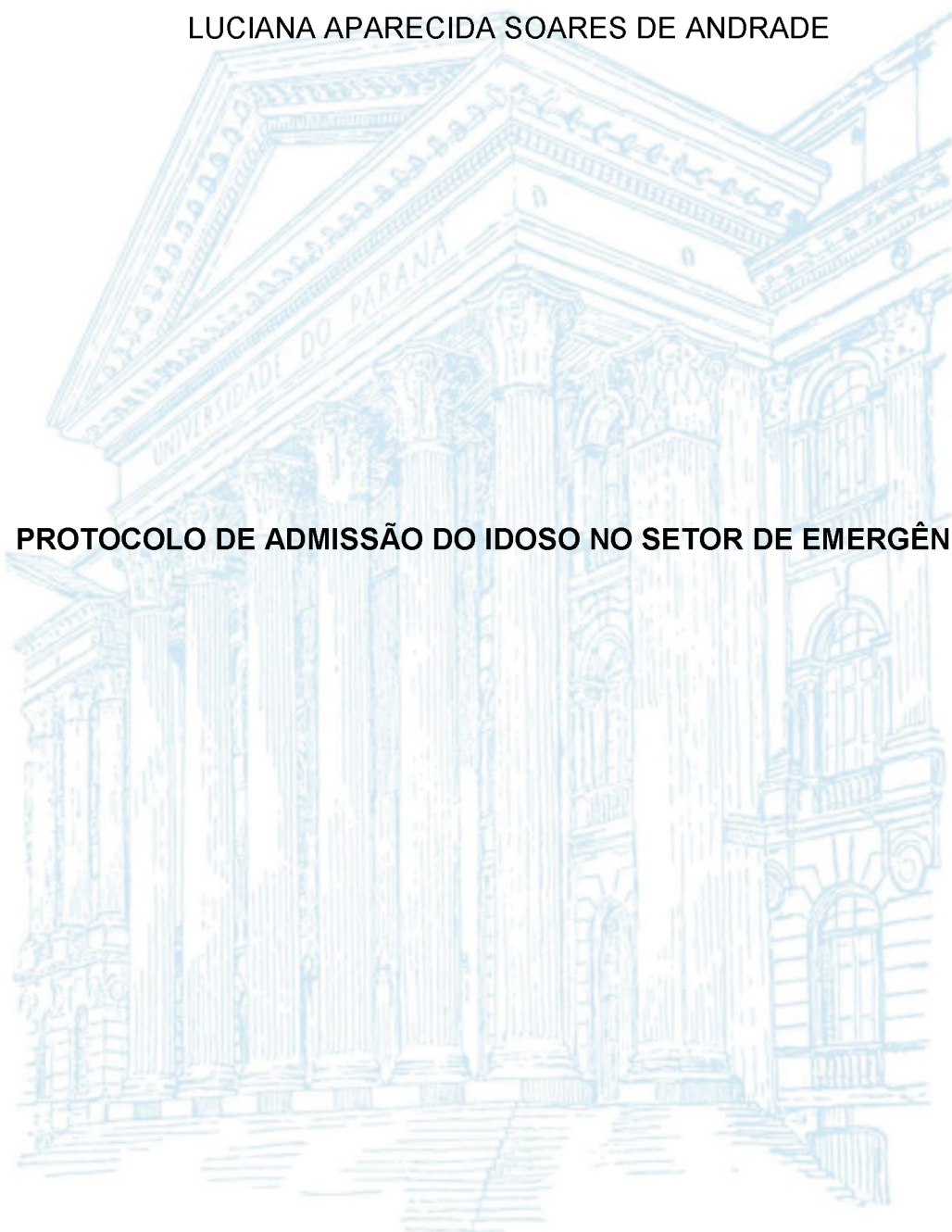


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIANA APARECIDA SOARES DE ANDRADE

PROTOCOLO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA



CURITIBA

2017

LUCIANA APARECIDA SOARES DE ANDRADE

PROTOCOLO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

CURITIBA

2017

Andrade, Luciana Aparecida Soares de
Protocolo de admissão do idoso no setor de emergência / Luciana Aparecida Soares de
Andrade – Curitiba, 2017.
196 f. ; il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Hautsch Willig
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem em emergência. 2. Enfermagem geriátrica. 3. Serviços de saúde para
idosos. I. Willig, Mariluci Hautsch. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.970231

TERMO DE APROVAÇÃO

LUCIANA APARECIDA SOARES DE ANDRADE

PROTOCOLO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA

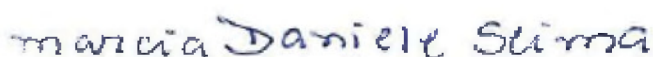
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Prof.^a Dra. Mariluci Hautsch Willig
Orientadora: Departamento de Enfermagem, UFPR



Prof.^a Dra. Maria de Fátima Mantovani
Departamento de Enfermagem, UFPR



Dra. Márcia Daniele Seima
Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais

Curitiba, 20 de julho de 2017.

*À cada um dos pacientes idosos
que tive a oportunidade de cuidar no setor
de emergência, razão pelo qual este
trabalho foi realizado.*

AGRADECIMENTOS

À **Dra. Mariluci Hautsch Willig**, por ter me acolhido com tanto carinho e dedicação, ter sido minha luz e com maestria me orientado na construção deste trabalho.

Ao **Augusto Henrique**, pelo companheirismo, por ter me incentivado a iniciar esta jornada e com muita calma ter me ajudado a concluir cada etapa. Seu amor e dedicação foram em todos os momentos minha fonte de força e determinação.

Aos **colegas do Mestrado**, especialmente **Roselene de Campos Corpolato** pela parceria e solidariedade nesses dois anos de mestrado.

À **coordenação do Programa de Pós-Graduação Enfermagem - Mestrado Profissional e aos demais docentes do curso**, pelos ensinamento, dedicação e comprometimento com a formação de novos mestres.

Aos amigos e colegas de trabalho que compartilharam comigo essa jornada e contribuíram, cada uma sua maneira, mas com toda certeza o fizeram com muito carinho, minha imensa gratidão:

Fernanda Leticia F. Cauduro

Sulamita de Paula Santos

Maria Elydia B. P. Mira

Mario Gilberto J. Nunes

André Henrique Pereira Rosa

Camila Nunes Pinto

Vera Lúcia Lopes

Rosane Kraus

O sentido da vida está associado a ter um propósito, uma direção, uma razão para a existência, ter uma percepção de identidade pessoal e interesse social, além de sentir-se satisfeito com a vida, mesmo diante de situações difíceis, quando o “para que viver” é essencial.

(Frankl, 2008)

RESUMO

ANDRADE, L. A. S. **Protocolo de admissão do idoso no setor de emergência.** 2017. 196f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Profissional] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida no serviço de emergência de um hospital referência no atendimento gerontológico, no período de julho de 2016 a junho de 2017. Teve como objetivo propor um protocolo de cuidado ao idoso atendido no serviço de emergência. Os participantes foram 11 enfermeiros, sendo seis enfermeiros assistenciais do setor de emergência e cinco enfermeiros coordenadores. O estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética, com o CAAE nº55112516.0.0000.0102 e parecer de nº 1.574.209. A coleta de dados foi desenvolvida em três etapas: entrevista, observação participante e oficina de grupo operativo. Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados de acordo com referencial do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os dados da observação participante e da oficina de grupo operativo foram apresentados de forma descritiva e discutidos conforme literatura pertinente. As entrevistas resultaram na construção dos DSC sobre a gestão do cuidado do idoso no setor de emergência, dos quais emergiram dois temas centrais: “As práticas de cuidado ao idoso na urgência/emergência” e “Multidimensões do cuidado ao idoso no setor de emergência”. A observação participante resultou na identificação de nove ações de cuidado realizadas pelos enfermeiros: passagem de plantão; rotinas administrativas; rotinas de cuidado; supervisão da equipe de enfermagem; admissão do paciente; transferência do paciente de setor; encaminhamento do paciente para exames de imagem; atendimentos de emergência; educação em saúde. A partir das falas dos participantes na oficina verificou-se que eles compreendem que o cuidado do idoso no setor de emergência deve ter como base o conhecimento, humanização e o foco no paciente, e como elementos estruturais a capacitação da equipe, comprometimento, respeito, paciência, escuta ativa e olhar crítico. Esse conjunto é apontado como chave para alcance da excelência do cuidado. Os resultados das três etapas subsidiaram a elaboração e validação de um protocolo de admissão do idoso, sendo este o principal produto deste estudo. O cuidado do idoso no setor de emergência foi apontado como um desafio para os profissionais, tanto no que se refere às especificidades do cuidado, quanto à organização do processo de trabalho. Nesse sentido, a elaboração do protocolo admissão é uma maneira de padronizar esse processo e fornecer as diretrizes necessárias para se alcançar um cuidado de excelência. A PCA permitiu integrar a pesquisa e o campo de prática, evidenciando o quanto essa abordagem pode contribuir para o aprimoramento da prática profissional de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência. Enfermagem Geriátrica. Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

ANDRADE, L. A. S. **Emergency Department protocol for elderly admission.** 2017. 196f. Dissertation [Masters in Nursing] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Advisor: Professor Mariluci Hautsch Willig, PhD.

This dissertation is based upon an Assistant Convergent Research Approach (ACRA) carried over the emergency sector of a gerontology reference hospital, during the period of July 2016 up until July 2017. It aimed at presenting a new protocol of elderly care admitted at the emergency department. The participants were 11 nurses, six of which were assistant nurses in the emergency room and five were coordinators. This study was submitted and approved by the Ethics Committee, under CAAE nº55112516.0.0000.0102 and report nº 1.574.209. The data collection was developed in three stages: interview, active observation and operational group workshops. Data gathered from the interview were analyzed under the Collective Subject Discourse (CSD) theory. From the observation and workshops, data were presented in a descriptive way and analyzed in accordance with the related literature. The interviews resulted in the construction of CSD upon the management of the elderly care in the Emergency department, from which two main themes were drawn: “The practice around the elderly care urgency/emergency” and “Multidimensions of the elderly care in the Emergency Department”. The active observation resulted in the identification of nine actions in the care carried by nurses: nursing handover; care routines; nursing staff supervision; patient’s admission; moving patients from one care setting to another; referrals for image exams; emergency care; health education. From the participants’ opinions in the workshops, it was possible to understand that the elderly care in the emergency department must have as its basis the knowledge, humanization and focus on the patient, along with structural elements such as the staff training, commitment, respect, patience, active hearing and critical sight. This set of aspects is regarded as the key for reaching the care excellence. The results from these three stages were the background for establishing and validating a protocol for elderly admission, that being the main product of this study. The elderly care in the emergency department was highlighted as a challenge for professionals, both as when it comes to specific characteristics of this care and the organization of the working process. This way, the outlining of the admission protocol is a way to standardize this process and provide it with necessary guidelines to reach the excellency of care. The ACRA permitted the integration of the research and the practical field, pinpointing at how much this approach can contribute for the development of the professional in the nursing practice.

Key words: Emergency Nursing. Geriatric Nursing. Health Care for Elderly.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – ELEMENTOS QUE COMPÕEM O CUIDADO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA. CURITIBA, 2017.....	102
FIGURA 2 – SEGUNDO MOMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017	103
FIGURA 3 – SEGUNDO MOMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017	103
FIGURA 4 – TERCEIRO MOMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017.....	105
FIGURA 5 – RESULTADO DO BRAINSTORMING. CURITIBA, 2017.....	105
FIGURA 6 – FECHAMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017.....	106

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – VETORES DO PROCESSO GRUPAL. CURITIBA, 2017	48
QUADRO 2 – FASES DA ELABORAÇÃO DA OFICINA. CURITIBA, 2017.....	49
QUADRO 3 – OPERACIONALIZAÇÃO DA OFICINA DE GRUPO OPERATIVO. CURITIBA, 2017	61
QUADRO 4 – SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL. CURITIBA, 2017.....	63
QUADRO 5 – SÍNTESE DA ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO. CURITIBA, 2017	77
QUADRO 6 – ITENS LISTADOS PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ADMISSÃO. CURITIBA, 2017.....	104
QUADRO 7 – PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA. CURITIBA, 2017	107

LISTA DE SIGLAS

AVDs	– Atividades da Vida Diária
CLM	– Central de Leitos Municipal
CTI	– Centro de Terapia Intensiva
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DSC	– Discurso do Sujeito Coletivo
ECG	– Eletrocardiograma
ESF	– Estratégia de Saúde da Família
HIZA	– Hospital do Idoso Zilda Arns
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC	– Índice de Validade do Conteúdo
MS	– Ministério da Saúde
NIR	– Núcleo de Regulação Interna
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PCA	– Pesquisa Convergente Assistencial
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PNAU	– Política Nacional de Atenção às Urgências
PNSI	– Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	– Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RUE	– Rede de Urgência e Emergência
SAD	– Serviço de Atendimento Domiciliar
SADT	– Ambulatório de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Tratamento
SAE	– Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	– Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SES/SP	– Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SUS	– Sistema Único de Saúde
UAI	– Unidade de Atenção ao Idoso
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UPA	– Unidade de Pronto Atendimento
DCNTs	– Doenças Crônicas não Transmissíveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	GESTÃO DO CUIDADO NA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	19
3.2	A MUDANÇA DO PERFIL DEMOGRÁFICO BRASILEIRO E AS NOVAS DEMANDAS DA GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO.....	28
3.3	O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO.....	34
3.3.1	O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA	36
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	41
4.1	A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL - PCA	41
4.1.1	FASE DE CONCEPÇÃO	42
4.1.2	FASE DE INSTRUMENTALIZAÇÃO	43
4.1.3	FASE DE PERSCRUTAÇÃO	43
4.1.4	FASE DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO	43
4.2	OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	44
4.3	OFICINA DE GRUPO OPERATIVO	46
4.4	O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	50
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	53
5.1	O TIPO DE ESTUDO	53
5.2	O CENÁRIO DO ESTUDO	53
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
5.4	A ABORDAGEM DO CAMPO E DOS PARTICIPANTES.....	56
5.5	A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS	58
5.5.1	A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	58
5.5.2	AS ENTREVISTAS.....	58
5.5.3	OFICINA DE GRUPO OPERATIVO.....	59
5.5.4	VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO	61
5.6	A APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	62

5.7	A ANÁLISE DOS DADOS	62
5.8	O RIGOR DA PESQUISA E OS ASPECTOS ÉTICOS	63
6	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
6.1	RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	65
6.1.1	ACESSO DO PACIENTE NO SETOR DE EMERGÊNCIA	65
6.1.2	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	67
6.1.3	A ESTRUTURA FÍSICA	68
6.1.4	AÇÕES DE CUIDADO	69
6.2	RESULTADO E DISCUSSÕES DAS ENTREVISTAS	74
6.2.1	PERFIL DOS ENFERMEIROS.....	74
6.2.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO À IDADE.....	74
6.2.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO.....	75
6.2.5	PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.....	75
6.2.6	PARTICIPANTES DO ESTUDO QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.....	76
6.3	ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	76
6.4	RESULTADO DA OFICINA.....	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES.....	124
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	125
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	126
	APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	129
	APÊNDICE E – PROTOCOLO EXPANDIDO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA	130
	ANEXO A – PARECER DO CEP UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	188
	ANEXO B - PARECER DO CEP SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA.....	193

1 INTRODUÇÃO

A atual configuração da sociedade brasileira demanda novos modelos de saúde e um diferente olhar da enfermagem para o processo de cuidar. Essa visão precisa ser integral, contextualizada e embasada por conhecimento científico capaz de atender as especificidades de cada grupo populacional (VERAS et al., 2013).

Pensando nessa premissa, este estudo apresenta como tema central a Saúde do Idoso, área que tem conquistando espaço de discussões, em decorrência do acelerado envelhecimento populacional e das mudanças no perfil epidemiológico, que se acentua no Brasil, culminando com maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que levam ao aumento das demandas por cuidados de saúde do idoso (LUZARDO et al., 2013).

O envelhecimento populacional pode ser mensurado pela expectativa de vida. No Brasil espera-se que no ano de 2025 ela alcance 77,8 anos, resultando em uma população de idosos estimada em mais de 35 milhões, o que representa um aumento significativo se comparado ao ano de 2015, em que o número de idosos correspondia a 14,3% da população (IBGE, 2016). Assim, quanto mais a população envelhece, maior é o índice de doenças não transmissíveis, morbidade e incapacidade funcional, registradas pelos serviços de saúde.

Esses dados indicam que, tanto os profissionais de saúde, quanto os serviços precisam se adequar, visando um melhor atendimento a essa crescente demanda. A área Técnica da Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde (MS), coloca que a atenção à saúde do idoso deve ser construída com base no atendimento humanizado, no desenvolvimento de inovações, possibilitado por meio do incentivo à produção científica e da disseminação desses conhecimentos, para os gestores e profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Partindo dessa lógica, no Brasil o foco da gestão da clínica está na utilização de ferramentas e tecnologias de gestão, com objetivo de equilibrar processos que envolvem autonomia dos profissionais em uma organização burocrática, a fim de reduzir a variabilidade no cuidado dos pacientes e na adoção de práticas baseadas em evidências científicas. As tecnologias de gestão da clínica incluem gestão de casos; gestão de patologia; adoção de diretrizes clínicas e monitoramento de indicadores de processo e resultado (MENDES, 2011).

O eixo central da gestão da clínica está na busca por qualidade em saúde, que é constituída por três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura compreende os recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo diz respeito ao modo como se presta à assistência, a abordagem de processo procura analisar se as atividades e tarefas são realizadas de modo adequado e se as técnicas e procedimentos utilizados são apropriados. O resultado expressa a capacidade do serviço em atingir seus objetivos, propiciando a melhoria das condições de saúde e também mudanças no conhecimento e comportamento dos pacientes (GRABOIS, 2009).

Nesse sentido, o estabelecimento de protocolos assistenciais em enfermagem é apontado como uma forma de padronizar as ações desenvolvidas pela equipe, aprimorar a assistência pelo uso de práticas cientificamente sustentadas, que direcionam a tomada de decisão e proporcionam maior segurança aos pacientes e profissionais, por meio da redução da variabilidade das ações de cuidado. Além disso, os protocolos facilitam o estabelecimento de indicadores de processo e resultados, permitindo a mensuração e avaliação das etapas do processo de trabalho, o que possibilita a adequação dos serviços para melhor atendimento de suas demandas (PIMENTA et al., 2015).

Os protocolos são entendidos como ferramentas de gestão. Neste estudo gestão do cuidado em saúde significa “o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (CECILIO, 2011, p. 589).

Compreende-se que a gestão do cuidado é uma atividade central do enfermeiro, tendo em vista que, a prestação da assistência ao paciente está diretamente relacionada ao processo de gerenciamento. Portanto, para a articulação da gestão com o cuidado, deve-se superar a crença de que o processo de assistir envolve apenas técnicas fragmentadas (LUCCA et al., 2016).

Atualmente nos serviços de urgência e emergência ainda prevalece entre os profissionais de enfermagem a visão fragmentada entre gerenciar e cuidar (BARRETO et al., 2015). Essa visão interfere na integralidade do cuidado, principalmente por ser um setor em que a atuação dos profissionais precisa ser eficaz e eficiente em curto espaço de tempo, não existindo espaço para uma prática

gerencial imprecisa, uma vez que a gestão do cuidado inadequada pode acarretar danos aos pacientes atendidos (MONTEZELI et al., 2014).

Os serviços de urgência e emergências são cada vez mais utilizados pelos pacientes idosos. Nos Estados Unidos os idosos representam a maior taxa de admissão na emergência, se comparado a outras faixas etárias, essa taxa tende a aumentar a medida que a população envelhece (SINHA et al., 2014). Além disso, os setores de emergência caracterizam-se como principal acesso dos idosos ao atendimento à saúde, principalmente por problemas relacionados a depleção das reservas fisiológicas, trauma por quedas, ao declínio funcional e doenças crônicas agudizadas (FREITAS; PY, 2013) (GRAY et al., 2013).

No Brasil o cenário é muito semelhante ao de outros países, sendo cada vez maior o número de idosos que procuram por atendimento nos serviços de emergência. Estudo realizado no serviço de emergência de um município de Minas Gerais no ano de 2014 evidenciou que 25,4% dos pacientes atendidos com crise hipertensiva eram indivíduos com mais de 60 anos (JESUS, et al., 2016).

No âmbito dos serviços de saúde se destaca o papel do familiar no cuidado do paciente idoso. A idade avançada associada a algum grau de incapacidade física ou cognitiva compromete a autonomia do idoso, tornando-o muitas vezes dependente de cuidados diários ininterruptos por parte da família (LUZARDO et al., 2013). Assim, o planejamento do cuidado realizado no setor de emergência deve considerar o binômio idoso/família.

Diante deste fato, e considerando que o enfermeiro é o principal responsável pela organização do processo de trabalho e pela garantia da qualidade do cuidado, empiricamente, percebeu-se, a partir da vivência em um serviço hospitalar de emergência, que existiam muitos desafios para se alcançar a integralidade do cuidado do paciente idoso, um deles era a falta de instrumentos de gestão e padronização dos processos de trabalho da equipe de enfermagem, voltados para as especificidades desses pacientes, que são inerentes ao processo de envelhecimento.

Nesta perspectiva, emergiu a seguinte questão de pesquisa: **como construir um protocolo assistencial para admissão do idoso em um setor de emergência?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Propor um protocolo de cuidado ao idoso atendido no serviço de emergência de um hospital municipal referência no atendimento gerontológico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as ações de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros do serviço de emergência em um hospital especializado no atendimento de idosos;

Analisar a percepção dos enfermeiros sobre a gestão do cuidado ao idoso;

Elaborar um protocolo assistencial para o cuidado do idoso atendido no setor de emergência;

Validar um protocolo assistencial para o cuidado do idoso atendido no setor de emergência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A fundamentação teórica, abordada a seguir, envolve levantamentos de literatura, organizados nos seguintes temas: gestão do cuidado na prática profissional de enfermagem, a mudança do perfil demográfico brasileiro e as novas demandas da gestão do cuidado do idoso, o cuidado de enfermagem ao idoso e o cuidado de enfermagem ao idoso em situação de emergência.

3.1 GESTÃO DO CUIDADO NA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Os modelos de organização e gestão dos processos de trabalho estão intrincados com o contexto sócio-histórico em que se inserem. As circunstâncias de um determinado período histórico moldam e explicam as concepções, as potencialidades e as limitações de cada modelo de gestão. Neste âmbito, as práticas de saúde contemporâneas adquirem novas concepções de ser humano, vida, saúde, sociedade e cuidado de saúde, que tem impulsionado a construção de novos processos de gestão concebidos pelo uso de tecnologias (ERDMANN et al., 2006).

Para Erdmann et al.(2006) as mudanças tecnológicas contribuíram para a desenvolvimento da sociedade pós-industrial, pautada na informação e no conhecimento. Esses elementos vão sendo constantemente incorporados, obrigando cada microestrutura social a se adaptar. Assim, observa-se o impacto do desenvolvimento e da inserção e novas tecnologias que modificaram a forma de organização do trabalho e impulsionaram o desenvolvimento de novos processos de trabalho sustentados pela flexibilização. O setor saúde, em especial a área hospitalar, tem absorvido essas mudanças, cabendo aos profissionais da saúde desenvolver novas competências e adquirir “um perfil mais adaptativo e flexível” (BERNARDINO et al., 2010, p. 350).

Na sociedade atual o conhecimento é entendido como o propulsor da economia, portanto a organização e gestão dos processos de trabalho passam a ser arquitetados sobre este ativo, atribuindo um novo sentido às organizações. Assim, a criação de novos produtos e serviços está diretamente ligado a criatividade e conhecimentos dos trabalhadores (ERDMANN et al., 2006).

No entanto, na área da saúde, a dinâmica do trabalho apresenta algumas contradições. Por um lado, há a exigência de trabalhadores com esse novo perfil,

enquanto por outro, a estrutura organizacional da maioria das instituições de assistência à saúde é regida por um modelo de administração burocrática, rígida e hierarquizada. Bem como, os processos de trabalho de enfermagem seguem o método proposto por Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, fundamentado na lógica da rigidez, da fragmentação, da centralização do poder e da impessoalidade, concebido pelo modo de produção taylorista/fordista (MATOS; PIRES, 2006); (ALMEIDA et al., 2011). O que sugere o seguinte questionamento: como ser flexível em uma estrutura rígida?

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma mudança na organização e gestão das instituições de saúde, avançando para formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo necessária uma adequação da gestão do cuidado, diante do novo modelo assistencial (BERNARDINO et al., 2010). As RAS foram organizadas com vistas a superar a fragmentação do SUS, sendo instituída pela Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde, como estratégia para a consolidação da integralidade do cuidado. Têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade e humanizada, e incrementar o desempenho do sistema (BRASIL, 2012).

Assim, no cenário da saúde brasileiro coexistem dois modelos distintos de assistência: o SUS e a rede privada de atenção à saúde. O segundo modelo, é pautado na teoria clássica da administração, com estruturas hierárquicas bem delimitadas e rígidas, trabalho fragmentado, formal e excessivamente burocrático (MATOS; PIRES, 2006); (WILLIG, 2006). Neste modelo, “a enfermagem constitui um corpo profissional muito fechado, com elevado grau de autonomia em relação à direção. Ela gerencia o dia a dia das unidades assistenciais, e, possui internamente uma linha de mando vertical formalizada e legitimada, nos moldes taylorista-fordista” (MATOS; PIRES, 2006, p.511).

Conseqüentemente o cuidado do paciente também é fragmentado e os profissionais focam o seu trabalho nos procedimentos que precisam ser executados, em detrimento de uma maior atenção ao paciente que recebe o cuidado. Porém, este modelo de gestão não corresponde às expectativas dos profissionais, o que indica a necessidade de uma nova forma de planejar e realizar o cuidado (WILLIG, 2006).

Atualmente se tem maior compreensão de que a função gerencial do enfermeiro é uma atividade meio e o cuidado é a atividade fim, no entanto, as demandas institucionais se sobrepõem às do cuidado e o enfermeiro se prende às ações burocráticas, gerando incoerência entre o que se almejam e o que se realiza. Nesse sentido, os processos de trabalho da enfermagem precisam ser articulados com foco no cuidado (MONTEZELI et al., 2014).

Para Montezeli et al. (2014) existe uma divergência entre as demandas dos serviços de saúde e o gerenciamento com foco no cuidado, uma vez que, as instituições compreendem que as funções gerenciais dos enfermeiros devem ser destinadas à produção.

No entanto, os serviços de saúde não fazem parte da cadeia produtiva? Caso a resposta à pergunta seja positiva, o cuidado de saúde não seria um produto oferecido pelos serviços? E nesse caso, as funções gerenciais do enfermeiro não deveriam ser empregadas para produção de cuidados de saúde com qualidade? Nesse sentido, produção e cuidado não fazem parte da mesma instância?

Se considerarmos que produção e cuidado são termos equivalentes, tanto a instituição como os enfermeiros não almejam a mesma coisa? O problema não seria a falta de diálogo entre os diferentes níveis hierárquicos da instituição, para que ambos compreendam de maneira mais abrangente o processo de produção de cuidados a saúde? Uma compreensão ampla do processo, tanto de quem está no topo como de quem está na base da pirâmide organizacional, somada ao diálogo não seria uma forma de articular medidas para atingir o objetivo que parecer ser comum?

O gerenciamento executado pelo enfermeiro é um dos sub processos que compõem o processo de trabalho em que este profissional se insere, a legitimidade desta prática está alicerçada na Lei do Exercício Profissional, o enfermeiro precisa de autonomia para efetivação do gerenciamento (SANTOS et al., 2016). Esse sub processo é constituído por tarefas voltadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem (MONTEZELLI et al., 2011).

No entanto, os desafios gerenciais do enfermeiro, bem como as competências e habilidades para o desempenho gerencial, seguem a lógica da organização do trabalho em cada modelo de assistência. A busca por profissionais

flexíveis implica em aproveitar e empregar o conhecimento e a criatividade dos trabalhadores para agregar valor à organização e desenvolver práticas de trabalho mais eficientes e capazes de atender as necessidades dos clientes (CHIAVENATO, 1999).

Quando o enfermeiro assume a função de líder na assistência está construindo espaço favorável para o desenvolvimento de suas atribuições assistenciais, gerenciais e de ensino (Barreto et al., 2015). Conforme Almeida et al. (2011) o foco de atuação dos enfermeiros, na prática profissional, tem sido a dimensão assistencial, voltada para o cuidado do paciente; e a dimensão gerencial, enquanto meio de organizar e otimizar os recursos necessários para a realização do cuidado, portanto eles realizam a gestão do cuidado no seu dia a dia de trabalho.

De acordo com Cecílio (2011) a gestão do cuidado em saúde pode ser pensada e realizada em cinco dimensões: individual; familiar; profissional; organizacional; sistêmica e societária.

A dimensão individual é nuclear e refere-se ao “cuidar de si”, da capacidade do indivíduo em tomar suas próprias decisões, remete ao conceito de “estar sadio” (CECÍLIO, 2011). Essa dimensão compreende a participação do paciente no seu processo terapêutico, com vistas ao exercício de sua autonomia. No entanto, quando se trata do idoso, a sua autonomia é quase sempre comprometida, ora pela tutela familiar, ora pelas ações da equipe de saúde. Mesmo nos casos em que há uma situação de vulnerabilidade importante e parece não haver mais nenhuma condição de discernimento por parte do idoso, ainda existe a busca pela autonomia, o que revela uma tensão não resolvida entre os limites de tutela e autonomia do indivíduo (BESSE et al., 2014).

A dimensão familiar diz respeito ao papel da família na realização dos cuidados de seus membros em todas as fases da vida, assumindo importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Como consequência do envelhecimento acelerado da população, essa dimensão assumirá crescente importância para os serviços e pesquisas em saúde (CECÍLIO, 2011).

Além disso a família contribui com a equipe de saúde, pois são eles que provêm informações sobre estado de saúde e hábitos de vida, que são essenciais e facilitam o processo de tomada de decisão sobre tratamentos e procedimentos (MORPHET et al., 2015).

Por outro lado, a atividade de cuidar de um indivíduo idoso dependente traz modificações significativas na vida do cuidador, devido a carga que ele assume, evidenciada pela responsabilidade atribuída ao cuidado e pelo peso da tarefa. Os cuidadores ficam mais suscetíveis a desenvolver quadros de estresses, uma vez que as atividades do cuidado desafiam seus esforços, causam fadiga e desgaste físico e mental (BESSE et al., 2014).

A dimensão profissional é estabelecida nas relações de cuidado entre profissional e os usuários dos serviços de saúde, sendo regida por três elementos principais: a competência técnica, a postura ética e a capacidade de construir vínculos. Esses elementos determinam sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado (CECÍLIO, 2011).

Essa dimensão sofre influência direta do investimento, tanto na infraestrutura física e equipamentos e materiais, quanto no investimento em melhores salários, na seleção dos profissionais, incentivos à capacitação e planos de carreira, o que segundo Trindade e Pires (2013, p.40) “favoreceria um trabalho mais comprometido e o fortalecimento do vínculo profissional-usuário”.

A dimensão organizacional refere-se aos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho. Evidencia novos elementos, como o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, a função gerencial, que assume centralidade na organização do processo de trabalho. Essa dimensão depende da cooperação de vários atores, “a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder” (CECÍLIO, 2011, p 591).

Porém, no cotidiano dos serviços de saúde, observa-se ainda o trabalho fragmentado, especialização e padronização na realização do cuidado, sendo praticado por meio do controle, centralização, práticas hierarquizadas e desigualdade entre as diferentes categorias profissionais, geralmente com subordinação de diversas profissões aos saberes e práticas da medicina (LUCCA et al., 2016).

Essa realidade se contrapõem a proposta de equipe multiprofissional que deveria atuar na perspectiva interdisciplinar, integrando diferentes saberes com vistas a promover uma atenção mais qualificada às necessidades dos usuários (FERTONANI et al., 2015). A fragmentação do cuidado do idoso gera barreiras de acesso, descontinuidade da atenção, atendimento em lugar não apropriado, pois a

estrutura física em geral não foi projetada para atender pacientes idosos, o que contribui para a desorientação, baixa resolutividade e falta de protagonismo na assistência as necessidades do paciente idoso (LORENZETTI et al., 2014).

A dimensão sistêmica é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado.

A atenção à saúde em redes integradas a hierarquia é substituída por poliarquia, evidenciando uma orientação horizontalizada de redes de atenção com distintas densidades tecnológicas, mas sem diferentes graus de importância entre os tipos de serviços (LORENZETTI et al., 2014).

A dimensão mais ampla da gestão do cuidado, a societária, que se trata de como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas e as políticas de saúde, e como é pensado o papel do Estado na formulação e implementação de estratégias, visando garantir que essas políticas se tornem ações de cuidados de saúde realizadas pelos trabalhadores (CECÍLIO, 2011).

Embora seja possível reconhecer avanços na formulação de políticas públicas governamentais voltadas para as necessidades da população idosa, é necessário um grande esforço de setores da sociedade civil para que haja uma valorização da pessoa idosa, e um melhor entendimento do próprio processo de envelhecimento (BESSE et al., 2014, p.218).

Fundamentando-se nesse conceito, o enfermeiro na sua prática profissional realiza a gestão do cuidado no âmbito da dimensão profissional, estabelecendo relações de cuidado com os usuários do sistema de saúde. Cabe ressaltar que a maneira como os enfermeiros compreendem e aplicam, no seu cotidiano, os conceitos de gestão do cuidado contribui para a eficiência do seu trabalho e para o nível de satisfação do paciente.

No entanto, um estudo realizado com docentes do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública no Paraná no ano de 2014, revelou que os termos utilizados por alguns docentes para se referirem aos significados da gestão do cuidado, possuíam consonância com o modelo da administração clássica, apontavam para a desarticulação entre as atividades gerenciais e assistenciais na prática do enfermeiro, demonstrando que não é claro o conceito de gestão do cuidado (LUCCA et al., 2016).

Assim, a gestão do cuidado inclui planejamento, organização, coordenação, direcionamento das ações desempenhadas pela equipe e avaliação. Para isso o enfermeiro dispõe de instrumentos e meios gerenciais como a supervisão, a motivação, a comunicação, a delegação, o gerenciamento do conflito, a negociação, a liderança, a administração do tempo, bem como a força de trabalho, os recursos materiais, equipamentos e conhecimentos administrativos (BARRETO, 2015; (ALMEIDA et al., 2011).

Os profissionais precisam associar as dimensões do cuidar e do administrar no processo de trabalho, de modo que possam evoluir para o conceito de gestão do cuidado (LUCCA et al., 2016). O enfermeiro é o principal responsável pela organização do processo de trabalho de sua equipe, principalmente em relação ao gerenciamento das ações de enfermagem voltadas à qualidade do cuidado (BARRETO, 2015).

Nesse sentido, este profissional deve buscar meios para realizar o gerenciamento de enfermagem com foco nas necessidades do paciente, conciliando os objetivos da sua equipe e também da organização do processo de trabalho (BARRETO, 2015). O enfermeiro gerencia o cuidado quando o planeja, o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage com outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação em prol da consecução de melhorias do cuidado.

Para fortalecer a gestão do cuidado o enfermeiro precisa desenvolver as seguintes habilidades: capacidade analítica, de julgamento, de decisão e liderança e de enfrentar riscos e incertezas (WILLIG, 2006). Além destas, Silva (2002) destaca as habilidades técnicas, humanas e conceituais, como sendo necessárias para o bom desempenho da gerência. Segundo Chiavenato (1999) habilidade é a capacidade de transformar conhecimento em ação e que resulta em um desempenho desejado.

Nos hospitais, as atividades predominantes dos enfermeiros são o gerenciamento e o cuidado (BERNARDINO et al., 2010; ALMEIDA et al., 2011). Almeida et al. (2011, p.132) afirma que “as dimensões assistencial e gerencial do cuidado são complementares”. No entanto, os enfermeiros muitas vezes enxergam essas atividades de forma dissociada, não compreendendo que para cuidar é necessário gerenciar, tanto as ações da equipe de enfermagem, para o melhor desempenho das suas atividades, quanto garantir a disponibilidade de materiais e

equipamentos adequados, visando à prestação de um cuidado efetivo ao paciente. Isso pode ser explicado pela valorização da experiência prática em detrimento da fundamentação teórica, levando ao distanciamento entre teoria e prática (ALMEIDA et al., 2011).

A redefinição dos modelos de cuidados prestados pelas instituições de saúde, exige uma mudança na forma como os enfermeiros irão realizar a gestão dos cuidados prestados aos pacientes, em virtude de um maior aporte tecnológico e conseqüentemente processos de trabalho mais complexos.

Nesse sentido, outro conceito que vem sendo incorporado pelos serviços de saúde é a Gestão da Clínica, definido por Mendes (2011, p.370) como:

conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

A qualidade de um serviço de saúde resulta da associação de três elementos: a excelência técnico-científica, ou seja, fazer a coisa certa do modo certo; a qualidade da relação entre profissionais e pacientes, por meio da empatia; e, aspectos de organização e distribuição de recursos.

Segundo Grabois (2009, p.168) “a utilização de diretrizes clínicas visa reduzir a variabilidade de condutas e decisões dos profissionais, que muitas vezes têm sustentação bastante frágil, do ponto de vista das evidências científicas”. Essa variabilidade é atribuída à qualidade da atuação dos profissionais e dos processos assistenciais estabelecidos. Como solução para este problema é apontada a estruturação de processos assistenciais padronizados (GRABOIS, 2009).

A padronização é compreendida como ação gerencial adjacente e necessária para a provisão do cuidado. A padronização de processos assistenciais e gerenciais por meio de protocolos oferece respaldo científico para o cuidado e contribui para melhorias nas condições de trabalho, as quais tendem a convergir ao atendimento de excelência para o usuário (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

A padronização tem o objetivo de reconhecer, mensurar e avaliar os diferentes riscos e necessidades de cada paciente, elaborar diretrizes para o cuidado compatível com as necessidades e os riscos reconhecidos, mensurados e

avaliados e responsabilização pelo cuidado contínuo, favorecendo a troca de informações, a vigilância contínua, a elaboração de projetos terapêuticos, e o seguimento horizontalizado (GRABOIS, 2009) (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Por outro lado, o trabalho em saúde atende a necessidades complexas e variáveis, por isso não pode ser totalmente padronizado, uma vez que envolve um encontro sempre singular entre sujeitos. Os profissionais precisam de autonomia, além disso, o trabalho é realizado por um grupo heterogêneo de trabalhadores (SCHERER et al., 2013).

O monitoramento de desempenho, por meio da utilização de indicadores de processos e resultados, confere sustentabilidade ao processo de gestão da clínica. Enquanto ferramenta de avaliação da efetividade da assistência considera os elementos que estruturam o cuidado: risco/necessidade, organização do cuidado e responsabilização das equipes. Essa ferramenta permite verificar inadequações nas práticas, alcançar mudanças propostas para os processos de trabalho e obter melhores resultados (GRABOIS, 2009).

Das instituições contemporâneas, o hospital é um dos mais fechados à mudança, devido ao baixo grau de interação entre as profissões e departamentos, fragmentação da prática clínica, grande subordinação dos usuários aos serviços. No que tange a rede hospitalar brasileira, inúmeros estabelecimentos de saúde apresentam grande fragilidade gerencial e que estão longe de oferecer uma assistência de qualidade (LORENZETTI et al., 2014).

É consenso entre os gestores que a gestão está entre os seus principais problemas da área da saúde. As principais fragilidades são a falta de conhecimento dos profissionais sobre gestão, lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação e processos de gestão e de organização do trabalho. No setor público, soma-se as barreiras de legislação que restringem a agilidade necessária, a alta rotatividade dos gestores devido aos processos partidários e eleitorais, gerando descontinuidade e desmotivação dos profissionais (LORENZETTI et al., 2014).

Diante da incorporação de novos conceitos e novas práticas a gestão do cuidado pode ser considerada “uma dimensão do processo de trabalho, quando utiliza organização e recursos humanos com finalidade geral de atenção à saúde na forma de assistência como promoção, prevenção, proteção e reabilitação” (ALMEIDA et al., 2011). Assim, cabe ao enfermeiro, não apenas ser competente, mas também garantir a competência da sua equipe, a fim de alcançar os resultados

esperados pela instituição, que permeiam a qualidade da assistência (BERNARDINO et al., 2010).

A construção de novas formas de gestão na área da saúde alicerçadas na participação, em práticas cooperativas e interdisciplinares onde trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio (LORENZETTI et al., 2014). Ressalta-se que a gestão do cuidado envolve a dialógica entre o saber-fazer gerenciar e o cuidar. A articulação dessas duas dimensões deve permitir ao enfermeiro organizar a rotina de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo e, por meio de ações gerenciais, promover a qualidade da assistência (LUCCA et al., 2016).

3.2 A MUDANÇA DO PERFIL DEMOGRÁFICO BRASILEIRO E AS NOVAS DEMANDAS DA GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO

O aumento na expectativa de vida e o envelhecimento contínuo da população brasileira tem provocado mudanças demográficas e epidemiológicas, evidenciado a necessidade de buscar novas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2014). O aumento da expectativa de vida gerado pelo avanço tecnológico e pelas políticas de saúde, é um dos desafios para o sistema de saúde e previdência social, uma vez que 79,1% da população idosa acima de 65 anos de idade sofre de pelo menos uma doença crônica (BESSE et al., 2014).

A preocupação com esse cenário de saúde, que vem se constituindo nas últimas décadas no Brasil, pode ser considerada tardia, se comparada a outros países, como por exemplo, os Estados Unidos que na década de 80 já apontava que o interesse público na saúde do idoso havia aumentado devido quatro tendências referentes a saúde e a demografia (LOWENSTEIN et al., 1986).

Essas quatro tendências eram: o aumento da população idosa em tamanho absoluto e relativo; os pacientes geriátricos eram os maiores consumidores dos principais componentes dos cuidados de saúde, incluindo visitas ambulatoriais, hospitalização de cuidados intensivos e cuidados institucionais de longo prazo; os pacientes idosos representavam uma parcela desproporcional das despesas com cuidados de saúde; e o número crescente de idosos requeria uma rede de serviços sociais de suporte, incluindo assistência de renda, manutenção e cuidados pessoais (LOWENSTEIN et al., 1986).

Atualmente essas quatro tendências também despertam o interesse dos serviços de saúde brasileiros, no sentido de se pensar alternativas para o cuidado da população idosa, tendo em vista as novas demandas observadas pela mudança no perfil de morbidade e mortalidade, e a necessidade de oferta de serviços para suprir essa crescente demanda. Além disso, existe o impacto financeiro gerado pelo tratamento de doenças crônicas que tem como característica longo curso de duração (LUZARDO et al., 2013)

O crescente número de idosos e a maior demanda, por parte da sociedade, por melhorias na qualidade da atenção à saúde representam razões convincentes para que as instituições de saúde atualizem os serviços destinados aos idosos. Uma maneira de obter melhoria dos serviços, seria por meio da implantação e disseminação de padrões específicos de atendimento ao idoso (BOLTZ, *et al.*, 2013).

Veras (2012) ressalta a importância de os serviços de saúde implementarem estratégias de cuidado, específicas ao idoso portador de doenças crônicas, que atendam às demandas dessa população. Para Kang, (2014) isso implica no aprimoramento da gestão do cuidado realizado pelos enfermeiros, que deve ser direcionado para estes pacientes. Falar em gestão implica em estimar e conhecer a população para a qual as ações se destinam.

Assim, de acordo com as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o Brasil terá uma população idosa superior a 35 milhões em 2025 (IBGE, 2016). Esse número não representa apenas uma mudança epidemiológica, mas também insere novas características sociais e culturais no país. Ele ainda afeta diretamente o setor de saúde, uma vez que para atender essa população irá necessitar de maior investimento com materiais, equipamentos e recursos humanos. Portanto, esse número representa o desafio imposto aos gestores da área da saúde, no sentido de efetivar políticas públicas voltadas para a gestão do cuidado da população idosa (LUZARDO et al., 2013).

Esse cenário é motivo de preocupação para sociedade, pois o aumento da expectativa de vida possibilita a ocorrência de problemas decorrentes das alterações morfofisiológicas inerentes ao envelhecimento (GONÇALVES et al., 2012). Assim, observa-se o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, morbidade e incapacidade funcional (BRASIL, 2014).

Esses agravos impactam na maneira de cuidar e evidenciam a importância de compreender o idoso em sua totalidade. Essa compreensão é fundamental para embasar e instrumentalizar os enfermeiros para gestão do cuidado desses pacientes. Além disso, é relevante considerar o envelhecimento como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, que pode ser acelerado pelo adoecimento e por fatores ambientais (FREITAS; PY, 2013).

Entretanto, essa preocupação vai além dos aspectos do envelhecimento e adoecimento, está diretamente relacionada a falta de estrutura dos serviços de saúde para atender essa população, às dificuldades encontradas no acesso a esses serviços e a qualidade do cuidado direcionado às pessoas idosas (LUZARDO et al., 2013).

Como alternativa a essa realidade fatídica, a gestão do cuidado em gerontologia surge como um conjunto de ações proativas associadas à prevenção e à promoção do envelhecimento ativo, visando maximizar a independência, a autonomia e o bem-estar do idoso. Este conceito se ancora por princípios de humanização, integralidade, ética, otimização e alocação de recursos e valorização do potencial de todos os atores envolvidos no processo de cuidar (profissionais e lideranças comunitárias, gestores públicos, idoso, família e comunidade) (SALMAZO-SILVA; LIMA, 2012).

Trata-se de uma proposta ampliada sobre como pensar a organização da atenção ao idoso, considerando a interface entre as intervenções orientadas ao indivíduo, às famílias e às instituições. Segundo Garcia (2001) essa proposta ancora-se em três dimensões: a macrogestão que se refere à formulação de políticas e programas, com enfoque populacional; a mesogestão que diz respeito às atividades de condução de uma organização, com orientação nos processos de gestão de recursos humanos, materiais e institucionais; e a microgestão que reúne a coordenação dos processos e do fluxo de atendimento direcionados ao idoso e sua família (GARCIA, 2001).

Essas dimensões se propõem a oferecer ferramentas de gestão. Desta forma, para operacionalizar o conceito de gestão do cuidado em gerontologia os profissionais precisam planejar medidas, monitorar o cenário onde acontece o cuidado, implantar e avaliar as ações que emergiram a partir do planejamento. E como elemento essencial, para viabilização desse processo, faz-se necessário a

construção de uma visão generalista do idoso e de suas necessidades (DUARTE; LEBRÃO, 2005).

Voltar a atenção às necessidades do idoso requer criatividade e inovação, para propor vias alternativas de cuidado, que realmente atendam essas necessidades. Um exemplo de inovação nesse contexto é a política de saúde nacional proativa, implantada na França, que levou à criação de unidades geriátricas de curta estadia, na qual os pacientes idosos podem ser atendidos e ter seu estado de saúde monitorizado, logo após sua admissão pelo setor de emergência. Essa iniciativa gerou resultados positivos entre os pacientes idosos, em termos de autonomia funcional, limitando as readmissões e reduzindo a incidência de delirium (SOMME et al., 2010).

Para reestruturar os serviços de atenção à saúde do idoso e viabilizar projetos inovadores, como esse exemplo da França, é fundamental a disponibilização de recursos financeiros, investimento tecnológico e de apoio social (LUZARDO et al., 2013).

No entanto, as dificuldades inerentes a realidade da atenção à saúde do idoso no Brasil vão além da questão financeira, alcança a dimensão estrutural do modelo de saúde vigente, centrado no indivíduo, no diagnóstico e tratamento das doenças, na fragmentação do ser humano e do trabalho e na assistência médica curativa e hospitalar (SCHERER et al., 2013). O idoso precisa ser “colocado no centro da atenção do seu plano de cuidado, sendo convidado a participar de forma ativa das ações que serão realizadas” (SALMAZO-SILVA; LIMA, 2012, p. 505).

A questão que surge é como o idoso poderá ser o elemento central do cuidado se o modelo biomédico tem significativa influência nas práticas assistenciais? Ainda que existam propostas e políticas para estruturação de um novo modelo capaz de romper com o paradigma atual e seja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, esse se constitui em mais um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade (FERTONANI et al., 2015).

O Modelo de atenção à saúde é definido como “uma tecnologia utilizada para resolver problemas e atender necessidades de saúde de indivíduos e coletividades, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos” (TRINDADE; PIRES, 2013, p.37). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se configura como novo modelo de atenção à saúde, em convergência com os princípios e diretrizes do

SUS e considera os determinantes sociais de saúde na gestão do cuidado (LUZARDO et al., 2013).

Desta forma a ESF, está estruturada como porta de entrada do sistema e tem seu trabalho centrado nos cuidados primários, direcionados para o atendimento das demandas com base na epidemiologia das áreas de abrangência. Esse modelo exhibe avanços e retrocessos, pois as “atitudes de condutas rígidas, disciplinares, verticalizadas indutoras de uma visão reduzida do processo de adoecimento influenciam fortemente as práticas de saúde” (LUZARDO et al., 2013, p. 22)

Considera-se que um modelo assistencial se constitui por meio do diálogo técnico e político, das diretrizes políticas e sanitárias, dos princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos e socioculturais que refletem o cenário epidemiológico e o que se pretende para este cenário (TRINDADE; PIRES, 2013). Nesse sentido, o processo de construção deste “novo” modelo assistencial na atenção básica, ainda precisa superar muitos desafios para contemplar estes elementos (FERTONANI et al., 2015).

Um dos desafios apontados por Fertoni et al. (2015) é a dificuldade no envolvimento dos profissionais com a comunidade e, conseqüentemente, no estabelecimento de vínculo e corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. A família, a comunidade e os serviços constituem os pilares para construção de uma atenção complexa, qualificada e dinâmica em sinergia com o processo de envelhecimento. Além disso, os serviços e as políticas são apontados como espaços privilegiados, em que a gestão pode alcançar maior ressonância, integrando ações de promoção do envelhecimento ativo e iniciativas voltadas para a prevenção da fragilização na velhice (SALMAZO-SILVA; LIMA, 2012).

Além da promoção e prevenção, a gestão do cuidado tem papel relevante diante da hospitalização do idoso, que se traduz, muitas vezes, num processo que reforça os sentimentos negativos, levando-os a uma postura passiva que limita suas ações e os coloca em uma posição de maior dependência (CARVALHAIS; SOUSA 2011). Nesse contexto, observa-se na literatura brasileira a ausência de um modelo assistencial voltado para o cuidado do idoso hospitalizado, e que as ações dos serviços de saúde estão mais direcionadas para atenção básica, no sentido de prevenir os agravos decorrentes das doenças crônicas e promover o envelhecimento ativo.

Ainda que, conforme Veras et al. (2013) a assistência à saúde do idoso deve ocorrer prioritariamente pela atenção primária, com o intuito de evitar a hospitalização e a institucionalização, em algum momento o idoso necessitará de atendimento hospitalar. Assim, além de garantir o acesso a esses serviços, os hospitais precisam estar estruturados de maneira que possam atender as especificidades desses pacientes. Além disso, a hospitalização é considerada por Sales et al. (2010) como fator de risco para perda funcional, uma vez que, segundo Brown et al. (2009) os idosos permanecem em média 83% do tempo de internação deitados no leito, o que gera danos ao sistema musculoesquelético, sensorial, cardiovascular e respiratório.

Nesse sentido, o desenvolvimento de um modelo assistencial voltado para o cuidado do idoso hospitalizado pode instrumentalizar os enfermeiros no planejamento do cuidado e no estabelecimento de medidas voltadas para redução dos danos decorrentes da hospitalização. E dessa forma, contribuir para melhor recuperação do paciente.

Tanto a família, quanto o idoso precisa ser envolvido nesse processo, de maneira que possibilite a identificação das reais necessidades da pessoa que receberá os cuidados, e agir sobre elas de forma mais eficaz (GONÇALVES et al., 2012). Assim, o conhecimento e as habilidades da enfermagem gerontológica devem ser integrados em uma prática híbrida para proteger os idosos de danos decorrentes da assistência (PARKE, 2013).

No entanto, são apontados como desafios para a operacionalização da gestão do cuidado do idoso: estabelecimento de uma linguagem comum entre os profissionais, que permita propor ações integradas e alinhadas às necessidades biopsicossociais do envelhecimento. Bem como, a mudança do modelo de saúde baseado nas doenças agudas para um modelo que considere o cuidado de longa duração, com metas a médio e longo prazo e com o fortalecimento da atenção primária de saúde; integração dos sistemas de atenção social e de saúde, com articulação das ações em rede (SALMAZO-SILVA; LIMA, 2012).

E também a aplicação de tecnologias de atenção baseadas no georeferenciamento, na avaliação ampla das necessidades da população idosa e na quantificação do impacto das intervenções medicamentosas e psicossociais para a saúde física e mental dos idosos, maximizando o potencial de desenvolvimento

associado a velhice e a valorização do idoso como protagonista de seu processo de saúde e doença (SALMAZO-SILVA; LIMA, 2012).

3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO

O cuidado é considerado como a essência da assistência profissional de enfermagem (NEVES, 2002). No entanto, falar sobre cuidado nos remete a história da humanidade, enquanto elemento crucial que permitiu a sobrevivência e evolução da espécie humana e que foi sendo transformado simultaneamente com as civilizações (FREITAS; PY, 2013). Para Boff (1999) o ato de cuidar é inerente ao ser humano, sendo a pura expressão da essência humana, tornando possível a sua existência. Para Gonçalves e Tourinho (2012) o cuidado constitui-se como foco central da enfermagem, que o exerce por meio de ações de assistência.

Ao ser incorporado enquanto elemento central do exercício profissional da enfermagem o cuidado tornou-se também seu objeto de estudo, sendo teorizado, ensinado e aplicado por enfermeiros em todo mundo. Isso permitiu que o cuidado de enfermagem fosse constituído por um conjunto de técnicas e conhecimentos teóricos, que visam garantir a promoção de uma assistência integral, competente e responsável, estabelecendo-se o processo de cuidar (BIF, 2011).

A implementação do processo de cuidar requer do enfermeiro um conjunto de competências para orientar e desempenhar o trabalho em equipe, como planejamento, liderança, supervisão, motivação, comunicação, delegação, gerenciamento do conflito, negociação, administração do tempo, bem como da força de trabalho, dos recursos materiais e equipamentos (WILLIG, 2006; ALMEIDA et al., 2011).

Conforme apontado por Souza et al. (2005, p. 269) o cuidado abrange duas esferas, “uma objetiva que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e outra subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser”.

Para Wanda Horta o objetivo do cuidado de enfermagem é atender as necessidades básicas do ser humano, de acordo com três categorias: psicobiológicas, psicossocial e psicoespiritual, conforme descrito em sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Portanto cuidar significa assistir ao outro, fazendo

aquilo que ele não pode realizar, auxiliar no autocuidado, promover a independência e a satisfação de suas necessidades básicas (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Essa teoria se aplica no cuidado do idoso, uma vez que ao conceber o ser humano como único, no que tange a satisfação das suas necessidades básicas, “mostrando como é importante para a pessoa idosa ser percebida em suas manifestações de necessidade tanto quanto na maneira de satisfazê-la em um estilo próprio” (FREITAS; PY, 2013, p.1265).

Observa-se que muitas vezes o cuidado de enfermagem acaba sendo voltado apenas para o corpo biológico e os profissionais se esquecem de que estão cuidando de seres que vão além dessa dimensão (BIF, 2011). Nesse sentido, os familiares se preocupam em como o paciente idoso é percebido no serviço de saúde e acreditam que falta aos membros da equipe empatia, compaixão e compreensão das necessidades destes pacientes (MORPHET et al, 2015).

No entanto, observa-se que muitas vezes nem do corpo biológico a equipe está preparada para cuidar. O cuidar é um processo dinâmico, que requer um olhar para os demais aspectos da vida humana, exige assistir o idoso considerando seus aspectos biopsicossociais e espirituais (FREITAS; PY, 2013; GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Por ser um processo dinâmico, o cuidado de enfermagem depende da interação entre o profissional e o idoso e sua família. O eixo central dessa relação deve ser a compreensão de que o idoso enquanto indivíduo que se insere em um contexto familiar, cultural e social (BOLTZ et al, 2013; FREITAS; PY, 2013; GONÇALVES; TOURINHO, 2012). É a partir da criação desse vínculo que as ações de cuidado serão efetivas, uma vez que “o processo de cuidar se dá em ações consecutivas, de modo interativo, dialogal, entre quem provê o cuidado e quem o recebe” (FREITAS; PY, 2013, p.1266).

Outro aspecto relevante do cuidado de enfermagem ao idoso é que ele precisa ser construído a partir do planejamento das ações considerando o seu contexto sócioeconômico e cultural, bem como sua história de vida (BOLTZ et al 2013). Sendo apontado como objetivo principal a promoção do viver saudável, o fortalecimento de seus potenciais e capacidades, compensação de limitações e incapacidades, visando à redução do seu grau de dependência para realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) (GONÇALVES; TOURINHO, 2012; FREITAS; PY, 2013).

O processo de envelhecimento acarreta ao organismo mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas e determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade. Por isso a saúde do idoso é representada pelo seu grau de funcionalidade, e a diminuição da capacidade funcional pode contribuir para o adoecimento (BARBOSA et al., 2014).

Capacidade funcional é definida como a capacidade do indivíduo para manter as funções físicas e mentais necessárias para conservar sua autonomia e independência, sendo capaz de decidir e atuar em sua vida. Ela tem influencia direta na qualidade de vida do idoso. E a incapacidade funcional refere-se perda da capacidade para executar sozinho as tarefas do dia-a-dia, abrangendo as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (BERLEZI et al., 2016; BARBOSA et al., 2014).

Doenças crônicas constituem um fator de risco para incapacidade funcional de idosos. O comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes tanto para o idoso e sua família, quanto para o sistema de saúde, uma vez que, ocasiona maior vulnerabilidade e dependência e maior consumo dos serviços de saúde. Portanto, o cuidado do idoso precisa incorporar intervenções terapêuticas que possam minimizar os fatores que interferem na capacidade funcional, promovendo maior autonomia e qualidade de vida para esses pacientes (BARBOSA et al., 2014).

3.3.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Estudos realizados nos serviços de emergência dos Estados Unidos revelam que idosos tem maior taxa de admissão na emergência, se comparado a outras faixas etárias. Essa taxa tende a aumentar a medida que a população envelhece (SINHA et al., 2014; GRAY et al., 2013). No Brasil a realidade é semelhante, de acordo com dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS (2014), no ano de 2013, no Brasil, foram registrados quase nove milhões de internações hospitalares no SUS, em caráter de urgência, sendo que 23% corresponde a internação de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Além disso, os serviços de emergência caracterizam-se como principal acesso dos idosos ao atendimento à saúde, principalmente por problemas relacionados a depleção das reservas fisiológicas, ao declínio funcional e doenças crônicas agudizadas (GRAY et al., 2013). Os idosos são mais propensos a procurarem atendimento de emergência, e costumam ser admitidos no hospital duas vezes mais do que as demais faixas etárias. A heterogeneidade clínica destes pacientes constitui um desafio para os cuidados clínicos, os quais médicos e enfermeiros são responsáveis (SINHA et al., 2014).

O trauma e os agravos clínicos decorrentes das condições agudas e crônicas de saúde levam o idoso ao atendimento de urgência/emergência. (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). São apontadas como causas mais comuns de atendimento de urgência/emergência de idosos: traumas (acidentes de trânsito, queimaduras e quedas); doenças cardiovasculares (síncope, síndromes coronarianas agudas, insuficiência cardíaca descompensada e arritmias); doenças neurológicas (ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, crise convulsiva e delirium) e abdome agudo (FREITAS; PY, 2013) (BIF, 2011) (GRAY et al., 2013).

As lesões decorrentes do trauma são consideradas graves e requerem atenção imediata para evitar a perda de uma estrutura corporal ou evitar a morte. (FREITAS; PY, 2013). O trauma pode ser acidental, autoimposto ou ser um ato de violência dirigido ao idoso. Algumas alterações fisiológicas do envelhecimento também contribuem para ocorrência de trauma, como a redução da acuidade visual e auditiva, modificações na marcha e no equilíbrio e a redução da massa muscular, que podem levar ao maior risco de queda (FREITAS; PY, 2013).

Além dessas causas, que estão diretamente relacionadas a necessidade de atendimento médico, um outro fator que está associado com os padrões de uso dos serviços de emergência pelos idosos é o baixo uso de serviços de atenção primária, que é observado em outros países como na Irlanda. O serviço de emergência é utilizado como uma via para garantir o acesso ao tratamento terciário (GRAY et al., 2013).

As emergências clínicas no idoso são decorrentes da agudização e/ou exacerbação de uma doença crônica não transmissível, processos infecciosos ou pela polifarmácia (FREITAS; PY, 2013). A presença de comorbidades e limitação funcional provavelmente influenciará a maneira como as doenças agudas se

apresentam, portanto exige habilidade e rapidez no manejo destes pacientes. Além dessas causas, observa-se a alta prevalência de síndromes geriátricas entre os pacientes atendidos no setor de emergência, assim como fragilidade e alto grau de dependência, o que sugere a necessidade de equipes especializadas em cuidados geriátricos (GRAY et al, 2013).

Percebe-se que nessa população as doenças comuns se manifestam de forma atípica. Comorbidades podem confundir padrões de abordagem, incluindo a interpretação de diagnósticos e exames, a polifarmácia é comum, a depleção das reservas fisiológicas e a cognição alterada devem ser previstas; e o suporte social tradicional pode estar comprometido. Seus problemas são mais difíceis de serem diagnosticados com precisão. Isso ocorre, em parte, devido a lentidão no desenvolvimento de melhores práticas no cuidado do idoso. Conseqüentemente os idosos tendem a receberem alta dos setores de emergência com seus problemas não reconhecidos e não tratados (SINHA et al., 2014).

Outro aspecto que precisa ser considerado, pelos profissionais ao cuidar do idoso no setor de emergência, é o significado da hospitalização para esses pacientes. A necessidade de hospitalização, devido a uma situação de urgência, potencializa a angústia, o medo, a incerteza, gera ansiedade e provoca no idoso e na sua família a sensação de aproximação com a morte. Para minimizar esses sentimentos é importante o estabelecimento de uma relação de confiança entre equipe, paciente e família (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Um dos aspectos que preocupa os familiares dos idosos atendidos no setor de emergência é a ausência de local adequado para o cuidado desses pacientes. Geralmente as emergências são locais estressantes, com excesso de barulho e atividades, que acabam agravando ou provocando estado de confusão do paciente. Por isso seria ideal que os idosos fossem tratados em um ambiente separado no setor de emergência (MORPHET et al., 2015).

Durante a sua permanência no setor de emergência, os pacientes idosos requerem cuidados especiais. A deficiência cognitiva, incluindo o delírio, combinada com problemas de autocuidado e mobilidade reduzida, associam a um maior risco de queda e de lesão por pressão. Se o período de permanência for mais longo, como na maioria dos casos, serão necessários recursos de enfermagem para assegurar a observação contínua, cuidados adequados à pele para evitar lesões por pressão, hidratação adequada e higiene pessoal (GRAY et al, 2013).

Essa preocupação se faz necessária, uma vez que, o setor de emergência é cada vez mais utilizado pelos idosos em caso de adoecimento agudo ou da exacerbação de um problema crônico de saúde. Se faz necessário a presença de serviços que respondam em tempo hábil à gravidade de sua condição clínica e ao mesmo tempo considerem as alterações biológicas relativas à idade, as comorbidades e funcionalidade (CALDAS et al., 2015; LOWENSTEIN et al., 1986).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) determina a planta física das unidades de emergência hospitalares seja adequada para atender a necessidade do acolhimento, baseado na classificação de risco, favorecendo o atendimento individualizado e acolhedor tanto do paciente quanto dos familiares (SANTOS et al., 2016).

Devido às suas limitações funcionais, particularmente no que se refere à cognição e à comunicação, as pessoas idosas requerem um levantamento de informações mais detalhado, frequentemente dependente de evidências relatadas pelos membros da família ou cuidadores (GRAY et al., 2013). Os profissionais reconhecem a importância da família no âmbito do cuidado ao idoso, pois, tanto o idoso como sua família necessita de atenção especial das equipes de saúde, para que o cuidado oferecido seja de qualidade e humanizado (SANTOS et al., 2016). Nesse sentido é essencial que a planta física ofereça local adequado para a conversa com o familiar ou cuidador, que seja confortável e evite a exposição do paciente (GRAY et al., 2013).

Essa realidade se configura como um desafio para os gestores de saúde, no sentido de otimizar a provisão de recursos, tanto humanos, disponibilizando profissionais capacitados para atender estes pacientes perante as suas especificidades, quanto materiais e uma estrutura física que permita prestar uma assistência com qualidade, para uma população crescente de idosos, que cada vez mais recorrem a este serviço (CALDAS et al., 2015; CLIFT, 2012).

Os cuidados de emergência remetem a ações de resposta imediata às condições de saúde que põem em risco a vida de indivíduos. Essas ações podem ser promotoras de saúde, preventivas, curativas, de reabilitação ou paliativas (CALDAS et al., 2015). Se tratando do cuidado de enfermagem nas urgências e emergências, é essencial que o enfermeiro desenvolva a capacidade de raciocínio e tomada de decisões imediatas, em situações de estresse (BIF, 2011). Além disso, o cuidado do paciente em situação de urgência/emergência é complexo por se tratar

de pacientes que fazem uso da polifarmácia, grande parte deles apresentam algum déficit cognitivo, depressão e mobilidade física prejudicada (BIF, 2011).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro no serviço de emergência é essencial, e envolve especificidades e articulações indispensáveis à gerência do cuidado. Para alcançar o cuidado com alto padrão de qualidade requer aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares. A gestão do cuidado é uma representação expressiva no processo de trabalho do enfermeiro, que tem sua importância reconhecida não apenas pela complexidade e particularidades de ações no cuidar, mas, também, pelos recursos materiais e humanos mobilizados e a necessidade de interface com outros setores do hospital (BARRETO, 2015). Incorporar a gestão nos processos de trabalho no serviço de emergência é uma maneira de otimizar o cuidado.

Diante dessa realidade cabe ao enfermeiro, ao cuidar do paciente idoso, dispor de atenção especial às suas necessidades mais urgentes, porém não considerar somente o seu problema de saúde agudo, mas avaliar suas funções cognitivas e psíquicas, sua condição nutricional e social, sua capacidade funcional e o seu grau de autonomia e independência (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). Além disso, respeitar vontade do paciente e da família, promover conforto, privacidade, integralidade do cuidado, atuando em equipe com base nos preceitos da interdisciplinaridade (CALDAS et al., 2015).

É evidente que o idoso tem necessidades especiais e o cuidado deve ser aprimorado, com vistas a alcançar a integralidade (MORPHET et al., 2015). A integralidade do cuidado ao idoso permeia na articulação do saber e fazer de cada profissional e dos gestores. A escuta e o vínculo são destaques para o alcance da integralidade. Além disso, a maneira como os profissionais organizam e principalmente atuam no modelo de trabalho, é que determina o modo de se produzir saúde ao idoso (SANTOS et al., 2016).

A centralidade da gestão do cuidado é inerente ao trabalho do enfermeiro enquanto profissional responsável pela coordenação do conjunto de atividades necessárias para garantir a continuidade e a articulação do cuidado aos pacientes idosos no setor de emergência, tendo em vista a fragmentação das práticas (BESSE et al., 2014).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O referencial metodológico aborda noções fundamentadas em autores como Trentini e Paim (2004; 2014) referentes à Pesquisa Convergente Assistencial - PCA; Spradley (1980) a respeito da observação participante; Afonso (2010) que trata das oficinas de grupo na área da saúde; Lefèvre e Lefèvre (2003; 2012) concernente às análises qualitativas, noções estas que forneceram o suporte metodológico para o desenvolvimento da pesquisa.

4.1 A PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL - PCA

O referencial metodológico que sustenta este estudo é a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), desenvolvida por Trentini e Paim (2004), que tem como objetivo articular a pesquisa e a prática assistencial, por meio da aproximação direta com o problema estudado, propondo o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico, visando reduzir os problemas, construir inovações e mudanças no campo de prática assistencial de enfermagem, transformando a realidade (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Essa transformação se torna possível quando o pesquisador, imerso no ambiente em que o problema acontece, pode identificar e analisar os elementos que contribuem para sua existência e então, propor soluções e inovações para o aprimoramento do cuidado de enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004). Estas inovações podem ser direcionadas para o âmbito gerencial, processual, técnico, teórico, emocional e comportamental (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para Trentini, Paim e Silva (2014) é no campo da prática assistencial de enfermagem onde ocorrem os fenômenos a serem investigados, caracterizando-o como local propício para se pensar, desenvolver, aplicar e testar teorias. Assim, a inserção do pesquisador no campo tem como finalidade unir o saber-pensar ao saber-fazer, proporcionando a interação entre ele e os participantes do estudo, gerando variáveis subjetivas que conferem a este referencial metodológico uma abordagem qualitativa (TRENTINI; PAIM, 2004).

O pesquisador ao inserir-se no campo de investigação, estabelece-se uma estreita relação entre ele e o campo da prática assistencial estudada, possibilitando que o profissional de saúde desempenhe simultaneamente o papel de participante

da pesquisa, bem como se torna um potencial pesquisador ao trabalhar questões da sua prática cotidiana de forma crítica, o que é essencial para fortalecer a dimensão intelectual do trabalho que realiza (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). É por meio dessa dinâmica de desenvolvimento da pesquisa, que se encontram soluções para os problemas. Por isso, existe uma preocupação com o objeto de pesquisa, uma vez que o tema precisa surgir das necessidades dos profissionais e usuários do serviço de saúde (TRENTINI; PAIM, 2004).

Conforme Trentini, Paim e Silva (2014) a essência da PCA está na convergência dos processos de prática assistencial e da investigação científica, por meio do diálogo contínuo e do estabelecimento de uma relação de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho dos profissionais no seu campo de prática. Ao refletir e solucionar problemas reais e gerar melhorias para a prática assistencial, a pesquisa estará cumprindo o seu papel principal, que é a de produção e aplicação do conhecimento para melhorar a vida das pessoas.

Desta forma, a PCA afirma-se enquanto abordagem metodológica que “está orientada para o compromisso humanista do pesquisador em estudar e operar na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos no contexto da pesquisa” (TRENTINI; PAIM, SILVA, 2014, p.21).

A construção da PCA compreende quatro fases: concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação, que são descritas a seguir.

4.1.1 Fase de concepção

A primeira fase da PCA consiste na concepção do problema de pesquisa. Nesta fase o pesquisador responde as seguintes questões: o que pesquisar? Quais conhecimentos eu quero construir? Quais mudanças são necessárias para melhorar a assistência? O tema deve surgir do seu cotidiano de prática profissional (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Desta forma, nesta primeira fase é definido qual tema que será estudado, o melhor local para investigar o tema proposto, quem serão os participantes do estudo e quais inovações são necessárias. Nesta fase, a revisão de literatura é importante para apoiar e fundamentar teoricamente a construção dos elementos que compõem o problema de pesquisa e definir quais aspectos do problema devem ser estudados.

4.1.2 Fase de instrumentalização

A segunda fase, a instrumentalização, corresponde à definição do método e técnicas a serem utilizadas para realização da pesquisa. Trata-se do momento em que são pensados os detalhes de como realizar a pesquisa, uma delimitação clara de qual será o espaço físico, em que local ocorrerá a coleta de dados, qual será a amostra e quais serão os instrumentos e técnicas de coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA tem como princípio envolver os atores sociais na elaboração e desenvolvimento da pesquisa, considerando que o pesquisador poderá iniciar um processo de mudança em um espaço de trabalho coletivo somente se os participantes se comprometem com o projeto. Portanto, a escolha e envolvimento da amostra no desenvolvimento da pesquisa e na construção de uma proposta de mudança são fundamentais para sua concretização (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Outro aspecto importante da segunda fase é a escolha dos instrumentos e técnica de coleta de dados. Entre os métodos de coleta de dados que a PCA contempla estão a entrevista, observação e discussão em grupo. Estes métodos vão ao encontro dos objetivos da pesquisa qualitativa, que busca abstrair a subjetividade do problema permitindo sua compreensão como um todo (TRENTINI; PAIM, 2004).

4.1.3 Fase de perscrutação

A fase de perscrutação está entrelaçada nas fases de instrumentação e análise. Conforme Trentini, Paim e Silva (2014, p.46) “perscrutação se caracteriza como uma procura de modo minucioso e profundo de condições para mudanças em todo o contexto da investigação”. Portanto durante a inserção do pesquisador no campo estudado ele irá se apropriar da realidade e buscar informações que poderão contribuir para construção de um processo de mudança.

4.1.4 Fase de análise e interpretação

A última fase da PCA compreende a análise e interpretação dos dados. Esta fase possui quatro etapas: apreensão, síntese, teorização e transferência. Na

etapa de apreensão o pesquisador inicia a coleta de informações, que deve ser realizada conforme o tipo de informação, seguindo a ordem cronológica dos registros obtidos na coleta de dados. O objetivo é apreender o sentido das informações coletadas e descrever o fenômeno em estudo. Esse processo pode ser realizado por meio de codificação e/ou categorização dos dados, que significa agrupá-los por similaridade, o que permite ao pesquisador perceber quais categorias traz pouca informação, indicando a necessidade de voltar a campo para buscá-las, a fim de atingir a saturação dos dados, porque é pela análise minuciosa de uma categoria saturada que será possível identificar características dos fenômenos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A etapa de síntese consiste em reunir as categorias e uniformizar as informações concretas ou abstratas, tornando-as coerentes. Trata-se de sintetizar as informações obtidas nas categorias e identificar padrões que elucidam o fenômeno investigado. O processo de teorização consiste em identificar, definir e construir relações entre os constructos. “Teorizar é um processo que envolve construções, desconstruções e reconstruções de formulações teórico-conceituais para chegar a um esquema que possa descrever e explicar fenômenos reais” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.57).

A etapa de transferência refere-se à contextualização dos resultados, de maneira que permita a sua aplicação na prática assistencial e modifique a realidade. É fundamental que os processos e protocolos institucionais estejam em concordância com o conhecimento que se pretende transferir para prática, sendo essencial o uso de uma linguagem acessível para equipe e usuários do serviço (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) é uma pesquisa de campo, e como tal agrega a observação participante como técnica para obtenção de dados. Esta técnica permite ao pesquisador adentrar no mundo da prática assistencial de enfermagem, acompanhar as relações que se estabelecem entre profissionais e população atendida, vivenciar a rotina de trabalho, os conflitos e as singularidades que permeiam o cotidiano do cuidar (WILLIG, 2004; TRENTINI; PAIM; 2004).

Segundo Spradley (1980) o pesquisador, ao realizar a observação participante, entra em uma situação social com o objetivo de incorporar as atividades realizadas pelos sujeitos, observar e anotar os aspectos que envolvem a realização das tarefas, e as relações que permeiam os atores envolvidos. Conforme Spradley (1980, p.58), a observação participante "é chamada de participante porque parte do princípio de que o pesquisador tem sempre um grau de interação com a situação estudada, afetando-a e sendo afetado por ela". As relações com o grupo pesquisado e a coleta de informações são facilitadas quando o pesquisador se insere ao grupo e participa das atividades, sendo visto como parte do cenário, o que permite a coleta de informações mais precisas.

A observação participante é constituída por momentos decisivos, o primeiro é a entrada do pesquisador no campo, a forma como este momento ocorre impacta na maneira como os participantes irão se comportar durante a pesquisa, assim como na qualidade dos dados coletados. O segundo momento é entendido como a definição do "papel do pesquisador" no interior do grupo em que ele está se inserindo, impactando na criação do vínculo. O terceiro momento crucial é a "saída do campo", pois os vínculos formados durante o desenvolvimento do estudo não se desfazem automaticamente com a finalização da pesquisa (MINAYO, 2000).

A intensidade da participação do pesquisador pode variar dependendo do tipo e da qualidade de informações que ele queira levantar no contexto do estudo. Desta forma, a observação pode ser realizada com diferentes graus de envolvimento, o pesquisador pode assumir uma postura passiva, em que apenas observa e não participa das atividades e nem se envolve com as pessoas, ou ele pode assumir uma postura ativa participando do cotidiano de trabalho investigado e se relacionando com os atores envolvidos.

Spradley (1980) aponta que durante a observação participante o pesquisador torna-se um dos atores do campo da assistência, influenciando e sendo influenciado pelas relações estabelecidas. A observação participante pode ser classificada de acordo com o nível de interação do observador com o campo. Esse mesmo autor estabelece cinco tipos de participação do pesquisador de acordo com seu grau de envolvimento com o campo estudado a saber:

- Participação completa: o pesquisador é visto como um participante comum, pois já está familiarizado com o contexto social da pesquisa e se configura como o mais alto grau de envolvimento participativo.

- Participação ativa: o pesquisador inicialmente apenas observa, conforme ele vai aprendendo o trabalho realizado passa a participar e executar as tarefas que os outros realizam, incorporando o comportamento do grupo.
- Participação moderada: o pesquisador busca um equilíbrio entre a participação e a observação, em determinadas tarefas ele apenas observa, em outras ele participa da execução, ocorre uma moderação pertencer ou não ao grupo.
- Participação passiva: o pesquisador está presente na ação, mas não participa ou interage com outras pessoas, ele apenas examina e toma nota dos acontecimentos ao seu redor.
- Não-Participação: o observador não tem envolvimento com as pessoas ou atividades observadas, mas é possível coletar dados somente pela observação, sendo esta, em algumas situações de pesquisa, a única saída quando o campo não permite nenhuma participação, ou por outro lado, pode ser uma estratégia quando o pesquisador não possui desenvoltura necessária e deseja evitar envolvimento.

Para este estudo optou-se por realizar a participação completa, em que o pesquisador está familiarizado com o contexto social da pesquisa e tem alto grau de envolvimento. Por meio da observação participante foi possível caracterizar o local de estudo, descrever como o processo de trabalho acontece e elencar as ações de cuidado realizadas pelos enfermeiros.

4.3 OFICINA DE GRUPO OPERATIVO

A fundamentação da oficina se apoia na articulação de ideias em uma proposta de intervenção psicossocial que abrange três dimensões: psicossocial; psicodinâmica e a educativa.

A dimensão psicossocial ocupa-se em compreender o que é um grupo e qual sua importância social. Para essa dimensão, o grupo é um conjunto das relações estabelecidas entre seus membros, tratar-se de um espaço de interação entre os indivíduos dentro de um contexto, e por isso é visto como instrumento de mudança de ideias, atitudes e práticas. Essa compreensão parte do pressuposto que as mudanças sociais precisam estar enraizadas nas relações de grupo, que são

a base da sociedade, assim a mudança que os grupos trazem tem impacto na cultura (AFONSO, 2010).

A mudança cultural envolve fatores objetivos e subjetivos, sendo os grupos o instrumento ideal para se trabalhar com essa mistura, uma vez que neles, além do processo reflexivo existem os laços afetivos, que acolhem e apoiam os indivíduos em seu processo de transformação. Por outro lado, o processo de mudança cultural pode gerar dificuldade e resistências, uma vez que os grupos funcionam como campo de forças, onde existem forças de integração e de dispersão. Portanto é natural a existência de conflitos e competitividade, envolvendo os diferentes pontos de vista e de interesse dos membros. O importante é trabalhar com as diferenças, buscar o equilíbrio dinâmico dessas forças e criar um espaço democrático de discussão de ideias (AFONSO, 2010).

Esses aspectos estão ligados a maneira como a dinâmica de funcionamento do grupo é estabelecida, sendo este um elemento da dimensão psicodinâmica. O funcionamento democrático do grupo vai depender da inter-relação entre três fatores: a figura do líder, a organização do grupo e o contexto em que o grupo se insere. O papel do líder é ajudar o grupo a percorrer o caminho de reflexão, ou seja, acompanhar, incentivar, mobilizar, interpretar, facilitar, para isso deve-se permitir a participação de todos. Os melhores líderes são aqueles que conseguem ter um relacionamento democrático com o grupo, respeitando o processo e incentivando seu crescimento (AFONSO, 2010).

Outro fator importante para o trabalho em grupo diz respeito ao objetivo do grupo, por que ele foi criado, quais tarefas precisa desenvolver. Para cumprir a sua tarefa o grupo tem que ser capaz de lidar com a subjetividade, precisa vencer as dificuldades de relacionamento, insegurança, ansiedade, frustração e comunicação. Para ser operativo não basta que o grupo tenha um objetivo, ou que funcione como um grupo de trabalho. É preciso que haja um equilíbrio entre os objetivos e relações internas, permeadas pelo fortalecimento do vínculo entre os participantes. Para isso, ele precisa ser dinâmico, existir interação e comunicação para promover o pensamento e a criatividade; ser reflexivo e ser democrático, criar suas próprias ações e pensamentos. É preciso que o grupo venha a compreender melhor suas, representações, crenças, valores, atitudes e práticas, ou seja, suas formas de pensar, sentir e agir.

Segundo Afonso (2010) existe uma relação dialética entre os desejos e crenças individuais e o que o grupo almeja. Nesse sentido, procura-se a integração de duas dimensões: a verticalidade, que se refere a história de cada participante, e a horizontalidade, que se refere ao campo grupal, que vai sendo modificado pela ação e interação dos membros. Ou seja, no grupo abre espaço para troca de experiências e reflexão sobre a história de vida dos seus membros, assim gera a oportunidade de trabalhar seus medos e conflitos pessoais que interferem diretamente do grupo.

O processo grupal pode ser dividido em fases: 1) formação inicial, com seus medos e desejos; 2) o aparecimento de conflitos provocados pela diferença de interesses e pontos de vista; 3) o processo de normatização que visa regular esses conflitos e estabelecer acordos, em torno de objetivos comuns; 4) luto, sentimento de perda pelo fim do grupo. O coordenador tem papel de ajudar o grupo a entender seu processo, facilitar sua elaboração e a passagem para outro momento. Afonso (2010) aponta seis vetores do processo grupal, são como funções que o grupo vive em seu processo:

QUADRO 1 – VETORES DO PROCESSO GRUPAL. CURITIBA, 2017

VETOR	DESCRIÇÃO
Afiliação e Pertencimento	Evidenciar o grau de identificação dos membros do grupo entre si e com a tarefa.
Cooperação	Agir em acordo mútuo por meio do desempenho de diferentes papéis e funções.
Comunicação	Considerar as redes de comunicação no grupo e buscar a comunicação franca.
Aprendizagem	Desenvolver a capacidade de criar alternativas e ir além do aspecto meramente cognitivo da informação para compreendê-la no contexto da experiência.
Tele	Caracterizar a disposição positiva ou negativa dos membros entre si, para agir em conjunto.
Pertinência	Identificar a apodutividade do grupo, a capacidade de centrar-se em seus objetivos, de forma coerente com seus outros processos.

FONTE: Adptado de AFONSO (2010).

A dimensão educativa na oficina de grupo operativo compreende a aprendizagem propiciada pela problematização, na qual o sujeito aprende a questionar o mundo e a si mesmo, buscando uma nova linguagem e compreensão.

A oficina deve ser um trabalho aceito pelo grupo, nunca imposto. Assim deve-se responder a seguinte pergunta: para quem e para que a oficina será realizada? Para propor um tema de oficina, os profissionais da saúde precisam constatar a existência de uma necessidade de saúde que julgam poder ser atendida

por meio do trabalho com grupos, levando em consideração o contexto sociocultural do grupo, assim como condições institucionais para realizá-las. As necessidades trabalhadas nas oficinas são ao mesmo tempo individuais e coletivas. Coletivas porque a oficina está se constituindo em resposta a um problema de saúde coletivo. Individuais, porque serão enfocadas as necessidades dos participantes como pessoas únicas em sua subjetividade.

O quadro 2 apresenta as fases de elaboração da oficina segundo Afonso (2010).

QUADRO 2 – FASES DA ELABORAÇÃO DA OFICINA. CURITIBA, 2017

FASE	DESCRIÇÃO
Pré-análise	Inclui o levantamento de dados e aspectos importantes da questão de saúde que será trabalhada na oficina;
Foco	O tema geral da oficina é o foco em torno do qual o trabalho será impulsionado, é importante que ele seja bem definido para que os coordenadores possam conduzir a oficina de maneira equilibrada em seus vários momentos;
Temas Geradores	São temas que mobilizam o grupo porque se relacionam à experiência, é essencial que os temas tenham relação com o cotidiano do grupo. Servem de motivação para em torno deles serem levantadas questões e informações;
Enquadre	É a preparação da estrutura do trabalho, definir o número e quem serão os participantes, local, recursos disponíveis, número de encontros. Ele serve para organizar, pensando-se em facilitar a interação dos participantes, a troca de experiências;
Planejamento flexível	O coordenador se prepara para ação, antecipa temas e estratégias, como forma de se qualificar para condução da oficina. Entretanto precisa estar preparado para acompanhar o grupo em seu processo, o que pode levar a mudanças no plano inicial, visando alcançar os objetivos.

FONTE: Adaptado de AFONSO (2010).

O número e tempo de duração das oficinas dependem do seu foco e condições de realização. Cada encontro deve ser estruturado em três momentos: A) Momento inicial, que prepara o grupo para o trabalho (relaxamento, aquecimento, conversa); B) Momento intermediário, com maior duração, no qual o grupo se envolve em atividades, visando a reflexão e elaboração do tema trabalhado; C) Momento de sistematização e avaliação do trabalho do dia. Permite que o grupo visualize melhor sua produção como grupo de trabalho, acompanhando o desenvolvimento de sua reflexão, ajudando a tomar decisões sobre os próximos encontros.

Se faz necessário, introduzir um tema pela via da sensibilização e da experiência. Bem como, procurar suscitar o assunto no grupo, colher depoimentos

e opiniões, para depois entrar com informação sobre o tema. A informação será sempre articulada com a experiência, as representações, sentimentos e dúvidas dos participantes.

4.4 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Neste estudo, a técnica utilizada para análise dos dados foi o "Discurso do Sujeito Coletivo" (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003, p.15) que a definem como sendo: "uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, dentre outros".

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003) o DSC refere-se às abstrações individuais acerca de uma realidade construída socialmente, influenciada pela cultura e pelas condições de produção da vida material, retrata o pensamento da coletividade em um determinado período histórico. Tem como objeto o pensamento de coletividades, permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando o universo das diferenças e semelhanças entre as visões dos atores sociais ou sujeitos coletivos.

A proposta do DSC é fazer o pensamento coletivo falar indiretamente. Isso implica instituir um sujeito capaz de incorporar nele o discurso do pensamento coletivo. Busca entender a fala direta para a dimensão subjetiva das representações sociais. O modo de ver um determinado problema é sempre a resultante complexa a atribuição de sentido a tal problema por um conjunto de atores sociais ou sujeitos coletivos (LEFÈVRE; LEVÈFRE, 2012).

Esta técnica consiste em analisar as informações verbais coletadas, retirando-se as ideias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões chave; com as expressões chave das ideias centrais ou ancoragens semelhantes compõem-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular.

O DSC permite mostrar que há sempre diferentes tipos ou categorias de pensamento coletivo entre as populações envolvidas com um determinado tema. Diferentes indivíduos pensam de maneira semelhante. O DSC, adotando procedimento de base indutiva sobre um conjunto de depoimentos individuais, permite identificar e reconstruir semelhanças, bem como dar diferente nomes a esses diferentes conjuntos de depoimentos de sentido semelhante (LEFÈVRE; LEVÈFRE, 2012).

Para Lefèvre e Lefèvre (2003, p.14), "quando se investiga algo que as pessoas efetivamente têm, esse algo já está completamente dado antes da pesquisa, enquanto que, quando se trata de pesquisa acerca daquilo que as pessoas professam, a variável existe de modo apenas virtual necessitando ser construída durante ou através do próprio processo de investigação".

Para o desenvolvimento desta estratégia são utilizadas quatro figuras metodológicas: Expressões Chave, Ideias Centrais, Ancoragem e Discurso do Sujeito Coletivo, descritas por Lefèvre e Lefèvre (2003):

Expressões chave (ECH)

São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, e que revelam a essência do depoimento, constituem matéria-prima para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo. São concretas, expressivas, descritivas e literárias.

Ideias centrais (IC)

É um nome, ou expressão linguística que descreve, de forma sintetizada e precisa, cada um dos discursos analisados e cada conjunto homogêneo de expressões-chave. As IC são abstratas, conceituais e sintéticas, são o que o entrevistado quis dizer.

Ancoragem (AC)

Algumas expressões-chave remetem não apenas a uma ideia central correspondente, mas a uma afirmação que é denominada Ancoragem (AC), que é a expressão de uma teoria ou ideologia que o sujeito professa em seu discurso, como se fosse uma afirmação qualquer, usa uma afirmação genérica para enquadrar uma situação particular. Nem sempre as ancoragens estão presentes nos discursos analisados.

Discurso do Sujeito coletivo (DSC)

É um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem.

Lefèvre e Lefèvre (2003, p.16), afirmam que: O sujeito coletivo se expressa, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de "primeira pessoa (coletiva) do singular". Trata-se de um "eu" sintático que, ao mesmo tempo que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que este "eu" fala pela ou em nome de uma coletividade.

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, os autores recomendam que, para a tabulação dos dados coletados, o pesquisador siga rigorosamente os seguintes passos:

- a) Analisar cada questão isoladamente.
- b) Identificar e destacar em cada uma das respostas as ECH das ideias centrais.
- c) Identificar as ideias centrais a partir das expressões-chave.
- d) Identificar e agrupar as ideias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar.
- e) Criar uma ideia central que expresse todas as ideias do mesmo sentido.
- f) Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, deve-se aplicar alguns critérios: a coerência do discurso, o posicionamento próprio frente ao tema e a distinção entre a diferença e a complementaridade do DSC e a chamada "artificialidade natural".

Os diferentes modos de pensar são diferentes tipos de discurso. Cada DSC é um tipo de discurso, porque reúne diferentes depoimentos de sentido semelhante. No DSC as ideias semelhantes presentes em diferentes depoimentos são agrupadas em categorias comuns de sentido, assim para o adequado estabelecimento e denominação de tais categorias é preciso ir do geral para o particular, ou seja, é preciso ir até o fim dos depoimentos, porque apenas assim é possível ter uma visão global das ideias presentes, que é uma condição necessária para o adequado estabelecimento das categorias e para inserção de cada depoimento na sua categoria correspondente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A trajetória metodológica desenvolvida nesta pesquisa compreende: o tipo de estudo, o cenário e os participantes do estudo, os métodos e técnicas para a coleta de dados, os registros e as análises dos resultados obtidos, que são respectivamente descritos a seguir.

5.1 O TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, ancorada na concepção metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial, proposta por Trentini e Paim (2014), sendo sua principal característica a convergência com a prática assistencial. A pesquisa de abordagem qualitativa objetiva a análise e interpretação de fatores relacionados ao modo de agir e reagir humano em resposta ao contexto em que se insere, por meio da coleta e análise de dados detalhada sobre hábitos, costumes, atitudes, tendências de comportamento (LAKATOS; MARCONI, 2008).

5.2 O CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo compreendeu o setor de emergência de hospital público, com atendimento exclusivo pelo SUS, situado na Cidade de Curitiba, Paraná. Foi escolhido como local para coleta de dados o setor de emergência, por compreender-se que é na admissão do paciente que se deve iniciar o planejamento do cuidado.

Trata-se do único hospital brasileiro criado, até o presente momento, para o atendimento de pacientes idosos. No entanto, observa-se no país outras iniciativas de atendimento hospitalar voltado para a população acima de 60 anos, como por exemplo a criação do “Selo Hospital Amigo do Idoso” pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) em maio de 2012, que tem como objetivo incentivar e apoiar as boas práticas no atendimento da população idosa, entre elas a qualificação em geriatria e gerontologia dos hospitais, em consonância à Política de Envelhecimento ativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) lançada em 2002.

O local de estudo corresponde a uma instituição especializada no atendimento de pacientes idosos, que tem como prioridade atender com qualidade os casos agudos e condições crônicas mais frequentes no idoso. Esta unidade hospitalar surgiu com o intuito de ampliar o acesso dessa população a leitos clínicos, de terapia intensiva, bem como a exames e procedimentos com demanda reprimida, tendo em vista o crescimento da população de idosos em Curitiba.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBEG) no ano de 2010 a população de idosos no Brasil correspondia a 20.590.599 habitantes, que representavam 10,8% da população. Neste mesmo ano, na cidade de Curitiba os idosos representavam 11,3% da sua população, estando acima da média nacional (IBGE, 2010).

Para atender a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que foi aprovada em outubro de 2006, pela portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e simultaneamente à crescente demanda de leitos hospitalares por parte da população idosa em Curitiba, foi elaborado o projeto de construção de uma unidade hospitalar especializada no atendimento dessa população. Sua construção iniciou no ano de 2009 e foi inaugurado no dia 29 de março de 2012, com a missão de prestar cuidado integral e multiprofissional com ênfase na saúde do idoso.

Atualmente a instituição dispõem de 131 leitos, desses 20 correspondem a leitos de UTI, três leitos na sala de emergência, seis leitos de observação e os demais distribuídos nas unidades de internação clínica e cirúrgica. A estrutura hospitalar é constituída por centro de imagem, farmácia, emergência referenciada, centro de terapia intensiva, centro cirúrgico, unidades de internação clínica e cirúrgica, central de laudos, ambulatórios, serviço de hemoterapia, serviço de nutrição e dietética, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço de psicologia, odontologia, fonoaudiologia e serviço social.

Em relação ao perfil dos idosos atendidos no local de estudo, no ano de 2015 foram realizados 1644 atendimentos de pacientes idosos no setor de emergência, desses 58% eram do sexo feminino, 42% do sexo masculino. A média de idade foi de 79 anos, sendo que a maior idade encontrada foi 104 anos. Considerando o aumento da expectativa de vida no Brasil, espera-se que mais pessoas cheguem à velhice avançada. Em relação ao estado civil, a maioria dos idosos atendidos eram viúvo (43,5%), e no que diz respeito à escolaridade a maioria (57%) não havia concluído o ensino fundamental (ANDRADE, et al. 2017).

No que diz respeito ao perfil clínico dos idosos admitidos no setor de emergência, a grande maioria foi atendida por motivo clínico (91,7%) enquanto pequena parcela de pacientes necessitava de tratamento cirúrgico (8,3%). Os principais diagnósticos que levaram os idosos a procurarem por atendimento foram quadros infecciosos, principalmente pneumonia e ITU, a insuficiência cardíaca e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) (ANDRADE, et al. 2017).

No que diz respeito as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), entre os pacientes atendidos no ano de 2015 no setor de emergência, foram identificadas 28 patologias diferentes, associadas ou não a hábitos de vida, como tabagismo e etilismo. Dentre as elas as seis com maior taxa de prevalência foram o AVE, representado 21,29%, seguido da Insuficiência Cardíaca (IC) (20,19%), em terceiro, quarto e a quinto lugar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (16%), Dislipidemia (12,9%) e o Hipotireoidismo (10,52%). Em sexto lugar está a Doença de Alzheimer, com um total de 10,10% pacientes (NUNES, et al. 2017).

As DCNTs elencadas estão relacionadas com os hábitos de vida da população, como o tabagismo, etilismo, sedentarismo. Além disso, elas são em grande parte consequência de patologias de base como hipertensão e diabetes que não foram tratadas de forma adequada, o que poderia ter evitado as complicações listadas, como por exemplo, o AVE (LOPES, et al, 2014).

As DCNTs têm grande impacto no sistema de saúde, principalmente em relação aos custos do tratamento. A população idosa corresponde ao grupo responsável por uma parcela significativa das despesas do sistema de saúde, demandando prolongados internamentos hospitalares, recuperação mais lenta, maior frequência de reinternações, invalidez, necessidade de disponibilização de pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames de maior complexidade (LOPES, et al, 2014). Esses dados remetem aos encontrados em diversos estudos internacionais que apontam a necessidade de uma atenção especializada ao cuidado das doenças crônicas na população idosa visando adequada disponibilização de recursos para o tratamento e a prevenção de complicações (ARBAJE, et al., 2015).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os enfermeiros que atuam no setor de emergência e coordenadores dos demais setores do hospital. Os representantes das demais áreas foram convidados a participar da oficina, em virtude do processo de admissão na emergência impactar na continuidade do cuidado do paciente, quando este é transferido para outro setor.

O quadro de enfermeiros do setor de emergência é constituído por sete profissionais, sendo seis enfermeiros assistenciais e uma coordenadora, responsáveis por quatro turnos de trabalho (turno da manhã, turno da tarde, turno noite 1, turno noite 2). Conforme proposto por Trentini e Paim (2014), a amostra do estudo deve incluir pessoas envolvidas com o problema investigado, permitindo a obtenção de informações abrangentes acerca do objeto de estudo.

Uma pesquisa que utiliza o DSC pretende obter todo o espectro de opiniões possíveis sobre o problema pesquisado na população estudada, sendo fundamental que a seleção dos sujeitos possibilite que as diferentes opiniões surjam no universo da entrevista (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2012).

Assim, definiu-se que a amostra seria formada por todos os enfermeiros que atuam no setor de emergência e enfermeiros coordenadores dos demais setores, que demonstrasse interesse em participar deste estudo e estivesse em pleno vigor de suas atribuições, uma vez que, são eles os atores responsáveis pelo planejamento do cuidado do idoso. Os critérios de exclusão da pesquisa foram os participantes que manifestassem o desejo de interromper a pesquisa.

Desta forma, a amostra do estudo foi composta por sete enfermeiros do setor de emergência e quatro enfermeiros coordenadores dos demais setores, totalizando 11 participantes. Participaram das entrevistas os sete enfermeiros da emergência e na oficina de grupo operativo cinco enfermeiros da emergência e os quatro coordenadores.

5.4 A ABORDAGEM DO CAMPO E DOS PARTICIPANTES

A abordagem do campo começou em meados de agosto de 2015, quando a mestranda/pesquisadora iniciou a disciplina de Metodologia de Pesquisa do Mestrado Profissional em Enfermagem. A proposta era elaborar um projeto de

pesquisa que fosse desenvolvido no seu campo de atuação, que tivesse relevância e construísse algo para melhorar o serviço. Desta forma, para a construção do projeto de pesquisa houve um diálogo com os colegas enfermeiros, para troca de opiniões sobre o trabalho realizado no setor de emergência e os problemas enfrentados diariamente.

A inexistência de padronização dos cuidados de admissão do idoso surgiu como um dos problemas mais relevantes, era consenso a necessidade de sistematizar e padronizar o processo de admissão, com base em requisitos específicos para o atendimento do idoso, considerando que este é o principal processo realizado pela equipe.

O projeto de pesquisa foi elaborado e após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ocorreu a inserção da pesquisadora no campo, com um olhar direcionado aos objetivos do estudo. O diálogo com a equipe de enfermagem ocorreu de forma natural, pelo fato da mesma atuar no campo de pesquisa como enfermeira assistencial e vivenciar com eles as angústias do dia a dia de trabalho.

Para a socialização formal da proposta do estudo, em junho de 2016, a pesquisadora conversou inicialmente com enfermeira coordenadora do setor de emergência com a finalidade de apresentar os objetivos do estudo e a trajetória a ser desenvolvida envolvendo o grupo de enfermeiros. Posteriormente conversou com os enfermeiros individualmente, nesse momento foi apresentado a proposta de estudo, os objetivos, e realizado o convite para participar do estudo. Mediante o aceite em participar do estudo, foram agendadas as entrevistas conforme a disponibilidade do participante sendo elaborado um cronograma de entrevistas.

Após a conclusão das entrevistas, a pesquisadora dialogou novamente com os enfermeiros da emergência a fim de elaborar um cronograma para realização das oficinas de grupo, conforme a disponibilidade dos mesmos. Também foram convidados a participar das oficinas os enfermeiros coordenadores dos demais setores da instituição, considerando que a opinião desses gestores poderia enriquecer a discussão sobre o tema e contribuir para elaboração do protocolo. Tendo em vista que o atendimento do idoso realizado na emergência impacta em seus processos de cuidado subsequentes, a partir do momento que eles recebem esses pacientes que são provenientes da emergência e precisam dar continuidade ao cuidado.

5.5 A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS

A Pesquisa Convergente Assistencial permite a utilização de diferentes técnicas para a obtenção de informações, desde que sejam pertinentes ao desenvolvimento do estudo. Considerando a complexidade do problema investigado e os objetivos que se pretendia alcançar, optou-se por utilizar os três métodos de obtenção de informações: a observação participante, as entrevistas e a oficina de grupo operativo.

5.5.1 A observação participante

Para a inserção do pesquisador no campo de estudo, conforme requer a PCA, utilizou-se como técnica de levantamento de dados a Observação Participante proposta por Spradley (1980), na qual ocorre o envolvimento do pesquisador nas atividades cotidianas no campo investigado, apreendendo e experimentando no espaço social da pesquisa.

Com o objetivo de caracterizar o local do estudo, descrever o processo de trabalho e identificar as ações de cuidado realizadas pelos enfermeiros optou-se pela Observação Participante Completa, que segundo Spradley (1980) permite ao pesquisador ser visto como um participante comum das atividades realizadas no campo investigado, pois já está familiarizado com o contexto social da pesquisa e se configura como o mais alto grau de envolvimento participativo.

A observação participante ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2016, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Para direcionar a observação foi estabelecido os seguintes itens a serem observados: passagem de plantão, rotinas administrativas, rotinas de cuidado direto ao paciente, admissão do paciente, encaminhamento de paciente para exames e transferência do paciente de setor.

5.5.2 As entrevistas

Na Pesquisa Convergente Assistencial, a entrevista não se restringe a uma simples técnica de coleta de dados para o estudo, mas vai além, ampliando os horizontes de delimitação pelas implicações inerentes ao cuidado do paciente. Para Lefevre e Lefevre (2012), a matéria-prima das pesquisas qualitativas são os

depoimentos individuais que após serem submetidos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) obtém-se os depoimentos coletivos, para isso o pesquisador deve empenhar-se para elaborar perguntas que auxiliem a sua produção.

O discurso é a expressão verbalizada, por meio da qual o entrevistado expressa pensamentos, sentimentos e aspirações. Deste modo, com o objetivo de analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado do idoso na emergência utilizou-se a entrevista individual (APÊNDICE A). Participaram das entrevistas os enfermeiros que atuam no setor de emergência.

Inicialmente, realizou-se uma entrevista piloto com o objetivo de validar o instrumento, construído para este fim, e efetuar possíveis alterações, o que não foi necessário, uma vez que as perguntas formuladas se mostraram pertinentes e suficientes para o desenvolvimento do trabalho. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho, obedecendo ao cronograma estabelecido juntamente com cada um dos enfermeiros. As entrevistas foram realizadas no período de junho a agosto de 2016.

Foi reservado um espaço adequado que permitiu a realização das entrevistas num ambiente de privacidade, envolvendo apenas o pesquisador e o pesquisado. Precedendo os questionamentos, eram apresentados os objetivos e as etapas do trabalho, a seguir os aspectos éticos a serem seguidos no transcorrer do estudo e solicitado ao participante a autorização para gravar a entrevista. As entrevistas tiveram uma duração média de 20 minutos, foram gravadas, utilizando-se gravador de voz, arquivadas numa pasta criada no computador e posteriormente transcritas na íntegra, para análise. Para preservar a identidade dos participantes, foram estabelecidos os seguintes códigos: **Enf1, Enf2; Enf3; Enf4; Enf5; Enf6 e Enf7**, que foram utilizados na tabulação dos discursos professados individualmente pelos enfermeiros, mantendo esta ordem em todo o processo de organização e análise das informações apresentadas no Discurso do Sujeito Coletivo.

5.5.3 Oficina de grupo operativo

A oficina foi proposta com o objetivo de refletir a respeito de como os enfermeiros percebem e realizam a gestão do cuidado do idoso, bem como, discutir e elaborar um protocolo de cuidado específico para esses pacientes. Para condução

da oficina partiu-se dos seguintes pressupostos sobre o cuidado de enfermagem ao idoso:

- O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e irreversível;
- Necessidade de implementação de estratégias de cuidado específicas ao idoso;
- Importância do aprimoramento da gestão do cuidado que deve ser direcionado para estes pacientes;
- O cuidado de enfermagem ao idoso em situação de emergência deve envolver a família e o paciente assim como identificar as reais necessidades do idoso.

A operacionalização da oficina seguiu a proposta de Afonso (2010), que estabelece um encadeamento de momentos com temas predeterminados, desenvolvidos a partir de uma sequência de ações: estruturado em três momentos: momento inicial, preparação do grupo para o trabalho; momento intermediário, no qual o grupo se envolve em atividades, visando a reflexão e elaboração do tema trabalhado e momento de sistematização e avaliação do trabalho do dia. Permite que o grupo visualizar melhor sua produção como grupo de trabalho, acompanhando o desenvolvimento de sua reflexão.

A pesquisadora participou da oficina realizando o papel de coordenador, procurando estabelecer um ambiente favorável de relacionamento e propício ao desenvolvimento das discussões. Segundo Afonso (2010) no grupo operativo o coordenar tem papel de ajudar o grupo a entender o processo de discussão e reflexão que se constrói por meio do grupo, facilitar sua elaboração e a passagem para cada momento. Além disso, ele é visto como um co-pensador do grupo, ele pensa junto, ao mesmo tempo em que facilita os processos de reflexão.

A oficina foi construída a partir dos dados obtidos nas entrevistas e observação participante. Após estabelecer os temas, foi enviado um convite prévio aos enfermeiros, participantes do estudo, ressaltando a importância da participação de cada um deles. A instituição disponibilizou como espaço para a realização da oficina a sala de aula, anexa ao auditório, a qual oferecia condições ideais para reunir o grupo de enfermeiros, sendo um ambiente amplo e arejado, que continha os recursos audiovisuais necessários (*flip-charter*, tela e projetor). A oficina foi estruturada em três momentos:

QUADRO 3 – OPERACIONALIZAÇÃO DA OFICINA DE GRUPO OPERATIVO. CURITIBA, 2017

MOMENTO	TEMA	OPERACIONALIZAÇÃO
1 - Diagnóstico da Realidade	Como realizamos a gestão do cuidado do idoso?	Neste primeiro momento foi apresentado o projeto de pesquisa, o tema estudado, sua relevância e justificativa, os objetivos e a metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa, esclarecendo cada uma das etapas. Em seguida foram divulgados os resultados obtidos nas duas primeiras fases de coleta de dados, que foram as entrevistas e a observação participante. Para finalizar a oficina foi proposto um momento de reflexão e discussão sobre os resultados relatados;
2 - Aprofundamento Teórico	Conceitos sobre gestão do cuidado e protocolo de cuidado	No segundo momento, foram apresentados os conceitos de gestão do cuidado e de protocolo de cuidado e elencadas os critérios e as etapas para construção de um protocolo assistencial. Na sequência foi apresentada a proposta de elaboração de um protocolo e aberto espaço de discussão da proposta e definição do foco e abrangência;
3 - Elaboração do protocolo de cuidado	Protocolo de admissão do idoso no setor de emergência	No terceiro momento foi realizado um brainstorming com o objetivo de os enfermeiros elencarem quais itens deveriam compor o protocolo.

FONTE: A autora, 2017

5.5.4 Validação do protocolo

A validação compreendeu duas etapas: a primeira foi o desenvolvimento do instrumento de avaliação, pela pesquisadora (Apêndice C) e o segundo a avaliação por comitê de especialistas. O instrumento de avaliação (ANEXO B) foi composto por dois domínios principais: Apresentação e Conteúdo, que foram subdivididos em domínios secundários. Trata-se de uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro, que teve como objetivo avaliar a relevância/representatividade de cada item dos domínios principais, assim, as opções de respostas foram: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A avaliação pelo comitê de especialistas ocorreu da seguinte maneira: foi entregue para os participantes da oficina um envelope contendo o protocolo impresso e o instrumento de avaliação, e informado que eles teriam o prazo de 15 dias para devolver o instrumento de avaliação preenchido. Do total de nove

participantes, oito devolveram dentro do prazo estipulado. O escore do Índice de Validade do Conteúdo (IVC) foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas, foi obtido um escore de IVC = 1. Para verificar a validade de instrumentos de uma forma geral, recomenda-se um valor de concordância mínima de 0,90 ou mais (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

5.6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados obtidos por meio da observação participante e oficinas são apresentados de forma descritiva, as informações provenientes das entrevistas são expostas por meio de expressões chave retiradas do discurso individual professado pelos enfermeiros e agrupados de acordo com as ideias centrais semelhantes, dando origem a um discurso síntese denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme proposto por Lefevre e Lefevre (2003). As informações retiradas das entrevistas para compor o perfil dos enfermeiros atuantes no setor de emergência são expressas descritivamente.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Por tratar-se de Pesquisa Convergente Assistencial, a análise das informações qualitativas ocorreu simultaneamente com os processos de coleta de dados, permitindo ao pesquisador intervir no contexto quando necessário. As informações foram tratadas de acordo com a teorização sobre os dados qualitativos. As informações que compõem o perfil das enfermeiras foram analisadas segundo literatura pertinente.

Os discursos coletados nas entrevistas, após a organização das expressões chave e a composição de seus respectivos Discurso do Sujeito Coletivo, seguindo os passos do Instrumento de Análise de Discurso, foram comentados e analisados com a utilização de referências de literatura adequadas a cada tema.

Os resultados obtidos na análise dos dados foram utilizados para construção de um protocolo de admissão do idoso atendido no setor de emergência. Para construção do protocolo foi utilizado o guia elaborado por Pimenta et al. (2014, p.11), que define protocolo como a “descrição de uma situação específica de

assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência”.

O quadro 4 apresenta a síntese das fases da pesquisa convergente assistencial.

QUADRO 4 – SÍNTESE DAS FASES DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL. CURITIBA, 2017.

FASES	PCA	PROTOCOLO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA
CONCEPÇÃO	Marco referencial da pesquisa em que se denomina o problema da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 31-34).	Como os enfermeiros percebem e realizam a gestão do cuidado do idoso, em uma unidade de emergência, com vistas a atender as novas demandas de saúde desta população?
INSTRUMENTAÇÃO	Elaboração dos procedimentos metodológicos da pesquisa (TRENTINI, 2014, p. 34-45).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Local de estudo: setor de emergência de um hospital referência no atendimento de pacientes idosos. ▪ Participantes do estudo: Enfermeiros que atuam no setor de emergência e/ou coordenam setores que prestam cuidado ao idoso. ▪ Coleta de dados: entrevistas, observação participante e oficina de grupo operativo.
PERSCRUTAÇÃO	Desenvolver habilidades e sensibilidade para investigar e refinar os dados disponíveis (TRENTINI, 2014 p.45).	Investigar a percepção dos enfermeiros sobre a gestão do cuidado de enfermagem ao idoso atendido no setor de emergência por meio de entrevista e oficinas.
ANÁLISE	A análise e interpretação dos dados ocorre de forma simultânea (TRENTINI, 2014, p. 47).	Para análise dos dados utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefevre e Lefevre (2003, 2012).

FONTE: Adpatado de PILER (2017).

5.8 O RIGOR DA PESQUISA E OS ASPECTOS ÉTICOS

O rigor PCA é obtido durante o processo de investigação, quando são mantidos os aspectos metodológicos que a embasam: articulação da prática assistencial com a prática de investigação; a possibilidade de pesquisar, assistir e ensinar simultaneamente; a superação da neutralidade no processo de investigação,

ênfatizando a participação dos sujeitos na pesquisa e a colocação do pesquisador no papel de sujeito; a diminuição da lacuna entre os resultados de pesquisa e a sua aplicabilidade; a flexibilidade do processo de investigação e o comprometimento do pesquisador com a mudança da prática assistencial. Além disso, o rigor da pesquisa qualitativa é obtido por meio de registros detalhados da abordagem e dos resultados encontrados.

No desenvolvimento da pesquisa, procurou-se manter a fidelidade ao critério de credibilidade, requerido para atender ao rigor científico, segundo a proposta da PCA. E que se expressou: na trajetória da pesquisa, que é desenhada com clareza, na transparência e fidelidade às interpretações das informações coletadas junto aos participantes, na configuração do cenário de pesquisa e na valorização dos resultados, independente do tamanho da amostra.

Nesta investigação foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que rege pesquisas em seres humanos (BRASIL, 2012). A escolha por determinados participantes ocorreu após a concordância dos mesmos em participar do estudo e formalização por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, as etapas e procedimentos que iria compor a investigação, benefícios e o direito de desistir a qualquer momento sem justificativa. Todas e quaisquer informações prestadas, bem como a identificação dos participantes foram mantidas em completo anonimato, garantindo o sigilo das mesmas, e a fidedignidade dos dados. Para garantir o anonimato dos participantes, nas entrevistas e oficinas foram atribuídos códigos de identificação para cada participante, de conhecimento apenas do pesquisador.

Inicialmente, a proposta de estudo foi apresentada ao Diretor de Práticas Assistências da instituição e solicitada autorização para realização da pesquisa, tendo recebido parecer favorável e o termo de autorização assinado, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, que o aprovou em plenária, sob o parecer nº 1.574.209 (ANEXO A). Em seguida o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, instituição coparticipante deste estudo, para análise de viabilidade, foi aprovado sob parecer nº 1.613.553 (ANEXO B).

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados e discutidos os resultados alcançados no presente estudo, de acordo com as etapas da coleta de dados. Assim, primeiramente são descritos os dados da observação participante, em seguida o produto das falas dos participantes do estudo, obtido por meio das entrevistas e por último o protocolo construído a partir da oficina de grupo operativo.

6.1 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação resultou na descrição do cenário do estudo e na identificação as ações de cuidado realizadas pelos enfermeiros que atuam no setor de emergência, que são apresentados a seguir e discutidas conforme literatura pertinente.

6.1.1 Acesso do paciente no setor de emergência

O setor de emergência estudado trata-se de uma unidade referenciada, ou seja, não atende às demandas espontâneas. O número de atendimentos é estabelecido de acordo com a capacidade do setor em prestar cuidados aos pacientes e a disponibilidade de leitos para internamento, evitando superlotação e garantindo um atendimento de qualidade.

Esse modelo de unidade referenciada faz parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE), que tem o objetivo de articular e integrar, o acesso humanizado aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). A RUE tem sua institucionalização com a Portaria GM nº 1.600, de julho de 2011, é constituída pelos seguintes componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde, atenção básica em saúde, serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) e suas centrais de regulação médica de urgências, sala de estabilização, força nacional de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, hospitalar e atenção domiciliar (BRASIL, 2011).

A organização da RUE na atenção hospitalar tem como um dos objetivos qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que se

constituem como serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências. Nesse sentido, as emergências dos hospitais passaram a ser referenciadas de acordo com serviços oferecidos, sendo estabelecida uma rotina de comunicação entre o Núcleo de Regulação Interna (NIR) do hospital e a Central de Leitos Municipal (CLM).

Desta forma os pacientes atendidos no local do estudo, são regulados via CLM e NIR do hospital. O papel da CLM é direcionar o paciente para um serviço com nível de complexidade compatível com o seu quadro clínico atual, assim o médico regulador busca as vagas por meio do perfil do paciente e perfil do hospital. Já o papel do NIR, é gerenciar os leitos intra hospitalares. A CLM passa os casos dos pacientes, que estão aguardando leito, para o NIR, este por sua vez, aceita os pacientes conforme a disponibilidade de leitos no hospital.

Os pacientes atendidos são, provenientes das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Ambulatório de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Tratamento (SADT) do próprio hospital, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), Unidade Básica de Saúde (UBS), encaminhados como “vaga zero” pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e alguns casos de procura direta, quando o paciente vem da rua ou de casa.

A UPA têm como objetivo garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da rede, proporcionando a continuidade do tratamento (BRASIL, 2013), para isso é necessário cadastrar o paciente na CLM.

O cadastro na CLM ocorre da seguinte forma, o paciente é atendido na UPA, na UBS ou em algum hospital, o médico verifica a necessidade de internamento hospitalar ou transferência para outro serviço de referência, então realiza o cadastro do paciente na CLM, contendo seus dados clínicos e motivo do internamento, via sistema próprio para este fim, e o paciente entra em uma fila de espera por um leito em algum hospital da rede municipal. A CLM é responsável por realizar a busca por leito e regular a transferência do paciente para o hospital. Imediatamente após a liberação do leito, o serviço de origem do paciente é comunicado pela CLM e o paciente é transferido para internamento hospitalar.

Quando o paciente vai até o hospital como procura direta, o mesmo é avaliado pela equipe da emergência, quando não se trata de quadro grave de saúde,

em que o paciente precisa de atendimento imediato, o mesmo é orientado a procurar atendimento na UPA, a fim de respeitar o fluxo de atendimento e não furar a fila de espera por leito de internação hospitalar.

Os pacientes provenientes do Ambulatório de Especialidades e do SADT, são aqueles que realizaram consulta ou exame no hospital e tem indicação de internamento para tratamento clínico ou cirúrgico. Nesses casos a regulação ocorre diretamente entre médico que atendeu o paciente e o médico plantonista da emergência. O NIR é apenas comunicado para o gerenciamento do leito.

Os pacientes encaminhados como “vaga zero” pelo SAMU são regulados via médico regulado do SAMU e NIR. Trata-se de paciente em risco de vida que precisa de internamento hospitalar de emergência. Articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as unidades de pronto atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, permite a construção de fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência (BRASIL, 2013).

O papel da emergência hospitalar na RUE é garantir a retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a rede, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias (BRASIL, 2013).

6.1.2 Equipe multiprofissional

Uma equipe multiprofissional, composta por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fonoaudióloga, fisioterapeuta, assistente social, assistente administrativo trabalham em conjunto para um melhor atendimento dos pacientes.

A equipe de Enfermagem é composta por 20 profissionais, sendo 07 enfermeiras e 13 técnicos de enfermagem, distribuídos em quatro turnos de trabalho com duração de 6 a 12h. A distribuição da equipe de enfermagem de acordo com o turno está estruturada da seguinte forma: três técnicos de enfermagem e dois enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde, de segunda a sexta-feira. Nos finais de semana esta equipe é reduzida, sendo formada por apenas um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. No turno da noite a equipe de enfermagem possui um enfermeiro e três técnicos de enfermagem. A escala de trabalho dos técnicos e dos enfermeiros do turno da noite é de 12x36 horas, dos enfermeiros do turno da manhã

e da tarde são seis horas diárias, de segunda a sexta e dois plantões de 12 horas por mês.

A coordenação da emergência é realizada por uma enfermeira, que está presente no hospital de segunda a sexta das oito as 17 horas. Suas funções são de provisão de recursos humanos e materiais, realização de escala mensal de trabalho, estabelecimento de normas e rotinas, participação em reuniões.

As enfermeiras coordenam o trabalho da equipe de enfermagem, supervisionam o trabalho da equipe técnica, prestam assistência de enfermagem aos pacientes, gerenciam o consumo de materiais, realizam pedido de material, acionam os serviços de apoio, dentre outros. Os técnicos de enfermagem realizam o cuidado direto ao paciente.

O setor possui dois assistentes administrativos, um no turno da manhã e outro no turno da tarde, que realizam trabalhos de apoio a equipe de enfermagem, fazem pedido e pegam o material no almoxarifado, buscam material limpo na CME, material e medicamento na farmácia, encaminham familiar do paciente para fazer internamento, encaminham amostras de exames ao laboratório, pegam enxoval na rouparia, abrem ordem de serviço para manutenção de equipamentos quando solicitado pelo enfermeiro, fazem fechamento do prontuário quando o paciente recebe alta ou vai à óbito na emergência.

A equipe médica é composta por dois médicos em cada turno de trabalho, inclusive nos finais de semana. Os demais profissionais da equipe multiprofissional não são exclusivos do setor, portanto, não permanecem na emergência, vão até o setor para avaliar o paciente quando acionados pela enfermeira ou quando o médico prescreve fisioterapia, dieta por cateter naosenteral ou gastrostomia ou solicita avaliação da fonoaudiologia para definir a via de alimentação do paciente.

6.1.3 A estrutura física

O setor de emergência dispõe de seis leitos de observação, sendo três femininos e três masculinos e três leitos na sala de emergência. De acordo com a Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU) a área física deve ser estruturada de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial da unidade e adequada para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência.

Para um melhor entendimento do cenário onde atuam os enfermeiros, participantes deste estudo, descreve-se, a seguir, a composição da estrutura física do setor:

- **Observação masculina e feminina** : estão dispostos três leitos, todos com camas automatizadas oito movimentos, painel de cabeceira hospitalar com rede de gases, três mesas de cabeceira, um armário com 6 portas, uma pia, suporte de parede de álcool em gel e suporte de parede de sabonete líquido, uma poltrona reclinável, uma lixeira para lixo comum, uma lixeira para material reciclável, uma lixeira para resíduo infectante, banheiro contendo vaso sanitário com barras de segurança, pia, chuveiro a gás.
- **Posto de enfermagem**: dispõe de balcão com dois computadores, pia para lavagem de mãos, refrigerador para guardar medicamentos, armários para equipamentos e materiais.
- **Sala de emergência**: possui três leitos equipados com monitor cardíaco, respirador e régua de gases; a sala ainda possui um carrinho de emergência, dois desfibriladores; respirador de transporte, torpedo de oxigênio, balcões para preparo de medicação, armários para guardar materiais e equipamentos, mesa com dois computadores.
- **Expurgo**: pia para descarte, pia para lavar material, balcão, caixas plásticas para armazenar material sujo.
- **Rouparia**: possui armário para guardar materiais e enxoval utilizados no cuidado dos pacientes.
- **Sala de depósito de materiais de limpeza**: sala utilizada pelos profissionais de conservação e limpeza (serviço terceirizado) para a guarda de produtos e equipamentos de limpeza. Possui um tanque e armários.
- **Banheiro masculino e feminino**: existe um único banheiro de uso exclusivo dos funcionários, contendo instalações sanitárias e pia.

6.1.4 Ações de cuidado

Por meio da Observação Participante foram identificadas as seguintes ações de cuidado realizadas pelos enfermeiros:

1. Passagem de plantão;
2. Rotinas administrativas;
3. Rotinas de cuidado;
4. Supervisão da equipe de enfermagem
5. Admissão do paciente;
6. Transferência do paciente de setor;
7. Encaminhamento do paciente para exames de imagem;
8. Atendimentos de emergência;
9. Educação em saúde;

A passagem de plantão é uma prática cotidiana dos profissionais de enfermagem, que representa o término de um turno de trabalho e início do próximo. Trata-se de uma importante estratégia para promoção da comunicação efetiva e integração dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a qualidade da comunicação durante a passagem de plantão e transferência do paciente como meta para promover a qualidade e segurança do paciente nos serviços de saúde (REBRAENSP, 2013).

No setor de emergência estudado a passagem de plantão é realizada à beira leito em todos os turnos. De acordo com Kerr et al. (2014) a passagem de plantão beira leito contribui para a satisfação dos pacientes e da equipe de enfermagem, proporciona atendimento individualizado, favorece a organização de documentos, promove eficiência e precisão do processo resultando em cuidados de alta qualidade e segurança do paciente.

No que diz respeito a satisfação do paciente, esse método possibilita a eles ouvir os diálogos durante a passagem de plantão, o que aumenta a sua confiança nos enfermeiros, além de fornecer oportunidade para que os pacientes participem das discussões relacionadas aos seus cuidados e permite maior envolvimento destes nesse processo (SPINKS et al., 2015).

Após a passagem de plantão, os enfermeiros se ocupam em rotinas administrativas, que englobam a conferência de materiais e equipamentos, solicitação de materiais, verificação e gerenciamento dos exames que serão realizados naquele dia, leitura e conferência do prontuário, resolução de pendências e conflitos relacionadas ao paciente e a equipe.

Atualmente os enfermeiros tem assumido mais responsabilidades administrativas em sua jornada de trabalho, o que implica na necessidade de conhecimentos específicos e no desenvolvimento de habilidades e atitudes para exercer a competência gerencial (MONTEZELI et al., 2014). No entanto, observa-se que essas tarefas acabam ocupando boa parte do turno de trabalho, ainda que elas estejam relacionadas ao cuidado, elas impedem que o enfermeiro disponha de maior tempo para o cuidado direto do paciente, que acaba ficando sobre responsabilidade do técnico de enfermagem.

A rotina de cuidados ao paciente que é executada pelo enfermeiro compreende a avaliação diária do paciente, que inclui o exame físico, realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), avaliação do risco de queda, do risco para desenvolvimento de lesão por pressão e do nível de complexidade dos cuidados e preenchimento das escalas de Morse, Braden e Fugulin.

Além disso, o enfermeiro realiza os procedimentos mais complexos, que de sua competência conforme necessidade, como punção de acesso venoso periférico, avaliação de ferida, troca de curativo em inserção de cateteres, inserção de cateter vesical e sonda nasoenteral, aspiração de vias aéreas, inserção de cateter arterial periférico para monitorização da pressão arterial média, administração de medicamentos, instalação de dieta, transfusão de hemocomponente, realização de eletrocardiograma (ECG), entre outros.

De acordo com Barreto et al. (2014) é função do enfermeiro no setor de emergência à execução de atividades privativas como os procedimentos invasivos e mais complexos, e a Sistematização da Assistência de Enfermagem para orientar a assistência individualizada ao paciente. Outra atribuição do enfermeiro do setor de emergência é a supervisão e a liderança da equipe de enfermagem.

A liderança não é somente um papel construído pelo enfermeiro junto aos demais profissionais, mas é também uma função esperada para o enfermeiro. O papel de líder assumido por este profissional é essencial para a organização do serviço, assim como para uma assistência de qualidade. Neste sentido, a postura motivadora e encorajadora do enfermeiro e suas habilidades comunicacionais são os aspectos de grande influência na obtenção de resultados positivos na assistência (SILVA et al., 2014).

A Admissão do paciente compreende o acolhimento do paciente e família, acomodação do paciente no leito, realização de procedimentos como punção acesso

venoso periférico, verificação de sinais vitais, realização de eletrocardiograma, troca de curativo, avaliação da pele e feridas, anamnese e exame físico, troca de dispositivos invasivos e demais procedimentos de enfermagem conforme a necessidade do paciente.

A transferência do paciente de setor também constitui uma das tarefas realizadas pelo enfermeiro. Quando o paciente é liberado pelo médico para internamento na Unidades de Internação, o enfermeiro solicita um leito para o NIR, em seguida passa o plantão por telefone para enfermeiro do setor que irá receber o paciente, confere as medicações, certificando-se que todas foram administradas e se tem alguma que precisa ser transferida juntamente com o paciente, confere o prontuário físico, solicita ao técnico de enfermagem para preparar o paciente para ser transferido e acompanha o técnico de enfermagem na transferência do paciente para o setor de destino.

Quando a transferência do paciente for para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), o enfermeiro do CTI faz contato com enfermeiro da emergência via telefone para saber as condições do paciente e para comunicar quando o leito está pronto, nesse momento ocorre a passagem de plantão. O enfermeiro da emergência, juntamente com o técnico de enfermagem, prepara o paciente para o transporte, confere as medicações e o prontuário e comunica o médico, para que este acompanhe a transferência.

A transferência do paciente de uma unidade para outras áreas do ambiente hospitalar pode oferecer risco ao paciente, de acordo com sua gravidade, por isso constitui um desafio, principalmente para o enfermeiro, que é o profissional responsável por essa tarefa (SILVA; AMANTE, 2015).

Além da transferência do paciente, também cabe ao enfermeiro encaminhar o paciente para realização de exames de imagem. Para isso, o enfermeiro primeiramente confere o exame prescrito, liga para o SADT e verifica qual horário o paciente poderá ser encaminhado para realizar o procedimento e solicita ao técnico de enfermagem para levar o paciente até a sala de exame. Em casos de paciente grave o próprio enfermeiro leva o paciente, juntamente com o técnico de enfermagem, e acompanha o exame.

O transporte de pacientes graves, geralmente está associado à realização de exames diagnósticos, caracteriza-se como “período de instabilidade e riscos para o paciente, com possibilidade de intercorrências relacionadas às falhas técnicas,

alterações fisiológicas do paciente, tempo de transporte, bem como a equipe que o realiza” (MENEQUIN et al., 2014, p.116). Portanto, é importante levar em consideração a indicação do procedimento, o planejamento do transporte, a execução do procedimento e a estabilização do paciente após procedimento, a fim de minimizar complicações e evitar intercorrências.

Os atendimentos de emergência são realizados na sala de emergência, ou também chamada sala vermelha, local destinado a pacientes com risco de vida, que necessitam de atendimento imediato, para realização de procedimentos invasivos e para monitorização de pacientes instáveis. O enfermeiro, que atua na urgência e emergência precisa ter conhecimento básico de suporte de vida e suporte avançado de vida, além de passar por atualizações constantes, pois deve utilizar seus conhecimentos fisiopatológicos, tecnológicos e de tratamento para avaliar, intervir e cuidar, tendo em vista que o seu principal papel é o de decisão segura e livre de riscos.

Este profissional é quem assume a responsabilidade pela unidade, supervisiona a ação da equipe, participa da manutenção da sala vermelha e de tomada de decisões, por isso é essencial desenvolver o espírito de liderança. Neste sentido, o enfermeiro deve se integrar a equipe multiprofissional e utilizar a comunicação como instrumento para facilitar a colaboração de todos e a humanização no atendimento (BRITO, 2011).

O enfermeiro, enquanto líder, também assume o papel de educador, e estabelece uma relação entre trabalho e educação ao integrar o pensar e o fazer no desenvolvimento das habilidades práticas da equipe que coordena, com base em seu domínio teórico-prático (SOUSA et al., 2015). Essa é uma realidade no setor de emergência estudado, observa-se que diariamente o enfermeiro orienta e capacita sua equipe, sendo esta uma estratégia para qualificação do cuidado realizado neste serviço. Assim o aprender e ensinar são incorporados ao cotidiano de trabalho, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais (EL HETTI et al., 2013).

6.2 RESULTADO E DISCUSSÕES DAS ENTREVISTAS

As entrevistas resultaram na identificação do perfil dos enfermeiros que atuam no local de estudo e a construção dos Discurso do Sujeito Coletivo sobre a gestão do cuidado do idoso no serviço de emergência.

6.2.1 Perfil dos enfermeiros

Os dados coletados nas entrevistas individuais realizadas com os enfermeiros do setor de emergência, com o objetivo de mostrar o perfil dos profissionais atuantes nesse serviço, são apresentados descritivamente e analisados com base na literatura pertinentes às informações levantadas.

6.2.2 Participantes do estudo quanto ao sexo

A enfermagem constituiu-se social e historicamente como profissão desempenhada essencialmente por mulheres, fato que atualmente vem sofrendo alterações, uma vez que se observa uma tendência de masculinização na categoria, sendo visível, o aumento da inserção do homem neste campo de atuação (MACHADO et al., 2015). Os dados coletados corroboram esta afirmativa, uma vez que 5 dos participantes do estudo são do sexo feminino e 2 participantes do sexo masculino.

6.2.3 Participantes do estudo quanto à idade

De acordo com dados obtidos a idade dos participantes variou entre 24 e 43 anos, sendo que dois enfermeiros têm idade compreendida entre 20-29 anos, quatro enfermeiros entre 30-39 anos, e um dos enfermeiros têm mais de 40 anos. A maioria dos enfermeiros (n=4) têm idade entre 30 e 39 anos.

A enfermagem é uma profissão constituída em sua maioria por indivíduos jovens. Conforme aponta pesquisa realizada por Machado et al. (2015), 40% do contingente de profissionais da área de enfermagem tem idade entre 36-50 anos. Segundo este autor, os profissionais entre 26-35 anos de idade, encontram-se na fase chamada de “Formação Profissional”, em que buscam se qualificar para os

serviços, especializando-se por meio de cursos de pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*. Essa busca está diretamente associada à perspectiva de melhor inserção no mercado de trabalho em funções de maior complexidade. Profissionais com idade entre 36 e 50 anos encontram-se na fase da "Maturidade profissional", ou seja, já estão qualificados e inseridos definitivamente no mercado de trabalho (MACHADO et al., 2016).

6.2.4 Participantes do estudo quanto ao tempo de formação

Em relação ao tempo de formação, observa-se que a maioria dos enfermeiros estão formados há menos de dez anos, destes um enfermeiro graduou-se há dois anos, dois há seis anos, um há oito anos, um há dez anos, um há 11 anos e um enfermeiro há 14 anos. De acordo com Machado et al. (2016), a maioria dos enfermeiros brasileiros tem menos de 10 anos de formação, o que indica uma renovação nessa categoria profissional.

6.2.5 Participantes do estudo quanto à qualificação profissional

O setor de emergência é uma área complexa, que exige um perfil diferenciado de profissional com qualificação adequada para o desempenho de atividades específicas. Observa-se que nem sempre o enfermeiro possui o perfil adequado e qualificação requerida.

Em relação a qualificação profissional apenas dois enfermeiros são especialistas em Urgência e Emergência, um enfermeiro é especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Cardiologia, um em Saúde Coletiva, um em Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde, um estava cursando a especialização em Unidade de Terapia Intensiva, outro enfermeiro estava cursando especialização em Obstetrícia.

O levantamento dos dados com relação à qualificação profissional mostra que além da graduação em enfermagem, todos os enfermeiros possuem ou estão cursando pós-graduação na modalidade *Lato Sensu*, que compreendem cursos de especialização presenciais ou à distância, com carga-horária mínima de 360h. No Brasil observa-se que apesar de mais de 70% dos enfermeiros terem concluído algum curso de especialização, esse certificado não confere a eles o *status* de

especialista, assim como não é clara a importância desta certificação nas instituições de saúde (MACHADO et al., 2016). Conforme resultado do presente estudo ser especialista em Urgência e Emergência não é um requisito para desempenhar essa função na instituição estudada.

6.2.6 Participantes do estudo quanto ao tempo de atuação na urgência/emergência

Os dados levantados em relação ao tempo de atuação no setor de urgência e emergência mostra que um enfermeiro atua há menos de um ano, três há dois anos, um há três anos, outro há seis anos e um enfermeiro há 10 anos.

De acordo com Holanda et al. (2015) o enfermeiro que atua no setor de urgência e emergência precisa desenvolver as seguintes competências básicas: desempenho assistencial, trabalho em equipe, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, direcionamento para os resultados e proatividade. No entanto, segundo Polak (1990, p.120) “existem muitas limitações para que um profissional com pouca vivência e domínio da prática tenha autonomia profissional e segurança na tomada de decisão junto a equipe multiprofissional e ao paciente”. As habilidades e limitações do enfermeiro para idealizar, prover e gerenciar cuidados de enfermagem resultam da qualidade da formação, do autodesenvolvimento e de seu tempo de experiência profissional.

6.3 ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

No Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), são analisados e discutidos os discursos coletados nas entrevistas individuais realizadas com os enfermeiros do setor de urgência/emergência, ordenados segundo as questões que embasaram as entrevistas. Desta forma, foram identificados dois temas principais: “As práticas de cuidado ao idoso na urgência/emergência” e “Multidimensões do cuidado ao idoso no setor de emergência”.

O quadro 5 apresenta a síntese da análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

QUADRO 5 – SÍNTESE DA ANÁLISE DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO. CURITIBA, 2017

TEMA 1 - AS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	
Ideia Central A: Práticas de cuidado direcionadas ao paciente	Ancoragem: Cuidados assistenciais: uma prática sistematizada
Ideia Central B: O cuidado como prática multiprofissional	Ancoragem: Cuidado do idoso: trabalho compartilhado
Ideia central C: Possibilidades do Cuidar/Gerenciar na Prática do Cuidado do Idoso	Ancoragem: Gerenciar e cuidar: uma prática necessária
Ideia central D: Dificuldades encontradas na prática do cuidado ao idoso	Ancoragem: Inexistência de cuidado diferenciado ao idoso
TEMA 2 – MULTIDIMENSÕES DO CUIDADO AO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA	
Ideia Central A: Especificidades do cuidado do paciente idoso	Ancoragem: O paciente idoso precisa de um cuidado diferenciado
Ideia Central B: Práticas de cuidado do idoso na emergência impedem que o paciente tenha autonomia	Ancoragem: O paciente idoso não tem autonomia para decidir sobre seu cuidado
Ideia Central C: A dinâmica de trabalho na emergência e sua relação com a qualidade do cuidado	Ancoragem: A dinâmica de trabalho na emergência interfere na qualidade do cuidado
Ideia Central D: O perfil do profissional que cuida do paciente idoso	Ancoragem: Os profissionais que cuidam do idoso na emergência precisam ter perfil e conhecimento específico
Ideia Central E: A relação profissional/paciente/família na emergência	Ancoragem: O cuidado do idoso na emergência implica na construção de uma relação entre profissional o idoso e sua família

FONTE: A autora (2017).

TEMA 1 – AS PRÁTICAS DE CUIDADO AO IDOSO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Ideia central A: Práticas de cuidado direcionadas ao paciente

Ancoragem: Cuidados assistenciais: uma prática sistematizada

Expressões chave:

“Realizamos a passagem de plantão, [...] avaliação a situação de cada paciente, exame físico, sinais vitais e quais cuidados emergentes são necessários. Após registrar na evolução, faz-se a SAE, incluso o diagnóstico e as intervenções de enfermagem. Fazemos as escalas de Braden, (úlceras de pressão); as escalas de Morse, referente à escala de risco de queda e a escala de Fugulim, (tempo que cada paciente necessita de cuidados)”. (Enf₁)

“A questão do exame físico é bem importante no primeiro atendimento. [...] é importante saber qual cliente vamos receber, o que fazer de imediato, faz-se um prontuário novo, para os pacientes novos para registrar a evolução de enfermagem. [...] você precisa orientar o acompanhante também. Tenho

algumas escalas que temos que fazer, tem a SAE que também é responsabilidade nossa”. (Enf₂)

“Realizo as práticas da rotina de admissão, anamnese, exame físico do idoso, quando ele vai entrar no nosso serviço. Depois, são realizadas as escalas do nível de complexidade, cuidado mesmo e até mesmo o risco de queda, o risco de úlcera por pressão, identificar os fatores de risco específicos para aquele indivíduo. [...] Encaminho o familiar ou responsável para estar fazendo o internamento formal”. (Enf₃)

“[...] os cuidados assistenciais são bons, pois incluem a higienização, troca de dispositivos, ou inclusão desses pacientes, verificação de alguns exames, conversa com familiar, exame físico, anamnese, histórico, o processo de assistência de enfermagem é realizado de uma forma completa. [...]. Temos um indicador que mais de setenta por cento dos pacientes que chegam ao hospital estão em fase de desnutrição, e isto acaba contando inúmeros acometimentos à patologia, por qualquer que seja. Precisamos dar uma atenção maior aos indicadores de úlcera por pressão. Na verdade, são os indicadores que reforçam para gente que precisamos destinar uma atenção especializada ou com outros olhares pra este tipo de clientela”. (Enf₄)

“[...] saber se o paciente deambula, se está lúcido, orientado, se está há muito tempo na UPA [...] avaliação dos pacientes, avaliação de feridas, registrar tudo no prontuário, fazer evoluções. Também quando o paciente está liberado pro quarto ver a vaga com a supervisão e passar plantão pro enfermeiro que estiver no setor e encaminhar o paciente. Além de procedimentos específicos do enfermeiro como passagem de sonda”. (Enf₅)

“Cuidados de rotina, sondagem vesical, nasoenteral [...] gasometria quando o laboratório tem dificuldade [...] mudança de decúbito, trocar fralda, fazer higiene oral, fazer curativo [...] daí vou começar a evoluir, fazer SAE [...] tem medicação que precisa pedir para liberar, as vezes tem que ser intermediário porque não tá prescrito [...] pedir leite, passar plantão”. (Enf₆)

“Cuidados com a pele do idoso, para evitar úlceras [...] acolhimento, porque muitos chegam com medo, ansioso [...] passagem de sonda [...] mudança de decúbito [...] como o idoso já é um organismo mais prejudicado então tem as mudanças de sinais vitais rápido, então tem o cuidado de ficar em cima, olhar mais, tem alguns que não falam então você tem que ter esse cuidado maior”. (Enf₇)

Discurso do Sujeito Coletivo

Penso que os cuidados assistenciais são bons, pois inclui passagem de plantão, a higienização, a troca de dispositivos, ou inclusão desses pacientes, os sinais vitais, verificação de alguns exames, conversa com familiar, exame físico, anamnese e histórico. Também verifico quais cuidados emergentes são necessários. Realizo o processo de assistência de enfermagem de uma forma completa. Após registrar na evolução, faço a SAE, incluo o diagnóstico e as intervenções de enfermagem. Faço as escalas de Braden, (úlcera de pressão); as escalas de Morse,

referente à escala de (risco de queda) e a escala de Fugulim, (tempo que cada paciente necessita de cuidados). Acredito que é importante saber qual cliente vou receber, o que fazer de imediato. Realizo as práticas da rotina de admissão, quando ele vai entrar no nosso serviço, para os pacientes novos abro um prontuário novo para registrar a evolução de enfermagem. Depois, são realizadas as escalas do nível de complexidade, o risco de queda, o risco de úlcera por pressão, identificar os fatores de risco específicos para aquele indivíduo. Após orientar os familiares encaminho o familiar ou responsável para estar fazendo o internamento formal. Percebo que mais de setenta por cento dos pacientes que chegam ao hospital estão em fase de desnutrição, e isto acaba acrescentando inúmeros acometimentos à patologia, por qualquer que seja. Preciso dar uma atenção maior aos indicadores de úlcera por pressão. Na verdade, penso que são os indicadores que reforçam para mim que preciso destinar uma atenção especializada, ou com outros olhares para este tipo de clientela.

O Discurso do Sujeito Coletivo, retrata como os enfermeiros percebem a prática do cuidado no contexto hospitalar, em um serviço de urgência/emergência. Na compreensão desses profissionais a prática de cuidado do idoso, neste setor, envolvem a avaliação completa do paciente, incluindo anamnese, exame físico, identificação dos diagnósticos de enfermagem, elaboração do plano de cuidado individual e prescrição das ações de cuidado. O uso de instrumentos de avaliação, como por exemplo, a escala de risco de queda, são percebidos como importantes ferramentas para tomada de decisão e para o planejamento do cuidado individualizado.

De acordo com a percepção dos enfermeiros o cuidado realizado pela equipe de enfermagem, tem por objetivo atender as necessidades individuais de cada paciente admitido, sejam elas de higiene, alimentação, conforto, alívio da dor, entre outras. Para isso dispõem de tempo para obter todas as informações que consideram importantes, por meio do exame físico e da conversa com o familiar ou acompanhante do idoso.

Segundo Lucca et al. (2016) o cuidado realizado pela enfermagem precisa contemplar a individualidade e a integralidade do paciente, por meio da interação entre quem cuida e quem recebe o cuidado. Assim, o processo de cuidar envolve diagnóstico, planejamento, execução e avaliação dos cuidados.

Para Wanda Horta o objetivo do cuidado de enfermagem é atender as necessidades básicas do ser humano, portanto cuidar significa assistir ao outro, fazendo aquilo que ele não pode realizar, auxiliar no autocuidado, promover a independência e a satisfação de suas necessidades básicas (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). Assim, o cuidado em enfermagem ao idoso deve ser proporcionado de forma humana com base em uma abordagem integral, que valorize a individualidade do paciente e vislumbre uma assistência de qualidade, pautada numa relação empática (DIAS et al., 2014).

Ideia central B: O cuidado como prática multiprofissional

Ancoragem: Cuidado do idoso: trabalho compartilhado

Expressões chave:

“[...] ter uma visão mais ampla sobre a situação. [...] avaliar o paciente como um todo. Com os médicos, a comunicação é boa e aprendemos muito sobre o primeiro atendimento. A porta de entrada é a emergência, e é daqui que o médico vai fazer a antecipação do diagnóstico. Nós trabalhamos com uma equipe multidisciplinar, na qual temos psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmácia, então nós interagimos com todos”. (Enf₂)

“(...) aciono o médico para fazer sua avaliação, e após a avaliação do médico, os outros profissionais”. (Enf₃)

Discurso do Sujeito Coletivo

A porta de entrada é a emergência, eu preciso ter uma visão mais ampla sobre a situação. Penso que o paciente precisa ser avaliado como um todo. Aciono o médico para avalá-lo, e após, os outros profissionais. Percebo que é aqui que o médico vai fazer a antecipação do diagnóstico, penso que com os médicos, a comunicação é boa e aprendo muito sobre o primeiro atendimento. Eu trabalho com uma equipe multidisciplinar, na qual temos psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmácia, então eu interajo com todos.

O DSC gira em torno da percepção do cuidado enquanto responsabilidade de uma equipe multiprofissional, em que cada membro tem o seu papel bem definido e colabora com os demais, visando um cuidado centrado no paciente. Essa percepção desperta um sentimento positivo a respeito do trabalho em equipe. Para

os enfermeiros a sinergia entre os vários profissionais de saúde possibilita avaliar o idoso como um todo. E, principalmente por se tratar da porta de entrada da instituição, no setor de emergência os profissionais precisam ter uma visão ampla do processo de trabalho que executam, bem como das diversas situações que vivenciam, essa capacidade reflete diretamente no cuidado.

O bom relacionamento entre médicos e enfermeiros, além de contribuir para a garantia da qualidade do cuidado, cria um espaço de aprendizado e troca de experiências e conhecimento, que reflete positivamente na habilidade do profissional em identificar problemas no primeiro atendimento do paciente. Segundo Both et al. (2014) o cuidar se caracteriza como um contínuo desafio, que requer o diálogo, a aprendizagem e o ensino, o que favorece a comunicação em saúde. A diversificação da equipe de saúde, com a incorporação de profissionais de diversas áreas, torna sua composição cada vez mais complexa, pois aumenta a divisão do trabalho entre as áreas especializadas.

Mas por outro lado, a interdisciplinaridade comporta relações de troca e cooperação entre as diferentes disciplinas, bem como a articulação e interação dos saberes, favorecendo o compartilhamento de conhecimento e abre espaço para novas possibilidades na maneira de cuidar, por meio da formulação de propostas de atenção que se aproximam mais de uma visão integral dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde, ultrapassando as fronteiras meramente disciplinares (MATOS; PIRES, 2009).

Ideia central C: Possibilidades do Cuidar/Gerenciar na Prática do Cuidado do Idoso

Ancoragem: Gerenciar e cuidar: uma prática necessária

Expressões chave:

“[...] E também a escala que envolve o modo de avaliar a quantidade de funcionários que necessitamos em nosso setor”. (Enf₁)

“[...] na emergência, nossa atuação é fundamental, pois ali que teremos de delegar as funções de cada um. O enfermeiro não age sozinho, e temos a função de delegar as divisões de tarefas num momento de emergência. [...] Temos os cuidados que temos que tomar quanto à parte administrativa”. (Enf₂)

“A liderança de poder estar tomando consciência das coisas que são necessárias serem feitas para o cuidado, uma simples medicação, observar os técnicos, se realmente as medicações estão sendo administradas. Solicitar materiais, admitir o paciente. [...] Está aumentando cada vez mais a

parte administrativa, sem falar que precisa ficar no assistencial também”. (Enf₂)

“[...] tem a parte gerencial do dimensionamento do setor e do paciente em si, [...] correr atrás de uma vaga na unidade de internação ou uma transferência. [...] O ciclo gerencial quando o assistencial está presente na prática diária. No gerencial, você está dimensionando sua equipe, participando, usando escala de rotinas e de atividades”. (Enf₃)

“Acho que é um misto de ações gerenciais e assistenciais [...] o gerenciamento de materiais acaba sendo meu, o gerenciamento das ações dos técnicos”. (Enf₅)

“Na primeira hora do meu trabalho realizo tarefas administrativas [...] verificar material, solicitar material, fazer escalas, fazer SAE”. (Enf₆)

“Realizo a gerência da assistência”. (Enf₇)

Discurso do Sujeito Coletivo

Na emergência, minha atuação é fundamental, como enfermeiro eu não ajo sozinho, tenho a função de delegar as divisões de tarefas num momento de emergência. Quando lidero a equipe toma consciência das coisas que são necessárias serem feitas para o cuidado. Uma simples medicação, observar os técnicos, se realmente às medicações estão sendo administradas. Solicito materiais, e admito o paciente. Também, são importantes para mim, os cuidados quanto à parte administrativa. Percebo que está aumentando cada vez mais a parte administrativa, sem falar que preciso ficar no assistencial também. Tem a parte gerencial do dimensionamento do setor e do paciente em si, corro atrás de uma vaga na unidade de internação ou uma transferência. Ainda, tenho a confecção da escala que envolve o modo de avaliar a quantidade de funcionários que necessitamos em nosso setor. Percebo que tanto o ciclo gerencial quanto o assistencial estão presentes na prática diária. Assim, eu realizo a gerência da assistência. No gerencial, você está dimensionando sua equipe, participando, usando escala de rotinas e de atividades.

A ideia central C retrata a compreensão dos enfermeiros sobre o seu papel enquanto facilitador do cuidado, no sentido de que este precisa ser gerenciado, uma vez que é realizado por uma equipe de enfermagem. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro identificar as necessidades da equipe e do setor para a realização do

cuidado e supri-las, seja por meio da delegação e divisão de tarefas, da disponibilização dos recursos materiais, da orientação técnico-científica. A compreensão representacional dos enfermeiros nesta ideia central ancora-se na concepção da convergência entre o cuidar e o gerenciar, enquanto prática cotidiana do seu trabalho.

A convergência do cuidar e o gerenciar idealizada por Willig (2006) parte da compreensão do gerenciamento do cuidado enquanto processo amplo que envolve o processo de cuidar e as ações administrativas do enfermeiro, convergindo para o cuidado do paciente. Nos hospitais, as atividades predominantes dos enfermeiros são o gerenciamento e o cuidado (MONTEZELI et al., 2014); (ALMEIDA et al., 2011).

De acordo com Barreto (2015) o enfermeiro tem papel de liderar e gerenciar o processo de trabalho da enfermagem, com foco na organização desse processo, de maneira que permita a realização do cuidado com qualidade e eficiência. Cabe a este profissional disponibilizar os meios para que o processo de cuidar aconteça e supervisionar e orientar a equipe de enfermagem que o realiza.

Almeida et al. (2011, p.132) afirmam que “as dimensões assistencial e gerencial do cuidado são complementares”. No entanto, os enfermeiros muitas vezes enxergam essas atividades de forma dissociada. Para Willig (2006) gerenciar e cuidar são ações intrínsecas, quando dissociadas produzem invisibilidade do trabalho do enfermeiro, uma vez que o distancia do seu foco principal de trabalho que é o ser cuidado.

Nesse sentido, observa-se que foco de atuação dos enfermeiros, na prática profissional, tem sido a dimensão assistencial, voltada para o cuidado do paciente; e a dimensão gerencial, enquanto meio de organizar e otimizar os recursos necessários para a realização do cuidado (ALMEIDA et al., 2011). Desta forma os enfermeiros realizam a gestão do cuidado no seu dia a dia de trabalho.

No entanto, fazer gestão do cuidado em um setor de emergência referência no atendimento ao idoso, requer do enfermeiro um olhar atento para o interior do seu processo de trabalho, um olhar que vá além de suas experiências e supere os vieses e contradições, é preciso incorporar conhecimento técnico científico, conhecer e compreender as especificidades do indivíduo para quem o cuidado será pensado. Enfim, é preciso assumir por inteiro a função de enfermeiro que é a gestão do cuidado.

Ideia central D: Dificuldades encontradas na prática do cuidado ao idoso

Ancoragem: Inexistência de cuidado diferenciado ao idoso

Expressões chave:

“[...] deveria haver um cuidado diferenciado ao idoso. [...] os técnicos leem as SAES, mas às vezes executam os cuidados de forma rotineira, desconsiderando a necessidade da prescrição de enfermagem. [...] é precária a quantidade de profissionais para a quantidade e o perfil dos pacientes que necessitam de um cuidado avançado. Fica bem prejudicado o cuidado e a atenção. [...] O acompanhante acaba fazendo as atividades de técnico ou que nós, enfermeiros, deveríamos fazer”. (Enf₁)

“[...] de emergência isso não pode ser mecânico [...]. Mas temos de ficar atentas, pois temos paciente por procura direta, apesar de não ser hospital de porta aberta, atendemos esses pacientes também, e os pacientes de ambulatório que não deixam de vir pra nós. Então uma boa parte desses pacientes sobrecarrega a enfermagem”. (Enf₂)

“Minha dificuldade é que não tenho uma formação específica para cuidar do idoso e nunca me aproximei muito do assunto. Então acredito que a dificuldade é não estar se atualizando para prestar um serviço de maior qualidade”. (Enf₃)

“[...] temos algumas dificuldades, porque os idosos precisam de um atendimento especializado e algumas atividades destoam do atendimento do adulto. Mesmo sendo um hospital referenciado ainda não temos esse preparo dos profissionais em relação a essa visão especializada do idoso, nos casos de emergência mesmo são cuidados como se fossem a um adulto”. (Enf₄)

“Acredito que seja uma falha institucional, na programação dos cursos de enfermagem, e nosso também, pois já faz quatro anos que estamos atuando e ainda não teve nenhuma capacitação para nenhum setor específico em relação aos cuidados específicos necessários a pessoa idosa. O ponto negativo é que como setor de emergência demora muito para fazer um atendimento, pois temos de fazer todos os cuidados. Mas são protocolos institucionais, que estão estabelecidos desde os primórdios do hospital. Já tentamos rever algumas partes, mas a nossa direção ela ainda afirma que tem que ser dessa forma”. (Enf₅)

“A noite temos dificuldade com a farmácia [...] as vezes falta algum material [...] passagem de plantão para outros setores [...] acho que tem muita rotina que não dá pra se cumprir e muita rotina que não leva em consideração a parte de material e de pessoal”. (Enf₆)

Discurso do Sujeito Coletivo

Penso que deveria haver um cuidado especializado ao idoso, pois, nos casos de emergência eles são cuidados como se fossem adultos, entendo que algumas atividades se diferenciam do atendimento do adulto. Mesmo atuando em

um hospital referenciado, eu não tenho formação específica para cuidar do idoso, pois nunca me aproximei muito dessa visão especializada do idoso. Entendo que a dificuldade é não estar se atualizando para prestar um serviço de maior qualidade. Acredito que seja uma falha institucional, na programação dos cursos de enfermagem, e meu também, pois já faz quatro anos que estou atuando e ainda não tive nenhuma capacitação em relação aos cuidados específicos necessários à pessoa idosa. Outro ponto negativo que identifico, é que no setor de emergência demora muito para fazer um atendimento, pois tenho de fazer todos os cuidados previstos nos protocolos institucionais, que estão estabelecidos desde os primórdios do hospital. Já tentei rever algumas partes, mas a direção afirma que tem que ser dessa forma. Creio que na emergência o cuidado não pode ser mecânico. Percebo que os técnicos leem as SAEs, mas às vezes executam os cuidados de forma rotineira, desconsiderando a necessidade da prescrição de enfermagem. Mas tenho que ficar atenta, pois apesar de não ser hospital de porta aberta, tenho pacientes por procura direta, que também são atendidos. Bem como os pacientes de ambulatório que não deixam de vir para a Emergência. Penso que isto acaba sobrecarregando a enfermagem, haja vista, a quantidade precária de profissionais para a demanda e o perfil dos pacientes que necessitam de um cuidado avançado. Entendo que fica bem prejudicado o cuidado e a atenção. O acompanhante acaba fazendo as atividades de técnico ou que nós, enfermeiros, deveríamos fazer.

Na ideia central D evidencia-se as percepções dos enfermeiros sobre elementos que dificultam a realização do cuidado centrado no paciente e que atenda às necessidades específicas dos idosos. Estes profissionais compreendem que o cuidado ao idoso requer conhecimento sobre as particularidades do envelhecimento, no entanto percebem que a formação dos profissionais que atuam no setor de emergência não atende esse requisito, dessa forma o idoso recebe o mesmo atendimento que o adulto. Para os participantes deste estudo, este problema é de caráter individual e institucional. Individual porque os profissionais, por razões particulares não buscam se atualizar e adquirir novos conhecimentos. E institucional porque não são promovidas, pelo hospital, educação continuada da equipe multiprofissional para atuar no cuidado do idoso.

Essa ideia central também retrata a necessidade de revisão dos protocolos institucionais, que não estão adequados para o atendimento do idoso, o que dificulta

o trabalho da equipe de enfermagem. A inadequação das rotinas leva a equipe a realizar o seu trabalho de maneira mecânica, ainda que os enfermeiros procurem prescrever cuidados de enfermagem conforme as necessidades individuais dos pacientes, os técnicos de enfermagem desconsideram a sua importância.

Outro ponto, que na compreensão dos enfermeiros dificulta o trabalho na emergência são as exceções à regra, ou seja, trata-se de uma emergência porta fechada que deveria receber apenas pacientes encaminhados para internamento via central de leitos, mas além desses pacientes, a equipe precisa atender as procuras diretas e os pacientes encaminhados pelos ambulatórios de especialidades. Ao abrir essas exceções a equipe sofre uma sobrecarga de trabalho, porque o número de profissionais e a estrutura física do setor não foram planejadas para essas exceções. O número reduzido de pessoas para atender muitos pacientes que demandam de cuidados complexos prejudica a qualidade do cuidado e leva a equipe a solicitar ajuda dos acompanhantes para realizar tarefas simples como trocar fralda ou levar o paciente ao banheiro.

Segundo Grabois (2009) a forma como os processos assistenciais estão desenhados podem comprometer a qualidade da assistência e levar a uma variabilidade nas condutas dos profissionais. Este autor aponta a estruturação de processos assistenciais padronizados como solução para este problema, uma vez que a utilização de diretrizes clínicas auxilia os profissionais na tomada de decisões com base em evidências científicas. Para isso é importante reconhecer, mensurar e avaliar os diferentes riscos e necessidades de cada paciente e elaborar diretrizes para o cuidado compatível com as necessidades e os riscos reconhecidos, mensurados e avaliados (GRABOIS, 2009).

A população idosa apresenta demandas em relação aos demais grupos etários e precisa dos serviços de saúde com mais frequência por um período longo de tempo. Por essa razão, os profissionais de enfermagem devem estar aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção e cuidado à saúde desse grupo populacional (DIAS et al., 2014). A formação desses profissionais tem papel crucial para torná-los aptos para o cuidado do idoso, a fim de possibilitar a compreensão do processo de envelhecimento e as especificidades do adoecimento nesses indivíduos.

A formação dos profissionais na área da saúde, no que tange ao aprendizado sobre a saúde do idoso, possui algumas limitações e lacunas que

comprometem a competência e qualidade da assistência a esses sujeitos (ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO, 2014).

Na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, houve debates de que o ensino direcionado ao cuidado ao idoso está pouco presente na formação da graduação, estando com maior frequência nos cursos de extensão universitária e de pós-graduação, essa realidade precisa ser revista (WHO, 2002). A inclusão de disciplinas na graduação, que contemplem aspectos do envelhecimento e do cuidado do indivíduo que envelhece, é preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

A equipe de enfermagem que cuida do idoso precisa estar, tecnicamente, qualificada para prestar um cuidado de modo distinto, tanto para o paciente quanto para o seu acompanhante que, geralmente, apresenta muitas inquietações. A atenção ao idoso hospitalizado deve estar pautada na promoção da saúde, na prevenção de agravos e na sua reabilitação, por meio de intervenções técnicas e de orientações adequadas (BOTH et al., 2014).

Além disso, é importante que os gestores das instituições de saúde proporcionem educação continuada aos seus funcionários, permitindo participação em cursos, seminários e oficinas que retratem o cuidado à pessoa idosa (BOTH et al., 2014). Pois, somente, a partir da capacitação dos profissionais, será possível estabelecer um modelo de cuidado do idoso que permeia as mudanças próprias do envelhecimento associadas à sua experiência de vida (MENDES, 2015).

TEMA 2: MULTIDIMENSÕES DO CUIDADO AO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Ideia Central A: Especificidades do cuidado do paciente idoso

Ancoragem: O paciente idoso precisa de um cuidado diferenciado

Expressões Chave:

“Diferente de cuidar de outros pacientes, eles são muito dependentes [...] é diferente cuidar da pele do idoso, cuidar da higiene do idoso [...] é diferente na fixação de um micropore, deve-se ter cuidado; é diferente em relação ao pudor, da exposição do paciente [...] procedimentos como a punção de acesso venoso são mais difíceis, pelo fato da pele e veias serem mais frágeis”. (Enf₁)

“Há uma diferença neste hospital porque muitos pacientes, passam por vários internamentos, pela idade do paciente ou pela evolução da doença passam a ser cuidados paliativos. A equipe não está preparada para lidar com isso. [...] Creio que falta saber a hora de dizer quando não dá mais, muitos acabam investindo, outros acabam se omitindo”. (Enf₂)

“Cuidar do idoso na emergência é sempre um desafio, pois a característica dele foge à regra da emergência convencional”. (Enf₃)

“Ele desidrata muito fácil, descompensa muito fácil, uma sepse faz ele entrar em delírio [...] o cuidado do idoso é muito específico, a atenção, pois nem sempre ele relata o que está acontecendo [...] a gente aprende a trabalhar com o idoso e ter uma visão mais cuidadosa”. (Enf₄)

“O paciente idoso precisa de um cuidado especial porque é diferente de um jovem [...] são pacientes que escondem seus sintomas, um paciente grave acaba tendo menos sintomas do que um jovem apresentaria”. (Enf₅)

“A maioria deles tem fragilidade capilar, acaba sendo diferenciado do adulto, mas cuidado específico pelo que observo não tem, quando a pele é muito fragilizada eu normalmente evito puncionar, porque vai provocar hematomas, que é o que acontece no idoso [...] pra cuidar do idoso necessita de maior quantitativo de profissionais, porque eles requerem mais cuidados assistenciais, tem que mudar de decúbito, trocar fralda, passar uma sonda, se o paciente quer ir no banheiro precisa ajudar”. (Enf₆)

Discurso do Sujeito Coletivo:

Penso que cuidar do idoso na emergência é sempre um desafio, pois a característica dele foge à regra da emergência convencional. O paciente idoso precisa de um cuidado especial porque é diferente de um jovem, um paciente grave acaba tendo menos sintomas do que um jovem apresentaria. Ele desidrata muito fácil, descompensa muito fácil. Preciso dar atenção, pois nem sempre ele relata o que está acontecendo, tem que ter uma visão mais cuidadosa. Além disso, eles são muito dependentes, é diferente o cuidado com a pele, com a higiene, na fixação de um micropore deve-se ter mais cuidado. A maioria deles tem fragilidade capilar, procedimentos como a punção de acesso venoso são mais difíceis, pode provocar hematomas. Vejo também é diferente em relação ao pudor e a exposição do paciente. Por isso, para cuidar do idoso eu preciso de maior quantitativo de profissionais, entendo que esses pacientes requerem mais cuidados assistenciais, tenho que mudar de decúbito, trocar fralda, se o paciente quer ir no banheiro preciso ajudar. Muitos pacientes, passam por vários internamentos, pela idade ou pela evolução da doença passam a ser cuidados paliativos e percebo que a equipe não

está preparada para lidar com isso, creio que falta saber a hora de dizer quando não dá mais, muitos acabam investindo, outros acabam se omitindo.

A ideia central “A” evidencia as percepções dos enfermeiros sobre as características do cuidado do idoso, ressaltando as suas particularidades decorrentes do processo natural de envelhecimento. De acordo com os participantes do estudo, o paciente idoso requer uma atenção e um cuidado especial, uma vez que o envelhecimento lhe atribui condições físicas e psíquicas que o diferem do adulto. Nesse sentido os profissionais precisam ter sensibilidade para adaptar a sua prática às necessidades desses pacientes.

Cuidar do idoso requer paciência, atenção aos detalhes, ter habilidade e destreza manual para realizar procedimentos, que pelas características dos pacientes se tornam mais complexos, como por exemplo, realizar punção venosa em paciente com fragilidade capilar, pele sensível e friável, muitas vezes associada a maior tempo de coagulação, em decorrência do uso de anticoagulantes. Essas situações exigem do profissional a capacidade de prever possíveis complicações e adotar medidas para prevení-las.

Outra característica do cuidado do idoso, identificada na fala dos participantes, é o maior grau de dependência para o autocuidado, que de acordo com Gray et al. (2013) tem relação com as limitações funcionais apresentadas pelo idoso. Assim, muitos pacientes são parcialmente ou totalmente dependentes para Atividades da Vida Diária (AVDs). Tarefas que parecem simples, como realizar higiene íntima, alimentar-se, vestir-se, podem ser complexas para o idoso dependente, a equipe de enfermagem tem papel prover esse cuidado, quando o paciente está incapacitado de fazer.

Além disso, as doenças crônicas submetem o idoso a internamentos recorrentes, tornando-os mais debilitados com o passar do tempo, ficam preso em um ciclo de atendimento de emergência que desperdiça recursos e não aborda seus objetivos de cuidados (GLAJCHEN et al., 2011). Em algum momento pode ser instituído o cuidado paliativo. No entanto, o relato dos enfermeiros evidencia a existência do conflito interno, por parte dos profissionais diante da finitude da vida e da impossibilidade de restabelecer a saúde do idoso, uma vez que, a equipe assistencial nem sempre compreende e aceita o cuidado paliativo e insiste em instituir medidas de tratamento, mesmo sabendo serem elas inúteis.

O modelo de cuidado mais indicado para atender às necessidades desses pacientes é o cuidado paliativo, uma vez que são indivíduos sem possibilidades terapêuticas, em que o foco não é mais a cura, e sim conforto, alívio da dor e do sofrimento (PAIVA et al., 2014; TERRA, 2013).

Ideia Central B: Práticas de cuidado do idoso na emergência impedem que o paciente tenha autonomia

Ancoragem: O paciente idoso não tem autonomia para decidir sobre seu cuidado

Expressões Chave:

“Acaba-se tirando a autonomia do paciente, por ser mais debilitado leva mais tempo para comer, ir no banheiro, por ser mais lento o paciente perde autonomia por falta de tempo, pois num setor de emergência é muito corrido”. (Enf₁)

“Como falta tempo e funcionário fazemos com que o paciente seja mais rápido, tiramos sua autonomia quando ele quer comer com suas próprias mãos e interferimos e alimentamos ele, ao invés de deixar ele andar para ir no banheiro nós colocamos ele numa cadeira de rodas” (Enf₂)

“[...] Muitas vezes deixa de tirar a sonda para não trocar a fralda [...] passa uma sonda nasointestinal por medo de dar comida ao paciente [...] com medo do paciente broncoaspirar”. (Enf₃)

“Vemos o idoso geralmente como uma pessoa totalmente dependente, que está aqui e não consegue fazer nada, não tem autonomia, que não pode se auto responsabilizar [...] a gente acaba cuidando do idoso naquilo que a gente acha que ele precisa, a gente não para e analisa o idoso de uma forma geral, preconizando aquilo que ele quer”. (Enf₄)

Discurso do Sujeito Coletivo

Percebo que a equipe vê o idoso como uma pessoa totalmente dependente, que está aqui e não consegue fazer nada, não tem autonomia, que não pode se auto responsabilizar. Desta forma, acabo cuidando do idoso naquilo que eu acho que ele precisa e não preconizando aquilo que ele quer. Como consequência, acabo tirando a autonomia do paciente, por ser mais debilitado, por ser mais lento, por falta de tempo, pois num setor de emergência é muito corrido, como falta tempo e funcionário faço com que o paciente seja mais rápido, assim tiro sua autonomia quando ele quer comer com suas próprias mãos e interfiro e alimento ele, ao invés de deixar ele andar para ir no banheiro coloco ele numa cadeira de rodas, muitas

vezes a equipe deixa de tirar a sonda para não trocar a fralda, passa uma sonda nasoenteral por medo de dar comida ao paciente e ele broncoaspirar.

A ideia central “B” retrata a visão dos enfermeiros sobre como a cultura instituída, de como se deve agir e cuidar, nos serviços de saúde impede os profissionais de tratar os pacientes enquanto indivíduos plenos em seu direito de tomar decisões a respeito do seu cuidado. Entretanto, o paciente idoso é muitas vezes incapaz de participar das decisões referentes ao seu tratamento, assim como consentir a realização do mesmo, cabendo a equipe a tomada de decisão (MORPHET et al., 2015).

O setor de emergência tem como característica dar respostas rápidas aos problemas, mas quando se trata de um local em que são atendidos majoritariamente idosos, essa prática interfere na autonomia do paciente, uma vez que, na tentativa de cumprir a tarefa rapidamente a equipe acaba por fazer pelo paciente aquilo que ele é capaz de realizar, criando-se um grau de dependência do paciente para com a equipe que presta o cuidado. Esse grau de dependência é legitimado pelos próprios idosos que, muitas vezes consideram que receber cuidados significa ser dependente do conhecimento dos outros para tomada de decisões e para receber os cuidados adequados (SÃO JOSÉ et al., 2016).

Essa situação reforça no indivíduo a sensação de ser incapaz, de não poder fazer sozinho, uma vez que já se encontra em situação de fragilidade devido ao seu estado de saúde comprometido. Essas atitudes por parte da equipe também impedem que o paciente mantenha habilidades de autocuidado, que são essências para seu bem-estar e manutenção da sua saúde após a alta hospitalar.

O cuidado do idoso precisa seguir uma perspectiva de promoção, educação, manutenção e recuperação do indivíduo, com foco na sua independência, sem que haja invasão aos limites pessoais ou mesmo a posse sobre esse ser (MESQUITA et al., 2016). Tendo em vista que, para alguns idosos é fundamental poder participar das decisões sobre seu cuidado, sendo esta uma maneira de controlar sua trajetória e manter a sua autodeterminação (SÃO JOSÉ et al., 2016).

Ideia Central C: A dinâmica de trabalho na emergência e sua relação com a qualidade do cuidado

Ancoragem: A dinâmica de trabalho na emergência interfere na qualidade do cuidado

Expressões Chave:

“Como é o setor que tem o primeiro contato com o paciente, muitas vezes são tomadas decisões precipitadas, não esperam conhecer o paciente para agir de forma mais adequada [...] muitas vezes o paciente não precisa do procedimento e ele acaba sendo feito, podendo prejudica-lo, no sentido dele se acostumar a usar a sonda, [...] ou broncoaspirar pela sonda que não precisaria ter sido passada, paciente fica mais debilitado não querendo sair da cama pois está com uma sonda. A sonda vesical de demora é mais um meio de expor o paciente ao risco de infecção [...] dificuldade de avaliação do cateter a ser puncionado [...] por se tratar de um setor de emergência acabam puncionando sempre com o cateter de maior calibre”. (Enf₁)

“Por ser um setor de urgência e emergência [...] os pacientes passam um período maior de tempo [...] por não haver um setor intermediário [...] sua estadia acaba sendo prolongada [...] paciente entubados, pela demora de vaga na UTI [...] a equipe não avalia se ele pode ser extubado e prorrogam essa via de oxigenação”. (Enf₃)

“[...] pacientes das unidades de internação voltam para emergência [...] acontece muito neste setor de aparecer procuras diretas [...] é realizado uma avaliação destes pacientes, verificando se ele encontra-se estável, se não é admitido na emergência”. (Enf₄)

“O hospital acaba em algumas situações não promovendo uma atenção de qualidade, [...] quer quantidade e não qualidade, e as vezes acaba se atropelando muito, chamando pacientes e não conseguimos dar sequência no cuidado dos pacientes que estão aqui [...] você tem que chegar, receber o paciente rápido, porque já está chegando outro [...] outra situação são pacientes que acabam vindo pra cá porque o Ministério Público determina e não são pacientes para serem tratados aqui [...] mas nós como equipe fazemos o melhor que podemos”. (Enf₅)

“Não tem profissionais num quantitativo bom, acaba que você presta uma assistência que não é qualificada, porque a demanda é maior que o quantitativo de profissionais [...] a estrutura física é boa [...] a qualidade na assistência era trabalhada no início quando o hospital foi inaugurado [...] eu não consigo dar uma assistência realmente qualificada justamente por essa defasagem de equipe”. (Enf₆)

Discurso do Sujeito Coletivo:

Percebo que o hospital em algumas situações quer quantidade e não qualidade, e as vezes acaba chamando pacientes e não consigo dar sequência no cuidado dos que já estão aqui. Tenho que receber o paciente rápido, porque já está chegando outro. Como é o setor que tem o primeiro contato com o paciente, muitas vezes são tomadas decisões precipitadas, não esperam conhecer o paciente para agir, muitas vezes o paciente não precisa do procedimento e ele acaba sendo feito,

podendo prejudicá-lo, ele pode broncoaspirar pela sonda que não precisaria ter sido passada, fica mais debilitado não querendo sair da cama pois está com sonda. Acho que a sonda vesical de demora expõe ao risco de infecção. Tenho dificuldade de avaliação de qual cateter usar, acabo puncionando sempre com o cateter de maior calibre. Permanecem por um período maior de tempo na emergência, por não haver um setor intermediário, paciente entubados, pela demora de vaga na UTI, a equipe não avalia se ele pode ser extubado e prorrogam essa via de oxigenação. Eu presto uma assistência que não é qualificada, porque a demanda é maior que o quantitativo de profissionais. A qualidade na assistência era trabalhada antes. Outra situação que percebo, são pacientes que acabam vindo pra cá porque o Ministério Público determina e não são pacientes para serem tratados aqui, e também pacientes das unidades de internação voltam para emergência. Além disso, acontece de aparecer procuras diretas, assim realizo uma avaliação destes pacientes, verificando se ele encontra-se estável, se não é admitido na emergência. Mas eu e minha equipe fazemos o melhor que podemos.

O DSC revela a insatisfação dos profissionais com a gestão do fluxo de pacientes admitidos no setor de emergência. Os enfermeiros priorizam a qualidade do cuidado, mas segundo eles a instituição se preocupa com o número de pacientes atendidos. Por se tratar de uma unidade referenciada, em que o número de atendimentos é controlado pelo NIR, esse fluxo poderia ser melhor ajustado para evitar a sobrecarga da equipe e a ocorrência de incidentes relacionados a assistência. A fala dos enfermeiros indica a necessidade de repensar aspectos importantes na organização do processo de trabalho, que envolve gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde, com vistas a garantir a integralidade da assistência (MONTEZELI et al., 2014).

Por outro lado, a falta de quantitativo adequado de profissionais é apontado como outro fator que interfere na qualidade do cuidado. A inadequação dos recursos humanos é uma das dificuldades dos serviços de saúde brasileiros, que são atemorizados pela preocupação com a contenção de gastos, frente a insuficiência de recursos financeiros, assim aumento de recursos humanos caminha a passos lentos nos setores de emergência (SOARES et al., 2016). Em contrapartida, os enfermeiros relatam que o número de pacientes atendidos tem aumentado

gradualmente, fazendo com que os profissionais de enfermagem sejam submetidos a elevadas cargas de trabalho (MONTEZELI et al., 2014).

A ausência de recursos humanos em número suficiente, conforme relatado pelos participantes expõe os pacientes ao maior risco de incidentes relacionados a assistência, tendo em vista que prejudica a prestação de uma assistência segura e de qualidade. É importante ressaltar que a equipe de enfermagem é responsável pelo provimento do cuidado, para cumprir seu papel necessita dispor de recursos humanos qualificados e em quantidade que lhe possibilite responder às expectativas institucionais (SOARES et al., 2016).

Outro aspecto identificado na fala dos enfermeiros é a dificuldade de uma avaliação mais ampla e detalhada do paciente, devido a característica própria do setor de emergência que é a tomada de decisão rápida, muitas vezes a decisão tomada não é a mais adequada. Essa realidade revela a necessidade de se implantar diretrizes fundamentadas no cuidado gerontológico, para subsidiar o processo de tomada de decisão pelos profissionais, para que seja mais assertivo.

Ideia Central D: O perfil do profissional que cuida do paciente idoso

Ancoragem: Os profissionais que cuidam do idoso na emergência precisam ter perfil e conhecimento específicos

Expressões Chave:

“Cada profissional tem que ter perfil para trabalhar com idoso, tem que ter paciência, amor [...] neste setor exige um raciocínio e tomada de decisão mais rápida [...] se não houver compatibilidade, os profissionais começam a trabalhar individualmente e não como equipe, por não se encaixar com o setor ou com o tipo de paciente”. (Enf₁)

“Cada um de nós somos diferentes um do outro, temos pessoas maravilhosas, profissionais, precisamos evitar que vire rotina e fazer a assistência com carinho, nem sempre encontramos esses funcionários que estão determinados a agir com carinho [...] a forma como trabalhamos com certeza existe uma porcentagem na recuperação desse paciente [...] não adianta só gostar, você tem que amar [...] precisamos de profissionais mais comprometidos com o idoso”. (Enf₂)

“O idoso você deve ter um pouco mais de calor na hora do acolhimento, pois já está num momento fragilizado, sua história pregressa nem sempre é fácil [...] estou feliz onde estou, com relação ao cuidado do idoso sinto essa necessidade de aprender mais, tem que se capacitar mais e correr atrás de mais conhecimento para desenvolver um trabalho melhor”. (Enf₃)

“Cuidar do idoso é uma atividade que exige muito conhecimento, destreza manual, habilidade e acho também que uma noção de espaço. Creio que a questão de humanização tem que ser muito reforçada no cuidado [...] falta

preparo a todos para compreender mais o processo de envelhecer [...] precisa que cada um busque o conhecimento sobre o que é o cuidado do idoso para que possamos fazer de forma mais ampliada e não só na questão tecnicista [...] a gente precisaria de maior preparo [...] somos acostumados a trabalhar com adultos [...] vejo que ainda permanece esse tipo de educação [...] algumas matérias são cuidados de saúde do adulto/idoso [...] a gente deve estudar mais o processo de envelhecer”.(Enf₄)

“Cuidado acaba sendo uma rotina, porque são sempre os mesmos pacientes, as mesmas comorbidades, os mesmos diagnósticos [...] os mesmos cuidados, então não tem um diferencial [...] no início tinha uma diferença na assistência e no treinamento de equipe, porque isso também faz um diferencial no cuidado [...] quando funcionários do posto eles vem pra emergência parece que vem cru nessa parte assistencial, as vezes é de se espantar sabe, isso no cuidado básico, nas premissas, então é preocupante [...] se voltasse a trabalhar com treinamentos e a capacitar os profissionais, acho que aqui tem tudo pra ser um hospital bom, pra nós enfermeiros nos sentirmos felizes pelo trabalho desenvolvido”. (Enf₆)

“É um cuidado mais sensibilizado, o paciente idoso já passou por tanta coisa nessa vida, que ele passa, transmite pra nós os conhecimentos e a gente passa cuidando dele. Então acho que é mais sensibilização pra cuidar, pra dar conforto, pra dar assistência”. (Enf₇)

Discurso do Sujeito Coletivo

É um cuidado mais sensibilizado, o paciente idoso já passou por tanta coisa nessa vida. Eu devo ter mais calor na hora do acolhimento, pois está num momento fragilizado, sua história pregressa nem sempre é fácil. Então acho que é mais sensibilização para cuidar, dar conforto, assistência. Por isso, cada profissional tem que ter perfil para trabalhar com idoso, tem que ter paciência, amor. Preciso evitar que vire rotina e fazer a assistência com carinho, pois cuidar do idoso exige muito conhecimento, destreza manual, habilidade e noção de espaço. Creio que a humanização tem que ser reforçada. A emergência é um setor que exige raciocínio e tomada de decisão rápida, se não houver compatibilidade, os profissionais trabalham individualmente e não como equipe, por não se encaixar com o setor ou com o tipo de paciente. No entanto, percebo que falta preparo a todos para compreender o processo de envelhecer, precisa que cada um busque o conhecimento para que possamos fazer de forma mais ampliada e não só na questão tecnicista, para desenvolver um trabalho melhor. Percebo que o cuidado acaba sendo uma rotina, são sempre os mesmos pacientes, as mesmas comorbidades, os mesmos diagnósticos, os mesmos cuidados, no início tinha uma

diferença na assistência e no treinamento de equipe, porque isso também faz um diferencial no cuidado, quando funcionários do posto vem pra emergência parece que vem cru nessa parte assistencial, então é preocupante, se voltasse a trabalhar com treinamentos e a capacitar os profissionais, acho que aqui tem tudo pra ser um hospital bom. Acredito que a forma como trabalhamos contribui com uma porcentagem na recuperação do paciente, por isso precisamos de profissionais comprometidos com o idoso.

O DSC revela o perfil de profissional adequado para o cuidado do idoso no setor de emergência, na visão dos enfermeiros. O profissional precisa ter habilidades técnicas e conhecimento científico na área, bem como sobre o processo de envelhecimento, aplicar elementos de humanização que envolve saber se comunicar com clareza, ouvir e respeitar e estar aberto ao diálogo, ter empatia, calma e sensibilidade, ter raciocínio lógico e tomada de decisão rápida, comprometimento e foco no paciente. De acordo com Holanda et al. (2015, p.310) o perfil de competência profissional do enfermeiro que atua em emergências concentra-se em três aspectos que são: “excelência operacional, foco nos clientes e entrega de cuidados agregadores de valor ao negócio, ao profissional e ao próprio cliente.

O cuidado do idoso precisa ser coerente com os valores e necessidades apresentadas por estes pacientes, para isso é importante a conscientização dos enfermeiros para esses aspectos do cuidado. Nesse sentido, a educação permanente pode ser uma estratégia para a qualificação dos trabalhadores e para o desenvolvimento da gestão em saúde (MESQUITA et al., 2016).

Os problemas na atenção à saúde do idoso, identificados no discurso dos participantes deste estudo, também são apontados pela literatura, como o foco na doença, a falta de especialização dos profissionais, aumento da demanda, escassez de tempo, número insuficientes de profissionais (MESQUITA et al., 2016).

A falta de capacitação da equipe de enfermagem é apontada como um dos fatores que impedem de se alcançar qualidade na assistência ao idoso. No que se refere a este problema, entende-se que tanto o profissional quanto a própria instituição possuem responsabilidade no desenvolvimento dos trabalhadores, por meio da capacitação profissional e da educação permanente, que é uma das

competências gerais do enfermeiro, para que eles possam agregar qualidade nas tarefas executadas (MONTEZELI et al., 2014).

Além disso, os processos seletivos das instituições devem buscar encontrar candidatos com competência necessária para ocuparem os cargos pleiteados. Um recrutamento sem alicerce nas competências requeridas para o pleno desempenho da função constitui um elemento dificultador do processo gerencial (SANTOS et al., 2016).

Ideia Central E: A relação profissional/paciente/família na emergência

Ancoragem: O cuidado do idoso na emergência implica na construção de uma relação entre profissional o idoso e sua família

Expressões Chave:

“Nem sempre é muito estável a relação com o acompanhante [...] as vezes o acompanhante está deprimido pela situação do paciente, que está no final da sua vida [...] então as vezes basta uma palavra ou relato ao acompanhante faz a diferença. E sem falar que muitas o acompanhante é sozinho, não tem mais familiares para dividir esse peso que está sendo pra ele”. (Enf₂)

“Com a família do idoso eu uso um mecanismo de defesa [...] muitas vezes a gente recebe idosos que vem com sinais de maus tratos [...] você tem que desvestir um pouco a opinião pessoal para não acabar julgando a família, pois você não sabe qual o relacionamento que esse idoso teve com a família, qual vínculo afetivo que eles têm, então não vejo grande problema em lidar com a família”. (Enf₃)

“Muitas vezes é negligenciado o cuidado com a família [...]. A família muitas vezes não quer ajudar, as vezes vem, as vezes nem vem com o paciente, as vezes vem e não cuida, ou cuida em excesso, prejudicando o trabalho da enfermagem [...] a família acha que estamos maltratando o paciente quando precisamos cuidar dele [...] a família ajuda e atrapalha, acho que conseguir esse intermédio de cuidado ativo da família junto com a percepção realista da situação do paciente é um processo difícil”. (Enf₄)

“A noite falta acompanhante, é dito para o acompanhante que ele pode ir embora, então acho que isso é uma situação que vai contra o Estatuto do Idoso e nós não temos acomodação para acompanhantes [...] eu costume não liberar, deixo a critério da família [...] há uma necessidade de acompanhamento familiar, tem famílias que chegam e largam o paciente e vão embora [...], mas é preciso uma atenção maior a esse paciente que está sem acompanhante”. (Enf₅)

“Por ser idoso a partir de 60 anos tem direito, porém muitas vezes eu reavalio, porque as vezes o acompanhante mais atrapalha a assistência do que colabora [...] nem segura no paciente direito, então pra deixar um acompanhante desse jeito prefiro falar: está cansado pode ir pra casa! [...] e o que colabora conosco eu deixo, ou quando o paciente está agitado precisa de acompanhante [...] até porque como aqui o espaço é menor para acomodação [...], mas aí vem a supervisão e interfere nessa autonomia, fica

uma situação chata entre a enfermeira e o acompanhante [...] no geral é tranquilo [...] mas já teve casos de acompanhantes atrapalharem minha assistência [...] acompanhante diz que está maltratando o parente”. (Enf₆)

“Tem alguns acompanhantes que são muito difíceis [...] as vezes eles não estão nem aí, então é algo que prejudica nossa assistência [...] O paciente com acompanhante tem aquela integração com a equipe. Claro que sempre tem aquele que não se dá bem com o outro”. (Enf₇)

Discurso do Sujeito Coletivo

Vejo que existe momentos em que o paciente com acompanhante tem integração com a equipe. Mas, nem sempre é muito estável esta relação, as vezes o acompanhante está deprimido pela situação do paciente, então uma palavra faz diferença. E muitas vezes o acompanhante é sozinho, não tem mais familiares para dividir esse peso. Percebo que muitas vezes é negligenciado o cuidado com a família. A família muitas vezes não quer ajudar, as vezes nem vem com o paciente, ou não cuida, ou cuida em excesso, prejudicando o trabalho da enfermagem. Vejo que a família acha que estou maltratando o paciente quando preciso cuidar dele, a família ajuda e atrapalha, acho que conseguir esse intermédio de cuidado ativo da família junto com a percepção realista da situação é um processo difícil. Muitas vezes recebo idosos com sinais de maus tratos, tenho que desvestir um pouco a opinião pessoal para não acabar julgando, pois não sei qual o relacionamento que esse idoso teve com a família. O idoso a partir de 60 anos tem direito, porém eu avalio, porque as vezes o acompanhante mais atrapalha a assistência do que colabora então prefiro falar: está cansado pode ir para casa! Quando o paciente está agitado precisa de acompanhante. A noite falta acompanhante, é dito para o acompanhante que ele pode ir embora, é uma situação que vai contra o Estatuto do Idoso, mas não tenho acomodação para acompanhantes, eu costumo não liberar, deixo a critério da família, porque há uma necessidade de acompanhamento familiar, preciso de uma atenção maior a esse paciente que está sem acompanhante.

O DSC retrata a falta de vínculo entre profissionais/paciente/família, que se evidencia pela relação conturbada e cheia de conflitos, que se estabelece na chegada do paciente na emergência. Os profissionais compreendem a importância da presença da família, mas por outro lado em decorrência dos problemas, que muitas vezes enfrentam com os familiares dos pacientes, já colocam uma barreira

para evitar desgaste desnecessário, uma vez que eles não são vistos como prioridade pela equipe (MORPHET et al., 2015).

Pode-se identificar na fala dos enfermeiros que a hospitalização do idoso é um processo muito desgastante para o familiar que assume o papel de cuidador, pois eles vão aos poucos sofrendo mudanças na atividade familiar e social, frequentemente implica em abrir mão de sua própria vida para acompanhar seu ente querido. Diante desse contexto, essas pessoas podem apresentar fragilidades orgânicas e emocionais, sentimentos diversos como raiva, cansaço, sofrimento, frustração e medo (SILVA et al., 2014). Esse estado emocional conturbado reflete nas atitudes perante a equipe de enfermagem.

Assumir e desempenhar o papel de cuidador e responsável pelo idoso hospitalizado, nem sempre é uma escolha, pode ser por vontade, disponibilidade, identificação ou até mesmo por falta de opção deste familiar (SANTOS et al., 2016). Em contrapartida, muitos familiares acompanham o paciente para assegurar que as decisões sobre seu tratamento sejam adequadas e os melhores cuidados sejam oferecidos (MORPHET et al., 2015).

Geralmente quem assume esse papel é um familiar, do sexo feminino, que muitas vezes também já é idoso. Compreender as relações familiares na qual os pacientes estão inseridos também faz parte do cuidar, pois conforme Santos *et al.* (2016) “olhar o idoso sem caracterizar e contextualizar sua família segue uma lógica inversa da integralidade”. A família, mesmo ocupando o papel de provedora de cuidados ao idoso, também ocupa o lugar de sujeitos que demandam de cuidado da equipe.

Pode-se evidenciar que a construção de vínculo entre profissionais/paciente/família ainda é um desafio a ser superado no setor de emergência. Mas os profissionais precisam compreender que tanto o idoso, quanto a sua família requerem atenção especialmente, para que o cuidado oferecido seja de qualidade e humanizado (SILVA et al., 2014). E a partir dessa compreensão, incorporar atitudes com vistas a atingir este objetivo em sua prática diária.

6.4 RESULTADO DA OFICINA

Com o objetivo de promover uma reflexão a respeito de como os enfermeiros percebem e realizam a gestão do cuidado do idoso no Setor de Urgência e Emergência, bem como, discutir e elaborar um protocolo de cuidado específico para esses pacientes foi realizada uma Oficina de Grupo Operativo, conforme proposto por Afonso (2010), dividida em três momentos.

No primeiro momento da oficina, intitulado "Como realizamos a gestão do cuidado do idoso?", foi apresentado o projeto de pesquisa, o tema estudado, sua relevância e justificativa, os objetivos e a metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa, esclarecendo cada uma das etapas. Em seguida foram divulgados os resultados obtidos nas duas primeiras fases de coleta de dados, constituídas pelas entrevistas e a observação participante.

Para finalizar esta primeira etapa foi proposto um momento de reflexão e discussão sobre os resultados relatados. Para isto, foi entregue um papel A4 e uma caneta para cada um dos participantes e solicitado que eles escrevessem uma palavra ou uma frase, que contemplasse a opinião deles sobre o cuidado do idoso, considerando os resultados apresentados.

Em seguida foi compartilhado com grupo o que cada um escreveu, sendo conduzida a discussão e reflexão sobre o tema, permitindo a participação de todos os membros do grupo. Emergiram as seguintes falas:

“Cuidar do idoso é complexo. Precisamos entender o idoso como futuro, o envelhecimento é algo que ainda não vivenciamos”. (Enf₁)

“Cuidar do idoso envolve compreensão, paciência, resiliência. É preciso cuidar do idoso como você gostaria de ser cuidado na sua velhice, compreende-lo como um todo e se colocando no lugar dele. Foco no idoso, como uma pessoa, e não o deixando de lado e tratando apenas a patologia, troca de curativo. A frustração do profissional em não conseguir realizar o cuidado como um todo na emergência, uma vez que tem que atender a demanda da gestão de leitos”. (Enf₂)

“O enfermeiro acaba agindo como psicólogo. Se tem uma preocupação com a patologia”. (Enf₃)

“É importante respeitar o paciente. O volume de paciente acaba sendo mais importante do que a qualidade da assistência, não levando em consideração os insumos, os recursos materiais, como cobertor, cadeira para o familiar. Como assumir a responsabilidade do paciente idoso tendo que atingir metas, tendo que entrar e liberar pacientes. O foco deveria ser no cuidado. Vemos uma queda na qualidade da assistência. O Estatuto do

Idoso prevê que a instituição ofereça condições para o acompanhante permanecer no hospital, nem sempre temos essas condições”. (Enf₄)

“Humanização e respeito. Muitas vezes cuidamos com desumanização, mecanização, desrespeito ao invadimos o paciente com acesso venoso, não consideramos a dor do paciente”. (Enf₅)

“Cuidar do idoso exige conhecimento e atenção. A saúde frágil do idoso e com alta debilidade demanda conhecimento e atenção, são requisitos fundamentais. Conhecimento o profissional adquire, tem que ter atenção na mudança no quadro clínico do paciente”. (Enf₆)

“Cuidado do idoso é muito específico, exige tempo, capacitação, seleção de pessoas com perfil para cuidar desses pacientes. É também frustrante, porque se investe muitas horas de cuidado e o paciente acaba indo a óbito”. (Enf₇)

“Acredito que o grande desafio que poderia ser tratado como prioridade é a relação paciente entre profissional e família”. (Enf₈)

“É um cuidado especializado, precisa de qualificação profissional”. (Enf₉)

“Temos cinco anos de instituição e não possuímos grupo de estudo. Quando temos alguma oficina durante o horário de trabalho tem o desinteresse em participar por parte de alguns profissionais”. (Enf₁)

“Ações básicas e essenciais ao cuidado como cabeceira elevada, cuidado com cateter, orientações na admissão”. (Enf₂)

“Paciência, tanto com o paciente quanto com o familiar, respeitar as particularidades”. (Enf₄)

“Negligenciamos em não capacitar nossos colaboradores, ausência de envolvimento dos enfermeiros assistenciais”. (Enf₅)

“Falta qualificação do técnico de enfermagem que inicia na instituição, pois, muitas vezes vem dos mais diversos serviços, como UBS e isso impacto no cuidado direto ao paciente”. (Enf₂)

“É preciso um olhar crítico e reflexivo sobre a prática profissional”. (Enf₅)

“Pessoas tem personalidades diferentes, algumas pensa quando menos eu souber, menos eu trabalho, tem a mesma formação com níveis diferente de conhecimento. (Enf₉)

A partir das falas dos participantes foi possível identificar como eles vislumbram o cuidado do idoso no setor de emergência. Assim, o cuidado precisa ter como base o conhecimento, humanização e o foco no paciente. E como elementos estruturais a capacitação da equipe, comprometimento, respeito, paciência, escuta ativa e olhar crítico. Esse conjunto de elemento é apontado como determinante para alcance da excelência do cuidado.

Com base nesses elementos foi possível elaborar a seguinte figura representativa:

FIGURA 1 – ELEMENTOS QUE COMPÕEM O CUIDADO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA. CURITIBA, 2017



FONTE: A autora (2017).

No segundo momento da oficina, intitulado “Conceitos sobre gestão do cuidado e protocolo de cuidado”, foram apresentados os conceitos de gestão do cuidado conforme Cecílio (2011). E de protocolo de cuidado, que segundo Pimenta et al. (2015, p.10) é “a descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde”.

Ainda, foi apresentado o objetivo dos protocolos, elencados os critérios e as etapas para construção e validação de um protocolo assistencial, segundo Pimenta et al. (2015). Na sequência foi apresentada a proposta de elaboração de um protocolo e aberto espaço para discussão da proposta e definição do foco e abrangência.

Como resultado da discussão ficou definido que seria construído um protocolo de admissão do idoso no setor de emergência, considerando a necessidade de um documento para nortear o trabalho da equipe de enfermagem e garantir autonomia e respaldo legal para os enfermeiros. A seguir são apresentados os registros de alguns momentos da oficina.

FIGURA 2 – SEGUNDO MOMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017



FONTE: A autora (2017).

FIGURA 3 – SEGUNDO MOMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017



FONTE: A autora (2017).

No terceiro momento da oficina, intitulado “Elaboração do protocolo de cuidado”, foi realizado um *brainstorming* com o objetivo dos enfermeiros elencarem qu

ais itens deveriam compor o protocolo. Para realização desta atividade, foi distribuído um bloco de *post it* e caneta para cada participante e solicitado que

escrevesse um item, que consideravam importante conter no protocolo, por folha. Os *post it* foram sendo colados em um quadro, e depois organizados por categoria, conforme quadro abaixo:

QUADRO 6 – ITENS LISTADOS PARA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ADMISSÃO. CURITIBA, 2017

Categoria	N
Verificação de sinais vitais	9
Avaliar risco de queda	8
Exame físico	9
Sistematização da Assistência de Enfermagem	9
Avaliação da pele	6
Cuidados com feridas	7
Inserção e cuidados com SNE/ SNG/SVD	5
Realizar ECG	4
Orientar familiares	5
Administração de medicamentos	4
Cuidados de higiene	3
Orientar e supervisionar equipe	3
Cuidados com oxigenoterapia	5

FONTE: A autora (2017).

Pode-se observar no quadro 6 que todas as categorias foram citadas por pelo menos três participantes. Sendo que a verificação dos sinais vitais, o exame físico e a sistematização da assistência de enfermagem foram apontadas por todos os participantes.

A verificação dos sinais vitais e o exame físico são atividades fundamentais para o planejamento do cuidado do paciente idoso, principalmente no momento da admissão, em que o enfermeiro precisa buscar o máximo de informações para realizar uma avaliação precisa do paciente e definir quais são as suas necessidades de cuidado, que requerem maior atenção da equipe.

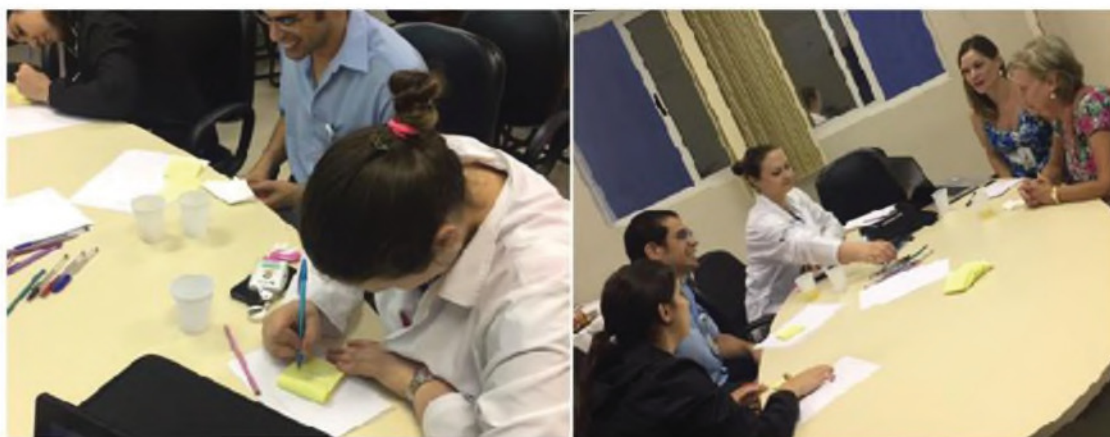
Além disso, uma avaliação mais abrangente do idoso no setor de emergência requer a implementação de ferramentas e diretrizes para identificação e controle da dor, avaliação cognitiva e manejo de delirium, prevenção de lesões de pele e de quedas, entre outras (SANTOS; LIMA; ZUCATTI, 2016). Os quais, também foram listados pelos enfermeiros no *brainstorming*.

Outra categorias que teve destaque foi a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), citada por todos os participantes. A SAE é uma ferramenta de organização do trabalho da equipe de enfermagem, que propicia o planejamento das

práticas de cuidar de maneira individualizada para atender as particularidades de cada paciente (SILVA, et al., 2016). O Cofen, por meio da Resolução nº 358/2009, normatiza a implementação da SAE em todos os ambientes, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, portanto trata-se de um requisito legal da prática profissional do enfermeiro.

A seguir são apresentadas algumas imagens registradas durante o terceiro momento da oficina. Na figura 4 os participantes do estudo estão escrevendo no *post it* os itens que consideravam importantes para serem incluídos no protocolo.

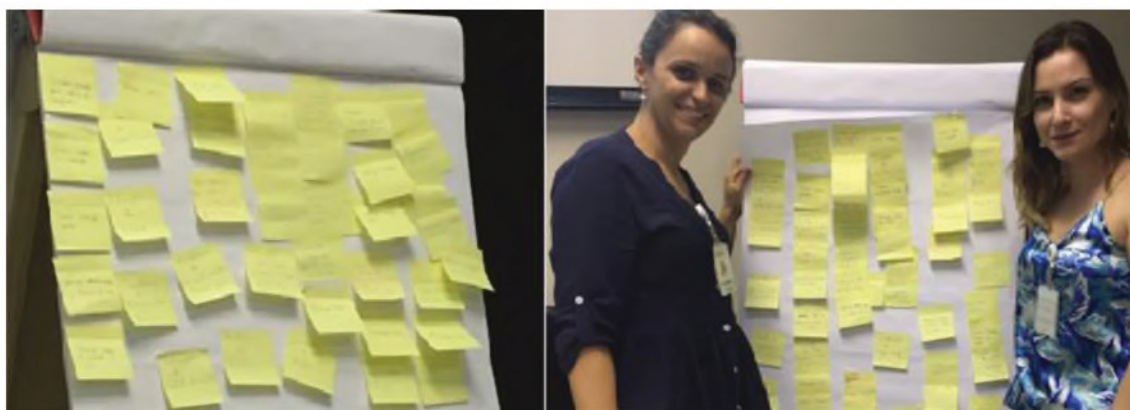
FIGURA 4 – TERCEIRO MOMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017



Fonte: A autora (2017).

Na figura 5 a pesquisadora e uma das participantes do estudo organizavam os itens elencados no *brainstorming* por similaridade.

FIGURA 5 – RESULTADO DO BRAINSTORMING. CURITIBA, 2017



Fonte: A autora (2017).

FIGURA 6 – FECHAMENTO DA OFICINA. CURITIBA, 2017



Fonte: A autora (2017).

As categorias identificadas no *brainstorming* deram origem aos itens que compõem o protocolo de admissão do idoso no setor de emergência, que se configura como produto de obtido a partir desta pesquisa. O quadro 7 apresenta o Protocolo Simplificado, que compreende índice de tópicos detalhados no protocolo. No APÊNDICE E é apresentado o Protocolo Expandido.

QUADRO 7 – PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA. CURITIBA, 2017

(continua)

PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA	
DOMÍNIO	ATIVIDADES
1. BASE CONCEITUAL	CUIDADO DO IDOSO NA EMERGÊNCIA
2. DEFINIÇÃO/ OBJETIVO/ ABRANGÊNCIA	2.1 CUIDADO 2.2 PACIENTES ADMITIDOS
3. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DO IDOSO	3.1 RECEBER O PACIENTE
	3.2 ORIENTAR ACOMPANHANTE PARA REALIZAR INTERNAMENTO
	3.3 GARANTIR A PRIVACIDADE DO PACIENTE
	3.4 MONITORIZAR PACIENTE
	3.5 VERIFICAR SINAIS VITAIS E GLICEMIA CAPILAR
	3.5.1 Dor
	3.5.2 Glicemia capilar
	3.5.3 Temperatura axilar
	3.5.4 Frequência cardíaca (Pulso)
	3.5.5 Pressão arterial
3.5.6 Frequência Respiratória	
3.5.7 Saturação de Oxigênio (SpO2)	
3.6 AVALIAR NECESSIDADE DE SUPORTE VENTILATÓRIO E INSTALAR SE NECESSÁRIO	
3.7 PUNÇONAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (AVP)	
3.8 REALIZAR ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	
3.9 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA VERBALMENTE	
3.10 AVALIAR NECESSIDADE DE COLETA DE SWAB NASAL E RETAL E PROCEDER A COLETA QUANDO INDICADO	

(continuação)

PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA	
DOMÍNIO	ATIVIDADES
3. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DO IDOSO	3.11 AVALIAR CONDIÇÕES DA PELE
	3.12 REALIZAR TROCA DE CURATIVOS
	3.13 REALIZAR HIGIENE ÍNTIMA E TROCA DE FRALDA
	3.14 REALIZAR SONDA GEM VESICAL DE DEMORA OU DE ALÍVIO
	3.15 AVALIAR SONDA NASOENTERAL E SONDA NASOGÁSTRICA E REALIZAR A TROCA QUANDO NECESSÁRIO
	3.16 IDENTIFICAR PACIENTE COM PULSEIRA (META 1)3. 16
	3.17 IDENTIFICAR LEITO DO PACIENTE (META 1 E META 6)
	3.18 VESTIR PACIENTE COM ROUPA DO HOSPITAL
	3.19 MANTER PACIENTE EM JEJUM
	3.20 AMNESE E EXAME FÍSICO
	Histórico de Enfermagem (Anamnese)
	Exame Físico
	Índice Katz de Independência nas Atividades da Vida Diária
Avaliação da Cognição	
Avaliação do Humor	
Avaliação da Mobilidade	
Avaliação da Comunicação	
Avaliação do Sono	
Avaliação do Estado nutricional	

(conclusão)

PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA	
DOMÍNIO	ATIVIDADES
3. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO DO IDOSO	3.20 AMNESE E EXAME FÍSICO
	Exame da Pele e Anexos
	Exame Neurológico
	Exame da Cabeça e Pescoço
	Exame dos Membros Superiores
	Exame do Tórax
	Exame do Aparelho Cardiovascular
	Exame do Abdome
	Exame do Aparelho Geniturinário
	Exame Proctológico
Exame do Membros Inferiores	
3.21 AVALIAR RISCO DE QUEDA E ORIENTAR PACIENTE E ACOMPANHANTE SOBRE O RISCO (META 6)	
3.22 REGISTRAR SINAIS VITAIS E PREENCHER ESCALA DE DOR	
3.24 ANOTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	
3.25 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
3.26 SOLICITAR EXAMES	
3.27 PREENCHER ESCALAS (MORSE/ ECA (SCP) / BRADEN)	
3.28 REGISTRAR LESÕES PREVALENTES	

FONTE: A autora (2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado no setor de emergência deve contemplar a individualidade e a integralidade do paciente idoso. É de responsabilidade da equipe multiprofissional e o enfermeiro desempenha o papel líder, tendo como funções gerenciar, organizar e integrar todos os profissionais envolvidos nesse processo. Esta compreensão engloba a concepção da convergência entre o cuidar e o gerenciar.

Neste estudo foram identificados alguns elementos considerados como dificultadores do processo de cuidar do idoso na emergência, como a falta de conhecimento da equipe sobre as particularidades do envelhecimento, uma vez que a formação dos profissionais que atuam no setor de emergência não atente esse requisito, ausência de capacitação e treinamento da equipe, ausência de protocolos institucionais adequados para o atendimento do idoso, inadequação das rotinas de trabalho que não priorizam as necessidades do paciente.

Também foi evidenciado, que cuidar do idoso exige dos profissionais o desenvolvimento de habilidades como paciência, saber se comunicar com clareza, ouvir e respeitar e estar aberto ao diálogo, empatia, atenção aos detalhes, ter raciocínio lógico e tomada de decisão rápida, destreza manual para realizar procedimentos, que são mais complexos devido ao envelhecimento. Trata-se de pessoas que passam por internamentos recorrentes, o que os torna mais debilitados com o passar do tempo. Além disso, a cultura instituída, de como se deve agir e cuidar, nos serviços de saúde impede os profissionais de tratar os pacientes enquanto indivíduos plenos em seu direito de tomar decisões a respeito do seu cuidado, essas pessoas muitas vezes têm sua autonomia tolhida.

Este estudo também identificou a insatisfação dos participantes com a gestão do fluxo de pacientes admitidos no setor de emergência. Os enfermeiros priorizam a qualidade do cuidado, mas segundo eles a instituição se preocupa com o número de pacientes atendidos, o que gera sobrecarga de trabalho, uma vez que, o número de profissionais é considerado insuficiente, interferindo na qualidade do cuidado.

Por meio das falas dos participantes pode-se perceber que a falta de tempo para cuidar adequadamente está enraizada no discurso dos enfermeiros, que utilizam essa fala para justificar sua incapacidade de organizar sua rotina de trabalho de maneira mais produtiva. Os profissionais da área da saúde precisam

compreender que cada cuidado realizado é um produto que foi gerado pelo seu trabalho, ou seja, o ato de cuidar é sinônimo de “produção de saúde”. Nesse sentido, quanto mais produtivo forem os serviços de saúde, especialmente os serviços públicos, menores serão as filas de espera por atendimentos no setor de emergência, de leitos para internamento hospitalar, consultas, exames, procedimentos cirúrgicos, entre outros. A grande questão: é como tornar os serviços de saúde mais produtivos e simultaneamente garantir melhor qualidade do cuidado?

Uma resposta coerente para este questionamento é aprimorar o modelo de gestão, qualificar os profissionais, construir uma cultura organizacional pautada no desenvolvimento das pessoas e na resolutividade dos problemas, por meio da simplificação e otimização dos processos de trabalho. É preciso romper com o discurso dos profissionais de que quantidade é o inverso de qualidade, uma vez que, podemos atender maior número de pacientes com alto padrão de qualidade se os nossos processos de trabalho forem bem estruturados e organizados. Uma forma de começar a organizar os processos de trabalho é padronizando as tarefas que o compõem, implantando diretrizes e protocolos internos.

O presente estudo alcançou seu objetivo com a elaboração do protocolo de admissão do idoso no setor de emergência. O mesmo foi validado pelos enfermeiros do setor de emergência, o início de sua utilização necessitando apenas da aprovação da direção da instituição para sua implantação. O protocolo pode e deve ser reformulado conforme a demanda do serviço.

O protocolo deve ser visto como facilitador, servindo de subsídio aos enfermeiros e toda a equipe de enfermagem da emergência, para as ações de cuidados ao paciente idoso. Sua viabilidade depende da organização do fluxo de admissão de pacientes pelo NIR e do número de enfermeiros em cada turno de trabalho, considerando que a avaliação detalhada do idoso na admissão demanda tempo.

Como limitação verificou-se a partir da busca da literatura, que foram encontrados poucos estudos relacionados ao cuidado de enfermagem ao paciente idoso no setor de emergência, principalmente na literatura nacional, configurando uma fragilidade para o seguimento da pesquisa, no seu objetivo que foi a elaboração de protocolo de admissão.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. (Org). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2. ed. Itatiba: Casa do Psicólogo, 2010.

ALMEIDA, M. de L. de. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. esp, p. 131-7, 2011. DOI. 10.1590/S0104-07072011000500017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

ALVES, K. Y. A.; SALVADOR, P. T. C. O.; TOURINHO, F. S. V.; SANTOS, V. E. P. Análise do conceito “protocolos de enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. **REUOL**, Recife, v.8, n.1, p. 177-82, 2014. DOI. 10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201425. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4680/pdf_4469>. Acesso em: 19 fev. 2016.

ANDRADE, L. A. S.; WILLIG, M. H.; SANTOS, S. P.; NUNES, M. G. J.; AGUILERA, A. L. Perfil dos idosos atendidos em um serviço de urgência/emergência de um hospital referência no atendimento ao idoso. In: Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontológica, 11ª, 2017, Belo Horizonte. Anais.

ARBAJE, A. I.; YU, Q.; NEWHALL, K. A.; LEFF, B. Prevalence, Geographic Variation, and Trends in Hospital Services Relevant to the Care of Older Adults: Development of the Senior Care Services Scale and Examination of Measurement Properties. **Medical care**, v. 53, n. 9, 2015. Disponível em: <<http://europepmc.org/articles/pmc4537324>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014198.06322013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>>. Acesso em 03 mar. 2017.

BARRETO, M. S.; TESTON, E. F.; MIRANDA, J. G.; ARRUDA, G. O.; VALSECCHI, E. A. S. S.; MARCON, S. S. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 16, n. 6, p. 833-41, Nov/Dez. 2015. DOI. 10.15253/2175-6783.2015000600009. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14768/1/2015_art_msbarreto.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 6, nov-dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_15.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A.; PERES, A. M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 15, n.2, p. 349-353, abr-jun. 2010. DOI. 10.5380/ce.v15i2.17875. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17875>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

BESSE M, CECÍLIO, L. C. O.; LEMOS, N. D. A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.17, n.2, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/22662/16432>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

BIF, M. W. **Os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência**. 2011. 86p. Monografia (Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/838?mode=full>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

BOLTZ, M.; CAPEZUTI, E.; SHULUK, J.; et al. Implementation of geriatric acute care best practices: Initial results of the NICHE SITE self-evaluation. **Nursing and Health Sciences**, v.15, p.518–524, 2013. DOI: 10.1111/nhs.12067. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23656606> > . Acesso em: 06 out. 2016.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de auto-aprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, p. 84, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. **Ministério da Saúde**, Brasília, D.F., 07 de dez. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde de Pessoa Idosa – PNSI. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF. 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o Pacto pela Saúde, consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 01 set. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar por local de internação**. DATASUS, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 07 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar por local de internação**. DATASUS, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

BRITO, F. C.; LITVOC, C. J. Conceitos básicos. In F.C. BRITO e C. LITVOC. (Ed). **Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.1-16.

BROWN, C. J.; REDDEN, D. T.; FLOOD, K. L.; ALLMAN, R. M. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. **J Am Geriatr**, v. 57, n. 9, p. 1660-1665, sep. 2009. DOI. 10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x/abstract>>. Acesso em: 06 out. 2016.

CALDAS, C. P.; VERAS, R. P.; MOTTA, L. B. da.; GUERRA, A. C. L. C.; CARLOS, M. de J.; TROCADO, C, V, M. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. **J Bras Econ Saúde**, v. 1, n. 7, p. 62-69, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4757.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.

CARVALHAIS, M. D.; SOUSA, L. Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, III Série, n. 3, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a08.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2016.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teóricos conceituais sobre procesos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campos, 1999.

CLIFT, E. L. Innovative ED older persons' care: A report on an initiative developed in Southampton Hospital ED. **International Emergency Nursing**, v.20, p.201-206, 2012. DOI. 10.1016/j.ienj.2012.03.007. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X12000523> . Acesso em: 06 out. 2016.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência gerontológica. **Mundo saúde**, v.4, n.29, p.566-574, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=421871&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R.; MELLO, A.L.S. F. de.; et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.3, n.15, p.483-491, 2006. DOI. 10.1590/S0104-07072006000300014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000300014&script=sci_abstract&lng=pt> . Acesso em: 16 mai. 2016.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. DOI. 10.1590/1413-81232015206.13272014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

FREITAS, M.G.; BONOLO, P. F.; MORAES, E. D.; MACHADO, C. J. Idosos atendidos em serviço de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciências, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 701-712, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/pt_14138123csc20-03-00701.pdf>. Acesso em 02 fev. 2016.

GARCIA, G.G. Las reformas de salud y los modelos de gestión. **Pan americana de Salud**, Washington, v.9, n.6, p.406-412, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v9n6/5390.pdf>> Acesso em: 17 mai. 2016.

GAWRYSZEWSKI, V. P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v.56, n.2, p. 162-167, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/191.pdf> Acesso em: 07 nov. 2015.

GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado**. Barueri: Manole, 2012.

GOLDENBERG, P. et al. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GLAJCHEN, M. et al. A Rapid Two-Stage Screening Protocol for Palliative Care in the Emergency Department: A Quality Improvement Initiative. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 42, n. 5, p. 657-662. Nov. 2011. Doi.10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011. Disponível em: <[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(11\)00403-9/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(11)00403-9/pdf)>. Acesso em: 06 out. 2016.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: Oliveira, R. G. de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. Disponível em: <http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/19_qualificacao_gestores_us.pdf> Acesso em: 18 mai. 2016.

GRAY L. C. et al. Profiles of older patients in the emergency department: findings from the inter RAI multinational emergency department study. **Ann Emerg Med**, v. 62, Issue 5, p. 467-474, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23809229>>. Acesso em: 14 set. 2016.

HETTI, L. B. E.; BERNARDES, A.; FORTUNA, C. M.; GABRIEL, C. S.; MAZIERO, V. G. Educação permanente / continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. eletrônica enferm**; v. 15, n. 4, p. 973-982, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151819442013000400015>. Acesso em: 03 mar. 2017.

HOLANDA, F. L.; MARRA, C. C.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 308-14, 2015. DOI. 10.1590/1982-0194201500082. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n4/1982-0194-ape-28-04-0308.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicasdapopulacao/resultadosdouniverso.pdf>>. Acesso em: 10 abr.2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicasdapopulacao/resultadosdouniverso.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2016.

JESUS, P. B. R.; LOPES, M. H. B de M.; TOTI, I. C. C.; SILVA, V. F. P.; MONTEIRO, M. I.; LAMAS, J. L. T. Caracterização e classificação de risco em

urgência e emergência hipertensiva. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.21, n.2, p. 01-09, 2016. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43590> >. Acesso em: 03 mar. 2017.

KANG, H. Geriatric Hospital Nurses' Perceived Barriers to Research Utilization and Empowerment. **Asian Nursing Research**, v.9, p.65-72, 2015. DOI. 10.1016/j.anr.2014.11.005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25829213>>. Acesso em: 06 out. 2016.

KERR, D.; LU S, MCKINLAY L. Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. **Int J Nurs Pract**, v. 20, n. 3, p. 250-7, 2014. DOI. 10.1111/ijn.12138. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12138/pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

KULIK, C. Components of a comprehensive fall-risk assessment. IN: **Special Supplement to American Nurse Today – Best Practices for falls Reduction: A Practical Guide**. EUA, v.3, n.6, 2011. Disponível em: <<http://www.americannursetoday.com/assets/0/434/436/440/7364/7542/7544/7634/4e4e7c0a-fddc-498a-9e6b-2f8>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LOPES, F. A. M.; MONTANHOLI, L. L.; SILVA, J. M. L.; OLIVEIRA, F. A. Perfil epidemiológico em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. de Enf. e Atenção à Saúde**, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p.84-94, 2014. Disponível: < <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/933/665> >. Acesso em: 14 abr. 2017.

LORENZETTI J, LANZONI GMM, ASSUITI LFC, PIRES DEP, RAMOS FRS. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, Abr-Jun, 2014. Disponível em: < http://scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf >. Acesso em: 03 mar. 2017.

LOWENSTEIN, S. R.; CRESCENZI, C. A.; KERN, D. C.; et al. Care of the Elderly in the Emergency Department. **Annals of Emergency Medicine**, v.15, n.5 p.528 535, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3963531>>. Acesso em: 06 out. 2016.

LUCCA, T. R. S.; VANNUCHI, M. T. O.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G.; PISSINATI, P. S. C. O significado da gestão do cuidado para docentes de enfermagem na ótica do pensamento complexo. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 37, n. 3, e:61097. Set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n3/0102-693rgenf1983144720160361097.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

LUZARDO, A. R.; PEREIRA, M. F.; PEREIRA, J. Modelo de Gestão do Cuidado em Atenção Primária: reflexões sobre determinantes sociais da saúde do idoso. Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 10, p.13-28. In: PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.;

OLIVEIRA MORITZ, G. de O.; BUNN, D. A. **Contribuições para a Gestão do SUS**. (Ed.). Fundação Boiteux, 2013. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wpcontent/uploads/2013/03/Volume10Completo1.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm em Foco**, v.6, n.1/4, p.11-17, 2015. DOI. 10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MACHADO, M. H.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; OLIVEIRA, E.; LEMOS, w.; FILHO, W.A. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 2/4, p. 15-34, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/687/297>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MACHADO, M. H.; FILHO, W. A.; LACERDA, W. F.; OLIVEIRA, E.; LEMOS, W.; WERMELINGER, M. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v.6, n.1/4, p.11-17, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, Jul/Set, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

MENEGUIN, S.; ALEGRE, P. H.; LUPPI, C. H. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 27, n. 2, p. 115-9, 2014. DOI. 10.1590/1982-0194201400021. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0115.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MESQUITA, J. dos. S.; CAVALCANTE, M. L. R.; FREITAS, C. A. S. L. Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira? **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 227-238. jan./mar. 2016. Disponível

em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/30357/20993>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 12.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Desafios para a mobilização de competências gerenciais por enfermeiros em pronto socorro. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 137-144, jan./mar. 2014. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.16635. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16635/pdf_123>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-54, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200020>. Acesso em: 21 jan. 2017.

MORAES, E N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES BERLEZI, E.; FARIAS, A. M.; DALLAZEN, F.; OLIVEIRA, K. R.; PILLATT, A. P.; KORTE FORTES, C. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643- 652, 2016. DOI.org/10.1590/1809-98232016019.150156. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v19n4/pt_1809-9823-rbqg-19-04-00643.pdf>. Acesso em 03 mar. 2017.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais Síndromes Geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

MORPHET, J.; DECKER, K.; CRAWFORD, K.; Et al. Aged care residents in the emergency department: the experiences of relatives. **Journal of Clinical Nursing**, v.24, p.3647–3653, 2015. DOI: 10.1111/jocn.12954. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26268157>>. Acesso em: 06 out. 2016.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 79-92, 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=446841&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

NUNES, M. G. J; WILLIG, M. H.; ANDRADE, L. A. S.; SANTOS, S. P.; CRUZ, G. C. C. Prevalência de doenças crônicas em idosos atendidos em um hospital gerontológico. In: Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontológica, 11ª, 2017, Belo Horizonte. Anais.

OLIVEIRA JLC, MATSUDA LM. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

PAIVA, F. C. L.; JÚNIOR, J. J. A. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 550-60, 2014. DOI: 10.1590/1983-80422014223038. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/bioet/v22n3/v22n3a19.pdf >. Acesso em: 12 abr. 2017.

PARKE, B.; HUNTER, K. F. The care of older adults in hospital: if it's common sense why isn't it common practice? **Journal of Clinical Nursing**, v.23, p.1573–1582, 2014. DOI: 10.1111/jocn.12529. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24444372>>. Acesso em: 06 out. 2016.

PILER, A. A. **Boas práticas obstétricas**: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição. 75f. Projeto de Dissertação (Mestrado Profissional Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

PIMENTA, C. A. de M. PASTANA, I. C. A. S. S, SICHIERI, K, SOLHA, R. K. T, SOUZA, W. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-SP, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP. **Estratégias para a segurança do paciente**: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SÃO JOSÉ, J.; BARROS, R.; SAMITCA, S.; TEIXEIRA, A. Older person's experiences and perspectives of receiving social care: a systematic review of the qualitative literature. **Health and Social Care in the Community**, v.24, n.1, p. 1-11, Jan. 2016. Disponível em: <onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc12186/full>. Acesso em: 06 out. 2016.

SALES, M. V. de. C.; et al. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. **Geriatrics e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p. 238-246, 2010. Disponível em: <<http://proqualis.net/artigo/eventos-adversos-em-pacientes-idosos-internados-um-estudo-prospectivo>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

SANTOS, S.C.; TONHOM, S. F. R.; KOMATSU, R.S. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29 (Supl), p.118-127, Dez. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SANTOS, M. T.; LIMA, M. A. D. S.; ZUCATTI, P. B. Serviços de emergência amigos do idoso no Brasil: condições necessárias para o cuidado. **Revista da Escola de**

Enfermagem, São Paulo, v.50, n.4, p.594-601, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361047445008>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

SANTOS, J. L. G; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n4/v32n4a09.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SILVA, R. S.; ALMEIDA, A. R. L. P.; OLIVEIRA, F. A.; OLIVEIRA, A. S.; SAMPAIO, M. R. F. B.; PAIXÃO, G. P. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. **Enferm. Foco**, v.7, n.2, p. 32-36, 2016. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803/328>>. Acesso em 04 jun. 2017.

SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M. Gestão da atenção ao idoso: possibilidades e desafios no campo da Gerontologia. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.6, p.503-514, Dez, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17319/12864>>. Acesso em: 16 maio. 2016.

SILVA, R. O. da. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A.; SOUZA, A. I. J. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e ao familiar cuidador. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 20-4, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2423>>. Acesso em: 09 abr. 2017

SILVA, D. S.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S, ROCHA, F. L. R.; CALDANA, G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev Eletr Enferm**, v. 16, n. 1, p. 211-9, 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a24.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

SILVA, R.; AMANTE, L. N. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 539-47, Abr/Jun. 2015. DOI. 10.1590/0104-07072015001772014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00539.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017

SINHA, K.S.; BESSMAN, E.S.; FLOMENBAUM, N. L. E. F. F. B. A Systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model. **Annals of Emergency Medicine**, v. 57, Issue 6, p. 672-682, 2014. DOI. 10.1016/j.annemergmed.2011.01.021. Disponível em: <[http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(11\)00098-9/fulltext](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(11)00098-9/fulltext)>. Acesso em: 14 set. 2016.

SOARES, M. I.; RESCK, Z. M. R.; CAMELO, S. H. H.; TERRA, F. S. Gestión de recursos humanos y su interfaz en la sistematización de la asistencia de enfermería. **Enfermería global**, Espanha, n. 42, p.353-364, Abril, 2016. Disponível em:

<<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/214711/192501>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SOMME, D.; LAZAROVICI, C.; DRAME', M.; et al. The geriatric patient: Use of acute geriatrics units in the emergency care of elderly patients in France. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.52, n.1, p.40-45, 2011. DOI. 10.1016/j.archger.2010.01.018 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20202700>>. Acesso em: 06 out. 2016.

SOUSA, M. S. T.; BRANDÃO, I. R.; PARENTE, J. R. F. A percepção dos enfermeiros sobre educação permanente em saúde no contexto da estratégia saúde da família de sobral (CE). **Revista Interfaces**, Juazeiro do Norte, v. 3, n. 1, 2015. DOI. 10.16891/2317.434X.143. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revistainterfaces/article/view/179/0>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PADILHA, M. I. C. S.; PRADO, M. L. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14 n. 2, p. 266-70, Abr/Jun, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072005000200015&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 mar.2016.

SCHERER, M. D. dos. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013001100011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 abr. 2017

SPINKS, J.; CHABOYER, W.; BUCKNALL, T.; TOBIANO, G.; WHITTY, J. A. Patient and nurse preferences for nurse handover—using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol. **BMJ Open**, v. 5, n. 11, p. 1-8, 2015. DOI. 10.1136/bmjopen-2015-008941. 2015. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/5/11/e008941.full.pdf+html>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri, SP: Manole, 2005.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando: Holt, Rinehart and Wiston, 1980.

TERRA, N. L. Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos. **Revista da SORBI**. Rio Grande do Sul, v. 1, n. 1, p. 12-14, 2013. Disponível: <www.sorbi.org.br/revista/index.php/revista_sorbi/article/view/15>. Acesso em: 12 abr. 2017.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular, 2004.

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

TRINDADE, I. I.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 36-42, Jan/Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 23, v.4, pg. 1189-1213, 2013. Disponível em: <<http://rbgg.com.br/arquivos/ArtigoPremiado.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2016.

VERAS, R. P. Prevenção de Doenças em Idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, out. 2012. DOI. 10.1590/S0102-311X2012001000003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2012001000003&lng=p&tlng=pt>. Acesso em: 08 set. 2016.

WILLIG, M. H. **Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras**. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H.; TRENTINI M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v 59, n. 2, p. 177-82, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a11.pdf> >. Acesso em: 08 set. 2016.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES**ROTEIRO PARA ENTREVISTA****Dados de Identificação:**

Nome: _____ Código: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de atuação na assistência em enfermagem: _____

Tempo de trabalho em serviço de urgência/emergência _____

Capacitação/Especialização: _____

1. Quais são as práticas de cuidado que você realiza, enquanto enfermeira, ao idoso atendido no setor de urgência/emergência?

2. Como você percebe as práticas do cuidado ao idoso, realizadas no seu local de trabalho?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO



Protocolo de Admissão do Idoso no Setor de Emergência

Assinale o grau de relevância de cada item avaliado de acordo com a seguinte pontuação:

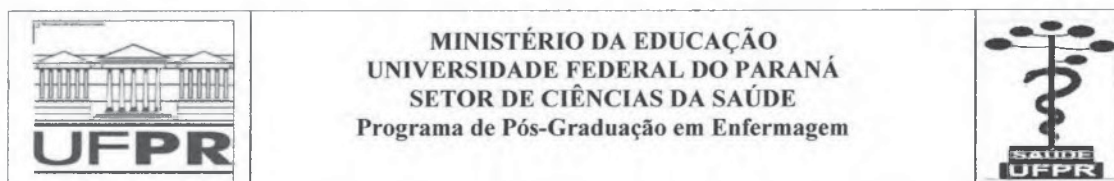
1. Não relevante ou não representativo
2. Item necessita de grande revisão para ser representativo
3. Item necessita de pequena revisão para ser representativo
4. Item relevante ou representativo

Apresentação

- a) A linguagem utilizada ()
- b) A disposição dos itens no texto ()
- c) Aparência ()

Conteúdo

- a) Temas abordados
- b) Objetivo
- c) Abrangência
- d) Especificidade das recomendações
- e) Itens que compõem a admissão
- f) Anamnese
- g) Exame físico
- h) Escalas de avaliação
- i) Aplicabilidade

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nós, Mariluci Hautsch Willig e Luciana Aparecida Soares de Andrade, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, enfermeira da emergência do Hospital do Idoso Zilda Arns - HIZA, a participar de um estudo intitulado “A Gestão do Cuidado Gerontológico do Idoso Atendido em um Serviço de Urgência/Emergência”. Esta pesquisa é de fundamental importância para a melhoria do cuidado prestado pela equipe de enfermagem ao idoso admitido na emergência.

- a) O objetivo desta pesquisa é identificar as ações de cuidado desenvolvidas pelos componentes da equipe de enfermagem do serviço de emergência do hospital do idoso; analisar a percepção das enfermeiras sobre o gerenciamento do cuidado ao idoso e desenvolver um modelo/protocolo de cuidado de enfermagem ao idoso atendido em situação de emergência.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário preencher um questionário contendo informações referentes às suas iniciais, idade, sexo, formação, tempo de formação e há quanto tempo trabalha no setor local de estudo desta pesquisa, bem como, participar de uma entrevista e de oficinas, em que serão abordadas questões referentes à sua rotina de trabalho na emergência.
- c) Para tanto você deverá comparecer na sala de aula do Hospital do Idoso - Zilda Arns, de acordo com a data e horário pré-agendado, este agendamento será conforme a sua disponibilidade, de preferência nos dias correspondentes ao seu plantão. Nessa data você precisará preencher o questionário e participar de uma entrevista individual com duração máxima de 40 minutos. Um segundo e terceiro encontro também serão agendados para que você participe de oficinas em grupo. O grupo será composto por todos os

participantes do estudo, portanto a data e horário agendado respeitarão a disponibilidade de todos os participantes, sendo determinada conforme consenso do grupo. As oficinas também serão realizadas na sala de aula do Hospital do Idoso - Zilda Arns e terão duração de aproximadamente 40 minutos cada e serão realizadas em dias diferentes, antes ou após o seu turno de trabalho.

- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a constrangimento, por serem abordadas questões referentes a sua atuação enquanto enfermeira(o) que atende o idoso admitido na emergência, assim como questões referentes a sua rotina de trabalho, que implica na assistência dos pacientes idosos.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o sentimento de constrangimento.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são a melhoria do cuidado do idoso admitido no setor de emergência. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) As pesquisadoras, responsáveis por este estudo poderão ser localizadas para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo, conforme descrito a seguir:

Luciana Aparecida Soares de Andrade na emergência do Hospital do Idoso Zilda Arns, rua Lothário Boutin, 90, telefone (041)3316-5958, de segunda a sexta das 07:00 às 13:00h, ou pelo e-mail: luciana.soares@ufpr.br;

Mariluci Hautsch Willig, rua Lothário Meissner, 632, telefone (041)3361-3626, ou pelo e-mail: familiawillig@terra.com.br.

- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado;
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, orientadora desta pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que **a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade;**

- j) O material obtido – questionários e gravação de voz – será utilizado unicamente para a construção desta pesquisa, será guardado pelas pesquisadoras pelo período de 5 anos, após o arquivo de computador onde os dados forem armazenados serão apagados e os questionários serão queimados;
- k) As despesas com esta pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação;
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código;
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ___ de _____ de 2016

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Eu, _____.

Autorizo o uso de minha imagem (fotos), na apresentação oral e escrita da pesquisa intitulada: "A GESTÃO DO CUIDADO GERONTOLÓGICO AO IDOSO ATENDIDO EM UM SERVIÇO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA", desenvolvida pela Enfermeira **Luciana Aparecida Soares de Andrade**.

Curitiba, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

**APÊNDICE E – PROTOCOLO EXPANDIDO DE ADMISSÃO DO IDOSO NO
SETOR DE EMERGÊNCIA**



**Protocolo de Admissão
do Idoso no Setor de
Emergência**





Protocolo de Admissão do Idoso no Setor de Emergência

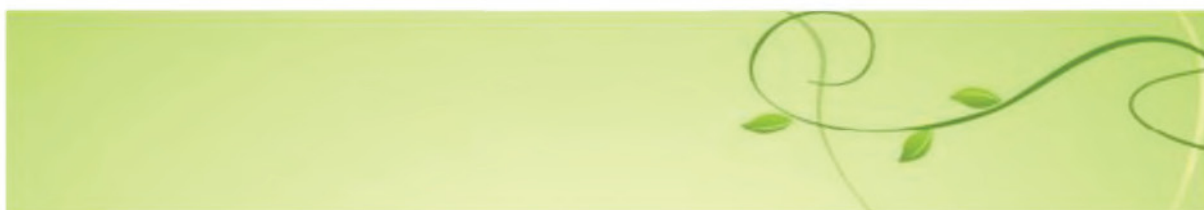
Organizadores

Luciana Aparecida Soares de Andrade

Mariluci Hautsch Willig

Curitiba

2017



Apresentação



Este protocolo foi elaborado com o intuito de direcionar os cuidados de enfermagem na admissão do paciente idoso no setor de emergência, tendo em vista os desafios dos serviços de saúde frente ao envelhecimento populacional e o aumento dos atendimentos de urgência e emergências a esta população.

Nesse sentido foi proposto uma sequência de ações a serem desenvolvidas pela equipe de enfermagem, que visam garantir uma assistência integral ao idoso, assegurando seu conforto e privacidade.

Sumário

1. CUIDADO DO IDOSO NA EMERGÊNCIA	6
2. DEFINIÇÃO	7
2.1 CUIDADO	7
2.2 PACIENTES ADMITIDOS	7
2.3 OBJETIVO	8
2.4 ABRANGÊNCIA	8
3. DESCRIÇÃO	9
3.1 RECEBER O PACIENTE	9
3.2 ORIENTAR FAMILIAR/ACOMPANHANTE PARA REALIZAR INTERNAMENTO	9
3.3 GARANTIR A PRIVACIDADE DO PACIENTE	10
3.4 MONITORIZAR PACIENTE	10
3.5 VERIFICAR SINAIS VITAIS E GLICEMIA CAPILAR	10
3.5.1 Dor	11
3.5.2 Glicemia Capilar	11
3.5.3 Temperatura Axilar	12
3.5.4 Frequência Cardíaca (Pulso)	12
3.5.5 Pressão Arterial (PA)	12
3.5.6 Frequência Respiratória (FR)	13
3.5.7 Saturação de Oxigênio (SpO2)	13
3.6 AVALIAR NECESSIDADE DE SUPORTE VENTILATÓRIO E INSTALAR SE NECESSÁRIO	14
3.7 PUNCIÓNAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (AVP)	14
3.8 REALIZAR ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	14
3.9 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA VERBALMENTE	15
3.10 AVALIAR NECESSIDADE DE COLETA DE SWAB NASAL E RETAL E PROCEDER A COLETA QUANDO INDICADO	15
3.11 AVALIAR CONDIÇÕES DA PELE	16
3.12 REALIZAR TROCA DE CURATIVOS	16
3.13 REALIZAR HIGIENE ÍNTIMA E TROCA DE FRALDA	16
3.14 REALIZAR INSERÇÃO DE CATETER VESICAL DE LONGA PERMANÊNCIA OU DE ALÍVIO	16
3.15 AVALIAR CATETER NASOENTERAL E CATETER NASOGÁSTRICO E REALIZAR A TROCA QUANDO NECESSÁRIO	17
3.16 IDENTIFICAR PACIENTE COM PULSEIRA (META 1)	18
3.17 IDENTIFICAR LEITO DO PACIENTE (META 1 E META 6)	18

3.18	VESTIR PACIENTE COM ROUPA DO HOSPITAL	18
3.19	MANTER PACIENTE EM JEJUM	19
3.20	ANAMNESE E EXAME FÍSICO.....	19
	Histórico de Enfermagem (Anamnese)	19
	Exame Físico	20
	Exame Físico do Paciente Idoso	22
	Índice Katz de Independência nas Atividades da Vida Diária	22
	Avaliação da Cognição.....	23
	Avaliação do Humor	25
	Avaliação da Mobilidade	27
	Avaliação da Comunicação	28
	Avaliação do Sono.....	29
	Avaliação do Estado nutricional.....	29
	Exame da Pele e Anexos	30
	Exame Neurológico	31
	Exame da Cabeça e Pescoço	33
	Exame dos Membros Superiores	38
	Exame do Tórax	38
	Exame do Aparelho Cardiovascular	42
	Exame do Abdome	44
	Exame do Aparelho Geniturinário	47
	Exame Proctológico	48
	Exame do Membros Inferiores	48
3.21	AVALIAR RISCO DE QUEDA E ORIENTAR PACIENTE E ACOMPANHANTE SOBRE O RISCO (META 6).....	50
3.22	REGISTRAR SINAIS VITAIS E PREENCHER ESCALA DE DOR	50
3.23	ANOTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	51
3.24	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	51
3.25	SOLICITAR EXAMES.....	52
3.26	PREENCHER ESCALAS (MORSE/ ECA (SCP) / BRADEN).....	52
3.27	REGISTRAR LESÕES PREVALENTES	54
	REFERÊNCIAS	55

Base Conceitual

1. CUIDADO DO IDOSO NA EMERGÊNCIA

A necessidade de cuidados de urgência e emergência ao idoso tem aumentado gradualmente, os fatores apontados como determinantes para essa crescente demanda são o envelhecimento populacional e a mudança de perfil epidemiológico (ROSENBERG; ROSENBERG, 2016). O aumento da expectativa de vida na população possibilita a ocorrência de problemas decorrentes das alterações morfofisiológicas, inerentes ao envelhecimento. (GONÇALVES et al., 2012).

A procura por serviço de emergência pelos idosos se deve ao adocimento agudo ou a exacerbação de um problema crônico de saúde. Esses pacientes necessitam de serviços que respondam em tempo hábil à gravidade de sua condição clínica e ao mesmo tempo considerem as alterações biológicas relativas à idade, as comorbidades e funcionalidade (CALDAS et al., 2015). São apontadas como causas mais comuns de atendimento de urgência e emergência de idosos: traumas (acidentes de trânsito, queimaduras e quedas); doenças cardiovasculares (síncope, síndromes coronarianas agudas, insuficiência cardíaca descompensada e arritmias); doenças neurológicas (ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, crise convulsiva e delirium) e abdome agudo (FREITAS; PY, 2013).

As emergências clínicas no idoso exigem habilidades e rapidez no manejo destes pacientes (ROSENBERG; ROSENBERG, 2016). Mais do que ter habilidade e rapidez, cabe ao enfermeiro, ao cuidar do paciente idoso, dispor de atenção especial às suas necessidades mais urgentes, porém não considerar somente o seu problema de saúde agudo, mas avaliar suas funções cognitivas e psíquicas, sua condição nutricional e social, sua capacidade funcional e o seu grau de autonomia e independência (GONÇALVES; TOURINHO, 2012); (ROSENBERG; ROSENBERG, 2016).

No entanto, a heterogeneidade clínica dos pacientes idosos contribui para os desafios, que a equipe de enfermagem, enfrenta na implementação dos cuidados, corroborando a importância da implementação de protocolos que direcionem as ações de cuidado realizadas por estes profissionais.

Definição

2. DEFINIÇÃO

2.1 CUIDADO

O cuidado de enfermagem é constituído por um conjunto de técnicas e conhecimentos teóricos, que visam garantir a promoção de uma assistência integral, competente e responsável, estabelecendo-se o processo de cuidar. Para Wanda Horta o objetivo do cuidado de enfermagem é atender as necessidades básicas do ser humano, de acordo com três categorias: psicobiológicas, psicossocial e psicoespiritual, conforme descrito em sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Portanto, cuidar significa assistir ao outro, fazer aquilo que ele não pode realizar auxiliar no autocuidado, promover a independência e a satisfação de suas necessidades básicas. Essa teoria se aplica no cuidado do idoso, uma vez que ao conceber o ser humano como único, no que tange a satisfação das suas necessidades básicas, mostrando como é importante para a pessoa idosa ser percebida em suas manifestações de necessidade tanto quanto na maneira de satisfazê-la em um estilo próprio (FREITAS; PY, 2013).

2.2 PACIENTES ADMITIDOS

Os pacientes admitidos na emergência são provenientes das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), do Ambulatório de Especialidades e Centro de Imagem do hospital, do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e por procura direta. O acesso dos pacientes das UPAs ocorre via regulação da Central de Leitos Municipal e Núcleo Interno de Regulação do Hospital do Idoso. Trata-se de pacientes que passaram por um primeiro atendimento na UPA, e apresentam critério para internação hospitalar. Os pacientes provenientes do Ambulatório de Especialidades, do Centro de Imagem e do SAD, são aqueles que ao passarem por consulta médica ambulatorial, após realizarem exame de imagem, ou consulta domiciliar, for constatado a necessidade de internação hospitalar, são admitidos no setor de emergência. A procura direta é realizada por pacientes pós-alta hospitalar do hospital e aquele que apresente agravo à saúde, com necessidade de atendimento de urgência ou emergência.

Objetivo

Abrangência



2.3 OBJETIVO

Descrever as ações de cuidado ao paciente idoso admitido no setor de emergência.

2.4 ABRANGÊNCIA

Este protocolo se aplica a equipe de enfermagem do setor de emergência.

Atribuições da Equipe de Enfermagem na Admissão do Idoso

3. DESCRIÇÃO

3.1 RECEBER O PACIENTE

O Enfermeiro da emergência deve ser acionado, quando o paciente chegar ao hospital, por um membro da equipe que realizou o transporte. Ele deverá solicitar o encaminhamento do paciente e conferir os seguintes dados: nome completo, data de nascimento, nome da mãe e procedência, assim como verificar se o paciente está acompanhado por um familiar ou responsável. Em seguida, o enfermeiro deve dirigir-se até a ambulância e avaliar o estado geral do paciente, para definir se o mesmo será recebido na sala de emergência ou na observação. Nesta avaliação deve ser observado:

- Nível de consciência
- Padrão respiratório
- Sinais vitais durante o transporte

O paciente que apresentar pelo menos uma das seguintes alterações deverá ser admitido na sala de emergência: rebaixamento do nível de consciência, dispneia, sinais vitais instáveis durante transporte. Também é importante considerar o motivo do encaminhamento para tomada de decisão. Após avaliação do enfermeiro o paciente será encaminhado para o leito e o acompanhante do paciente orientado a aguardar na recepção da emergência, por instruções sobre o internamento.

Para admitir o paciente a equipe de enfermagem deve fazer uso de paramentação, que inclui uso de luvas e avental descartável, conforme indicado pela Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

3.2 ORIENTAR FAMILIAR/ACOMPANHANTE PARA REALIZAR INTERNAMENTO

O acompanhante do paciente será orientado, por um membro da equipe da emergência, a se dirigir até a recepção principal, portando um documento com foto e um documento do paciente, para realizar o internamento hospitalar, conforme Protocolo da instituição. Quando o paciente estiver sem acompanhante, a UPA deverá anexar ao

encaminhamento a ficha de cadastro do paciente. O assistente administrativo ou um membro da equipe de enfermagem da emergência encaminhará esta ficha à recepção, para ser realizado o internamento.

3.3 GARANTIR A PRIVACIDADE DO PACIENTE

Após acomodar o paciente no leito, a equipe de enfermagem deve garantir a sua privacidade antes de iniciar os procedimentos de admissão. É dever da equipe, que presta assistência ao paciente, manter a sua privacidade e evitar sua exposição desnecessária (SOARES; DALL'AGNOL, 2011). Indica-se o uso de biombo, para realizar qualquer procedimento que possa expor o paciente, bem como manter a porta do quarto fechada e caso esteja presente no quarto o acompanhante de outro paciente, solicitar que o mesmo aguarde do lado de fora durante a realização do procedimento.

3.4 MONITORIZAR PACIENTE

Os pacientes admitidos na sala de emergência devem ser monitorizados. Para isso, é necessário despir o paciente, assim como para a realização os demais procedimentos de admissão. A monitorização do paciente deve ser realizada colocando-se o oxímetro de pulso em um dos dedos da mão, com o sensor luminoso voltado para o leito ungueal, o manguito do esfigmomanômetro colocado em um dos braços e os eletrodos colados no tórax, nas seguintes posições: 2ª espaço intercostal direito; 2º espaço intercostal esquerdo; torácica inferior direita; 4º espaço esternal direito, torácica inferior esquerda. Em seguida, deve-se conectar os cabos nos eletrodos, conforme o seguinte padrão: RA (Braço Direito) 2ª espaço intercostal direito; LA (Braço Esquerdo) 2º espaço intercostal esquerdo; RL (Perna Direita) torácica inferior direita; C (Peito) 4º espaço esternal direito; LL (Perna Esquerda) torácica inferior esquerda. Por último deve-se ligar o monitor e certificar-se que os parâmetros estão sendo visualizados (POTTER; PERRY, 2009).

3.5 VERIFICAR SINAIS VITAIS E GLICEMIA CAPILAR

Recomenda-se a verificação dos sinais vitais (SSVV) na admissão do paciente, logo após o mesmo, ter sido acomodado no leito. Deve ser verificado: temperatura axilar,

frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de O₂, pressão arterial, dor e glicemia capilar (DANIEL; MACHADO; VEIGA, 2016). Os SSVV devem ser anotados no formulário do balanço hídrico, para posterior transcrição no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), na aba de sinais vitais.

3.5.1 Dor

Considerada como quinto sinal vital, está associado à lesão tissular real ou potencial. É o motivo mais comum para busca de cuidado de saúde. Deve ser avaliada em todos os pacientes durante a verificação dos demais sinais vitais. A avaliação da dor inclui determinar que nível de alívio da dor o paciente agudamente doente acredita ser necessário para se recuperar com rapidez ou melhorar a função, ou que nível de alívio o paciente crônica ou terminalmente doente requer para manter o conforto (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Os fatores a considerar são a intensidade, regulação temporal, localização, qualidade, o significado pessoal, fatores agravantes e aliviadores e os comportamentos de dor. A avaliação da dor começa ao observar cuidadosamente o paciente, notar sua postura geral e presença ou ausência de comportamentos manifestos de dor e pedir-lhe que descreva com suas próprias palavras os aspectos específicos da dor. A resposta à dor nas pessoas idosas pode estar diminuída por causa da acuidade reduzida ao tato, das alterações nos trajetos nervosos e do processamento diminuído dos dados sensoriais (POTTER; PERRY, 2009).

3.5.2 Glicemia Capilar

A hipoglicemia é a emergência médica endocrinológica mais frequente, de fácil tratamento e da qual a maioria dos pacientes se restabelece completamente, sem sequelas, desde que devidamente diagnosticada e tratada prontamente. A **hipoglicemia pode variar entre leve (60-70 mg/dl)**, com sintomas adrenérgicos, e **severa**, com glicemias menores que 50 mg/dl, levando a alterações do nível de consciência (SBD, 2016). A hiperglicemia pode aparecer durante períodos de stress metabólico agudo ou injúria traumática e pode causar danos, entre eles, um aumento de susceptibilidade para sepse (LIANG, 2016). Hiperglicemia de estresse é a elevação da glicose na presença de

doenças agudas. O **valor máximo aceitável a glicemia de 180 mg/dl** (ADA, 2017). A glicemia deve ser verificada na admissão utilizando-se o glicosímetro.

3.5.3 Temperatura Axilar

A temperatura axilar deve ser verificada utilizando-se termômetro digital. O paciente idoso apresenta uma variação mais estreita de temperatura corporal, sendo mais sensíveis a temperaturas extremas devido a deterioração de seus mecanismos de controle, principalmente controle vasomotor, redução do tecido subcutâneo, atividade diminuída da glândula sudorípara e queda do metabolismo (FREITAS; PY, 2013). Apresenta mais dificuldade para elevação da temperatura corporal, mais risco de hipotermia (temperatura axilar $< 35^{\circ}\text{C}$) se comparado ao adulto. **No idoso febre corresponde a temperatura axilar $\geq 37,2^{\circ}\text{C}$ ou elevação de 1,1 a $1,3^{\circ}\text{C}$ na temperatura basal** (LIANG, 2016).

3.5.4 Frequência Cardíaca (Pulso)

O pulso é a delimitação palpável da circulação sanguínea, sendo um indicador do estado circulatório. Pode ser avaliado palpando-se uma artéria, sendo mais utilizada artéria radial ou carótida por permitirem uma palpação mais fácil. A avaliação do pulso inclui a medida de sua frequência, ritmo, força e simetria. A frequência refere-se ao número de batimentos por minuto, **sendo a variação normal entre 60 a 100 batimentos por minuto** (TEIXEIRA, et al., 2015). O ritmo indica se o intervalo entre os batimentos são regulares ou irregulares, quando ocorre um batimentos precoces ou tardios configuram uma disritmia (POTTER; PERRY, 2009).

3.5.5 Pressão Arterial (PA)

A pressão arterial é a força exercida sobre a parede de uma artéria pelo sangue pulsante sob a pressão do coração. O pico máximo de pressão no momento em que a ejeção de sangue pelo coração ocorre corresponde a pressão sistólica. Quando os ventrículos relaxam, o sangue que permanece nas artérias exerce uma pressão mínima ou pressão diastólica (POTTER; PERRY, 2009).

Os níveis de pressão variam com a idade, **uma pressão arterial ótima para um indivíduo adulto saudável é menor que 120/80 mmHg**. Valores de 120-139/80-

89mmHg são considerados como pré-hipertensão. Idosos apresentam um aumento na pressão sistólica relacionado com a diminuição da elasticidade das veias, entretanto uma pressão **acima de 140/90 é considerada como hipertensão** (MALACHIAS et al., 2016). A Pressão Arterial (PA) deve ser medida indiretamente por meio do esfigmomanômetro aneróide e um estetoscópio, ou por meio da pressão não invasiva (PNI) do monitor cardíaco. Para verificação da PA é importante selecionar o membro apropriado para fazer a medição, utilizar um manguito adequado para o tamanho do membro escolhido, o paciente deve estar confortavelmente acomodado no leito. Pacientes agitados podem apresentar alteração deste dado vital (POTTER; PERRY, 2009).

3.5.6 Frequência Respiratória (FR)

A avaliação do estado respiratório incluem a frequência (número de incursões respiratórias por minuto) e a profundidade da respiração e o ritmo dos movimentos de ventilação. Durante a avaliação deve-se observar o movimento completo de inspiração e expiração enquanto estiver contando a frequência respiratória, e avaliar a profundidade das respirações observando o grau de desvio ou movimento na parede torácica, descreva os movimentos respiratórios como profundos, normais ou superficiais. Importante determinar o padrão da respiração observando o tórax ou abdome, lembrando que na respiração normal há um intervalo regular após cada ciclo respiratório. **Os valores normais da frequência respiratória compreendem o intervalo de 12 a 20 incursões por minuto** (POTTER; PERRY, 2009).

3.5.7 Saturação de Oxigênio (SpO2)

A saturação de oxigênio corresponde ao percentual de oxigênio ligado à hemoglobina. A medida indireta da saturação de oxigênio pode ser feita por um oxímetro de pulso, que é um aparelho que emite ondas de luz que são absorvidas de modo diferente por hemoglobinas oxigenadas e desoxigenadas, o fotodetector capta essa diferença e o oxímetro calcula a saturação de pulso (SpO2), que é uma estimativa confiável da saturação arterial de oxigênio (SaO2) (POTTER; PERRY, 2009). A verificação da SpO2 deve ser realizada conforme Protocolo Operacional Padrão (POP) da instituição.

3.6 AVALIAR NECESSIDADE DE SUPORTE VENTILATÓRIO E INSTALAR SE NECESSÁRIO

O Enfermeiro deve avaliar o paciente e promover a oxigenoterapia segura e acurada, incluindo ajustes da taxa de fluxo do oxigênio e avaliação da resposta do paciente. Primeiramente verifica-se a condição clínica do paciente, inspecionando os sinais e sintomas associados a hipóxia e presença de secreção nas vias aéreas. É importante conhecer o histórico do paciente, existência de doença respiratória, saturação de oxigênio, frequência respiratória e sinais do uso da musculatura acessória (POTTER; PERRY, 2009).

Após a avaliação determina-se qual o melhor suporte ventilatório para o paciente. A tomada de decisão, sobre qual dispositivo utilizar para garantir o suporte ventilatório adequado ao paciente, deve ser tomada juntamente com o médico. Podem ser utilizados os seguintes dispositivos: cateter nasal; máscara facial simples; máscara facial com bolsa reservatório; máscara de Venturi, conforme POP da instituição.

Critérios para uso de O₂ paciente idoso:

- Paciente com queixa de dispneia e frequência respiratória igual ou superior a 24 incursões respiratórias por minuto (IRPM)
- Saturação de O₂ igual ou inferior à 90%
- Instabilidade hemodinâmica
- Pacientes com DPOC que apresentem esforço respiratório ou SpO₂ igual ou inferior a 88%
- Pacientes que já estavam com suporte ventilatório (FREITAS; PY, 2013).

3.7 PUNCIÓNAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (AVP)

Na admissão do paciente, o acesso venoso puncionado em outro serviço deve ser retirado e realizada punção de novo AVP, conforme POP da instituição. Pacientes sem condições de AVP e sem indicação médica de punção de cateter venoso central (CVC) pode ser realizada hipodermóclise, conforme POP da instituição.

3.8 REALIZAR ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

É indicada a realização de ECG na admissão em todos os pacientes idosos (acima de 60 anos). O ECG deverá ser realizado pelo técnico de enfermagem ou pelo enfermeiro,

conforme POP da instituição. A realização do ECG de 12 derivações, na admissão do paciente, justifica-se por ser um importante instrumento de avaliação do idoso, sobretudo para a investigação de infarto silencioso e alterações do ritmo cardíaco, que são frequentes nesses pacientes.

A doença cardíaca isquêmica pode apresentar-se silenciosa ou de modo atípico, a dispneia é um dos principais sintomas. No entanto a confusão mental também pode ser o único sinal de isquemia cardíaca. A prevalência de arritmia também aumenta com o envelhecimento. A fibrilação atrial é a mais frequente no idoso e sua importância está relacionada com a elevada prevalência de insuficiência cardíaca associada e de manifestações embólicas como complicações (FREITAS; PY, 2013).

3.9 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA VERBALMENTE

As prescrições verbais são prescrições ou ordens de medicamentos relatadas verbalmente entre emissor e receptor pessoalmente, por telefone ou por outro equipamento de comunicação verbal. As comunicações verbais de prescrições ou ordens de medicação devem ser limitadas às situações de urgência e emergência nas quais a comunicação escrita ou por meios eletrônicos não é possível (POTTER; PERRY, 2009).

As ordens verbais apenas devem ser executadas quando for informado corretamente, pelo médico solicitante, o nome do paciente, nome do fármaco, dose a ser administrada, via de administração e diluição. As prescrições verbais devem ser realizadas no prontuário eletrônico, pelo médico responsável, assim que possível, e checada pelo membro da equipe de enfermagem que administrou (POTTER; PERRY, 2009).

3.10 AVALIAR NECESSIDADE DE COLETA DE SWAB NASAL E RETAL E PROCEDER A COLETA QUANDO INDICADO

Cabe ao enfermeiro avaliar se há a necessidade de coletar o swab nasal e retal, conforme protocolo da SCIH da instituição, e orientar ao técnico de enfermagem a realizar a coleta. Os swabs devem ser identificados com nome completo do paciente e data de nascimento e registrados no caderno de protocolo de amostras enviadas ao laboratório. Cabe ao assistente administrativo do setor ou técnico de enfermagem, encaminhar os swabs ao laboratório.

3.11 AVALIAR CONDIÇÕES DA PELE

A avaliação das condições da pele do paciente deve ser realizada pelo enfermeiro, na admissão. Trata-se de uma das etapas do exame físico, em que o enfermeiro, além de avaliar o risco de desenvolvimento de Lesão por Pressão (LP), pode observar se o paciente já apresenta alguma lesão, classificar a lesão prevalente, planejar e prescrever o cuidado para tratamento da lesão existente, bem como, as medidas preventivas desses agravos. O risco para desenvolvimento de LP deve ser determinado por meio da aplicação da *Escala de Braden*, disponível no PEP.

3.12 REALIZAR TROCA DE CURATIVOS

A troca de curativo deve ser realizada na admissão do paciente, conforme POP da instituição, uma vez que permite ao enfermeiro avaliar as lesões prevalentes, planejar e prescrever os cuidados adequados para o tratamento da mesma. Cabe ao enfermeiro orientar a equipe técnica, sobre como realizar o curativo e qual cobertura indicada.

O objetivo principal de uma cobertura ou curativo é favorecer o processo cicatricial. Dessa forma, a escolha da terapia tópica, para o tratamento da ferida, deve estar baseada nas características clínicas da ferida e na fase de cicatrização em que a mesma se encontra. Da mesma forma, a periodicidade de trocas da cobertura, ou curativo, deve fundamentar-se na quantidade e características do exsudato presentes no leito da ferida e no tipo de cobertura utilizada para o seu tratamento (MENEGON, et al., 2012).

3.13 REALIZAR HIGIENE ÍNTIMA E TROCA DE FRALDA

A higiene íntima e troca de fralda se faz necessária para todo paciente acamado. Além de garantir a higiene adequada do paciente, a exposição do mesmo, durante o procedimento, permite ao enfermeiro avaliar as condições da pele, identificar lesões prevalentes e visualizar se o paciente apresenta alguma alteração na região genital, como por exemplo: corrimento vaginal, prolapso de útero, hipospádia, etc. Deve-se fazer higiene íntima e troca de conforme POP da instituição.

3.14 REALIZAR INSERÇÃO DE CATETER VESICAL DE LONGA PERMANÊNCIA OU DE ALÍVIO

Pacientes com sinais de retenção urinária na admissão (globo vesical e dor em região supra púbica) devem ser submetidos à cateterização vesical de longa permanência ou de

alívio (ROSENBERG, et al., 2014). O enfermeiro deve discutir com o médico plantonista a escolha do dispositivo indicado. O procedimento deve ser realizado conforme POP da instituição. Pacientes admitidos em uso de cateter vesical de longa permanência deve-se, após avaliação médica, retirar o dispositivo e realizar a inserção de novo cateter vesical de longa permanência quando houver indicação médica, conforme POP da instituição.

3.15 AVALIAR CATETER NASOENTERAL E CATETER NASOGÁSTRICO E REALIZAR A TROCA QUANDO NECESSÁRIO

A avaliação do Cateter Nasoenteral (CNE) é indicada sempre que o paciente for admitido com este dispositivo, que pode ter sido passado na UPA ou no internamento hospitalar anterior. Consiste na verificação do seu estado geral e confirmação do posicionamento em região pós pilórica. Primeiramente, o enfermeiro avalia o estado geral da CNE. Aquelas que apresentarem sinais de desgaste pelo tempo de uso, que estiverem danificadas e/ou com sujidade devem ser removidas e realizada a inserção de novo cateter.

Quando o cateter estiver em bom estado geral, o enfermeiro deve verificar o seu posicionamento. A primeira avaliação do posicionamento, consiste na ausculta, que deve ser realizada da seguinte maneira: injetar ar com uma seringa de 10 ml na extremidade do dispositivo e auscultar com o estetoscópio sobre o epigástrio a entrada de ar na câmara gástrica. Após o teste retirar o ar e aspirar o conteúdo gástrico utilizando a seringa acoplada na ponta do dispositivo, observando aspecto e volume do conteúdo drenado. A segunda avaliação, consiste na realização de RX de abdome simples, para visualização da sonda. Após confirmar o posicionamento gástrico, por meio da ausculta, indica-se a realização do RX de abdome simples para segunda avaliação (POTTER; PERRY, 2009).

É indicada a troca da CNE nos seguintes casos: pacientes com história de disfagia, que faziam uso prévio em domicílio; CNE em posicionamento inadequado ou danificada. A inserção de CNE deve ser realizada conforme POP da instituição. Caso o paciente não tenha história de disfagia prévia, é importante solicitar avaliação da fonoaudiologia para confirmar a indicação do uso de CNE, antes de proceder à troca.

Caso o paciente admitido esteja com Cateter Nasogástrica (CNG), cabe ao enfermeiro avaliar o motivo pelo qual o dispositivo foi inserido, para definir se irá proceder a troca ou irá mantê-lo. Quando o paciente estiver com CNG para alimentação, a mesma deve ser removida. Pacientes com história prévia de disfagia e uso de cateter para alimentação em

domicílio, proceder com a inserção de CNE. Pacientes sem história prévia de disfagia ou uso de cateter para alimentação, aguardar avaliação médica ou solicitar avaliação da fonoaudiologia, para verificar se o paciente tem indicação desta via alternativa para alimentação (SBG, 2011).

Paciente em uso de CNG para drenagem gástrica deve permanecer com o dispositivo para avaliar o débito, deve ser observado a quantidade, aspecto e coloração. Quando não houver indicação de troca da CNE ou CNG, o técnico de enfermagem deve realizar a troca da fixação do cateter e colocar etiqueta de identificação contendo sua procedência e data da inserção.

3.16 IDENTIFICAR PACIENTE COM PULSEIRA (META 1)

Cabe à recepção imprimir a pulseira, contendo dados de identificação do paciente, imediatamente após realizar a internação hospitalar, e entregá-la à equipe de enfermagem da emergência, conforme POP da instituição. A equipe de enfermagem deve colocar pulseira de identificação no paciente, em membro superior direito ou em outro membro se houver impossibilidade no membro citado assim que a mesma for disponibilizada pela recepção, conforme POP da instituição (BRASIL, 2013).

3.17 IDENTIFICAR LEITO DO PACIENTE (META 1 E META 6)

O leito do paciente deve ser identificado com os seguintes dados: nome, idade, data de nascimento, procedência. Também cabe a equipe de enfermagem sinalizar o leito, em local específico, quanto ao risco de queda, risco de lesão por pressão e isolamento quando houver indicação, conforme POP da instituição (BRASIL, 2013).

3.18 VESTIR PACIENTE COM ROUPA DO HOSPITAL

Após realizar os procedimentos de admissão (ECG, SSVV, coleta de swab, troca de curativo e troca de fralda), do paciente idoso acamado e dependente, o técnico de enfermagem deve vesti-lo com a camisola do hospital. Quando o paciente for independente, deve-se entregar a ele a camisola ou pijama, acompanhá-lo até o banheiro e orientá-lo a trocar de roupa. Importante sempre verificar se o paciente precisa de ajuda.

3.19 MANTER PACIENTE EM JEJUM

A equipe de enfermagem deve orientar o paciente e seu acompanhante, de que os pacientes devem permanecer em jejum até a avaliação médica. Esta medida se faz necessária, uma vez que o médico pode solicitar exames, que para serem realizados, o paciente precisa estar em jejum. Desta forma, evita-se a demora para realização de exames e elucidação diagnóstica.

3.20 ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Histórico de Enfermagem (Anamnese)

A queixa principal deve direcionar a coleta de informações, para se obter uma história minuciosa e clara do motivo pelo qual o paciente procurou por atendimento de saúde, bem como sua história pregressa de saúde e hábitos de vida que interferem diretamente em sua saúde (POTTER; PERRY, 2009).

A história de saúde do paciente idoso deve ser obtida de maneira calma e tranquila. Devido a maior incidência de comprometimento auditivo e visual nos idosos, a iluminação deve ser adequada e os ruídos e distração dever ser minimizados. O entrevistador deve assumir uma posição que possibilite a pessoa ler o lábios e as expressões faciais, para facilitar a compreensão do paciente. Outro aspecto importante, é o entrevistador atentar-se para sinais e sintomas sutis e alterações recentes na função e bem estar, que é comum nos idosos (FREITAS; PY).

Deve se ter um cuidado especial na obtenção de uma história completa sobre os medicamentos utilizados, uma vez que é comum a polifarmácia. Embora as pessoas idosas possam apresentar declínio na função cognitiva, não se deve supor que ela seja incapaz de fornecer uma história adequada. No entanto, incluir um membro da família na entrevista pode validar as informações e fornecer detalhes ausentes no relato do idoso (MORAES, 2008).

Investigar os seguintes itens:

- Queixa principal (motivo que levou o pacientes a procurar atendimento/quando ocorreu);
- História de saúde atual e pregressa
- Hospitalização prévia (diagnóstico/ano);
- Cirurgias prévias (quais/ano);

- Medicações em uso (droga/ dose/ tempo de uso)
- Tabagismo (nº de cigarros dia/ tempo);
- Etilismo (tipo de bebida/dose/tempo);
- Atividade física (tipo de exercício/frequência/orientação profissional);
- Alimentação
- Eliminações
- Mobilidade em domicílio
- Uso de órtese/prótese (especificar)
- Imunizações (vacina antitetânica/ antiamentarilica/ antipneumocócica/ influenza)

Exame Físico

É uma revisão cefalocaudal de cada sistema do corpo que ofereça informações objetivas sobre o paciente. Compõe-se basicamente de quatro técnicas fundamentais: inspeção, ausculta, palpação e percussão.

Finalidade:

- Obter dados sobre o estado de saúde do paciente;
- Completar, confirmar ou refutar os dados obtidos na entrevista;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem;
- Elaborar julgamento clínico sobre alterações da saúde do paciente;
- Gerenciar ações de enfermagem em prol da melhoria da saúde do paciente;
- Avaliar os resultados das ações de enfermagem sobre o estado de saúde do paciente.

Materiais e Equipamentos

1. Bandeja
2. Gaze não estéril
3. Almotolia com álcool a 70%
4. Equipamentos de proteção individual (máscara, avental, luvas de procedimento)
5. Estetoscópio
6. Lanterna
7. Abaixador de língua
8. Fita métrica
9. Régua

10. Algodão
11. Lençóis
12. Biombo

Descrição da técnica

1. Realizar higienização conforme POP da instituição;
2. Separar uma bandeja para o procedimento;
3. Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
4. Higienizar as mãos com álcool 70%;
5. Preparar o material, organizando-os na bandeja (anexo 1);
6. Levar a bandeja até a unidade do paciente;
7. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
8. Checar os dados de identificação na pulseira do paciente conforme POP da instituição;
9. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
10. Promover privacidade, utilizando biombos;
11. Higienizar as mãos com álcool;
12. Calçar as luvas de procedimentos, e os demais equipamentos de proteção individual, se necessário;
13. Iniciar o exame físico no sentido cefalocaudal, seguindo as etapas: A - Inspeção, B - Ausculta, C - Palpação e D – Percussão.

Indica-se a realização do exame físico com o paciente nas seguintes posições, considerando seu estado clínico e suas limitações:

- Posição 1: Paciente sentado. Posicionar-se na frente do paciente e realizar a ectoscopia global, exame da cabeça, olho, ouvido, nariz, cavidade oral, pescoço (linfonodos e tireoide), tórax, membros superiores, membros inferiores e aferição dos dados vitais. Em seguida posicionar-se atrás do paciente e realizar o exame do pescoço (coluna cervical e tireoide) e tórax (coluna tóraco-lombar e pulmão). A ausculta do sopro aórtico, como na insuficiência aórtica, deve ser feita com paciente sentado, com tórax inclinado para frente e, preferencialmente, durante a expiração.
- Posição 2: Paciente em decúbito dorsal em 45°, é feito o exame do pescoço: pulso venoso, arco aórtico e artérias carótidas.

- Posição 3: Paciente em decúbito dorsal, realiza-se o exame do tórax (mama, pulmão e precórdio), abdome, pelve e membros superiores e inferiores.
- Posição 4: Paciente em ortostatismo, realiza-se o exame do aparelho locomotor e avaliação da marcha (FREITAS; PY, 2013).

Exame Físico do Paciente Idoso

A avaliação do idoso tem como ponto de partida a avaliação da funcionalidade global, por meio das atividades de vida diária (AVD) básicas. O principal sintoma a ser investigado é a presença de declínio funcional. As AVD básicas são investigadas pelo índice de Katz. Em seguida recomenda-se a avaliação dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação (MANSO; BIFFI, 2015).

Índice Katz de Independência nas Atividades da Vida Diária

O índice de Katz é um instrumento de medida das atividades de vida diária hierarquicamente relacionada e organizado para mensurar independência no desempenho dessas seis funções. Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social, utilizado para avaliar a funcionalidade dos idosos, em relação as Atividades Básicas de Vida Diária (MANSO; BIFFI, 2015).

Segundo essa escala os idosos são classificados como independentes se eles desenvolverem a atividade sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz (MANSO; BIFFI, 2015). A dependência para cada uma das seis funções estabelecidas foi previamente determinada e está explicitada a seguir:

- a) Tomar banho: realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações
- b) Vestir-se: considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, manuseia fechos (exclui-se o ato de amarrar o sapato);
- c) Uso do banheiro: compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas;

- d) Transferir-se: avaliado pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa (pode estar usando objeto de apoio);
- e) Continência: refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar;
- f) Alimentar-se: relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca (o corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação) (MORAES; MORAES, 2014).

A avaliação das AVD deve ser complementada por dois questionamentos:

- O que o senhor gostaria de fazer e que não está fazendo? (fornece informações quanto às necessidades funcionais do paciente do seu ponto de vista).
- O que o senhor fazia e deixou de fazer? (fornece informações quanto ao declínio funcional apresentado pelo paciente) (MORAES, 2008).

Avaliação da Cognição

As funções cognitivas são divididas em: memória, atenção, linguagem, percepção e funções executivas. O Envelhecimento fisiológico não afeta as funções cognitivas de forma significativa. Ocorre uma lentificação do processamento cognitivo global, sem comprometer a autonomia e a independência do idoso. A incapacidade cognitiva é a perda de habilidades cognitivas essenciais para uma vida independente (MANSO; BIFFI, 2015).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM/ Mini-mental) é um instrumento útil na avaliação cognitiva por ser simples e de fácil aplicação. É composto por 11 itens e a pontuação máxima são 30 pontos. A primeira metade do teste avalia basicamente a memória, atenção e concentração (itens 1 a 5). A segunda metade avalia linguagem, gnosis, praxia, função executiva e função visuoespacial).

Inicialmente, solicita-se ao paciente prestar atenção nas perguntas que serão realizadas, cujo objetivo é avaliar a sua memória. Importante que o avaliador nunca fale que as perguntas são fáceis, pois caso o paciente encontre dificuldades em responde-las, ficará ansioso, comprometendo o exames (MANSO; BIFFI, 2015). Não deixe que se percebam os erros cometido. O Mini-mental inclui avaliação dos seguintes itens:

-Orientação temporal: ano/ mês/ dia do mês/ dia da semana/ hora aproximada;

-Orientação espacial: Estado/ cidade/ bairro ou nome de rua próxima/ local geral (hospital) / local específico (consultório, enfermaria).

-Registro: pedir para paciente repetir algumas palavras (carro, vaso, tijolo). Deve-se ter o cuidado de falar as três palavras com clareza e pausadamente, para focalizar a atenção auditiva. Orientar o paciente a ouvir com atenção para em seguida repeti-las. Repita quantas vezes forem necessárias para que o paciente memorize.

-Atenção e cálculo: solicitar ao paciente fazer o cálculo subtração de 7 seriado ($100 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$) ou soletrar a palavra "mundo) da última letra para a primeira (ODNUM). Este item avalia a atenção, concentração e função executiva.

-Evocação: o paciente deverá repetir as três palavras memorizadas anteriormente (carro, vaso, tijolo).

-Nomear: apontar uma caneta e um relógio e pedir para paciente nomeá-los.

-Repetir: pedir para o paciente repetir a frase "Nem aqui, nem ali, nem lá". Certifique-se que ele ouviu a ordem com clareza e permita apenas uma tentativa.

-Comando de três estágios: pegar uma folha de papel, estenda para o paciente e dê a ordem: "pegue esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão". O escore é dado pela sequência correta das três ações.

-Escrever uma frase: pedir para paciente escrever uma frase, por exemplo um dizer bonito, alguma coisa que aconteceu. A frase deve conter começo meio e fim. Não ditar a frase.

-Ler e executar: peça para o paciente fazer o que está escrito.

-Cópia do pentágono: mostrar o desenho de dois pentágonos e pedir para paciente copiá-los (MORAES, 2008).

O teste depende diretamente do nível de escolaridade, particularmente nos itens: atenção/cálculo, leitura e escrita. No Brasil, foram feitas validações do teste, corrigindo-o para idosos com baixa escolaridade e analfabetos. O escore é mais um dado a ser considerado na interpretação do teste, mas não pode ser avaliado isoladamente. O maior valor está na avaliação do grau de dificuldade observada nas respostas, uma avaliação qualitativa (MORAES, 2008). Segue abaixo tabela com score de acordo com a escolaridade.

Quadro 1. Escore Mini-Exame do Estado Mental.

ESCOLARIDADE	ESCORE
Analfabeto	20
1 a 4 anos	25
5 a 9 anos	26,5
9 a 11 anos	28
≥ 11 anos	29

Fonte: Moraes, 2008.

Avaliação do Humor

O humor permite a ativação e a manutenção do interesse na execução das tarefas, atuando no funcionamento de todas as funções cognitivas. A avaliação busca o diagnóstico de rebaixamento do humor e depressão, que representam importante causa de incapacidade (MORAES; MORAES, 2014).

- Humor deprimido: é indicado por relato subjetivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa) ou observação feita por outros: o idoso refere sensação de vida vazia, demonstra fácil irritabilidade ou considera-se um peso para a família, afirmando se a morte a única solução. Tendência à emotividade excessiva, com crise frequente de choro.
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos: o idoso deixa de sentir prazer com atividades que anteriormente eram agradáveis, tendendo ao isolamento social e familiar.
- perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta ou diminuição ao aumento do apetite: a inapetência é o sintoma mais comum e importante causa de emagrecimento no idoso. Pode mascarar sintomas como baixa do humor e anedonia.
- Insônia ou hipersonia: geralmente a insônia é matinal, ou sono entrecortado e dificuldade de dormir novamente.
- Agitação e retardo psicomotor
- Fadiga ou perda de energia
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada.

- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se: lentificação do pensamento com déficit de atenção importante, por vezes até simulando síndrome demencial.
- Pensamento recorrente de morte, ideação suicida recorrente (MORAES, 2008).

A avaliação do humor no idoso inclui a investigação de sinais e sintomas de depressão. O idoso deprimido apresenta quadro clínico com características somáticas, como dores no corpo sem causa explicável, falta de ar, dificuldade de deglutição, anorexia, desconforto abdominal, tonturas, falta de energia e de concentração, alterações sexuais e do sono. Importante certificar-se de que esses sintomas não possuem causa orgânica específica (MANSO; BIFFI, 2015).

O instrumento utilizado para essa avaliação é a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), apresentada abaixo:

Quadro 2. Escala de Depressão Geriátrica – GDS 5.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS 5		
QUESTÃO	SIM	NÃO
1. Está satisfeito (a) com sua vida?	0	1
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	1	0
3. Sente que a vida está vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	1	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Vale a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	1	0
TOTAL		

Fonte: adaptado de Almeida e Almeida, 1999.

Resultado: total > 5 = suspeita de depressão, indicando que o paciente precisa de uma avaliação mais detalhada.

Avaliação da Mobilidade

A mobilidade é essencial para que o indivíduo execute plenamente suas atividades de vida diária. Está diretamente associada condicionada a fatores extrínsecos ou ambientais e fatores intrínsecos. O comprometimento da mobilidade é variável desde a presença da instabilidade postural até a imobilidade parcial ou completa. Cabe ao enfermeiro avaliar se paciente deambula, deambula com auxílio, se está restrito ao leito por condição de saúde atual, acamado, acamado porém movimenta-se no leito, não se movimenta (MORAES; MORAES, 2014).

Exame da Motricidade

Compreende a avaliação do trefismo muscular, do tônus, da força, a pesquisa por fasciculações, por distúrbios do movimento (hiper ou hipocinesia), além do exame da marcha, do equilíbrio e da independência funcional. O idoso tende a apresentar um declínio da motricidade com o avançar dos anos, com perda da força e da velocidade dos movimentos, em geral, de maneira simétrica. As anormalidades motoras assimétricas são quase sempre patológicas (FREITAS; PY, 2013).

Tônus Muscular

É definido como a resistência do músculo a movimentos passivos, sendo classificado como norma, aumentado ou diminuído.

- Hipertonía: pode ser apresentar como espasticidade, rigidez ou paratonia.
- Espasticidade: indica acometimento do neurônio motor superior. Ao exame, causa sensação de abertura de uma "lâmina de canivete".
- Rigidez: ao exame tem-se a sensação de movimento de "roda dentada". Tanto a flexão como a extensão estão acometidos.
- Paratonia: é um achado frequente nos portadores de demência avançada e sugere disfunção dos lobos frontais bilaterais. Ao exame observa-se o aumento da resistência de maneira progressiva e irregular a qualquer movimento (MORAES; MORAES, 2014).

Exame da Força Muscular

Deve ser testada comparando o lado esquerdo com o direito, os membros superiores com os inferiores e os grupos proximais com os distais (FREITAS, PY, 2013).

Distúrbios Bradicinéuticos

O parkinsonismo é uma síndrome que compreende a acinesia ou bradicinesia, o tremor, a rigidez e a instabilidade postural. Pode ser uma manifestação da doença de Parkinson primária ou de outras doenças neurodegenerativas como demência, paralisia supranuclear progressiva, degeneração corticobasal e atrofia de múltiplos sistemas. Pode ser uma consequência ao uso de vários medicamentos, como os antipsicóticos, antivertiginosos, metoclopramida e reserpina (MORAES, 2008).

Distúrbios Hipercinéticos

Caracterizam-se por um excesso de movimentos involuntários. Praticamente todos os distúrbios de movimento podem ocorrer após infartos cerebrais em regiões como núcleos da base e tálamo (MORAES, 2008).

Avaliação da Comunicação

A avaliação da afasia verifica o nível e o grau de comprometimento de aspectos linguísticos específicos, como a percepção auditiva e visual, a comunicação verbal, a comunicação não verbal, gestos e mímica facial. A avaliação inicia-se com a conversação, que permite verificar fluência ou não durante essa atividade. A repetição é um item essencial na avaliação, pois indica a preservação de habilidades como audição, atenção e memória (MANSO; BIFFI, 2015).

Durante a avaliação o profissional deve observar todas as alterações anatômicas e funcionais ocorridas no sistema motor da oral e relacioná-las com a queixa. Sabe-se que existe íntima relação entre a produção oral e a deglutição, ambas compartilham a maioria das estruturas da cavidade oral e faríngea, além do sistema nervoso. A avaliação consiste em ouvir um relato espontâneo do paciente, a leitura espontânea e a repetição de sílabas em sequência, enquanto observa-se a respiração, a capacidade, controle e coordenação com a produção sonora; a intensidade e a qualidade vocal, o grau de nasalidade, a articulação das palavras, o ritmo e a velocidade da fala (MORAES, 2008).

Avaliação do Sono

A avaliação do sono pode ser feita por meio das questões do quadro abaixo.

Quadro 3. Rastreamento de Distúrbios do Sono.

	SIM	NÃO
Você está satisfeito com o seu sono?		
Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?		
O parceiro ou outros observadores se queixam do comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração ou movimento de pernas e/ou sonolência ou fadigas diurnas?		
Duração da sintomatologia superior a 3 meses		

Fonte: Moraes, 2008.

Uma resposta positiva a estas questões deveria direcionar a obtenção de uma história mais detalhada sobre o início, gravidade, duração e o padrão da queixa e propiciar diagnóstico diferencial pelo médico (MORAES, 2008).

Avaliação do Estado nutricional

- Normal, obeso, desnutrido. Utilizar o índice de massa corpórea (IMC): peso (em Kg) dividido pelo quadrado da altura (em metros). Para a população adulta, os limites da eutrofia situam-se entre 18,5kg/m² a 25kg/m². Nos idosos, utilizam-se os seguintes pontos de corte: eutrofia 23-28, Subnutrição < 23, Obesidade > 28. A redução da massa óssea (osteopenia e/ou osteoporose), associada à hipercifose torácica, cifoescoliose e redução dos discos intervertebrais (achatamento) são os principais determinantes, particularmente nas mulheres. No cálculo do IMC, pode-se utilizar a altura do joelho para corrigir esta redução da estatura (MANSO; BIFFI, 2015).

Na avaliação do estado nutricional é importante verificar se houve ganho ou perda ponderal (quantos Kg e em quanto tempo). As alterações fisiológicas do envelhecimento que comprometem as necessidades nutricionais ou ingestão alimentar são:

- Redução de olfato e do paladar: redução nos botões e papilas gustativas sobre a língua, diminuição nas terminações nervosas gustativas e olfatórias, ambos comprometendo a palatabilidade dos alimentos. Alterações nas papilas gustativas e na condução

neurosensorial ocorrem progressivamente com a idade, com tendência à elevação do limiar de percepção dos sabores doce e salgado, levando à sensação de que os alimentos estão amargos e azedos;

- Aumento da necessidade proteica: diminuição da síntese e ingestão;
- Redução da biodisponibilidade da vitamina D, levando à redução da absorção intestinal de cálcio;
- Redução da acidez gástrica, levando a menor absorção de vitamina B12, ferro, cálcio, ácido fólico e zinco;
- Insuficiência dos mecanismos reguladores de sede, fome e saciedade;
- Aumento da toxicidade de vitaminas lipossolúveis (vitaminas A, D, E, K);
- Maior dificuldade na obtenção, preparo e ingestão de alimentos;
- Xerostomia (boca seca) (MORAES, 2008).

Outros fatores contribuintes para a desnutrição nos idosos seriam: menor acesso ao alimento secundário a causas físicas (sequela de AVC, parkinsonismo, demência avançada) ou sociais (isolamento, institucionalização, baixo poder aquisitivo); uso de drogas que produzem inapetência (digoxina) ou alteram o sabor dos alimentos – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA); depressão; medo exagerado de alimentos considerados “inadequados” (colesterol, carne vermelha, sal, açúcar); distúrbios da mastigação (dentaduras mal adaptadas, ausência de dentes, gengivite, candidíase oral) e/ou disfagia; diarreia e má absorção; doenças consumptivas; hipertireoidismo; alcoolismo; dentre outros (MANSO; BIFFI, 2015).

Exame da Pele e Anexos

- Coloração: palidez, icterícia, cianose (escala de +a 4+); rubor, manchas, púrpura senil, leucodermia puntiforme.
- Umidade: normal ou ressecada, xerodermia.
- Edema: anasarca (edema generalizado)
- Lesões de pele, lesão de pressão
- Ceratose seborreica (considerada neoplasia benigna da epiderme) e actínica
- Micoses interdigitais são mais frequentes no idoso e devem ser tratadas rotineiramente, pois representam porta de entrada para infecções bacterianas mais graves.

As alterações dermatológicas no idoso podem ser decorrentes de vários fatores, entre os quais, aqueles relacionados ao processo de envelhecimento intrínseco da pele, aqueles ligados a fatores extrínsecos como o foto-envelhecimento. Os principais sinais de envelhecimento da pele são atrofia, frouxidão, enrugamento, dobras pêndulas, xerodermia, palidez, alterações na pigmentação e nos cabelos, clareamento e diminuição do número de fios (MORAES, 2008).

Mucosas

- Coloração: cianose, icterícia, corada, descorada (escala de + a 4+).
- Hidratação: mucosas hidratadas ou desidratadas (escala de + a 4+).

Exame Neurológico

O exame neurológico deve incluir a avaliação da motricidade (força, reflexo, tônus, coordenação e movimentos anormais), da sensibilidade (superficial, profunda e sinais de irritação meníngea ou radicular) e dos pares cranianos. O exame do estado mental (consciência, humor, cognição, pensamento e senso-percepção). A avaliação da marcha também é essencial para o diagnóstico das síndromes neurológicas (POTTER; PERRY, 2009).

Nível de consciência

- Alerta (acordado), consciente ou inconsciente, orientado ou desorientado no tempo e espaço, com falhas de memória, com ausências, confuso, torporoso, sedado, comatoso. No paciente grave, a avaliação neurológica é feita por meio da Escala de Coma de Glasgow. O resultado varia de 3 a 15 pontos, onde o total de 15 pontos indica um indivíduo neurologicamente normal e a menor pontuação, de 3 pontos, indica o paciente completamente arreativo (possível morte encefálica). Um escore menor ou igual a 8 indica o ponto crítico das alterações do nível de consciência e pode definir um indivíduo em estado de coma (POTTER; PERRY, 2009).
- Consciente: quando o indivíduo é capaz de se relacionar consigo mesmo e com o meio ambiente, utilizando a memória, do raciocínio (responder adequadamente a um estímulo verbal), expressão.
- Orientado: em tempo (dia, mês, anos, horas) e espaço (local).

Alterações: confuso, desorientado. Tomar cuidado com a relação de tempo, pois depois de muito tempo sem relógio, tv, etc; até nós podemos ficar sem saber o dia. Prestar atenção com idosos que perdem a memória recente fisiologicamente (POTTER, PERRY, 2009).

Avaliação

Em neurologia a avaliação é subjetiva, exceto os extremos, então se deve descrever o estado do paciente. Não é possível quantificar.

Confuso: responde a estímulos verbais, mas de forma inadequada ao estímulo.

Ex.: Dormiu bem? É teve jogo hoje. Pode estar associado à agitação psicomotora.

- Sonolento: algumas patologias ao sistema nervoso, fazem com que o sono, que é fisiológico se torne patológico. O indivíduo não acorda facilmente, dorme praticamente o tempo todo - depressão do Sistema Nervoso Central. Nos poucos momentos em que acorda, responde de modo adequado, mas logo adormece. Deve-se avaliar com qual estímulo ele acorda (verbal, toque, doloroso, etc.), se acorda e responde adequadamente ao estímulo.

- Obnubilado: indivíduos muito mais sonolentos. Não consegue responder adequadamente com frases completas.

- Torporoso: só consegue responder com palavras curtas, como: sim, não, é.

Estímulos para avaliação do nível de consciência: verbais; doloroso (POTTER; PERRY, 2009).

Pupilas:

Normais

Isocóricas: mesma forma e tamanho bilateralmente.

Fotoreativas: reação à luz (contraí).

Alterações

Anisocóricas: diferença de tamanho entre as duas.

Midiática/ miótica: alterações de tamanho, pupilas normais de 0,3 a 0,7mm.

Avaliação

Técnica para avaliar: observar as duas e compara-las. Depois pedir para paciente fechar os olhos e em seguida abrir, colocando a luz (da lanterna) direta no olho, sendo um de cada vez e observar a fotorreação. Se estiverem alteradas (sem contrair) pode ter ocorrido uma lesão no nervo craniano (3º par - óculo motor) responsável pelo músculo esfíncter da pupila e sua dilatação (POTTER; PERRY, 2009).

Força motora

Preservada ou normal

Paresia: diminuição da força

Plegia: ausência de força (sem movimentos).

Avaliação

Levantar os membros e sustentá-los um tempo (1 por vez).

Apertar a mão (observando os músculos usados).

Sensibilidade

Preservada ou normal (térmica/ tátil/ dolorosa)

Avaliação

- Térmica: usando um objeto quente e outro frio, passar por todo segmento corpóreo, comparando o lado direito e o esquerdo.

- Tátil: usando um papel (ou qualquer outro objeto sem temperatura como pêlos de um pincel), também passar por todo segmento corpóreo.

- Dolorosa: usando objeto pontiagudo, dar picadinhas (sem furar) no tórax e nos membros.

Deve ser feito somente com pacientes conscientes, pois as respostas serão avaliadas. Na avaliação térmica, o paciente (de olhos fechados) dizer se é quente ou frio que está sentindo. E na tátil e dolorosa o paciente, também de olhos fechados, deve dizer a localização do estímulo (mão, bochecha, perna) (POTTER; PERRY, 2009).

Exame da Cabeça e Pescoço

Crânio

Sem anormalidades, presença de lesões no couro cabeludo, incisões, drenos, cicatrizes, cefaleia. Quando houver TCE (Trauma crânio encefálico): palpar o crânio a procura de abaulamentos, edema, ferimentos profundos (FREITAS; PY, 2013).

Couro cabeludo

Verificar lesões, crostas, pediculose.

Face

Observar aspecto geral, sem anormalidades, desvio de rima ou paralisia facial, expressão de dor, coloração. No idoso os distúrbios da face podem envolver a face como um todo ou apenas parte dela:

- Hipotireoidismo: olhos pequenos, inexpressivos, pele infiltrada, rosto arredondado, cabelos secos, apatia;
- Hipertireoidismo: é menos observada no idoso devido às alterações cutâneas associadas ao envelhecimento
- Insuficiência renal: palidez, edema palpebral, pálpebras empapuçadas
- Doença de Parkinson: fixa, imóvel, inexpressiva, fronte enrugada, cabeça para frente, pouca mobilidade palpebral, pele gordurosa, voz baixa e monótona
- Depressão: fronte enrugada, olhar sem brilho, expressão de apatia
- Demência: mímica pobre, lábios entreabertos, olhar vago
- Assimetria facial: nessa faixa etária comumente se associa à ausência de dentes
- Paralisia facial: em geral é unilateral. Peça ao paciente para mostrar os dentes, fechar os olhos e franzir a testa. Na lesão do neurônio motor superior, o músculo frontal não está envolvido e as pálpebras podem ser fechadas. Na lesão do neurônio motor inferior, a paralisia envolve todos os músculos do lado afetado (POTTER; PERRY, 2009).
- Discinesias orofaciais ou bucolinguais: consistem em movimentos involuntários da língua, musculatura oral e facial, mandíbula ou músculos mastigatórios. Pode ocorrer principalmente em idosos com déficit cognitivo, naqueles que não tem os dentes e nos que fazem uso de medicamentos antipsicóticos e antiparkinsonianos.
- Artérias temporais: o achado de artérias temporais aumentadas em tamanho, tortuosas e ou sem pulso sugere arterite temporal (FREITAS; PY, 2013).

Olhos

No idoso consiste na avaliação da acuidade visual, do campo visual, da visão periférica, dos movimentos oculares e das estruturas externas e internas do olho. Importante observar a presença de processos inflamatórios ou infecciosos, exoftalmia, uso de lentes ou óculos. O idoso frequentemente apresenta acuidade visual diminuída, além de outras alterações na visão como catarata, glaucoma, retinopatia diabética, presbiopia. À inspeção, deve-se atentar para o exame das pálpebras, da conjuntiva, esclera, córnea, pupilas e íris (FREITAS; PY, 2013).

Pálpebra

- Ptose palpebral pode ser uni ou bilateral. As causas mais frequentes no idoso são a ptose senil e a secundária à paralisia do terceiro par craniano;
- Xantelasma: pode ser indicativo de hiperlipidemia;
- Ectrópio: eversão palpebral;
- Entrópio: inversão palpebral (POTTER; PERRY, 2009).

Conjuntiva

- Icterícia mais bem visualizada na esclera e no palato, torna-se perceptível quando os níveis séricos de bilirrubina total são maiores que 2mg/dl. No idoso é quase sempre do tipo obstrutiva, na maioria dos casos, ocasionada por neoplasias. A coledocolitíase também é uma causa comum.
- Anemia: A palidez é um sinal característico da anemia (FREITAS; PY, 2013).

Córnea

- Arco senil: anel esbranquiçado no perímetro da córnea, comum no idoso, não tem significado patológico;
- Pupilas: fotoreativas, isocóricas ou anisocóricas, miose ou midríase. No idoso a pupila é menor, sendo frequentemente observado pequenas diferenças de tamanhos entre as duas. O tempo de relaxamento e acomodação aumenta progressivamente com o passar dos anos (FREITAS; PY, 2013).

Iris

- Prolapso de íris: secundário a complicação de cirurgia de catarata;
- Movimentação ocular: aproximadamente um terço dos idosos apresentam anormalidades do desvio conjugado do olhar para cima, na ausência de doença neurológica;
- Fundo de olho: papiledema é incomum em lesões expansivas intracerebrais no idoso. A sua detecção nesta faixa etária é prejudicada pela coexistência de catarata, dilatação inadequada das pupilas. Logo a sua ausência não exclui o diagnóstico de lesão intracraniana (MORAES, 2008).

Nariz

Para o adequado exame do nariz posicione a cabeça do paciente levemente inclinada para trás. Procure por simetria, escoriações e/ou inflamação dos vestibulos nasais, secreção, epistaxe, evidencia de obstrução nasal, tais como pólipos. O septo nasal e a cavidade nasal podem ser avaliados com o otoscópio (FREITAS; PY, 2013).

Boca

Sem anormalidades, presença de lesões (especificar), alteração de coloração, cáries, perdas dentárias, gengivite, uso de próteses, língua saburrosa, hemorragias, xerostomia e redução da palatabilidade dos alimentos. Orofaringe: verificar amígdalas, notando a presença de processos inflamatórios ou infecciosos (FREITAS; PY, 2013).

Ouvidos

Iniciar o exame pelo pavilhão auricular. As lesões como o carcinoma baso e espinocelular e aquelas provocadas pelo herpes-zoster são em geral óbvias. Os achados de tofos gotosos no ouvido externo são específicos para artrite gotosa. A prega do lobo da orelha, consiste em uma prega oblíqua do lobo da orelha, frequentemente bilateral é considerada um possível marcador externo de aterosclerose (FREITAS; PY, 2013).

Em seguida utilize o otoscópio. O conduto auditivo externo é retificado tracionando-se o pavilhão auditivo para cima, para fora e para trás. Inspeccione em busca de sinais

inflamatórios ou infecciosos, secreção, cerume ou corpo estranho. Examine a membrana timpânica, esta pode estar perfurada, ou apresentar coloração fosca, ou adquirir coloração avermelhada e/ou amarelados, o que sugere a presença de patologias. A otoscopia é fundamental para se afastar a hipoacusia condutiva por impactação de cera. Prurido é queixa comum, secundário à atrofia da pele e ao ressecamento (POTTER; PERRY, 2009).

Avaliar a acuidade auditiva que pode estar normal ou diminuída, uso de prótese. Os principais sintomas auditivos associados ao envelhecimento são disfunção auditiva, prurido e zumbidos nos ouvidos. A disfunção auditiva pode ser neurossensorial ou condutiva. A hipoacusia neurossensorial caracteriza-se por uma perda bilateral lenta e progressiva da audição para tons de alta frequência. Portanto, não se recomenda gritar com o paciente, para não agravar mais ainda o discernimento das palavras. O teste do sussurro (sussurrar uma ordem a 60 centímetros do ouvido e observar a compreensão do comando) é indicado como teste de triagem. Zumbido no ouvido, uni ou bilateral, é sintoma comum e multifatorial (FREITAS; PY, 2013).

Pescoco

Procure por cicatrizes, assimetria ou massas. Observe o movimento e a posição da traqueia. Inspeção das veias cervicais que drenam para o tórax, o pulso venoso pode ser visível. A dilatação das veias cervicais pode estar associada a aumento do volume do pescoço e da face. A congestão da face pode se tornar mais aparente com a elevação dos braços acima da cabeça. Esses sinais são sugestivos de obstrução de via cava superior, cuja principal causa é a sua compressão por tumores do mediastino superior (POTTER; PERRY, 2009).

À ausculta do pescoço, procure identificar sopros carotídeos bilateralmente e sopros sobre a glândula tireoide, caso um bócio esteja presente. Posicione-se por trás do paciente e palpe a tireoide. Caso seja detectado um bócio, verifique se o aumento é difuso ou nodular e se há dor à palpação. O bócio difuso é incomum no idoso, porém quando ocorre, deve-se a doença de Graves, tireoidite, efeito de medicamentos ou linfoma (FREITAS; PY, 2013).

Palpe também a traqueia, pulso carotídeo, região cervical e fossa supraclavicular. Qualquer linfonodo encontrado deve ser avaliado quanto a mobilidade, à consistência e a dor à palpação. Os linfonodos dolorosos são sugestivos de inflamação, enquanto

linfonodos de consistência firme e aderido aos tecidos adjacentes são compatíveis com neoplasia maligna. A limitação dos movimentos do pescoço secundária à osteoartrose cervical é um achado frequente no idoso (FREITAS; PY, 2013).

Exame dos Membros Superiores

- Mãos: examine ambas as mãos, sempre comparando as duas. Avalia pele, unhas, articulações e musculatura. Inspeção das partes palmar e dorsal. Palpe as mãos, no exame das articulações, observe a presença de edema, calor, assimetria ou rubor. Verifique a movimentação passiva e ativa. Teste a força, de às mãos ao paciente e peça para ele apertar as suas mãos simultaneamente. É importante a avaliação funcional da mão, peça ao paciente para segurar uma caneta ou levantar uma almotolia (MANSO; BIFFI, 2015).

- Ombro: o exame do ombro inclui exame neurológico, dos membros superiores e da coluna cervical. O exame deve se iniciar com inspeção dos músculos infra e supra espinhosos e do deltoide em busca de sinais de atrofia. A movimentação ativa e passiva, incluindo a elevação anterior, rotação interna e externa, deve ser medida e comparada com o lado oposto. A perda de movimentação ativa com manutenção da passiva sugere patologia do manguito rotator, enquanto a perda das duas modalidades associada à rigidez sugere capsulite adesiva (FREITAS; PY, 2013).

Exame do Tórax

Inspeção

Na inspeção deve ser observado a forma do tórax, simetria das mamas, exame da musculatura, condições da pele, presença de cicatrizes, comparação entre as regiões do tórax, abaulamentos e retrações:

- Tórax em funil ou peito escavado: o diâmetro anteroposterior está diminuído, com compressão do coração e grandes vasos.
- Peito de pombo: aumenta o diâmetro anteroposterior, e o osso esterno é deslocado para a frente, observado e pacientes com asma e raquitismo.

- Tórax globoso ou em tonel: aumento do diâmetro anteroposterior é observado em portadores de Doença Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) avançada, por vezes com protrusão dos espaços intercostais e das fossas supraclaviculares.
- Cifose: os pacientes idosos geralmente apresentam alterações da coluna. A cifose na mulher é comumente secundária a doença degenerativas da coluna, sobretudo a osteoporose com fraturas. Em indivíduos do sexo masculino a osteoporose é devida a causas secundárias, como hipogonadismo, uso de corticoides, mieloma múltiplo, metástases ósseas ou alcoolismo (POTTER; PERRY, 2009).
- Circulação colateral tipo cava: ocorre em tumores do mediastino com compressão de veia cava superior, podendo levar à edema, congestão da face e turgência venosa, constituindo a síndrome da veia cava superior.
- Abaulamentos unilaterais ou localizados: podem ser encontrados em derrames pleurais volumosos, hiperdistensão compensadora e tumores.
- Retrações: geralmente encontradas em pacientes com doenças crônicas, como fibroses pulmonares, atelectasias, processos pleurais, ausência congênita ou cirúrgica de um pulmão.
- Tiragem: em geral ocorre quando há obstrução de vias respiratórias, sendo comum nos portadores de DPOC, especialmente na insuficiência respiratória. Pode ocorrer também nas obstruções altas. Às vezes é acompanhada de ruído característico que é a cornagem.
- Telangectasias aracniformes: aparecem na metade superior do tronco, especialmente no tórax, na face e nos membros superiores. Sugerem a presença de insuficiência hepática com certo grau de hipertensão porta, embora possam também ser observadas em indivíduos normais.
- Ginecomastia: pode ocorrer no envelhecimento normal, sendo desprovido de significado patológico. No entanto, causas clássicas como tumores, hepatopatia e uso de certos medicamentos devem ser descartados (FREITAS; PY, 2013).

Frequência e Padrão Respiratório

- Eupneico: frequência normal, pode variar entre 16 a 20 incursões respiratórias por minuto (irpm) no adulto. No idoso tem particular significado semiológico quando superior há 24 irpm.
- Dispneia indica falta de ar
- Taquipneia: respiração rápida e superficial

- Hiperpneia ou hiperventilação: respiração rápida e profunda
- Bradipneia: respiração lenta com diminuição da frequência respiratória.
- Respiração do tipo Biot: é frequente nos pacientes com depressão respiratória induzida por fármacos, na hipertensão intracraniana e na lesão cerebral geralmente a nível medular. Apresenta padrão irregular e com longos períodos de apneia.
- Respiração do tipo Cheyne-Stokes: padrão irregular, com períodos intermitentes de aumento e redução da frequência e da profundidade das incursões respiratórias, alternados com períodos de apneia. Ocorre em pacientes com depressão respiratória induzida por medicamentos, na insuficiência cardíaca congestiva e nas lesões cerebrais.
- Respiração do tipo Kussmaul: respiração rápida e profunda, geralmente secundária a acidose metabólica.
- Apneia: ausência de respiração (POTTER; PERRY, 2009).

Palpação

- Regiões dolorosas.
- Expansibilidade bilateral: assimetria da expansibilidade torácica tem como causas mais comuns o derrame pleural, pneumonia lobar e obstrução brônquica unilateral. A expansão torácica é frequentemente limitada no idoso e nem sempre oferece muitas informações.
- Nódulos ou massas.
- Frêmito tátil (FREITAS; PY, 2013).

Com o envelhecimento as articulações sinoviais, que se localizam entre o esterno e as cartilagens costais desaparecem, porque os elementos ósseos e cartilagosos se fundem. A fibrocartilagem entre o manúbrio e o corpo do esterno também desaparecem, unindo as duas partes ósseas. Como a mobilidade da caixa torácica depende destas articulações, as alterações citadas provocam importante diminuição na sua complacência (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Percussão

Consiste na técnica de avaliação de sons pela percussão da parede torácica nos espaços intercostais com a mão. Determina se os tecidos estão cheios de ar, líquidos ou são sólidos. Os sons podem ser:

- Som claro pulmonar: timbre grave e oco, tecido pulmonar normal;
- Som hipersonoro ou ressonante: indicam aumento de ar nos pulmões ou espaço pleural encontrado em pacientes com DPOC;
- Som timpânico: som oco, encontrado no pneumotórax;
- Som maciço: encontrado em pacientes com derrame pleural;
- Som submaciço: encontrado em pacientes com pneumonia (POTTER; PERRY, 2009).

Ausculda Respiratória

Procedimento mais importante para avaliar o fluxo aéreo pela árvore traqueobrônquica. Ruídos respiratórios:

- Murmúrio vesicular: auscultado por toda a extensão torácica, sendo mais intenso nas bases pulmonares;
- Brônquico: é auscultado sobre o murmúrio esternal, na expiração;
- Bronco vesicular: auscultado anterior e posterior, sobre as grandes vias aéreas;

Ruídos adventícios (sons anormais):

- estertores: sons descontínuos e intermitentes, classificados como:
 - finos: suaves e com timbre agudo (pneumonias e fase inicial da insuficiência cardíaca);
 - grossos: som mais intenso e grave, na expiração (bronquite e bronquiectasia);
- Roncos: ocorrem em consequência da passagem do ar através de estruturas repletas de secreção;
- Sibilos: decorrente da passagem de ar por vias aéreas estreitas. Estão associadas principalmente à asma e broncoconstrição (miado de gato);
- Atrito pleural: inflamação pleural, ruído semelhante àquele ouvido quando se atrita um pedaço de couro a outro;
- Comagem: respiração ruidosa devido a obstrução em nível de laringe ou traqueia (edema de glote ou aspiração de corpos estranhos) (POTTER; PERRY, 2009).

Em pacientes idosos a ausculda respiratória toma-se mais difícil de ser realizada porque nem sempre esses pacientes conseguem realizar inspirações profundas. As crepitações nas bases pulmonares desprovidas de significado clínico são frequentes, particularmente quando desaparecem após a tosse (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). A ausculda pode também identificar ruídos resultantes de pneumopatias prévias, o que dificulta a sua interpretação em quadros agudos. Nos casos de pneumonia, os sinais

identificados à ausculta, como crepitações, podem não ter correspondência imediata com a imagem radiológica, uma vez que as alterações na radiografia de tórax podem demorar até 72h para se tomarem evidentes (FREITAS; PY, 2013).

Exame do Aparelho Cardiovascular

Avaliar a pressão arterial, pulso arterial, realizar ausculta dos sons cardíacos.

Inspeção

Paciente em decúbito dorsal, desnudo até a cintura e inspetor à direita do paciente. Verificar:

- Pulsações epigástricas;
- ocorrência do levantamento sistólico
- movimentos do esterno (POTTER, PERRY, 2009)

Palpação

- *Ictus cordis*: situado no 5º espaço intercostal à esquerda, pode ou não ser visível e palpável. Embora importante na avaliação de pacientes jovens, com o avançar da idade torna-se cada vez mais difícil a sua palpação, particularmente em pessoas com mais de 80 anos. No idoso, mesmo quando palpado, sua sensibilidade e especificidade são baixas como índices de cardiomegalia, se comparadas à radiografia de tórax e ao ecocardiograma. Deste modo, na idade avançada, não constitui um marcador clínico confiável na avaliação da área cardíaca.
- Artérias: pulsos artérias (intensidade, amplitude, frequência, ritmo e tipos), sopros e diferença de pressão nos quatro membros (FREITAS; PY, 2013).

Ausculta

Focos da ausculta: são locais onde a ausculta cardíaca é melhor (som mais alto).

- Foco aórtico: à direita, 2º espaço intercostal;
- Foco pulmonar: à esquerda, 2º espaço intercostal;
- Foco tricúspide: parte inferior do esterno, junto ao processo xifoide;
- Foco mitral: 5º espaço intercostal, na linha m clavicular (POTTER; PERRY, 2009).

Bulhas Cardíacas

Avaliar ritmicidade (rítmicas ou arrítmicas) e fonese (normofonéticas, hipofonéticas, hiperfonéticas).

- Primeira bulha: apresenta um componente mitral mais alto e um componente tricúspide mais suave, cujo desdobramento pode ser ouvido na borda esternal inferior esquerda em indivíduos normais. Em geral não é influenciada pela respiração.
- Segunda bulha: intensidade varia com o local da ausculta e outros fatores constitucionais. Assim, até a quarta década de vida, ela é mais intensa no segundo espaço intercostal esquerdo do que no direito. Em idade mais avançada, esta relação se inverte devido provavelmente a modificações na posição da aorta e da artéria pulmonar. A fonese da segunda bulha também pode ser influenciada por fatores cardíacos e extra cardíacos. Outra variação frequente é o desdobramento paradoxal da segunda bulha, cujas causas nos idosos podem ser a sobrecarga de ventrículo esquerdo, estenose aórtica grave, miocardiopatia dilatada ou hipertrófica, isquemia do miocárdio aguda, bloqueio de ramo esquerdo, marca-passo artificial (FREITAS; PY, 2013).
- Terceira bulha: tem origem principalmente, às vibrações das estruturas do ventrículo esquerdo e da massa de sangue. Pode ser originar em qualquer um dos ventrículos. Está acentuada em condições que aumentam a velocidade e o volume sistólico residual. É possível que tais vibrações estejam atenuadas nos idosos por redução do impacto do coração sobre a parede torácica, devido a alterações na sua configuração, ou menor velocidade do movimento cardíaco nesta população. No idoso a terceira bulha é sempre patológica e um indicador confiável de insuficiência ventricular esquerda.
- Quarta bulha: pode ser detectada em até 94% dos idosos, independente da presença ou não de cardiopatia. A quarta bulha tem seu valor limitado no diagnóstico das doenças cardíacas no idoso.

Os distúrbios musculoesqueléticos frequentes no idoso, como a cifoescoliose e o enfisema pulmonar dificultam a palpação de bulhas cardíacas, frêmitos e *ictus cordis* no idoso (FREITAS; PY, 2013).

Sopros Cardíacos:

São muito frequentes na idade avançada. A causa mais comum no idoso é a doença valvar calcificada, sendo as valvas aórtica e mitral são as mais comumente afetadas. Avaliar o tempo (sistólico ou diastólico), localização (em qual foco), irradiação e intensidade (escala de + a 4+).

- Sopros sistólicos originados na região da valva aórtica: são devido à dilatação do anel aórtico e da aorta ascendente ou o espessamento, deformidade ou calcificação das cúspides valvares.
- O sopro sistólico da estenose aórtica: é frequentemente menos intenso no idoso e pode ser confundido com o da regurgitação mitral.
- Sopro sistólico apical: também pode resultar de regurgitação mitral, embora possa irradiar também para a axila ou borda esternal esquerda.
- Sopro da regurgitação tricúspide: na maioria os casos tem mecanismo semelhante ao da regurgitação mitral funcional, ou seja, deve-se à acentuada dilatação do átrio e ventrículo direitos ou do anel valvar. Nos pacientes idosos, as causas habituais para este tipo de sopro são as miocardiopatias dilatadas, *cor pulmonale* secundário à DPOC e mais raramente a embolia pulmonar (FREITAS; PY, 2013).

Exame do Abdome

Inspeção

Observe a forma do abdome (plano, escavado, distendido, globoso), cicatrizes, hérnias, movimentação com a respiração, evidências de perda de peso, condições da pele (normal, ressecada, com lesões, cicatrizes, estrias, escoriações), veias dilatadas e peristaltismo visível. Se há aumento acentuado do fígado e baço, às vezes, estes podem ser visíveis (POTTER; PERRY, 2009).

Cicatrizes Abdominais

Geralmente são indicativas de cirurgias anteriores. Podem auxiliar no esclarecimento de achados clínicos quando há suspeita de obstrução intestinal por aderências, hérnias de parede abdominal, eventrações e cólicas abdominais. Podem ser foco de drenagens de processos infecciosos e inflamatórios intestinais (POTTER; PERRY, 2009).

Circulação Venosa Subcutânea

Sugere a existência de obstáculo ao retorno venoso nos sistemas porta e cava. No sistema porta, os vasos estão localizados no abdome superior, ocorrendo na cirrose hepática, compressão por tumores, trombose de veia porta, podendo assumir um padrão chamado de cabeça de medusa, quando a rede venosa subcutânea segue direção radial e para fora da cicatriz umbilical. No sistema cava inferior, as dilatações venosas aparecem principalmente na parte inferior do abdome, decorrendo de trombose venosas, ascite volumosa e compressão por tumor (FREITAS; PY, 2013).

Ausculta

Ruídos hidroaéreos (RHA): ar faz turbilhões sonoros na parte líquida das alças intestinais, decorrentes do peristaltismo. O aumento, a diminuição e a abolição do peristaltismo na maioria das vezes tem correspondência clínica. A ausculta começa no quadrante inferior direito e acompanha os ruídos hidroaéreos ao longo dos cólons. Podem ser auscultados de 5 a 35 ruídos por minuto. Para determinar ausência de ruídos hidroaéreos deve ausculta 5 min. Os RHA podem estar presentes (hipoativos, hiperativos) ou ausente. Podem ser detectados na ausculta abdominal, sopros arteriais ou venosos, atritos da superfície do fígado e baço com o gradil costal durante a respiração e transmissão de ruídos respiratórios e cardíacos (POTTER; PERRY, 2009).

Percussão

A percussão é um complemento da palpação, sendo importante na determinação do tamanho e localização de vísceras sólidas, presença e distribuição de gases, líquidos e massas, auxilia na localização da dor. Na percussão podem ser evidenciados sons timpânicos (ar), maciços (vísceras maciças, massas), submaciços (porção preenchida por material líquido, semissólido). Na percussão é possível distinguir a sonoridade timpânica dos gases resultantes da perfuração de víscera oca, obstrução intestinal, obstrução funcional, aerofagia, sonoridade muda da maciez e a maciez móvel dos líquidos (ascite, coleperitônio) (FREITAS; PY, 2013).

Palpação

- Superficial: corre uma das mãos ao longo do abdome, passando pelos quadrantes, em sentido horário. Pressionar para baixo cerca de 1 cm procurando massas e áreas dolorosas.
- Profunda: confirmar as queixas do paciente, revelar áreas sensíveis à pressão.
- Sinal de Blumberg: a compressão de um ponto abdominal seguida de súbita descompressão, produzindo um choque da víscera acometida contra a parede abdominal interna pode causar dor acentuada, significando processo inflamatório ou infeccioso agudo.
- Visceromegalias: pede-se para o paciente inspirar, o diafragma empurra-os para baixo, facilitando a palpação e verificação de sua consistência.
- Hepatomegalia: fígado normal é macio, não palpável ou até 2cm do rebordo costal direito, fígado doente é endurecido com consistência pétreo. O fígado em idoso pode ser palpável devido a anormalidades da caixa torácica. É um achado frequente em diferentes tipos de hepatopatias. Aumentos mais significativos do volume hepático são observados nos tumores primários e metastáticos, quando o fígado tende a ser muito endurecido e irregular. A hepatomegalia pode ser dolorosa nas hepatites agudas, verifica-se órgão com superfície lisa e bordas rombas. Sua consistência aumenta nas hepatites crônicas, tomando-se dura na cirrose, quando a superfície fica irregular. Na insuficiência cardíaca congestiva, o fígado costuma ser doloroso, pela distensão da cápsula de Glisson, sendo o lobo direito aumentado (FREITAS; PY, 2013).
- Esplenomegalia: o baço normalmente não é palpável, quando aumentado pode ser indicativo de hepatopatia crônica com hipertensão portal, como na cirrose e na esquistossomose mansônica do tipo hepatoesplênico. No paciente idoso a esplenomegalia sugere também doença linfoproliferativa (POTTER; PERRY, 2009).

A palpação deve ser feita de acordo com os movimentos respiratórios, as vísceras sólidas são mais bem palpadas durante a inspiração profunda, aproveitando-se o movimento induzido e deslizamento destas vísceras, por rebaixamento do diafragma (baço e fígado). As vísceras ocas e as massas intra-abdominais são mais bem apaladas durante o movimento expiratório, pelo deslizamento das falanges distais em movimentos de vaivém, após atingir o plano profundo de resistência muscular posterior (POTTER; PERRY, 2009).

Durante a palpação deve-se avaliar a presença de massas e líquidos, a consistência do abdome (flácido, tenso) e a sensibilidade, identificando áreas dolorosas e avaliando a dor quanto ao tipo, localização, intensidade, duração e irradiação. Inicie a

palpação longe do local que o paciente possa referir dor. Massas dolorosas são prováveis de serem inflamatórias.

Na palpação abdominal do idoso, deve-se observar uma maior probabilidade de se encontrar massas pulsáteis devido a aneurisma de aorta e massa correspondente a fezes (fecaloma). Geralmente massas devido a fezes mudam de posição se observadas ao longo dos dias, são palpáveis no cólon sigmoide e ocasionalmente fezes petrificadas são palpadas no cólon transversal, na constipação intestinal grave (FREITAS; PY, 2013).

Exame do Aparelho Geniturinário

Masculino

Inspeção, se necessário palpação

- glândula, prepúcio, bolsa escrotal, distribuição dos pelos
- dor em alguma região
- condições da glândula, secreção, retração do prepúcio
- condições de higiene
- condições da bolsa escrotal (POTTER; PERRY, 2009).

Feminino

Inspeção, se necessário palpação

- distribuição dos pelos pubianos
- características dos grandes e pequenos lábios
- alterações anatômicas
- confirmar queixas
- presença de secreção (tipo, coloração, odor)
- Presença de sondas (verificar o tipo de sonda, tempo de sondagem e condições da sonda) (POTTER; PERRY, 2009).

Com o envelhecimento, órgãos reprodutores diminuem de peso e se atrofiam. A menopausa ocorre entre os 40 e 50 anos. A vagina diminui de comprimento e de largura e o seu revestimento torna-se menos umidificado e mais vulnerável a infecções. O tecido fibroso torna-se mais abundante, os cistos ovarianos são mais comuns e os vasos ficam

endurecidos (GONÇALVES; TOURINHO, 2012). O útero, aos 50 anos, pesa metade do que aos 30 anos e a sua elasticidade é perdida, à medida que o tecido elástico é substituído por feixes de tecido colágeno fibroso. Os ligamentos que mantêm o útero, a bexiga e o reto em suas posições, podem tornar-se fracos na mulher idosa, permitindo queda destes órgãos, sendo observado no exame físico o prolapso uterino (FREITAS; PY, 2013) (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

As glândulas mamárias são substituídas por tecido fibroso, enquanto ocorre a perda do tecido gorduroso. Adicionalmente, os ligamentos que suportam as mamas tomam-se fracos e com isso as mamas tomam-se pendentes e flácidas. A quantidade de pelos púbicos gradualmente diminui, a semelhança do tecido adiposo na região púbica (GONÇALVES; TOURINHO, 2012).

Exame Proctológico

Deve-se proceder a inspeção da região anal e perianal. Observar as condições da pele anal, atentando-se para sinais de inflamação, fissuras, nódulos, fistulas, cicatrizes, lesões tumorais, hemorroidas ou secreções. Entre as secreções, pode ser observado fezes, sangue, muco e pus (MANSO; BIFFI, 2015). A presença de fezes pode indicar desde a má higiene até algum grau de incontinência ou semi-incontinência anal por causas variadas. A presença de sangue pode indicar lesões anais externas ao esfíncter (tromboses hemorroidárias) ou lesões acima dos esfíncteres em pacientes com hipotonia ou atonia anal. Lesões eczematoides da região perianal em pacientes com idade avançada sugerem afecções neoplásicas como doença de Paget ou doença de Bowen, que representam um carcinoma intraepitelial (FREITAS; PY, 2013).

Exame do Membros Inferiores

O exame dos membros inferiores deve ser realizado de maneira comparativa.

- Inspeção: observar as condições da pele (cicatrizes, hematomas, lesões), a presença de dispositivos (venosos, arteriais, talas gessadas, drenos), condição da rede venosa (perfusão periférica e coloração das extremidades) e presença de edema.
- Palpação: palpar pulsos, observando volume (cheio ou filiforme) e ritmicidade (regular ou irregular), fazer teste de enchimento capilar no leito ungueal para observar a perfusão

periférica, avaliar edemas (com escala de+ a 4+), sensibilidade e força motora (plegia, paresia), variações de temperatura (FREITAS; PY, 2013).

Pele e Subcutâneo

As principais doenças dermatológicas que afetam os membros inferiores em idosos são:

- Eczema asteatótico: afeta principalmente os membros inferiores, resulta do ressecamento excessivo da pele.
- Psoríase: pode acometer a superfície extensora dos joelhos.
- Úlceras: avaliar as características quanto a localização, tamanho, forma, superfície, base, bordas e condições dos tecidos adjacentes. Deve-se procurar por evidencia de causa como doença arterial, neuropatia periférica e/ou hipertensão venosa crônica.
- Edema: avaliar se o edema é uni ou bilateral. Em idosos a causa mais frequente de edema de membros inferiores (MMII) é a imobilidade, agravada pela precariedade na drenagem venosa. É comum, nessa faixa etária, que o edema de MMII seja atribuído incorretamente à insuficiência cardíaca (IC) (MANSO; BIFFI, 2015).

Sabe-se que nos estágios iniciais da IC o edema de MMII é geralmente intermitente, de modo que pode não ser detectado ao exame físico. Assim, o edema de MMII não constitui um sinal sensível de descompensação cardíaca. Medicamentos que provocam a retenção de fluidos, como os corticoides, os anti-inflamatórios e os bloqueadores do canal de cálcio podem precipitar ou exacerbar o edema de MMII. A presença de dor associada ao edema é decorrente de processo inflamatório, como na TVP, celulite (FREITAS; PY, 2013).

Sistema Venoso e Arterial

- Doença arterial periférica: um membro isquêmico pode ter um aspecto totalmente normal, porém a perda de pelos, rubor isquêmico e/ou presença de úlceras arteriais podem sugerir doença arterial periférica. Deve-se solicitar ao paciente que permaneça com os joelhos fletidos em aproximadamente 30°, para relaxar a fásia poplíteia e permitir a palpação das artérias poplíteas. Palpar a artéria femoral no ponto médio do ligamento inguinal. Procure por evidência de massa abdominal pulsátil, um indicativo de aneurisma da aorta abdominal (FREITAS; PY, 2013).

periférica, avaliar edemas (com escala de+ a 4+), sensibilidade e força motora (plegia, parésia), variações de temperatura (FREITAS; PY, 2013).

Pele e Subcutâneo

As principais doenças dermatológicas que afetam os membros inferiores em idosos são:

- Eczema asteatótico: afeta principalmente os membros inferiores, resulta do ressecamento excessivo da pele.
- Psoríase: pode acometer a superfície extensora dos joelhos.
- Úlceras: avaliar as características quanto a localização, tamanho, forma, superfície, base, bordas e condições dos tecidos adjacentes. Deve-se procurar por evidência de causa como doença arterial, neuropatia periférica e/ou hipertensão venosa crônica.
- Edema: avaliar se o edema é uni ou bilateral. Em idosos a causa mais frequente de edema de membros inferiores (MMII) é a imobilidade, agravada pela precariedade na drenagem venosa. É comum, nessa faixa etária, que o edema de MMII seja atribuído incorretamente à insuficiência cardíaca (IC) (MANSO; BIFFI, 2015).

Sabe-se que nos estágios iniciais da IC o edema de MMII é geralmente intermitente, de modo que pode não ser detectado ao exame físico. Assim, o edema de MMII não constitui um sinal sensível de descompensação cardíaca. Medicamentos que provocam a retenção de fluidos, como os corticoides, os anti-inflamatórios e os bloqueadores do canal de cálcio podem precipitar ou exacerbar o edema de MMII. A presença de dor associada ao edema é decorrente de processo inflamatório, como na TVP, celulite (FREITAS; PY, 2013).

Sistema Venoso e Arterial

- Doença arterial periférica: um membro isquêmico pode ter um aspecto totalmente normal, porém a perda de pelos, rubor isquêmico e/ou presença de úlceras arteriais podem sugerir doença arterial periférica. Deve-se solicitar ao paciente que permaneça com os joelhos fletidos em aproximadamente 30°, para relaxar a fásia poplíteia e permitir a palpação das artérias poplíteas. Palpar a artéria femoral no ponto médio do ligamento inguinal. Procure por evidência de massa abdominal pulsátil, um indicativo de aneurisma da aorta abdominal (FREITAS; PY, 2013).

- Insuficiência venosa: as veias varicosas são veias dilatadas, tortuosas e alongadas, que ocorrem principalmente na junção safenofemoral e próximo as veias perforantes, as quais possibilitam comunicação entre os sistemas venosos profundos e superficiais dos MMII. O teste do enchimento retrógrado é uma maneira de avaliar a função valvar das veias. Com o paciente em decúbito dorsal, a perna é elevada entre 30° e 45°, de modo a esvaziar as veias superficiais. Faça uma pressão com um dedo logo abaixo da junção safenofemoral. Quando o paciente fica em ortostatismo, o enchimento das veias superficiais, antes de se liberar a pressão, indica incompetência das veias perforantes. Um enchimento venoso rápido ao liberar a pressão indica incompetência das válvulas na junção safenofemoral (FREITAS; PY, 2013).

3.21 AVALIAR RISCO DE QUEDA E ORIENTAR PACIENTE E ACOMPANHANTE SOBRE O RISCO (META 6)

Com enfoque na meta 6, ressalta-se que a hospitalização é apontada como um dos fatores que aumenta o risco de queda. Este risco é mais acentuado em idosos, em razão do ambiente desconhecido, presença de várias doenças sistêmicas, submissão a procedimentos terapêuticos, o uso de diversos medicamentos, além da fragilidade decorrente da morbidade que desencadeou a internação (VACCARI, et al., 2016). O risco de queda deverá ser avaliado pelo enfermeiro, conforme POP da instituição, por meio do preenchimento da escala de MORSE, disponível no PEP. Cabe a equipe de enfermagem, na admissão do paciente, orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda e solicitar assinatura do Termo de Responsabilidade Compartilhada. Este termo deve ser impresso pela recepção, ao realizar o internamento hospitalar, e ser entregue à equipe de enfermagem da emergência.

3.22 REGISTRAR SINAIS VITAIS E PREENCHER ESCALA DE DOR

Os SSVV devem ser registrados no PEP imediatamente após serem verificados. A escala de dor deve ser aplicada para todo paciente que apresente esta queixa, conforme POP da instituição e também deve ser registrada no PEP, preenchido o respectivo valor atribuído ao nível de dor do paciente.

3.23 ANOTAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem. Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução Cofen n. 358/2009), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência (COFEn, 2009). Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados. Deve ser realizada conforme POP da instituição.

3.24 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação deve ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem. No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco (5) etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

- I – Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);
- II – Diagnóstico de enfermagem;
- III – Planejamento de Enfermagem;
- IV – Implementação;
- V – Avaliação de Enfermagem.

Conforme art. 6º a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas (COFEn, 2009).

O enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas, grau de

dependência e fará um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais, elencando os principais diagnósticos de enfermagem (CHAVES; SOLAI, 2015).

O próximo passo é a prescrição de enfermagem, que trata-se do conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. Assim, o enfermeiro estabelece um plano de cuidados (prescrição de enfermagem) para o paciente nas primeiras 24 horas de internação, envolvendo a participação da equipe de enfermagem (CHAVES; SOLAI, 2015).

A equipe de enfermagem executa o plano de cuidados/prescrição conforme aprazamento faz a checagem no prontuário e registra o cuidado e/ou as intercorrências e as respostas dos pacientes aos cuidados de enfermagem no impresso de observações complementares de enfermagem.

A última etapa é a Evolução de enfermagem, que refere-se ao registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente, utilizando dados da passagem de plantão, visita diária, exame físico do paciente, informações e anotações realizadas pela equipe de enfermagem no impresso de observações complementares de enfermagem e informações de outros profissionais e ou familiares. Desse registro devem constar os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes. A evolução do paciente deve ser realizada conforme POP da instituição (CHAVES; SOLAI, 2015). A SAE deve ser realizada no PEP em ícone específico conforme POP da instituição.

3.25 SOLICITAR EXAMES

O enfermeiro poderá solicitar os seguintes exames: cultura e antibiograma de swab nasal e retal; RX de abdome simples conforme protocolo da instituição. A solicitação de swab e a prescrição de RX devem ser realizadas no PEP.

3.26 PREENCHER ESCALAS (MORSE/ ECA (SCP) / BRADEN)

Após a avaliação detalhada do paciente o enfermeiro deve acessar PEP e preencher as escalas de avaliação de risco de queda (MORSE), escala de avaliação da complexidade assistencial (ECA/SCP) e escala de avaliação de risco de lesão por pressão (BRADEN), conforme protocolo da instituição.

Escala de Queda de Morse

É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. Cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos. A avaliação do risco de queda através da Escala de Queda de Morse (EQM) deve ser efetuada no momento da admissão assim como quando existe alteração da condição clínica do cliente ou quando existe uma queda (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Princípios básicos para a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse:

- 1: A escala deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade;
- 2: A escala deve de ser aplicada a todos os clientes com mais de 18 anos;
- 3: O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco;
- 4: Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Fator de Exclusão na Utilização da Escala de Quedas de Morse

Pacientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de auto cuidado, logo pressupõe ação. Assim, a um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Escala de Complexidade Assistencial/ Sistema de Classificação de Pacientes (ECA/SCP)

O SCP é uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades

biopsicossociais e espirituais do paciente proporciona, ainda, informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem (ARAUJO, et al., 2016).

Escala de Braden

A Escala de Braden integra seis subescalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção ou cisalhamento, que se destinam à avaliação dos diferentes fatores de risco para o desenvolvimento de Lesão por Pressão (LP). Essas subescalas são pontuadas de um a quatro, exceto fricção e cisalhamento, cuja medida varia de um a três. Os escores totais têm variação de 6 a 23, e os índices altos correspondem a baixo risco para a formação de LP e índices baixos, a maiores riscos. Escores equivalentes ou abaixo de 16 são, genericamente, identificados como críticos e são indicativos de risco para o desenvolvimento de LP (SOUSA JÚNIOR, et al., 2017).

3.27 REGISTRAR LESÕES PREVALENTES

O enfermeiro, após avaliação do paciente, deve registrar no PEP as lesões prevalentes conforme protocolo da instituição.

Referências

- ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 40, suppl.1, 2017. Disponível em: < http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf >. Acesso em: 06 mar. 2017.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013 >. Acesso em: 21 mai. 2017.
- ARAÚJO, M. T.; HENRIQUES, A. V. B.; VELLOSO, I. S. C.; QUEIROZ, C. F.; SANTOS, A. M. R. Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.07, n. 02, p. 650-69, 2016. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555901.pdf> >. Acesso em: 21 mai. 2017.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-90, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09.pdf> >. Acesso em 21 fev. 2017.
- BRASIL. **Protocolo de identificação do paciente**. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz, 2013. Disponível em: < <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/diversos> >. Acesso em: 04 mar. 2017.
- CHAVES, L. D.; SOLAI, C. A. **Sistematização da assistência de enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- COFEn, 2009. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEn 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Disponível em: < www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html >. Acesso em: 21 mai. 2017.
- COSTA-DIAS, M. J. M.; FERREIRA, P. L.; OLIVEIRA, A. S. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. **Revista de Enfermagem Referência**, série IV, n. 2, p.7-17, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382> >. Acesso em: 21 mai. 2017.
- DANIEL, A. C.; MACHADO, J. P.; VEIGA, E. V. Registro da pressão arterial em unidade de emergência. **Einstein**, v.15, n. 1, p. 29-33, 2017. DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3737. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/eins/v15n1/pt_1679-4508-eins-15-01-0029.pdf >. Acesso em 21 fev. 2017.
- FREITAS, E. V.; Py, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GONÇALVES, L. H. T.; TOURINHO, F. S. V. **Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado**. Barueri: Manole, 2012.

HAN, J. H.; WILBER, S. T. Altered Mental Status in Older Emergency Department Patients. **Clin Geriatr Med.**, v. 29, n. 1, p. 101-136, 2013. Doi:10.1016/j.cger.2012.09.005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177603>>. Acesso em: 20 de abr. de 2017

LIANG S. Y. Sepsis and other infectious disease emergencies in the elderly. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 34, n.3, p. 501-522, 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2016.04.005>

MAJCZAK, J. A.; HOHL, M. Exame físico de enfermagem do idoso hospitalizado. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.20, n.2, p.316-24, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/39888>>. Acesso em: 20 abr. de 2017.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F.L.; RODRIGUES, C. I. S. 7ª **Diretriz brasileira de hipertensão arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 107, n.3, Supl. 3, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em 04 mar. 2017.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A. **Geriatria: manual da liga de estudos do processo de envelhecimento**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2015.

MENEGON, D. B.; Bercini, R. R.; Santos, C. T.; Lucena, A. F.; Pereira, A. G. S.; Scaini, S. F. Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 854-61, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/16.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4 ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

NAU, K. C., et al. Glycemic control in hospitalized patients not in intensive care: beyond sliding-scale insulin. **Am Fam Physician**, v. 81, n. 9, p.1130-5, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20433129>>. Acesso em: 06 mar. 2017.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. Avaliação da concordância na aplicação da Escala de Braden inter observadores. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.1, p.24-28, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a05>>. Acesso em: 2 mai. de 2017.

ROSENBERG, M. S., et al. Geriatric Emergency Department Guidelines. **Annals of Emergency Medicine**, v.63, n.5, 2014. Doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24746437>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

ROSENBERG, M.; Rosenberg, L. The Geriatric Emergency Department. **Emerg Med Clin**, v. 34, p. 629–648, 2016. Doi.org/10.1016/j.emc.2016.04.011. Disponível em: < [http://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627\(16\)30026-8/pdf](http://www.emed.theclinics.com/article/S0733-8627(16)30026-8/pdf) >. Acesso em: 21 fev. 2017.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 683-8, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000500014&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 21 fev. 2017.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf> >. Acesso em: 24 fev. 2017.

SBG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados**. Barueri: Minha Editora, 2011. Disponível em: < http://sbqg.org.br/wpcontent/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf >. Acesso em: 06 out.2016.

SOUSA JÚNIOR B. S.; SILVA, C. C.; DUARTE, F. H. S.; MENDONÇA, A. E. O.; DANTAS, D. V. Análise das Ações Preventivas de Úlceras por Pressão por Meio da Escala de Braden. **ESTIMA**, v.15 n.1, p. 10-18, 2017. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700010003. Disponível em: < <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/446/pdf> >. Acesso em: 06 mar. 2017.

TEIXEIRA, C. C.; BOAVENTURA, R. P.; SOUZA, A. C. S.; PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q.; BACHION, M. M.; et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n.4, p. 1071-8, 2015. Doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf>. Acesso em 06 mar. 2017.

VACCARI, *et al.* Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.21, n.5, p. 1-9, 2016. Disponível em: < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562> >. Acesso em 21 fev. 2017.

ANEXO A – PARECER DO CEP UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Gestão do Cuidado Gerontológico do Idoso Atendido em um Serviço de Urgência/Emergência

Pesquisador: Mariluci Hautsch Willig

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55112516.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.574.209

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proveniente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Mestrado Profissional sob a responsabilidade da Professora Dra. Mariluci Hautsch Willig, orientadora de Luciana Aparecida Soares de Andrade.

A pesquisa em tela será realizado no Hospital do Idoso Zilda Ams, no período de maio de 2016 a maio de 2017 e prevê duas formas de abordagem: qualitativa e quantitativa.

Os participantes do estudo serão as enfermeiras que atuam na emergência.

São critérios de Inclusão:

Abordagem Quantitativa- prontuários de idosos atendidos no serviço de emergência no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2015.

Abordagem Qualitativa -Integrar a equipe de enfermagem do setor de emergência; prestar cuidados de enfermagem a idosos na emergência.

Abordagem Quantitativa- Serão excluídos os prontuários incompletos, que não contenham os dados considerados relevantes para a pesquisa, como: dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e estado civil) e dados clínicos.

Abordagem Qualitativa- Serão excluídos da pesquisa os participantes que manifestem o desejo de interromper a pesquisa e que não atenderem os critérios de inclusão

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7258

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.574.209

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Propor um modelo/protocolo de gestão do cuidado gerontológico do idoso admitido em um serviço de emergência, em um hospital municipal

Objetivo Secundário:

- a) Rastrear as características sociodemográficas e clínicas dos idosos admitidos no hospital do idoso no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2015;
- b) Identificar as ações de cuidado desenvolvidas pelos componentes da equipe de enfermagem do serviço de emergência do hospital do idoso;
- c) Analisar a percepção das enfermeiras sobre o gerenciamento do cuidado ao idoso;
- d) Desenvolver um modelo/protocolo de cuidado de enfermagem ao idoso atendido em situação de emergência"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a autora, "os possíveis riscos relacionados com a pesquisa são a quebra de confidencialidade, desconforto ou constrangimento dos participantes durante a realização da entrevista e das oficinas. Para minimizar os riscos, as informações obtidas serão acessadas apenas pela pesquisadora e colaboradora, a coleta de dados ocorrerá em local privativo e serão utilizados apenas as iniciais dos nomes dos participantes nas transcrições dos conteúdos gravados. Além disso, letras e números para análise e apresentação dos dados serão utilizados.

Entre os possíveis benefícios para a população estudada foi destacada a melhoria do processo de cuidar do idoso atendido na emergência, possibilitada pela abertura de um espaço de discussão e análise do processo trabalho do enfermeiro, visando uma reflexão aprofundada do tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada em dois momentos: o primeiro, quantitativo para definir as características dos pacientes atendidos no local do estudo e o segundo, qualitativo, visando apreender os aspectos da gestão do cuidado do idoso, atendido em serviço de emergência e do trabalho das enfermeiras, enquanto coparticipantes do processo de cuidar.

A etapa quantitativa será desenvolvida utilizando-se o método do estudo documental retrospectivo descritivo. Os documentos analisados serão os prontuários dos pacientes atendidos no período de dezembro de 2012 à dezembro de 2015, bem como os relatórios, gerados pelo

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têmeo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.574.209

software de gestão de prontuário eletrônico, utilizado pela instituição. Para coleta dos dados será utilizada uma planilha, elaborada pela pesquisadora para esta finalidade.

O segundo momento do estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa. A coleta de dados será por meio de três técnicas: entrevista, oficina e observação do participante. Serão realizadas entrevistas individuais, utilizando-se um roteiro, dividido em duas partes: caracterização do participante e questão norteadora. Inicialmente o roteiro passará por uma validação, por meio de uma entrevista piloto, seguido de adequação do mesmo, caso seja constatada essa necessidade. A entrevista será realizada em local privativo, envolvendo apenas o pesquisador e o pesquisado, obedecendo a um cronograma que será estabelecido conforme a disponibilidade dos participantes da pesquisa. A mesma será gravada utilizando-se gravador de voz, arquivada numa pasta no computador e transcrita na íntegra, para posterior análise. Para preservar a identidade dos participantes, serão estabelecidos códigos de identificação. Há previsão de oficinas com o objetivo de refletir sobre como as enfermeiras percebem e realizam a gestão do cuidado do idoso, bem como, discutir e elaborar um modelo de cuidado específico para esses pacientes.

As oficinas serão realizadas em três momentos:

1º Diagnóstico da Realidade

2º Aprofundamento Teórico

3º Elaboração do modelo de cuidado.

As oficinas serão construídas a partir dos dados obtidos nas entrevistas. Também serão agendadas conforme disponibilidade dos participantes, realizadas em local privativo, onde estarão presentes o pesquisador e participantes da pesquisa. Esses encontros serão gravados e terão seus conteúdos registrados por meio de anotações de campo e registro descritivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram todos apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Incluir a sala e o prédio onde o professor deverá ser localizado.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têmeo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cosmetica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.574.208

Considerações Finais a critério do CEP:

Como responder as pendências: 1) O Pesquisador deverá devolver as pendências no prazo máximo de até 30 dias, a contar desta data, postando e enviando através da Plataforma Brasil - modo: Editar (), (seguindo todas as etapas até enviar novamente).

2) Favor responder em documento a parte todas as pendências que aparecem no parecer, com indicação dos documentos e PAGINAS onde as modificações foram feitas; da mesma forma, assinalar com cor diferenciada todas as alterações feitas nos documentos que foram revisados.

3) Os arquivos com as respostas as pendências deverão ser anexadas na PB sempre com título diferentes dos já inseridos, pois se o arquivo contiver o mesmo nome o sistema irá inserir o arquivo anterior automaticamente. (Ex.: TCLE corrigido.doc ou TCLE versão 1...)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_680389.pdf	15/05/2016 21:29:07		Aceito
Outros	lista_adequacao_pendencias.docx	15/05/2016 21:28:34	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_segunda_versao.docx	15/05/2016 21:26:29	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	oficio_encaminhando_ata_de_aprovacao.pdf	12/04/2016 17:31:50	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	11/04/2016 23:18:24	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	check_list_documental_1.pdf	11/04/2016 22:41:50	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	ata_aprovacao_do_projeto.pdf	11/04/2016 22:39:49	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	termo_compromisso_utilizacao_de_dados.pdf	19/03/2016 21:28:58	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	termo_compromisso_inicio_da_pesquisa.pdf	19/03/2016 21:26:10	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_uso_especifico_material.pdf	19/03/2016 21:25:07	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_tornar_publico_resultados.pdf	19/03/2016 21:23:24	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.574.209

Outros	termo_confidencialidade.pdf	19/03/2016 21:22:13	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_concordancia_instituicao_co participante.pdf	19/03/2016 21:21:15	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	Declaracao_dos_servicos.pdf	19/03/2016 21:20:06	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_orientador.pdf	19/03/2016 21:16:24	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	analise_de_merito.pdf	19/03/2016 21:12:55	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	oficio_do_pesquisador_encaminhando_ o_projeto_ao_CEP.pdf	19/03/2016 21:08:00	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/03/2016 17:50:33	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_esclareci do.docx	15/03/2016 11:27:04	Mariluci Hautsch Willig	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 03 de Junho de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cosmetica.saude@ufpr.br

ANEXO B – PARECER DO CEP SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA & SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Gestão do Cuidado Gerontológico do Idoso Atendido em um Serviço de Urgência/Emergência

Pesquisador: Mariluci Hautsch Willig

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55112516.0.3001.0101

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.613.553

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado profissional, composto de 2 momentos com 2 metodologias diferentes. No primeiro será realizado levantamento de dados dos prontuários e relatórios já realizados, caracterizando uma pesquisa quantitativa. Contém todos os documentos adequados. No segundo momento da pesquisa, a coleta de dados acontecerá via entrevistas, oficinas e observação participante, caracterizando a parte qualitativa do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Propor um modelo/protocolo de gestão do cuidado gerontológico do idoso admitido em um serviço de emergência, em um hospital municipal.

Objetivo Secundário:

a) Rastrear as características sociodemográficas e clínicas dos idosos admitidos no hospital do idoso no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2015;b) Identificar as ações de cuidado desenvolvidas pelos componentes da equipe de enfermagem do serviço de emergência do hospital do idoso;c) Analisar a percepção das enfermeiras sobre o gerenciamento do cuidado ao idoso;d) Desenvolver um modelo/protocolo de cuidado de enfermagem ao idoso atendido em situação de emergência.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-4961

Fax: (41)3380-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA & SMS



Continuação do Parecer: 1.613.553

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Fez avaliação adequada de riscos e benefícios, inclusive observadas pelo comitê de ética anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em relação à parte ética está tudo adequado, nos foi solicitada a avaliação quanto à viabilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados e foram apresentados.

Recomendações:

1) a pesquisadora diz que será realizada observação participante do tipo completa (segundo referencial teórico usado), estou inferindo que pela aluna de mestrado ser funcionária no local a ser pesquisado, ela quem fará a observação participante por estar "imersa" no campo de pesquisa. Porém isto deveria estar claro no projeto, espera-se que a implicação do pesquisador, bem como sua atuação esteja detalhada; 2) no projeto está explícito que as entrevistas serão realizadas preferencialmente no dia do plantão do trabalhador a ser entrevistado. Especialmente por tratar-se de atividade em serviço de emergência, espera-se que o fato de ser neste dia seja para facilitar a realização da entrevista em algum horário que não prejudique a atividade assistencial (por ex. antes ou após o plantão); 3) existe menção quanto ao uso da sala de aula do HIZA para a realização das entrevistas, por tratar-se de uma local bastante disputado para uso, será necessário agendar previamente com o Instituto de Ensino e Pesquisa para que possa ser usada; 4) como a pesquisadora já possui acesso ao prontuário eletrônico e sabe usá-lo, ficará mais fácil obter os dados da parte quantitativa, peço o cuidado, caso necessite de alguma informação para a qual não tem acesso direto, que entre em contato com o IEP, pois poderá ser criado um login pesquisador somente para consulta. Reforço que a pesquisadora tenha o cuidado ao iniciar sua coleta de dados, de forma que não atrapalhe seu trabalho assistencial. Fiz estas recomendações, pois não está explícito no projeto de pesquisa quais os horários reservados à pesquisa e como isso será feito pela pesquisadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado com recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Atílio Bório, 680
Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3380-4861 Fax: (41)3380-4865 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA & SMS

Continuação do Parecer: 1.813.553

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_680389.pdf	15/05/2016 21:29:07		Aceito
Outros	lista_adequacao_pendencias.docx	15/05/2016 21:28:34	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_segunda-versao.docx	15/05/2016 21:26:29	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_680389.pdf	12/04/2016 17:32:29		Aceito
Outros	oficio_encaminhando_ata_de_aprovacao.pdf	12/04/2016 17:31:50	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	11/04/2016 23:18:24	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	check_list_documental_1.pdf	11/04/2016 22:41:50	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	ata_aprovacao_do_projeto.pdf	11/04/2016 22:39:49	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_680389.pdf	20/03/2016 22:10:44		Aceito
Outros	termo_compromisso_utilizacao_de_dados.pdf	19/03/2016 21:28:58	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	termo_compromisso_inicio_da_pesquisa.pdf	19/03/2016 21:26:10	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_uso_especifico_material.pdf	19/03/2016 21:25:07	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_tornar_publico_resultados.pdf	19/03/2016 21:23:24	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	19/03/2016 21:22:13	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_concordancia_instituicao_co_participante.pdf	19/03/2016 21:21:15	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	Declaracao_dos_servicos.pdf	19/03/2016 21:20:06	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	declaracao_orientador.pdf	19/03/2016 21:16:24	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	analise_de_merito.pdf	19/03/2016 21:12:55	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Outros	oficio_do_pesquisador_encaminhando_o_projeto_ao_CEP.pdf	19/03/2016 21:08:00	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_680389.pdf	15/03/2016 17:55:20		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/03/2016 17:50:33	Luciana Aparecida Soares de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de	termo_de_consentimento_livre_esclar	15/03/2016	Mariluci Hautsch	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-4961

Fax: (41)3380-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA & SMS



Continuação do Parecer: 1.613.553

Assentimento / Justificativa de Ausência	ecido.docx	11:27:04	Willig	Aceito
--	------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 29 de Junho de 2016

Assinado por:
SAMUEL JORGE MOYSÉS
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 880

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br