

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Neidiane da Rosa

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE
CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER**

Santa Maria, RS
2017

Neidiane da Rosa

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE
CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Área de Concentração: Gerontologia, Linha de Pesquisa: Sociedade e Cultura no Envelhecimento Humano da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

da Rosa, Neidiane
CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE
CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER / Neidiane
da Rosa.- 2017.
80 p.; 30 cm

Orientadora: Marinês Tambara Leite
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2017

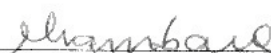
1. Idoso 2. Cuidado de Enfermagem 3. Terapia
Intensiva Cardiológica I. Tambara Leite, Marinês II.
Título.

Neidiane da Rosa

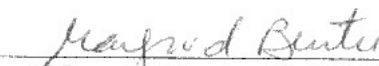
**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE
CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Área de Concentração: Gerontologia, Linha de Pesquisa: Sociedade e Cultura no Envelhecimento Humano da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Gerontologia**.

Aprovado em 31 de agosto de 2017:



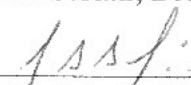
Marinês Tambara Leite, Dr.ª (UFSM)
(Orientadora/Presidente)



Margrid Beuter, Dr.ª (UFSM)



Cláudia Zamberlan, Dr.ª (UNIFRA)



Luiz Anildo Anacleto da Silva, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de forma gratificante as pessoas que fazem parte de minha vida...

Ao meu noivo, Rudineli de Bairros Pires pelo apoio, compreensão e companheirismo durante esta construção.

Aos meus pais, Ramiro e Eleides que mesmo distante estavam torcendo por esta conquista e entenderam minha ausência.

Aos meus amigos e colegas de trabalho que contribuíram e são parte dessa conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me proporcionar a fé e me dar a esperança de um novo amanhã, pelo qual trilho os ideais de justiça e fraternidade.

À sociedade, especialmente àqueles que pagam seus impostos para a manutenção da Educação, Ciência e Tecnologia gratuitas deste País.

A Universidade Federal de Santa Maria e ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, pela oportunidade de agregar conhecimento, aos colegas pelo apressado, parceria e contribuição, em especial as colegas Viviane e Vanusa pelos momentos de convivência.

A professora orientadora Dra. Marines Tambara Leite por aceitar este desafio, compartilhar seus conhecimentos, conduzir essa caminhada de forma tranquila, transmitindo segurança, pelo entendimento, profundo conhecimento e pela sabedoria. Aos professores Doutores, Margrid Beuter, Claudia Zamberlan e Luis Anildo Anacleto da Silva, pelas valiosas contribuições científica, didática e tecnológica a este trabalho, feitas durante a qualificação do projeto de dissertação, e a todos os professores deste programa de Pós-Graduação, em especial aqueles que ministraram aulas das disciplinas afins a linha de pesquisa a qual me dediquei.

Ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), pela possibilidade de incubar essa pesquisa e desenvolver a capacitação de novos profissionais.

A Unidade de tratamento intensivo Cardiovascular do HUSM, por tratar-se do local de realização da pesquisa e setor ao qual estou lotada, em especial, a chefia de enfermagem pela liberação do espaço para desenvolver a pesquisa, e aos meus colegas de trabalho que fazem parte da equipe de enfermagem, pela verdadeira amizade, apoio, respeito e pela colaboração que foi indispensável para o desenvolvimento do trabalho, com participação ativa, contribuindo em todas as etapas do estudo, compartilhando experiência e conhecimento,.

Aos meus familiares, pela sabedoria de entender minha ausência nas horas incertas do cotidiano. Em especial ao meu noivo, por todo amor e incentivo sem os quais eu não chegaria até aqui e principalmente, por me ensinar a valorizar o ser humano, a vida e que o amor e a família são combustíveis fundamentais para chegar ao podium.

Enfim, a todas as pessoas, amigos e conhecidos em especial aqueles mais próximos que fizeram parte desta caminhada e direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a concretização de um sonho pessoal e para a produção de conhecimento. Obrigada!

Ajudar os idosos nem sempre é tarefa repousante. Todas as enfermeiras conheceram a juventude, a infância, a dor, a doença. Porém, ainda nenhuma delas conheceu a velhice.

Portanto, é-lhes difícil, por vezes, compreender toda a complexidade da vivência dos idosos e considerar a velhice como um período de crescimento e de evolução.

Herbert Marshall McLuhan

RESUMO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER

AUTORA: Neidiane da Rosa
ORIENTADORA: Marinês Tambara Leite

As doenças não integram o processo natural de envelhecimento, contudo sua maior prevalência é na velhice, em especial as de caráter crônico, que demandam tratamento contínuo e possuem complicações que levam a internação hospitalar. As doenças cardiovasculares que acometem a população idosa, em sua fase aguda, frequentemente, conduzem para internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) geral ou especializada. Compete aos profissionais de enfermagem realizar o cuidado ao idoso hospitalizado e, para isso, precisam aprimorar suas habilidades e buscar conhecimentos específicos acerca dessa etapa do ciclo vital. Este estudo teve como objetivo descrever e analisar os saberes e as práticas referentes ao cuidado a idosos internados em uma UTI especializada na perspectiva da equipe de enfermagem, bem como a realização de ações educativas para qualificar o cuidado. Sob o enfoque metodológico, optou-se pela abordagem qualitativa, utilizando o delineamento da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida na UTI Cardiologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), os participantes foram 24 profissionais de enfermagem. Para o levantamento das informações utilizou-se como estratégia a entrevista, a observação participante e, ainda, grupos de convergência. A análise dos dados seguiu as etapas da PCA, em que foi possível estruturar as informações em três categorias temáticas: Percepção ambivalente sobre o cuidar de idosos em uma UTI Cardiologia; Conhecimento sobre as particularidades no cuidado ao idoso e percalços no cotidiano de trabalho. Os resultados possibilitaram conhecer como a equipe da UTI Cardiologia realiza o cuidado ao idoso. Identificou-se que ela possui fragilidades na formação profissional relativo a área da gerontologia. Porém, a equipe possui entendimento que o idoso tem particularidades e necessidades de cuidado e referem dificuldades na prestação do cuidado. Nos grupos de convergência criaram-se estratégias facilitadoras do cuidado, visando aprimorar a assistência da enfermagem aos idosos. Ao avaliar a operacionalização das estratégias coletivas, os profissionais consideraram que a discussão instigou a reflexão de sua prática, direcionando o olhar às necessidades do idoso. A equipe tem procurado implementar tais estratégias, com atuação mais compreensiva, prestando atenção ao idoso e em suas queixas. Contudo, a equipe de enfermagem, ainda, apresentava dificuldades na prestação do cuidado, em função da estrutura física, pois o espaço é limitado para o manuseio dos pacientes idosos. Este trabalho instigou os profissionais da enfermagem a ampliar seu conhecimento na área da gerontogeriatría, compreendendo as alterações funcionais e cognitivas vivenciadas pelas pessoas idosas, bem como os enfrentamentos por elas experienciados, em especial, aqueles que possuem uma doença cardiovascular. Para tanto, mesmo que incipiente, identificou-se que houve melhora na assistência ao idoso hospitalizado no cenário desse estudo.

Palavras-Chave: Idoso. Cuidado de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva Cardiologia.

ABSTRACT

NURSING CARE TO OLDER ADULTS IN AN INTENSIVE CARDIOVASCULAR UNIT: KNOWING AND DOING

AUTHOR: Neidiane Rosa
ADVISOR: Marinês Tambara Leite

Diseases are not part of the natural aging process, however its prevalence is at old age, especially those with chronic features, which demand continuous treatment and may lead to hospitalization. The diseases that affect the older adults population, in their acute phase, often lead to hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU) general or specific. It is incumbent upon nursing professionals to provide care for the older adults hospitalized and, in order to do so, they need to improve their skills about this stage of the life cycle. This study aimed to describe and to analyze the knowledge and practices related to the care of older adults hospitalized in an ICU specialized in the perspective of the nursing team, as well as the performance of actions to qualify care. Under the methodological approach, it was opted for a qualitative approach, defined by the Convergent Care Survey (PCA), developed at the Cardiology ICU of the university hospital of Santa Maria (HUSM), the participants were 24 nursing professionals. For the data collecting, interviews, observation and convergence groups were carried out. Data analysis followed the steps of PCA, where it was possible to structure information in three thematic categories: Ambivalent perception about caring for the elderly in a Cardiology ICU; Knowledge about particularities in care for older adults and mishaps in daily work. The results made it possible to identify how the team care for the older adults. Fragility was identified in gerontology professional formation, though they have the understanding that older adults have particularities and needs of care, report difficulties in providing care. When evaluating the operationalization of collective strategies, professionals considered that the discussion instigated the reflection of their practice, directing the thoughts to the needs of the older adults. Convergence groups were developed and care strategies were created to improve nursing care for older adults. When evaluating the operationalization of collective strategies, professionals considered that the discussion instigated the reflection of their practice, directing their attention to the needs of older adults. The team has sought to implement such strategies, with more comprehensive actions, paying attention to patients and their complaints. However, the nursing team still presented difficulties in providing the care, due to the physical structure, since its space is limited for the handling of older adults. This paper instigated nursing professionals to expand their knowledge in the area of gerontogeriatric nursing, including the functional and cognitive alterations experienced by older adults, as well as the confrontations experienced by them, especially those with cardiovascular disease. Thus, even if incipient, it was identified that there was improvement in care for older adults who are hospitalized in an ICU.

Keywords: Older adults. Nursing Care. Intensive Cardiovascular Unit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEFD	Centro de Educação Física e Desporto
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GAP	Gabinete de Projetos
GEP	Gerencia de Ensino e Pesquisa
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
LTS	Licença Tratamento de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PE	Profissional de Enfermagem
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGERONTO	Programa de Pós-Graduação em Gerontologia
QE	Questionário de Enfermagem
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cardiologia Intensiva
UI	Unidade de Internação
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTI	Unidade de Terapia Intensiva / Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	15
2.2	AS DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS E SUA INTERFACE COM A HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADES CARDIOLÓGICAS INTENSIVAS	17
2.3	CUIDADO DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UTI CARDIOLÓGICA	20
2.4	EDUCAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	23
3	METODOLOGIA	25
3.1	TIPO DE ESTUDO	25
3.2	MÉTODO DE PESQUISA E OPERACIONALIZAÇÃO	25
3.2.1	Fases da Pesquisa Convergente Assistencial	26
3.2.1.1	<i>Fase de Concepção</i>	26
3.2.1.2	<i>Fase de Instrumentação</i>	27
3.2.1.3	<i>Fase de Perscrutação</i>	28
3.2.1.4	<i>Fase de Análise</i>	30
3.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
4.2	FORMAÇÃO PROFISSIONAL E CONHECIMENTO SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO	37
4.3	DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: O CUIDADO A IDOSOS NA UTI CARDIOLÓGICA	41
4.3.1	Percepção ambivalente sobre o cuidar de idosos em uma UTI Cardiológica ..	41
4.3.2	Conhecimento sobre as particularidades no cuidado do idoso	44
4.3.3	Os percalços no cotidiano de trabalho	49
4.4	ESTRATÉGIAS PROPOSTA PARA QUALIFICAÇÃO DOS CUIDADOS A IDOSOS INTERNADOS	53
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	71
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	72
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO	73
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74
	APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	76
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	77
	ANEXO B – PARECER DO COMITE DE ÉTICA	78

1 INTRODUÇÃO

A mudança no perfil epidemiológico referente ao envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida vêm se elevando nos países em desenvolvimento como o Brasil. Isto tem direcionado ao aumento na população de idosos e, conseqüentemente, ampliação nas doenças associadas à idade (WONG; CARVALHO, 2006; VENTURA et al., 2017). Informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que o Sul e Sudeste são as regiões do Brasil com maior número de idosos e apresentam evolução da estrutura etária semelhante (BRASIL, 2011).

Sendo assim, dados do Censo Demográfico do IBGE de 2011 revelaram que a população de idosos representava 23,5 milhões dos brasileiros, sendo que este contingente aumentou 7,6% em comparação ao ano de 2009. Este fenômeno é decorrente do decréscimo do número de nascimentos e da taxa de mortalidade infantil, aliados a presença da medicina preventiva, com recursos tecnológicos na área de saúde, o que tem contribuído para a longevidade da população (BETIOLLI, 2012; KACHAR, 2010; BRASIL, 2011).

Além do aumento da expectativa de vida, os brasileiros têm vivenciado uma transição epidemiológica, com mudanças relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas, que representavam aproximadamente 40% das mortes registradas no Brasil em 1950, atualmente são responsáveis por menos de 10%. O oposto aconteceu com as doenças cardiovasculares que, em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em aproximadamente 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um perfil de enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO et al., 2000; BRASIL, 2009; BRITO et al., 2013).

A transformação demográfica resultante do aumento da expectativa de vida e da diminuição das taxas de natalidade conduz para uma nova realidade, na qual há o crescimento da população de idosos, comumente apresentando múltiplas condições crônicas e desordens degenerativas (SOUSA et al., 2011). Nesse sentido, Guerra (2014) destaca que o envelhecimento populacional leva ao aumento de agravos crônicos e isso pode impactar negativamente na qualidade de vida e aumentar o custo com internação em alta complexidade. O envelhecimento da população tende a proporcionar desafios contínuos aos serviços de saúde, particularmente em regiões onde a expectativa de vida é mais prolongada, como as regiões Sul e Sudeste (CLOSS; SCHWANKE, 2012).

O impacto que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), aliado aos fatores de risco, como o avanço da idade um deles, estilo de vida e hipertensão, repercutem para um pior prognóstico em pacientes idosos (SOUZA et al., 2017). As doenças crônicas desencadeadas em idades mais avançadas são, muitas vezes, incuráveis e frequentemente demandam tratamento contínuo com necessidade de internação hospitalar. No Brasil, no período de 2002 a 2011, 27,85% das internações hospitalares consistia de pacientes idosos (SILVEIRA et al., 2014), cujo tratamento requer maior demanda de cuidados e políticas públicas voltadas para suas necessidades.

As DCNTs representam uma das principais causas de internação de pessoas com mais de 60 anos de idade, com destaque para as doenças cardiovasculares (CONTERNO et al., 2016). Outro dado a ser considerado diz respeito à gravidade das doenças que acometem a população idosa, que frequentemente direciona para a necessidade de internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (BONFADA; LIMA, 2015). Estudo, realizado por Coelho et al. (2011), encontrou predomínio de pacientes idosos internados em UTI especializada, sendo a idade média de 62 anos.

Nos indivíduos de mais idade as internações são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, quando comparado com outras faixas etárias, ainda demandam maior consumo dos serviços de saúde, apresentam problemas de longa duração que exigem, muitas vezes, intervenções custosas e tecnologia complexa para um cuidado adequado, como o da UTI (VERAS, 2009). O cuidado realizado em uma UTI é prestado a pacientes com risco de vida. Assim, este deve ser organizado de tal modo que possibilite à equipe de enfermagem e médica prestar assistência especializada, de forma contínua, com apoio de tecnologias apropriadas para oferecer suporte no controle e preservação da vida (NASCIMENTO; ERDMAN, 2006). O principal objetivo dos cuidados intensivos é oferecer suporte de vida aos pacientes clinicamente instáveis, por meio da vigilância qualificada, contínua e rigorosa da equipe de enfermagem, com uma relação próxima do profissional e paciente, comparado às demais unidades hospitalares (VIANA, 2009).

O cuidado de enfermagem prestado nas UTIs, geralmente, é oferecido em ambiente com múltiplas aparelhagens, nem sempre confortável, impessoal, com pouca ou nenhuma privacidade, isolamento social, entre outros (CAMPONOGARA et al., 2011). Vale lembrar que o cuidado consiste em interação interpessoal entre profissional e paciente, com relação recíproca a partir das necessidades relatadas ou identificadas, considera o cuidado uma intervenção terapêutica na qual deve ter como meta suprir as demandas do paciente (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

Com o crescimento da população idosa emerge a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para prestar cuidados ao idoso. Neste sentido, Camponogara et al., (2011) destacam a necessidade da equipe manter uma postura reflexiva sobre o processo de trabalho neste ambiente, procurar conhecer a realidade laboral e a clientela atendida, com foco na assistência humanizada. Por isso, a equipe de enfermagem precisa desenvolver suas habilidades e buscar conhecimento necessário para cuidar da pessoa idosa. Isto porque cuidar exige conhecimento, em especial, quando se trata de grupos populacionais distintos, como é o caso do paciente idoso, pois o adoecimento e a hospitalização suscitam impactos na vida deste. Para tanto, é desejável que os profissionais que realizam o cuidado ao idoso estejam conscientes e engajados na implementação das políticas de saúde para a pessoa idosa e procurem atender as necessidades biopsicossociais do indivíduo nos diferentes níveis de complexidade (REIS et al., 2014).

No cenário atual, observa-se carência de qualificação/treinamento dos profissionais para exercer o cuidado individualizado e humanizado para os idosos, principalmente durante a internação hospitalar. Além disso, nas instituições hospitalares o cotidiano das relações do cuidado, muitas vezes, acontece de forma automática, indiferente e mecânica, dificultando a percepção do outro e tornando a atuação profissional massificada, o que coloca em risco a dignidade e favorece a despersonalização do ser humano (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Diante deste contexto, as ações educativas em saúde para os profissionais que compõem a equipe de enfermagem, são importantes e contribuem para o aprimoramento do cuidado aos pacientes, pois, entende-se que a prática de cuidado qualificado permite manter a assistência humanizada e atende adequadamente as necessidades dos idosos (CAMPONOGARA et al., 2011). Ainda, facilita o enfrentamento dos desafios presentes no cotidiano de trabalho em relação às demandas da população idosa, que acessa os serviços de alta complexidade.

Deste modo, os cuidados de enfermagem não são apenas produtos de conhecimento técnico científico e das condições de trabalho, mas, também, da interação dos profissionais com o paciente, envolvendo as questões socioculturais que são reproduzidas no contexto do cuidado. A partir do exposto até aqui, se almeja que este trabalho possa instigar os profissionais, não só da enfermagem, a ampliar busca e aprofundar o conhecimento na área da gerontogeriatría e compreender as mudanças funcionais e enfrentamentos vivenciados pelos idosos, em especial, aqueles que possuem uma doença cardiovascular.

O desenvolvimento deste estudo justificou-se, pelo interesse em aprofundar o conhecimento acerca do trabalho de enfermagem em UTIs especializadas, também pela minha vivência profissional em uma UTI Cardiológica, em que identifiquei necessidade de aprimorar o conhecimento dos profissionais de enfermagem relacionado ao modo de cuidar de idosos, o que reflete na forma que ocorre a interação entre estes.

Tendo em vista este contexto, elencou-se como objeto de estudo: A elaboração coletiva de estratégias facilitadoras para o cuidado aos idosos internados em UTI Cardiológica. Almeja-se ainda desenvolver atividades educativas em serviço e, com isso, provocar mudanças na assistência, no intuito de qualificar o cuidado a idosos hospitalizados em uma UTI Cardiológica. Também, instigar os profissionais a ampliar o conhecimento na área da gerontogeriatría, auxiliando na identificação das alterações que ocorrem no processo de envelhecimento.

Nesse sentido, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como é vivenciada a realização do cuidado a pacientes idosos em uma UTI Cardiológica pelos profissionais da equipe de enfermagem? Para responder a essa questão foi elaborado os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Analisar os saberes e as práticas referentes ao cuidado a idosos internados em uma UTI Cardiológica na perspectiva da equipe de enfermagem, bem como a realização de ações educativas para qualificar o cuidado.

Objetivos específicos:

- Conduzir um processo de discussão e reflexão sobre o cuidado de enfermagem e educação com os profissionais da equipe de enfermagem da UTI Cardiológica;
- Elaborar estratégias coletivas relativas ao cuidado de idosos hospitalizados em uma UTI Cardiológica com a equipe de enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresentam-se as considerações teóricas que visam contextualizar e servem de embasamento teórico para esta dissertação. Estes estão relacionado ao envelhecimento populacional, doenças crônicas, cuidado de enfermagem a idosos e educação em saúde, enfatizando a relevância dos conhecimentos acerca destes aspectos.

2.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Estatuto do Idoso, criado com a Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, considera idoso no Brasil o indivíduo com 60 anos de idade ou mais (BRASIL, 2003). Segundo a classificação proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), os idosos podem ser divididos em três categorias: os pré-idosos entre 55 e 64 anos; os idosos jovens entre 65 e 79 anos e os idosos de idade avançada com mais de 75 anos (ONU, 1982). Cronologicamente, o entendimento de idoso diferencia-se de países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. Uma pessoa é idosa nos países em desenvolvimento a partir dos 60 anos e nos países desenvolvidos acima de 65 anos. O envelhecimento é um processo singular de cada indivíduo, em que a idade cronológica, o fator biológico e o social contribuem para sua ocorrência (LEITE et al., 2012). Ainda, que o fator cronológico seja o menos exato para definir quem é a pessoa idosa, este é o mais utilizado pelas instituições governamentais e não governamentais para planejar políticas públicas e ofertar serviços nas esferas como da saúde, econômica, cultural e social.

O aumento da população idosa na pirâmide etária tem sido a modificação mais significativa na última década. Sendo uma realidade, pois em 2010, 11% dos habitantes do planeta tinham 60 anos e mais, e 2% 80 anos e mais (ONU, 2009a). O envelhecimento da população é um fato vivenciado pelos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que as maiores taxas de crescimento de idosos têm sido observadas em países menos desenvolvidos (2,3%), enquanto que nos mais desenvolvidos o crescimento é de 0,3% por 100 habitantes (ONU, 2009b). Por isso é considerado um fenômeno mundial, mesmo a intensidade do envelhecimento sendo bastante distinta nas diferentes regiões do planeta. A projeção da população mundial para 2050 mostram que haverá 22% de idosos com 60 anos e mais, e 4% com 80 anos e mais, dobrando em quatro décadas (ONU, 2009a).

Não destoando dos dados mundiais, o Brasil também apresenta acelerado envelhecimento da população, em 2009 ocupava o septuagésimo nono lugar no ranking dos países com maior representação de número de indivíduos com mais de 60 anos, apresentando 9,9% de idosos (ONU, 2009b). Em todo o Brasil, as pessoas com 60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos e mais, representam respectivamente, 6,0%, 3,3% e 1,5% da população total (BRASIL, 2011). Na Região Sudeste encontra-se o maior peso relativo de idosos (12,7%) e na Região Norte, o menor, 7,3% (IBGE, 2010). Para 2050, espera-se que o número de idosos no Brasil passe para 22,7% (BRASIL, 2008, 2010a).

A mudança no perfil de envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida se encontram em fases diferenciadas em diversas regiões do mundo. Todavia, o aumento exponencial na proporção de idosos na população mundial é algo notável (WONG; CARVALHO, 2006). Desse modo, visualiza-se a presença significativa de pessoas com 60 anos ou mais em todos os ambientes sociais, sejam eles na família, na comunidade, nos postos de trabalho e nas instituições de educação e saúde.

Conforme dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer continua aumentando: de 73,48 no ano de 2010, passou para 74,6 em 2012. Já, para o grupo com 80 anos ou mais, a média acrescida na expectativa de vida foi de dois meses e cinco dias para os homens e seis meses e 25 dias para as mulheres. A projeção, em nível de Brasil, continuará avançando em número de anos na vida média de sua população, conseguindo em 2060 a faixa de 81,2 anos (BRASIL, 2014).

Essas projeções são positivas no que se refere à longevidade humana, porém são preocupantes em relação às enfermidades complexas, pois estas poderão atingir significativamente a economia do país (KACHAR, 2010). Isto porque a imagem da velhice, de maneira generalizada, tem sido associada a aspectos negativos, tanto pela população de um modo geral, como pelos próprios idosos em particular: as doenças, as debilidades físicas, o desânimo e a dependência física são os principais sinais de que a velhice chegou, numa clara tendência em estereotipar o envelhecimento como período somente de perdas (KACHAR, 2010; VENTURA et al., 2017).

O acréscimo da população idosa é uma conquista da sociedade atual, e com este aumento do número de idosos e da expectativa de vida ocorre o aumento da incidência de agravos à saúde da população de natureza aguda ou crônica, onde os diferentes setores da sociedade precisam se adaptar a esta demanda, principalmente na área da saúde (BOTH et al., 2014). Vale destacar que um envelhecimento bem sucedido depende da interação

multidimensional, que envolvem não só os aspectos biológicos e clínicos do idoso, mas também os aspectos socioculturais e psicológicos (FERNÁNDEZ-GARRIDO et al., 2014).

Esta interação multidimensional é necessária, a começar pelos aspectos inerentes à própria biologia do envelhecimento. O envelhecimento biológico faz parte do desenvolvimento humano, que inicia na embriogênese e segue com o nascimento, infância e vida adulta. Deste modo, o envelhecimento biológico é considerado um fenômeno natural inevitável caracterizado pelo declínio das condições físicas e mentais do indivíduo (CRUZ et al., 2012).

O envelhecimento populacional brasileiro traduz-se em um fenômeno complexo e multifacetado, revelando que não existe um modo de envelhecer em nossa sociedade, que a forma de envelhecimento depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, ligados aos determinantes sociais (GIACOMIN, 2012). O envelhecimento desafia a sociedade, as famílias e os órgãos públicos a buscar maneiras de contemplar as demandas de serviços e necessidades que os idosos apresentam para manter a vida em sociedade. Os estudos relacionados ao envelhecimento humano, precisa ampliar seu foco, com vistas a abranger todos os segmentos da sociedade, entre eles os serviços de saúde e os profissionais que neles atuam.

2.2 AS DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS E SUA INTERFACE COM A HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADES CARDIOLÓGICAS INTENSIVAS

O perfil de morbimortalidade tem se alterado juntamente com a modificação na pirâmide etária, em que a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias foram declinando e as doenças crônico-degenerativas ganharam maiores proporções, características de populações envelhecidas (GÓIS; VERAS, 2010). As principais causas de óbito da população brasileira registrada em 2008 foram às doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, com percentual de 29,5%, 15,6% e 9,8% respectivamente, sendo que as doenças infecciosas e parasitárias foram à sétima causa de óbito respondendo por 4,4% das mortes registradas no país (BRASIL, 2010b).

As doenças crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, diabetes e asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (VERAS, 2011). Os fatores de risco cardiovasculares apresentam alta prevalência no sexo masculino e causam impacto na morbimortalidade de idosos, elevam o risco de infarto ou morte por doença coronariana, que ocorrem de maneira simultânea em mais da metade dos idosos. Dos fatores investigados os

mais prevalentes são: hipertensão arterial, obesidade central e total, sedentarismo, dislipidemia e diabetes melito, em menor proporção o tabagismo e o alcoolismo (FERREIRA et al., 2010; SILVA et al., 2012; PATRÍCIO et al., 2014).

A principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil são as doenças crônicas, que normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever. Há alguns anos estas morbidades eram consideradas típicas de países ricos e populações idosas, hoje se sabe que pessoas de menor poder aquisitivo, assim como os jovens e as pessoas de meia-idade, são afetados (VERAS, 2011). As estatísticas mostram que a maior causa de mortalidade e morbidade é a doença cardiovascular, presente em todos os grupos etários, porém na população idosa esta prevalência é mais visível (ZASLAVSKY; GUS, 2002; BERARDINELLI et al., 2011; ROMERO et al., 2010, COSTA; PEIXOTO; GIATTI, 2004).

Dados publicados pelo Ministério da Saúde sobre tendência de mortalidade por DCNT no Brasil, no período de 1991 a 2010, mostraram que quatro doenças foram responsáveis por 80,7% dos óbitos neste período, são elas: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes (DUNCAN; STEVENS; SCHMIDT, 2012). Neste mesmo contexto, estudo realizado por Góis e Veras, (2010) observou o predomínio da morbidade hospitalar de 1994 e 2005, das doenças do aparelho circulatório, a manutenção dos padrões das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das neoplasias.

Entre as doenças que mais afetam os idosos estão as doenças oftalmológicas (BONADIMAN et al., 2017), doenças metabólicas, como diabetes e colesterol, (ROBERSON et al., 2014) e as doenças cardiovasculares (DCV), entre elas, o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico (AVE) (BENSENOR et al., 2015). Estudo, realizado por Serbim, Gonçalves, Paskulin (2013), as morbidades autorreferidas predominantes foram as cardiovasculares.

As doenças crônicas, muitas vezes, têm característica assintomática, conforme afirma Seiffert, et al. (2014). Por isso a adesão aos cuidados torna mais difícil, além de demandar mudanças nos hábitos de vida. Nesse sentido, a abordagem multiprofissional é relevante no tratamento e na prevenção das complicações crônicas bem como na aceitação dos idosos às orientações de cuidado à saúde.

O crescente envelhecimento da população mundial é fator que contribui para o aumento na incidência das doenças cardiovasculares (ROMERO et al., 2010). Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual,

dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética (VERAS, 2011). Neste contexto, Berardinelli et al. (2011) descrevem que as transformações no envelhecimento pela qual a população mundial vem passando, levam a transição da sua demografia. Isto tem caracterizado uma nova configuração socioetária, marcada pelo aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional. O aumento da expectativa de vida dos idosos pode ser acompanhado pela presença de doenças que requerem tratamentos prolongados dos tipos clínico e cirúrgico (RIBEIRO; COSTA, 2012).

A maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de DCNTs aliada à presença de diversas comorbidades tem sido referenciada como propulsora de maior consumo dos serviços de saúde, revelando a necessidade de ações preventivas, de detecção precoce, controle e reabilitação dos problemas de saúde entre os idosos, da mesma forma o aumento dos idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, um maior número de problemas de longa duração, que frequentemente exigem intervenções custosas, envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (VERAS, 2011).

Ao avaliar os custos de internações hospitalares entre idosos brasileiros em 2001, Costa, Peixoto, Giatti (2004) observaram que os idosos contribuíram com 33,5% das internações hospitalares dessa população e 37,7% dos recursos pagos pelas mesmas, principalmente com as doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Já nas internações em UTIs, 42 a 52% das admissões e 60% das diárias disponíveis são ocupadas por idosos (SCHEIN; CESAR, 2010).

Há existência de três fatores, ao quais aumentaram o número de idosos que necessitam de cuidados em longo prazo, destacado por Veras (2011). O intenso crescimento de idosos com idade avançada, resultado da melhoria das práticas assistenciais e medidas preventivas eficaz diminuindo a gravidade das doenças entre os idosos; a rede de apoio de cuidado ao idoso por não familiares; e fatores de risco considerados específicos do sexo masculino (consumo do álcool e tabaco, e do estresse no trabalho) passaram a atingir também as mulheres.

Estudos realizados identificaram que os pacientes internados em UTIs, em sua maioria, são oriundos de enfermaria do próprio hospital, predominantemente idosos, do sexo masculino, com baixa escolaridade, tiveram internação hospitalar no último ano, apresentam até duas comorbidades, o índice de óbito, em média, é de 50%, as doenças prevalentes são doenças infecciosas, neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinais, neoplásicas e respiratórias, com tempo médio de internação de aproximadamente 14 dias (SCHEIN; CESAR, 2010; FAVARIN; CAMPONOVARA, 2012; PESTANA; SANTO, 2011).

As indicações para admissão de paciente em UTI, conforme destacam Freitas et al. (2011), são quadro clínico de instabilidade de órgão ou sistema em que o paciente corre risco de morte ou complicação imediata, apresenta necessidade de ventilação mecânica, monitoramento hemodinâmico, cardíaco ou respiratório. Os motivos que levam idosos a necessitar de leito de UTI incluem os pós-operatórios de cirurgias de grande porte; Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) ou/e coronariana; insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada; lesão renal aguda; tipos de choques (cardiogênico, hipovolêmico, séptico, etc.); e trauma (FREITAS et al., 2011).

Considera-se que a necessidade de cuidados intensivos está relacionada à introdução de novos tratamentos, desenvolvimento tecnológico, aumento da expectativa de vida e aumento do índice de adoecimento por doenças crônicas (FREITAS, 2010). Neste mesmo contexto, Leite et al. (2015) destacam que o acréscimo de doenças crônicas de caráter agudo é em decorrência, em parte, do aumento da expectativa de vida e frequentemente suscitam a necessidade de internação hospitalar, sendo muitas vezes necessária unidade especializada como UTI.

Contudo, o encaminhamento para internação em UTI é muitas vezes necessário pelo fato de muitos serviços de saúde não possuírem estrutura física e recursos humanos para atender às demandas de cuidados complexos e intensivos que o idoso precisa (MINNE et al., 2011). Para Barreto, Carreira, Marcon (2015), as doenças crônicas nos idosos acarretam desafios para os sistemas de saúde e a necessidade de políticas públicas integradas na abordagem destes sujeitos. O sistema deve ser reestruturado, tendo em vista a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento precoce das doenças crônicas e incapacidades no adulto e em particular no idoso, com a otimização de medidas preventivas e investimento em prevenção pode ser evitado o aparecimento de doenças preveníveis que geram gastos dispendiosos ao serviço público de saúde (PIUVEZAM et al., 2015).

2.3 CUIDADO DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UTI CARDIOLÓGICA

Na medida em que a pessoa envelhece, apresenta modificações na dimensão morfológica, funcional, bioquímicas e psicológicas e em função deste processo dinâmico e progressivo tem dificuldade de prover a energia demandada (NETTO, 2007). O autor destaca ainda que a presença de doenças crônicas tende a piorar este desequilíbrio, pois idosos acometidos por estas morbidades precisam de novas incumbências. O organismo necessita se readaptar para manter o equilíbrio energético, tais como: fazer regime de tratamento, conhecer

a doença, lidar com incômodos físicos, perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades de locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança.

As doenças cardiovasculares são as que mais levam os idosos ao internamento na UTI Cardiológica. Essas tem chamado atenção pelo fato de provocarem significativo prejuízo na qualidade de vida, além de custo social e econômico (BENSENOR et al., 2015; VENTURA et al., 2017). Esse fato exige, certa dependência da enfermagem para satisfação de suas necessidades humanas básicas, o que exige, conseqüentemente, a implementação de um cuidar personalizado, a partir de diagnósticos indicadores de intervenção profissional do enfermeiro (SALES; SANTOS, 2007).

Nesse sentido, reafirma-se que a geriatria tem como propósito a utilização de conhecimentos do processo do envelhecimento para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência (CALDAS, 200; SALES; SANTOS, 2007). Sendo assim, a atuação do enfermeiro é de suma importância, visto que esse profissional leva em conta as necessidades do idoso na avaliação global de saúde, considerando os aspectos biológicos, psicossociais, culturais e espirituais, com a finalidade de fornecer uma assistência integral e adequada a essa população (FLORIANO et al., 2012; COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

Apesar de a enfermagem brasileira já perceber que o ensino da gerontogeriatrics é importante para entender a condição humana das pessoas idosas diante do seu crescimento demográfico é preciso reforçar que esta aprendizagem seja de forma contextualizada, aberta, globalizada, ética e, sobretudo dialógica para atender essa clientela cada vez mais prioritária no âmbito das políticas públicas para o atendimento em saúde (SANTANA; SANTOS, 2005).

A enfermagem gerontológica é considerada, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1993), a responsável pelo cuidado de enfermagem ao paciente idoso. Assim, é entendida como ciência aplicada com a finalidade de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para programar a assistência de enfermagem e planejar os serviços que melhor atendam às necessidades do idoso, com vistas à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de manutenção da funcionalidade do idoso.

Estudo, realizado por Lima e Tocantins (2009), identificaram como necessidade de saúde, relatadas pelos idosos, o encontrar o outro (humano) na atitude da enfermagem e estabelecer relações com outras pessoas, sinalizando como demanda de saúde a importância das ações denominadas não técnicas da enfermagem, que atendam a necessidade emocional, através do diálogo e conversas com enfermeiros e com outros idosos.

Nesta linha de atuação pode-se lançar mão dos preceitos do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual tem a finalidade de atender as demandas vindas dos usuários e servidores diante da necessidade de integralizar a assistência ao paciente, melhorando a qualidade e eficácia dos serviços prestados no ambiente hospitalar, aprimorando a relação do profissional de saúde com o usuário. Significa resgatar o respeito à vida humana, valorizar os sentimentos e englobar os aspectos emocionais e físicos (BRASIL, 2001).

A humanização deve fazer parte da filosofia e da prática da enfermagem, nos diversos cenários em que atua, especialmente, nas UTIs (VILA; ROSSI, 2002). No entanto, o trabalho da enfermagem em UTI Cardiológica, comumente valoriza os equipamentos, isto porque eles possibilitam o controle do quadro clínico, podem prevenir complicações e facilitar o trabalho da equipe (OLIVEIRA; SOUZA, 2012). Os recursos materiais e os instrumentais são importantes em uma UTI, porém, não mais significativos que a essência humana, que é capaz de conduzir o pensamento e guiar as ações da equipe de enfermagem, na construção de uma realidade mais humana, menos enérgica e invasiva aos indivíduos que convivem, diariamente, neste ambiente (VILA; ROSSI, 2002).

Ao observar o paciente o enfermeiro possivelmente oferece um cuidado integral e humanizado, capaz de preservar o conforto e minimizar os possíveis danos que uma internação pode causar (MEDEIROS et al., 2014). De acordo com o estudo realizado por estes autores, os enfermeiros identificaram desconfortos que afetavam o idoso no pós-operatório, sendo avaliado em quatro contextos, físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual. Dois ou mais desconfortos foram observados, com mais frequência, são eles os sintomas de dor, ruídos excessivos, sensação de deslocamento do ambiente residencial e ansiedade.

Para Camponogara (2011), não basta focar a humanização somente ao paciente, mas é preciso atentar também para a equipe que proporciona o cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade a seus integrantes. Desse modo, eles podem se sentirem humanizados, valorizados, motivados com o trabalho que exercem e se realmente internalizarem a importância de se sentirem protagonistas desse processo, sendo possível a concretização da humanização do cuidado ao paciente na UTI.

O papel da enfermagem no ambiente da UTI de cardiologia é essencial, associado aos recursos tecnológicos, para a qualidade e continuidade do tratamento instituído. Isto porque este espaço possui uma dinâmica de trabalho intensa, que se caracteriza pela alta rotatividade de pacientes no pós-operatório imediato, sendo estes transferidos para a enfermagem de origem

assim que as funções hemodinâmicas e ventilatórias estejam estabilizadas (OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Em alguns casos cirúrgicos, principalmente em pacientes idosos, o pós-operatório pode exigir um período de hospitalização mais prolongado (HAGEMEYER; GUSMAN, 2011). Neste período é indispensável que o enfermeiro instigue sua sensibilidade para identificar as necessidades de conforto dessa clientela, pois faz parte do cuidado de enfermagem (RIBEIRO; COSTA, 2012).

Ainda há que se considerar que a reorganização das políticas públicas de saúde, no Brasil tem como uma das diretrizes básicas a assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa e esta torna-se possível pela oferta de cuidados individualizados. Acredita-se que para isso, deve-se identificar as necessidades humanas básicas afetadas nos indivíduos, a fim de propor intervenções profissionais adequadas à sua qualidade de vida, prevenindo-se assim o adoecimento crônico e, consequentes, gastos públicos com a hospitalização (SALES; SANTOS, 2007).

2.4 EDUCAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição de 1988, tem passado por várias modificações, regulamentadas por leis e normas, surgindo estratégias que visam à reorientação do modelo de atenção à saúde vigente, até então guiado pelo paradigma médico-assistencial, de caráter individualista e hospitalocêntrico (AZEVEDO, 2007).

A partir do século XX verificou-se a necessidade de instituir programas contínuos de capacitação profissional, que de fato respondam às demandas de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho. O entendimento de educação em saúde está relacionado aos conceitos de educação e de saúde (SALCI, 2013). Surgiu, então, a denominação de educação continuada em saúde, como estratégia para a capacitação de profissionais de saúde já inseridos nos serviços com o intuito de atualização, objetivando o melhor desempenho no exercício de suas funções (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001).

Segundo Silva, Pereira, Benko (1989), a educação continuada deve ser entendida como conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do profissional em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha. Também compreendida como transferência de informações em saúde, com o uso de diversas tecnologias, abrangendo das mais simples às avançadas (SALCI, 2013). Sendo um processo que visa possibilitar ao indivíduo a obtenção de conhecimentos, no intuito de

alcançar sua habilidade profissional e desenvolvimento pessoal, levando em conta a realidade institucional e social (BEZERRA, 2003).

Quando se trata de educação, logo vem a ideia do educador Paulo Freire, que propôs modos diferentes de operar e ver os aspectos educacionais. Para Freire (1992), a educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados. Um dos meios de desenvolver a educação é pela prática problematizadora, a qual promove o diálogo entre profissionais e usuários, a autonomia cidadã, assim como incentiva estes sujeitos a adotarem uma postura ativa em seus ambientes políticos e sociais (FREIRE, 1992).

Para este educador a educação deve estabelecer um elo horizontal de igualdade entre os indivíduos envolvidos no processo. Desse modo, Freire propõe uma Pedagogia libertadora, que se produz por meio do diálogo permanente, resultando em um processo dialético. Indica uma Pedagogia dialógica que parte da problematização da realidade dos educandos para a finalidade de intervenção no mundo, portanto com base na dialogicidade (FREIRE, 2003).

Na pedagogia libertadora, segundo Paulo Freire, é através do diálogo que se dá a comunicação e a partir desta, que se produz conhecimento. O conhecimento advém da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se concretiza através de análise crítica dessa realidade. O que é aprendido não decorre da imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica (PEREIRA, 2003).

No processo educativo é quebrada a hierarquia entre um que domina o conhecimento, e outro que não sabe, mas há o reconhecimento que ambos contribuem com conhecimentos diferentes (SALCI, 2013). Para este autor, a prática educativa em saúde é direcionada tanto à população, na educação em saúde, quanto a profissionais de saúde, na capacitação profissional. Na educação permanente, o ensino e aprendizado são introduzidos no cotidiano de trabalho das instituições e possibilitam modificar os sujeitos, fazendo com que estes sejam ativos e capazes de refletir sobre sua prática diária bem como produzir conhecimentos (BOTH et al., 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

A proposta metodológica da pesquisa caracteriza-se com abordagem qualitativa, pois o que se privilegia não é a quantificação dos dados originários da realidade, com vistas a generalizações estatísticas, mas dados gerados a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo da pesquisa, com o intuito de se revelar à dinâmica e o ponto de vista de quem vivencia a problemática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Com relação à Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que é a metodologia utilizada neste estudo, este é um meio inovador nos serviços de saúde, principalmente na enfermagem, pois possibilita intervenção com mudança de comportamento na prestação de serviços de saúde. Isto porque o investigador deve estar inserido na equipe, bem como fazer parte da assistência realizada. Neste sentido, esta pesquisa teve como meta identificar como se dava o cuidado ao idoso e propor formas de cuidar, visando aprimorar a atenção ao idoso no contexto da unidade de terapia intensiva cardiológica. Neste cenário, é imprescindível que o profissional enfermeiro mantenha uma relação estreita com a prática assistencial, isto é, o contexto da prática é potencialmente o espaço entre a pesquisa e a assistência propriamente dita.

Nesse sentido, Trentini e Paim (2004) destacam que na PCA o profissional de enfermagem encontra um instrumento útil no cotidiano de trabalho que faz aprender a pensar o fazer. Este estudo teve como propósito conhecer a dinâmica de trabalho dos profissionais de enfermagem por meio da inserção da pesquisadora neste local, possibilitando relacionar a teoria com a prática cotidiana no cuidado a idosos internados na UTI Cardiológica.

3.2 MÉTODO DE PESQUISA E OPERACIONALIZAÇÃO

No delineamento metodológico para o desenvolvimento deste estudo, o método utilizado é o da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que se caracteriza pela participação ativa dos participantes da pesquisa e por ser realizada no espaço em que ocorre a prática assistencial, de modo concomitante às ações de assistência e pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Desta forma, a pesquisa é uma extensão prática da enfermagem, que deve estar inter-relacionada com o observar, cuidar e ensinar.

A PCA é realizada no local em que ocorre a assistência, neste espaço o pesquisador identifica os problemas, mantendo contato com a prática assistencial. A partir disto, produz conhecimento e elabora ações de assistência articulando o ensino, a prática assistencial e a gestão, com envolvimento ativo dos participantes, considerando as crenças e valores preestabelecidos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Neste tipo de abordagem, a pesquisa em enfermagem tem sua origem na realidade de saúde vivenciada pelo pesquisador e participantes do estudo. A metodologia oferece ferramentas para o desenvolvimento da pesquisa e para o processo de produção do conhecimento, para isso deve ser valorizada constantemente a prática como objeto de pesquisa.

3.2.1 Fases da Pesquisa Convergente Assistencial

Para obter resultados satisfatórios, todas as fases do estudo requer que os participantes tenham um envolvimento ativo e as etapas devem ser seguidas na sequência lógica da metodologia utilizada. Neste sentido, para se evitar discordância durante o desenvolvimento deste tipo de pesquisa, Trentini, Paim, Silva (2014) propõem etapas que devem ser seguidas na sequência estabelecida e devem se inter-relacionar, sendo elas: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Neste sentido, o importante é não queimar etapas, mas descrever detalhadamente todo o processo de investigação.

3.2.1.1 Fase de Concepção

Na fase de concepção definiu-se o problema da pesquisa. Esta fase está relacionada com a elaboração do projeto de pesquisa, onde ocorreu a definição do tema que foi abordado, a área de interesse, o local que foi realizado e a participação do pesquisador no local. Vale salientar que a presença do investigador no ambiente de pesquisa permite o envolvimento do mesmo com a prática assistencial no local pesquisado, o que atende ao critério da PCA de vínculo e compromisso entre o pesquisador e a equipe assistencial.

O tema de pesquisa deve interessar aos profissionais participantes do estudo, na PCA o tema deve emergir da prática profissional. Desta forma, foram realizados questionamentos aos profissionais sobre a prática assistencial com o paciente idoso. Trentini; Paim; Silva (2014) propõem o exercício de autoindagação, com indagações mais gerais, sendo estas: O que não está bem na prática assistencial? Quais são os problemas? O que poderia ser modificado? Que inovações poderiam ser introduzidas?

Vale destacar que esta equipe de enfermagem possui projeto de educação permanente, em que são realizados encontros mensais a fim de fomentar capacitações com temas previamente definidos. No entanto, não havia sido tratado de assuntos referentes a temática dessa dissertação.

3.2.1.2 Fase de Instrumentação

Na fase de instrumentação foi realizado a descrição da metodologia (os participantes, o local do estudo, os métodos e técnicas) para obtenção das informações (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Esta fase foi determinada pela busca de metodologias adequadas ao problema de pesquisa definido. Este estudo teve como facilitador o pesquisador fazer parte da equipe de enfermagem em questão.

Esta pesquisa foi implementada na Unidade Cardiovascular Intensiva (no 5º Andar) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), localizado na região central do Rio Grande do Sul. O HUSM é uma instituição pública, federal, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Criado em 1970, constitui-se, atualmente, em um centro de referência secundária e terciária da região centro-oeste do estado gaúcho, abrangendo 46 municípios. O hospital possui 275 leitos em funcionamento, distribuídos em diversos serviços e especialidades médicas de média e alta complexidade e tem como finalidades essenciais, a assistência, o ensino e a pesquisa.

Na UTI Cardiológica a maioria dos usuários atendidos possui idade acima de 60 anos. A estrutura física da unidade, conta com seis leitos de internação, posto de enfermagem, sala de equipamentos, banheiros, expurgo, sala de descanso para os profissionais, recepção/secretária, área de prescrição médica e de enfermagem. O atendimento é realizado por equipe multiprofissional fixa e de apoio, em que desta última faz parte as especialidades, que através de pedido de parecer, participam da avaliação e acompanhamento do quadro clínico. A equipe fixa é constituída por Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, médico e fisioterapeuta, no entanto optou-se por realizar a pesquisa somente com os profissionais de enfermagem, pois estes encontram-se ligados diretamente com o cuidado.

A equipe de enfermagem é composta de Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, sendo constituída por 25 profissionais (9 Enfermeiros e 16 Técnicos de Enfermagem). O dimensionamento de pessoal está assim distribuído: um enfermeiro e três técnicos de enfermagem por turno de trabalho, a carga horária dos turnos matutino e vespertino é de seis horas diárias e o noturno é de 12 horas.

Para este estudo estabeleceu-se como critérios de inclusão dos participantes: fazer parte da equipe de enfermagem; estar diretamente vinculado à assistência aos idosos internados. Foi excluído da pesquisa o profissional que estava em período de férias ou Licença para Tratamento de Saúde (LTS).

3.2.1.3 Fase de Perscrutação

Esta fase se constituiu no momento em que o pesquisador inseriu-se na prática assistencial, buscando as informações de modo minucioso, necessárias para propor inovações e mudanças no contexto investigado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Esta fase foi marcada pelo momento que o pesquisador iniciou a coleta de dados para definir estratégias coletivas de qualificação do cuidado a idosos. Nesta etapa foi realizada a coleta e o registro dos dados de dupla intencionalidade, ou seja, produzir conhecimento científico e aprimorar o cuidado de enfermagem a idosos hospitalizados em uma UTI Cardiológica.

A coleta de dados, foi iniciada em setembro de 2016, sendo o primeiro contato com chefia do local pesquisado, outubro de 2016 encaminhado para a Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM para autorizar a realização da pesquisa na instituição. Posteriormente, um contato com a chefia de enfermagem do local pesquisado para agendar a apresentação do projeto à equipe de enfermagem. A apresentação do projeto para a equipe ocorreu em 14 de novembro de 2016, teve por finalidade explicar formalmente o projeto de pesquisa à equipe de enfermagem. Sendo realizada ao final da capacitação, e o convite para participar foi realizado de modo formal e informal, sendo contato verbal por meio de conversa de incentivo para adesão deles à pesquisa e, ainda, envio de mensagem eletrônica.

Destaca-se que a coleta de dados ocorreu por meio da entrevista conversação, observação participante e questionário. O diagnóstico situacional foi realizado a partir da observação participante e da entrevista conversação. Para elaborar as estratégias coletivas com a equipe de enfermagem, relativas ao cuidado aos idosos hospitalizados em uma UTI Cardiológica foram realizados grupos de convergência, e para avaliar as contribuições do processo educativo em saúde na qualificação do cuidado foi utilizado um questionário. Para realizar as ações educativas que contemplou os grupos de convergência foi utilizado parte do tempo em que a equipe se reunia para encontro de capacitação setorial ou reunião de equipe.

Ressalta-se que os grupos de convergência ocorreram na sequência, após o término das atividades de educação permanente que a instituição desenvolve com os profissionais da equipe de enfermagem. A utilização deste espaço foi no sentido de a participação dos

integrantes, uma vez que eles já estavam presentes e, também, com o propósito de não interferir na dinâmica de trabalho e andamento do planejamento da educação permanente.

Seguindo os passos estabelecidos pela PCA, na primeira etapa foi realizada a observação e a entrevista, sendo a observação participante no local de investigação e atuação da equipe de enfermagem, com o intuito de acompanhar o desenvolvimento das ações de cuidado de enfermagem junto aos idosos internados. Conforme destaca Gil (2008), a observação participante é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e revelar determinados aspectos da realidade que se quer investigar, o envolvimento do pesquisador nas atividades do campo investigado é moderado.

A observação consiste em registrar as informações advindas da observação e dos encontros grupais que não são passíveis de serem captadas pela entrevista como descrição dos profissionais, atitudes, olhares, comportamentos, palavras, atividades diárias e tudo que for pertinente e puder contribuir para alcançar os objetivos da pesquisa. A observação foi guiada por um roteiro pré-elaborado (APÊNDICE A) e, concomitante foram, realizadas anotações no diário de campo. Deste modo, a observação participante pressupõe a interação pesquisador/pesquisado.

A entrevista conversação teve como finalidade identificar as características dos participantes da pesquisa e, também, conhecer os saberes, as necessidades e as implicações do cuidado a idosos internados em uma UTI Cardiológica. O instrumento de coleta dos dados (APÊNDICE B) foi composto por duas partes, a primeira relacionada à caracterização dos trabalhadores, contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, situação conjugal e escolaridade) e profissionais (categoria profissional de formação e atuação, tempo de formação, tempo de atuação no local atual, presença de outro vínculo empregatício, especialização) e a segunda contendo um roteiro de perguntas semiestruturadas que direcionou a entrevista, o qual contém informações referentes ao cuidado de idosos no ambiente da UTI Cardiológica.

A forma de registro das entrevistas foi a gravação digital, após permissão dos entrevistados. A finalidade da gravação foi de registrar com exatidão as falas, o que contribuiu para o estabelecimento de fidedignidade para os dados, em sua posterior transcrição. A opção por questões abertas na entrevista possibilitou ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema abordado e aprofundar o conteúdo, uma vez que permite fazer novas perguntas no decorrer da entrevista. A entrevista na fase inicial também possibilitou identificar as principais necessidades ou fragilidades relativas ao cuidado a idosos que foram objeto de discussão nos encontros grupais.

Depois da realização das entrevistas abertas, ocorreu a segunda etapa, operacionalizada por meio de grupos de convergência com a equipe de enfermagem da UTI Cardiológica, foram realizados três encontros com as seguintes finalidades: apresentação dos resultados parciais das entrevistas abertas; oferecer subsídios teóricos, debater com o grupo os encaminhamentos necessários a partir dos resultados que foram apresentados; e construir estratégias coletivas com a equipe de enfermagem referentes ao cuidado de idosos e validar as estratégias apontadas pela equipe. Estas foram gravadas em meio digital, transcritas e validadas com os participantes. Almeja-se que o processo de elaboração coletiva de estratégias de cuidado à idosos instigue a equipe de enfermagem para a reflexão-ação e desperte os profissionais para a importância do trabalho em equipe, aquisição de conhecimento sobre envelhecimento e para as possibilidades de transformações contínuas de sua prática.

No presente estudo a prática assistencial é realizada pela equipe de enfermagem que pertence a um vasto campo de produção de conhecimento, em que cada um possui saber e fazer diferenciado, e para agregar conhecimento para toda a equipe foi desenvolvido o grupo de convergência, com a finalidade de conhecer melhor a equipe, transmitir conhecimento, e criar estratégias coletivas para melhoria da assistência ao idoso. A última etapa foi a aplicação de um questionário para avaliar as contribuições do processo educativo em saúde na qualificação do cuidado a idosos internados na UTI Cardiológica. O desenvolvimento da pesquisa, a divulgação e utilização de seus resultados são partes integrantes da metodologia adotada, sempre permeada pela ética.

3.2.1.4 Fase de Análise

Na fase de análise, o pesquisador sintetiza e discute os dados obtidos, com a finalidade de construir de forma coletiva estratégias facilitadoras para o cuidado aos idosos internados na UTI Cardiológica. Por ser uma pesquisa convergente-assistencial, a análise das informações qualitativas ocorreu simultaneamente com o processo de produção de dados permitindo ao pesquisador intervir no contexto, quando fosse necessário. Esta fase seguiu o processo definido na PCA, composta de quatro processos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na apreensão, os dados foram organizados e a pesquisadora obteve informações suficientes para prosseguir à etapa de exploração e tratamento do material. Na síntese, todos os elementos encontrados foram reunidos para identificar as necessidades de mudança e

estratégias que poderiam ser adotadas para a melhoria da qualidade da assistência. Nesta fase os dados foram agrupados em categorias, possibilitando ao autor a teorização, buscando relacionar com a teoria.

Posterior à análise e obtenção dos temas emergentes e de interesse do grupo aconteceu à fase de teorização, em que foram realizadas as discussões nos encontros de conversação por convergência, aproximando as informações coletadas com o referencial teórico. Realizaram-se três encontros com participação média de 13 profissionais em cada. Para Trentini, Paim, Silva (2014), teorizar envolve um processo de construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para que possa descrever e explicar fenômenos da vida cotidiana. O pesquisador pode optar por não expandir a pesquisa para as outras fases, podendo ser encerrada com as mudanças e/ou inovações ainda em andamento. Sendo assim, neste trabalho foram realizados grupos de convergência, elencando estratégias de melhoria do cuidado ao idoso, sendo o trabalho interrompido nesta etapa.

Assim, as estratégias coletivas produzidas e consolidadas nos encontros de convergência foram devolvidas à equipe, para que fosse verificada a adequação das construções referentes à categorização e interpretação dos resultados e as inferências desenvolvidas. A validação foi realizada pelos profissionais no dia 12 de junho de 2017. Após essas verificações a pesquisadora acompanhou a operacionalização dos resultados obtidos de melhoria à assistência ao idoso e contribuições deste estudo para a prática assistencial, de modo a estimular os profissionais a refletirem sobre seu cotidiano de trabalho.

Para acompanhar a contribuição dos temas discutidos nos grupos de convergência na melhoria da assistência, foram utilizados os seguintes questionamentos: “Você modificou sua forma de cuidar do idoso após a realização dos grupos em que debatemos as questões sobre envelhecimento? Relacionado a quais aspectos? e “Você identificou mudança na equipe no modo de cuidar dos pacientes idosos? Quais mudanças?”. Foi entregue o questionário para todos os participantes, obtendo um retorno de 16 questionário e destes 11 foram respondidos.

Este trabalho de pesquisa foi realizado até a fase de teorização, preferiu-se encerrar a pesquisa nesta fase por não ser possível prosseguir com as demais etapas, que seria a etapa nominada de transferência, que consiste na socialização das estratégias elencadas pela equipe para os outros setores do hospital, devido às limitações de tempo, principalmente, pelo prazo de defesa da dissertação.

Os dados obtidos são confidenciais, divulgados exclusivamente para fins científicos a fim de contribuir com estratégias facilitadoras de cuidado ao idoso. Os resultados da pesquisa foram construídos incorporando o processo de coleta de dados e educação em saúde,

conduzido pela pesquisadora, por meio de discussões com embasamento teórico voltado a estratégias de cuidado com técnicas práticas e facilitadoras, instigando os profissionais a pensar o seu fazer e buscar aprimorar o cuidado.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante a realização desta pesquisa foram preservados os direitos dos informantes observando-se os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Assim, inicialmente, o projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Campus Palmeira das Missões da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), concomitantemente apresentado Gerência Setorial da Unidade de Cardiologia Intensiva (UTI Cardiológica) para obtenção de autorização setorial. Na sequência foi encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital Universitário de Santa Maria (GEP) para obtenção da autorização institucional (ANEXO A). Após esse momento, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e posteriormente encaminhado para análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM). A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética sob Parecer número 1.801.586 de 01 de novembro de 2016 (ANEXO B.)

Conforme orientações previstas na Resolução 466/12, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garantiu o caráter voluntário de participação e a liberdade dos participantes em poder retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo, sendo assegurado seu anonimato e sigilo das informações. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Após, foram informados os cuidados éticos que envolvem a pesquisa como anonimato, autonomia e, também, respeito ao uso e armazenamento do material produzido na entrevista e nos encontros grupais. Anteriormente a entrevista, forneceu-se a cada participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), o qual constava os objetivos, riscos e benefícios do estudo, assim como o contato das pesquisadoras responsáveis. Concordando com o conteúdo do termo, cada participante assinou em duas vias, uma permaneceu com ele e a outra em posse da pesquisadora. Os benefícios do estudo estão ligados diretamente à possibilidade de proporcionar, aos participantes, maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo na qualificação do cuidado aos idosos internados em uma UTI Cardiológica.

Quanto aos riscos entende-se que a participação na pesquisa não representou risco de ordem física ou psicológica, além daqueles aos quais estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estavam tratando. Ressalta-se que não houve casos de desconforto emocional e nenhum participante se retirou da pesquisa ou dos encontros grupais.

Os participantes foram identificados por meio de códigos (PE1, PE2, PE3...) para as entrevistas e para o questionário foi utilizado QE1, QE2, QE3... e assim sucessivamente, visando seu anonimato e a preservação de sua privacidade. Em relação ao sigilo os participantes estavam cientes de que as informações fornecidas eram confidenciais e de conhecimento apenas das pesquisadoras. Para tanto, se comprometeram a resguardar o anonimato e o sigilo das pessoas que participaram da pesquisa de acordo com o exposto no Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D). Os participantes da pesquisa não foram identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados forem divulgados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo descreve-se a caracterização dos participantes do estudo, considerando que estas informações são relevantes devido a característica deste estudo, pois como se constitui em uma pesquisa convergente assistencial, a qual valoriza sobremaneira a participação dos profissionais, permite a resolução ou minimização de problemas da prática ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A equipe de enfermagem pesquisada é composta por oito Enfermeiros e 16 Técnicos em enfermagem. Estudo realizado mostra que, em média, de 70 a 90% dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem nos hospitais, incluindo as UTIs, são constituídos por técnicos de enfermagem. Isto se deve ao fato do dimensionamento de pessoal, entendido como um processo sistemático usado para prever e determinar o quantitativo de pessoal por categoria profissional (Enfermeiro e Técnico de Enfermagem) necessário para garantir qualidade e segurança no atendimento às necessidades de cuidado dos pacientes (PERROCA, 2011).

Vale destacar que este quantitativo é estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução Nº 543/2017, em que o percentual mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, para as 24 horas/dia de cada unidade de internação (UI) considera o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). Este sistema leva em conta as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente. No caso da UTI o número de horas enfermagem por paciente é de 18 horas; a distribuição percentual do total de profissionais deve ser 52% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem; e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho de 1 profissional de enfermagem para 1,33 paciente.

Também, devem ser consideradas as normas da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Nº 07/2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõem sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Tal resolução prevê que deve haver um técnico de enfermagem para cada dois leitos e um enfermeiro para cada oito leitos de UTI (BRASIL, 2010a).

A UTI Cardiológica, na qual se realizou o presente estudo, possui seis leitos de internação e a equipe de enfermagem em cada turno de trabalho é composta de um enfermeiro e três técnicos de enfermagem. Em relação à formação profissional, dos técnicos em enfermagem, quatro deles possuem o curso de graduação em enfermagem. Conforme destaca Rodrigues, Barrichello, Morin (2016), esta situação pode estar relacionada ao aumento da oferta e os programas de inclusão no ensino de graduação, que possibilitou o deslocamento ascendente da carreira e permitiu que profissionais de nível técnico tivessem acesso ao superior. Neste sentido, o ensino de enfermagem encontra-se em crescimento, com tendência de expansão, pois os profissionais, cada vez mais, estão em busca de qualificação.

Para Costa; Vieira; Chinelli (2014), o enfermeiro como profissional desenvolve majoritariamente o trabalho intelectual e os técnicos de enfermagem realizam prioritariamente o trabalho de característica manual. Para estes autores, esta divisão social do trabalho em enfermagem faz com que os profissionais de nível técnico deixem em segundo plano a busca por conhecimento, o que é de certa forma, uma situação nociva para o processo educacional dos trabalhadores, que desempenham ações centradas em “tarefas”.

A equipe atuante na UTI Cardiológica possui, em sua maioria vínculo empregatício único. Estudo, realizado por Versa e Matsuda (2014), encontrou dados semelhantes, destacando que profissionais com mais de um emprego possuem menor índice de satisfação no trabalho. Para estes autores, o profissional com mais de um vínculo empregatício está mais exposto a risco de adoecimento, sobrecarga de trabalho e desgaste psicofisiológico, com efeitos negativos na vida social e no lazer desses trabalhadores. Pesquisa, realizada por Simplicio et al. (2015), mostrou que a maior parte dos profissionais com mais de um vínculo empregatício apresentam elevado índice de estresse no ambiente de trabalho e prejudica a qualidade de vida do profissional.

Os integrantes da equipe de enfermagem entrevistados apresentaram idades que variou de 29 a 50 anos, com média de 37,4 anos. Isto evidencia que os profissionais são relativamente jovens, em consonância a outras pesquisas realizadas, como de Versa e Matsuda (2014), Almeida, Araújo (2016) e Santos (2016), que encontraram predomínio de população com idade inferior a 40 anos, considerada mais jovem atuando em UTI.

Para Santos (2016) profissionais mais jovens são mais produtivos e predispostos a buscar conhecimento e aprimoramento intelectual. Almeida, Araújo (2016), destacam que este é o perfil de faixa etária esperado para unidades de cuidados críticos, pois durante a graduação são motivados ao cuidado de pacientes de alta complexidade.

O trabalho em UTIs exige conhecimentos e habilidades no cuidado com pacientes críticos. A experiência profissional pode não estar relacionada ao tempo de formação, mas pode ser um indicativo do tempo de inserção do enfermeiro no mercado de trabalho. Em relação ao tempo de formação que os entrevistados possuem, este variou de 07 a 20 anos, com média de 13,71 anos. O tempo que estes profissionais atuam no setor de cardiologia do hospital oscilou de zero a 14 anos, havendo discordância entre o tempo de formação e o de atuação, o que indica que estes profissionais possam ter atuado em outras instituições de saúde ou, até mesmo, em outro setor deste hospital. Para Aued et al. (2016), os enfermeiros começam a desenvolver competências a partir de um a dois anos de prática profissional e as habilidades desenvolvidas não estão relacionadas ao tempo de profissão, mas sim às situações vivenciadas no dia a dia.

Em relação ao sexo, houve predomínio do sexo feminino, com 17 profissionais. Isto está associado ao que historicamente a categoria profissional da enfermagem vivencia, pois no decorrer dos tempos sempre foi formada majoritariamente por pessoas do sexo feminino. Neste contexto, a profissão apresenta-se culturalmente vinculada à figura da mulher, a qual comumente assume o primordial papel de cuidador. Para Biroli (2015), as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado e as mais afetadas pela desvalorização social do trabalho de cuidar.

Os resultados encontrados neste trabalho corroboram com estudos realizados por Rodrigues et al. (2015), Almeida, Gurgel, Silva (2014), Machado et al. (2016), Camargo et al. (2015), Baumgarten et al. (2012), Camelo et al. (2013), nos quais entre os profissionais de saúde, em especial, na equipe de enfermagem, há predomínio do sexo feminino. Contudo, a presença maciça do sexo feminino não é somente na enfermagem, mas também em todas as áreas da saúde. Estudo, realizado por Matos, Toassi, Oliveira (2013), identificou que a formação de profissionais na área da saúde tem predomínio do sexo feminino em todas as profissões, até mesmo naquelas consideradas historicamente de predomínio masculino, como a medicina e odontologia.

Neste trabalho identificou-se que sete dos trabalhadores são do sexo masculino, mesmo a enfermagem sendo uma profissão formada predominantemente por profissionais do sexo feminino, evidenciando mudança neste cenário. Conforme estudo realizado na década de 80 pela Associação Brasileira de Enfermagem e pelo Conselho Federal de Enfermagem (ABEn/COFEN), os primeiros sinais desta mudança começaram a surgir entre 1970 e 1980, onde evidenciou um aumento significativo do sexo masculino com formação em nível superior (ABEN, 1985). E, nos últimos anos, o crescimento da participação masculina na enfermagem é mais visível.

4.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E CONHECIMENTO SOBRE ENVELHECIMENTO HUMANO

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, conforme alterações estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) N° 3 de novembro de 2001, assinala em seu artigo 5º, que o enfermeiro deve ser dotado de competências e habilidades para atuar em diversos programas de assistência à saúde, incluindo a formação de profissionais capacitados para o cuidado do indivíduo idoso (BRASIL, 2001b).

No que se refere ao processo de formação profissional e contribuições da graduação para o conhecimento sobre a pessoa idosa, aponta que os dados encontrados demonstram que o tema envelhecimento humano vem, de alguma forma, sendo trabalhado nas disciplinas de graduação. Isto porque foi relatado por metade dos participantes entrevistados que durante a graduação tiveram discussões sobre algum tema relacionado à saúde do idoso ou sobre envelhecimento humano. O conteúdo referente ao cuidado do ser humano idoso foi inserido em novembro de 2001, após as modificações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO, 2014).

A inserção da gerontogeriatria nos cursos de enfermagem foi estudada por Kletemberg e Padilha (2013), os quais identificaram que no Brasil do período de 1970 a 1996, a temática do envelhecimento humano tem sido incluída na grade curricular em disciplinas não específicas e de maneira vagarosa, fazendo com que os profissionais de saúde, ao se colocar no mercado de trabalho não disponham de competências mínimas para prestar atendimento ao idoso.

O conhecimento sobre envelhecimento não está atrelado somente à enfermagem. Neste sentido, Pereira, Feliz, Schwanke (2010), avaliaram o ensino da Geriatria e Gerontologia na graduação médica, na qual menos da metade dos projetos pedagógicos de curso de graduação médica das escolas brasileiras inclui o conhecimento sobre envelhecimento. Destacam, ainda, que a graduação não estimula o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e, primordialmente, condutas do médico brasileiro no atendimento desta população. Estudo, realizado por Almeida, Ferreira, Batista (2011), ressaltam que no curso de fonoaudiologia possui disciplinas específicas e não específicas que tratam de temas das áreas de geriatria e gerontologia, mesmo considerada insuficiente a carga horária destinada à área, identifica importantes contribuições das disciplinas para a formação profissional.

O cuidado e o tipo de abordagem ao paciente idoso podem estar relacionados à formação do profissional. Conforme destacam Alberti, Espíndola, Carvalho (2014), a atuação do profissional de enfermagem no cuidado ao idoso pode ser limitada se durante a formação o tema não foi abordado ou foi de forma superficial, sendo insuficiente para suprir a demanda de conhecimento para o cuidado. Para Almeida, Araújo (2016), é indispensável à atualização contínua do profissional enfermeiro, visto que desenvolve atividades com a equipe médica e de enfermagem.

Observa-se que os idosos estão cada vez mais presentes nos serviços de saúde, em qualquer que seja o nível de complexidade, e os profissionais têm a realidade do envelhecimento refletida nas demandas das ações que desenvolvem, além disso, percebem a necessidade de qualificação, o que ficou evidente quando os profissionais foram questionados sobre a realização de cursos específicos para cuidar do idoso;

Eu acredito que sim, não sei em que sentido seria o específico, mas às vezes o profissional tem que ter noção dessa diferença de paciente. A idade interfere e repercute na recuperação, outras doenças associadas, e a questão do que o envelhecimento provoca, acarreta nessa questão física, mental, psicológica no paciente, então nesse sentido acho que sim (PE11).

Eu acho que sim, mas eu não sei te explicar o quê. Por exemplo, assim, tecnicamente a gente tem pouca capacitação para isso. A gente tem pouco, a gente estuda pouco isso. Ah lembro que quando me formei estava recém iniciando essa parte de cuidado ao idoso, não era separado. A gente não tinha específico. Então eu acredito que sim, mas a parte técnica da coisa, te dizer exatamente o quê, não sei. Não sei explicar o quê, mas eu acredito que seja, que eles precisem de coisas bem diferentes assim, bem particulares da idade (PE9).

Os profissionais entendem que existe a necessidade de conhecimentos específicos relacionado ao envelhecimento humano e de como prestar cuidado ao paciente idoso, mas a falta do saber sobre o tema, seja por lacuna na formação, ou por não frequentarem cursos de capacitações, não permite que os profissionais possam manifestar de forma objetiva quais conhecimentos seriam necessários para cuidar destes idosos.

O conhecimento e aperfeiçoamento no cuidado à população idosa devem ser iniciados durante a graduação, por meio de pesquisas relacionadas à gerontogeriatria e uma grade curricular focada não só no tratamento de doenças que afetam o idoso, mas em todos os aspectos relacionados a ele, como trabalho, ambiente, família e seu próprio bem-estar (VIEIRA; FIGUEIREDO; GUIMARÃES, 2013).

Vale lembrar que as grades curriculares dos cursos da área da saúde, em especial, da enfermagem são reestruturadas periodicamente e os profissionais que tiveram formação há vários anos, como identificado neste estudo, a mais recente foi há cinco anos, possuem esta lacuna em sua formação. No entanto, como meio de sanar a falta de conhecimento não

disponibilizada na formação, Rocha (2011) destaca a necessidade de realizar contínuas qualificações, incluindo o cuidado ao idoso, considerando-se que a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) enfatiza, em uma de suas diretrizes essenciais, a capacitação de recursos humanos especializados, algo ainda inexistente em muitos setores de saúde (BRASIL, 2006).

A formação já na graduação possibilita conhecer as diferentes áreas de atuação e necessidades de cuidado dos pacientes. O idoso possui particularidades que requer cuidado e atenção, considerando as modificações decorrentes do processo de envelhecimento orgânico e psíquico. Além disso, a busca do conhecimento deve ser constante, mesmo após o término do curso de formação profissional em enfermagem. Quando questionados acerca da realização de cursos de pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*, 12 dos profissionais que possuem graduação, afirmaram ter pós-graduação, porém nenhuma na área do envelhecimento humano.

No que se refere a cursos de qualificação, 16 referiram que participaram de alguma modalidade de curso e oito mencionaram que não. Dos que realizaram curso de qualificação somente um deles referiu, ter sido na área do envelhecimento, onde houve abordagem de cuidados de enfermagem a pacientes idosos, cuidadores de pacientes idosos e enfermagem geriátrica. Identificou-se que os profissionais sentem necessidade de ter conhecimento acerca de cuidados com pacientes idosos.

Acredito que sim, que requer conhecimento específico sim, participar de cursos específicos para isso, que hoje em dia está bem em alta, só que eu nunca participei de nenhum específico para isso... (PE2).

Não só no meu entendimento, mas também a própria literatura diz que sim, eu acho que a gente, se tem eu não conheço nenhum protocolo de, assim, que ajude nós a ter essa proteção do idoso na nossa unidade, a gente faz isso assim, tentando ser o mais perfeito possível, mas não existe algo que te oriente...(PE3).

Eu acho que tem que ter um conhecimento, um entendimento dessa fase da vida, acho que é importante... que são inúmeras coisas que são diferentes de uma pessoa mais jovem, vai depender de ti te aprofundar (PE4).

Acho que deveria ter mais capacitação voltada para esse tipo de cuidado, são pessoas diferenciadas... são... não é a mesma coisa cuidar de um jovem e de uma pessoa idosa (PE6).

Olha eu acho que seria bom, até não tenho nenhum, mas eu acho que quanto mais tu aprendesse mais coisa, acho que seria bom até assim, acho que seria bom a gente, tu ter mais curso... (PE5).

Os profissionais reconhecem que existe necessidade de educação continuada para, entre outros aspectos, compreender as questões relacionadas ao envelhecimento e entendem que esta fase da vida vem acompanhada de diversas modificações psicobiológicas e

necessidades diferenciadas de cuidado. No entanto, cabe também aos serviços de saúde reconhecer as mudanças do perfil dos pacientes internados e propor espaços de diálogos, atualização e qualificação de sua equipe de colaboradores.

A iniciativa de atualizar-se não deve partir somente do profissional, mas também dos serviços de saúde em propiciar condições para que os recursos humanos sejam capacitados, para que a assistência prestada seja resolutiva e as intervenções propostas tenham efetividade e eficiência. Os processos educativos possibilitam que os profissionais evoluam do estado de desconhecimento para o de conhecimento, com capacidade de modificar a realidade cotidiana (VIEIRA; FIGUEIREDO; GUIMARÃES, 2013). Desse modo, o cuidado prestado poderá ser qualificado e resolutivo, permitindo também ao profissional poder cumprir seu dever de modo ético e responsável.

A avaliação de pacientes idosos deve ser pautada na compreensão do processo de envelhecimento e de suas particularidades, de acordo com a realidade sociocultural em que estão inseridos. Estas peculiaridades da pessoa idosa se constituem novas demandas na formação de profissionais em saúde, uma vez que os idosos exigem intervenções e cuidado que, rotineiramente, ultrapassam o modelo biomédico, com foco na doença. Suas necessidades requerem abordagens que englobem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais de acordo com a Portaria Nº 2.528/2006, que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Diante dos resultados encontrados, em que o tema envelhecimento humano não foi abordado no decorrer da formação e também posterior a ela, os profissionais não buscaram se qualificar nesta área, se questiona quais as razões para isso. Será que os profissionais buscaram qualificação? Os profissionais consideram importante este conhecimento para realizar o cuidado? Houve oferta de cursos com esta abordagem? A instituição de saúde ponderou a mudança no perfil dos pacientes e a necessidade de qualificação de seu corpo de colaboradores?

Vale destacar que os profissionais devem buscar conhecimentos e atentar para práticas que possibilitem modificar e aprimorar o cuidado da pessoa idosa com atitudes que instiguem os demais profissionais a agregar ações inovadoras nos cuidados realizados (VIEIRA, FIGUEIREDO, GUIMARÃES, 2013).

Embora o tema referente ao envelhecimento populacional e as políticas públicas sejam discutidos continuamente, identifica-se que este campo do saber ainda não é devidamente valorizado e não há reconhecimento da importância deste para os profissionais da saúde e para a sociedade. Assim, evidencia-se a necessidade de refletir sobre a inclusão de cursos de aperfeiçoamento e de educação permanente nos serviços de saúde para os profissionais,

especialmente para aqueles que tiveram sua formação antes da inclusão deste tema na grade curricular nos cursos de formação.

4.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: O CUIDADO A IDOSOS NA UTI CARDIOLÓGICA

O diagnóstico da situação de como está sendo desenvolvido o cuidado a idosos na unidade estudada, foi elaborado a partir do conhecimento da pesquisadora sobre a realidade da UTI Cardiológica e com base nas manifestações, oriundas das entrevistas realizadas com os integrantes da equipe de enfermagem – enfermeiros e técnicos de enfermagem, as quais foram transcritas na íntegra. Após a leitura e releitura do conteúdo das falas dos profissionais agrupou-se as reivindicações e preocupações dos participantes em três categorias, que deram sentido às condições de trabalho que interferem no fazer em enfermagem, quais seja: Percepção ambivalente sobre o cuidar de idosos em uma UTI Cardiológica; Conhecimento sobre as particularidades no cuidado ao idoso; Percalços no cotidiano de trabalho.

4.3.1 Percepção ambivalente sobre o cuidar de idosos em uma UTI Cardiológica

Nas manifestações dos profissionais sobre como percebem o cuidado a idosos internados em UTI Cardiológica identifica-se diferentes formas de compreensão. De um lado, há afirmação de que o cuidar, em especial a técnica em si, de uma pessoa idosa é semelhante a de um paciente adulto, não necessitando modificar sua conduta. De outro, expressam que o paciente idoso requer maior tempo de internação e possui maior risco de mortalidade, o que demanda mudanças no modo de realizar o cuidado e de ofertar a atenção. Na sequência observa-se esta dissonância de ideias acerca do cuidar do idoso em uma UTI Cardiológica.

Vendo que no dia a dia a técnica em si nos procedimentos não muda assim por ser em função da idade, necessariamente o que fazer, o que muda é o cuidado, o tempo de recuperação, o que acaba interferindo também no cuidado que a gente presta a ele né, é diferente porque a recuperação é mais lenta, o risco de mortalidade em função da idade as vezes é maior, uma pessoa que já tem muitas vezes outras doenças associadas né que requer um cuidado não só em função da questão cardiológica e sim das outras patologias associadas, então acredito que é um paciente diferente assim, é um paciente especial, diferente (PE11).

Eu ia dizer normal. Mas..., eu acho mais difícil a parte de conforto deles, por mobilidade é um pouco mais difícil de movimentar eles... de entender o que que eles estão querendo te passar, o que está desconfortável neles, esse tipo de cuidado assim. Para mim eu acho mais difícil na UCI, o resto eu acho igual aos demais assim... a parte mais técnica da coisa eu acho mais normal (PE9).

O cuidado ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva necessita atender aspectos clínicos e psicossociais, valorizar a escuta, a comunicação e os sentimentos dos pacientes (LEITE et al., 2015). Na percepção dos participantes deste estudo, os idosos hospitalizados na UTI Cardiológica apresentam, frequentemente, comorbidades e se constituem em um paciente distinto, com necessidades de cuidados que requerem mais atenção. No entanto, no dia a dia o cuidado técnico é realizado do mesmo modo que o prestado aos pacientes mais jovens.

A gente cuida como cuida qualquer... todos os pacientes. Só que no paciente idoso a gente procura ter mais atenção, mais carinho, porque eles saem do seu ambiente, onde eles estão acostumados, e isso na hospitalização interfere bastante para o idoso... (PE15).

Considera-se importante que os idosos, assim como os demais pacientes, recebam atenção integral no decorrer do período de internação em uma UTI Cardiológica. Neste sentido, para que ocorra a integralidade da assistência devem ser consideradas as mudanças próprias dessa faixa etária, em especial, o envelhecimento dos órgãos e sistemas, modificações funcionais, a presença de comorbidades e as complicações potenciais às quais estão sujeitos estes indivíduos (FURUYA, et al., 2011).

O processo de envelhecimento não interfere somente na capacidade funcional do idoso, uma vez que além das alterações físicas, há também modificações psicológicas, culturais e sociais que afetam o indivíduo como um ser integral (FERREIRA et al., 2012). Em estudo realizado por Tavares et al. (2010), o ser idoso para os trabalhadores de enfermagem está associado à imagem corporal modificada pela velhice e em relação direta com comorbidades. Igualmente, neste mesmo estudo, associa-se o idoso aos aspectos da idade avançada e da deterioração física, com presença de doenças, dificuldade de locomoção e limitações em vários aspectos. O cuidar de um paciente idoso é diferente, uma vez que este possui limitações.

Para mim é diferente, tem mais restrição, tem mais restrição, acho que em todos os sentidos, movimentos e alimentação, para higiene, para tudo (PE13).

Neste estudo, com base na observação participante e em relatos das profissionais de enfermagem, foi possível visualizar que o paciente idoso, quando hospitalizado, apresenta maior cronicidade de patologias, que podem interferir no tratamento, no prognóstico e no tempo de recuperação. Além das restrições e limitações relacionada ao processo de envelhecimento, durante a internação o idoso acaba desenvolvendo outras limitações

relacionadas a patologia e ao ambiente em sí, bem como o tempo que este fica internado geralmente é maior quando comparado aos demais pacientes.

Para o paciente e seus familiares a internação em uma UTI, por si só, é acompanhada de representações ameaçadoras, que traz uma ideia de gravidade, associada à perda, que muitas vezes nem é real (BRITO, 2004). Estas representações podem estar presentes por ser um local que conta com alta tecnologia e monitorização intensiva, que mantém atividade profissional diuturnamente, e isso frequentemente faz com que os profissionais esqueçam de refletir e indagar a respeito da rotina do paciente e a atuação da equipe, no sentido da manutenção da vida, da qualidade, da preservação do respeito e da dignidade do paciente. Embora a UTI seja o local privilegiado para o atendimento a pacientes em condição clínica aguda e estado grave com possibilidade de recuperação, também parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do contexto hospitalar (VILA; ROSSI, 2002).

Nas falas, além da similaridade, identifica-se dissonância de entendimento referente ao cuidado de uma pessoa idosa em UTI Cardiológica, mesmo que um deles considere que o cuidado ao idoso seja uma ação de rotina, sem modificação no modo de prestar o atendimento o outro menciona que o idoso é um paciente diferenciado, ambos salientam a existência de uma demanda e exigência maior de cuidados. Esta forma de compreender o cuidado pode passar a ideia de que os profissionais desconhecem que há mudanças físicas e cognitivas no decorrer do processo de envelhecimento, porém se dão conta de que para cuidar de um idoso hospitalizado há maior dispêndio de tempo e requer habilidades pelas dificuldades no manejo físico e limitações que o paciente possui.

Para mim é um atendimento normal, como qualquer outro paciente, de qualquer idade, assim, não vejo dificuldades no atendimento, no cuidado pelo fato de ser idoso. Dependendo da patologia, do quadro do idoso, ele tem mais demanda de cuidado, mas não, que interfira na dificuldade ou no atendimento (PE4).

Para mim é um paciente diferenciado, que exige um pouco mais de atenção, pelas suas limitações, e um paciente que exige um pouco mais do técnico de enfermagem na questão dos cuidados em gerais (PE6).

O envelhecimento não é sinônimo de doença, mas frequentemente as morbidades estão associadas à velhice e são decorrentes das perdas funcionais que ocorrem nesta fase da vida, tornando o idoso mais vulnerável ao adoecimento (BATTAGIN; CANINEU, 2008). Os autores, afirmam ainda, que as doenças não fazem parte do processo de envelhecimento, mas existem fatores que predisõem seu desenvolvimento e são comuns nesta faixa etária.

Emergiram, ainda, reflexões a partir da discussão acerca do modo de prestar o cuidado ao idoso, em que ficou evidente que os profissionais realizam o cuidado sem considerar a

idade do paciente. Isto é, realizam as ações e os procedimentos seguindo um conjunto de técnicas, independente da faixa etária do paciente que está internado na UTI Cardiológica. Ao ser questionado o PE2 discorre:

Então, é bem interessante esta pergunta, porque eu nunca parei para refletir com relação a esse cuidado. Em paciente idoso ou paciente jovem, o que eu faria de diferente, nesse aspecto, nesse sentido, então eu nunca refleti a respeito disso. Talvez o meu cuidado seja hoje igual, interessante começar a refletir a respeito disso e ver algumas particularidades que a gente pode estar incluindo a mais no cuidado ao idoso (PE2).

Neste sentido, é importante que o profissional enfermeiro reflita sobre suas ações e objeto de trabalho a fim de avaliar a assistência prestada e identificar as necessidades do serviço, com o intuito de ampliar e difundir o conhecimento acerca do cuidado ao idoso para toda a equipe.

A relação profissional-idoso sofre interferência da visão que o profissional de enfermagem possui sobre a pessoa idosa, por isso se faz necessário a reflexão por parte do profissional sobre o ser idoso e como se configura esta interação no ambiente hospitalar (SCHIMIDT; SILVA, 2012). Para tanto, deve-se compreender que o envelhecimento não é apenas do indivíduo e sim um fenômeno existencial que engloba o idoso em todas as suas dimensões, cujas repercussões se dão no âmbito pessoal e coletivo. Estudo de Schimidt e Silva (2012) assinala que o dia a dia do ambiente hospitalar torna, muitas vezes, a relação de cuidado ao idoso automatizada, indiferente à presença do ser cuidado, colocando em risco a manutenção ou o resgate da sua dignidade.

Considera-se que a reflexão sobre o trabalho realizado permeia a valorização da condição humana do ser cuidado e ser cuidador. Porém, muitas vezes, não há reflexão sobre as práticas pelo fato de não ter estímulo a isso, embora o ponto de partida possa ser o próprio profissional na busca incessante por conhecimento, pela qualificação e atualização, com vistas a melhoria do cuidado no seu cotidiano de trabalho.

4.3.2 Conhecimento sobre as particularidades no cuidado do idoso

O envelhecimento é um processo fisiológico e singular de cada indivíduo, em que a idade cronológica, o fator biológico e o social contribuem para sua ocorrência (LEITE et al., 2012). Ainda, que o fator cronológico seja o menos exato para definir quem é a pessoa idosa, este é o mais utilizado pelas instituições governamentais e não governamentais para planejar

políticas públicas e ofertar serviços nas diferentes instituições e esferas como da saúde, econômica, cultural e social.

O processo de envelhecimento não interfere somente na capacidade funcional do idoso, pois há alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem e afetam o indivíduo como um ser integral (FERREIRA et al., 2012). Em gerontogeriatrics a capacidade funcional é entendida como o resultado da interação que se dá entre a saúde física, mental, independência nas atividades da vida diária e a integração no meio social (MITRE et al., 2008).

O cuidado ao paciente idoso suscita uma configuração especial e um preparo da equipe pelas especificidades de cada idoso. Ao serem questionados sobre as particularidades que são necessárias para cuidar de um paciente idoso, houve citação de aspectos fisiológicos, psicológicos e biológicos que merecem mais atenção e que estes consideram ser alterações que ocorrem com o envelhecimento.

Acredito que sim, ahm, questão da pele, do cuidado, a fragilidade da pele dele, a questão da alternância de decúbito, a questão da memória, e a debilidade. Paciente debilitado, com a locomoção motora, com déficit cognitivo, os delirium, podem ocorrer mais seguido, então, tu tá conversando mais, explicar mais, tudo é a mais, nesse sentido, então eu acho que a gente tem que se dar conta disso (PE2).

Tem uma série de outros fatores, o paciente mais jovem, no idoso do que pacientes mais jovens. O idoso muitas vezes ele tem uma certa desorientação, tem dificuldade de locomoção, já problemas na pele muitas vezes, na alimentação, tem que auxiliar, o que mais...e também tu tem que avaliar, acho que até já falei, normalmente o principal é a desorientação (PE8).

Na verdade, a particularidade é que tu tem que estar bem mais atenta ao idoso, acho que desde a dieta, da pele, do sensório, eu acho que o idosos requer mais cuidado (PE5).

Neste sentido, Fechini e Trompieri (2012) enfatizam que após os 40 anos de idade os principais sistemas biológicos começam a apresentar declínios funcionais, tais como: diminuição de força muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e capacidade cardiorrespiratória que comprometem a execução das atividades de vida diárias necessárias e a independência funcional do idoso. A manutenção da capacidade funcional pode estar atrelada a forma como a equipe gerencia e realiza o cuidado diário, pois a hospitalização gera demandas de ordem biopsicossocial. No decorrer do período de observação participante, constatei que os profissionais possuem conhecimento que o envelhecimento provoca alterações e compreendem que o idoso tem necessidades particulares, específicas e distintas de outras faixas etárias.

A gente tem que ter todo o cuidado, com a pele, quando a gente vai mobilizar ele no leito, de estender bem os lençóis, o móvel, tem que ter cuidado com as assaduras, quando o paciente está evacuando seguidamente e nas punções, ali também, no manejo com a sonda vesical, de posicionar direitinho, de colar assim na coxa, o cuidado de não lesionar a pele, a hidratação da pele, cuidado de passar o óleo AGE, toda essa coisa, quando vai pegar acesso venoso periférico que a gente faz, de não tracionar o acesso venoso central pra retirar, cuidado com o manejo do tubo, que é extremamente importante avaliar o balonete ali, se está tudo certinho, a troca do cadarço, a higiene oral, como um todo, o cuidado cefalocaudal, é importante pra que ele não sofra outras lesões e agrave o seu quadro...(PE12).

Particularidade seria em relação até o próprio envelhecimento em si, cuidados que vão desde, ahm, uma punção, a pele é mais delicada, desde a parte preventiva pra lesão, ahm, seria nesse aspecto mesmo, também, e também toda aquela parte desde a dieta, nutrição, como que é esse paciente, depois de uma avaliação... (PE1).

O idoso tem particularidades assim, uma das coisas é a temperatura, não vai ser a mesma coisa do que uma pessoa jovem, o idoso já não responde mais, coisas assim, específicas, e no cuidado também, tu tem que saber algumas coisas, ahm, a pele é mais frágil, tu vai tocar, tu não vai poder fazer o mesmo cuidado, o mesmo procedimento do que de uma pessoa jovem, tu vê que a pele está ainda, o turgor da pele não é o mesmo...(PE16).

Ainda observei que o reconhecimento das alterações fisiológicas sobre a pele da pessoa que envelhece, norteia a prática de enfermagem, principalmente, quanto ao banho de leito no idoso, no entanto muitas vezes o profissional realiza o cuidado no automático e esquece de atentar para a privacidade e sinais de desconforto que o paciente demonstra através da expressão facial. Com o envelhecimento da pessoa, o sistema tegumentar sofre redução da elasticidade, aumento do ressecamento e fragilidade, perda da gordura subcutânea, declínio da resposta imune da pele, espessura e vascularização reduzida da derme (ELIOPOULOS, 2011). Os profissionais demonstram conhecimento acerca das alterações clínica e fisiológica dos idosos, e conhecer as particularidades desta fase auxilia no cuidado. O PE23 deixa evidente este aspecto.

Existe algumas particularidades para cuidar desse idoso, como por exemplo conhecer a anatomia, fisiologia do idoso que é diferente do indivíduo adulto, todo esse conhecimento de como a doença foi desencadeada, do porque foi desencadeada né, existe particularidades que são próprios da fase senil, do idoso, então eu acho que essas particularidades são requeridas pra cuidar envolve basicamente questões clínicas, questões fisiológicas que são diferentes...(PE23).

As alterações fisiológicas intrínsecas ao envelhecimento são sutis, incapaz de gerar qualquer incapacidade na fase inicial, embora, com o passar dos anos, venham a causar limitações no desempenho de atividades básicas da vida diária de forma crescente (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014). A velhice é uma fase que além de ser

acompanhada de alterações físicas visíveis, ocorre também alterações no humor, em que o idoso passa a exigir mais paciência de seus cuidadores.

Neste sentido, Souza e Menezes (2015) destacam que a paciência é uma estratégia utilizada na interação do processo de cuidar. Para este autor a paciência em agir com o idoso remete à imagem de pessoa carente de afeto e na velhice as pessoas voltam a ter necessidade de atenção, o que requer muita paciência de quem cuida, quer seja acompanhante ou profissional de enfermagem, para ouvir suas histórias de vida, esperar o tempo necessário para fazerem o que necessitam. Os participantes deste estudo relatam em suas falas este aspecto.

Eu acho que o principal é a paciência, porque às vezes é mais difícil do que cuidar de uma pessoa mais nova, mais lúcida. Claro tem alguns idosos que são só idosos e não tem nenhum problema de entendimento, mas geralmente tem algum, então eu acho que é a paciência o primordial assim (PE20).

Tem que ter paciência, bastante paciência, tem que ter capacidade de diálogo, fazer a pessoa entender o que a gente ta falando, muitas vezes entra, entra na conversa do paciente para ver se de alguma maneira ele entenda que ele tem que, ele tem que fazer os procedimentos, que é bom pra ele, e muitas vezes a gente encontra dificuldade, porque o paciente embora pareça que ele ta entendendo, mas, mas quando a gente vira as costas ele não faz nada daquilo, então exige muita calma, paciência, dialogo e um pouquinho até de psicologia... (PE21).

Eu acho que particularidades, eu acho que se encaixaria a questão de ter mais paciência, de ter uma melhor compreensão, de explicar melhor o que você vai fazer, porque eles também têm uma dificuldade de compreensão, conforme tu conversa, conforme tu fala, eles tem mais dúvidas, mais, eles demoram para entender o que tu ta fazendo, a questão auditiva também que eles perdem mais a audição, então tu tem que ter um tom de voz mais alta, tem que saber se eles estão entendendo o que tu ta falando, o que tu ta fazendo, a questão também do corpo de sentir mais dor, de ficar mais sensível a cama, mais sensível ao teu toque, acho que essas são particularidades do idoso (PE4).

Diante dos aspectos relatados evidencia-se que os profissionais precisam de preparo para lidar com estas situações que fazem parte do cuidado ao idoso, em especial, ao elemento paciência. Ainda, vale salientar que quando o paciente idoso é hospitalizado, ele costuma vincular-se ao profissional que o atende e, para tanto este deve estar preparado para lidar de forma carinhosa e atenta, com muito profissionalismo (SOARES; CUSTÓDIO, 2015). Além disso, deve-se valorizar a comunicação, uma vez que ela é importante na vida do ser humano, é por meio dela que as pessoas se relacionam e, assim, constroem uma condição de entendimento e interação com o outro, pois ela possibilita às pessoas interagir, compartilhar suas ideias, pensamentos, vivências e sentimentos (PROCHET; SILVA, 2008).

O envelhecimento, no entendimento dos profissionais, é acompanhado de alterações que afetam principalmente a capacidade funcional e cognitiva. Para tanto, é necessário ser

tolerante, compreensivo e paciente em todos os aspectos, desde o momento de realizar um determinado procedimento até o momento de se dispor a ouvir ou falar. Vale destacar que estas virtudes e atitudes deveriam ser próprias do profissional, independente do paciente e da faixa etária que ele se encontra.

A velhice é um momento da vida com características e valores singulares, em que o indivíduo passa por modificações na estrutura orgânica, no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais e, também, na própria comunicação (SCHIMIDT; SILVA, 2012). No entanto, para Teixeira et al. (2012), a identidade dos idosos em nossa sociedade é construída apenas no comparativo ao adulto jovem, contrapondo as qualidades de atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade.

A gente não deveria tratar todos iguais, justamente porque eles, em sua maioria, têm algum tipo de restrição, seja na dieta, que eles não podem comer algumas coisas já, seja na postura, às vezes eles não podem ficar muito na cama porque tem muito problema de coluna, seja pra deambular que tem alguma restrição coisas que normalmente o adulto jovem não tem (PE3).

Eu acho que várias assim, como a parte psicológica, cuidado com a pele, o que mais, me deixa pensar, os cuidados no modo geral assim, eu acho que eles são mais sensíveis às medicações, podem dar reações diferentes de uma pessoa mais jovem, os cuidados para evitar queda, no banho, mesmo auxiliar eles, às vezes até na alimentação, o cuidado com os dentes, tudo, higiene, acho que é isso mais ou menos (PE10).

Da questão comportamental, mas não só de comportamento, de atitudes do idoso que são diferentes das atitudes do adulto, porque muitas vezes são pessoas que ficam mais tempo internadas, então eles acabam de certo modo criando vínculo com a equipe e tendo um ou outro comportamento que pode causar estranheza pra equipe assim, então a gente tem que saber, saber lidar com esse contexto e também uma das particularidades pra cuidar do idoso é envolver na UCI é também envolver a família, porque a família ela também vem com suas determinadas preocupações, da ideia que aquele idoso internou numa unidade intensiva de cardiologia e por ser idoso parece que a finitude fica mais próxima né, que a gente sabe que não é bem assim, mas envolve essa particularidade também, eu penso que a questão da finitude (PE23).

Os profissionais relatam que o idoso é um paciente que requer atenção diferenciada. Pode-se entender que a pessoa idosa necessita de um olhar atento, por diversas razões como, por exemplo, processo de recuperação da doença mais lento, presença de limitações visoauditivas, perceptivas e motoras, maior vulnerabilidade a iatrogenias e redução da imunidade. Além disso, os pacientes idosos tendem a permanecer maior tempo internados do que os mais jovens. Para Reis et al. (2014), as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior entre os idosos, quando comparado a outras faixas etárias. Para os autores, a demanda de hospitalização de idosos está diretamente relacionada ao crescimento desta população, a alteração epidemiológica, com mudança no quadro de

morbimortalidade, e ainda, as doenças crônicas degenerativas e as suas complicações como fatores das elevadas taxas de hospitalizações de idosos.

Na internação hospitalar, em especial nas unidades de terapia intensiva, as necessidades de cuidado são afetadas por fatores diversos e os profissionais precisam estar atentos para identificá-las. Isto porque muitas vezes os pacientes idosos nem sempre relatam o que está lhe causando desconforto e o que estão precisando. Nesse sentido, identifica-se que os profissionais reconhecem que a demanda de cuidados é maior entre estes pacientes, e durante a observação foi possível visualizar que os profissionais tentam realizar a escuta das queixas, quando relatadas, procuram ter paciência para realizar o cuidado, valorizar e respeitar as limitações relacionadas à idade, no entanto existem outras demandas do serviço, limitando o tempo.

4.3.3 Os percalços no cotidiano de trabalho

A equipe de enfermagem, como profissionais indispensáveis e proativos no cuidado ao idoso precisam compreender o processo de envelhecimento e fazer uso na sua prática diária de estratégias que facilitem o cuidado, com ações planejadas, de acordo com as necessidades identificadas. Esses profissionais devem pensar e organizar o cuidado pautado na assistência direta e especializada ao idoso, baseada em conhecimento científico.

Estudo realizado por Fonseca e Bittar (2014), com integrantes da equipe de enfermagem em uma unidade de saúde da família, encontraram que estes profissionais têm dificuldades no atendimento a pessoas idosas, relacionadas à falta de conhecimentos sobre as necessidades e os cuidados com a faixa etária, à escassez de informação recebida durante a graduação, ao descaso dos familiares dos idosos, a dificuldade dos idosos na adesão aos tratamentos de saúde e a sobrecarga de trabalho.

Desse modo, identifica-se que a dificuldade no cuidado ao idoso não está atrelada somente aos profissionais de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. Em outro estudo realizado com cuidadores de uma instituição de longa permanência, os autores também identificaram que os profissionais possuíam dificuldades na prestação do cuidado aos idosos, havia sobrecarga de trabalho, exigência física e necessidade de conhecimento para cuidar dos idosos (COLOMÉ et al., 2011).

No contexto da unidade de cardiologia intensiva, verifica-se, no relato dos profissionais, um ponto que interfere diretamente na prestação do cuidado é a infraestrutura física do ambiente, como algo que dificulta o cotidiano de trabalho. O limitado espaço físico

para colocar o paciente fora do leito e a inexistência de banheiro próximo com chuveiro para propiciar banho de aspersão aos pacientes prejudica a execução do cuidado realizado no dia a dia, na unidade cardiológica intensiva.

Em relação algumas coisas básicas de infraestrutura que infelizmente a gente não tem, de leito, de box, mas algumas coisas a gente consegue até, ahm estar proporcionando para eles, tipo desde mobilidade, mais espaço, ali para colocar em poltrona muitas vezes para passar o tempo (PE1).

Não, assim, não encontro dificuldade de cuidar, o que a gente tem é dificuldade de espaço físico, então às vezes tu quer tirar o paciente do leito não tem poltrona para todo mundo, ou está com uma máquina de hemodiálise no meio do caminho ali que tu não consegue tirar, colocar uma poltrona (PE20).

A única questão mesmo, eu acho que seria na questão dos recursos, não na questão do paciente, na questão do banho mesmo, se tivesse um banheiro mais próximo, se tivesse o chuveirinho, aquele que eu sempre falo de colocar um chuveirinho lá, mas nunca deu, não sei por quê? Se não tem condições de colocar, porque seria bom eles tomar banho sentado, para a gente dar banho seria perfeito (PE10).

O espaço reduzido, foi visualizado durante a observação participante, que muitas vezes interfere nas condições de trabalho, dificultando o acesso ao leito, limitando a retirada do paciente da cama por falta de espaço para colocar poltrona ou deambular. Além da infraestrutura física, interferindo negativamente no fazer da enfermagem, gerando sensação de insatisfação no trabalho por não poder fazer o melhor pelo paciente, com desgaste físico e emocional, os profissionais relatam, ainda, dificuldade no cuidado ao idoso relacionado ao aspecto clínico, quando é realizado a assistência.

O que eu sinto mais dificuldade é nisso assim, nesses detalhes, deles não verbalizarem, de entender o que que eles querem, de movimentar, é bem mais difícil. Porque às vezes a gente vai meio grosseiro movimentar eles, e isso para eles assusta, dói, esse tipo de coisa, então, para mim a maior dificuldade é essa parte de ser um pouco mais delicada, um pouco mais, talvez um pouco mais sensível, mais sutil, não sei, mais isso (PE9).

Realmente a gente encontra dificuldade, muita dificuldade neste sentido, porque não depende só de mim ali, depende da equipe toda estar preparada para aquilo, o ideal seria agir antes, tentar amenizar esse risco de vir acontecer, prevenir, tu prever que isso com o idoso pode vir acontecer e prevenir esse tipo de coisa. Mas quando acontece realmente encontra dificuldade em lidar, tanto no delirium quanto no paciente acamado em ventilação mecânica do idoso, a questão da prevenção de úlcera de pressão, no momento que abriu a lesão ai fica bem mais complicado da gente cuidar (PE2).

A desorientação de pacientes idosos internados é um desafio para todos os profissionais da equipe, pelo difícil manejo clínico. Trata-se de um evento comum, de alta prevalência, e muitos profissionais não estão preparados para promover o cuidado

especializado. O quadro de desorientação no paciente idoso torna o trabalho desgastante para a equipe, necessitando de vigilância constante, manejo diferenciado e maior número de profissionais (FONTONI; OLIVEIRA; KANETA, 2014). Ao relatar a dificuldade o profissional destaca também que a equipe precisa estar preparada para atender o paciente. Outra dificuldade apontada foi relacionada com o próprio paciente que não aceita as limitações da idade e não entende que ele depende de cuidados.

Acho que a maior dificuldade é digamos a teimosia deles, porque eles assim oh, eles têm 80 anos, setenta e poucos anos quase oitenta, mas a cabeça deles não aceita que eles têm essa idade, então eles querem achar que podem continuar fazendo as mesmas coisas, eles querem, então a maior dificuldade é essa (PE22).

Outro profissional relata que encontra certa dificuldade pelo paciente idoso ser um paciente mais complicado de cuidar e que precisa muita paciência, no quesito de conversar e manter o diálogo de tal modo que o paciente entenda o que está sendo dito e explicado. Fonseca e Bittar (2014) destacam que a comunicação influencia muito, pois se consegue aumentar as demandas e compreender melhor os idosos auxiliando na formação de ajuda e confiança.

Uma certa dificuldade sim, porque o paciente é um paciente mais complicado a gente cuidar, tem que conversar bastante e o paciente não entende, a gente tem que repetir, tem que ter a paciência do “Jó”, porque não é fácil de fazer eles entender, mas não é muito além disso...(PE21).

A dificuldade encontrada pelo profissional está vinculada a limitação que o idoso possui em compreender o que está sendo orientado e falado. Também, pela intolerância do profissional que tudo deve ser dito uma vez e, na sequência, compreendido pelo interlocutor, sem ter que repetir o que foi falado. Também, pelo fato de que todo o trabalho deve ser realizado de modo ágil, muito rápido. Quando se trata de um paciente idoso que requer maior tempo de atenção, por conseguinte mais paciência e lentidão na execução dos procedimentos, isto parece perturbar o cotidiano da equipe. Assim, a dificuldade de comunicação entre profissional e idoso ocorrem principalmente pelas peculiaridades do idoso relacionadas à cognição e, por vezes, a redução da audição, o que implica maior demanda de tempo, paciência e clareza nas informações transmitidas.

O cuidado ao adulto na UCI [Unidade Cardiovascular Intensiva] me parece que é todo sempre o mesmo, o adulto apresenta as mesmas características, o que diferencia muitas vezes é a questão de gênero do homem para mulher tem algumas diferenças, mas o cuidar do idoso na UCI, ele é muito diferente, porque ele é muito específico para cada idoso, a gente não cuida da mesma forma todos eles, por exemplo: existe

diferença de gênero, cuidar de uma mulher idosa e de um homem idoso é diferente, mas existe as especificidades de cada um que a gente vai agregando no decorrer da vida, então eu encontro dificuldade para cuidar de alguns idosos, não de todos, mas de modo geral eu tenho essa dificuldade, porque as vezes a gente não tem todos os... como vou te dizer, a gente não conhece todo o contexto daquele idoso e, conhece os aspectos da clínica, mas a gente vai conhecer de maneira mais aprofundada na medida que a gente vai criando um certo vínculo, que esse idoso vai ficando aqui, e na realidade alguns não ficam por muito tempo (PE23).

Para o profissional, o cuidado ao idoso deve ser individualizado, atentando para os aspectos clínicos, de gênero e relacionado ao contexto social. Vale destacar que a individualidade do paciente é afetada em decorrência do seu processo de internação, uma vez que há a exposição de seu corpo, a ocorrência de barulhos excessivos, somados à falta de consideração de suas vontades e desejos (SILVA et al., 2012). Entende-se que o profissional considera diferente o modo de cuidar de um adulto jovem da forma de cuidar de uma pessoa idosa, e quando relata dificuldade relacionada ao gênero, pode-se inferir que ele fala de um sentimento subjetivo vivenciado na execução de algumas tarefas, como o banho, por exemplo, que nem sempre é uma tarefa fácil para o profissional e para o paciente.

Na realização da higiene íntima, durante a observação participante visualizou pacientes referindo sentir-se desconfortável ser cuidado por alguém do sexo oposto ao seu e, na medida do possível, foi realizado ajustes entre os integrantes da equipe. Pois este cuidado, além de invadir a privacidade e individualidade do idoso, pode causar constrangimento, se o idoso possuir pudores. Considera-se importante que seja identificado sinais de que o idoso encontra-se contrariado em ser cuidado por determinado profissional.

Alguns profissionais explanaram discordância de ideias ao referirem não ter dificuldade em prestar o cuidado ao idoso. Mas, ao mesmo tempo, relataram que sentem limitações em alguns aspectos ao realizar a assistência, tais como, quando o paciente não tem condições de verbalizar, a condição clínica do paciente dificulta a punção venosa ou quando o paciente é mais solicitante e requer mais atenção.

Não, não encontrei até hoje, não. A única coisa que eu tenho dificuldade é quando a pessoa está entubada, eu não consigo entender o que eles querem falar, essa é minha grande dificuldade... (PE24).

Não, não, não, em função da idade não, alguns são mais chatos às vezes, mas sabe, no sentido mais solicitante desse chato. São mais solicitantes, mas isso não é necessariamente em função da idade. Acredito que eu não tenho problema nenhum de trabalhar com o paciente em função da idade especificamente (PE11).

Dificuldade não, acho que eles, eles, deem trabalho no sentido de, mais trabalho, eu acho que eles exigem mais atenção. Eu não sei se a palavra dificuldade, ela me soaria correta, mas é diferente o trato que a gente tem que ter com eles, a gente

percebe que é a própria conversa, a gente conversar com um adulto jovem, né, o próprio assunto é diferente, desde esse ponto... (PE3).

Não, nenhuma. A maior dificuldade que o todo tem assim, o grupo, às vezes é puncionar uma veia, quando tem muito edema, ou quando tem, a rede venosa está difícil, esclerosada, ou alguma causa, já sofreu várias punções e daí tu não visualiza, tu tem que ir às cegas como se diz, mas é mais difícil neste sentido, mas no geral não, dificuldade não, eu gosto de cuidar do idoso e dos outros pacientes também (PE12).

Ao falar do processo de cuidar de idosos, sabe-se que é uma tarefa desafiadora tanto no domicílio quanto nos serviços de saúde, por existir uma configuração própria que envolve a pessoa idosa. Nos serviços de saúde existe, entre outros, as questões relacionada à estrutura física que, muitas vezes, não está adaptada para atender esta clientela, mas também se identifica os aspectos referentes à qualificação profissional e as condições clínicas da pessoa idosa. Assim, evidencia-se que no cotidiano de trabalho, boa parte dos profissionais da equipe de enfermagem encontra certo grau de dificuldade para prestar cuidado aos idosos internados na UTI Cardiológica.

4.4 ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO A IDOSOS INTERNADOS

A partir do diagnóstico situacional operacionalizou-se a etapa dos grupos de convergência, para instrumentalizar a equipe e elaborar coletivamente estratégias para qualificação do cuidado de enfermagem, a fim de melhorar a comunicação, o cuidado no manejo clínico e outros aspectos relacionados com as alterações no idoso, possibilitando aos profissionais diferenciar as alterações que são normais no processo de envelhecimento das patológicas. O processo de construção de estratégias de cuidado aos idosos, de certo modo desacomodou os integrantes da equipe de enfermagem, uma vez que houve reflexão-ação sobre os aspectos do envelhecimento, despertando para a importância da ampliação e atualização do conhecimento, em especial, o que valoriza o trabalho em equipe e a possibilidade de transformação constante de sua prática profissional.

Os resultados da realização dos grupos permitiram propor recomendações que poderão contribuir na qualificação da assistência e do cuidado ao idoso em internação hospitalar. Assim, as ações discutidas e planejadas para serem colocadas em prática no espaço da UTI Cardiológica foram:

- Atentar para a valorização do idoso e a identidade, chamando-o pelo nome com contato direto dos olhos, a postura relaxada, porém atenta aos sinais que o idoso transmite;
- Realizar a escuta ativa em todas as suas manifestações;
- Ao comunicar-se, utilizar fala, com tom de voz calmo e audível, clarificando e sempre validando as informações;
- Utilizar os móveis do ambiente para o conforto do idoso, atentando para adequar ao espaço que é reduzido;
- Observar expressão facial, permitindo melhorar a decodificação dos sinais não verbais;
- Explicar com calma e paciência os procedimentos, observar sinais e manifestações de compreensão, contrariedade e/ou não aceitação, especialmente no momento da higienização corporal, quando esta precisa ser realizada por um profissional do sexo oposto;
- Realizar movimentos corporais apropriados, evitando causar prejuízo à recuperação e integridade da pele;
- Garantir a privacidade do paciente idoso no momento dos procedimentos, com utilização do biombo, evitando exposição do idoso;
- Buscar capacitação em comunicação interpessoal verbal e não verbal para estabelecer relações efetivas e melhorar, assim, a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O cuidado ao idoso apresenta múltiplas dificuldades, tanto do profissional quanto do próprio idoso em aceitar que necessita receber cuidado. Com isso, buscou-se contribuir com conhecimento para uma prática profissional reflexiva e no intuito de oferecer ferramentas de cuidado para aplicação no cotidiano assistencial.

Nessa perspectiva, espera-se ampliar as possibilidades de melhorar o cuidado e compreender melhor o idoso, estabelecendo uma relação interpessoal efetiva pautada na qualidade dos cuidados de enfermagem aos idosos hospitalizados. Os grupos de convergência foram realizados com suporte teórico, com isso os participantes demonstraram interesse em conhecer mais sobre as necessidades de cuidado dos idosos. Considera-se que esta condição motivou a participação dos mesmos na construção das estratégias coletivas para qualificar o cuidado. Na reunião para validação das estratégias, procurei enfatizá-las para incentivar a aplicação no cotidiano de trabalho e valorizar a participação na construção das mesmas, após

a validação foi fixada no mural da unidade, de modo que o maior número de entrevistadas tivesse conhecimento dos dados produzidos pela equipe.

Com fundamento no estudo da PCA, entende-se que esta metodologia não estabelece testes que meçam as mudanças de concepção ou paradigmáticas, pois seu compromisso é com a construção de um conhecimento que estimule a reflexão e avanço das práticas assistenciais no campo estudado. Sendo assim, a pesquisadora constatou que a equipe tem buscado colocar em prática as estratégias elencadas nos grupos de convergência.

O cuidado envolve diversos fatores, principalmente os recursos materiais e humanos. No entanto, buscou instigar a equipe a refletir, repensar sua prática cotidiana e sensibilizar para um cuidado pautado na resolutividade e minimização de riscos para o paciente. A avaliação da implementação das estratégias ocorreu por meio da observação da pesquisadora e de questionamento aos profissionais sobre sua forma de cuidar e dos demais colegas. Primeiramente, os participantes avaliaram mudança pessoal na forma de cuidar.

Sim, devido aos temas abordados tem-se outra visão quanto ao acolhimento, cuidados, forma de tratamento e atenção (QE3).

Sim, procuro entender suas dificuldades, orientando e ajudando quando necessário (QE2).

Sim, acredito que modifiquei a minha forma de pensar, estou refletindo mais sobre o assunto cuidado com o idoso, que de certa maneira deve refletir no aprimoramento/zelo do cuidado: pele fragilizada, orientar no tempo e espaço, oferta adequada de alimentos de acordo com suas limitações (QE5).

Desenvolvi uma consciência voltada às necessidades da pessoa idosa, as fragilidades em vários aspectos... (QE6).

Sim, um maior cuidado com a alternância, entendimento, paciência e os cuidados com as respostas (QE7).

Nas falas dos participantes da pesquisa, ficou evidente que a realização dos grupos, nos quais foram trabalhados aspectos relacionados ao envelhecimento humano, contribuiu para melhorar o cuidado ao idoso. Isto porque a maior parte avalia de forma positiva e refere que modificou sua forma de prestar o cuidado. No entanto, alguns participantes referiram que já prestavam cuidado especializado quando se tratava de paciente idoso, atentando para suas particularidades, embora afirmem que a ampliação do conhecimento sempre é bem-vinda. Por isso, acreditam que não houve modificação na forma de realizar o cuidado, o que fica evidente na fala de um enfermeiro e um técnico de enfermagem.

Acredito que a forma de cuidar não foi modificada, pois antes da pesquisa já procurava perceber e entender as particularidades do idoso (QE2).

Acredito que sempre tive a percepção do cuidado diferenciado que deve ser dispensado ao idoso. Porém, todo conhecimento agregado é sempre bem vindo. Com certeza que as discussões nos grupos só vieram a somar e contribuir de forma generalizada com nosso trabalho diário de atenção ao idoso (QE4).

Considera-se que a realização do cuidado ao idoso hospitalizado em uma UTI Cardiológica, atentando para as especificidades do mesmo pode estar relacionada à formação dos profissionais envolvidos na tarefa. Isto porque, como vimos na caracterização dos participantes deste estudo, identificaram-se profissionais que tiveram em sua formação conteúdos e abordagens relativas ao envelhecimento humano e cuidado ao idoso. Para Mendes; Soares; Massi (2015), é necessário que o profissional tenha conhecimento sobre a realidade social e da saúde da população idosa, das tecnologias existentes, recursos disponíveis e dispositivos legais, que possa utilizar como ferramentas para o desenvolvimento de ações de saúde. Neste mesmo sentido, Both et al. (2013) destacam que os profissionais necessitam de conhecimentos e habilidades específicos acerca do cuidado do idoso. Diante disso, pode-se inferir que a formação em enfermagem tem evoluído no sentido de trabalhar temas relacionados ao cuidado ao idoso, preparando futuros profissionais para atender as demandas de cuidados desta população que está em continuo crescimento.

Os profissionais que referem ter ocorrido mudanças após a realização dos grupos de convergência consideram que a equipe vem aderindo às estratégias formuladas pela equipe, com vistas à melhoria na atenção e cuidados com idoso e tem atuado de forma mais compreensiva, prestando maior atenção ao idoso e em suas queixas. Destacam-se algumas falas.

Acho que foi satisfatório, a equipe num contexto geral está aderindo para melhoria na atenção e cuidados com idoso na unidade (QE3).

Apesar de realizar plantões esporádicos na unidade, pude perceber uma atenção maior às queixas do paciente (QE4).

Acredito que sim, que todos estão colaborando da melhor maneira possível para um melhor conforto ao idoso... (QE6).

Sim, achei a equipe mais compreensiva e atenciosa com o paciente (QE5).

Avaliar o resultado da implementação das estratégias coletivas criadas tornou-se um desafio, pois o tempo entre a realização dos grupos, operacionalização das estratégias na prática e o acompanhamento das ações foi limitado. No entanto, o estudo pode favorecer a

motivação dos profissionais em aprofundar conhecimentos sobre o paciente idoso, aprimorar suas habilidades e desenvolver ações educativas em longo prazo.

Analisar o resultado dos grupos na prática assistencial foi um desafio, pois as mudanças nas ações da equipe se fizeram presente, porém de forma ainda muito sutil. A vivência como membro da equipe e pesquisadora, possibilitou identificar que após a realização dos grupos a equipe tem procurado atentar para as particularidades do idoso de forma rotineira. Na prática cotidiana, as ações podem ser permeadas por hábitos adquiridos e pressionada pela demanda de atividades. Com isso, muitas vezes, o profissional esquece-se de refletir sobre o cuidado e atentar para as necessidades e particularidades de cada paciente, a exemplo da faixa etária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, quando se considera a pesquisa como um modo de construção social do conhecimento. Neste sentido, este estudo evidenciou a importância da PCA para trabalhar os aspectos do cuidado de enfermagem ao idoso internado em UTI Cardiológica. Isto porque, por meio dos resultados obtidos, foi possível realizar ações junto aos profissionais da enfermagem com vistas a provocar mudanças na prática do cuidado ao idoso que se encontra hospitalizado neste ambiente. Além disso, possibilitou instigar estes profissionais a aprimorar seus conhecimentos acerca das questões que contemplam a população idosa, visto que é crescente este contingente populacional e as intervenções e cuidados devem ser realizados de forma própria e individualizados, para que o tempo de internação seja reduzido e as complicações amenizadas.

Os resultados apontam, ainda, que os profissionais não possuem formação específica sobre cuidado ao idoso. Porém, eles compreendem que o envelhecimento vem acompanhado de alterações biológicas e fisiológicas, o que favorece para a instalação de limitações físicas e cognitivas, com conseqüente maior demanda de cuidado da equipe de enfermagem. Pode-se dizer que entender o processo de envelhecimento é importante não apenas para perceber que a senescência pode vir acompanhada de perda da capacidade funcional, mas fundamentalmente para saber identificar as necessidades de cuidado e desenvolver estratégias facilitadoras que atenuem as alterações clínicas e riscos de complicações.

Este trabalho possibilitou instigar a equipe de enfermagem a repensar sua prática assistencial ao idoso. Os participantes tiveram a oportunidade de frequentar grupos de convergência, discutir e obter conhecimento sobre temas relacionados ao envelhecimento humano e propor estratégias para melhoria do cuidado. A equipe mostrou-se envolvida neste trabalho, procurou implementar as estratégias coletivas e realizar o cuidado de forma que atenda às necessidades do idoso. Além disso, os profissionais que participaram do estudo avaliam que, após sua participação nos grupos de convergência, houve mudança no modo de cuidar do idoso e, da mesma forma, a equipe tem se mostrado mais atenta às demandas destes pacientes no cotidiano de trabalho.

A observação participante durante o estudo possibilitou registrar os fatos desde o diagnóstico situacional até a finalização da implementação das estratégias. Sendo que este contexto permitiu analisar a forma de abordagem ao paciente, os comentários realizados pelos profissionais da equipe em relação aos idosos, a interação e reação do paciente como receptor

do cuidado, as características do local, enfim, relativo aos diversos aspectos de atuação profissional.

É fundamental que a abordagem de temas relacionados ao cuidado de idosos sejam trabalhados cotidianamente nos serviços de saúde, não apenas em curto período de tempo, e que toda equipe multiprofissional seja envolvida, adotando metodologias que problematizem a realidade para além das teorias. Sendo assim, é imprescindível que a equipe prossiga incessantemente na busca de conhecimento visando melhorar o cuidado ao paciente idoso hospitalizado reconhecendo suas especificidades, realizando cuidado humanizado e de forma integral, garantindo autonomia, individualidade, compreendendo que os aspectos econômicos, sociais e culturais estão relacionados com a saúde, ou seja, que o profissional seja um coadjuvante do processo de cuidar.

Neste sentido, espera-se que a educação em saúde seja permanente, e as questões relativas a mudança na forma de cuidar da pessoa idosa estejam incluídas neste cenário. Salienta-se que isto implica investimentos no quesito recursos humanos, uma vez que os cuidados gerontológicos possuem particularidades próprias, e requerem formação e habilidades profissionais.

As contribuições deste estudo são relevantes uma vez que se constitui em uma pesquisa convergente assistencial, em que o cenário de estudo foi uma UTI Cardiológica. Como não foram localizadas publicações com este tema e local, considera-se que este estudo possa ser um dos pioneiros na área. Também, por ter provocado reflexões e mudanças na prática cuidativa de enfermagem a idosos internados e UTI Cardiológica, tornando-se uma estratégia inovadora no modo de fazer educação em saúde. Deste modo, a pesquisa pode ser considerada importante do ponto de vista social e instigadora do ponto de vista acadêmico, em especial para o Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

Este estudo possui limitações, especialmente em função do tempo, pois o método adotado requer uma amplitude temporal para realizar o diagnóstico situacional, realizar as reflexões e discussões nos grupos de convergência, propor alternativas de mudanças inovadoras na práxis, acompanhar e avaliar as modificações desencadeadas a partir da pesquisa. Deste modo, o momento de acompanhamento e avaliação das intervenções estratégicas que foram construídas coletivamente ficou reduzido, o que prejudicou esta etapa da investigação. Por conseguinte, também não foi possível desenvolver a fase de teorização, etapa esta prevista na PCA.

Entende-se que esta temática é relevante para o campo da saúde, em especial, para a enfermagem gerontogeriatrica e, portanto, novos estudos devem ser desenvolvidos em outros cenários, com outros profissionais e, também, utilizando outros métodos de pesquisa. Isto devido a abrangência, complexidade e amplitude do tema, que não se esgotam em uma pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, G. F.; ESPÍNDOLA, R. B.; CARVALHO, S. O. R. M. A qualificação profissional do enfermeiro da atenção primária no cuidado com o idoso. **Revista de enfermagem UFPE on line**. v. 8, n. 8, p. 2805-10, 2014.
- ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Revista bioética**, v. 19, n. 1, 2011.
- ALMEIDA, G. R. V.; ARAÚJO, T. S. Unidade de terapia semi-intensiva e intensiva: perfil do enfermeiro e condições de trabalho. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 9, n. 1, 2016.
- ALMEIDA, M. H. M.; FERREIRA, A. B.; BATISTA, M. P. P. Formação do terapeuta ocupacional em gerontologia: contribuições de docentes de cursos de graduação em terapia ocupacional no Brasil. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 289-97, 2011.
- ALMEIDA, A. N. F.; GURGEL, E. R. S.; SILVA, S. R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um centro cirúrgico. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 6, n. 4, p. 216-22, 2014.
- AUED, G. K. et al. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 69, n. 1, p. 142-149, 2016.
- AZEVEDO, A.M.A. **Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Força de trabalho em enfermagem**. O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983. Brasília: ABEn/COFEn, 1985. v. 1, p.1-236.
- BARRETO, M. da S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Kairós Gerontologia*. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.
- BATTAGIN, A. M.; CANINEU, P. R. Avaliação da capacidade funcional e sintomas depressivos após cirurgia cardíaca. **O Mundo da Saúde**, v.32, n.2, p. 189-197, 2008.
- BAUMGARTEN, L. Z. et al. The instruction about caring the elderly in the nursing technical course: case study. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 6, n. 10, p. 2411-2417, 2012.
- BENSENOR, Isabela M. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey-2013. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746-750, 2015.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Identificando vulnerabilidade para complicações cardiovasculares em idosos: uma estratégia para o cuidado. **Rev. Enfermagem. UERJ**, v. 19, n. 4, p. 541-6, 2011.

BETIOLLI, S. E. Cultural practices of health care of the oldest old in the home environment. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Federal University of Paraná, Curitiba, 2012.

BEZERRA, A. L. **O contexto da educação continuada em enfermagem**. São Paulo: Lemar e Martinari; 2003.

BIROLI, F. Responsabilidades, cuidado e democracia. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº18. Brasília, p. 81-117, 2015.

BONADIMAN, B. S. R. et al. Guarana (*Paullinia cupana*): Cytoprotective effects on age related eye dysfunction. *Journal of Functional Foods*, v.36, n. 1, p. 375–386, 2017.

BONFADA, D.; LIMA, K. C. **Gasto com a internação de idosos em unidades de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, 2015.

BOTH, J. E. et al. Tendências na construção do conhecimento em enfermagem: idoso e autocuidado. **Revista de Atenção à Saúde** (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde), v. 12, n. 39, p. 44-52, 2014.

BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 9 nov 2001b; Seção 1:37.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Revisão 2008. Estudos e Pesquisas. **Informação demográfica e socioeconômica, nº 24**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. **Sobre a condição de saúde dos idosos**: indicadores selecionados. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas. **Informação demográfica e socioeconômica, nº 27**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

BRASIL. RESOLUÇÃO, Nº. 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR)[Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, v. 13, 2012.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas. **Informação demográfica e socioeconômica, nº 34**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html Acesso em: junho de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. ANVISA. **Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010b**.

Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.htm. Acesso em: 25 junho de 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos [Internet]. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm Acesso em: 17 de julho de 2017.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> Acesso em: julho de 2017

BRITO, C. M. O Tempo do enfermeiro com a família na Unidade de Terapia Intensiva In: M. J. P. Silva (Org.). **Qual o tempo do Cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem**. (pp. 76-94). São Paulo, SP: Loyola, 2004.

BRITO, M. C. C. et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p.161-178, 2013.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**. V.19 (3): 773-81, 2003.

CALDAS, C. P. et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. **J Bras Econ Saúde**. [Internet], v. 7, n. 1, p. 62-9, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Celia_Caldas/publication/279446088_Atendimento_de_emergencia_e_suas_interfaces_o_cuidado_de_curta_duracao_a_idosos/links/55929ab608aed7453d462ab8.pdf acesso em: 28 de julho de 2017.

CAMARGO, R. A. de. et al. Avaliação da formação do técnico de enfermagem por enfermeiros da prática hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 951-64, 2015.

CAMELO, S. H. H. et al. Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Ciencia y Enfermería**, v. 19, n. 3, p. 51-62, 2013.

CAMPONOGARA, S. et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-32, 2011.

CARRETTA, M. B.; BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 958-62, 2011.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.

COELHO, F. U. A.; QUEIJO, A. F.; ANDOLHE, R.; GONÇALVES, L. A.; PADILHA, K. G. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de cardiologia e fatores clínicos associados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2011.

COLOMÉ, I. C. S. et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Revista Eletrônica de enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 306-12, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 0543/2017**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2017.

CONTERNO, L. O., NEVES BARBOSA, R. W., REGO, C. M., & DA SILVA FILHO, C. R. Gravidade do déficit neurológico e incidência de infecções hospitalares em pacientes idosos com acidente vascular cerebral agudo. **Scientia Medica**, v. 26, n. 4, 2016.

COSTA, M. F. L.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiol. Serv. Saúde**. [online]., v.13, n.4, p.217-228. dez., 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a04.pdf> Acesso em: 26 jun. 2017.

COSTA, A. L. N. M. R.; VIEIRA, M.; CHINELLI, F. **Educação permanente em saúde e suas relações com o processo de qualificação profissional: percepções e enfrentamentos dos técnicos de enfermagem no Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

COUTO, A. M; CASTRO, E. A. B; CALDAS, C. P. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. **Rev Rene**, v. 17, n.1, p. 76-85, 2016.

CRUZ, D. T. et al. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. **Revista de saúde pública**, v. 46, n. 1, p. 138-146, 2012.

DUNCAN, B.B.; STEVENS, A.; SCHMIDT, M.I. **Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010**. In: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011. Brasília, DF; 2012. p.95-103.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S. B. da; GUIMARÃES, M. A. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, v.13, n. 2, p. 11-20, 2014.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um Hospital universitário. *Rev. Enfermagem. UFSM.* v. 2, n, 2, p. 320-29, 2012.

FECHINI, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterScience Place**, v. 1, n. 20, p. 106-32, 2012.

FERNÁNDEZ-GARRIDO, J. et al. Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: A systematic review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 59, n. 1, p. 7–17, 2014.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - Enfermagem.** v.21, n.3, p. 513-8, 2012.

FERREIRA, C. et al. Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Idosos Usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arq. Bras. Cardiologia** v. 95, n. 5, p. 621-28, 2010.

FLORIANO, L. A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 543-8, 2012.

FONSECA, L. M.; BITTAR, C. M. L. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 2, p. 178-92, 2014.

FONTONI, M. R.; OLIVEIRA, W. L.; KANETA, C. N. Winnicotti e o desafio do atendimento a pacientes idosos em estado confusional. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 3, p. 816-27, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

_____. **Educação e atualidade brasileira.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2003.

FREITAS, E. R. F. S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-americana de Enfermagem.** v.18, n. 3, p. 317-23, 2010.

FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Koogan, p.1243-6, 2011.

FURUYA, R. K. et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 158-62, 2011.

GIACOMIN, KC. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, MV; BORGES, MCM (Org.). **Políticas Públicas para um País que Envelhece.** São Paulo: Martinari, 2012. p. 19-44.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 5ed, 2008.

GÓIS, A. L. B; VERAS, R. P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.6, p. 2859-69, 2010.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

GUERRA, M. **Modelo de alocação de recursos do sistema único de saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade**. 2014. Tese (doutorado em administração) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

HAGEMEYER, V.; GUSMAN, F. T. **Pós-operatório no idoso**. In: Hagemeyer V, Gusman FT. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 3-13, 2011.

KACHAR V. Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 131-47, 2010.

KLETEMBERG, D. F.; PADILHA, M. I. Enfermagem gerontológica: a produção do conhecimento na profissão (1970-1996). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 86-93, 2013.

LEITE, M. T.; et al. Idosos mais velhos no domicílio: a família como unidade de cuidado. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental [online]**, v. 4, n. 4, p. 2816-31, 2012.

_____. A hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n. 3, p. 367-73, 2009.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco** v. 7, n. ESP, p. 9-14, 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital: revista de pensamento y investigación social**. v. 13, n. 2, p. 239-44, 2013.

MEDEIROS, R. A. et al. Percepção de enfermeiros sobre desconfortos que afetam os idosos no pós-operatório. **Rev. Rene**, v.15, n. 5, p. 842-50, 2014.

MENDES, J.; SOARES, V. M. N.; MASSI, G. A. A. Percepções dos acadêmicos de fonoaudiologia e enfermagem sobre processos de envelhecimento e a formação para o cuidado aos idosos. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 576-85, 2015.

MITRE, N. C. D. et al. Adaptação para o português e confiabilidade de uma versão modificada do physical performance test. **Geriatrics & Gerontologia**. V. 3, n. 2, p. 104-109, 2008.

MOTTA, J. I; BUSS, J. P; NUNES, T.C.M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, v. 8, n.3, .2001.

MINNE, L. et. al. Prognostic models for predicting mortality in elderly ICU patients: a systematic review. **Intensive Care Medicine**. v, 37, 2011.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMAN, A. L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 14, n. 3 , p. 331-41, 2006.

NETTO, M. P. **Processo de envelhecimento e longevidade**. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2ª ed., São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 1. p. 3 9.

OLIVEIRA, E. B, SOUZA, N. V. M. Estresse e inovação tecnológica em unidade de Terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. **Rev. Enfermagem. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 457-62, 2012.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125**. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982.

ONU - Organização das Nações Unidas. World Population Ageing. Department of Economic and Social Affairs. New York, 2009b.

ONU - Organização das Nações Unidas. World Population Prospects the 2008 Revision. Department of Economic and Social Affairs. New York, 2009a.

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde. **Enfermagem Gerontológica: Conceitos para a Prática**. Série Paltex nº31. Washington, 1993.

PATRÍCIO, A. C. F. A. et al. Medidas pressóricas, glicemia capilar, comorbidades e medicamentos auto-referidos por idosos. **J. res.: fundamentos cardiovasculares. Online**, v. 6, n. 2, p. 676-84, 2014.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde Pedagogical approaches and educational practices in health sciences. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PEREIRA, A. M. V. B.; FELIZ, M. C.; SCHWANKE C. H. A. Ensino de Geriatria nas faculdades de medicina brasileiras. **Geriatr Gerontol**, v. 4, n. 4, p. 179-85, 2010.

PERROCA, M. G. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 1, p.58-66, 2011.

PESTANA, L. C.; SANTO, F. H. E. **Perfil de idosos em situação de readmissão hospitalar: implicações para a Enfermagem Gerontológica**. Dissertação (Mestrado em

Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói: [s.n.], 87 f. 2011.

PIUVEZAM, G. et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, 2015.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Escola Anna Nery**, v. 12, n. 2, p. 310-15, 2008.

REIS, L. A.; MEIRA, E. C.; SOUZA, A. S.; ANDRADE, C. C. Percepções e práticas de profissionais de saúde no cuidado a pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 2, p. 113-22, 2014.

RIBEIRO, P. C. P. S.; COSTA, M. A. M. O conforto do doente idoso crônico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Enf. Ref.** v.3, n. 7, p. 149-58, 2012.

ROBERSON, L. et al. The prevalence of the metabolically healthy obese phenotype in an aging population and its association with subclinical cardiovascular disease: The Brazilian study on healthy aging. **Diabetol Metab Syndr.**, v. 7, 2014.

ROCHA, Juliana Macedo. **Formação inicial de trabalhadores e elevação da escolaridade: políticas públicas de qualificação profissional em discussão (1963-2011)**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2011.

RODRIGUES, A. L.; BARRICHELLO, A.; MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem: um estudo multimétodos. **Revista de Administração de Empresas**, v. 56, n. 2, p. 192, 2016.

RODRIGUES, A. S. et al. Estudantes de curso técnico de enfermagem sob a perspectiva de gênero. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 9, n. 5, p. 8361-67, 2015.

ROMERO, A. D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade da família. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 72-8, 2010.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2013.

SALES, M. S.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto & contexto enferm**, v. 16, n. 3, p. 495-502, 2007.

SANTANA, R. F; SANTOS, I. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar/pesquisar em enfermagem gerontológica. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n.4, p. 2002-12, 2005.

SANTOS, A. P. A. **O enfermeiro no pós-operatório de cirurgia cardíaca: competências profissionais e estratégias da organização**. 2016. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SCHEIN, L. E.; CESAR, J. A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Rev. Bras. Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p 289-301, 2010.

SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. v. 46, n. 3, p. 612-17, 2012.

SEIFFERT, M. A. et al. Perspectiva de cuidado para usuários com hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista Fundamentos Cuidado Online**, v. 6, n. 1, p. 141-152, 2014.

SERBIM, A. K.; GONÇALVES.; A. V. F.; PASKULIN, L. M. G. Caracterização sócio demográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. v.34, n. 1, p. 55-63, 2013.

SIMPLÍCIO, I. O. B. et al. Fatores que Interferem na Qualidade de Vida em Profissionais de Enfermagem. **Revista EM FOCO-Fundação Esperança/IESPES**., v. 1, n. 23, p. 54-67, 2015.

SILVA, V. R.; CADE, N. V.; MOLINA, M. C. B. Risco coronariano e fatores associados em hipertensos de uma unidade de saúde da família. **Rev. Enfermagem. UERJ**, v.20, n. 4, p. 439-44, 2012.

SILVA, M. J. P.; PEREIRA, L. L.; BENKO, M. A. **Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem**. Rio de Janeiro: Marque-Saraiva; 1989.

SILVA, F. D. et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 719-27, 2012.

SILVEIRA, R. S. et al. A dimensão moral do cuidado em terapia intensiva DOI: 10.4025/ciencucuidsaude. v13i2. 19235. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 327-334, 2014.

SOARES, N. N.; CUSTÓDIO, M. R. M. Impactos emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados. **Encontro: Revista de Psicologia**, v. 14, n. 21, p. 9-23, 2015.

SOUSA, S. et al. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, v. 27, n. 2, p. 176-82, 2011.

SOUZA, A. S.; MENEZES, M. R. **As profissionais de enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas**: estudo etnográfico. 2016. Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

SOUZA, M. P., ARAÚJO, S. M., DOURADO, M. B., & GAMA, G. G. G. Perfil epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 1, 2017.

TAVARES, J. P. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadoras de enfermagem que cuidam de idosos hospitalizados. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 253-259, 2010.

TEIXEIRA, J. S. et al. Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 63-8, 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª Ed revisada e ampliada. Florianópolis (RS): Insular; 2004.

VENTURA, J. et al. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 12, p. 100-113, 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**. v. 14, n. 4, p. 779-86, 2011.

VERSA, G. L. G. S.; MATSUDA, L. M. Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 3, p. 409-15, 2014.

VIANA, R. A. P. P. **Sepse para enfermeiros - as horas de ouro: identificando e cuidando do paciente séptico**. Porto Alegre: Artes médicas; 2009.

VIEIRA, L. C. S.; FIGUEIREDO, M. L. F.; GUIMARÃES, D. B. O. O ensino gerontogeriátrico na graduação: uma reflexão sobre contribuições e implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v. 2 n.3 p. 93-8, 2013.

VILA, V. S. C., ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n. 2, p. 137-44, 2002.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev Bras Estud Popul**, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. **Arq. Bras. Cardiologia**, v. 79, n. 6, p. 635-9, 2002.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

Data: ____/____/____

Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Cuidados de Enfermagem	Técnico de enfermagem	Enfermeiro	Grau de dependência	Observação
Banho de leito				
Banho de aspersão				
Higiene oral				
Sair do leito				
Alimentação				
Mudança de decúbito				
Ir à toaleta				
Curativo				
Hidratação Oral				
Aspiração de vias aéreas				
Administrar medicação				
Comunicação				

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

I - CARACTERIZAÇÃO

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Idade: _____
3. Formação profissional: () Enfermeiro () Téc. Enfermagem
4. Atuação profissional: () Téc. Enfermagem () Enfermeiro
5. Escolaridade: () Enfermeiro () Técnico de enfermagem
() Pós-Graduação Lato Sensu () Pós-Graduação Stricto Sensu
Especifique: _____
6. Estado civil: _____
7. Tempo de formação profissional? _____
8. Tempo de atuação na UTI Cardiológica? _____
9. Você tem vínculo empregatício com outra instituição: () Sim () Não
9.1 Se sim, quantas horas semanais? _____
10. No decorrer de sua formação teve conteúdos/ disciplinas que tinham como foco o envelhecimento humano? () Sim () Não
10.1 Se sim, você lembra o que foi trabalhado? _____
11. Após sua formação inicial, técnico ou enfermeiro, você participou de algum curso de qualificação? () Sim () Não
11.1 Se sim, qual(is)? _____

II - ENTREVISTA

1. Fale como é para você cuidar de uma pessoa idosa na UTI Cardiológica?
2. Fale sobre que particularidades são requeridas para cuidar de um paciente idoso na UTI Cardiológica?
3. No seu entendimento o cuidar de um idoso requer que conhecimentos específicos? Quais?
4. Você encontra dificuldades para cuidar de uma pessoa idosa na UTI Cardiológica? Quais?

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

**PESQUISA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE
CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER**

Questionário de avaliação das contribuições dos Grupos de convergência

1 – Você modificou sua forma de cuidar do idoso após a realização dos grupos em que debatemos as questões relativas ao envelhecimento? Relacionado em quais aspectos?

2 – Você identificou mudança na equipe no modo de cuidar dos pacientes idosos? Que mudanças?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

**PESQUISA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE
CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER**

PESQUISADORA: Enf. Neidiane da Rosa

ORIENTADORA RESPONSÁVEL: Enf.^a Prof.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria – Departamento de Educação Física e Desportos e Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

LOCAL DE COLETA DE DADOS: HUSM/UTI CARDIOLÓGICA**Caro participante:**

- Você está convidado a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária;
- Antes de concordar em participar é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento;
- O pesquisador deverá responder todas suas dúvidas antes de você se decidir a participar;
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a Pesquisa: a pesquisa tem como objetivos: Identificar os saberes, as necessidades e implicações relativas ao cuidado a idosos internados em uma UTI Cardiológica na perspectiva da equipe de enfermagem; Introduzir e conduzir um processo de discussão e reflexão sobre o cuidado de enfermagem e educação com os profissionais da equipe de enfermagem da UTI Cardiológica; Elaborar estratégias coletivas com a equipe de enfermagem relativas ao cuidado de idosos hospitalizados em uma UTI Cardiológica; Avaliar as contribuições do processo educativo em saúde na qualificação do cuidado a idosos internados na Unidade Cardiovascular Intensiva.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com
Mestranda **Neidiane da Rosa** pelo fone: (55) 9955-1805. E-mail neidi22@hotmail.com
Orientadora responsável: Marinês Tambara Leite – UFSM/Campus Palmeira das Missões - fone (55)3742-8882 e E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Sua participação na pesquisa consiste em participar ativamente em todas as etapas do trabalho que consiste em entrevista (gravada somente em áudio/voz) e encontros grupais, nos quais serão realizadas discussões relativas a aspectos do cuidado de enfermagem a idosos internados em UTI Cardiológica. Fica a ressalva de que os dados da pesquisa somente poderão ser divulgados de forma anônima.

Sobre a legislação vigente em pesquisa:

- **Benefícios:** Estão ligados diretamente à possibilidade de proporcionar aos participantes maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo na qualificação do cuidado aos idosos internados em uma UTI Cardiológica.
- **Riscos:** A participação na pesquisa não representará risco de ordem física ou psicológica para você, além daqueles aos quais você estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando. Caso você fique emocionalmente desconfortável e quiser interromper a entrevista ou a participação nos encontros grupais, isto poderá ser realizado a qualquer momento.
- **Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas da pesquisadora responsável. Após a transcrição das falas, a gravação será destruída. A sua identidade não será revelada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a mestrande Neidiane da Rosa, com a Professora Marinês Tambara Leite (pesquisadora responsável), bem como, com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços constantes deste Termo¹.

Desde já agradeço a colaboração.

Santa Maria, RS ____/____ de 2016.

Assinatura do(a) participante

Msd. Neidiane da Rosa

Prof.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite
(Pesquisadora responsável)

Observação: Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

¹ **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com
Mestranda **Neidiane da Rosa** pelo fone: (55) 9955-1805. E-mail neidi22@hotmail.com
Orientadora responsável: Marinês Tambara Leite – UFSM/Campus Palmeira das Missões - fone (55)3742-8882 e E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

APÊNDICE E – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A IDOSOS EM UMA UNIDADE CARDIOVASCULAR INTENSIVA: O SABER E O FAZER

MESTRANDA: Neidiane da Rosa

CONTATO: (55) 9955-1805

e-mail: neidi22@hotmail.com

PESQUISADOR RESPONSÁVEL/ORIENTADOR: Prof.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite

CONTATO: (55) 9971-7184

e-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

INSTITUIÇÃO: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Hospital Universitário de Santa Maria/UTI Cardiológica

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados por meio das entrevistas e encontros grupais com profissionais da equipe de Enfermagem da Unidade Cardiovascular Intensiva. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas para o desenvolvimento deste projeto e composição de um banco de dados. As informações serão mantidas na sala 06, do Departamento de Ciências da Saúde, no prédio 01 – Bloco da Enfermagem – Campus Palmeira das Missões da UFSM, sob a responsabilidade da Prof.^a Marinês Tambara Leite, por cinco anos, após esse período serão destruídos. O anonimato dos participantes será mantido, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/2016, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, ___ de _____ de 2016.



Prof^a Dr.^a Marinês Tambara Leite

Pesquisadora Responsável




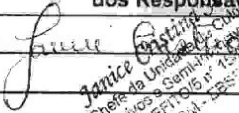
RG: 8010265026

CPF: 274416440-20

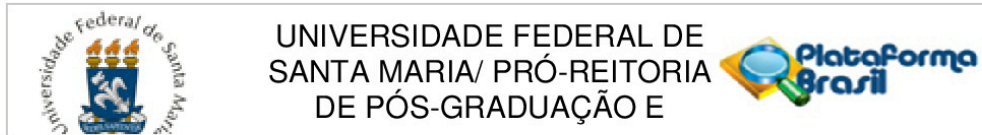
COREN: RS 26726

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com
Mestranda **Neidiane da Rosa** pelo fone: (55) 9955-1805. E-mail: neidi22@hotmail.com
Orientadora responsável: Marinês Tambara Leite – UFSM/Campus Palmeira das Missões - fone (55)3742-8882 e E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

 	Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
REGISTRO DE PROJETOS		
Nº Inscrição GEP <u>100/2016</u>		Data: <u>19/08/16</u>
Pesquisador(a): <u>Marinês Tombora Leite</u> Função: <u>Docente</u> SIAPE: <u>3639874</u> Telefone: <u>55-99717134</u> Unidade/Curso: <u>PP.Guonle</u> E-mail: <u>tombora.leite@ufsm.br</u>		
Título: <u>Salas em Unidade Cardiovascular intensivo: Salas e unidades de Enfermagem</u>		
TIPO DE PROJETO: <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional FINALIDADE: () TCC () Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros Qual programa: _____		
TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas aplicadas a Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (<i>Strito Sensu</i>) () Pré-Clinica <input checked="" type="checkbox"/> Qualitativa () Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV - Multicêntrico: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, Qual? _____ - Período Execução: Ano (Início): <u>2016</u> , Ano (Término): <u>2017</u>		
FONTE DE FINANCIAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Recursos do Pesquisador () HUSM () Edital Interno UFSM, Qual? _____ () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional () Outros, Qual? _____		
GRUPO DE PESQUISA: <input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim, Qual? _____ OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.		
<u>M. Tombora</u> Pesquisador(a) responsável		
↳ SETORIAL: AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL		
Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto	Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>UCI</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	 Janice Brito Chefe de Unidade de Cuidado Intensivo e Semiprivado HUSM - EBSERH
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
	<input type="checkbox"/> Sim () Não	
↳ COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: <u>APROVADO</u> Data: <u>24/08/16</u>		
↳ PARECER FINAL GEP/HUSM: <u>PROF. BEATRIZ SILVANA DA SILVA DE PORTO</u> Gerente de Ensino e Pesquisa HUSM - EBSERH SIAPE 1145155 <u>Bea S. Porto</u> Assinatura e Carimbo Data: <u>25/08/16</u>		
A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.		

ANEXO B – PARECER DO COMITE DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDOSOS EM UNIDADE CARDIOVASCULAR INTENSIVA

Pesquisador: MARINÉS TAMBARA LEITE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66448317.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.015.026

Apresentação do Projeto:

O presente projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da UFSM, tem como objeto de estudo o cuidado da enfermagem a idosos com acometimentos cardiovasculares crônicos em Unidade Cardiovascular Intensiva. Trata-se de um estudo qualitativo, balizado metodologicamente pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), seguindo suas quatro etapas (apreensão, síntese, teorização e transferência). A coleta de dados será por meio de observação, entrevista semiestruturada e encontros por convergência. Os participantes serão todos os integrantes da equipe de enfermagem da unidade, sendo nove enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: avaliar as contribuições do processo educativo em saúde na qualificação do cuidado a idosos internados na Unidade Cardiovascular Intensiva.

Objetivos secundários: caracterizar o perfil sociodemográfico dos integrantes da equipe de enfermagem que atua na Unidade Cardiológica Intensiva; Identificar os saberes, as necessidades e implicações relativas ao cuidado a idosos internados em uma UCI na perspectiva da equipe de enfermagem; Introduzir e conduzir um processo de discussão e reflexão sobre o cuidado de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

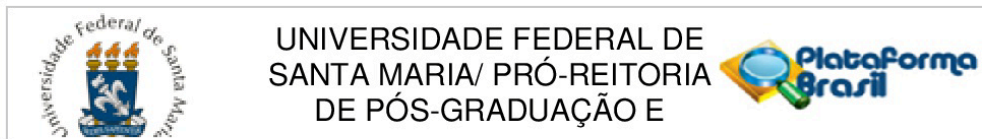
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.015.026

enfermagem e educação com os profissionais da equipe de enfermagem da UCI; Elaborar estratégias coletivas com a equipe de enfermagem relativas ao cuidado de idosos hospitalizados em uma UCI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos poderão ocorrer cansaço e/ou desconforto, sendo que o participante pode interromper sua participação em qualquer momento, podendo ou não ser retomada a coleta, a depender de sua vontade.

Os benefícios se referem a possibilidade de discussão sobre o tema, e aprofundamento no tema, com consequente melhora no atendimento aos idosos internados em UCI.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: autorização institucional, folha de rosto, registro no GAP, projeto na íntegra, termo de confidencialidade, termo de consentimento livre e esclarecido.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

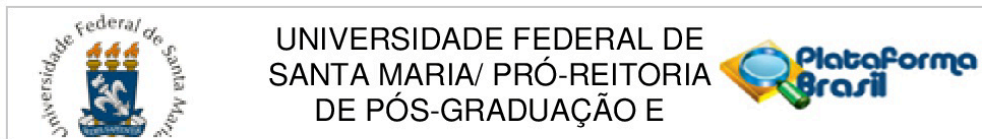
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
Bairro: Camobi	CEP: 97.105-970
UF: RS	Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.015.026

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_891345.pdf	29/03/2017 11:39:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	IDOSOS_EM_UNIDADE_CARDIOVASCULAR_INTENSIVA_SABERES_E_CUIDADOS_DE_ENFERMAGEM.doc	29/03/2017 11:39:17	MARINÉS TAMBARA LEITE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	29/03/2017 11:37:27	MARINÉS TAMBARA LEITE	Aceito
Outros	Registro_no_SIE.pdf	29/03/2017 11:26:19	MARINÉS TAMBARA LEITE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_HUSM.jpg	29/03/2017 11:25:59	MARINÉS TAMBARA LEITE	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.doc	29/03/2017 11:25:43	MARINÉS TAMBARA LEITE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.doc	29/03/2017 11:25:11	MARINÉS TAMBARA LEITE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 13 de Abril de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com