

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

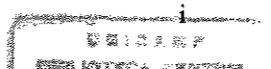
**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**“O PROCESSO DE ADMISSÃO HOSPITALAR DO IDOSO  
EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA”**

**GISLEINE LEILA MARTINS TENGLER RIBEIRO**

**2001**

**UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE**



7842870

UNIDADE	BC		
N.º CHAMADA:	T/ UNICAMP		
	R354p		
V.	Es.		
TOMBO BC	96650		
PROC.	76.392/07		
C	<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREC.	R\$ 1,00		
DATA	23/10/07		
N.º CPD			

CM00160448-1

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**TÍTULO: “O PROCESSO DE ADMISSÃO HOSPITALAR DO  
IDOSO EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA”**

Autora: Gisleine Leila Martins Tengler Ribeiro

Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup>. Maria José D’Elboux Diogo

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida por Gisleine Leila Martins Tengler Ribeiro e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 25/09/01

Assinatura: maria j. d'elboux diogo

Comissão Julgadora:

[Assinatura]  
[Assinatura]  
[Assinatura]  
maria j. d'elboux diogo

**2001**

CATALOGAÇÃO NA FONTE ELABORADA PELA BIBLIOTECA  
DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP  
Bibliotecário Rosemary Passos - CRB-8ª/5751

R354p Ribeiro, Gisleine Leila Martins Tengler.  
O processo de admissão hospitalar do idoso em unidade de  
clínica médica / Gisleine Leila Martins Tengler Ribeiro. --  
Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Maria José D' Elboux Diogo.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Educação.

1. Enfermagem geriátrica. 2. Gerontologia.  
3. Idosos - Assistência hospitalar. I. Kossovitch, Elisa Angotti.  
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Educação. III. Título.

**DEDICATÓRIAS**

**À DEUS,**

“ Com efeito, grandes coisas fez o Senhor por nós; por isso estamos alegres.”

*Salmos 126:3*

**Ao RUBEN,**

“ amado de minha alma”

**À BÁRBARA,**

“filha muito amada”

**À minha mãe ESTHER,**

“exemplo de vida e luta”

**Aos irmãos GISELLE, JOYCE E FREDY,**

“pelo amor, preocupação e sustento todos estes anos”

**Aos avós BENEDITO E HILDA,**

“sinto saudades”

**À avó ELZA,**

“minha primeira paciente”

**UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE**

## AGRADECIMENTOS

Aos meus sogros

**JOSÉ e VIRGÍNIA**

Aos cunhados

**RAQUEL, ANDRÉ, MARCELA, SÉRGIO e MARTA**

Aos sobrinhos

**TAÍS, MATHEUS, JÔNATAS, GABRIEL e FELIPE**

## AOS AMIGOS

**CINARA e MEIRE**, pelo suporte e contribuição durante a realização do mestrado, pelos longos tempos de conversa ao telefone que muito me ajudaram e por todo o amor dedicado.

**HELOÍSA**, nos momentos mais importantes de nossas vidas, sempre estivemos juntas, você não poderia faltar neste aqui também.

**HELOISI**, sua preciosa ajuda na correção ortográfica, foi essencial para completarmos este trabalho. Obrigada.

**LÉA MÁRCIA**, sua amizade é dádiva de Deus para minha vida.

**MARIANA, NILCE, ROSÂNIA e SILVANA**, porque acreditaram que eu pudesse chegar até aqui.

**UNICAMP**  
**BIBLIOTECA CENTRAL**  
**SEÇÃO CIRCULANTE**

**MAURA MARTA**, mesmo distante, esteve sempre pronta para me sustentar com amor e amizade.

**“SERENO DA MADRUGADA”**, o amor, sustento e as orações de todos vocês, sempre estiveram presentes todos estes anos em que caminhamos juntos. Por isto, esta conquista também é de vocês.

**VICTOR**, pelo auxílio na tradução do resumo deste trabalho.

**AGRADECIMENTOS ESPECIAIS:**

À professora Dra. **MARIA JOSÉ D'ELBOUX DIOGO**, orientadora, sua dedicação, seu empenho, sua competência, seu conhecimento foram inspiração na realização deste trabalho, sem os quais eu não chegaria até aqui. A convivência com sua pessoa permitiram o fortalecimento e amadurecimento das minhas convicções pessoais e profissionais, e a certeza de continuar a estudar Gerontologia.

À professora Dra. ANITA LIBERALESSO NÉRI, coordenadora do programa de pós graduação em Gerontologia, pela compreensão durante todos estes anos de estudo, pelo empenho e dedicação no desenvolvimento desta importante área de estudo. A sua generosidade é exemplo para minha vida.

À professora Dra. **FERNANDA APARECIDA CINTRA**, suas contribuições foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. A sua competência e esmero nas sugestões e observações permitiram o aprimoramento deste tema, e o meu amadurecimento profissional.

### **Aos colegas:**

De todas as unidades campo de pesquisa, que me receberam com carinho e prontidão, colaborando com este trabalho.

### **Aos Serviços:**

- Departamento de Enfermagem do HC da UNICAMP, pela atenção;
- Serviço de Enfermagem Médico e Cirúrgica II, onde se localizam as unidades campo de pesquisa, pelo apoio, compreensão e atenção;
- Estatística da FCM da UNICAMP, nas pessoas de HELYMAR e ANDRÉIA, pela atenção, colaboração e o tempo empregado no tratamento dos dados;
- Aos funcionários da Faculdade de Educação, pelo atendimento, CIDINHA, GISLENE, NADIR, RITA e WANDA, pela competência no trabalho e o carinho demonstrado durante a realização deste projeto.
- À SUELI e FABIANA, secretárias da Gerontologia, pela paciência e dedicação, o amor de vocês me constrange.
- À RITA e LÍDIA do CCUEC, pela ajuda na formatação do texto final.
- À CAPES, pela contribuição no desenvolvimento desta área de estudo.

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	xxi
LISTA DE TABELAS	xxiii
LISTA DE QUADROS	xvii
LISTA DE ANEXOS	xxix
RESUMO	xxxi
ABSTRACT	xxxiii
1 – INTRODUÇÃO	01
1.1 - Algumas considerações sobre a hospitalização do idoso	05
1.2 - As expectativas, a satisfação do paciente e o cuidado de enfermagem: considerações teóricas	08
2 – OBJETIVOS	13
2.1 - Objetivo Geral	13
2.2 - Objetivos Específicos	13
3 – MÉTODO	15
3.1 - Campo de Pesquisa	15
3.2 - População e Amostra	17
3.3 - Coleta de Dados	26
3.3.1 - Instrumento de Coleta de Dados	26
3.3.2 - Procedimento para Coleta de Dados	27
3.4 - Análise Estatística e Tratamento dos Dados	28
4 – RESULTADOS	29
5 – DISCUSSÃO	53
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
8 – ANEXOS	107

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Renda familiar segundo o número de salários mínimos, referente aos meses de julho a agosto.....</b>	<b>20</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – Distribuição dos membros da equipe de enfermagem das unidades de internação segundo os turnos de trabalho.....	16
<b>TABELA 2</b> – Distribuição dos idosos quanto ao sexo, idade e estado civil.....	18
<b>TABELA 3</b> – Distribuição dos idosos segundo o nível de escolaridade.....	19
<b>TABELA 4</b> – Distribuição dos diagnóstico médico atual dos idosos segundo sexo e faixa etária, conforme CID-10.....	23
<b>TABELA 5</b> – Distribuição dos pacientes idosos que apresentavam outras doenças associadas, segundo sexo e grupos diagnósticos.....	24
<b>TABELA 6</b> – Distribuição dos idosos quanto ao tempo de internação hospitalar anterior (em dias), segundo dados do prontuário médico.....	25
<b>TABELA 7</b> – Distribuição dos pacientes submetidos a internações anteriores, segundo os grupos diagnósticos e sexo.....	25
<b>TABELA 8</b> – Distribuição dos idosos segundo o tempo em horas, e unidade de internação.....	29
<b>TABELA 9</b> – Distribuição das respostas dos pacientes sobre suas expectativas quanto ao atendimento hospitalar.....	31
<b>TABELA 10</b> – Distribuição das respostas dos pacientes quanto ao motivo da internação hospitalar.....	33
<b>TABELA 11</b> – Distribuição dos idosos segundo as respostas quanto ao conhecimento da própria doença.....	34

<b>TABELA 12</b> – Distribuição dos idosos segundo as respostas quanto ao conhecimento do próprio tratamento.....	35
<b>TABELA 13</b> – Distribuição dos idosos segundo as justificativas apresentadas para a não permanência do acompanhante durante a hospitalização.....	38
<b>TABELA 14</b> – Distribuição das respostas dos idosos segundo as informações recebidas no momento da admissão na unidade de internação.....	41
<b>TABELA 15</b> – Distribuição dos idosos que receberam ou não informações sobre o ambiente, rotina, equipe de saúde e de enfermagem e tratamento, e o desejo de receber maiores explicações.....	43
<b>TABELA 16</b> – Distribuição da presença de alterações e dificuldades mencionadas pelos pacientes idosos entrevistados.....	43
<b>TABELA 17</b> – Distribuição das respostas dos idosos quanto a questões realizadas pelos profissionais da saúde sobre o uso de medicações, alergias e outras perguntas.....	44
<b>TABELA 18</b> – Distribuição dos idosos, segundo o conceito atribuído para o atendimento no momento da admissão hospitalar.....	45
<b>TABELA 19</b> – Distribuição das justificativas apresentadas pelos idosos quanto ao atendimento recebido na admissão hospitalar, de acordo com as áreas de enfermagem e do ambiente.....	47

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Motivos apontados pelos idosos para a não permanência do acompanhante na admissão hospitalar.....	36
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo I</b> – Parecer Projeto nº 214/2000 do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP.....	109
<b>Anexo II</b> – Autorização da Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital da UNICAMP.....	111
<b>Anexo III</b> – Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	113
<b>Anexo IV</b> – Instrumento de coletas de dados.....	115

**RIBEIRO, G.L.M.T.** *O processo de admissão hospitalar do paciente idoso em unidade de clínica médica.* Campinas, SP, 2001. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

## RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi verificar e analisar o processo de admissão hospitalar de idosos em unidade de clínica médica a partir de suas experiências vivenciadas. Como objetivos específicos foram identificadas e analisadas suas expectativas, as ações de enfermagem realizadas, bem como caracterizado o atendimento recebido por estes idosos. Participaram deste estudo 34 pacientes, de ambos os sexos, com idade mínima de 60 anos e tempo de internação inferior a 48 horas. As entrevistas foram realizadas com a utilização de um instrumento submetido à pré teste e ao julgamento de sete profissionais. Os idosos apresentaram expectativas relacionadas ao atendimento baseadas em experiências anteriores (17,65%), em relatos de outras pessoas (29,41%) e parte não fez referência a outras situações (14,18%). A maioria dos idosos foi internada pelo pronto socorro (64,7%), contou com o funcionário da escolta para o transporte (85,29%), considerou pouco o tempo de espera para a admissão (42,4%) e permaneceu com seu acompanhante no momento da admissão na unidade (61,73%). A recepção do idoso na unidade foi realizada por funcionários da equipe de enfermagem, de modo acolhedor. Foram apresentados a outros pacientes em 67,6% da amostra e 55,9% referiram ter recebido informações. Entretanto, ao responderem sobre os itens abordados nestas informações, houve predomínio de respostas negativas. As orientações mais frequentes foram: sobre o médico responsável (61,76%), turnos de trabalho da equipe de enfermagem (47,06%), exames (44,12%), vaso sanitário (29,41%), e uso de roupas (26,47%). O exame físico foi realizado prioritariamente pelo médico e outros questionamentos como uso de medicações, alergias e outras doenças pelos profissionais da saúde. Embora os idosos apresentassem alterações e dificuldades relacionadas à capacidade funcional, a grande maioria não foi questionada sobre estas questões. O atendimento foi caracterizado como bom (76,5%) e ótimo(20,6%), conceitos estes atribuídos em decorrência do cuidado prestado referente à área de enfermagem, com destaque para a comunicação, e ao ambiente organizacional.

**RIBEIRO, G.L.M.T.** *The process of admission the elderly patients in a medical clinic bunit.* Masters Dissertation in Gerontology. School of Education, State University of Campinas, Campinas, SP, Brazil, 2001.

### **ABSTRACT**

The general objective of this work was to verify and to analyse the hospital admission process of the elderly in medical clinic units based on their experiences. As specific objectives, we identified and analyzed their expectations, nursing actions carried out, as well as characterizing the attendance received by these elderly people. In this study, 34 patients of both sexes participated, with a minimum age of 60, and with a period of internment less than 48 hours. The interviews were carried out using a tool submitted to pre-test and to the judgment of seven professionals. The elderly patients demonstrated expectations related to the attendance based on previous experiences (17,65%), based on references of other people (29,41%) and some of them made no reference to other situations (14,18%). Most of the elderly patients were admitted through the first aid (64,7%), were accompanied by an employee up to transportation (85,29%), considered that the time up to admission was not long (42,4%) and stayed with their escort at the moment of admission into the unit (61,73%). The reception of the elderly patient into the unit was carried out by employees of the nursing staff who were considered receptive. They were presented to other patients in 67,6% of the sample and 55,9% stated that they received information. However, when they referred to the issues covered in this information, there was a predominance of negative answers. The most frequent orientations were: concerning the physician responsible for the patient (61,76%), work shifts of the nursing staff (47,06%), tests (44,12%), toilet seats (29,41%), and use of colthes (26,47%). The physical examination was carried out with priority by the physician and other questions such as the use of medication, allergies and other disease by the health professionals. Even though the elderly patients presented alterations and difficulty related to the functional capacity, most of them were not questioned about these issues. Service was considered good (76,5%) and excellent (20,6%), these concepts attributed due to care shown by the nursing staff, highlighting communication and the organizational environment.

## 1 - INTRODUÇÃO

A população brasileira nas últimas cinco décadas tem apresentado alterações quanto as suas características demográficas. Estas alterações são decorrentes de transições ocorridas na população, como: a diminuição da taxa de mortalidade a partir da década de 40, o novo padrão reprodutivo da população na década de 60, bem como, a inserção de novas tecnologias na área de saúde. Desse modo, o Brasil foi levado a experimentar gradual envelhecimento da sua população, indicado pelo aumento na esperança de vida ao nascer (BERQUÓ, 1999).

A esperança de vida do brasileiro ao nascer, foi modificando-se no decorrer deste século, alterando o perfil dos estratos etários neste período. No início do século, a população do Brasil apresentava uma expectativa de vida que girava em torno de 33,7 anos. Em 1940, a expectativa de vida aproximava-se de 41,5 anos, e a proporção de pessoas de 65 anos e mais era de 2,38%. Em 1950, ou seja, na metade do século, os idosos representavam 2,60% da população. Em 1960 a expectativa de vida passou para 51,6 anos, com 2,74% da população representada por pessoas de 65 anos e mais. Já na última década do século, dados mostram que 4,83% da população brasileira era composta de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e a expectativa de vida atingiu 68,6 anos. Segundo as projeções para os próximos anos, BERQUÓ (1999) aponta que no ano 2020, os idosos com idade de 65 anos e mais serão 7,64% da população brasileira, ou seja, um em cada treze brasileiros pertencerá à população idosa.

A dependência política e econômica do Brasil em relação a outros países e a desigualdade sócio-econômica da população brasileira levou, particularmente as classes menos favorecidas, a enfrentar diferenças também no contexto de saúde, diferenças estas agravadas na velhice, à medida que se acentuam as conseqüências dessa desigualdade social. Nesse contexto, a população idosa do nosso país é caracterizada por indivíduos com esperança de vida aumentada, convivendo com carências habitacionais, nutricionais, sanitárias, educacionais e doenças crônico-degenerativas.

Obedecendo a um ciclo vital que compreende as fases: infância, adolescência, adulta e senescência, o ser humano apresenta mudanças que se efetuam anatômica, fisiológica e psicologicamente, sob influência genética, histórica, social e cultural.

O envelhecimento biológico, conforme aponta PAPALÉO NETTO; PONTE (1996), vai se delineando em função do declínio funcional de diversos órgãos, cuja variabilidade dificulta o estabelecimento de um limite exato entre a fase adulta e a velhice. Isso nos leva a compreender que o envelhecimento produz alterações diferentes entre os indivíduos. No entanto, é consenso no meio científico que, a partir da década de vinte e de forma mais definida a partir da década de trinta, aparecem no ser humano as primeiras alterações funcionais e estruturais atribuídas ao envelhecimento. Pesquisadores concordam que algumas mudanças ocorridas no início da meia idade, como por exemplo a queda na acuidade visual e auditiva, as quais se prolongam e se acentuam na velhice, são aceitas como efetivas manifestações do envelhecimento.

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento foram, durante muito tempo, identificadas como doenças, contribuindo para o preconceito de que velhice é sinônimo de doença. Enquanto o envelhecimento se desenvolve sutilmente, afecções podem acometer o indivíduo em maior ou menor intensidade, interferindo nesse processo. Assim, conforme afirma PAPALÉO NETTO; PONTE (1996), os limites entre senescência (processo de envelhecimento evidenciado nas alterações que sofre a relação indivíduo/meio ambiente, durante o tempo de vida do mesmo) e senilidade (conjunto de modificações decorrentes de processos mórbidos mais comuns em idosos) não são fáceis de serem estabelecidos.

A dificuldade em definir os limites entre senescência e senilidade revela de alguma forma a complexidade do processo de envelhecimento, o qual não traduz apenas as alterações biológicas.

BABB (1991) considera que o envelhecer é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne incapaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e portanto aumentando sua possibilidade de morte.

PAPALÉO NETTO; PONTE (1996), caracterizam o envelhecimento como a incapacidade progressiva de manter a homeostasia em situações de sobrecarga funcional.

Segundo FRATCZAK(1993), o envelhecimento é um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse.

O envelhecimento pode ser descrito sob diversas óticas, cabendo ressaltar que não somente as alterações biológicas estão presentes. Para os biólogos, este processo relaciona-se a um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo, desde o nascimento até à morte. Já os sociólogos e psicólogos, chamam a atenção para os processos de desenvolvimento social e psicológico e para a integração e adaptação social do indivíduo frente a alterações decorrentes do processo de envelhecimento. Temos dificuldade em encontrar um conceito de velhice ou envelhecimento que abranja a multiplicidade de aspectos que envolvem esse processo, seja de natureza biológica, social, econômica, histórica, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera o grau de desenvolvimento do país estabelecendo que o indivíduo idoso é aquele que se encontra com 65 anos ou mais, nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1974). Este limite cronológico de corte etário é utilizado na maioria das vezes para delimitar uma população em estudo, ou para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos de planejamento e oferta de serviços (PAPALÉO NETTO; PONTE , 1996).

Entendemos que envelhecer é conviver com alterações que evoluíram e continuam a evoluir ao longo dos anos, cujas conseqüências físicas, sociais e psicológicas podem gerar satisfações ou insatisfações na vida.

Os processos mórbidos que atingem o idoso não necessariamente estão relacionados com as alterações dos sistemas orgânicos, embora estas alterações possam facilitar a sua ocorrência. Dentre os processos mórbidos mais comuns, o estudo de TESTI; DIOGO (1994) sobre a Caracterização da população idosa internada no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), de janeiro de 1990 a

dezembro de 1992, revelam que pacientes idosos internados, homens e mulheres, possuem como diagnósticos médicos mais freqüentes: doenças do aparelho circulatório (25,86%), neoplasmas (21,82%), doenças do aparelho digestivo (10,84%), doenças do aparelho respiratório (7,48%), doenças do sistema nervoso e doenças dos órgãos dos sentidos (7,41%). As autoras encontraram que o tratamento mais utilizado foi o clínico, com 61,46% das hospitalizações dos idosos, seguido do cirúrgico com 38,08% e o psiquiátrico com 0,46% .

Em estudo mais recente, ainda no Hospital das Clínicas da UNICAMP, RIBEIRO; DIOGO (2001), identificaram os principais diagnósticos médicos dos idosos internados no período de janeiro de 1993 a dezembro de 1998: doenças do aparelho circulatório (27,53%), neoplasmas (22,29%), doenças do aparelho digestivo (10,49%), doenças do aparelho respiratório (7,74%), lesões e envenenamentos (6,11%), doenças do aparelho genitourinário (5,73%). O tipo de tratamento foi semelhante ao estudo anterior de TESTI; DIOGO (1994), ou seja, tratamento clínico em 61,94%, seguido do tratamento cirúrgico em 37,39%, psiquiátrico em 0,53% e fisiologia em 0,12%.

Muitos dos processos mórbidos levam o idoso a vivenciar o processo de hospitalização. Concordamos com SILVA (1992) quando afirma que a hospitalização, por mais simples que seja o motivo, tende a levar a uma experiência negativa advinda das alterações físicas, sociais e até do medo da morte.

## 1.1 - Algumas considerações sobre a hospitalização do idoso.

A hospitalização do idoso parece ser uma situação agressiva, pois ele é retirado do ambiente familiar, tem os seus hábitos alterados e a incerteza frente ao desconhecido. A insegurança, a ansiedade e o estresse, o receio quanto ao prognóstico, o medo da morte e da dependência de outras pessoas, acompanham o processo de hospitalização.

Acrescente a este quadro, a relação estabelecida entre os profissionais, o paciente e os acompanhantes, que muitas vezes é impessoal, não familiar e cercada de formalidades, mantida com distância física e afetiva, além de norteada por informações rápidas e pela utilização de termos técnico científicos. Para BELAND; PASSOS (1978) é comum que o paciente tenha dificuldades de adaptação ao meio hospitalar apresentando reações, cujas manifestações podem ser observadas através de exigências de tratamento e atendimento especiais ou atitudes de isolamento, desespero, desinteresse, mudanças de humor, oposição ou negação da realidade e depressão.

A enfermeira que presta assistência ao idoso no ambiente hospitalar deve ter em mente que o mesmo pode encontrar-se fragilizado; além disso, em decorrência do processo de envelhecimento, ele necessita de assistência diferenciada, a fim de minimizar os efeitos da hospitalização que está enfrentando. Por conseguinte, é necessária especial atenção ao recebê-lo e ao avaliá-lo, principalmente quanto às alterações decorrentes do envelhecimento e àquelas relacionadas às doenças. A assistência de enfermagem ao idoso deve ser assim fundamentada em dados científicos claros que evidenciem os sinais e sintomas que diferenciem a senescência da senilidade.

BRUNNER; SUDDARTH (1982) afirmam que os pacientes idosos requerem 20% a mais de tempo para os cuidados de enfermagem e assistência geral se comparados aos pacientes jovens, em função das alterações relacionadas ao processo de envelhecimento. Entre estas alterações, as autoras destacam a comunicação que envolve: dificuldade de compreender as orientações e necessidade de tempo maior para tomar decisões; perda gradativa da memória; queda da acuidade visual, redução da capacidade de acomodação à luz, perda gradativa da visão lateral e da nitidez; diminuição da acuidade auditiva, associada à incapacidade de ouvir sons agudos e maior dificuldade em ouvir

faixas de sons normais; verbalização em tonalidade mais baixa e lenta. Assim sendo, acreditamos que o atendimento e as orientações deveriam ser realizadas mais lentamente, com explicações claras e precisas, respeitando as limitações de cada idoso, o que implica em maior tempo disponível por parte da equipe de enfermagem.

A admissão e o preparo para a alta hospitalar são, talvez, as duas situações mais críticas para a continuidade do cuidado de enfermagem ao idoso, seja no ambiente hospitalar ou em seu domicílio.

No momento da admissão hospitalar o idoso necessita ser esclarecido quanto às condições em que se encontra, no que diz respeito ao quadro clínico, doença, tratamento e possibilidades de resolução, de acordo com as suas dúvidas e anseios.

SILVEIRA (1976) destaca que as orientações oferecidas ao paciente admitido numa unidade hospitalar tem como objetivo diminuir suas dúvidas e incertezas, proporcionar conforto, segurança, e favorecer seu ajustamento ao hospital, assim como sua recuperação. A autora relata que nem sempre o paciente recebe informações que facilitam a sua adaptação a esta situação. Muitas vezes, as informações recebidas não atendem às reais necessidades e expectativas do paciente no momento de sua admissão, impedindo desse modo a comunicação efetiva entre o enfermeiro e o paciente.

Em sua maioria, as internações hospitalares visam atender a necessidade de um tratamento que não pode ser realizado no domicílio, por diferentes motivos. A forma como esta internação ocorre influencia a adaptação do indivíduo ao novo ambiente.

VALLE (1986) considera que as primeiras impressões são duradouras e que, portanto, deve-se levar em conta a demonstração de interesse, boa vontade e compreensão por parte dos profissionais envolvidos nos primeiros momentos da admissão hospitalar.

KAMUYAMA; NAKAZAWA (1976) observaram, que os problemas apresentados durante o período de internação dizem respeito a separação da família, insegurança causada pelo desconhecimento da doença e tratamento, insatisfação e desconfiança por interrupção da atividade ocupacional e dependência de outro para o atendimento de suas necessidades. Quanto as expectativas durante a sua permanência hospitalar, os autores verificaram que os pacientes esperam encontrar no hospital atenção e delicadeza, atendimento rápido, observação constante e identificação de suas

necessidades, orientação e esclarecimento sobre sua doença e tratamento e cuidados higiênicos.

VALLE (1986), em seu trabalho sobre comportamentos psicológicos apresentados por pacientes na admissão ao hospital, verificou que os temas que surgiram durante a interação verbal entre pacientes e o profissional de saúde, referiam-se ao ambiente físico (100%), às necessidades emocionais (50%), à rotina de alimentação (41,6%) e à apresentação a outros pacientes (41,6%). Baseada em sua experiência na área de psicologia e em estudos, a autora considerou as seguintes etapas da interação verbal: o aquecimento (início de uma interação, representada por exemplo pela expressão “bom dia”), a explicação do procedimento (as orientações relacionadas às rotinas e ao ambiente), o conteúdo verbal (outras orientações, assuntos diversos, condições físicas e emocionais) e o desfecho (referente ao término de interação, com frases como “até logo”, “até mais tarde”). Segundo os resultados do seu estudo, as etapas de aquecimento e desfecho foram as que apresentaram menores frequências, 66,6% e 75,0% respectivamente, na interação verbal profissional de saúde - paciente, o que sugere certa dificuldade do profissional para estabelecer uma interação mais humana e individualizada.

Em nossa prática, observamos que os profissionais de saúde, em particular a enfermeira e sua equipe, direcionam a assistência ao cumprimento das rotinas do serviço e dos procedimentos técnicos, sem considerar a individualidade do paciente e a humanização do cuidado prestado.

SILVEIRA (1976) destaca que para o êxito da assistência ao paciente recém hospitalizado, são imprescindíveis a identificação e o fornecimento das informações que o paciente considera mais importantes, respeitando suas necessidades cognitivas e não somente aquelas qualificadas como prioritárias pelos enfermeiros. Assim, nem sempre as expectativas do paciente coincidem com as da enfermeira e nem sempre é possível identificar as necessidades mais sentidas de sua clientela.

## **1.2 - As expectativas, a satisfação do paciente e o cuidado de enfermagem: considerações teóricas.**

As expectativas do paciente, segundo GREENEICH (1993), correspondem as suas respostas numa determinada situação, as quais são influenciadas por fatores ambientais, experiências anteriores e pelas características da própria situação. O resultado da combinação entre as expectativas do paciente quanto ao cuidado de enfermagem e os cuidados realmente recebidos, é expresso na sua satisfação. Conforme expõe a autora, as expectativas dos pacientes podem ser a chave determinante para a satisfação com o atendimento de saúde.

Nessa ótica, GREENEICH (1993) apresenta um modelo teórico de satisfação do paciente quanto ao cuidado de enfermagem, desenvolvido pela autora e colaboradores (GREENEICH; LONG; MILLER, 1992), o qual contempla três áreas: a enfermeira, o paciente e a instituição. Cada área deste modelo compreende diferentes dimensões que ao mesmo tempo que são independentes, interagem entre si.

Na área relacionada à enfermeira, as dimensões dizem respeito as características inerentes da personalidade, ao cuidado e a competência profissional. As características da personalidade correspondem aos atributos e comportamentos individuais que a enfermeira apresenta em seu local de trabalho. Estes atributos podem ser positivos e negativos como, por exemplo: delicadeza, agressividade, amizade, estado de humor e o próprio cuidado. Também são identificados como essencial para a promoção da satisfação do paciente, a cortesia social, aceitação, bondade, eficiência e empatia.

O cuidado profissional consiste em outra dimensão relacionada a enfermeira e diz respeito às características profissionais, e expressam significado na interação entre o paciente e a enfermeira. A comunicação exerce importante papel nesta dimensão. Desse modo, contribui para uma positiva interação entre o paciente e a enfermeira, as informações e explicações sobre os procedimentos de enfermagem, a demonstração de interesse por parte da profissional, o estabelecimento de objetivos comuns numa determinada situação, a promoção de condições que favoreçam ao paciente expressar os seus sentimentos para a enfermeira, a empatia, a compaixão, as medidas de conforto e

também o estabelecimento de uma relação de confiança. Estes elementos, segundo o modelo em questão, conduzem ao cuidado que gera satisfação no paciente.

A terceira dimensão desta área compreende a competência profissional de enfermagem que se caracteriza pelas habilidades, pela capacidade técnica e pelo seu conhecimento profissional. Estas características, para as autoras do modelo, constituem-se em aspectos de uma dimensão para a qual o paciente é juiz.

Com relação à área do paciente, as dimensões referem-se às suas expectativas, como antecipação de um evento que irá acontecer. Ela está baseada em experiências pessoais anteriores com o atendimento de enfermagem, bem como, nas informações recebidas por intermédio de outros pacientes, parentes e amigos com relação ao atendimento de enfermagem a que foram submetidos. As informações veiculadas através dos meios de comunicação sobre relacionamentos enfermeira-paciente, também podem ser citados como exemplos de fatores geradores de expectativas por parte dos pacientes.

Para a área institucional ou de organização ambiental, do modelo de GREENEICH; LONG; MILLER. (1992) as dimensões relacionam-se ao ambiente como um todo, no qual o cuidado de enfermagem é realizado. Esta área expressa o meio social de enfermagem, compreende a estrutura física propriamente dita e a estrutura organizacional (administrativa). Na estrutura física, os ruídos, a iluminação artificial, o serviço de alimentação e a manutenção hospitalar influenciam a avaliação da satisfação do paciente. O ambiente organizacional envolve o serviço de enfermagem e tem relação direta com as práticas de enfermagem. Neste ambiente incluem-se a composição da equipe de enfermagem, as normas e rotinas, como por exemplo a definição do horário de visitas, que exercem influência sobre as respostas às expectativas do paciente.

Segundo este modelo teórico, o julgamento do paciente quanto a relação entre as três áreas ocorre de maneira crítica e contínua, dando origem às percepções, e por consequência, à sua satisfação com relação ao atendimento de enfermagem. A satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem é a medida da efetividade de uma organização em que o cuidado é realizado, portanto, pode ser considerado um indicador de qualidade desse cuidado. Entendendo a satisfação como o resultado da interação de múltiplas dimensões, a prática de enfermagem, segundo GREENEICH (1993), deveria

estar centrada na avaliação das expectativas do paciente, na realidade e necessidade do serviço e na própria atuação da enfermeira, associada ao envolvimento da instituição com os resultados, ou seja, com a própria satisfação do paciente. Este envolvimento influenciaria a comunicação entre o paciente e a enfermeira de tal modo que, quanto maior o envolvimento, maior seria a satisfação do paciente.

A prática de enfermagem envolve diversos momentos em que o paciente relaciona-se com a enfermeira, discorrendo a respeito de suas necessidades, seus desejos e suas decisões de saúde. Partindo desta premissa, é importante que examinemos os elementos desta prática que são relevantes para o paciente, em particular o idoso, e que reúnam subsídios para atender às suas expectativas, promovendo desse modo a sua satisfação com o cuidado de enfermagem. Um desses momentos é a admissão do paciente na unidade hospitalar.

A avaliação realizada pela enfermeira no momento da admissão, o registro sobre o estado de saúde do idoso e a comunicação com os demais membros da equipe de enfermagem e de saúde, são pontos fundamentais para o planejamento e a continuidade da assistência, visando inclusive a sua alta hospitalar.

Por meio dos estudos e de nossa prática como enfermeira de unidade de internação hospitalar, temos observado que o paciente idoso requer atendimento diferenciado em sua admissão, quando comparado ao adulto e ao jovem. Frente às alterações decorrentes do processo de envelhecimento, o idoso apresenta necessidades especiais, conforme apontado anteriormente, como maior tempo para assimilar as informações que lhe são apresentadas e maior pausa entre as orientações. Durante o período em que se encontra hospitalizado é importante a atenção dos seus familiares, que por vezes permanecem como acompanhante, a manutenção de um ambiente menos impessoal, que pode ser favorecido pela presença de alguns pertences pessoais de maneira que torne sua unidade mais aconchegante.

Observamos na prática que o idoso ao ser admitido no ambiente hospitalar, muitas vezes não consegue responder às questões referentes ao levantamento de sua história pessoal em função de suas condições físicas e assim, solicitam que os familiares

respondam por eles ou o próprio acompanhante familiar antecipa suas respostas, não permitindo que os idosos se expressem.

Num ambiente hospitalar, o quarto do paciente contém mobiliário simples que visa guardar e organizar os pertences pessoais e fornecer acomodações confortáveis durante sua permanência. O acesso aos diferentes ambientes como, por exemplo, ao banheiro, à área de televisão, e a explicação sobre as rotinas da instituição, fazem parte das informações oferecidas pela enfermeira no processo de admissão do paciente. Estas informações também interferem na satisfação do paciente, uma vez que conforme descritas anteriormente, integram uma das dimensões do modelo de GREENEICH; LONG; MILLER (1992): a relacionada ao ambiente físico da instituição no qual o cuidado de enfermagem é realizado.

Muitos dos dados obtidos durante a admissão traduzem a história de vida do idoso, que, carregada de sentimentos, revela valiosas informações sobre o passado, o presente, as expectativas e perspectivas para o futuro.

O modelo em questão prevê as expectativas do paciente, as características da enfermeira, suas habilidades, seus cuidados e o ambiente de trabalho da enfermagem, abrangendo assim todos os aspectos desta interação e, por conseguinte, leva-nos a buscar a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem ao paciente idoso, em especial no momento da sua admissão hospitalar.

Isto posto e ao considerarmos que

- com a transição demográfica e epidemiológica o número de internações hospitalares de idosos vêm crescendo acentuadamente;
- o processo de admissão hospitalar do idoso é um tema pouco investigado em nosso meio;
- as experiências vivenciadas pelos idosos, podem oferecer subsídios para o planejamento e implementação de assistência de enfermagem as pessoas desta faixa etária, no momento da admissão hospitalar;
- as expectativas e o atendimento recebido na admissão hospitalar são fatores que influenciam a satisfação do paciente;

- as ações de enfermagem são um dos elementos que compõem o momento da admissão do paciente;

o presente estudo pretende responder às seguintes questões:

- Como ocorre o processo de admissão hospitalar do idoso a partir da sua experiência vivenciada?
- Quais expectativas os idosos apresentam no momento da sua admissão?
- Quais ações de enfermagem são realizadas, segundo a ótica do idoso?
- De que modo o idoso caracteriza o atendimento recebido na sua admissão hospitalar?

Ao respondermos a estas questões esperamos estar fornecendo subsídios para a melhoria da qualidade do atendimento ao idoso na admissão hospitalar e de sua satisfação.

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 - Objetivo Geral:**

- Verificar e analisar o processo de admissão hospitalar de idosos em unidades de clínicas médicas a partir das suas experiências vivenciadas.

### **2.2 - Objetivos Específicos:**

- Identificar e analisar as expectativas dos idosos na admissão em unidade de internação de clínica médica;
- Verificar e analisar as ações de enfermagem realizadas na admissão segundo as experiências vivenciadas pelos idosos;
- Caracterizar o atendimento recebido pelos idosos na admissão hospitalar a partir das suas experiências vivenciadas.



### **3 – MÉTODO**

#### **3.1 – Campo de Pesquisa**

Este estudo teve o Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), situado no município de Campinas, S.P., como campo escolhido para a realização da coleta de dados, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP e da Comissão de Ética de Enfermagem do referido hospital, conforme Anexos I e II. Esta instituição é centro de referência para uma macro região de aproximadamente 100 municípios e 6 milhões de habitantes e tem como propósito prestar assistência complexa e hierarquizada, além de ensino e pesquisa, qualificando recursos humanos e produzindo conhecimento. Também é conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), como prestadora de serviços médicos para realizar procedimentos e internações de complexidade terciária .

Os pacientes internados neste hospital são atendidos para tratamento clínico, cirúrgico e psiquiátrico, distribuídos em 403 leitos.

Para este trabalho optamos pelas unidades de internação nas quais o tratamento realizado é predominantemente clínico. Assim, considerando a maior concentração de idosos internados, foram incluídas as seguintes unidades de clínica médica: Gastroclínica, Enfermaria Geral de Adultos (EGA), Cardiologia e Pneumologia. Estas unidades pertencem ao serviço de Enfermagem Médica e Cirúrgica II, que conta com uma enfermeira diretora de serviço e seis enfermeiros supervisores (uma no período da manhã, uma à tarde e quatro no período da noite). A composição da equipe de enfermagem está apresentada na Tabela 1, segundo as unidades escolhidas e os turnos de trabalho.

**Tabela 1 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem das unidades de internação segundo os turnos de trabalho. Campinas, 2000.**

EQUIPE DE ENFERMAGEM	ENFERMARIA GERAL DE ADULTOS			GASTRO CLÍNICA			CARDIOLOGIA E PNEUMOLOGIA			TOTAL		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ENFERMEIRO	3	3	7	4	4	7	3	3	7	10	10	21
TÉCNICO	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	2
AUXILIAR	6	8	12	9	7	13	9	8	11	24	23	36
ATENDENTE	0	0	1	0	1	3	0	0	0	0	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>63</b>

A unidade de internação da Gastroclínica pertence a mesma ala de atendimento da Gastrocirurgia, não havendo distinção do quadro de funcionários do setor. O mesmo acontece com as unidades de Cardiologia e de Pneumologia.

Além dos membros da equipe de enfermagem, cada unidade de internação conta com um oficial de administração, cuja função é atender exclusivamente às necessidades administrativas.

O número de leitos disponíveis para cada unidade campo de pesquisa, no período da coleta de dados eram: Gastroclínica, 10 leitos; Cardiologia e Pneumologia, 30 leitos e EGA, 32 leitos.

A divergência do número de leitos entre as unidades decorre da inclusão de diferentes especialidades, ou seja, a Enfermaria Geral de Adultos apresenta maior número de leitos uma vez que envolve as especialidades de Medicina Interna, Cardiologia, Imunologia e Cirurgia Plástica. Cabe ressaltar que as especialidades de Cirurgia Plástica e Cardiologia admitem pacientes clínicos e cirúrgicos. No entanto, para fins desta pesquisa foram incluídos somente os pacientes admitidos para tratamento clínico destas especialidades.

Os pacientes admitidos nas unidades de internação são procedentes do Pronto Socorro (PS), do Atendimento Ambulatorial (AA), ou convocados em suas residências. A admissão de um paciente no sistema hospitalar, está diretamente ligada a liberação do leito pela equipe de enfermagem da unidade e a sua inclusão no sistema informatizado de internação do hospital. Independentemente do seu local de origem (PS, AA ou

residência), o paciente é encaminhado para a sua “unidade destino” pelo serviço de escolta, o qual é acionado por telefone. Todos os pacientes admitidos pela primeira vez neste hospital, exceto os que são procedentes do PS, cuja internação é realizada neste local através do sistema informatizado, devem ser atendidos inicialmente por um profissional do Serviço Social, a fim de receber orientações gerais sobre a internação, e posteriormente encaminhados para a unidade destino.

### **3.2 - População e Amostra**

Foram incluídos no presente trabalho indivíduos de ambos os sexos, admitidos no hospital campo de pesquisa através do Pronto Socorro (PS) e do Serviço de Internação e encaminhados às “unidades destinos” previamente selecionadas, e que atenderam aos seguintes critérios:

- idade igual ou superior a 60 anos;
- em condições de manter diálogo. Este critério foi verificado por meio das informações obtidas com a enfermeira da unidade, ou com o médico responsável pelo paciente, ou ainda por consulta ao prontuário. Foram excluídos os pacientes que apresentaram manifestações físicas ou psíquicas que dificultaram ou impediram a realização da entrevista;
- pacientes admitidos no máximo há 48 horas nas unidades de clínica médica previamente selecionadas. Optamos por este período pois de acordo com SILVEIRA(1976), baseada em DU GAS (1974), as primeiras 48 horas de hospitalização do paciente exercem significativa influência na sua adaptação ao novo ambiente, uma vez que neste período são realizadas as orientações e a coleta de informações do paciente admitido. Portanto, entendemos que é o momento mais adequado para os pacientes expressarem suas expectativas, comentarem sobre as informações recebidas e solicitarem esclarecimentos referentes a condição em que se encontram no ambiente hospitalar;
- assinaram o consentimento para a participação no estudo. Foram incluídos apenas os pacientes que concordaram em participar da pesquisa após a assinatura do termo de

consentimento informado, no qual consta o conteúdo e o objetivo do trabalho (Anexo III ). O sigilo e o anonimato foram garantidos pela pesquisadora.

A amostra foi definida com a orientação da Equipe de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Por meio do sistema informatizado do hospital e do controle diário das internações, identificamos 107 idosos internados nas unidades escolhidas durante os meses de julho a agosto de 2000, período destinado à coleta de dados.

Destes, 73 não atenderam aos critérios preestabelecidos e os demais, foram incluídos em nossa amostra. Desse modo, a amostra pesquisada constitui-se de 34 idosos, cujas características sócio-demográficas e as condições de saúde serão apresentadas a seguir.

A maioria dos idosos era do sexo masculino (58,8%) e casado (64,68%), com idade entre 60 e 69 anos (58,82%).

**TABELA 2 - Distribuição dos idosos quanto ao sexo, idade e estado civil . Campinas,2000.**

Faixa Etária	MASCULINO				FEMININO				TOTAL			
	CASADO		VIÚVO		CASADO		VIÚVO		CASADO		VIÚVO	
	Nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
60 – 64	6	17,64	-	-	2	5,88	2	5,88	8	23,52	2	5,88
65 – 69	4	11,76	-	-	3	8,82	3	8,82	7	20,58	3	8,82
70 – 74	2	5,88	-	-	-	-	1	2,95	2	5,88	1	2,95
75 – 79	3	8,82	3	8,82	-	-	1	2,95	3	8,82	4	11,77
80 – 84	2	5,88	-	-	-	-	1	2,95	2	5,88	1	2,95
>= 85	-	-	-	-	-	-	1	2,95	-	-	1	2,95
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>49,98</b>	<b>3</b>	<b>8,82</b>	<b>5</b>	<b>14,70</b>	<b>9</b>	<b>26,50</b>	<b>22</b>	<b>64,68</b>	<b>12</b>	<b>35,32</b>

Conforme apresentado na Tabela 2, observamos a baixa representatividade entre os idosos com idade igual e superior a 85 anos ( 2,95%). Embora a faixa etária dos pacientes tenha variado entre 60 e 87 anos, a média de idade foi de 69,7 anos, com desvio padrão de 7,33.

pacientes tenha variado entre 60 e 87 anos, a média de idade foi de 69,7 anos, com desvio padrão de 7,33.

Quanto ao nível de escolaridade, de acordo com a Tabela 3, observamos que a maior concentração de idosos apresentou baixo nível de escolaridade, ou seja, 52,94% tinham o 1º grau incompleto e 38,24% dos idosos eram analfabetos.

**TABELA 3** - *Distribuição dos idosos segundo o nível de escolaridade. Campinas, 2000.*

	nº	%
ANALFABETOS	13	38,24
1º GRAU (INCOMPLETO)	18	52,94
1º GRAU (COMPLETO)	-	-
2º GRAU (INCOMPLETO)	2	5,88
2º GRAU (COMPLETO)	1	2,94
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Para classificar as ocupações, utilizamos o modelo proposto por FONSECA (1967) e consideramos os seguintes níveis:

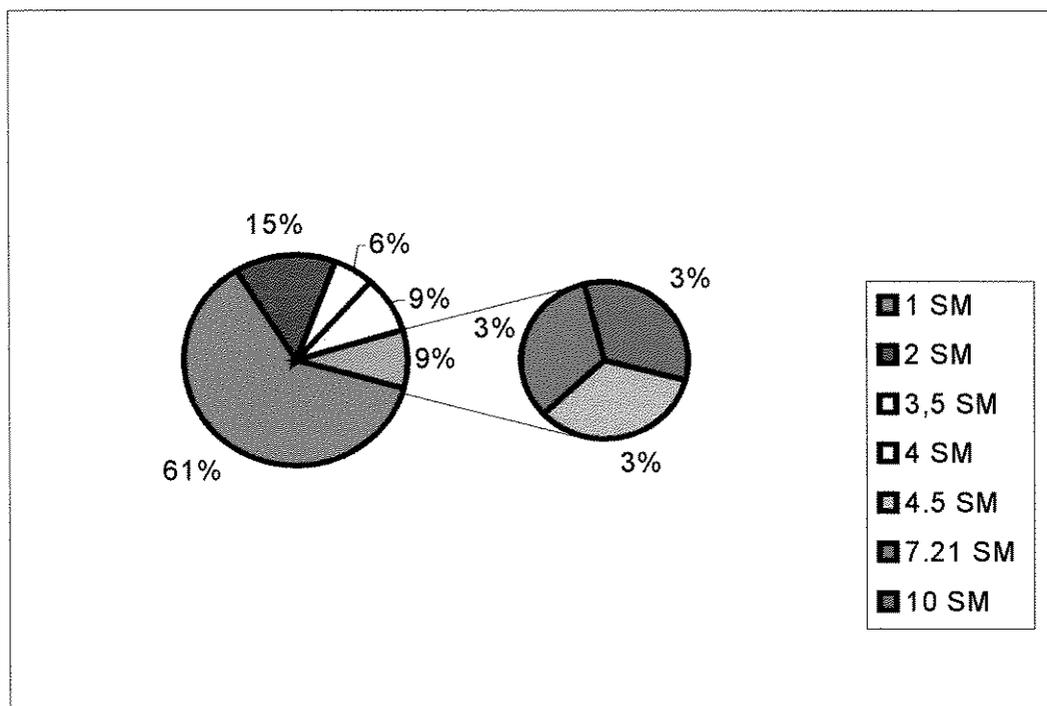
- Nível I – cargos de ocupação manual não especializada, em que são incluídas pessoas encarregadas de executar tarefas que não exigem experiência profissional prévia.
- Nível II – cargos de ocupação manual especializada, em que são incluídas pessoas encarregadas de realizar tarefas artesanais e manuais.
- Nível III – cargos relacionados à supervisão e outras ocupações não manuais, em que se incluem pessoas encarregadas de programação e organização de trabalho, do estudo dos processos e métodos, de análise e operações de controle de qualidade.
- Nível IV – cargos de gerência e técnico de nível médio, na qual são incluídas pessoas encarregadas de organizar, dirigir e realizar tarefas de nível técnico e administrativo.
- Nível V – profissional liberal e cargos de alta administração, são incluídas pessoas encarregadas de executar tarefas de direção, coordenação, as quais exigem formação em nível superior.

De acordo com a classificação do autor, nossa amostra foi caracterizada por:

- Nível II - 17 idosos (costureira, doceira, cozinheira, do lar, pintor, carpinteiro, mecânico, pedreiro, ferroviário);
- Nível III - cinco idosos (bancário, vendedores, supervisor de seção) e
- Nível IV - dois idosos (dono de empresa – mercearia e bar).

Não obtivemos sujeitos que atendessem aos critérios de classificação utilizada quanto ao Nível V. Todos mencionaram ocupação atual ou anterior e não se referiram ao fato de estarem aposentados ou não.

No que diz respeito à renda familiar, podemos notar na Figura 1 que 61% dos idosos recebiam um salário mínimo, seguido daqueles que recebiam dois salários mínimos, correspondendo a 15% do total da amostra.



**FIGURA 1** - Renda familiar segundo o número de salários mínimos, referente aos meses de julho a agosto (valor de R\$ 151,00). Campinas, 2000. \*SM- Salário Mínimo.

A residência dos idosos estava fixada na cidade de Campinas em 52,9% dos entrevistados, enquanto que em outras cidades do Estado de São Paulo, em 41,2%.

Somente dois idosos (5,9%) residiam em outros estados do Brasil (Mato Grosso do Sul e Maranhão) embora contassem com familiares residentes na região de Campinas, fato este que facilitou o tratamento na unidade hospitalar.

A composição familiar dos idosos entrevistados compreendeu a seguinte distribuição, de acordo com as gerações familiares:

- residia sozinho - um idoso;
- relação de residência com uma geração (esposa (o) e irmãos) - quatro idosos;
- relação de residência com duas gerações (esposa (o) e filhos) - 11 idosos;
- relação de residência com três gerações (esposa (o), filhos e netos) - cinco idosos.

Todos os idosos pertencentes a amostra estudada, dispunham e utilizavam de cuidadores familiares quando necessitavam.

Os dados que passamos a apresentar, referentes às condições de saúde, foram extraídos do prontuário do idoso, bem como, do resumo de alta informatizado preenchido pelo médico responsável pelo paciente no momento da alta hospitalar, resumo este disponível no sistema de controle do paciente internado por meio do número de registro hospitalar. Os diagnósticos médicos foram categorizados conforme a Classificação Internacional das Doenças (CID10), e estão apresentados nas Tabelas 4 e 5 (OMS,1999).

Segundo os grupos de diagnósticos médicos que motivaram as internações dos idosos (Tabela 4), as afecções mais encontradas foram do aparelho circulatório (41,2%), seguidas das doenças neoplásicas (8,82%), doenças do sangue e órgãos hematopoéticos (8,82%), doenças do sistema nervoso (8,82%) e doenças do sistema digestivo (8,82%).





Do total de 34 idosos, 24 apresentavam outras doenças associadas àquela que motivou a internação hospitalar, conforme nos mostra a Tabela 5.

**TABELA 5** - Distribuição dos pacientes idosos que apresentavam outras doenças associadas, segundo sexo e grupos diagnósticos. Campinas, 2000.

GRUPOS DIAGNÓSTICOS	SEXO		TOTAL	
	FEMININO	MASCULINO	n°	%
Doenças Infecciosas e Parasitárias	1	-	1	4,17
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	3	4	7	29,16
Doenças do Aparelho Circulatório	6	2	8	33,33
Doenças do Aparelho Respiratório	-	1	1	4,17
Doenças do Aparelho Digestivo	-	2	2	8,33
Doenças Ouvido e Apófise Mastóide	-	1	1	4,17
Doenças Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	1	1	2	8,33
Sintomas e Sinais	1	-	1	4,17
Fatores que Influenciam o Estado de Saúde	-	1	1	4,17
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Entre as afecções associadas, destacam-se as doenças do aparelho circulatório em oito pacientes (33,33%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas em sete pacientes (29,16%).

Sobre a ocorrências de internações anteriores, encontramos que 17 idosos (50%), entre os 34 da amostra, haviam se submetido a outras internações na instituição campo de pesquisa, segundo os dados apresentados na Tabela 6.

**TABELA 6** - Distribuição dos idosos quanto ao tempo de internação hospitalar anterior (em dias), segundo dados do prontuário médico. Campinas, 2000.

TEMPO INTERNAÇÃO em DIAS	n° de Pacientes	%
1 a 5	5	29,41
6 a 10	5	29,41
11 a 15	3	17,65
16 a 20	3	17,65
> 20*	1	5,88
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

\*um idoso apresentou tempo de internação de 90 dias.

Dos 17 pacientes idosos submetidos a internações anteriores, dez (58,8%) apresentaram de um a dez dias de tempo de internação, e seis (35,3%) de 11 a 20 dias. Somente um paciente permaneceu internado durante 90 dias.

Ainda sobre estes pacientes, levantamos junto ao resumo de alta sistematizado, a causa das internações, cujos dados apresentamos na tabela a seguir:

**TABELA 7** – Distribuição dos pacientes submetidos a internações anteriores, segundo os grupos diagnósticos e sexo. Campinas, 2000.

GRUPOS DIAGNÓSTICOS	SEXO MASC	SEXO FEM	TOTAL	
			n°	%
Doenças Neoplásicas	1	-	1	5,88
Doenças do Sangue	2	-	2	11,77
Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais	2	-	2	11,77
Doenças do Aparelho Circulatório	2	3	5	29,4
Doenças do Aparelho Respiratório	1	1	2	11,77
Doenças do Aparelho Digestivo	1	1	2	11,77
Doenças Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	-	1	1	5,88
Doenças do Aparelho Genitourinário	1	-	1	5,88
Sintomas e Sinais e Achados Anormais	1	-	1	5,88
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

Os grupos diagnósticos das internações anteriores, assemelham-se aos grupos diagnósticos das internações atuais dos pacientes idosos descritas na Tabela 4, ou seja, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças Neoplásicas, Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoéticos, Doenças do Aparelho Digestivo, Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais, Doenças do Aparelho Respiratório e Doenças do Aparelho Genitourinário, acrescido das Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo.

### **3.3 - COLETA DE DADOS**

#### **3.3.1 – Instrumento de Coleta de Dados**

Inicialmente construímos um instrumento com base na literatura consultada e em nossa experiência profissional, submetido a pré teste com dez sujeitos que atenderam aos critérios pré estabelecidos e ao julgamento de sete enfermeiros com prática hospitalar e de assistência a idosos. A partir deste pré teste, do julgamento e das sugestões obtidas no Exame de Qualificação, o instrumento foi adequado ao estudo. Desse modo, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto por três partes, conforme Anexo IV e descrição a seguir:

Parte I - Dados pessoais e da família do idoso: contém dados gerais de identificação como, sexo e idade, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, renda familiar, local da residência, pessoas com quem reside e com quem pode contar quando necessita de cuidado.

Parte II - Dados relacionados à saúde: contempla itens relacionados aos problemas de saúde atuais e anteriores, além de experiências prévias de hospitalização. Estes dados foram coletados com o idoso e por meio de consulta ao seu prontuário.

As partes I e II foram utilizadas para caracterizar os sujeitos da amostra estudada, conforme descrição da amostra apresentada anteriormente.

Parte III - Dados de admissão no hospital: contém questões abertas e fechadas relacionadas ao conhecimento do paciente sobre seus direitos, sua doença e tratamento, sobre seu processo de admissão no hospital ( pessoas com quem teve contato, meio de transporte e informações recebidas), a recepção do idoso na unidade de internação, informações recebidas sobre o ambiente físico, rotinas, equipe de saúde e de enfermagem, tratamento. Foram incluídas também questões relacionadas à expectativa do idoso, à presença do acompanhante, às dificuldades ou alterações relacionadas a sua capacidade funcional e informações coletadas pelo profissional que realizou a admissão na unidade de internação sobre problemas de saúde. Os itens da questão nº25 foram elaboradas com base nas possíveis alterações da capacidade funcional.

### **3.3.2 - Procedimento para a Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a agosto de 2000, pela autora do trabalho, após a autorização do Departamento de Enfermagem do hospital e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa conforme já citado. Cabe esclarecer que efetuamos contato com a diretora do Serviço de Enfermagem Médico e Cirúrgica, com os supervisores e com a equipe de saúde, para esclarecimentos a respeito do estudo. Embora a autora atue na unidade de Gastroclínica, durante o período da coleta a mesma permaneceu somente na unidade de Gastrocirurgia.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas, em sua maioria, junto ao leito do paciente e, quando possível, em local privativo e reservado. Procuramos evitar interrupções e interferências durante as entrevistas, comunicando a equipe da unidade de internação sobre o início da entrevista e permitindo ao idoso a escolha do

melhor horário de realização da mesma, excluindo-se o horário reservado para visitas. Os dados foram registrados nos próprios formulários utilizados.

O tempo médio utilizado para a realização das entrevistas variou em torno de 50 minutos, com mínimo de 20 minutos e máximo de 90 minutos, de acordo com as características dos idosos envolvidos.

### **3.4 - ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DOS DADOS**

Os dados coletados foram organizados e estruturados, pela autora, em planilhas do programa do Microsoft Excell – 97, parte integrante do Microsoft Office. Para a análise estatística foi utilizado o programa SAS – Statiscal Analysis System versão 6.12, sob orientação da equipe de estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Foram realizadas análises de frequência absoluta e relativa, bem como, a medida de média e do desvio padrão.

#### 4 - RESULTADOS

Os resultados obtidos na análise dos dados de 34 idosos foram organizados de acordo com o instrumento utilizado para a coleta de dados, lembrando que as duas primeiras partes foram utilizadas para caracterizar a amostra estudada. Desse modo, os resultados que serão apresentados dizem respeito aos dados obtidos da terceira parte do instrumento, ou seja, a admissão do paciente ao hospital, objeto do presente estudo.

Segundo os critérios para a seleção da amostra, os pacientes deveriam estar internados no máximo há 48 horas, portanto, obtivemos diferentes tempos de internação entre os sujeitos do estudo, cujos dados estão apresentados na Tabela 8.

**TABELA 8** – *Distribuição dos idosos segundo o tempo em horas e unidade de internação. Campinas, 2000.*

TEMPO DE INTERNAÇÃO	UNIDADE DE INTERNAÇÃO						TOTAL	
	CARDIOLOGIA E PNEUMOLOGIA		EGA		GASTROCLÍNICA			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Menor que 24 horas	1	2,94	1	2,94	-	-	2	5,88
De 24 a 48 horas	15	44,12	13	38,24	4	11,76	32	94,12
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>47,06</b>	<b>14</b>	<b>41,18</b>	<b>4</b>	<b>11,76</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

A maioria dos idosos, estava internada no período compreendido entre 24 a 48 horas (94,12%). Somente dois idosos apresentaram tempo de internação inferior a 24 horas.

Comparativamente aos dados do perfil de saúde desses idosos, apresentados na Tabela 4, podemos perceber que a unidade em que a maioria dos idosos estava internada (Cardiologia e Pneumologia – 47,06%) corresponde ao grupo de diagnósticos médicos que

motivou a internação, com maior incidência nas doenças relacionadas ao aparelho circulatório (41,2%).

Ao realizarmos a questão “Como o Sr(a) imaginava que seria atendido ao chegar ao hospital”, procuramos identificar as expectativas dos idosos quanto ao cuidado à saúde a ser recebido.

No agrupamento das respostas, identificamos que as expectativas diziam respeito ao atendimento propriamente dito (bom ou ruim), sem referência à outras situações, às experiências vivenciadas anteriormente e aos relatos de outras pessoas, conforme apresentado na Tabela 9.

**Tabela 9** - Distribuição das respostas dos pacientes sobre suas expectativas quanto ao atendimento hospitalar. Campinas, 2000.

<b>Expectativa quanto ao atendimento hospitalar</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>1 – Expectativa de atendimento sem referência a outras situações</b>		
- <i>Que seria bem atendido</i>	7	20,60
- <i>Que seria bem atendida, pois era necessário estar aqui</i>	1	2,94
- <i>Eu imaginava que seria como foi, eu fiquei feliz pelo atendimento, foi bom</i>	1	2,94
- <i>Imaginava que a gente é sempre atendido, pois a gente precisa ser tratado</i>	1	2,94
- <i>Que seria atendida mal, é muita gente</i>	1	2,94
- <i>Eu imaginava que o atendimento era bom</i>	1	2,94
- <i>Imaginava que iam cuidar bem de mim</i>	1	2,94
- <i>Eu tinha só esperança de ser atendida</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>41,18</b>
<b>2 – Expectativa baseada em experiência anterior</b>		
- <i>Esperava ser atendida bem, pois eu sempre sou bem atendida</i>	1	2,94
- <i>Eu sempre pedia para vir aqui</i>	1	2,94
- <i>Eu já conheço o atendimento daqui, até chegar aqui é demorado, mas depois é excelente</i>	1	2,94
- <i>Eu esperava ser bem atendida, pois já tinha sido da outra vez</i>	1	2,94
- <i>Eu já conhecia, e estava em boas mãos</i>	1	2,94
- <i>Eu sabia que o atendimento seria ótimo, já fui internada aqui</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>17,65</b>
<b>3 – Expectativa baseada em relatos de outras pessoas</b>		
- <i>Esperava ser bem atendida, pois todos dizem que melhor que aqui não tem</i>	1	2,94
- <i>Pois me disseram que o atendimento não é ruim, mas que demora bastante</i>	1	2,94
- <i>Eu mesmo não conhecia, mas outros falavam que era bom, como de fato foi bom</i>	1	2,94
- <i>A gente fica no meio, pois uns falam mal, outros falam bem, eu fiquei na expectativa do atendimento</i>	1	2,94
- <i>Eu acho que vou ser bem atendida, pois é hospital do governo</i>	1	2,94
- <i>Esperava que seria bem atendido, pois no mundo inteiro dizem que é bom</i>	1	2,94
- <i>Esperava que seria bom, tinha esperança que ia sair bem, pois o povo fala bem daqui</i>	1	2,94
- <i>Eu fiquei com medo, mas eu sempre ouvia que o povo aqui é muito bom</i>	1	2,94
- <i>Eu não imaginava nada, só ouvira falar daqui</i>	1	2,94
- <i>Eu não conhecia, mas todo mundo falava que era bom</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>29,41</b>
<b>4 – Não soube relatar sua expectativa</b>		
- <i>Aí é que é, eu não sei, eu não sabia</i>	1	2,94
- <i>Não esperava nada, a gente só pensa em procurar recurso para melhorar a dor brava</i>	1	2,94
- <i>Eu não imaginava nada, tinha que vir</i>	1	2,94
- <i>Eu não queria vir para cá, eu nunca fui internado</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>11,76</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Observamos nesta tabela que as expectativas de atendimento sem referência à outras situações foram mencionadas por 14 idosos (41,18%), enquanto que as expectativas baseadas em experiências anteriores no hospital campo de pesquisa, foram referidas por seis idosos (17,65%). Aos pacientes que relataram experiências anteriores de hospitalização, solicitamos que se referissem apenas ao hospital em que se encontravam, uma vez que não tínhamos dados para avaliar outros serviços.

As expectativas baseadas em relatos de outras pessoas foram manifestadas por dez pacientes (29,41%). Somente quatro (11,76%) pacientes entre os 34 entrevistados não souberam relatar suas expectativas quanto ao atendimento hospitalar.

Enquanto usuários de um serviço de saúde, verificamos que a maioria dos pacientes desconhecem os seus direitos, pois 29 afirmaram não conhecê-los. Quando indagados sobre quais direitos conheciam, a resposta dos cinco idosos, que afirmaram conhecê-los, foram vagas, tais como: “atendimento, exames e medicações”, “não sei direito”, “em geral, eu não sei”, “não me lembro” e ‘só ouvi falar”.

No que diz respeito ao motivo da internação, todos os entrevistados afirmaram saber o porquê estavam internados, informação esta obtida do médico responsável pela internação do idoso. As explicações foram apresentadas de forma simples e de acordo com os recursos de entendimento dos pacientes, e estão apresentadas na tabela a seguir.

**Tabela 10** - *Distribuição das respostas dos pacientes quanto ao motivo da internação hospitalar. Campinas, 2000.*

<b>Motivo da Internação</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>1 – Relata o próprio diagnóstico</b>		
- <i>Estou com colecistite</i>	1	2,94
- <i>Eu tenho cirrose e pneumonia</i>	1	2,94
- <i>Tenho enfisema pulmonar</i>	1	2,94
- <i>Tenho pneumonia</i>	1	2,94
- <i>Tenho um nódulo no seio e a bexiga caída</i>	1	2,94
- <i>Tenho hipertensão e taquicardia</i>	1	2,94
- <i>Estou com a diabetes descompensada</i>	1	2,94
- <i>Estou com a pressão alta</i>	1	2,94
- <i>Tive um infarto agudo do miocardio</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>26,47</b>
<b>2 – Se refere ao tratamento</b>		
- <i>Eu vim tratar do baço</i>	1	2,94
- <i>Para cuidar do estômago e gastrite</i>	1	2,94
- <i>Para fazer tratamento do pulmão</i>	1	2,94
- <i>O marcapasso desregulou</i>	1	2,94
<b>SUB – TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>11,77</b>
<b>3 – Se refere a presença de sinais e sintomas</b>		
- <i>Estou com uma dor brava na barriga</i>	1	2,94
- <i>A minha barriga inchou</i>	1	2,94
- <i>Tenho barriga crescida e dor</i>	1	2,94
- <i>Estou com a coluna, dor nas costas e no esôfago</i>	1	2,94
- <i>Eu estou ressecado</i>	1	2,94
- <i>Estou com falta de ar</i>	1	2,94
- <i>Porque tenho tosse deitado e falta de ar</i>	1	2,94
- <i>Tenho dor que subia nas costas</i>	1	2,94
- <i>Estou com problema de obstrução no coração</i>	6	17,64
- <i>O sangue diminuiu os glóbulos vermelhos</i>	1	2,94
- <i>A minha perna está inchada após a queda</i>	1	2,94
- <i>Estou com problema na perna</i>	1	2,94
- <i>Porque tenho dor no olho direito</i>	1	2,94
- <i>Eu tenho dor no coração</i>	1	2,94
- <i>Estou com gripe, cansa, dor no peito e o coração trabalhando devagarinho</i>	1	2,94
- <i>Eu tive tontura, caí no banheiro, passei mal</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>61,76</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Embora, todos os sujeitos tivessem respondido qual o motivo de sua internação, quando questionados sobre o conhecimento da sua doença, 11 (32,4%) entrevistados afirmaram nada saber. Dos 23 pacientes que responderam sobre sua doença, as respostas foram agrupadas conforme tabela a seguir:

**TABELA 11** - Distribuição dos idosos segundo as respostas quanto ao conhecimento da própria doença. Campinas, 2000.

<b>Conhecimento da Doença</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>1 – Relacionado ao próprio diagnóstico médico</b>		
- <i>Eu tenho enfisema, e uma artéria perdida</i>	1	2,94
- <i>Eu sei que o que tenho é pneumonia</i>	1	2,94
- <i>Eu sei que o meu coração pode infartar e dar AVC</i>	1	2,94
- <i>Operei da hérnia, ela voltou</i>	1	2,94
- <i>Tenho diabetes, osteoporose e obstrução no pulmão</i>	1	2,94
- <i>Repetiu a pneumonia</i>	1	2,94
- <i>Tenho arritmia</i>	1	2,94
- <i>Quando passo mal, minha diabetes baixa</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>23,5</b>
<b>2 – Relacionado a presença de sinais e sintomas</b>		
- <i>Tenho uma veia entupida</i>	2	5,88
- <i>Infecção no líquido da minha barriga</i>	1	2,94
- <i>Mancha no pulmão</i>	1	2,94
- <i>Meu coração é fraco</i>	2	5,88
- <i>Tinha febre e me sentia mal</i>	1	2,94
- <i>Falta de ar</i>	1	2,94
- <i>O médico me disse que nos exames está dando coisa ruim</i>	1	2,94
- <i>O meu coração está inchado</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>29,4</b>
<b>3 – Relacionado à prática de hábitos e exercício profissional prejudiciais à saúde</b>		
- <i>O uso do fumo estragou a circulação do meu sangue</i>	1	2,94
- <i>O fumo e a bebida atrapalharam a minha saúde</i>	1	2,94
- <i>A poluição, o cigarro, a gripe, tudo afetou o meu pulmão</i>	1	2,94
- <i>O médico me disse que eu tenho que controlar a dieta</i>	1	2,94
- <i>Eu já trabalhei no garimpo, a garimpagem estragou tudo</i>	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>14,7</b>
<b>4 – Ausente</b>		
- <i>Não soube informar</i>	11	32,4
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Ao relatarem sobre o que sabiam da própria doença, dez idosos (29,4%) mencionaram a presença de sinais e sintomas, oito (23,5%) fizeram referência ao próprio diagnóstico médico, cinco (14,72%) à prática de hábitos e exercício profissional prejudiciais à saúde, enquanto 11 (32,4%) idosos não souberam informar a respeito da doença que apresentavam. Conforme apresentado na Tabela 11, as respostas nem sempre condiziam com o conhecimento do idoso sobre a sua doença propriamente dita.

Com relação ao tratamento, chamou-nos a atenção o fato de 19 pacientes (55,88%) afirmarem nada saber sobre o mesmo. Entre os 15 sujeitos que relataram sobre o seu tratamento, as respostas foram agrupadas de acordo com o conhecimento relacionado à terapia medicamentosa, à investigação diagnóstica em andamento e aos procedimentos terapêuticos realizados, como se segue na Tabela 12.

**TABELA 12** - Distribuição dos idosos segundo as respostas quanto ao conhecimento do próprio tratamento. Campinas, 2000.

<b>Conhecimento do Tratamento</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>1 – Relacionado à terapia medicamentosa</b>		
- Fui internado para realizar a quimioterapia para diminuir o tumor que tenho no pulmão	1	2,94
- Eu sei que me internaram aqui para tomar antibiótico	2	5,88
- Vou ter que usar medicação, depois fazer dieta e andar	1	2,94
- Me internaram para eu poder controlar o diabetes com a insulina	2	5,88
- Vou ter que me tratar com medicação	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>20,59</b>
<b>2 – Relacionado a investigação diagnóstica em andamento</b>		
- Por enquanto eu só estou fazendo exames	1	2,94
- Estão fazendo exames e experiências	1	2,94
- Primeiro eu vou fazer exames, para depois tratar	1	2,94
- Vou fazer exames, e depois ver se vai operar ou fazer tratamento	1	2,94
- Vou fazer biópsia para saber o que é	2	5,88
- Primeiro vou fazer o cateterismo	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>20,59</b>
<b>3 – Relacionado com procedimentos terapêuticos realizados</b>		
- Primeiro tiraram o RX, e depois fizeram desse jeito ( uma drenagem de tórax)	1	2,94
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>2,94</b>
<b>4 – Ausente</b>		
- Não soube informar	<b>19</b>	<b>55,88</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Verificamos que o conhecimento do tratamento relacionado à terapia medicamentosa e à investigação diagnóstica foram relatadas por 14 idosos, ou seja, 41,18% dos entrevistados.

Quanto a via de internação dos sujeitos investigados, constatamos que 22 (64,7%) foram internados através do Pronto Socorro do Hospital, e 12 (35,3%) através do Setor de Internação do Hospital.

Vieram ao hospital acompanhados pelos familiares, 27 idosos (79,41%) e somente sete (20,59%) vieram sozinhos. Dos 27 pacientes acompanhados por familiares, 21(61,73%) contaram com a presença dos mesmos até chegarem ao quarto na unidade de internação onde ficaram fixados, enquanto que seis (17,68%) permaneceram sozinhos até a admissão hospitalar. Os motivos apontados pelos idosos para a não permanência dos acompanhantes diziam respeito à limitação dos próprios acompanhantes para permanecerem na unidade hospitalar, ao impedimento da instituição e a própria decisão do paciente. No quadro a seguir apresentamos as respostas, agrupadas conforme suas semelhanças.

<b>QUADRO 1 - Motivos apontados pelos idosos para a não permanência do acompanhante na admissão hospitalar. Campinas, 2000.</b>	
	<b>n°</b>
<b>1 – Limitação dos próprios acompanhantes</b>	
- minha filha estuda, por isso ela precisou ir embora	1
- foi embora pois precisa trabalhar	1
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>2</b>
<b>2 – Decisão do próprio paciente</b>	
- começou a chover e já era tarde, mandei elas embora	1
- mandei embora	1
- não precisava de acompanhante	1
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>3</b>
<b>3 – Impedimento da instituição</b>	
- não deixaram	1
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>

Quando indagados sobre o desejo da presença do acompanhante, seis idosos afirmaram que gostariam de contar com a sua presença, justificando esta afirmativa com

respostas que apontaram para a necessidade de segurança e conforto, conforme relatos descritos a seguir:

*“... gostaria que estivesse aqui comigo, para eu não ficar sozinha.”(idosa , 64 anos)*

*“ Eu gostaria que minha esposa estivesse aqui, porque é sempre mais agradável e confortável com a presença dela.”(idoso , 60 anos)*

*“.. a gente sente mais uma sensação agradável, de que alguém vai estar conosco, do nosso lado..” (idosa , 66 anos)*

*“.. queria que estivesse comigo, porque é bom ter a companhia de alguém”(idoso , 79 anos)*

*“.. em casa somos só nós dois, a gente sente falta ..” (idoso ,76anos)*

*“queria que estivesse, porque é bom não ficar sozinha..”(idosa , 61 anos)*

A permanência do acompanhante durante todo o período de internação do idoso foi possível somente para dois pacientes. Os demais (n=32) apresentaram justificativas, cujas respostas foram agrupadas segundo a tabela a seguir:

**TABELA 13** - Distribuição dos idosos segundo as justificativas apresentadas para a não permanência do acompanhante durante a hospitalização . Campinas,2000.

<b>JUSTIFICATIVAS</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<b>1 – Limitação dos próprios acompanhantes</b>		
<b>1.1 – Necessidade do Familiar Trabalhar</b>		
- Os filhos trabalham	4	12,5
- A esposa trabalha	2	6,25
- A filha trabalha	3	9,38
- Todos em casa trabalham	5	15,62
<b>1.2 - Necessidade de alguém para ficar na residência</b>		
- A casa não pode ficar vazia	1	3,125
- Porque ela tem casa e precisa cuidar	1	3,125
- Porque ela tem que zelar das coisas	1	3,125
- Porque tem criação em casa	1	3,125
<b>1.3 - Condições emocionais do acompanhante</b>		
- O esposo é muito nervoso	2	6,25
<b>1.4 - Distância da residência</b>		
- A casa é longe, e a minha esposa também é doente	1	3,125
- O meu filho foi chamado, está em Minas, mas ainda não chegou.	1	3,125
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>68,75</b>
<b>2 – Impedimento da Instituição Hospitalar</b>		
- Acho que não pode ficar no hospital	1	3,125
- Aqui não pode ficar ninguém	1	3,125
- Não foi consentido pelo hospital	1	3,125
- Não sei, acho que o hospital não quer, mas eu precisava	1	3,125
- Porque ainda não deixaram	1	3,125
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>15,625</b>
<b>3 – Decisão do próprio paciente</b>		
- Eu estou bem, não precisa	2	6,25
- Fica chato com o outro paciente aqui do lado	1	3,125
- Não é necessário	1	3,125
- Eles vão ficar somente após a biópsia	1	3,125
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>15,625</b>
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Segundo o relato dos pacientes, a Tabela 13 nos mostra três grandes grupos:

Grupo 1 – limitação dos próprios acompanhantes. Neste grupo incluímos a necessidade do familiar trabalhar, 14 pacientes (41,18%); a necessidade de uma pessoa permanecer na residência, quatro idosos (11,76%); as condições emocionais do acompanhante, dois pacientes (5,88%) e a distância da residência, dois idosos (5,88%).

Grupo 2 – impedimento por parte da instituição hospitalar - justificativa de cinco pacientes ( 14,71%).

Grupo 3 – decisão do próprio paciente em não permanecer com o acompanhante durante a hospitalização - justificativa de cinco idosos (14,71%).

Desse modo verificamos que o impedimento para a não permanência do acompanhante durante a hospitalização do idoso, refere-se principalmente as dificuldades presentes entre os familiares, com destaque para a limitação que o próprio acompanhante apresenta em função de suas atividades profissionais e pessoais (n=14).

Com relação ao transporte utilizado, os idosos chegaram ao hospital utilizando-se de condução particular (79,4%), ambulância (17,6%) e de transporte coletivo (2,9%).

Na opinião dos idosos, o tempo de espera para ser admitido na unidade hospitalar foi considerado **muito** para 30,3 % , **regular** para 27,3% e **pouco** para 42,4%.

No que diz respeito as explicações fornecidas aos idosos quanto ao tempo de espera para sua admissão nas unidades de internação, 23 (67,6%) idosos não receberam nenhuma explicação pela espera, enquanto que 11 (32,4%) idosos afirmaram ter recebido as seguintes explicações:

- ausência de vagas (n=6);
- necessidade de realizar exames previamente à internação (n=2);
- trâmites administrativos(n=2).

Um idoso referiu que embora tivesse recebido explicação para a espera no momento da admissão hospitalar, não conseguia se lembrar da mesma.

A unidade hospitalar da UNICAMP, tem disponibilizado aos usuários do sistema, o atendimento pelo profissional do Serviço Social, que fornece suporte às mais diversas necessidades dos pacientes. Entre os idosos que mantiveram contato com este profissional (n=10), dois conseguiram se lembrar de terem recebido informações que diziam respeito a

alta e aos horários de visita, enquanto oito disseram que somente forneceram dados ao profissional.

A estrutura física do hospital pesquisado, obriga os pacientes a percorrerem distâncias diferenciadas após efetuar a internação no sistema informatizado. Assim, 12 (35,3%) idosos chegaram até a unidade de internação deambulando, nove (26,5%) utilizaram cadeira de rodas (26,5%) e 13 (38,2%) a maca.

O trajeto percorrido entre o Pronto Socorro ou o Serviço de Internação e a unidade de internação, foi realizado com a ajuda de um funcionário do serviço de escolta hospitalar entre 29 idosos (85,29%). Somente cinco chegaram ao seu destino sozinhos ou acompanhados de familiares.

Ao solicitarmos aos idosos que contaram com o funcionário da escolta, se tinham conhecimento da identidade do funcionário que os acompanhara, somente dois ( 5,88%) recordavam-se do nome dos mesmos. Em geral, os pacientes se lembraram do trajeto fazendo referências às conversas triviais com os funcionários.

Em suas unidades de internação, os idosos foram recebidos sempre por funcionários do local. Dos 34 idosos entrevistados, 12 (35,3%) disseram terem sido informados sobre a identidade do funcionário da unidade de internação que os recebeu. Somente um idoso se lembrou com exatidão da identidade do funcionário, enquanto os demais fizeram referência à forma receptiva com que foram recebidos no local. Um idoso fez referência ao contato físico, quando o funcionário que o recebeu na unidade de internação ofereceu a mão para cumprimentá-lo.

Entre os assuntos abordados pelo profissional de saúde que recepcionou o idoso na unidade de internação, a apresentação aos outros pacientes foi citada por 23 pacientes (67,6%).

Ao questionarmos os idosos se haviam recebido alguma informação no momento da admissão na unidade, 19 (55,9%) responderam afirmativamente, dez (29,4%) responderam negativamente e cinco (14,7%) pacientes disseram não se lembrar. Os dados referentes as informações recebidas quanto às rotinas, ao ambiente, às equipes de saúde, a equipe de enfermagem e ao tratamento, estão apresentados na Tabela 14.

**TABELA 14** - Distribuição das respostas dos idosos segundo as informações recebidas no momento da admissão na unidade de internação. Campinas, 2000.

INFORMAÇÕES RECEBIDAS NA ADMISSÃO QUANTO À (AO)	SIM		NÃO		NÃO LEMBRA		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<b>AMBIENTE FÍSICO</b>								
Vaso sanitário	10	29,41	24	70,59	-	-	34	100
Chuveiro	8	23,53	26	76,47	-	-	34	100
Pia	5	14,70	29	85,30	-	-	34	100
Iluminação	2	5,88	32	94,12	-	-	34	100
Campainha	5	14,70	29	85,30	-	-	34	100
Armário	6	17,65	28	82,35	-	-	34	100
Criado mudo	6	17,65	28	82,35	-	-	34	100
Mesa de refeições	3	8,82	31	91,18	-	-	34	100
Andar em que se encontra	3	8,82	31	91,18	-	-	34	100
Localização do telefone	1	2,94	33	97,06	-	-	34	100
Área de lazer	2	5,88	32	94,12	-	-	34	100
Área de fumantes	-	-	34	100,00	-	-	34	100
Outras informações	-	-	34	100,00	-	-	34	100
<b>ROTINA HOSPITALAR</b>								
Rotina de exames	6	17,65	28	82,35	-	-	34	100
Horário das refeições	3	8,82	31	91,18	-	-	34	100
Horário dos banhos	2	5,88	32	94,12	-	-	34	100
Horário de visitas	6	17,65	28	82,35	-	-	34	100
Uso de pertences pessoais	7	20,59	27	79,41	-	-	34	100
Destino de documentos e valores	1	2,94	33	97,06	-	-	34	100
Uso de roupas (privativas do hospital)	9	26,47	25	73,53	-	-	34	100
Recomendações contra o fumo	-	-	34	100,00	-	-	34	100
Outras informações	-	-	34	100,00	-	-	34	100
<b>EQUIPE DE SAÚDE</b>								
Membros da equipe de saúde	3	8,82	27	79,41	4	11,77	34	100
Médico responsável	21	61,76	12	35,30	1	2,94	34	100
Outras informações	-	-	29	85,30	5	14,70	34	100
<b>EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>								
Membros da equipe de enfermagem	3	8,82	28	82,35	3	8,82	34	100
Responsável pela equipe	3	8,82	29	85,30	2	5,88	34	100
Existência de turnos de trabalho	16	47,06	17	50,00	1	2,94	34	100
Outras informações	-	-	33	97,06	1	2,94	34	100
<b>TRATAMENTO</b>								
Exames a realizar	15	44,12	19	55,88	-	-	34	100
Medicações prescritas	5	14,70	29	85,30	-	-	34	100
Outras informações*	2	5,88	32	94,12	-	-	34	100

\* Outras Informações : - Sobre o encaminhamento do paciente ao ambulatório da dor e sobre a importância do paciente abster-se de bebidas alcoólicas

Dentre as informações recebidas quanto ao ambiente físico, o maior número de ocorrências relacionou-se ao ambiente interno do quarto, ou seja, sobre o vaso sanitário (n=10), chuveiro (n=8), pia (n=5), iluminação (n=2), campainha (n=5), armário (n=6), criado-mudo (n=6) e mesa de refeições (n=3). Em menor número ocorreram as informações relacionadas ao ambiente externo ao quarto, isto é, o andar em que se encontravam (n=3), localização do telefone (n=1) e área de lazer (n=2). Nenhum paciente recebeu informações a respeito da área de fumantes.

Observamos que grande parte dos pacientes não recebeu informações a respeito do ambiente físico interno e também externo ao quarto.

Sobre a rotina hospitalar, as informações recebidas em maior número foram quanto ao uso de roupas privativas do hospital (n=9), ao uso de pertences pessoais (n=7), à rotina de exames (n=6) e aos horários de visitas (n=6). De modo semelhante ao ambiente físico, grande parte dos pacientes referiu não ter recebido informações a respeito da rotina hospitalar.

A maior parte dos idosos (61,76%) recebeu informações a respeito do médico responsável pelo tratamento, no entanto, 27 idosos (79,41%) responderam não haver recebido informações sobre os membros da equipe de saúde.

Quanto à equipe de enfermagem, 16 pacientes receberam informações relacionadas aos turnos de trabalho (47,06%), embora grande parte dos mesmos (n=28) referiu não ter sido informados sobre os membros da equipe de enfermagem.

No que diz respeito ao tratamento, 15 (44,12%) pacientes foram informados sobre os exames a serem realizados e 29 (85,29%) referiram não terem recebido informações sobre medicações prescritas.

A respeito de outras informações que os pacientes gostariam de receber, quatro idosos manifestaram o desejo de receberem mais esclarecimentos sobre o tratamento. A maioria referiu não necessitar de maiores explicações a respeito do ambiente, rotina, equipe de saúde, equipe de enfermagem e tratamento.

**TABELA 15** - Distribuição dos idosos que receberam ou não informações sobre o ambiente, rotina, equipe de saúde e de enfermagem e tratamento, e o desejo de receber maiores explicações. Campinas, 2000.

Informação quanto à (o)	Não receberam informações e gostariam de obtê-las	Receberam informações e gostariam de maiores explicações
Ambiente	0	1
Rotina	0	1
Equipe de Saúde	1	1
Equipe de Enfermagem	1	1
Tratamento	4	3

A presença de alguma alteração ou dificuldade para o desempenho das atividades da vida diária dos idosos hospitalizados, pode trazer diferentes implicações para a assistência de enfermagem. Desse modo, questionamos os 34 entrevistados sobre a existência de limitações funcionais, cujos resultados estão apresentados na tabela a seguir.

**TABELA 16** - Distribuição da presença de alterações e dificuldades mencionadas pelos pacientes idosos entrevistados. Campinas, 2000.

Alteração/ Dificuldade	SIM		NÃO		TOTAL	
	n°	%	N°	%	n°	%
Alimentar-se	2	5,88	32	94,12	34	100
Hidratar-se	2	5,88	32	94,12	34	100
Levantar-se	4	11,76	30	88,24	34	100
Andar	4	11,76	30	88,24	34	100
Evacuar	1	2,94	33	97,06	34	100
Urinar	2	5,88	32	94,12	34	100
Realizar higiene íntima	2	5,88	32	94,12	34	100
Realizar higiene oral	1	2,94	33	97,06	34	100
Visual	10	29,41	24	70,59	34	100
Auditiva	7	20,59	27	79,41	34	100
Tomar banho	6	17,65	28	82,35	34	100
Vestir-se	6	17,65	28	82,35	34	100
Calçar-se	4	11,76	30	88,24	34	100
Pentear-se	3	8,82	31	91,18	34	100
Vestir-se com roupas íntimas	6	17,65	28	82,35	34	100
Outras	0	0,00	34	100,00	34	100

Segundo a Tabela 16, todos os idosos apresentaram pelo menos uma alteração ou dificuldade, sendo que as dificuldades visuais foram citadas por dez (29,41%) idosos, seguida das dificuldades auditivas, por sete (20,59%).

Dificuldades para tomar banho, vestir-se, inclusive com roupas íntimas, foram mencionadas por seis (17,65%) idosos.

Ao perguntarmos se haviam sido interrogados por algum dos profissionais da saúde a respeito destas dificuldades, 31 pacientes (91,2%) responderam que não, dois (5,9%) que sim e um (2,9%) paciente referiu não lembrar-se.

Dos 31 idosos que não foram consultados por profissionais da equipe de saúde sobre a presença de alterações ou dificuldades funcionais, oito (23,53%) tomaram a iniciativa de comunicá-las, enquanto os demais afirmaram não terem comunicado tais alterações.

No que diz respeito a outros questionamentos realizados pelos profissionais da saúde observamos os seguintes resultados na Tabela a seguir.

**TABELA 17** - *Distribuição das respostas dos idosos quanto a questões realizadas pelos profissionais da saúde sobre o uso de medicações, alergias e outras perguntas. Campinas, 2000.*

QUESTÕES	SIM		NÃO		NÃO LEMBRA		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Medicações	19	55,88	15	44,12	-	-	34	100
Alergias	15	44,12	19	55,88	-	-	34	100
Outras Perguntas								
- Outras doenças	2	5,88	26	76,47	6	17,65	34	100
- Acidentes com insetos	1	2,94	33	97,06	-	-	34	100

No momento da admissão, 19 idosos (55,88%) afirmaram terem sido interrogados quanto ao uso de medicações e 15 (44,12%) quanto a presença de alergias. Com relação a

outras perguntas realizadas pelos profissionais, dois idosos apontaram questões sobre a presença de outras doenças (5,88%) e um idoso (2,94%) quanto a **acidentes com insetos\***

Os profissionais que realizaram as perguntas sobre o uso de **medicações** foram: o médico, para 14 idosos (63,63%) e membros da equipe de enfermagem para sete idosos (31,8%). Somente um idoso (4,57%) não se lembrou do profissional que realizou a pergunta. Cabe esclarecer que dois idosos disseram terem sido consultados tanto pelo médico quanto pelos membros da equipe de enfermagem.

Com relação as **alergias**, as perguntas foram realizadas pelos médicos para sete idosos (46,7%) e pelos membros da equipe de enfermagem, também para sete idosos (46,7%), enquanto dois pacientes (6,6%) não se lembraram. De modo semelhante a questão anterior, um idoso relatou que havia conversado sobre o assunto com o médico e com o funcionário de enfermagem.

Quanto ao exame físico, 30 (88,23%) idosos da amostra foram submetidos a este procedimento, e destes, 29 (85,29%) o foram exclusivamente pelo médico. Somente um paciente (3,1%) foi examinado tanto pelo médico, quanto pelo profissional de enfermagem. Os demais não souberam ou não se lembraram de terem sido examinados fisicamente.

Com a finalidade de caracterizar o atendimento recebido no momento da admissão hospitalar, utilizamos os critérios de “ótimo”, “bom”, “regular” e “ruim”, cujos resultados estão apresentados na Tabela 18.

**TABELA 18** – *Distribuição dos idosos, segundo o conceito atribuído para o atendimento no momento da admissão hospitalar. Campinas, 2000.*

CONCEITO	n°	%
ÓTIMO	7	20,6
BOM	26	76,5
REGULAR	1	2,9
RUIM	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

\* destaque da autora.



Os resultados na Tabela 18, mostram que os idosos consideraram o atendimento, durante a admissão hospitalar, **bom**\* (76,5%), seguido de **ótimo** (20,6%), o que de um modo geral parece indicar que estavam satisfeitos com o atendimento recebido. O conceito **regular** foi mencionado por um idoso (2,9%), que o justificou pelo atendimento “descuidado” decorrente do excesso de serviço sob a responsabilidade da unidade e da falta de funcionários. O seguinte depoimento mostra esta justificativa:

*“a turma aqui sempre descuida um pouco, pois é muito serviço para pouca gente fazer”*

Na tabela a seguir, passamos a mostrar as justificativas apresentadas pelos idosos quanto aos conceitos atribuídos ao atendimento no momento da admissão hospitalar, as quais traduzem, em parte, a própria satisfação do paciente. Desse modo, as respostas foram agrupadas segundo o referencial teórico adotado no presente estudo, ou seja, de acordo com as áreas referentes a enfermagem e ao ambiente organizacional. Não houve referência quanto ao atendimento às próprias expectativas dos idosos.

---

\* destaque da autora.

**Tabela 19** - Distribuição das justificativas apresentadas pelos idosos quanto ao atendimento recebido na admissão hospitalar, de acordo com as áreas de enfermagem e do ambiente. Campinas, 2000.

<b>ENFERMAGEM</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
- Eles são atenciosos, cuidam de mim, quando chamo eles atendem	5	14,71
- Eu fui recebido com bastante carinho, sempre com alegria e paciência, são todos legais.	3	8,82
- Eu fui bem atendida e bem tratada	16	47,06
- Eu recebi toda a atenção, amor e carinho, e todo o remédio que eu precisava. O atendimento foi certo	5	14,71
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>85,3</b>
<b>AMBIENTE</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
- O atendimento é bem organizado, sem diferença de um para o outro	2	5,88
- A internação foi rápida	1	2,94
- Eu acho que o atendimento dos idosos deveria se mais rápido e não é. É muito serviço para pouca gente	2	5,88
<b>SUB-TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>14,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Observamos que as justificativas associadas à área de enfermagem apresentaram a maior frequência (85,3%). Nesta área foram mencionadas: o bom atendimento e tratamento pela maioria dos idosos, ou seja, 16 deles (47,06%); a atenção, o cuidado e a presteza, bem como o amor, carinho e o correto tratamento por cinco idosos respectivamente (14,71%); o carinho, a alegria e a paciência, por três entrevistados (8,82%).

Segundo estes dados as características profissionais presentes na interação, entre o paciente e os membros da equipe de enfermagem, como a atenção, o carinho, o cuidado propriamente dito, foram as principais justificativas para o conceito atribuído ao atendimento recebido no momento da admissão.

Na área referente ao ambiente organizacional, as justificativas apontadas diziam respeito a organização e não distinção do atendimento, para dois idosos (5,88%), assim

como a não agilidade do atendimento e escassez de recursos humanos para outros dois (5,88%). Somente um paciente (2,94%) apontou a rapidez da internação como justificativa.

Com a finalidade de pontuar os resultados obtidos, apresentamos a seguir um resumo dos dados referentes ao processo de admissão hospitalar, segundo as experiências vivenciadas pelos idosos do presente estudo.

- As expectativas relatadas pelos idosos quanto ao atendimento hospitalar foram elaboradas sem referência a outras situações por grande parte deles(41,18%), seguida da experiência relatada por outras pessoas (29,41%) e experiência anterior (17,65%).
- A maioria dos sujeitos desconhecia os seus direitos enquanto paciente e idoso.
- Quanto ao motivo da internação hospitalar, mais da metade dos idosos entrevistados citou a presença de sinais e sintomas (61,76%), em menor frequência relatou o próprio diagnóstico (26,47%) e o tratamento (11,77%).
- O conhecimento da própria doença esteve ausente para 32,4% dos sujeitos, enquanto que a presença de sinais e sintomas foram mencionados por 29,4% e ao próprio diagnóstico médico por 23,5%.
- Sobre o tratamento, 55,88% dos idosos não souberam informar, os demais o relacionaram à terapia medicamentosa (20,59%), à investigação diagnóstica (20,59%) e aos procedimentos terapêuticos(2,94%).
- A maioria dos idosos (64,7%) foi internado através do pronto socorro, procurou o hospital acompanhado por familiares (79,41%) e contou com a presença destes acompanhantes até a admissão na unidade hospitalar(61,73%). Somente seis idosos não permaneceram com seus acompanhantes, ainda que fosse o desejo de todos,

devido a limitação dos mesmos (n=2), a decisão do próprio paciente (n=3) e ao impedimento da instituição (n=1).

- O tempo de espera para a admissão na unidade hospitalar foi considerado pouco para 42,4%, muito para 30,3% e regular para 27,3%, embora 67,6% dos sujeitos não tivessem recebido nenhuma explicação para esta espera.
- O trajeto percorrido entre o Pronto Socorro ou o Serviço de Internação e a unidade destino foi realizado com o uso de equipamentos (cadeira de rodas ou maca) por 64,7% dos entrevistados e com ajuda de um funcionário do serviço de escolta (85,29%). A maioria dos idosos referiu não conhecer a identidade deste funcionário e recordou-se apenas de conversas triviais no decorrer do trajeto.
- Na unidade de internação, os idosos foram recebidos por funcionários da unidade de forma receptiva, cuja identificação pessoal foi realizada para 35,3% dos sujeitos. Neste local, 67,6% dos idosos foram apresentados aos outros pacientes e 55,9% receberam informações no momento da admissão.
- As informações recebidas quanto ao ambiente físico foram prioritariamente relacionadas ao ambiente interno do quarto (vaso sanitário, 29,41%; chuveiro, 23,53%; armário e criado mudo 17,65% respectivamente), enquanto sobre o ambiente externo ao quarto foram em menor frequência (localização da unidade, 8,82%; área de lazer; 5,88%; e localização do telefone, 2,94%). Segundo as respostas obtidas, os sujeitos não foram informados sobre a área destinada aos fumantes.
- Quanto à rotina hospitalar, o maior número de informações recebidas foi sobre o uso de roupas privativas (26,47%), o uso de pertences pessoais (20,59%) e rotina de exames e horário de visitas (17,65% respectivamente).

- Com relação à equipe de saúde, a informação sobre o médico responsável foi a de maior frequência (61,76%), inclusive entre todas as informações recebidas. Somente 8,82% receberam informações sobre os demais membros desta equipe.
- No que diz respeito à equipe de enfermagem, predominaram as informações quanto à existência de turnos de trabalho (47,06%), sendo esta a segunda informação dentre as recebidas. Somente 8,82% dos idosos foram informados sobre os membros desta equipe e o profissional responsável, respectivamente.
- Os sujeitos foram orientados sobre o tratamento nos aspectos relacionados aos exames a serem realizados em 44,12% e as medicações prescritas em 14,71% da amostra.
- A maioria dos pacientes não manifestou desejo de receber explicações adicionais sobre o ambiente, as rotinas, a equipe de saúde e de enfermagem e o tratamento.
- Entre as alterações e dificuldades presentes nos idosos deste estudo, as de maior frequência foram a visual (29,41%) e auditiva (20,59%), entretanto 91,2% não foram questionados sobre estas questões.
- Sobre outros questionamentos realizados pelos profissionais da saúde estiveram presentes: medicações (55,88%), alergias (44,12%), outras doenças (5,88%) e acidentes com insetos (2,94%).
- O exame físico foi realizado em 88,23% da amostra sendo: em 85,29% pelo médico e em 3,1% pelo médico e pelo profissional de enfermagem, segundo as respostas obtidas.
- O conceito atribuído pelos sujeitos para o atendimento durante a admissão hospitalar foi bom para 76,5%, ótimo para 20,6% e regular para 2,94%.

- As justificativas para estes conceitos, que em parte traduzem a satisfação com o atendimento recebido ou o cuidado prestado, se relacionaram à área de enfermagem (85,3%) e à área do ambiente organizacional (14,7%), de acordo com o referencial teórico adotado neste estudo.
- Na área referente à enfermagem, as principais justificativas para a avaliação dos idosos quanto ao atendimento recebido, estiveram relacionadas as características do profissional da equipe na interação entre o paciente e os membros da equipe.
- Sobre a área referente ao ambiente, as justificativas se referiram à organização e não à distinção do atendimento, escassez de recursos humanos e tempo do atendimento.



## 5. DISCUSSÃO

A inserção do paciente num ambiente hospitalar pressupõe alterações do seu estado de saúde, que necessitam de cuidados por parte de profissionais, num ambiente com recursos físicos e humanos especializados.

O momento da admissão hospitalar é de fundamental importância para o planejamento da assistência, uma vez que é neste momento que são realizadas trocas de informações entre o paciente e a equipe que em conjunto com outros dados, direcionarão o cuidado à saúde do idoso.

Além disso, cada paciente, e em particular o idoso, traz consigo uma história de vida construída em um contexto sócio-econômico-histórico-cultural, que fez de sua experiência, uma experiência única, que direta ou indiretamente influenciará em suas expectativas frente à admissão hospitalar.

Antes de iniciarmos a discussão dos resultados propriamente ditos, consideramos importante retomar o referencial teórico adotado para o presente estudo.

GREENEICH (1993) afirma que as expectativas dos pacientes podem ser a chave determinante para a satisfação com o atendimento de saúde e correspondem as suas respostas para uma situação específica, sob a influência de fatores ambientais, experiências passadas e características da situação. A partir da combinação entre as expectativas do paciente sobre o cuidado de enfermagem e o cuidado recebido num determinado momento, é expressa a satisfação do paciente. A autora relata que não existe uma teoria que explica totalmente a dinâmica de expectativas dentro de um ambiente de serviços. Em uma definição de qualidade de atendimento, o foco não é somente sobre um padrão normativo associado com o atendimento, mas também é vinculado aos atributos de atividades práticas ocorridas em um único episódio de atenção de saúde, conforme refere a autora, que, neste estudo, foi o momento da admissão.

O modelo teórico de satisfação do paciente com a enfermagem desenvolvido por GREENEICH; LONG; MILLER (1992), no qual nos pautamos para este trabalho, está baseado em múltiplos estudos de investigação e classificação de fenômenos associados dentro das seguintes áreas : o paciente, a enfermeira e a organização.

Quando se refere à área ligada ao paciente, GREENEICH (1993) se reporta às expectativas do mesmo, ou seja a antecipação sobre um evento que irá acontecer. Esta antecipação, diz a autora, está baseada em experiências anteriores com a enfermagem, relatos de amigos e parentes e divulgações realizadas pelos meios de comunicação.

A autora refere que as expectativas são também relacionadas às peculiaridades da situação específica que o paciente vivencia, que, neste estudo, dizem respeito à internação, aos direitos do paciente, ao conhecimento sobre a sua doença, ao tratamento, à presença de um acompanhante, às responsabilidades familiares e preocupações diversas.

GREENEICH (1993), discute que a organização do ambiente no qual a enfermagem exerce suas atividades, contém dois diferentes domínios: o ambiente físico propriamente dito e o ambiente organizacional.

Consideramos para este estudo na organização do ambiente, itens como o tempo de espera para o atendimento, as explicações recebidas quanto a esta espera, as relações com os profissionais da saúde, as interações com os funcionários da instituição, o transporte interno utilizado pelo idoso, os quais permeiam o grau de satisfação do paciente

Com relação à área da enfermeira, GREENEICH (1993) discorre que é composta de diferentes dimensões: características inerentes a sua personalidade, características inerentes ao cuidado profissional exercido e a competência em enfermagem. Para a autora, a essência do cuidado profissional é a comunicação.

Desse modo, sendo o objeto de estudo a admissão hospitalar do idoso, fazem parte do cuidado profissional exercido as informações e explicações referentes ao ambiente físico, à rotina do hospital, à equipe de saúde e de enfermagem, ao tratamento, bem como, a coleta de dados sobre as alterações ou dificuldades do paciente e aspectos relacionados à saúde do idoso. Neste contexto, a comunicação exerce um papel fundamental para uma efetiva interação entre o profissional e o paciente, visando o atendimento das necessidades e expectativas do paciente.

Examinar os elementos da prática de enfermagem sob a ótica do paciente é essencial, pois a partir das suas experiências vivenciadas podemos obter subsídios para a melhoria da qualidade de atendimento e, portanto, atender às suas expectativas.

Sob o olhar deste modelo teórico, encontramos em nossa amostra de 34 idosos, expectativas de atendimento que foram antecipações baseadas em experiências anteriores (17,65%) e em relatos de outras pessoas (29,41%), bem como, expectativas não relacionadas a outras situações (41,18%). Para o idoso, imaginar como seria atendido ao chegar ao hospital, era antecipar os acontecimentos futuros.

Não foi possível neste momento, em que participam profissionais de diversas áreas, distinguir somente as expectativas quanto ao atendimento de enfermagem, pois seria difícil separar o atendimento à sua saúde de um modo geral, com os cuidados de enfermagem propriamente dito. Para tanto, caberia um outro estudo. Vale lembrar que a assistência de enfermagem é um dos elementos do conjunto de atendimento à saúde do indivíduo.

Dos pacientes entrevistados, 14 (41,18%) apresentaram expectativas de bom ou mau atendimento, sem no entanto relacioná-las a outras situações específicas, e quatro (11,76%) não souberam relatar a sua expectativa com relação ao atendimento hospitalar. As expectativas também são influenciadas pela própria peculiaridade da situação, o que naquele momento específico de admissão hospitalar pode ter determinado suas respostas.

As expectativas baseadas em experiências anteriores, relatadas por seis pacientes (17,64%) foram em sua maioria relacionadas ao bom atendimento. Estes pacientes haviam vivenciado anteriormente situações de atendimento no hospital universitário onde se deu o estudo, e assim, por meio das suas avaliações e percepções, apresentaram expectativas positivas.

As expectativas baseadas em relatos de outras pessoas foram vivenciadas por dez pacientes (29,41%), com referência também ao bom atendimento. Esta expectativa retrata a importância do conceito gerado e divulgado de pessoa para pessoa a respeito de uma unidade de saúde.

BAILEY; MION (1997), ao se referirem à reforma do serviço de saúde americano, discorrem que a ênfase tem sido colocada no custo do serviço de saúde, na qualidade e também na satisfação do consumidor. Para os autores, a competição entre os fornecedores de cuidados à saúde tem crescido sensivelmente nestes três aspectos entre hospitais e demais provedores de atendimento à saúde.

No Brasil, embora lentamente, observamos crescente preocupação da nossa população quanto ao atendimento de saúde recebido, divulgado por vezes pela mídia.

A mudança de postura da população que faz uso do sistema de saúde nacional, tem sido gerada de forma gradativa. Acreditamos que a mesma é decorrente entre outros, pelo reconhecimento na Constituição Federal de 1988 que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado; pelos projetos de desenvolvimento da qualidade implantados por inúmeras empresas, que para estarem prontas a competir internacionalmente num mercado globalizado e altamente competitivo, tiveram que se adequar e buscar os certificados de excelência de qualidade (ISO); também da instituição do Código de Defesa do Consumidor que incentiva e subsidia as reclamações de mau atendimento; e da crescente tomada de consciência da população quanto aos seus direitos garantidos pela constituição.

Embora existam instrumentos que garantam os direitos dos pacientes idosos, nos parece que poucos têm acesso e conhecimento dos mesmos, dado o resultado na amostra pesquisada, onde 29 afirmaram não conhecer seus direitos, e entre os cinco que disseram conhecê-los, nenhum soube descrever seus direitos enquanto paciente e idoso.

Os direitos dos pacientes, e em especial os dos idosos, têm sido garantidos ao longo dos últimos anos por meio de documentos legislativos, com o intuito de assegurar as melhores condições de atendimento para esta faixa etária da população.

A Política Nacional do Idoso, decretada e sancionada através da Lei N°8.842, de 04 de janeiro de 1994, e regulamentada pelo Decreto 1948 de 03 de julho de 1996, assegura às pessoas maiores de sessenta anos de idade os seus direitos sociais, e visa a promoção da autonomia, da integração e participação do mesmo na sociedade. Já, entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, Portaria n° 1395, de 9 de dezembro de 1999, a assistência às necessidades de saúde do idoso compreende, em âmbito hospitalar a participação de uma equipe multiprofissional, incluindo um médico geriatra, bem como, a presença de equipes e de serviços adequados para a assistência a idosos dependentes internados (GORDILHO et al., 2000).

Em março de 1997, a Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, publicou a Cartilha dos direitos do paciente, baseada em pesquisas de literatura internacional,

códigos de ética e de saúde de vários países e foi realizada pelo Fórum de Patologias do Estado de São Paulo, que reúne várias associações, grupos e movimentos sociais.

Esta cartilha tem por objetivo “humanizar o relacionamento profissional de saúde/paciente para que harmoniosamente se consigam resultados mais satisfatórios, na prevenção de doenças e suas complicações, ... e uma melhor qualidade de vida para todos” (SÃO PAULO, 1997). Dela fazem parte 35 itens que reportam a relação entre os pacientes e a equipe de saúde; o uso de materiais segundo normas de higiene e prevenção; explicações claras sobre exames, tratamentos ou diagnóstico; a recusa de procedimentos e pesquisas; prontuário médico; medicações; hemoderivados; alergias; segurança; relatório de despesas; não discriminação; sigilo; privacidade; visitas; indenizações; assistência moral, psicológicas, social e religiosa; dignidade e respeito na morte; opção na doação de órgãos e defesa jurídica sem ônus e de fácil acesso.

Lembramos também que, a Portaria do Sistema Único de Saúde (SUS) - Nº 280 de 07 de abril de 1999, assegura o direito da presença de um acompanhante familiar, durante todo o período de internação do paciente idoso, em hospitais públicos e privados, conveniados ou contratados, e dispõe sobre o valor da diária a ser paga pelo SUS.

Os pacientes quando informados a respeito dos seus direitos, têm nas mãos uma ferramenta que, se usada com a participação mais efetiva, proporciona a garantia de um serviço de saúde de qualidade cada vez melhor.

A divulgação dos direitos do paciente idoso promove avaliações críticas dos cuidados recebidos em uma instituição hospitalar, permitindo a busca da melhoria contínua no atendimento. O paciente torna-se cliente, onde suas observações, considerações, críticas e sugestões são consideradas, estudadas e possivelmente utilizadas.

O Brasil tem pela frente um desafio gigantesco ao considerarmos o aumento da longevidade e das doenças crônicas, que podem ser incapacitantes, mas não obrigatoriamente letais, e o sistema de saúde que necessita se adequar ao perfil epidemiológico do país, e que por sua vez não possui tradição em planejamento a longo prazo.

O custo social da velhice aparece no valor que o Estado necessita dispende para manter uma população inativa, exigindo uma política que possa amenizar uma realidade

cruel de uma faixa da população que, embora tenha sua vida prolongada, não tem condições de vivê-la de forma adequada (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987).

O atendimento regionalizado e domiciliário para a população que chega ao sistema de atendimento à saúde somente quando o quadro geral se agrava e necessita de atendimento hospitalar, permitiria a melhora do atendimento da população idosa (RAMOS, 1995; GORDILHO, et al. 2000).

Para a sociedade, as populações progressivamente mais idosas tem repercussões muito importantes e consideráveis, principalmente no que diz respeito à saúde (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; GORDILHO et al., 2000).

Conforme descrevem GORDILHO et al. (2000), o cuidado de saúde destinado ao idoso é bastante caro. Portanto, a promoção de discussões a respeito do futuro da população idosa hoje deve ser assunto de estudiosos e pesquisadores, tornando-se um tema de debate social, em busca de medidas apropriadas à realidade brasileira.

RAMOS; VERAS; KALACHE (1987), discutem que nos países menos desenvolvidos, as transformações na estrutura etária tenderam a ocorrer em tempo relativamente curto, sem que no entanto as conquistas sociais tenham se processado devidamente para a maioria da população.

As leis, decretos e portarias estão à disposição dos cidadãos como informações preciosas para a defesa dos seus direitos, e uso de seus privilégios.

O profissional de saúde e em especial, o profissional de enfermagem, pode propiciar maneiras alternativas de divulgar esses direitos, particularmente para os idosos, estimulando a circulação de informações entre os mesmos, e destes para a sociedade em geral.

Um dos direitos diz que o paciente, “tem o direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, a necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos”, também “ tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alterações das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia” (SÃO PAULO, 1997).

Tomar conhecimento sobre o que motivou a internação hospitalar pode proporcionar ao paciente um maior controle sobre a situação em que se encontra e favorecer a sua participação no processo de hospitalização e no plano terapêutico a ser proposto, uma vez que consideramos fundamental sua participação como agente ativo no cuidado à sua saúde. Nesta perspectiva SILVEIRA (1976), encontrou em seu estudo sobre a importância das informações ao paciente recém hospitalizado, com uma amostra de 110 pacientes, que a maioria destes atribuiu muita importância a todas as informações recebidas sobre a doença como: explicações sobre a etiologia, sinais e sintomas da doença, informações sobre a complexidade da doença, prognóstico da doença, esclarecimentos sobre seqüelas, sobre o estado geral e sinais vitais.

No presente estudo, todos os pacientes apresentaram explicações quanto ao motivo da internação hospitalar, as quais condiziam com próprio diagnóstico, ao tratamento e à presença de sinais e sintomas.

Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por CINTRA (1998), sobre a significação do glaucoma e a mediação dos significados da velhice na perspectiva viygotskiana, no qual a autora constatou que parte das informações dos idosos sobre o glaucoma estavam relacionadas ao conhecimento construído no convívio com a doença e parte havia sido adquirida na inter-relação com a equipe médica, através das explicações que recebiam, cujos conteúdos eram carregados de expressões técnico-científicas.

OLIVEIRA; FORTES (1999) em estudo sobre o direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados, numa amostra de 40 pacientes internados para tratamento cirúrgico ou clínico, verificaram que somente 14 idosos (35%) tinham recebido informações sobre o que motivou a internação oriundas da equipe médica, caracterizando uma única fonte de informações. Destes pacientes, sete (17,5%) tinham informações apenas sobre o diagnóstico, cinco (12,5%) sabiam o diagnóstico, exames e procedimentos e dois (5%) tinham informações sobre o diagnóstico e medicação.

Quanto ao conhecimento pelos idosos do presente estudo, sobre sua doença, as respostas estavam relacionadas ao próprio diagnóstico médico (23,5%), a presença de sinais e sintomas (29,4%) e à prática de hábitos e exercício profissional prejudiciais à

saúde (14,7%). No entanto, 11 idosos (32,4%) não souberam informar a respeito da própria doença, situação esta que sugere falta de informação e comunicação entre a equipe de saúde e o paciente. Não descartamos a possibilidade do idoso ter sido hospitalizado para investigação diagnóstica, porém não houve qualquer referência a esta possibilidade entre as respostas obtidas.

Com relação aos hábitos prejudiciais à saúde, existem comprovações científicas amplamente divulgadas de que o hábito de fumar e a ingestão alcoólica traz conseqüências maléficas ao organismo do usuário.

A esse respeito, CHAIEB; CASTELLARIN (1998) em pesquisa sobre a associação tabagismo-alcoolismo, encontraram em um grupo de 129 alcoolistas comparados com 129 não alcoolistas, a existência de uma forte associação entre alcoolismo e tabagismo. Consideradas como drogas lícitas, acabaram por deixar uma herança de doença, sofrimento e degradação do ser humano. O uso do álcool abriu uma porta para a entrada das drogas ilícitas, como heroína, maconha e crack.

As associações entre doenças cardiovasculares, câncer de pulmão e câncer de bexiga relacionados ao fumo, e também hipertensão arterial, cirrose hepática e alterações cerebrais relacionadas ao alcoolismo, são conhecidas no meio científico e divulgadas pela mídia, inclusive em anúncios e propagandas por parte do Ministério da Saúde.

HIRATA et al. (1998), em estudo sobre o alcoolismo em ambulatório de geriatria, com uma amostra de 332 pacientes que passaram por primeira consulta ambulatorial, após terem sido submetidos ao teste de "screening" de alcoolismo Michigan e diagnóstico clínico, encontraram uma prevalência de alcoolismo de 15,1% nos idosos. Os autores verificaram que os alcoolistas estudados, em relação aos pacientes do grupo controle (não alcoolistas), eram mais jovens, com tendência a ser de raça negra ou mulato, apresentaram dependência financeira de seus familiares, faziam uso concomitante do cigarro e tinham antecedente familiar de alcoolismo.

Um fato que nos chamou a atenção nas respostas apresentadas pelos idosos sobre o conhecimento da própria doença, foi que em nenhum momento, eles relacionaram a doença aos próprios sinais de envelhecimento.

Durante muito tempo, o envelhecimento normal foi confundido com o envelhecimento patológico. Acreditamos que velhice não é sinônimo de doença, mas a doença interfere no processo de envelhecimento.

Nesse sentido, convém retomarmos os conceitos de senescência e senilidade apontados por alguns autores.

PAPALÉO; PONTE (1996) discorrem que a senescência, é o “processo decorrente de modificações biológicas que surgem com o avançar dos anos” e a senilidade “são os estados realmente mórbidos mais comuns em gerontes”, entretanto, tem seus limites imprecisos, dificultando a caracterização exata de cada processo.

CARVALHO FILHO (1996) entende por senescência “as alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em conseqüência do processo de envelhecimento”, e por senilidade “as modificações determinadas pelas afecções que freqüentemente acometem os indivíduos idosos”.

Concordamos com RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO (2000) quando afirmam que “o impacto das doenças na população idosa ocorre, inicialmente, em nível biológico”, no entanto, a doença apresenta dimensões sociais e psicológicas vivenciadas pelos idosos. Segundo as autoras, as ações das pessoas frente ao processo da saúde e doença, “são influenciadas pelos padrões de conduta desenvolvidos ao longo do tempo e também pelas respostas frente às crises que ocorrem durante a vida.” Assim, cabe ao profissional de saúde, e em particular a enfermeira, conhecer estas ações e incentivar as pessoas idosas a manifestarem suas inquietações e problemas decorrentes da velhice.

Para tanto, a enfermeira deve conhecer o processo de senescência e senilidade para melhor compreender e lidar com os principais problemas decorrentes destes processos, para poder identificar fatores de risco associados ao envelhecimento e atuar na prevenção de maiores agravos à saúde (RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000).

Os fatores de risco para a hospitalização dos idosos foram objeto de investigação para alguns estudiosos como MILLER et al. (1998), em que buscaram examinar a influência do uso de cigarros, da hipertensão arterial, do colesterol sérico e das enfermidades crônicas na freqüência da admissão hospitalar. Segundo os resultados deste estudo as condições crônicas como o diabetes, condições pulmonares, ataque de coração

e úlcera, foram associadas com o alto risco para a internação hospitalar para a maioria dos idosos.

No trabalho de FREEDMAN et al. (1996) em que por meio de um questionário, levantaram dados para identificar entre pacientes com idade superior a 80 anos, aqueles com alto risco de admissão hospitalar, encontraram numa amostra de 3745 idosos, 25 variáveis significativas associadas a admissão hospitalar, sendo que quatro destas associadas ao alto risco de admissão hospitalar: presença de alterações cardíacas, presença de diabetes, a necessidade de ajuda no preparo das refeições e limitação da independência. Estes dados mostram que não apenas a presença de uma doença é um fator de risco para a hospitalização, mas sobretudo a incapacidade funcional.

A enfermeira deve ter sempre em mente que o paciente idoso, tem fatores de risco que propiciam internações hospitalares mais freqüentes e portanto, necessita estar preparada para atender esta faixa etária.

Com relação ao tratamento proposto ao paciente, 19 idosos (55,88 %) não souberam informar, o que mais uma vez representou a falta de informações e comunicação entre a equipe de saúde e o paciente. Segundo as respostas obtidas, o conhecimento estava relacionado à terapia medicamentosa e à investigação diagnóstica em andamento, entre sete pacientes (20,59%) respectivamente, e a procedimentos realizados, referido por um paciente (2,94%). Quanto a terapia medicamentosa, novamente observamos a reprodução do discurso médico, quando o idoso utilizou termos técnico-científicos de acordo com a doença que o acometia, como por exemplo:

*" fui internado para realizar a quimioterapia para diminuir o tumor que tenho no pulmão";*

*"eu sei que me internaram aqui para tomar antibiótico"*

Chamamos de investigação diagnóstica os relatos cujo conteúdo retrataram desconhecimento sobre o tratamento proposto pelo médico responsável, uma vez que os exames conclusivos ainda estavam em andamento.

SILVA (1979) em estudo sobre informações recebidas e desejadas na admissão hospitalar, numa amostra de 207 pacientes com faixa etária entre 15 e 65 anos, em tratamento clínico, cirúrgico ou em investigação diagnóstica, encontrou dois pacientes

(0,97%) que receberam informações sobre o “tratamento de modo geral”, e um paciente (0,48%) que recebeu informações a respeito de “realização de exames”, em investigação diagnóstica. A autora obteve 184 pacientes (88,88%) que expressaram o desejo de conhecer mais sobre o próprio tratamento, pois não tinham sido informados. Embora o estudo não tenha sido restrito à população idosa, os pacientes na faixa etária entre 56 a 65 anos foram os que mais solicitaram informações a respeito do seu tratamento.

Ainda a este respeito, SILVEIRA (1976) ao estudar a importância das informações ao paciente recém hospitalizado, trabalhando com pacientes de cirurgia geral, verificou que numa amostra de 110 pacientes com idade acima de 20 anos, 68 (59,08%) consideraram “muito importante” receber informações a respeito dos exames e seus resultados, enquanto 86 pacientes (78,18%) consideraram “muito importante” as informações sobre os cuidados e tratamentos. Embora a autora tenha estudado apenas pacientes que se submeteram a tratamento cirúrgico, estes resultados refletem nossa preocupação com os direitos do paciente, e em especial com o idoso quanto ao acesso as informações cada vez mais completas sobre o tratamento a ser submetido, suas consequências e seqüelas, para assim poder decidir sobre sua adesão ou não ao mesmo.

Ao buscar o atendimento em âmbito hospitalar, o idoso tem sua própria avaliação sobre a necessidade e urgência de cuidados que o seu estado de saúde requer. Chamou-nos a atenção o número de atendimentos efetuados através do pronto socorro com 64,7%, em relação ao setor de internação, com 35,3% dos pacientes.

Na pesquisa de ANDERSON(1998) sobre a saúde e condições de vida do idoso no Brasil, com fonte no banco de dados coletados em inquérito nacional de base domiciliar realizado em 1989, no qual entrevistaram 63.213 indivíduos, dos quais 4650 eram idosos de todas as regiões do país, encontrou em dados relativos à utilização de serviços de saúde, que o idoso, mais do que o adulto, procura por atendimento de saúde, sendo que as idosas procuram mais do que os idosos. A modalidade de atendimento que mostrou ser mais procurada foi a ambulatorial (57%), através de consulta a médicos particulares e ambulatórios de rede pública (postos ou centros de saúde e postos de assistência médica - PAMs). A farmácia também foi encontrada como modalidade de

atendimento para 20% dos idosos, com maior utilização por parte dos homens, e com maior frequência na zona rural.

A procura por atendimento no pronto socorro em nosso trabalho pode estar associada em parte à facilidade de acesso, uma vez que na descrição da amostra estudada encontramos que a maioria dos idosos residia próximo ao Hospital das Clínicas da UNICAMP. Ademais, para a realização do atendimento ambulatorial o paciente necessita do encaminhamento de uma unidade básica de saúde de referência, com agendamento de consulta, que por sua vez apresenta fila de espera, o que pode ter levado o paciente a optar pelo serviço de pronto atendimento.

ANDERSON et al. (1998) ao investigarem sobre a saúde e qualidade de vida dos idosos que participam do Projeto de Promoção da Saúde da UnATI/UERJ, entrevistaram 93 idosos, cujos resultados revelaram que 89,2% não havia sido internados no ano anterior, e 10,8% se utilizaram de serviços hospitalares, e internaram-se pelo menos uma vez, para procedimentos cirúrgicos eletivos predominantemente. Os autores relatam que 85% dos pacientes estiveram em consulta médica nos últimos seis meses, e destes, 48,2% utilizaram da rede pública e 36,8% da rede privada. Segundo os autores, estes dados sugerem que a amostra estudada, em relação a população em geral, tem um padrão de cuidados preventivos e de controle de alterações de saúde, prática esta que poderia favorecer a redução do número de internações.

Podemos considerar que a entrada no sistema hospitalar através do pronto socorro, promove o pronto atendimento do paciente, fornecendo alívio de suas queixas mais rapidamente e propiciando a internação nas unidades hospitalares de forma prioritária em relação aos pacientes que chegam através do setor de internação, convocados ou admitidos após a passagem pelo ambulatório em consultas médicas. As características de saúde dos idosos da nossa amostra, podem justificar a necessidade de imediato atendimento e da sua transferência para unidades de internação após a estabilização do quadro clínico, uma vez que sabemos que a reserva fisiológica do idoso é menor se comparada ao adulto jovem. Assim, podemos supor que o paciente idoso que efetivamente foi submetido a internação hospitalar através do pronto socorro, necessitava de cuidados médico hospitalares especializados e contínuos.

O atendimento através do pronto socorro, é facilitado se compararmos com o atendimento através do setor de internação. O setor de internação hospitalar está localizado próximo da entrada do hospital, distante do pronto socorro e das unidades de internação. Nesta área o paciente conta com um ambiente repleto de cadeiras que visam a acomodação dos usuários da unidade hospitalar, e tem a sua disposição a equipe de funcionários administrativos para efetuar sua admissão. Se porventura o paciente idoso apresentar alterações do seu estado geral de saúde, o mesmo é deslocado para atendimento de emergência no pronto socorro, pois não existem instrumentos e pessoal qualificado para assistência no local. Frente a esta situação, acreditamos ser de fundamental importância a presença do acompanhante junto ao idoso durante a admissão hospitalar.

Devido às condições financeiras das famílias que recorrem ao atendimento público, o acompanhante, na maioria das vezes é o cuidador familiar, ou seja, aquele indivíduo que coordena e executa todos os cuidados, tendo muitas vezes o auxílio de familiares, amigos, vizinhos e voluntários. A história nos mostra que a figura do cuidador esteve basicamente ligada à presença das mulheres, eleitas dentro do contexto familiar, sendo elas: esposas, filhas ou noras, caracterizando o ato de cuidar como algo particular, privativo, restrito ao ambiente doméstico. As regras que determinam qual pessoa será o cuidador, passam por gênero, parentesco, proximidades físicas e afetivas. Porém, com as mudanças nas relações de trabalho e de divisão social, a mulher já não se encontra tão disponível para assumir integralmente as funções de cuidadora (KARSCH, 2000).

KARSCH (2000) lembra que há pouco tempo atrás, a institucionalização dos doentes em hospitais, casas de repouso, casas de saúde, asilos, era então uma prática cotidiana. Entretanto, com a mudança de situação social e política de nosso país nas últimas décadas e com o objetivo de reduzir os custos com as hospitalizações, e conseqüentemente os custos públicos, os pacientes têm sido gradativamente levados e mantidos em seus domicílios. Neste contexto, é o cuidador o elemento que passa a assumir a assistência integral ao idoso. Além disso, as casas geriátricas, que em sua maioria são privadas, exigem custos elevados dos seus usuários, que não podem ser

assumidos por grande parte da população que se encontra numa classe social menos favorecida.

Na caracterização de nossa amostra, encontramos idosos convivendo no contexto familiar com múltiplas gerações, idosos que residiam com esposa(o), com filhos, genros e noras, e idosos que residiam com netos.

Concordamos com BENGSTON in FRANÇA; SOARES (1997), que " ter pais idosos e dependentes, ao mesmo tempo em que se cuida dos filhos e até dos netos será o maior desafio para os casais adultos do século XXI".

Não sabemos qual era a relação familiar do acompanhante do idoso no momento da admissão hospitalar, mas a relação estreita entre cuidador e o paciente foi refletida na nossa amostra com o comparecimento e permanência do mesmo, em sua maioria (61,73%) até o paciente ser encaminhado à unidade de internação.

A presença do acompanhante, durante a hospitalização do idoso, traz importantes benefícios para a equipe, família e para o próprio idoso, no entanto, nem sempre isto ocorre. Em nosso estudo, os motivos apontados por seis idosos para a não permanência do acompanhante foi vinculada à limitação do próprio acompanhante, a decisão do paciente e ao impedimento da instituição.

A não permanência do acompanhante durante todo o período de internação do idoso, foi justificada em sua maioria à limitação do próprio acompanhante (n=22). Divididos entre as responsabilidades do cuidar e as necessidades de trabalho, a necessidade de alguém cuidar da residência, às condições emocionais do acompanhante e a distância do hospital de sua residência, os acompanhantes estiveram ausentes. Em função desta dualidade, os cuidadores podem ter sua vida emocional atingida.

PERLINI (2000), ao realizar a descrição do perfil do cuidador familiar de pacientes vítimas de acidente vascular cerebral, que prestavam cuidados em casa, constatou que de uma amostra de 35 cuidadores, 15 (42,8%) apresentavam atividades remuneradas fora do lar. A autora encontrou vários cuidadores que afirmaram ter parado de trabalhar para assumir o cuidado do familiar vitimado. Os cuidadores que trabalhavam, manifestaram cansaço e preocupação pelo período de ausência de casa e o desejo de ter mais tempo para cuidar do familiar.

A admissão hospitalar é um momento tenso e assustador, em que os membros da família podem oferecer estímulo social e apoio psicológico ao idoso, pois quanto maior o envolvimento dos familiares maior também será a facilidade de relacionamento entre enfermeiras e os cuidadores, promovendo assim a comunicação e manutenção da qualidade do cuidado. A participação do familiar deve ser vista, de preferência, como um privilégio e não apenas como responsabilidade (LAITINEN, 1992, 1993).

Ao estudar a questão dos cuidadores de idosos hospitalizados em um hospital universitário, uma unidade geriátrica e uma “nursing home”, LAITINEN (1993) verificou que no hospital universitário, 51% dos pacientes recebiam visitas diárias, sendo que o tempo de permanência dos visitantes, nas três unidades de atendimento foi em média abaixo de duas horas (92%). A autora relata que a distância entre a casa do familiar e o hospital não foi uma causa significativa, pois mais da metade dos pacientes possuíam um parente que morava há menos de dez quilômetros dos três locais.

Em nosso estudo, uma das justificativas para a não permanência do acompanhante foi a distância da residência em relação ao hospital, uma vez que o parente mais próximo do paciente residia em outro estado.

Quando a ausência do acompanhante decorreu da decisão do próprio paciente (n=5), não obtivemos dados suficientes que pudessem esclarecer melhor estes motivos

Já o impedimento por parte da instituição para a permanência do acompanhante durante o período de internação (n=5), vai de encontro aos direitos assegurados pela legislação brasileira do Sistema Único de Saúde, Portaria nº 280 de 07 de abril de 1999. Segundo esta Portaria, o idoso tem direito ao acompanhante durante toda a internação se assim o desejar, respeitando as restrições impostas pela equipe de saúde, caso interfiram na recuperação da saúde do paciente.

Para LAITINEN; ISOLA (1996), os familiares procuram aumentar a sua participação no cuidado ao paciente, porém são barrados por atitudes que obstruem o envolvimento dos mesmos, atitudes estas geradas pela equipe de enfermagem, tais como falta de orientações e falta de comunicação.

Uma das funções da instituição hospitalar é fornecer segurança para o paciente, o que pode ser proporcionado pela permanência do acompanhante durante a internação do idoso.

A enfermeira se encontra numa posição única para promover a interação entre os familiares e os cuidados necessários ao idoso, bem como, para a continuidade desses cuidados após a alta.

Enquanto os idosos forem privados da companhia de um acompanhante por desconhecimento dos seus direitos, em decorrência da falta de planejamento por parte da equipe de enfermagem e de obstáculos na comunicação, estaremos perdendo um grande aliado no momento de dar continuidade aos cuidados prestados no ambiente hospitalar.

Nesse contexto, BULL; JERVIS; HER (1995), identificaram várias questões referentes a origem e as dificuldades que os familiares encontram frente a hospitalização do idoso. A primeira delas diz respeito a chegada do idoso na unidade hospitalar. Incluem-se neste momento a demora pelo atendimento e a presença de erros de medicação nas salas de emergência. A segunda questão refere-se basicamente aos problemas de comunicação entre os familiares e a equipe de saúde, apontados pelos familiares como: demora na resposta ao chamado luminoso, comportamento rude e má vontade em responder as perguntas, por parte da equipe de enfermagem. Outra questão destacada relaciona-se as dificuldades pessoais do idoso e familiares, como cansaço e estresse decorrentes das idas e vindas do hospital e a falta de suporte dos familiares e amigos. Por último, os autores destacam as dificuldades presentes no planejamento da alta hospitalar, relacionadas a falta de informações para os familiares sobre as limitações e condições do paciente, sobre a dieta e medicações. Concordamos com estes autores quando afirmam que a não participação do familiar no planejamento para a alta, é um fator de risco para a reinternação do idoso. O planejamento da alta hospitalar e a continuidade do atendimento domiciliar por parte do cuidador, é iniciado, segundo BOWMAN; ROSE; KRESEVIC (1998), no momento em que o paciente é admitido no hospital, onde a figura do cuidador é fundamental. Concordamos com estes estudiosos, pois acreditamos que a formação do vínculo entre o cuidador e a equipe de saúde, e em especial a equipe de enfermagem, permite o fortalecimento da parceria entre os mesmos. A ausência de comunicação entre a equipe e o cuidador, é fator inibitório à participação do mesmo no cuidado do idoso.

A solução dos problemas sociais concentradas no âmbito familiar também ficou traduzida em nossa amostra quando da utilização do transporte para chegar até o hospital. Em sua maioria, ou seja, 79,4% de idosos utilizaram condução particular. Não temos

dados sobre os motivos da utilização de transporte particular para chegar até a unidade de saúde, no entanto, acreditamos que o menor tempo de chegada ao hospital deva ter sido um fator decisório na escolha.

Com relação ao tempo percebido pelo paciente para ser encaminhado até a unidade de internação, 42,4% da amostra avaliou como pouco, enquanto 27,3% avaliou como regular e 30,3% como muito. Se no atendimento hospitalar pudssemos contar com o atendimento preferencial aos idosos, o tempo de espera percebido aguardando a internação hospitalar provavelmente seria menor.

O tempo de espera para o atendimento e a resolução do problema de saúde dos idosos foram algumas questões abordadas por RAMOS (1995) ao citar os dados referentes ao pronto socorro de um hospital escola. Segundo o autor, dos pacientes que recorreram ao pronto socorro do Hospital São Paulo em um dia, 60% foi encaminhado para uma clínica de especialidades que, em média, a fila de espera demorava de 2 a 3 meses, 20% foi embora com receita emitida após triagem e 20% foi realmente atendido. Chamou nossa atenção, o fato do autor citar a existência de "frustração para os idosos que perdem o dia" e que não tiveram "uma resposta adequada ao seu problema de saúde."

Observamos na amostra que 23 pacientes (67,6%) não receberam nenhuma explicação sobre a espera para a admissão hospitalar, refletindo a falta de comunicação entre o paciente e a instituição, representada pela equipe administrativa e equipe de saúde.

Quando da internação do idoso e seu encaminhamento até a unidade destino, destacamos que a maioria dos sujeitos utilizou acessórios de locomoção ( maca para 38,2% e cadeira de rodas para 26,5%), sugerindo que as condições de saúde destes idosos não permitiam a deambulação.

De fato, as doenças que levam o idoso a buscar um pronto atendimento, muitas vezes comprometem sua capacidade funcional.

COSTA et al. (2000) em estudo sobre o diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira, descreveram que as principais causas de internações hospitalares entre os idosos foram as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho respiratório, correspondendo a cerca da metade das internações hospitalares

nos três anos considerados (1995, 1996, 1997). A análise, mostrou que a insuficiência cardíaca e as broncopneumonias e/ou pneumonias constituíram a primeira e a segunda principais causas de internações hospitalares entre os idosos no país em 1996, indo ao encontro dos nossos dados, ou seja, as doenças do aparelho circulatório prevaleceram como as maiores responsáveis pela internação dos pacientes idosos, conforme dados da Tabela 4. Podemos inferir que a utilização de acessórios para a locomoção dos idosos no ambiente hospitalar foram necessários em função das condições de saúde em que se encontravam, decorrentes de limitações impostas pela doença que os acometia

O transporte dos idosos, foi realizado predominantemente em companhia de um funcionário do serviço da escolta, que não se identificou e apenas manteve conversas triviais com o idoso durante o trajeto, segundo as respostas dos entrevistados.

O serviço de escolta do hospital campo de pesquisa é constituído por 21 funcionários divididos em dois turnos, manhã e tarde, com a seguinte distribuição: duas telefonistas que recebem e anotam as solicitações de transporte, 16 maqueiros, dos quais três são auxiliares de enfermagem e quatro são atendentes de enfermagem, os quais são responsáveis pelo transporte dos pacientes, um funcionário responsável pelo transporte de materiais biológicos para os diversos laboratórios no complexo hospitalar, e dois funcionários disponíveis no 2º andar do hospital, local onde chegam as ambulâncias com os pacientes acamados e que serão atendidos nos ambulatórios. Estes funcionários são supervisionados por uma enfermeira.

Considerando que o novo ambiente, recém conhecido pelo idoso, e que o controle da situação se mantém nas mãos dos funcionários deste serviço hospitalar neste momento, estas pessoas deveriam ser os emissores da comunicação com os pacientes. Ademais, os responsáveis pelo transporte são integrantes da equipe de enfermagem, o que pressupõe formação específica. Assim, em qualquer situação intra-hospitalar é importante que os pacientes recebam um atendimento individualizado e realizado num clima receptivo e amigável (VALLE, 1986).

Em contraste com a escassa interação verbal estabelecida entre o membro da escolta e o paciente, a chegada na unidade de internação foi cercada da presença de um

funcionário que, recebendo o paciente, identificou-se, cumprimentando-o verbalmente e em uma situação estabeleceu contato físico por meio do aperto de mão. Estes fatos mostraram-nos um panorama de como as relações acontecem entre os pacientes e os funcionários da instituição.

Concordamos com VALLE (1986) quando diz que a promoção do ajustamento e bem estar do indivíduo é uma das finalidades da relação com a enfermagem no ambiente hospitalar. Segundo a autora, existem quatro etapas na interação verbal entre o profissional de saúde e o paciente durante a admissão: aquecimento, explicação, conteúdo e desfecho. Em seu estudo, a etapa de aquecimento\* representada por frases do tipo "Bom Dia", "Como vai?" ,ocorreu em 66,6% das situações observadas; a etapa de explicação do procedimento que incluía indicações a respeito do "local em que ficaria internado", "rotina hospitalar", ocorreu em 100% das situações; a etapa do conteúdo verbal que incluía assuntos conversados durante a admissão, orientações, ocorreu em 83,3%; e finalmente o desfecho em que foram consideradas respostas como "Até logo", "Bem", "Mais tarde eu volto" , ocorreu em 75%. A autora refere que faz parte das regras da boa educação o cumprimentar e o despedir-se das pessoas com as quais mantemos contato, portanto, não se justifica a não inclusão destas regras no relacionamento entre a equipe de saúde, os pacientes e familiares. A forma receptiva como foram recebidos, ou seja, a etapa de aquecimento da interação verbal durante a admissão, foi mencionada, de forma detalhada por alguns pacientes do nosso estudo, indo ao encontro dos achados do trabalho de VALLE(1986).

A comunicação é um elemento essencial no modelo de GREENEICH; LONG; MILLER (1992) e permeia principalmente a área referente à enfermagem. No entanto, a interação verbal entre o paciente e a equipe nem sempre é eficaz. Vários fatores interferem nesta interação, como o nível sociocultural do paciente, o que pode dificultar sua expressão verbal, ou ainda a falta de preparo do profissional da saúde para recepcionar o paciente. Estes fatores podem ter favorecido a baixa frequência de episódios verbais entre os sujeitos, conforme os resultados obtidos por VALLE (1986).

Para STEFANELLI (1993) a comunicação não é apenas mais um dos instrumentos básicos da enfermagem e do desenvolvimento do relacionamento

---

\* grifo da autora

terapêutico, e sim uma capacidade ou competência interpessoal que deve ser adquirida pela enfermeira, independente de sua área de atuação. É esta competência que permite à enfermeira o atendimento das necessidades do paciente, levando em conta sua cultura e o ambiente.

De acordo com LUCENA; GOES (1999) "a comunicação terapêutica é aquela na qual o profissional tem por objetivo provocar mudança na forma de comunicação do outro, no caso o paciente, a fim de produzir relações sociais mais gratificantes."

Para a realização deste tipo de comunicação, a enfermeira se utiliza de seus conhecimentos no intuito de ajudar o paciente a enfrentar seus problemas, por meio do uso de vocabulário acessível, permitindo que o paciente tome suas próprias decisões e permanecendo disposta a ouvir a sua opinião.

Acreditamos que o atendimento individualizado, com atitudes cordiais, seguras e consistentes, podem favorecer a comunicação terapêutica no processo de admissão hospitalar do idoso.

A esse respeito DU GAS (1988) descreve três grandes fases no relacionamento enfermeira-paciente: uma fase introdutória ou de orientação, uma fase de trabalho e uma fase terminal.

Na fase introdutória ou de orientação, a enfermeira e o paciente se conhecem e estabelecem confiança mútua. Nesta fase, a enfermeira apresenta certo domínio sobre a situação, uma vez que já possui alguma informação sobre o paciente, antes mesmo de encontrá-lo, obtida do médico responsável pela internação. Desse modo, na maioria das vezes, toma a iniciativa no relacionamento a ser estabelecido e assume a liderança na formação das relações. Os dois elementos desta relação, nesta fase introdutória, apresentam idéias pré-concebidas a respeito um do outro, elaboradas a partir de expectativas que podem influenciar o modo como irão se relacionar.

FUREGATO; PRESTUPA (1999) estudando o que a população em geral sabe e o que espera do enfermeiro, em duas cidades do estado de São Paulo, Ribeirão Preto e Bauru, verificaram que as pessoas esperam bons cuidados, apontados como: assistência, tratamento, cuidado, cura, atendimento, serviço e atenção. Esperam também que o enfermeiro seja atencioso, competente, paciente, dedicado, compreensivo, e que atue com respeito e responsabilidade.

Assim como GREENEICH (1993), DU GAS (1988) refere que nesta fase introdutória, as experiências prévias com o sistema de assistência à saúde, as informações divulgadas pelos meios de comunicação, bem como, comentários de amigos e parentes acerca do serviço escolhido, podem influenciar as expectativas do paciente sobre a assistência que irá receber. Por outro lado, a enfermeira também apresenta expectativas procedentes de sua experiência clínica e de sua formação profissional, que podem não coincidir com as do paciente. É muito importante que o paciente conheça e seja apresentado às pessoas que irão participar da sua assistência, e que lhe seja explicado os seus papéis, conforme aponta DU GAS (1988). Ainda é nesta fase que a enfermeira realiza o levantamento de dados do paciente.

Retomando o modelo teórico de GREENEICH et al (1992), neste momento, a área referente à enfermagem passa a exercer influência na satisfação do paciente, por meio das suas diferentes dimensões.

É neste primeiro momento de contato com o paciente, que a enfermeira expõe inicialmente suas características inerentes de personalidade. Os atributos e comportamentos que a enfermeira realiza em seu trabalho, e que são únicos, são identificados como uma máquina motriz significativa na interação paciente e enfermeira.

A comunicação neste caso é essencial, e assim as limitações ou dificuldades apresentadas pelos idosos em decorrência do processo de senescência e senilidade, devem ser consideradas.

Para melhorarmos nossa comunicação com o idoso devemos sempre usar frases curtas, ser objetivo, atendê-lo num ambiente com baixa emissão de ruídos, falar-lhe de frente, não movimentar-se ou virar-se enquanto fala, identificar o melhor momento para a interação e tratá-lo pelo nome, evitando tratá-lo de modo infantilizado (SILVA,2000).

Além da comunicação oral, não podemos nos esquecer da comunicação não verbal, expressa por meio de gestos, da expressão facial, do tom de voz, da postura e da aparência, da distância que mantemos entre as pessoas, de nossa capacidade e jeito de tocar, que transmitem o nosso respeito, interesse e ajuda na expressão de nossos sentimentos e atitudes (SILVA, 2000).

Devemos estar sempre atentos à forma como o idoso se expressa, seus movimentos, gestos e postura, bem como, o modo que expressamos nossa comunicação

verbal e não verbal, os quais devem ser realizados com base em nossas observações a respeito das habilidades cognitivas, do nível de orientação, dos déficits de visão e audição e do uso de fármacos que alteram a percepção do idoso.

A segunda fase, segundo DU GAS (1988), a fase de trabalho, é iniciada com a elaboração do plano de assistência de enfermagem, após a enfermeira ter reunido todos os dados do paciente.

Nesta etapa, a relação entre o paciente e a enfermeira, parte da premissa de que ambos compartilham igualmente o processo de assistência à saúde, ou seja, não há domínio de um sobre o outro, existe sim, uma divisão de responsabilidades.

A enfermeira possui nesta fase um importante papel na motivação do paciente, além de responsabilidades para a execução de medidas assistenciais específicas de enfermagem.

Com relação a esta fase, temos observado que nem sempre ocorre ausência de domínio na relação enfermeira-paciente. Muitas vezes a enfermeira e demais membros da equipe de enfermagem se mostram autoritários sobre o paciente, decidindo quando e de que forma ocorrerá o cuidado, priorizando as atividades rotineiras do trabalho, em detrimento das necessidades e expectativas do paciente.

Um exemplo que ilustra esta questão diz respeito ao horário da higiene corporal do paciente determinado de acordo com as rotinas do serviço, e por vezes apresentado como imutável ao idoso. Assim, não são considerados os seus hábitos de vida na construção do plano de assistência.

Na terceira e última fase, a fase terminal, o relacionamento enfermeira-paciente termina quando o paciente recebe alta, ou por quaisquer outras razões, a enfermeira deixa de proporcionar assistência ao paciente. Embora DU GAS (1988) não faça referência à continuidade do cuidado após a alta hospitalar, o elo estabelecido entre a enfermeira e sua equipe, o idoso e família, irá influenciar esta continuidade, pois conforme apontam BULL; JERVIS; HER (1995), a falta de interação entre estas pessoas pode favorecer a readmissão hospitalar do idoso.

As fases aqui apresentadas não são estanques, mas permeiam a dinâmica da relação entre a enfermeira e o paciente.

BOWMAN; ROSE; KRESEVIC (1998), recomendam que o mesmo enfermeiro que realiza a admissão hospitalar, também realize o planejamento da alta do paciente, estabelecendo vínculos com o paciente e acompanhante, completando assim, o círculo de permanência do paciente no ambiente hospitalar.

Além da interação entre a equipe, o idoso e a família, o estabelecimento de um ambiente agradável e seguro, inclui relacionamentos interpessoais com outros pacientes, a partir da admissão.

No hospital das clínicas da UNICAMP, os quartos destinados a internação contam com dois ou quatro leitos e banheiros internos. Portanto, o paciente compartilha da companhia de um ou mais pacientes no mesmo quarto. A nosso ver é fundamental a apresentação entre pacientes alojados no mesmo ambiente, para o estabelecimento de uma relação de cordialidade entre pessoas estranhas até aquele momento, fato este que ocorreu entre 23 idosos (67,6%) do nosso estudo.

No processo de admissão hospitalar, após o estabelecimento de um contato inicial, integra a função do profissional de enfermagem o fornecimento de informações ao paciente a respeito do ambiente externo e interno, rotinas hospitalares, equipe de profissionais da saúde, tratamento, entre outras. A partir daí, a enfermeira e sua equipe devem estar disponíveis para responderem às perguntas dos pacientes, as quais segundo DU GAS (1988), podem ser verbais e não verbais.

VALLE (1986) ao investigar a interação verbal durante a admissão hospitalar, identificou grandes temas do conteúdo verbal ocorridos entre a enfermeira e os pacientes que incluíram os seguintes assuntos: ambiente físico em 100% das interações verbais, as necessidades emocionais dos pacientes em 50%, as rotinas de alimentação em 41,6% das interações verbais, a apresentação a outros pacientes em 41,6%, os pertences pessoais e a higiene pessoal em 25% das interações verbais.

A interação entre a enfermeira e o paciente ocorre num meio ambiente no qual a enfermagem é praticada e que, segundo GREENEICH (1993), é aquele que permeia as suas atividades, através dos domínios físico e organizacional. O ambiente físico propriamente dito, com ruídos, iluminação, serviços de alimentação e manutenção

hospitalar, e o ambiente administrativo onde os recursos humanos e a relação com os pacientes e familiares é exercida, além da administração do posto de enfermagem, integram estes domínios.

As informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem aos pacientes, relacionadas ao ambiente, foram em sua maioria sobre o ambiente interno do quarto, ou seja, sobre o vaso sanitário (23,53%), armário (17,65%), criado-mudo (17,65%), campainha (14,71%) e iluminação (5,88%).

Quanto aos itens referentes ao ambiente externo ao quarto, poucos pacientes referiram ter recebido informações sobre o andar em que se encontravam (8,82%), o local do telefone (2,94%) e a área de lazer (5,88%).

Neste contexto cabe destacarmos algumas considerações.

Embora as informações referentes ao ambiente físico favoreçam a orientação do idoso no espaço e a prevenção de acidentes, como as quedas, tão freqüentes nesta faixa etária, o momento de admissão hospitalar é permeado de sentimentos de insegurança frente ao desconhecimento do ambiente, da doença e do tratamento. Ademais, neste momento, o idoso pode apresentar limitações e dificuldades para a compreensão e memorização das informações fornecidas em decorrência do seu estado de saúde. Desse modo, salientamos a importância da presença do acompanhante, como um elemento mediador entre a enfermeira e o idoso, ou seja, a pessoa que irá compartilhar com o idoso as informações recebidas, favorecendo a comunicação entre ambas as partes.

Além disso, algumas informações podem ser realizadas no decorrer da permanência do idoso no hospital, como por exemplo, o uso do chuveiro, da mesa de refeições, da área destinada aos fumantes, de acordo com as suas necessidades e condições de saúde.

No estudo de VALLE (1986), sobre o conteúdo verbal, os assuntos referentes ao ambiente físico, estiveram presentes em 12 (100%) situações de interação verbal enfermeira-paciente.

Por outro lado SILVA (1979) verificou que as informações recebidas pelo paciente com relação ao ambiente físico foram escassas e disseram respeito ao interfone, para oito pacientes (3,86%), as acomodações, para dois pacientes (0,97%), à cama, para dois pacientes (0,97%) e à iluminação, para um paciente (0,48%).

Já SILVEIRA (1976) encontrou em seu estudo, que o grau de importância atribuído pelos pacientes e enfermeiras quanto as informações referentes ao ambiente, difere-se de forma significativa. Grande parte dos pacientes (48,18%) atribuiu “muita importância” às informações relativas ao ambiente como a localização do banheiro, a localização e o uso da campainha, e atribuiu “regular importância”, às informações sobre a localização e uso da unidade. Por outro lado a maioria das enfermeiras (83,61%) atribuiu “muita importância” às informações relativas a localização do banheiro e a campainha. Portanto, quanto ao ambiente as enfermeiras, mais do que os pacientes, valorizam as informações, reforçando a idéia do condicionamento ao trabalho cotidiano.

Com relação à rotina hospitalar, as informações sobre o uso de roupas privativas do hospital foram recebidas por nove pacientes (26,47%). A roupa privativa do hospital facilita para a equipe de enfermagem a manipulação dos pacientes, uma vez que são vestes que permitem a fácil colocação e retirada, sem expor o paciente, preservando a sua intimidade. Esta roupa não é de uso obrigatório, mas dado a elevada freqüência de informação sobre este assunto aos idosos, podemos supor que este item é significativo para a equipe de enfermagem. Acreditamos que na questão do uso de roupas privativas do hospital, a equipe de enfermagem e o paciente podem chegar a um comum acordo entre as rotinas hospitalares e as necessidades e individualidades do idoso.

As informações recebidas quanto ao uso de pertences pessoais, rotina de exames e horário de visitas foram apontados respectivamente por sete (20,59%), seis(17,65%) e seis (17,65%) pacientes. Menores freqüências encontramos quanto as informações referentes ao horário das refeições, horário dos banhos e destino de documentos e valores, com três (8,82%), dois (5,88%) e um (2,94%) paciente.

Embora não tenha sido expressivo o número de pacientes que receberam informações sobre o horário de visitas hospitalares (n=6), os pacientes têm acesso à essa informação já na entrada do ambiente hospitalar. Nas unidades em estudo, estão descritos em quadros fixados nas portas, os horários e os dias destinados à visita, ou seja, todos os dias das 8 às 11 horas e das 14 às 16 horas.

No estudo de VALLE (1986), temas relacionados à rotina apareceram na interação verbal entre os pacientes e os membros da equipe de enfermagem, sobre a

alimentação para cinco pacientes (41,6%), e sobre os pertences pessoais e higiene corporal para três pacientes, (25,0%), respectivamente.

Por outro lado, no trabalho de SILVA (1979), as informações sobre as rotinas hospitalares apresentaram menores frequências que os achados do nosso estudo, especificamente quanto ao horário de visitas (2,89%) e do banho (0,48%).

No que diz respeito à importância atribuída pelos pacientes e enfermeiras às informações referentes à rotina do hospital, SILVEIRA (1976) verificou que o grau “muito importante”, foi atribuído por 68 pacientes (61,8%) somente para a informação sobre o horário de visitas, enquanto que entre as enfermeiras, este mesmo grau de importância foi atribuído por 43 enfermeiras (70,49%) para as informações relacionadas às refeições, por 32 (54,45%) para o horário de banho e por 56 (91,80%) profissionais para o horário de visitas. Estes resultados indicam que as enfermeiras atribuíram maior grau de importância às informações relativas às rotinas do hospital, do que o próprio paciente, ou seja, estes profissionais parecem valorizar muito as orientações sobre as rotinas no momento da admissão, enquanto os pacientes não atribuem tal importância para as mesmas.

A respeito das recomendações contra o fumo na rotina hospitalar, chamou-nos a atenção o fato de que em nosso trabalho estas orientações não foram apontados por nenhum paciente. A esse respeito, no estudo de SILVEIRA (1976), o grau de importância dado a este assunto foi “nenhum” para 56 pacientes (50,91%), já para as enfermeiras, 44 (72,13%) delas consideraram “muito importante”. Corroborando com nossos dados, SILVA (1979) não registrou nenhuma informação recebida pelo paciente a respeito desta questão.

Embora em nosso estudo, a maioria dos idosos respondeu não ter recebido informações referentes ao ambiente físico e rotina hospitalar, os achados de SILVEIRA (1976) leva-nos a refletir sobre a adequação e a importância dessas informações.

Assim, reforçamos a necessidade da presença do acompanhante, da revisão das rotinas de orientações já estabelecidas na prática de enfermagem no momento de admissão hospitalar, especialmente quando o paciente é idoso.

Consideramos importantes as informações quanto à rotina hospitalar, na medida em que proporciona ao idoso a oportunidade de ter um maior controle sobre o ambiente

em que se encontra inserido, no entanto, nem sempre o momento de sua admissão é o melhor momento para a realização de todas as informações.

Com relação à equipe de saúde, 21 pacientes ( 61,8%) afirmaram ter recebido informações sobre o médico responsável, enquanto 12 (35,29%) negaram e um não se lembrou. Acreditamos que isto ocorreu em função do médico ser o responsável pela admissão hospitalar do idoso e portanto, o profissional que estabelece o primeiro vínculo do paciente com a instituição.

Sobre esta questão, SILVEIRA (1976), verificou que 106 pacientes ( 96,36%) e 50 enfermeiras (81,96%) consideraram “muito importante”, havendo portanto relativa concordância entre estes dois grupos.

Já no estudo de SILVA (1979), somente um paciente (0,48%) recebeu informações sobre os profissionais que iriam cuidar dos pacientes, não havendo discriminação da categoria profissional.

Ainda sobre esta questão OLIVEIRA; FORTES (1999), verificaram que 19 (47,5%) pacientes entrevistados não sabiam citar o nome do(s) médico(s) que os assistiam durante a internação hospitalar, embora houvesse pacientes internados há mais de 20 dias na instituição.

O estabelecimento de uma relação terapêutica, pressupõe um envolvimento entre o profissional e o paciente, em que a apresentação e o reconhecimento de quem é o profissional responsável pelo atendimento faz parte desta relação.

As informações relacionadas à equipe de enfermagem recebidas pelos pacientes deste estudo ficaram restritas à existência de turnos de trabalho entre 16 pacientes (47,06%). Informações à respeito dos membros que compõe a equipe de enfermagem e o profissional responsável por ela apresentaram frequência de 8,82%, ou seja, três pacientes.

FUREGATO; PRESTUPA(1999), em estudo sobre o que a população sabe e o que espera do enfermeiro, revelou que, embora hoje se reconheça que o enfermeiro seja o profissional que cuida dos pacientes, das pessoas doentes, ainda persiste a representação do enfermeiro como aquele que ajuda o médico ou ajuda o chefe do hospital. Segundo as

autoras, esta representação é menos intensa do que há 20 anos atrás quando foi realizada pesquisa sobre a concepção da enfermagem como profissão. Hoje o profissional de enfermagem já é configurado como o responsável pela assistência de enfermagem envolvendo a determinação dos cuidados e das ações necessárias ao atendimento de suas necessidades, conforme referem as autoras. Os entrevistados apontaram que o enfermeiro é alguém corajoso, importante e de quem dependem, esperam ser atendidos com humanidade, dedicação, respeito, responsabilidade, compreensão carinho e eficiência, enaltecendo o trabalho e reconhecendo que falta para esta classe profissional incentivo salarial e melhores condições de trabalho.

Enquanto profissional de enfermagem, preocupa-nos a falta de informações oferecidas ao paciente sobre a composição da equipe de enfermagem, pois, a relação entre os profissionais desta equipe e os pacientes ocorre nas 24 horas do dia, no ambiente hospitalar, assim, divulgar e esclarecer junto a população usuária sobre os diferentes membros da equipe de enfermagem e suas responsabilidades deve ser um objetivo diário.

Com relação ao tratamento, as informações que os pacientes receberam foram em sua maioria relacionadas aos exames e medicações.

No estudo de SILVA (1979) as informações recebidas pelos pacientes a esse respeito se restringiram ao tratamento de um modo geral (0,97%) e à exames a serem realizados (0,97%).

Por outro lado, no trabalho de SILVEIRA (1976), as orientações sobre o tratamento foram consideradas muito importantes tanto para os pacientes ( 61,81%) quanto para as enfermeiras (45,9%), especialmente sobre os exames a serem realizados.

As informações quanto ao tratamento também foram objeto de estudo para OLIVEIRA; FORTES (1999), onde verificaram que 17 pacientes (42,5%) não souberam o motivo da realização dos exames, “apontando para a desinformação e falta de consciência dos direitos enquanto pacientes, demonstrando atitudes passivas e inquestionáveis”.

Semelhante ao estudo de SILVA (1979), cujo desejo de receber informações relacionadas ao tratamento apresentou uma frequência de 88,88%, encontramos em nosso

estudo que as informações desejadas também diziam respeito às relacionadas ao tratamento, em menor frequência, 11,76%, tanto para os pacientes que as receberam, e portanto, gostariam de mais esclarecimentos, quanto para aqueles que não receberam nenhuma informação a respeito de seu tratamento.

Concordamos com SILVA (1979) quando pertinentemente sugeriu que não precisamos de muita elaboração mental para entender que, se o paciente é objeto de uma internação hospitalar, ele se submete com o objetivo de tratar-se de alguma doença que o acomete. O motivo de sua internação e as expectativas frente ao tratamento talvez sejam as principais preocupações no momento da admissão do idoso. Ademais, em se tratando de pacientes de faixa etária mais avançada, o excesso de informações pode dificultar a compreensão e a memorização. Assim, o idoso "seleciona" aquelas que realmente mais atendem as suas ansiedades e expectativas. Isto pode, em parte, justificar o pequeno número de idosos que afirmaram ter recebido as informações referentes ao ambiente hospitalar e às rotinas segundo nossos resultados, pois as respostas foram obtidas a partir das experiências vivenciadas por estes sujeitos.

Estes dados sugerem a necessidade de serem revistas as informações oferecidas aos pacientes, particularmente aos idosos. Não questionamos a importância destas informações ao paciente, no entanto, em se tratando de idosos, nem sempre o elevado número de informações são absorvidas, frente às peculiaridades desta faixa etária. Desse modo, consideramos que atender as suas expectativas num primeiro momento seja a questão prioritária. Conhecer suas dúvidas e seus anseios inicialmente, para em momentos posteriores oferecer informações adicionais, talvez seja uma das medidas a ser adotada no processo de admissão.

Salientamos a importância da presença do acompanhante como um elemento mediador entre a equipe de enfermagem e o idoso, podendo favorecer a comunicação durante esse momento. Nem sempre as condições de saúde do idoso permitem a atenção necessária às informações oferecidas, assim o acompanhante pode ser o receptor destas informações e transmiti-las ao idoso no decorrer da sua hospitalização.

No que diz respeito a presença de alterações ou dificuldades relacionadas à capacidade funcional, todos os idosos desta pesquisa apresentavam pelo menos uma, com

destaque para as alterações visuais e auditivas, mencionadas por 29,41% e 20,59% , respectivamente.

LOURENÇO; SANCHEZ (2000), em estudo sobre a morbidade em uma unidade de avaliação geriátrica, encontraram perdas visuais em 57,9% dos idosos e perdas auditivas em 42%.

Em nossa prática diária, observamos que os pacientes muitas vezes omitem suas perdas auditivas e visuais, talvez para evitar discriminações no tratamento.

Desse modo a avaliação funcional do idoso, permite à enfermeira avaliar e conhecer a sua capacidade funcional, identificar alterações, planejar e implementar a intervenção terapêutica adequada.

Segundo CHRISTIANSEN; SCHWARTZ; BARNES (1992), os cuidados pessoais incluem as atividades diárias e de rotina necessárias para se viver, e são denominados as atividades da vida diária (AVDs).

PAULA; TAVARES ; DIOGO (1998), descrevem que entre as AVDs estão os aspectos de alimentação, vestuário, tomar banho, arrumar-se, usar o banheiro, a capacidade de movimentar-se, e de fazer transferências (cama - cadeira, entrar e sair de um veículo, entre outras). As atividades como preparação de comida, lavar roupa, cuidar da casa, fazer compras, uso do telefone, transporte, controle do dinheiro e uso de medicamentos são descritas como as "atividades instrumentais da vida diária", as AIVDs, propostas por LAWTON; BRODY (1969).

Um dos componentes da avaliação do estado funcional em geriatria é a capacidade para o desempenho das atividades de cuidado pessoal, especialmente das AVDs.

A independência para o cuidado pessoal é estimulada desde muito cedo na vida do ser humano e está ligada à sua capacidade de tornar-se independente. De um modo geral, o indivíduo deve ser capaz de exercer o cuidado pessoal, mostrando assim a forma de adaptação ao ambiente social em que está inserido.

PAULA; TAVARES; DIOGO (1998) em reflexão sobre o estado funcional do idoso, explicam que a independência na realização das AVDs, é para a auto-estima e bem-estar das pessoas, algo de grande importância.

As relações da sociedade com o indivíduo independente são dinâmicas, diferentes das relações com o indivíduo dependente. As nossas funções biológicas no decorrer da senescência se declinam, e com o passar do tempo acabamos por necessitar de cuidados especiais, tornando-nos dependentes.

BALTES; SILVERBERG (1995) referem que a dependência significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir ou funcionar de maneira satisfatória sem a ajuda de outrem. A natureza da dependência do ser humano transforma-se ao longo da vida e depende do desenvolvimento pessoal, ambiente, valores, expectativas e exigências culturais e sociais. Os autores afirmam que "as dependências na velhice, resultam tanto de mudanças biológicas, quanto de mudanças de exigências sociais" e com frequência, as alterações sociais parecem determinar as biológicas.

Para estes autores, são três as dependências na velhice. Uma delas é a dependência física, relacionada à incapacidade funcional, frequentemente interpretada como sinal de incompetência geral, e considerada muitas vezes como a precursora da dependência comportamental, que é outra dependência na velhice. De acordo com os autores é uma das mais temidas pelo idoso, uma vez que pode ser resultado do desamparo apreendido, ou instrumento de controle passivo. A perda do trabalho e/ou aposentadoria, geram a dependência estruturada, referente a relação do indivíduo com o sistema e controle social, decorrente de sua não participação no processo produtivo.

No entanto a dependência física é um dos parâmetros mais utilizados em geriatria.

No trabalho de SANDOVAL; PALMA; SANDOVAL (1998), os autores verificaram o impacto da hospitalização sobre a capacidade funcional dos idosos que requeriam internação hospitalar, e correlacionaram os índices obtidos da escala de Katz, (AVDs) e de Lawton-Brody (AIVDs) com variáveis médicas e sociais. Os autores obtiveram correlação, ainda que baixa, entre experiência de internação anterior e baixos índices da escala de AIVDs. Ademais, não encontraram nenhuma correlação estatística entre sexo, grau de escolaridade e estado civil, "com quem vive" e "quem cuida" com os índices de capacidade funcional aplicados aos pacientes idosos.

Se considerarmos que as alterações decorrentes da senescência e que as doenças mais comuns nesta faixa etária podem resultar em perdas funcionais e interferir nas

atividades de locomoção, alimentação, eliminações e higiene, faz-se necessário a assistência aos idosos em ambiente hospitalar no sentido de estimular, orientar, auxiliar e supervisionar a realização destas atividades (BRITO; DIOGO, 1998).

BRITO; DIOGO (1998), ao estudarem a opinião da equipe de enfermagem quanto a dependência do paciente idoso em tratamento e os obstáculos encontrados na sua assistência, verificaram que os profissionais das diferentes categorias da equipe de enfermagem, consideraram os pacientes idosos como mais dependentes em relação aos não idosos, e justificaram esta dependência frente as deficiências para desempenho das AVDs, aos múltiplos problemas de saúde, as dificuldades de movimentação e locomoção e ao maior tempo de tratamento e recuperação. As autoras concluíram que é necessário e importante a assistência especializada e individual ao idoso, pois é uma assistência que acarreta sobrecarga de trabalho, necessitando de um maior número de funcionários para garantir a qualidade. Concordamos com as autoras ao afirmarem, que o desenvolvimento e planejamento de uma assistência que atenda o idoso como um todo, é fundamental, acrescido de conhecimento técnico científico sobre o processo de senescência e senilidade por toda a equipe.

Além disso, a avaliação da capacidade funcional do idoso faz parte dos cuidados de enfermagem, levando em conta as limitações físicas, psíquicas e ambientais para que sua assistência seja individualizada (DIOGO,2000).

Em decorrência do declínio biológico, característico desta faixa etária, o idoso se depara com várias doenças, em sua maioria crônico-degenerativas, cujo tratamento inclui o uso de polifármacos.

Segundo BERGER (1995), a adesão do idoso ao tratamento está vinculada ao seu conhecimento sobre o uso e a finalidade de cada medicação. O autor afirma que a não fidelidade ao tratamento é o segundo fator de hospitalização, e que 25% a 50% das pessoas idosas manipulam as dosagens, não tomam, suspendem ou prolongam o tratamento além daquele prescrito. Outrossim, é comum encontrarmos a prática da automedicação, resultado de orientações leigas ou até mesmo do efeito da propaganda farmacêutica.

A esse respeito, PENTEADO et al. (2000) verificaram que os medicamentos mais utilizados pelos idosos a partir da prescrição médica e/ou automedicação foram: os anti-hipertensivos (47,17%), os analgésicos e antiinflamatórios (37,73%), os vitamínicos (32,07%), os indicados para distúrbios metabólicos, nutricionais e endócrinos (28,30%) e para distúrbios do aparelho digestivo (26,41%). Os autores concluíram que a prática da automedicação decorre da falta de orientação e acompanhamento clínico, em função da dificuldade de acesso ao serviço público de saúde, ao desconhecimento dos riscos da farmacoterapia inadequada e do estado de saúde dos idosos. Isto nos leva a enfatizar a necessidade da equipe de enfermagem estar atenta quanto ao uso de medicamentos por parte das pessoas desta faixa etária e intervir com orientações e acompanhamento diligente junto com a equipe de saúde.

ARRAIS et al. (1997) ao investigarem as características relacionadas a automedicação no Brasil, como parte de um estudo multicêntrico sobre automedicação na América Latina, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), analisaram 4174 questionários no estado de São Paulo, Fortaleza e Belo Horizonte. Os autores identificaram os seguintes subgrupos terapêuticos: analgésicos (17,3%), descongestionante nasal (7,1%), antiinflamatórios/ anti-reumáticos (5,6%), antimicrobianos/quimioterápicos (5,6%), vitaminas (5,5%), antiespasmódicos/anticolinérgicos (5,2%), antiácidos/antiulceroso/antiflatulência (4,7%), hormônios sexuais (4,1%), anti-histamínicos de uso sistêmicos (4,0%), preparados para tosse e resfriado (3,8%), relaxantes musculares (2,9%), anti-diarréicos/anti-infecciosos (2,8%) e anti-asmáticos (2,1%). Constataram também que os motivos que geraram a automedicação foram a infecção respiratória alta (19%), dor de cabeça (12,0%) e dispepsia/ má digestão (7,3%), entre outros.

Ainda sobre esta questão, BOAS (2000), acompanharam 105 prontuários, de pacientes com idade média de 76,3 anos, atendidos no ambulatório didático de geriatria. Na primeira consulta verificaram a média de 2,59 diagnósticos e uso de 3,16 medicamentos, por paciente. Durante o acompanhamento, os idosos apresentaram a média de 3,43 diagnósticos e 3,45 medicamentos prescritos. Os diagnósticos mais frequentes foram: hipertensão arterial (42%), doenças osteoarticulares (23%), demências (17%), insuficiência coronariana (13%) e dislipidemia (13%). Quanto aos medicamentos mais

prescritos encontraram as classes relacionadas ao sistema: cardiovascular (25%), antidiabético (12%) e antiinflamatório (9,5%). Os autores concluíram que o número de doenças diagnosticadas no ambulatório é semelhante ao relatado na literatura, e mesmo com o aumento do número de diagnósticos estatisticamente significativo, não ocorreu o aumento do número de medicamentos prescritos.

Em nosso estudo, ainda que a literatura aponte a elevada frequência de uso de polifármacos entre idosos, esta questão foi realizada pelo profissional da equipe de enfermagem para 55,88% dos sujeitos, segundo as respostas obtidas. Este fato parece-nos indicar o desconhecimento por parte dos membros da equipe quanto as peculiaridades das pessoas desta faixa etária. Sobre a ocorrência de perguntas referentes a presença de alergias, foram realizadas para 44,12% dos idosos.

De acordo com GUIMARÃES; GOMES(1989), "10% dos indivíduos adultos desenvolvem algum tipo de reação a drogas; no entanto, após a faixa dos 80 anos, esta possibilidade chega a 25%". Pelo fato do idoso ser usuário de polifármacos, o seu uso prolongado tem como resultado o aumento da frequência de efeitos colaterais. Os analgésicos, os diuréticos, os hipoglicemiantes, os cardiovasculares e os sedativos, têm se revelado como drogas capazes de provocar reações adversas. O uso adequado requer o acompanhamento e investigação pormenorizada para cada paciente que é admitido no ambiente hospitalar, onde, com os recursos adequados podemos minimizar os efeitos colaterais por meio da adequação individual das dosagens e frequência das drogas.

Várias alterações decorrentes do uso de medicações, bem como outras, podem ser detectadas por meio do exame físico, como o eritema, o edema, a hipotensão arterial, desse modo, é um dos procedimentos que subsidia o diagnóstico e o planejamento da assistência ao paciente na sua admissão hospitalar.

A avaliação do idoso deve ser a mais abrangente possível, onde levantamos as queixas, a evolução clínica, as incapacidades físicas, as condições afetivas e cognitivas, a manutenção de terapêuticas definidas anteriormente em caso de internações anteriores, suas condições para o auto-cuidado, entre outros dados. O exame físico acrescido das informações obtidas na entrevista nos levam ao diagnóstico e ao planejamento de

cuidados. Assim, é o procedimento que instrumentaliza a enfermeira para sua avaliação a respeito do paciente.

Entre as funções da enfermeira, compete-lhe a realização da sistematização da assistência de enfermagem que compreende o levantamento de dados, o diagnóstico, a prescrição, a implementação e a avaliação. De acordo com a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, em seu Art. 11 – “O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe (I) privativamente a (j) prescrição da assistência de enfermagem” (COREN-SP, 1993).

Com a determinação pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN, sobre a obrigatoriedade da implantação da sistematização de enfermagem, a partir de 1999, para todas as instituições, sejam elas privadas ou públicas, a enfermeira vem gradativamente implantando esta prática. Entre as diferentes competências da enfermeira, a admissão do paciente na unidade de internação hospitalar é competência privativa deste profissional, de acordo com o Manual de Normas e Rotinas do Departamento de Enfermagem do HC da UNICAMP.

Neste estudo, somente um idoso foi submetido ao exame físico pelo médico e pelo profissional de enfermagem. Embora os demais não tenham se lembrado ou não souberam informar, o exame realizado pelo médico foi mencionado por 85,29% dos idosos. Este fato nos leva a questionar se na realidade o idosos não souberam distinguir entre a prática do exame físico realizado pelo médico e pela enfermeira. Estas questões merecem futuras investigações, mas por ora não obtemos dados suficientes para maiores discussões.

Assim, ainda que as respostas dos idosos não nos tenha fornecido informações sobre o profissional que os admitiu, na ótica desses idosos o atendimento recebido na admissão hospitalar foi considerado ótimo (20,6%) e bom (76,5%), o que caracteriza uma avaliação positiva e em parte traduz a satisfação com o atendimento recebido.

A satisfação do paciente, de acordo com GREENEICH; LONG; MILLER (1992) envolve diferentes áreas conforme apresentado anteriormente, ou seja, as expectativas do paciente, a enfermeira e a organização do ambiente.

Os idosos deste estudo, ao justificarem os conceitos emitidos apontaram fatores relacionados a área de enfermagem (85,3%) e à organização do ambiente (14,7%).

No que diz respeito a área de enfermagem, a avaliação do atendimento recebido foi pautada prioritariamente nas características do profissional na interação enfermagem-paciente. O bom atendimento e tratamento, a atenção, o amor, a paciência, o bom humor, foram os principais elementos presentes no cuidado de enfermagem, que proporcionaram ou favoreceram a satisfação destes idosos. Também a competência esteve presente quando os pacientes relataram a adequada terapêutica medicamentosa e a presteza no atendimento.

Estes dados confirmam a afirmativa de GREENEICH (1993) de que a essência do cuidado de enfermagem é a comunicação.

De fato a comunicação é um elemento essencial na qualidade do atendimento recebido.

LAITENEN; MERILÄINEN; SINKKONEN (1996) ao avaliarem a opinião dos idosos identificaram aspectos do atendimento de enfermagem que precisam melhorar, entre eles a comunicação entre a enfermagem, o paciente, a equipe de trabalho, os cuidadores e o suporte oferecido pela equipe ao paciente e ao cuidador. Concordamos com os autores quando afirmam que a satisfação do paciente com os cuidados recebidos está crescendo e tem sido utilizado como um indicador de qualidade dos cuidados.

Na área relacionada ao ambiente, os idosos apontaram a organização, tempo de espera para o atendimento e a escassez de profissionais, indo ao encontro dos dados obtidos por SANTOS; LACERDA (1999). Ao investigarem os fatores de satisfação e insatisfação recebida por pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em João Pessoa – PA, de maneira geral, os pacientes encontravam-se insatisfeitos com o médico (75%), com a nutrição (52%) e moderadamente satisfeitos com a enfermagem (59%), ambiente (58%) e aspectos gerais do hospital (57%). O único fator que foi considerado satisfatório por parte dos pacientes foi a recepção do hospital (78%).

Quanto ao serviço de enfermagem, os autores constataram que o nível de satisfação estava relacionado a vários fatores inerentes à própria instituição hospitalar, como: “elevada taxa de ocupação hospitalar, imagem negativa do pessoal de enfermagem sobre a qualidade do serviço que presta à população, salários aviltados e falta de valorização dos profissionais de saúde”.

Esses autores descrevem observações realizadas durante o estudo que retratam as falhas encontradas nos hospitais assistidos pelo SUS, como a demora no atendimento, as dificuldades em se localizar o médico, a existência de mobiliários velhos, colchões desconfortáveis, lâmpadas queimadas, falta de conforto para o visitante, falta de privacidade e o atendimento das necessidades dos familiares, que aparentemente não interferiram na avaliação dos pacientes pesquisados. Podemos supor que o simples fato de estarem sendo atendidos por uma unidade hospitalar, tenha gerado satisfação nos pacientes. Segundo a avaliação dos autores, a clientela dos hospitais era socialmente desfavorecida, e qualquer ajuda, constituía a única alternativa, pois não possuíam condições de buscar em outra instituição uma assistência melhor.

Embora o conceito do atendimento público muitas vezes apresente indesejáveis divulgações, os pacientes idosos do presente estudo se encontraram satisfeitos com o atendimento recebido. A nosso ver, ainda existem falhas durante o processo de admissão hospitalar desses pacientes, porém acreditamos que a melhoria na qualidade do atendimento é possível, por meio da capacitação de recursos humanos e da divulgação dos direitos do paciente.

A formação de uma consciência crítica a respeito do atendimento oferecido à nossa população, passa pelo olhar do pesquisador, que enquanto profissional da área de saúde, observa as condições que encontra, emitindo conceitos e delineando propostas de melhoria da qualidade do atendimento.

Concordamos com MATSUDA; ÉVORA; BOAN (2000) e SANTOS; LACERDA (1999) quando ressaltam que a enfermagem é o elemento básico do processo de qualidade, avaliado pela satisfação das necessidades e atendimento das expectativas dos pacientes. São os profissionais da equipe de enfermagem que estão envolvidos com o paciente desde a sua internação, recebendo-o, assistindo-o, informando e preparando-o para o tratamento e a alta hospitalar.

Não pretendemos esgotar as questões levantadas, entretanto, este estudo oferece subsídios para a melhoria do planejamento e da implementação da assistência de enfermagem no processo de admissão hospitalar de idosos.

Algumas limitações foram encontradas, como a escassez de literatura sobre o tema em âmbito nacional, as diferenças de concepção no atendimento ao idoso em

âmbito internacional, fatores que dificultaram a discussão do tema, uma vez que as características dos idosos e das instituições hospitalares são diferentes.

Ademais, sugerimos que novas investigações sejam realizadas com a finalidade de promover a melhoria da qualidade da assistência às pessoas idosas, num momento tão particular, como o da admissão hospitalar.

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo geral a caracterização do processo de admissão hospitalar do idoso em unidades de clínica médica no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Nossa prática assistencial com pessoas desta faixa etária, a ausência sentida de um atendimento sistematizado para esta população, que tem crescido gradativamente em nosso país, foram as molas propulsoras para o desenvolvimento deste estudo.

Entendemos que, pelas características específicas presentes na velhice, o idoso necessita de atendimento de enfermagem especializado, direcionado às necessidades inerentes ao processo de senescência e senilidade.

Não tivemos a pretensão de esgotar o tema, mas buscamos despertar novas inquietações que possam conduzir à realização de outras pesquisas, no sentido de cada vez mais buscar a melhoria do atendimento do idoso na admissão hospitalar.

Os resultados nos mostraram que no processo de admissão hospitalar do idoso, o acompanhante familiar é um elemento fundamental na promoção da segurança do paciente e na interlocução com a equipe de enfermagem, de modo que as informações fornecidas possam ser aproveitadas na medida da necessidade do idoso.

O tempo de espera para o atendimento do idoso é uma questão que dever ser avaliada e passível de mudança por parte da administração hospitalar, frente às alterações decorrentes do processo de envelhecimento com o objetivo de proporcionar ao idoso um atendimento mais humanizado e individual.

Os funcionários da escolta, visando aperfeiçoar suas relações com os pacientes idosos por eles transportados, poderiam fazer uso de identificações que facilitem a visualização para o idoso e manter a comunicação durante o trajeto para transporte do paciente.

A receptividade por parte da equipe das unidades de internação, tendo como principal elemento a comunicação, favoreceu a característica positiva apontada pelos pacientes quanto ao atendimento hospitalar, aos quais atribuíram conceitos de ótimo e bom. Estes achados nos foram significativos, uma vez que não contamos no Hospital das Clínicas da UNICAMP, com unidade de internação específica para a faixa geriátrica.

Então, o atendimento, a recepção, a comunicação entre os pacientes e a equipe de enfermagem foram realizados por pessoas que pressupomos não terem formação específica na área geriátrica ou gerontológica, mas que mesmo assim, marcaram positivamente os idosos que sentiram-se satisfeitos com o atendimento recebido.

A nosso ver, as informações referentes ao ambiente e rotina hospitalar, a equipe de enfermagem e saúde e o tratamento, devem ser fornecidas na medida em que o paciente solicitar, respeitando assim suas condições no momento da internação.

Neste momento, a enfermeira é o elemento da equipe de saúde com as melhores condições para avaliar o paciente, uma vez que o mesmo responde por sua admissão na unidade de internação. Para tanto, ela deve estar preparada para reconhecer todas as características desta faixa etária.

As condutas das equipes de enfermagem devem levar em consideração as características da clientela que atendem. A qualidade no atendimento de enfermagem deve ser prioridade, não importando a faixa etária que venhamos atender.

A partir deste estudo, gostaríamos de levantar algumas questões à respeito da assistência de enfermagem ao paciente idoso:

- Os membros da equipe de enfermagem das unidades onde foram realizadas a pesquisa estão qualificados e preparados para a assistência a esta faixa etária?
- Quais são os conhecimentos teóricos à respeito da senescência e senilidade que eles possuem?
- Existe a preocupação da instituição em promover treinamentos e orientações para a assistência específica a esta faixa etária?
- Como deve ser para os funcionários que atendem aos idosos, a percepção de sua própria velhice?

Esperamos o surgimento de novos estudos nesta área, que complementem os nossos achados, a fim de oferecer atendimento de qualidade aos idosos.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, M. I. P. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. Textos sobre envelhecimento, n.1, p7-22, UnATI-UERJ, 1998.
- ANDERSON, M. I. P. ; ASSIS, M. ; PACHECO, L. C.; SILVA, E. A.; MENEZES, I.S.; DUARTE, T. ; STORINO, F. ; MOTTA, L. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Textos sobre envelhecimento, n.1, p23-43, UnATI-UERJ, 1998.
- ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. Perfil da automedicação no Brasil. Rev. Saúde Pública, v.31, n.1, p.71-77, 1997.
- BABB, P. Enfermagem gerontológica na América Latina: marco conceitual apresentado ao 9º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, São Paulo, 1991. Apud DUARTE, A.O. O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem. São Paulo, 91p. Tese(Doutorado) - Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo.
- BAILEY, D. A.; MION, L. C. Improving care givers' satisfaction with information received during hospitalization. JONA, v.27, n.1, p21-27, 1997.
- BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A. L.; (Org.) Psicologia do Envelhecimento, Papirus, 1995. p.73-110
- BELAND, I. ; PASSOS, J. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. Trad. por Beti Raquel Lerner. São Paulo, EPU: Ed. da Universidade de São Paulo, 1978.
- BERGER, L. Pessoas Idosas. Lisboa: Lusodidata, 1995. p. 439- 463.
- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G.(Org.). Velhice e Sociedade. Campinas: Papirus, 1999. Cap.1, p.11-40.



- BOAS, P. J. F. V. Avaliação de morbidade e uso de medicamentos em ambulatório didático de geriatria. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Brasília, 21 a 24 de junho de 2000.p.28.
- BOWMAN, K.F. ; ROSE, J.H.; KRESEVIC,D. Family caregiving of Hospitalized Patients – Caregiver and nurse perceptions at admission na discharge. Journal of Gerontological Nursing, p.8-16, 1998.
- BRITO, C..M.; DIOGO, M.J.E. Opinião da equipe de enfermagem quanto a dependência do paciente idoso em tratamento clínico e os obstáculos encontrados na sua assistência. Revista Campineira de Enfermagem, v.1,n.2,p.40-46,1998.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Enfermagem médico - cirúrgica. 4. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982. Cap.13, p.209-237: Apoio de enfermagem a pessoas idosas.
- BULL, M. J. ; JERVIS, L. L.; HER, M. Hospitalized Elders: the difficulties families encounter. J.Geront. Nursing, p.19-23, 1995.
- CARVALHO Fº, E. T. Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. Gerontologia – São Paulo: Editora Atheneu, 1996. p.60-70.
- CHAIEB, J. A.; CASTELLARIN, C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. Rev. Saúde Pública, v.32,n.3, p.246-354, 1998.
- CHRISTIANSEN,C.H.; SCHWARTZ,R.K.; BARNES, K. J. Cuidados Pessoais: Avaliação e Controle. In: DELISA, J.A . Medicina de reabilitação. São Paulo: Manole, 1992. Trad. Lilian Breternitz Ribeiro, Valéria Ribeiro de Souza Varga. v. 1, 518p.
- CINTRA, F. A . A significação do glaucoma e a mediação dos significados de velhice na perspectiva viygostskiana: subsídios para a educação à saúde. São Paulo: USP, 1998.210p. Doutorado (TESE). Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM COREN-SP. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem,1993.



- COSTA, M. F. F. L.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS , v.9, n.1, p.23-41, 2000.
- DIOGO, M.J.E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev. latino-am. enfermagem- Ribeirão Preto- v.8, n.1, p.75-81, 2000.
- DU GAS, B. W. Tratado de enfermagem prática; de Kozier-Du Gas. 2.ed. México, Interamericana, 1974. 437p
- DU GAS, B. W. Enfermagem Prática. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, R.J. , 1988. p.98-114.
- FRACTZAK, E. Population aging in Poland- selected aspects. International Institute on Aging (United Nations - Malta). INIA/CICRED, 1993. Apud Paschoal, S. M. P. Epidemiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. - São Paulo: Editora Atheneu, 1996.p.26-43.
- FRANÇA, L.H.; SOARES, N.E. A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In: VERAS, R. (Org.) Desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: UnATI-UERJ, 1997. p.143-169.
- FREEDMAN, J. D.; BECK, A. ; ROBERTSON, B.; CALONGE, B. N.; GADE, G. Using a Mailed Survey to Predict Hospital Admission Among Patients Older than 80. JAGS, n.44, p.689-692, 1996.
- FONSECA, G.T. Modelo para uma classificação de ocupações. Revista Brasi. De Est. Pedagógicos. n.106, 1967.
- FUREGATO, A. R. F.; PRESTUPA, S. C. M. O que a população sabe e o que espera do enfermeiro. R. gaúcha Enferm., v.20, n.1, p. 80-90, 1999.
- GREENEICH, D. The link between new and return business and quality of care : Patient satisfaction. Adv. Nurs. Sci, v.16, n.1, p.62-72, 1993.
- GREENEICH, D.; LONG, C.; MILLER, B. Patient Satisfaction up-date: research applied to practice. Appl Nursing Res.v.5, n.1, p.43-48, 1992.



GORDILHO, A.; SÉRGIO, J. ; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, V. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.92p. (Envelhecimento Humano)

GUIMARÃES, R. M. ; GOMES, F. A . Sinais e sintomas em geriatria. Rio de Janeiro: Revinter, 1989. p.181-196.

HIRATA, E. S.; ALMEIDA, O. P.; FUNARI, R.; KLEIN, E. L. Alcoolismo em ambulatório de geriatria. In: LIVRO DE RESUMOS do 1º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia em 24 a 27 de junho de 1998.p.31.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento a população mundial. Um desafio novo. Rev.Saúde Pública, S. Paulo, v.21, n.3, p.200-10, 1987.

KAMUYAMA, J. ; NAKAZAWA, C. Problemas sentidos por pacientes de um hospital particular de São Paulo. Enfermagem em Novas Dimensões, v.1,n.6,1976.

KARSCH, U.M.S., A questão dos cuidadores. Consenso de Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção São Paulo, [www.sbgg-sp.com.br](http://www.sbgg-sp.com.br), 2000.

LAITINEN,P., Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the care given : pilot study in three different hospitals. J. Ad. Nursing, n.17, p.1233-1237, 1992.

\_\_\_\_\_, Participation of caregivers in elderly-patient hospital care: informal caregiver approach. J. Ad. Nursing, n.18, p.1480-1487, 1993.

\_\_\_\_\_, Elderly patients' and their informal caregivers' perceptions of care given: the study-control ward design. J. Ad. Nursing, v.20, p.71-76,1994.

LAITINEN, P. ; ISOLA, A. Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: informal caregivers' perceptions. J. Ad. Nursing, n.23,p.942-947,1996.



- LAITINEN, P.; MERILÄINEN, P.; SINKKONEN, S. Quality of elderly-patient care: na interrupted time series study. International Journal of Nursing Practice. n.23, p.129-137,1996.
- LAWTON, M.P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. n.9, p.179-186,1969.
- LOURENÇO, R. A .; SANCHEZ, M.A . S. Morbidade auto-referida em uma unidade de avaliação geriátria. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Brasília, 21 a 24 de junho, 2000.p.38.
- LUCENA, A . F.; GOES, M.G.O. O processo de comunicação no cuidado do paciente submetido ao eco-stress; algumas reflexões. Revista gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v.20, n. esp., p. 37-48, 1999.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F.S. O foco no cliente no processo de atendimento de enfermagem: visão dos enfermeiros. Nursing, n.29, p.16-20, 2000.
- MILLER, J.E.; RUSSEL, L.B.; DAVIS, D. M.; MILAN, D.; CARSON, J. L. ; TAYLOR, W. C. Biomedical risk factor for hospital admission in older adults. Medical Care, v.36, n.3, p.411-421, 1998.
- OLIVEIRA, A. C., FORTES, P. A . C. O direito a informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. Rev. Esc. Enf. USP, v.33, n.1, p. 59-65,1999.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Planificación y organización de los servicios geriátricos: Informe de um comitê de expertos.Genebra,1974(série de informes técnicos, 548)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tradução Centro Colaborador da OMS. Classificação de Doenças em Português. 7.ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999. Décima Revisão.
- PAPALÉO NETTO, M. ; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. - São Paulo: Editora Atheneu, 1996. p.3-12.



PAULA, J.A .M., TAVARES, M.C.G.C.F., DIOGO, M.J.E. Avaliação funcional em gerontologia. Gerontologia, n.6,v.2,p.81-88,1998.

PENTEADO, P.T.P.S.; CUNICO,C.; OLIVEIRA,K.S.; POLICHUK,M.O.O. A automedicação em idosos. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Brasília, 21 a 24 de junho, 2000.p.63.

PERLINI, N.M.O .G. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. São Paulo: USP,2000. 123p. Mestrado (Dissertação) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

RAMOS, L. R., VERAS, R.P. KALACHE, A . Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública, S. Paulo, v.21,n.3, p.211-224,1987.

RAMOS, L. R., O país do futuro não pensa no futuro. Gerontologia, v.3,n.1, p.52-54, 1995.

RIBEIRO, G.L.M.T., DIOGO, M.J.E. Caracterização da população idosa internada no hospital das clínicas da Universidade Estadual de Campinas, de janeiro de 1993 a dezembro de 1998, Campinas, 2001.15p. Trabalho não publicado.

RODRIGUES, R. A . P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S.C.C. Envelhecimento, saúde e doença. Arq. geriatr. gerontol. v.4,n.1, p.15-20, 2000.

SANDOVAL,P., PALMA, A . SANDOVAL,F. Variacion de la capacidad funcional en adultos mayores que requirieron de hospitalizacion Bol. Hosp. S. J. de Dios, v.45,n.4, p.268-272, 1998.

SANTOS, S.R., LACERDA, M.C.N. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. R. Bras. Enferm.. Brasília, v.52, n.1, p.43-53,1999.

SÃO PAULO, Direitos do Paciente, SP, p.1-15,1997.



- SILVA, M.J.P., A importância da comunicação verbal e não-verbal no cuidado domiciliar de idosos. In: Duarte, Y. A. O.; DIOGO, M.J.E. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p.203-214.
- SILVA, S. A. da A pessoa enferma e a hospitalização - o enfermeiro nesse contexto. Rio de Janeiro : UFRJ, 1979. 133p. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem ) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SILVEIRA, G. C. X. Importância das informações ao paciente recém-hospitalizado. Salvador, 1976. p.125. Tese( Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.
- STEFANELLI, M. C. Comunicação com paciente. São Paulo: Robe, 1993.
- TESTI, C. V. ; DIOGO, M. J. D'E. Caracterização da População Idosa Internada no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, de janeiro de 1990 a dezembro de 1992. UNICAMP, 1994.
- VALLE, E. R. M. Comportamentos Psicológicos Apresentados pelo Paciente na sua Admissão ao Hospital - A interação Verbal com o Profissional de Saúde. Hospital Moderno, v.3, p.6-10, 1986.
- VERAS, R.P.; RAMOS, L. R., KALACHE, A . Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev. Saúde Pública, S.Paulo, v.21, n.3, p. 225-33, 1987.



## **8 – ANEXOS**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## ANEXO I



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Caixa Postal 6111  
13083-970 Campinas-S.P.  
☎ 0 \_\_ 19 7888936  
fax 0 \_\_ 19 7888925  
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO N° 214/2000

### I - IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: "O PROCESSO DE ADMISSÃO DE IDOSOS EM UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA

\*Pesquisador responsável: GISLEINE LEILA MARTINS TENGLER RIBEIRO

### II - OBJETIVOS

Identificar junto a pacientes idosos em sua admissão em unidade de internação em clínica médica, as suas expectativas e experiências vivenciadas durante o processo de internação, com a finalidade de fornecer subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem para esta faixa etária durante a internação hospitalar.

### III - SUMÁRIO

Os sujeitos da pesquisa serão idosos com idades igual ou superior a 60 anos, com tempo de internação de no máximo 48 horas e que estejam em condições de manter diálogo. Será feita uma entrevista para coleta de dados.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

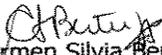
O projeto encontra-se bem estruturado. Trata-se de projeto que não expõe o paciente a riscos. Todos os critérios de inclusão e exclusão estão bem delineados. O termo de consentimento é adequado.

### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado os termos do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitada.

### VI - DATA DA REUNIÃO

A ser homologada na VII Reunião Ordinária do CEP em 08 de agosto de 2000

  
Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo  
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE



## ANEXO II

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Campinas, 20 de janeiro de 2.000

Of. 005/00  
CEE/HC

Ilm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup>  
MARCIA INÉS RODRIGUES FURCOLIN  
DD. Diretora do Departamento de Enfermagem  
HC - UNICAMP

Prezada Senhora,

Esta CEE/HC, avaliou o aspecto ético da coleta de dados do trabalho intitulado "O processo de Admissão Hospitalar do Idoso em Unidade de Clínica Médica" da enfermeira GISLEINE LEILA MARTINS TENGLER RIBEIRO.

O referido trabalho não compromete o profissional, a Instituição e nem o paciente.

Sugerimos apenas que a pesquisadora atente quanto ao sigilo e o nome do paciente em sigla.

Solicitamos a V.S<sup>a</sup>., dar ciência a interessada.

Atenciosamente,

  
Flora Marta Giglio Bueno  
Presidente da CEE/HC



### ANEXO III

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_  
RGNº \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa “O processo de admissão hospitalar do idoso em unidade de clínica médica, sob a responsabilidade da enfermeira Gisleine Leila Martins Tengler Ribeiro e sua orientadora Profª Drª Maria José D'Elboux Diogo, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Informo que fui devidamente esclarecido sobre os objetivos de tal estudo, e autorizo a utilização dos dados coletados através do instrumento de pesquisa, ao qual respondi, para a realização do mesmo. Tenho conhecimento do caráter científico deste trabalho e declaro que minha participação é estritamente voluntária, e que estou ciente que não sofrerei nenhuma sanção ou prejuízo caso me recuse a participar. Estou ciente também, que as informações que forneci para fins deste estudo serão tratadas de forma anônima e sigilosa.

---

ASSINATURA

Campinas, de de 2000



**ANEXO IV**  
**Instrumento de Coleta de Dados para o Paciente**  
**Admissão Hospitalar do Idoso**

I - Dados pessoais do idoso e sua família

Sexo: ( ) F ( ) M                      Idade: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Desquitado ( ) Divorciado ( )  
Amasiado ( ) outros  
Grau de escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) 1º Grau (Completo ou Incompleto)  
( ) 2º Grau (Completo ou Incompleto) ( ) Superior (Completo ou Incompleto)  
Ocupação: \_\_\_\_\_  
Renda Familiar: \_\_\_\_\_ (S. Mínimo)  
Residência:  
( ) Campinas ( ) Outras cidades do Est. S. Paulo ( ) Outros Estados  
Com quem reside: \_\_\_\_\_  
Quem cuida do(a) Sr(a): (quando necessário?)  
( ) cuidador formal ( ) cuidador informal  
( ) - familiar  
( ) - outro

II - Dados relacionados à saúde

Diagnóstico médico atual: \_\_\_\_\_  
Outras doenças: \_\_\_\_\_  
Internação anterior:  
( ) sim ( ) não  
Tempo das internações anteriores: \_\_\_\_\_  
Motivo: \_\_\_\_\_

III - Dados pertinentes à admissão no hospital

Data da Admissão no Hospital: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_  
Unidade de Internação:  
( ) Cardiologia e Pneumologia ( ) EGA ( ) Gastroclínica  
1 - Como o(a) Sr(a) imaginava que seria atendido(a) ao chegar no hospital?  
\_\_\_\_\_  
2 - O(a) Sr(a) conhece os seus direitos como paciente?  
( ) sim ( ) não  
Quais são? \_\_\_\_\_  
3 - O(a) Sr(a) sabe porque foi internado(a)?  
( ) sim ( ) não  
Explique, por favor. \_\_\_\_\_  
4 - O que o(a) Sr(a) sabe a sobre sua doença?  
( ) nada ( ) outros \_\_\_\_\_  
5 - O que o(a) Sr(a) sabe sobre seu tratamento?  
( ) nada ( ) outros \_\_\_\_\_



6 - Onde foi realizada a internação?

PS  no Setor de Internação do Hospital

7 - Quem veio com o(a) Sr(a) para o Hospital ?

vim sozinho

vim acompanhado:  cuidador formal  cuidador informal

8 - O acompanhante permaneceu com o(a) Sr(a) até ser trazido a este quarto?

sim  não

Justifique, em caso negativo. \_\_\_\_\_

9 - O(a) Sr(a) gostaria que estivesse presente?

sim  não

Por que? \_\_\_\_\_

10 - O(a) Sr(a) terá acompanhante durante toda a internação?

sim  não

Justifique, em caso negativo. \_\_\_\_\_

11 - Com que transporte o(a) Sr(a) chegou até o hospital?

ambulância

carro

ônibus

transporte da prefeitura

outros \_\_\_\_\_

12 - Na sua opinião, o tempo de espera para ser atendido até este quarto foi:

pouco  regular  muito

13 - O(a) Sr(a) recebeu explicações pela espera?

sim  não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

14 - O(a) Sr(a) foi entrevistado pela assistente social do hospital?

sim  não  não sei

Caso sim, o(a) Sr(a) consegue se lembrar das informações recebidas? \_\_\_\_\_

15 - O(a) Sr(a) chegou até aqui de :

deambulando  em cadeira de rodas  na maca  não me lembro

16 - O funcionário que o(a) trouxe até aqui se identificou?

sim  não  não me lembro

Se Sim, Identifique: \_\_\_\_\_

17 - O funcionário fez alguma pergunta para o(a) Sr(a)?

sim  não  não me lembro

Se Sim, qual: \_\_\_\_\_



18 - A pessoa que o(a) recebeu na enfermaria (unidade de internação) se identificou?

sim  não  não me lembro

Se Sim, como identificou-se: \_\_\_\_\_

19 - O funcionário lhe cumprimentou?

sim  não  não me lembro

Se Sim, como cumprimentou-o : \_\_\_\_\_

20 - O funcionário apresentou-lhe aos outro(s) paciente(s)?

sim  não  não me lembro

21 - O(a) Sr(a) recebeu alguma informação quando foi admitido nesta enfermaria (unidade de internação)?

sim  não  não me lembro

Estarei listando alguns itens, veja sobre quais o(a) Sr(a) recebeu informações:

A - Com relação ao ambiente físico:

Vaso sanitário

Chuveiro

Pia

Iluminação

Campainha

Armário

Criado mudo

Mesa de refeições

Andar em que se encontra

Localização do telefone

Área de lazer

Área de fumantes

Outras informações

B - Com relação a rotina do hospital:

Rotina de exames

Horário das refeições

Horário dos banhos

Horário das visitas

Uso de pertences pessoais (escova de dente, pente, creme dental , sabonete, toalha...)

Destino de documentos e valores pessoais

Uso de roupas ( privativas do hospital)

Recomendações contra o fumo

Outras informações

C - Com relação à equipe de saúde:

Quem são os membros da equipe de saúde do hospital?

sim  não  não me lembro

Quem é o médico responsável (unidade de internação) ?

sim  não  não me lembro

Outras Informações

sim  não  não me lembro

**UNICAMP**  
**BIBLIOTECA CENTRAL**  
**SEÇÃO CIRCULANTE**

D - Com relação à equipe de enfermagem:

Quem são os membros da equipe de enfermagem?

sim  não  não me lembro

Quem é o profissional responsável pela equipe de enfermagem?

sim  não  não me lembro

Da existência de turnos de trabalho - manhã , tarde e noite?

sim  não  não me lembro

Outras Informações

sim  não

E - Com relação ao tratamento:

Exames a serem realizados

Medicamentos a serem tomadas

Outras Informações

Nada

Não me lembro

22 - De todos estes itens informativos anteriores que o(a) Sr(a) não recebeu , o que gostaria que lhe fosse explicado?

Ambiente físico

Rotinas do hospital

Equipe de saúde

Equipe de enfermagem

Tratamento

Outras informações

23 - De todos os itens informativos anteriores o(a) Sr(a) recebeu , o que gostaria que fosse melhor explicado?

Ambiente físico

Rotinas do hospital

Equipe de saúde

Equipe de enfermagem

Tratamento

Outras Informações

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO DE ATENDIMENTO



24 - O(a) Sr(a) apresenta alguma alteração e/ou dificuldade:

Se sim, quais?

- Alimentar-se
- Hidratar-se (tomar água)
- Levantar-se
- Andar
- Evacuar (defecar, obrar)
- Urinar
- Para fazer a Higiene íntima
- Para fazer a Higiene oral (dentes, prótese, boca)
- Visual ( enxergar) ( ) para longe ( ) para perto
- Auditiva (ouvir)
- Para tomar Banho
- Vestir-se
- Calçar-se
- Pentear-se
- Vestir-se com roupas íntimas
- Outras

25 - Alguém lhe perguntou sobre estas dificuldades ou alterações?

sim  não  não me lembro

Caso sim, quem

perguntou? \_\_\_\_\_

Caso não, informou alguém? \_\_\_\_\_

26 - Foi perguntado ao Sr(a) se usa medicação em casa?

sim  não  não me lembro

Quem perguntou? \_\_\_\_\_

27 - Foi perguntado ao Sr(a) se tem algum tipo de alergia?

sim  não  não me lembro

Quem perguntou? \_\_\_\_\_

28 - Foi feita alguma outra pergunta para o(a) Sr(a) ?

sim  não  não me lembro

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

29 - O(a) Sr(a) foi examinado(a)?

sim  não  não sei

Se sim, quem realizou? \_\_\_\_\_

30 - O(a) Sr(a) considera o atendimento recebido na sua admissão hospitalar como:

ótimo  bom  regular  ruim

Por que? \_\_\_\_\_

**UNICAMP**  
**BIBLIOTECA CENTRAL**  
**SEÇÃO CIRCULANTE**