as seqüelas do acidente vascular cerebral e as fraturas após quedas (SANTOS; CESAR; SOEIRO, 2001).

A associação entre o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas com outras comorbidades pode ser considerada como uma das principais causas de longa permanência hospitalar e pela progressiva perda da autonomia e qualidade de vida dos idosos. As patologias crônicas afetam as Necessidades Humanas Básicas do indivíduo e através da observação das mesmas podemos mensurar o Grau de Dependência do cliente. Para Duarte e Diogo (2000), grau de dependência do indivíduo refere-se ao conjunto de incapacidades para o desempenho que lhe permitam cuidar de si, responder por si próprio e sobreviver na comunidade.

Segundo Rodrigues (1992) o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é definido como um sistema “que determina a demanda ou exigência do paciente em termos de cuidados de enfermagem, com bases nas necessidades, nas intervenções apropriadas da enfermagem e nas prioridades do cuidado.”

O SCP é um instrumento bastante utilizado nos países desenvolvidos. No Brasil, sabe-se que sua aplicação se dá para o dimensionamento de recursos humanos na área de enfermagem, além de contabilizar custos e prever orçamentos. Em poucas vezes essa prática é usada pela assistência, visando averiguar os cuidados necessários ao cliente (RODRIGUES, 1992).

O SCP de Perroca (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998) (Anexo A) é um instrumento baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem para pacientes adultos hospitalizados. São contemplados treze indicadores críticos: Estado Mental e Nível de Consciência, Oxigenação, Sinais Vitais, Nutrição e Hidratação, Motilidade, Locomoção, Cuidado Corporal, Eliminações, Terapêutica, Educação à Saúde, Comportamento, Comunicação e Integridade Cutâneo-Mucosa. Cada um desses indicadores possui graduação de 1 a 5, ou seja, a numeração

aumenta com a complexidade assistencial. O paciente é classificado em todos os indicadores em um dos 5 níveis, na opção que melhor descreva a sua situação. Os valores obtidos individualmente, em cada indicador, são então somados conduzindo a uma categoria de cuidados, tais como: cuidados mínimos (grau 1), cuidados intermediários (grau 2), cuidados semi-intensivos (grau 3) e cuidados intensivos (grau 4).

Dessa forma, é imprescindível que seja utilizado um SCP para verificar as necessidades de cuidados de enfermagem dos clientes nas instituições de saúde a fim de obter seu grau de dependência em relação as suas necessidades humanas básicas.

3 DEFINIÇÃO DE TERMOS

CARACTERIZAÇÃO: Para Ferreira (1993) caracterizar é descrever com propriedade, assinalar os caracteres. Os participantes foram caracterizados por meio da epidemiologia descritiva relativa às pessoas, conforme Pereira (2000). Neste estudo foram utilizadas as variáveis demográficas (sexo, idade, procedência), sociais (escolaridade, estado civil, profissão ou ocupação atual, quantidade de filhos), comportamentais (tabagismo, atividade física, índice de massa corporal) e de saúde (diagnóstico médico, comorbidades, hospitalização no último ano).

GRAU DE DEPENDÊNCIA: A dependência é definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de um semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação. Grau de dependência refere-se ao conjunto de incapacidades para o desempenho que lhe permitam cuidar de si, responder por si próprio e sobreviver na comunidade (DUARTE; DIOGO, 2000). Está intimamente relacionado com as necessidades humanas básicas, que são definidas por Horta (1979, p.39) como “necessidades que em equilíbrio dinâmico não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São universais, portanto comuns a todos os seres humanos”.

IDOSO: Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), o idoso é considerado como pessoa com idade igual ou superior a 60 anos de idade, em países em desenvolvimento.

ALTA HOSPITALAR: Para Brunner e Suddarth (1998), a alta é o momento em que o paciente sai do hospital depois de um tratamento. Na instituição ele precisa

seguir as rotinas e as normas, além de ter pouco controle sobre o que acontece consigo.

CUIDADO DOMICILIAR: é um “(...) serviço de acompanhamento, tratamento, recuperação e reabilitação de pacientes, de diferentes faixas etárias, em resposta à sua necessidade e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar (...)” conforme Lacerda (apud Santos et al., 2002, p.10).

4 OBJETIVOS

Conhecer as características demográficas, sociais, comportamentais e de saúde em idosos no momento da alta hospitalar de unidades cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA);

Identificar o grau de dependência de idosos no momento da alta hospitalar.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

O estudo é de cunho exploratório-descritivo, contemplando uma abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no HCPA, pois este é reconhecido por sua qualidade na assistência, pesquisa e ensino.

5.2 População/Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 20 pacientes, com idade igual ou superior a 60 anos, que estavam internados em unidades do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) do HCPA, com previsão de alta hospitalar, no período de junho a julho de 2003. Não houve restrições quanto a patologia no estudo. O tamanho da amostra foi definido em 20 idosos devido ao tempo para a coleta de dados e ao grande número de pacientes que estariam em condições para a participação na pesquisa.

Os pacientes foram identificados através da visita diária da pesquisadora nas unidades de internações e também do contato com enfermeiros e equipe médica responsáveis pelos mesmos. Após a identificação, os idosos foram convidados a participar do estudo.

A pesquisadora informou aos pacientes os objetivos do estudo, requisitos de participação, potenciais riscos e benefícios descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento, como preconizado por Goldim (1997).

No caso de impossibilidade do idoso, considerando algum tipo de deficiência motora ou cognitiva, um acompanhante poderia assinar a participação.

5.3 Coleta de Dados

A coleta de dados deu-se através da aplicação de dois instrumentos estruturados. O primeiro é um instrumento de caracterização da amostra (Apêndice B), o segundo segue o modelo de Classificação de Pacientes de Perroca (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998) (Anexo A) que classifica os pacientes baseando-se nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem.

Os dados foram coletados através da revisão dos prontuários, entrevista e do exame físico. Em um primeiro momento, foi realizada uma revisão no prontuário do paciente a fim de coletar os dados referentes ao Instrumento de Caracterização da Amostra (Apêndice B) que contempla as variáveis demográficas, sociais, comportamentais e de saúde. Posteriormente, foi realizada uma entrevista com o paciente onde a pesquisadora informou os objetivos do estudo e eventuais esclarecimentos pertinentes, solicitando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Após a assinatura foram realizados o exame físico e a entrevista do paciente pela pesquisadora. O exame físico foi céfalo-caudal e deu subsídio para o preenchimento da Classificação de Pacientes de Perroca (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998) (Anexo A).

5.4 Limitações do Estudo

Em muitas vezes não foi possível fazer a coleta de dados de idosos que tinham alta nos finais de semana ou no turno da manhã, devido ao estágio curricular. O

pouco tempo destinado à elaboração do trabalho de conclusão e à coleta de dados fez com que a amostra fosse reduzida. Outra dificuldade encontrada foi a paralisação dos servidores federais que refletiu no atendimento da biblioteca da Escola de Enfermagem, impossibilitando uma maior revisão bibliográfica.

5.5 Análise dos Dados

Foi utilizado o programa SPSS 10.1 para fins estatísticos. Após, realizou-se a análise descritiva dos dados utilizando-se freqüências absolutas e relativas. As associações entre as variáveis quantitativas foram verificadas com o teste de qui-quadrado. Consideraram-se estatisticamente significativas as associações com valores de $p < 0,05$. Para isso, contou-se com o auxílio da estaticista do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

5.6 Aspectos Éticos

Os princípios éticos foram respeitados, procurando proteger os direitos dos indivíduos envolvidos, levando em consideração os aspectos éticos apontados por Goldim (1997). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) teve duas vias: uma ficou com a pesquisadora para fins de comprovação e a outra foi recebida pelo sujeito da pesquisa a fim de esclarecer sua participação no estudo.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (Anexo B) no dia 17 de junho de 2003.

6 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentam-se os dados conforme os objetivos propostos no estudo e correlacionam-se com referências de pesquisas e livros atuais sobre a temática do idoso, assim como apresentam-se as necessidades humanas básicas mais afetadas e o nível de dependência dos idosos.

6.1 Caracterização dos Idosos

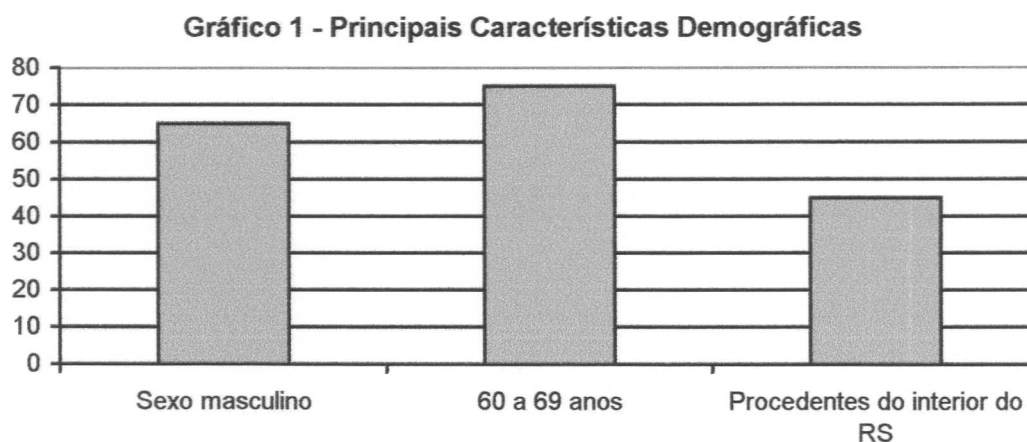
6.1.1 Características Demográficas

A idade média dos 20 idosos estudados é de 67,65 anos. O idoso mais jovem tinha 60 anos e o mais velho 94 anos. Os pacientes que tinham entre 60 e 69 anos constituíram a maior porcentagem da amostra com 75%, seguidos dos que tinham 70 a 79 anos com 20% e dos que tinham 80 anos ou mais com 5%. Cabe ressaltar que a expectativa de vida no Rio Grande do Sul (RS) é de 73,4 anos, conforme a Fundação de Economia e Estatística do RS (2000), demonstrando que este é um dos estados onde mais se vive no Brasil. O intervalo onde existe a maior quantidade de participantes (60-69 anos) é reflexo da própria população idosa do RS em que a maioria, 601 mil, se encontra nesta faixa etária (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO RS, 2000).

Dos idosos participantes, 65% são do sexo masculino e 35% do sexo feminino. Os dados não coincidem com os apontados pela Fundação de Economia e Estatística do RS (2000), pois informa que a grande maioria dos idosos é mulher (aproximadamente 57,4%) e não homem (em torno de 42,5%).

Os participantes do estudo são procedentes do interior do estado (45%), da região metropolitana (35%) e de Porto Alegre (20%). Dos que residiam na capital gaúcha metade eram da zona leste, 25% da zona norte e 25% da zona sul.

As características demográficas de maior incidência estão no gráfico a seguir:



6.1.2 Características Sociais

Os idosos participantes do estudo tinham em média 4,85 filhos. Sendo que o número mínimo foi de um filho e máximo de treze filhos. Esses dados corroboram a afirmação feita por Rio Grande do Sul (1997a), que diz que a taxa de natalidade no RS em 1950 era de 5,22 filhos por mulher em idade reprodutiva.

O nível de escolaridade dos pacientes também confirma um dado importante: a dificuldade de acesso ao ensino a décadas atrás. No estudo, a média foi de 3,8 anos de freqüência na escola. No RS, no Censo de 2000, a média de foi de 4,1 anos (IBGE, 2000). Também havia analfabetos, que nunca estudaram, e os que estudaram 9 anos, o que equivale ao Primário e ao Ginásio completos, conforme a organização de ensino do Brasil na época. Nenhum teve acesso ao nível superior. Essa dificuldade de acesso à escolaridade deve-se ao ensino elitizado, privilegiando os homens em prejuízo às mulheres e à baixa quantidade de escolas, principalmente na zona rural (RIO GRANDE DO SUL, 1997a).

Com relação ao estado civil, 65% dos entrevistados são casados, 25% viúvos e 10% são solteiros, ou divorciados/separados/desquitados. Pode-se observar, portanto, uma predominância de idosos casados, sendo também significativo o percentual de viúvos.

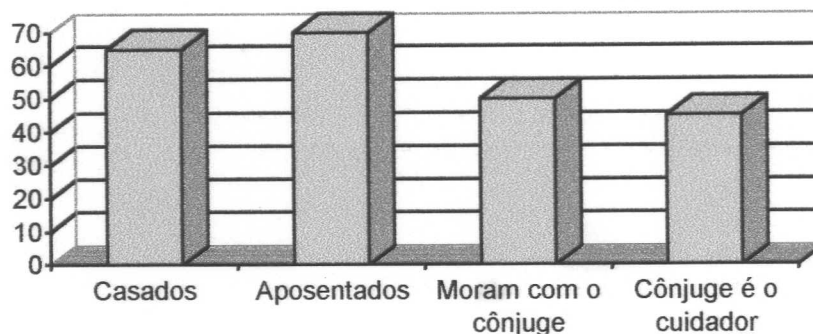
Na ocupação profissional, 70% dos idosos declararam-se aposentados. Outros 10% são pensionistas e as atividades de dona de casa, trabalhador rural, comerciante e autônomo cada uma delas com 5%. Esse alto percentual de idosos que ainda trabalham é ratificado pelo Relatório Popular do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997b), que informa que 34,36% não se aposentaram. Já o estudo Idosos Urbanos Aposentados na Região Metropolitana de Porto Alegre (1999) relata que a aposentadoria é apontada como a principal fonte de renda para 85,1% dos pesquisados.

Moram com o cônjuge 50% dos idosos, sendo que 35% residem com seus filhos. Os demais moram sozinho (5%), com irmãos (5%) e com prima (5%). Esses dados são confirmados pelo Relatório de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997a) que aponta que os idosos que residem com o companheiro ou com o cônjuge chega a 28,24% e os que vivem com os filhos são 17,83%. Ruipérez e Llorente (1998) afirmam que mais da metade dos idosos vive no seu próprio núcleo familiar, com o cônjuge ou com algum filho.

Já em situação de doença, os principais cuidadores são o cônjuge, com 45%, e os filhos, com 40%. São seguidos por prima com 10% e irmã com 5%. Esses percentuais vêm ao encontro ao que Karsch (1998) diz sobre os cuidadores. A autora afirma que os laços de parentesco, a proximidade física e afetiva são determinantes na assunção dos cuidados. Assim, observamos que o cuidar é atribuído aos parentes, cônjuges e filhos.

As características sociais de maior incidência estão no gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Principais Características Sociais



6.1.3 Características Comportamentais

O peso médio dos participantes foi de 72,27 quilogramas (kg), sendo que o idoso mais magro pesava 49,70kg e o mais obeso tinha 120kg. É importante salientar que só havia o registro do peso no prontuário de nove dentre os vinte idosos pesquisados. Com relação à altura, só havia oito registros. A estatura média dos idosos foi 1,67 metro (m) sendo que o mais baixo media 1,43m e o mais alto 1,87m. Para Papaléo Netto e Carvalho Filho (2000) é importante sabermos que a altura de um idoso não é a mesma de quando ele atingiu o final de sua fase de crescimento devido ao encurtamento de sua coluna vertebral e até mesmo por causa de patologias, como a osteoporose. Já o peso corporal modifica-se devido à diminuição do tecido ósseo e muscular e ao aumento da proporção do tecido adiposo.

O Índice de Massa Corporal (IMC), que é o resultado do cálculo da divisão do peso (kg) pela altura (m) ao quadrado, estava registrado em apenas oito prontuários. O IMC médio foi 26,34, sendo que 19,45 o valor mais baixo e 34,32 o mais alto. Conforme Barros et al. (1999), foi definido que o valor menor que vinte seria baixo peso, o intervalo entre 20,01 e 25 como normal, o intervalo entre 25,01 e 30 como

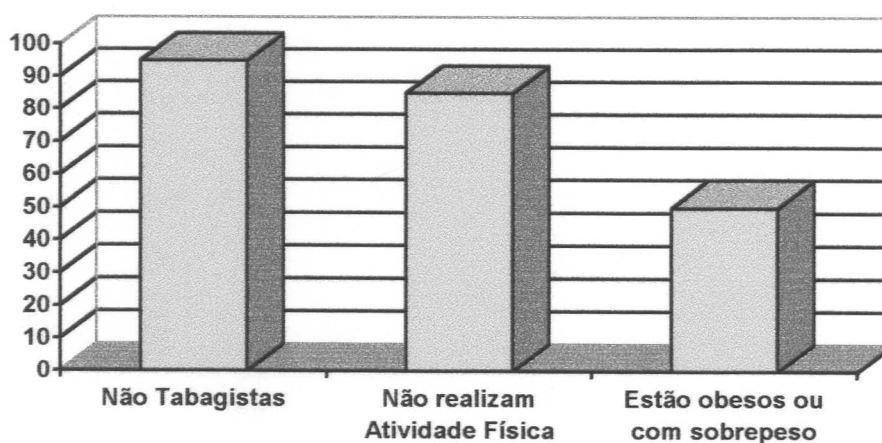
sobrepeso/obesidade e valores maiores que 30,01 como obesidade mórbida. Os idosos com baixo peso foram 25%, com peso normal 12,5%, com sobrepeso/obesidade 50% e com obesidade mórbida 12,5%. Há, portanto, um grande percentual de obesidade entre os idosos estudados.

Foi constatado também que 85% dos pesquisados não realizam atividade física. Todos os 15% que disseram realizar alguma atividade, faziam caminhadas. O sedentarismo do idoso também foi constatado no Relatório de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997a) onde 61,49% não mantinham nenhum tipo de atividade física. E dos que mantinham, 91,73% realizavam caminhadas.

Negaram ser tabagistas atualmente 95% dos entrevistados, sendo que muitos deles assumiram que foram fumantes no passado. Os que fumam somam o percentual de 5%. Essa maioria de não fumantes é ratificada pelo Relatório de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997a), onde o percentual de idosos não tabagistas foi 81,32% e tabagistas 18,68%.

As características comportamentais de maior incidência estão no gráfico a seguir:

Gráfico 3 - Principais Características Comportamentais



6.1.4 Características de Saúde

Quando perguntados se haviam sido hospitalizados nos últimos doze meses 55% dos idosos disseram que não. Contudo, 45% responderam que sim. Destes, a média de re-hospitalização (independente da patologia) foi de duas vezes, com no mínimo uma vez e no máximo quatro vezes no último ano. O Relatório Popular do Conselho Estadual do Idoso (1997b) afirma que 20% dos idosos gaúchos tiveram que se internar no último ano, confirmando ser um problema de saúde pública.

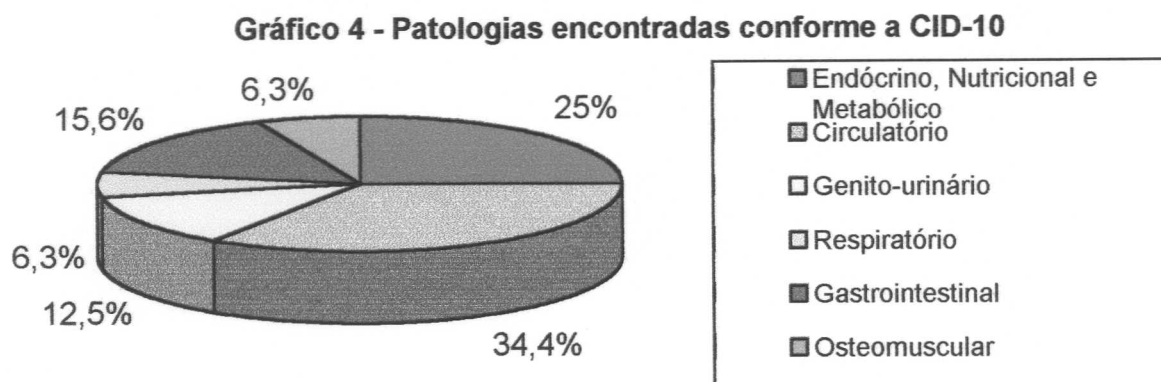
Várias foram as patologias encontradas nos idosos pesquisados. Foram registradas para análise as doenças crônicas que o paciente já apresentava e a causa da cirurgia (essa correlação nem sempre existia) por se tratar de unidade cirúrgica.

Os diagnósticos mais comuns eram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes melito (DM), com 19,4% das respostas. Em seguida vieram as cardiopatias (8,3%); asma/bronquite e embolia/trombose tiveram, cada uma 5,6%. Os idosos tinham em média 1,8 comorbidades, sendo que o máximo foi de quatro patologias em um único paciente.

Em seguida, foi feito o agrupamento das patologias encontradas conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Foram assim organizadas por grupos: Endócrino, Nutricional e Metabólico; Circulatório; Genito-urinário; Respiratório; Gastrointestinal; Osteomuscular.

Patologias do aparelho circulatório foram as que mais acometeram os idosos com 34,4% dos registros, segundo o gráfico 4. Foram seguidos das doenças

endócrinas (25%), gastrointestinais (15,6%), genito-urinário (12,5%), respiratório e osteomuscular (6,3% cada uma).



A Secretaria Estadual de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 1999) coloca que a partir dos 50 anos de idade as mortes por doenças do aparelho circulatório aparecem em primeiro lugar para ambos os sexos e em segundo e terceiro aparecem, respectivamente, as neoplasias e as patologias respiratórias, tanto para homens quanto para mulheres. Já com relação ao DM especificadamente, foi observado um significativo aumento do coeficiente de mortalidade nos últimos vinte anos: de 4,5 para 17,5 por cem mil habitantes nos homens e de 6,8 para 20,8 por cem mil habitantes nas mulheres.

6.2 Grau de Dependência

Através do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998) (Anexo A), pode-se verificar a dependência dos idosos nas treze necessidades humanas básicas, segundo o gráfico 5, e o grau de dependência total com relação aos cuidados. Com relação ao Estado Mental e Nível de Consciência, 85% dos pacientes estavam acordados; com interpretação precisa de ambiente e tempo; executando, sempre, corretamente, ordens verbalizadas e com preservação

da memória. Dez por cento seguiam instruções corretamente apenas algumas vezes e tinham dificuldade de memória. Os idosos que dificilmente seguiam instruções corretamente, tinham dificuldade aumentada de memória e interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos somaram 5% dos entrevistados.

Nenhum participante da pesquisa necessitava de oxigenoterapia. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995) a necessidade de respirar é afetada fisiologicamente pelo envelhecimento. No entanto, as alterações causadas não desencadeiam automaticamente problemas de dependência em todos os idosos. A capacidade pulmonar diminui, tornando-os mais suscetíveis a problemas respiratórios.

Havia necessidade de controle de sinais vitais em intervalos de seis horas em 90% dos idosos. Os que necessitavam de verificação em intervalos de duas horas foram 10%. Cabe salientar que no HCPA o intervalo de seis horas é o padronizado para pacientes que estão estáveis clinicamente.

A maioria (80%) tinha habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender as suas necessidades metabólicas. Já 10% requeriam auxílio da enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma. Os idosos que necessitavam de encorajamento e supervisão da enfermagem somaram 5%. Em 5% dos casos, a enfermagem tinha que orientar e supervisionar o acompanhante do idoso nessa necessidade básica.

Eram auto-suficientes na capacidade de movimentar os segmentos corporais 70% dos idosos. Quinze por cento necessitavam do auxílio da enfermagem. Requeriam somente o estímulo e a supervisão da enfermagem 10% dos entrevistados. A enfermagem tinha que orientar e supervisionar o acompanhante do idoso em 5% dos casos. No Relatório de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso

(RIO GRANDE DO SUL, 1997a) há o registro de que praticamente 10% dos idosos gaúchos necessitam de auxílio para se movimentar, um resultado relevante e que vai ao encontro do que foi constatado na pesquisa.

Na Locomoção, 60% dos entrevistados tinham habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só. Vinte por cento requeriam orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (muletas, bengalas, cadeiras de rodas). Tinham assistência efetiva 15% dos idosos devido à restrição no leito. Necessitavam unicamente de encorajamento e supervisão de enfermagem para a deambulação apenas 5%. Essa dificuldade em locomover-se também está presente no Relatório de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997a), onde 8,67% dos pesquisados diziam ter alguma dificuldade de deambulação.

Já na necessidade Cuidado Corporal, os valores contemplaram todos os cinco graus que Perroca e Gaidzinski (1998) colocam em sua escala. Foram considerados auto-suficientes 35% dos idosos. Para 20% deles havia orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante. O mesmo percentual foi para aqueles pacientes que precisavam de auxílio direto da enfermagem. Requeriam assistência efetiva no cuidado 15% dos idosos devido à restrição no leito. Para 10% era necessária a supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.

Com relação às Eliminações, 60% precisava da supervisão e do controle pela enfermagem devido ao balanço hídrico e ao controle de diurese. Os idosos auto-suficientes foram 20% da amostra. No caso de 10% dos indivíduos era necessária a supervisão e a orientação ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio e troca de fraldas. Outros 10% requeriam auxílio direto e controle pela enfermagem de comadre, papagaio, troca de fraldas e outros.

Requeriam medicação endovenosa intermitente com manutenção de cateter 55% dos idosos. Somaram-se 45% os pacientes que utilizavam medicação por via oral, intradérmica, subcutânea e/ou intramuscular.

Na Educação e Saúde, 55% dos pacientes/familiares tinham dificuldade de compreensão, mas pronta aceitação das informações recebidas. Isso pode ser devido ao não esclarecimento do profissional de saúde a respeito da patologia ou da causa da cirurgia para o paciente, à baixa escolaridade do idoso ou até mesmo ao um possível esquecimento pelo paciente. Apresentaram pronta compreensão e aceitação das informações recebidas 40% dos pacientes/familiares e 5% mostraram pronta compreensão, mas certa resistência às orientações.

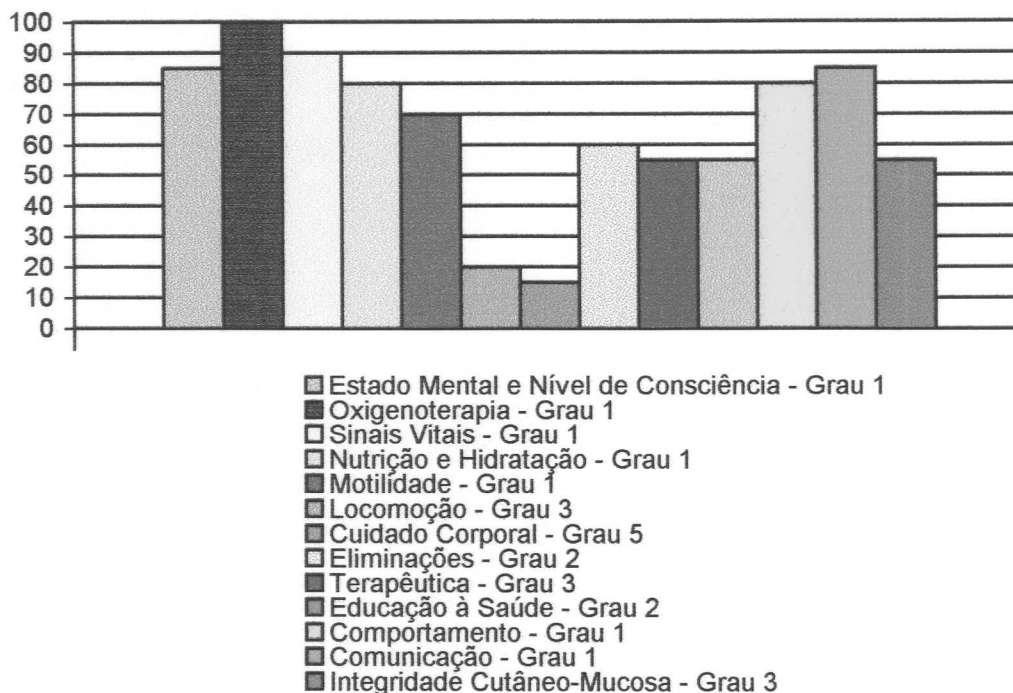
Na maioria dos casos (80%) o comportamento dos idosos era tranquilo, calmo e com preocupações cotidianas. Alguns sintomas de ansiedade, queixas ou retraimento social estava presente em 10% dos participantes. Cinco por cento apresentavam irritabilidade excessiva, apatia ou passividade. O mesmo percentual ocorreu para sentimento de desesperança ou impotência psíquica.

Os idosos comunicativos, que expressavam idéias com clareza e lógica somaram 85%. Dez por cento recusaram-se a falar, estavam chorosos ou mantiveram comunicação não verbal. A dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem ocorreu em 5% dos casos.

Em relação à integridade cutâneo-mucosa, 55% dos idosos tinham solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo, sem presença de exsudato purulento. Vinte e cinco por cento apresentavam solução de continuidade com presença de exsudato purulento mas sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo e sem áreas de necrose. Apresentavam alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras)

15% dos pacientes, assim como 5% tinham solução de continuidade com presença de exsudato purulento e áreas de necrose.

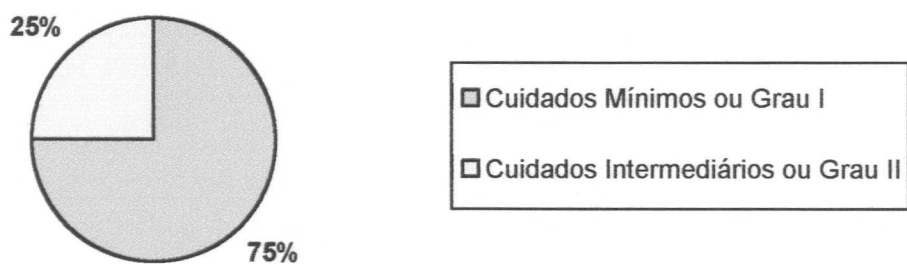
Gráfico 5 - Necessidades Humanas Básicas mais Afetadas



Através da soma da pontuação de cada paciente nas treze necessidades humanas básicas pode-se mensurar o grau de dependência total com relação aos cuidados. O resultado da pesquisa mostrou que 75% dos idosos têm grau de dependência I ou Cuidados Mínimos, pois são pacientes estáveis, do ponto de vista clínico e de enfermagem, e fisicamente auto-suficientes quanto às necessidades humanas básicas. Contudo, 25% foram classificados como grau de dependência II ou Cuidados Intermediários, onde os pacientes também são estáveis, mas têm dependência parcial das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (GRÁFICO 6). O Relatório de Pesquisa do Conselho Estadual do Idoso (RIO GRANDE DO SUL, 1997a) constatou que há em média 13,1% de idosos no estado que possuem algum tipo de dependência. É importante

salientar que a maioria dos informantes das entrevistas foram os próprios idosos (85%), seguidos pelos filhos (10%) e sobrinha (5%).

Gráfico 6 - Grau de Dependência



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que os vinte idosos pesquisados têm características semelhantes às da maioria dos idosos gaúchos. A maioria dos entrevistados tem entre 60 e 69 anos, caracterizando uma amostra de “idosos jovens”; são do sexo masculino e moram no interior do estado. Têm pouca escolaridade, são casados, a taxa de fecundidade é superior à atual e são aposentados na maioria. Contudo, uma significativa parcela dos idosos ainda trabalha para melhorar sua renda.

Metade dos idosos mora com o cônjuge e a maioria dos demais com os filhos. O esposo (a) e os filhos são também seus principais cuidadores. Metade dos pacientes estão obesos, embora tenha havido uma ocorrência importante de baixo peso entre os mesmos. Esse dado não surpreende pois não é raro que se encontre idosos subnutridos ou debilitados por alguma patologia. O sedentarismo é uma característica marcante e entre aqueles que praticam atividade física, todos fazem caminhadas. Foi verbalizado pelos que caminham que não o fazem pela saúde e sim porque necessitam se deslocar de onde moram até o centro de suas cidades interioranas.

A maioria dos idosos não é tabagista. Entre estes, alguns verbalizaram que tiveram esse hábito por muitos anos, mas que conseguiram deixar o vício. Quase metade dos entrevistados foram reinternados no último ano e esse é um dado preocupante, pois reflete a inadequação dos programas de atenção primária à essa população. Além disso, o atendimento em nível hospitalar do idoso é oneroso ao SUS. Na maioria dos casos os idosos são portadores de doenças crônicas perfeitamente controláveis em nível ambulatorial, mas como não há esse controle o

idoso chega a alguma situação extrema em que a única saída é a cirurgia e a internação.

As necessidades humanas básicas mais afetadas nestes idosos foram as que se seguem: terapêutica, locomoção, cuidado corporal, eliminações, educação à saúde e integridade cutâneo-mucosa. Foi observado que a maior dependência nessas necessidades ocorreu devido ao significativo número de idosos que mantinham cateter para medicação endovenosa, estavam restritos no leito ou com dificuldade motora, necessitavam de auxílio de um acompanhante, da assistência direta da enfermagem. Também houve dependência devido a cirurgia e/ou a patologia que exigia prescrição de balanço hídrico e controle de diurese e daqueles idosos com dificuldade de compreender sua doença e a causa da cirurgia. Merece destaque a dependência com a necessidade de integridade cutâneo-mucosa. Praticamente todos os pacientes (85%), com exceção dos que fizeram ressecção prostática transuretral, tinham solução de continuidade devido às cirurgias. A variação ocorreu pela presença ou não de secreção purulenta ou de necrose na ferida operatória.

O maior grau de dependência nessas seis necessidades afetadas foi decisiva para que ocorresse o percentual de grau II ou Cuidados Intermediários. Entretanto, os idosos do estudo, no momento da alta hospitalar das unidades cirúrgicas, estavam estáveis clinicamente e auto-suficientes em relação as suas necessidades básicas.

Pode-se observar também que os idosos não são portadores de uma única patologia. As doenças se sobrepõem, comprometendo seu estado de saúde. As que tiveram maior incidência foram as do aparelho circulatório, as endócrinas e as gastrointestinais, respectivamente.

A meta deste estudo foi caracterizar os idosos na alta hospitalar das unidades cirúrgicas do HCPA medindo, inclusive, seu grau de dependência. Conhecer esses idosos é o primeiro passo para que se possa construir um cuidado domiciliar que vise atender as suas necessidades. Essa pesquisa foi desenvolvida acreditando na atenção básica e no enfermeiro como promotores de uma velhice longa e saudável, com uma relação custo-benefício favorável aos indivíduos e às instituições sociais. O processo do envelhecer inicia no momento em que somos concebidos e a preocupação com esse processo deve estar presente para aqueles que já estão vivendo mais e para aqueles que querem viver mais.

REFERÊNCIAS

- BARROS, E. et al. *Exame Clínico: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995.
- BRUNNER, L.; SUDDARTH, D. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 jan.2003.
- CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª versão. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/cid10.htm>>. Acesso em: 26 ago.2003.
- DUARTE, M. J. R. S. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 100-111, maio 1994.
- DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA DO RIO GRANDE DO SUL. *População residente no Rio Grande do Sul segundo faixa etária e sexo*, 2000. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/tabelas_pop.htm>. Acesso em: 20 jul.2003.
- GOLDIM, J. R. *Manual de iniciação à pesquisa em saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- HORTA, V. A. *Processo de enfermagem*. São Paulo: USP, 1979.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 jul.2003.
- IDOSOS urbanos aposentados na região metropolitana de Porto Alegre. Porto Alegre: Unisinos, 1999. 30p.:il.
- KARSCH, U. M. S. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Idoso*. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 26 ago.2003.

PAPALÉO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000.

PAZ, A. A. *Subsídios para a estruturação de um programa de cuidado de enfermagem domiciliar ao paciente com seqüelas neurológicas*. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 153-68, ago. 1998.

QUINTANA, M. *Antologia poética*. Porto Alegre: L&PM, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida*. (Relatório de Pesquisa). Porto Alegre: CEI, 1997a.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. *Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida*. (Relatório Popular). Porto Alegre: CEI, 1997b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Principais causas de mortalidade no Rio Grande do Sul*, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/causasm.doc>>. Acesso em: 20 jul.2003.

RODRIGUES, J. F. Sistema de classificação de pacientes – parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.26, n.3, p.398, 1992.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 1, fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 jan.2003.

RUIPÉREZ, I.; LLORENTE, P. *Geriatrics*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.

SANTOS, B. R. L.; CESAR, A. M.; SOEIRO, P. G. C. *Grau de dependência de idosos com insuficiência cardíaca no momento da alta hospitalar: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar*. Porto Alegre, agosto de 2001. Relatório de Pesquisa.

SANTOS, B. R. L. et al. *Caracterização de idosos egressos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: subsídios para o cuidado domiciliar*. Porto Alegre, outubro de 2002. Relatório de Pesquisa.

VELOZ, M. C. T. et al. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 jan.2003.

APÉNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O objetivo deste estudo é caracterizar e também identificar o quanto os pacientes idosos são dependentes de cuidados na alta hospitalar, através do preenchimento de um formulário.

O formulário será preenchido pela pesquisadora com informações de dados registrados no prontuário, do próprio participante (através de uma entrevista) e de um exame físico. A não participação ou sua interrupção no estudo não trará prejuízos no atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Pelo presente Consentimento, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer modo de constrangimento e indução, dos objetivos, da justificativa e benefícios deste projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente à pesquisa;
- Da liberdade de optar pela continuidade no estudo ou pela desistência, a qualquer momento, sem que isto me traga algum tipo de prejuízo;
- Da segurança de que os nomes não serão divulgados junto com as informações concedidas.

Como pesquisadora deste projeto, Priscilla Gonçalves Casanova Soeiro, coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, referentes à pesquisa, no telefone (51) 9144-7673. A professora orientadora é a Dr^a. Beatriz Regina Lara dos Santos, podendo ser contatada no telefone: (51) 9805-6145.

_____(paciente).

NOME

ASSINATURA (paciente ou informante)

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: Porto Alegre, _____ de _____ de 2003.

Obs.: Documento em duas vias (uma destinada ao participante e outra à pesquisadora)

APÊNDICE B

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
1. Sexo	(1) masculino (2) feminino
2. Idade	_____anos
3. Procedência	(1) Porto Alegre Bairro: _____ (2) Região Metropolitana Cidade: _____ (3) Interior do Rio Grande do Sul Cidade: _____ (4) Outro Estado Qual: _____ (5) Outro. Qual: _____
4. Estado Civil	(1) casado (a) (2) solteiro (a) (3) divorciado (a)/separado (a) (4) viúvo (a)
5. Quantidade de Filhos	(0) nenhum (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou +
6. Profissão ou Ocupação Atual	(1) Aposentado (a) (2) Pensionista (3) Dona de Casa (4) Outro Qual: _____

7. Com quem mora?	(1) Cônjuge (2) Sozinho (a) (3) Filhos (as) (4) Netos (as) (5) Casa de Repouso (6) Outro Qual? _____
8. Qual é a pessoa que cuida no momento de doença?	(1) Cônjuge (2) Filhos (as) (3) Nora/Genro (4) Irmã (o) (5) Sobrinho (a) (6) Vizinho (a) (7) Amigo (a) (8) Outros Qual? _____
9. Escolaridade	_____ anos
10. IMC (último dado registrado)	Peso: _____ kg (1) não consta Altura: _____ m (2) não consta IMC: _____ (3) não consta
11. Realiza Atividade Física	(1) não (2) sim Qual tipo? _____
12. Tabagismo	(1) não (2) sim
13. Hospitalização no último ano	(1) Sim. Quantas? _____ (2) Não
14. Diagnóstico Médico	(1) Diabetes (2) HAS (3) Asma ou Bronquite (4) IC (5) Outro. Qual? _____

INFORMANTE: _____

ANEXOS

ANEXO A

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES

NOME

UNIDADE LEITO DATA

1 - Estado Mental e Nível de Consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)

- () 1- Acordado ; interpretação precisa de ambiente e tempo ; executa, sempre, corretamente. ordens verbalizadas ; preservação da memória .
- () 2- Acordado ; interpretação precisa de ambiente e tempo ; segue instruções corretamente apenas algumas vezes ; dificuldade de memória.
- () 3- Acordado ; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos ; dificilmente segue instruções corretamente ; dificuldade aumentada de memória.
- () 4- Acordado ; interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente ; perda de memória.
- () 5 - Desacordado : ausência de resposta verbal e manutenção de respostas à estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras.

2 - Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de enfermagem e/ou de equipamentos)

- () 1- Não requer oxigenoterapia.
- () 2- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- () 3- Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
- () 4- Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal .
- () 5- Requer ventilação mecânica.

3 - Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)

- () 1- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas
- () 2- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas
- () 3- Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas
- () 4- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas
- () 5- Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.

4 - *Nutrição e Hidratação* (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de enfermagem ou por meio de sondas e catéteres)

- () 1- Auto-suficiente *como sozinho*
- () 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem na nutrição e hidratação oral *assistência familiar a nível da alimentação*
- () 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral *orienta e explica alimentação*
- () 4- Requer auxílio da enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.
- () 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para manipulação de catéteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.

5 - *Motilidade* (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

- () 1- Auto-suficiente
- () 2- Requer estímulo e supervisão da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- () 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.
- () 4- Requer auxílio da enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais
- () 5- Requer assistência efetiva da enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido a presença de aparelhos gessados, tração, fixador externo e outros, ou por déficit motor.

6 - *Locomoção* (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com auxílio do acompanhante ou da equipe de enfermagem ou pelo uso de artefatos)

- () 1- Auto-suficiente
- () 2- Requer encorajamento e supervisão da enfermagem para a deambulação.
- () 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).
- () 4- Requer o auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação
- () 5- Requer assistência efetiva de enfermagem para locomoção devido 'a restrição no leito.

7 - *Cuidado Corporal* (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)

- () 1- Auto-suficiente
- () 2- Requer supervisão de enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.
- () 3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.

- ()4- Requer auxílio da enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
- ()5- Requer assistência efetiva da enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.

8 - *Eliminações* (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da enfermagem ou por drenos e estomas)

- ()1- Auto-suficiente
- ()2- Requer supervisão e controle pela enfermagem das eliminações.
- ()3- Requer orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela enfermagem, das eliminações
- ()4- Requer auxílio e controle pela enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
- ()5- Requer assistência efetiva de enfermagem para manipulação e controle de catéteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomas.

9 - *Terapêutica* (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)

- ()1- Requer medicação VO de rotina ou ID, SC ou IM.
- ()2- Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estoma.
- ()3- Requer medicação EV intermitente com manutenção de catéter.
- ()4- Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
- ()5- Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.

10 - *Educação à Saúde* (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre auto-cuidado)

- ()1- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
- ()2- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com dificuldades de compreensão mas com pronta aceitação das informações recebidas.
- ()3- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas com certa resistência às informações recebidas.
- ()4- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas com levada resistência às informações recebidas.
- ()5- Orientações de enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas com pouca aceitação das informações recebidas.

II- Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família)

Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações :

ANSIEDADE - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR, 1992).

SINTOMAS DE ANSIEDADE - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarreia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV, 1995).

RETRAIMENTO SOCIAL - tendência ocasional para evitar contatos sociais ; funcionamento social diminuído.

IRRITABILIDADE - "Irritação : estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" (CABRAL;NICK,1979). Ex: exasperação, exaltação.

RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO - tendência freqüente para evitar contatos sociais.

APATIA - "aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIOUD et al, 1981), indiferença. Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.

PASSIVIDADE - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIOUD et al, 1981). Ex: Não reação diante de procedimentos de enfermagem, condutas médicas, hospitalização.

DESESPERANÇA - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.

IMPOTÊNCIA PSÍQUICA - " percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado ..." (NANDA, 1982). Ex: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ("não sei", "não vou conseguir", "não posso").

AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS - "coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo ..." (DICIONÁRIO Médico Blakiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.

ISOLAMENTO SOCIAL - "privação de contatos sociais ..." (CABRAL; NICK, 1979) .

()1- Calmo, tranqüilo; preocupações cotidianas

()2- Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.

()3- Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.

()4- Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da freqüência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).

()5-Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.

12 - *Comunicação* (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não verbal na interação humana)

- () 1- Comunicativo, expressa idéias com clareza e lógica.
- () 2- Dificuldade em se expressar por diferenças sócio-culturais; verbalização inapropriada.
- () 3- Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.
- () 4- Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
- () 5- Inapto para comunicar necessidades .

13 - *Integridade Cutâneo-Mucosa* (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)

- () 1- Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as áreas do corpo.
- () 2- Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais áreas do corpo sem solução de continuidade
- () 3- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo sem presença de exsudato purulento
- () 4- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de áreas de necrose.
- () 5- Presença de solução de continuidade em uma ou mais áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo ; presença de áreas de necrose

AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO :

Cuidados Mtnimos : 13 a 26 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto às necessidades humanas básicas;

Cuidados Intermediários : 27 a 39 pontos

- cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

Cuidados Semi-Intensivos : 40 a 52 pontos

- cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Intensivos : 53 a 65 pontos

- cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem permanente e especializada;

Total da pontuação :

Classificação :

Enfermeira :

ANEXO B



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 03-182

Versão do Projeto: 12/06/2003

Versão do TCLE: 12/06/2003

Pesquisadores:

BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS

PRISCILLA GONÇALVES CASANOVA SOEIRO

Título: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIAIS E O GRAU DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS NA ALTA HOSPITALAR: SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO DOMICILIAR

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 17 de junho de 2003.


Profa. Themis Reverbel da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA