

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

GILSON DE BITENCOURT VIEIRA

**O ESTRESSE DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DE IDOSOS
DEPENDENTES NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E ALTA**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

© *Copyright* 2007 – Gilson de Bitencourt Vieira.

Ficha Catalográfica

V657e Vieira, Gilson de Bitencourt

O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta [dissertação] / Gilson de Bitencourt Vieira —

Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.

114p.; il.

Inclui bibliografia.

Possui 2 Diagramas e 1 Tabela.

Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Idoso – Dependência. 3. Hospitalização – Familiar Acompanhante. I. Autor.

CDD 19ed. – 618.97

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.

GILSON DE BITENCOURT VIEIRA

**O ESTRESSE DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DE IDOSOS
DEPENDENTES NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E ALTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

Orientadora: Profa. Dra. Ângela Maria Alvarez

**FLORIANÓPOLIS
2007**

GILSON DE BITENCOURT VIEIRA

**O ESTRESSE DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DE IDOSOS
DEPENDENTES NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E ALTA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

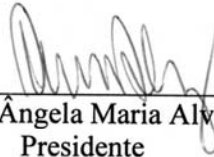
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 21 de novembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

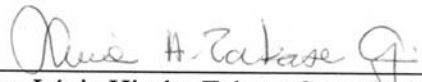
Banca Examinadora:



Dra. Ângela Maria Alvarez
Presidente



Dra. Juliana Vieira de Araújo Sandri
Membro



Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Membro

Dra. Sonia Silva Marcon
Membro Suplente

Dr. Jonas Salomão Sprícigo
Membro Suplente

Dedico este trabalho:

Aos Idosos, injustiçados, vítimas de discriminação, abandono e violência; àqueles que perderam sua autonomia e a capacidade de ser provedor de suas ações; aos que participaram dessa pesquisa e permanecem entre nós e os que já partiram para junto de Deus.

MENSAGEM DE UM IDOSO

Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas, ampare-me...

Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que
você está dizendo, procure entender-me...

Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me
com paciência...

Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por
favor, não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...

Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare
para conversar comigo, sinto-me tão só...

Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe
um sorriso e seja solidário...

Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me
repreenda, simplesmente ouça-me...

Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...

Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação
para o adeus...

Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone, um dia
você terá a minha idade...

A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de
respeito e de amor...

Um pouco...

Do muito que te dei um dia!

(Autor desconhecido)

VIEIRA, Gilson de Bitencourt. **O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta.** 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. 114 p.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

Orientador: Dra. Ângela Maria Alvarez

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar os fatores de estresse em familiares acompanhantes de idosos dependentes durante o processo de hospitalização e alta e propor intervenções segundo a teoria dos sistemas de Betty Neuman. A metodologia adotada foi a pesquisa convergente assistencial, com uma abordagem qualitativa, que possibilitou identificar os estressores das pessoas que acompanham seu parente idoso dependente durante a hospitalização e sugerir ações para a qualidade do cuidado no contexto domiciliar. Desta pesquisa, participaram 11 familiares acompanhantes e os idosos dependentes internados. Para aferir o grau de dependência dos idosos foi utilizada a escala de Katz. Os dados foram coletados através da observação participante e um instrumento com perguntas semifechadas, baseado nas fases do processo de enfermagem proposto no referencial teórico. Para análise, os resultados foram organizados em 26 códigos e posteriormente em oito categorias: condições do idoso e familiar acompanhante; medo de cuidar; relações familiares; relação com o profissional; organização familiar para o cuidado; percepção do cuidado; ações profissionais e alta hospitalar. A pesquisa constatou a importância do enfermeiro como intermediador com a equipe multiprofissional no cuidado prestado aos acompanhantes de idosos dependentes que, com ações simples durante a internação, podem amenizar os efeitos desse evento e preparar o familiar acompanhante para reproduzir os cuidados em domicílio, com o apoio da rede básica de saúde.

Palavras-chave: hospitalização; idoso dependente; familiar acompanhante; familiar cuidador

VIEIRA, Gilson de Bitencourt. **The stress of accompanied family of old dependent people in the process of hospitalization and discharge**. 2007. Dissertation (Master's degree in Nursing). Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 114 ps.

ABSTRACT

This study has as an objective to identify the factors of stress in families that accompany the dependent old people during the process of hospitalization and discharge and proposed interventions according to the theory of systems by Betty Neuman. The methodology adopted was the convergent assistance study, with the qualitative approach that facilitates the identification of the stress of people that accompany their old dependent family during hospitalization and suggest actions to the quality of care in the domicile context. In this study 11 accompanied families participated and the interned old dependent people. To know the level of the dependence of the old people the scale of Katz was used. Data were collected through the participation observation and an instrument with questions semi-closed, based on the process of phases of the nursing proposal on the theory of reference. To analyze, the results were organized in 26 codes and later in 8 categories: condition of the old person and the accompanied family; fear of caring; family relations; relation with professionals; family organization for caring; knowledge of caring; professional actions and hospital discharge. The study shows the importance of nursing as inter-mediator with the multi-professional team in the care given to the company of old dependent intern which, with simple actions during the intern, can reduce the effects of these events and prepare the accompany family to reproduce the caring at home, with the support of the basic health network.

Keywords: Hospitalization; Old Dependent; Accompany family; Caring Family.

VIEIRA, Gilson de Bitencourt. **El estrés familiar:** acompañante de ancianos dependientes em el proceso de hospitalización y alta. 2007. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Post Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 114 p.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores de estrese en familiares acompañantes de ancianos dependientes durante el proceso de hospitalización y alta y proponer intervenciones según la teoría de los sistemas Betty Neuman. La metodología adoptada fua la pesquisa convergente asistencial, como un abordaje cualitativo, que posibilitó identificar los factores estresantes de las personas que acompañan su familiar anciano durante la hospitalización y sugerir acciones para la calidad del cuidado en el contexto domiciliar. De esta investigación, participaron 11 familiares acompañantes y los ancianos dependientes internados. Para aferir el grado de dependencia de los ancianos fue utilizada la escala de Katz. Los datos fueron recogidos por medio de la observación participante y un instrumento con preguntas semicerradas, basada en las fases del proceso de enfermería propuesto en el referencial teórico. Para el análisis, los resultados fueron organizados en 26 códigos y posteriormente en ocho categorías: condiciones del anciano y familiar acompañante; miedo a cuidar; relaciones familiares; relación con el profesional; organización familiar para el cuidado; percepción del cuidado; acciones profesionales y alta hospitalar. La investigación constató la importancia del enfermero como intermediador con el equipo multiprofesional en el cuidado prestado a los acompañantes de ancianos dependientes que, con acciones simples durante la internación, pueden amenizar los efectos de ese evento y preparar el familiar acompañante para reproducir los cuidados en el hogar, con apoyo de la red básica de salud.

Palabras clave: hospitalización; anciano dependiente; familiar acompañante.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Betty Neuman	32
Figura 2 – Diagrama de inter-relações de categorias	53

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Resumo dos participantes da pesquisa.....	42
---	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	09
LISTA DE TABELA	10
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Envelhecimento Populacional.....	19
3.2 Família Cuidadora.....	21
3.3 Políticas de Saúde do Idoso.....	24
3.4 Trabalhos baseados na Teoria de Betty Neuman	27
4 MARCO TEÓRICO.....	30
4.1 Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.....	30
4.2 Pressupostos de Neuman.....	34
4.3 Conceitos do estudo	35
5 METODOLOGIA.....	39
5.1 Tipo de pesquisa.....	39
5.2 Descrição do local da pesquisa	39
5.3 Participantes da pesquisa.....	41
5.4 Coleta de dados	42
5.5 Análise e interpretação.....	44
5.5.1 Apreensão – Organização dos dados	44
5.5.2 Síntese.....	45
5.5.3 Teorização	45
5.5.4 Transferência	45
5.6 Proteção aos direitos dos participantes	46
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	47
6.1 Apresentando os participantes do estudo.....	47
6.2 Apresentando as categorias interrelacionadas	52
6.3 Análise e Discussão dos resultados.....	54
6.3.1 Condições do idoso e do familiar para o cuidado.....	54
6.3.2 Medo de cuidar	57
6.3.3 Relações familiares.....	61
6.3.4 Relação com o profissional.....	64
6.3.5 Organização familiar para o cuidado.....	68
6.3.6 Percepção do cuidado	71
6.3.7 Ações profissionais.....	73
6.3.8 Alta hospitalar.....	75

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICES	94
ANEXOS.....	106

1 INTRODUÇÃO

Desde que ingressei na área da enfermagem, em 1986, as pessoas idosas sempre mereceram de mim maior atenção e respeito por encontrar-se num ambiente hospitalar, situação que as deixa mais fragilizadas. Porém, o interesse maior surgiu quando há cinco anos fui trabalhar em uma unidade de clínica médica, onde predomina idosos entre os internados, grande parte deles totalmente dependentes. Chamavam-me a atenção àqueles familiares sempre ansiosas, muitas vezes querendo ajudar, mas também assustados com os procedimentos, rotinas e ritmo da unidade de internação.

Muitos desses familiares provinham de outras cidades, e como hospital não oferecia estrutura física adequada para recebê-los, muitas vezes o serviço social da instituição era acionado para amenizar esses problemas, hospedando-os na casa de voluntários.

Minha preocupação foi aumentando ao perceber que o paciente dependente reinternava com frequência, talvez porque seus familiares acompanhantes não se sentissem preparados para cuidá-los em domicílio. Essa inquietação levou-me a temática deste estudo, em pesquisar os estressores dos familiares acompanhantes de idosos no período de hospitalização e alta.

Atualmente, o envelhecimento populacional rápido tem gerado uma gama de necessidades que pressionam a sociedade e o Estado, exigindo medidas de atenção à saúde; por isso é cada vez mais frequente o interesse de profissionais de diversas áreas em estudar o processo de envelhecer, visando ao bem-estar e melhoria das condições de vida desse grupo etário.

Agustine (2003) fala que no Brasil o envelhecer humano se deu de modo artificial: enquanto os países desenvolvidos como a França, levaram 120 anos para duplicar sua população idosa, o Brasil teve seu *boom* em cerca de 50 anos. Como demonstra o censo demográfico populacional de 2000, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 1950 havia 5% de pessoas com mais de 60 anos; em 2000 esses eram 9%, praticamente dobrando o número de idosos, e estima-se que o

mesmo acontecerá em 25 anos, pois a projeção é no ano de 2025 haverá aproximadamente 16% de idosos na população brasileira, ou seja, 32 milhões de pessoas, o que elevará o Brasil ao sexto país em maior número de idosos no mundo (IBGE, 2002; MOREIRA 2004; CAMARANO, 2006).

Esse crescimento da população idosa exige, agora mais do que nunca, que a sociedade e as autoridades competentes tomem consciência da situação e procurem, de forma justa e democrática, encontrar os caminhos que levem à equidade na distribuição dos serviços e facilidades para essa fatia da população. Os países considerados desenvolvidos tiveram tempo para melhorar sua qualidade de vida, enquanto a população envelhecia. Já o Brasil, além de seu processo acelerado de envelhecimento, ainda sofre com as mazelas socioeconômicas (AGUSTINE, 2003, p. 22).

O processo de envelhecimento populacional brasileiro é causado por fatores como: a queda das taxas de natalidade e da mortalidade infantil, acesso aos serviços de saúde e a importação de tecnologias médicas que proporcionam o aumento da expectativa de vida, que segundo o Censo Demográfico 2000 é de 68,2 anos para homens e 71 para mulheres (IBGE, 2004).

Contudo, o aumento na expectativa de vida, que leva as pessoas a viverem mais traz consigo problemas relacionados ao processo degenerativo a que todo ser humano está sujeito, como o desenvolvimento das doenças crônicas degenerativas e conseqüentemente a perda parcial ou total de suas capacidades funcionais.

Segundo Hoffman (2004), com o aumento da idade surge os problemas funcionais, e a queda das funções fisiológicas é exponencial; essas perdas ocorrem principalmente entre os 60 e 70 anos, quando há um acúmulo de alterações nas funções biológicas e cognitivas, uma progressiva queda da memória e um enfraquecimento do sistema imunológico, deixando os idosos mais susceptíveis às patologias agudas ou crônicas.

Muitas vezes tal limitação funcional é progressiva, tornando-se impossível ao idoso realizar atividades simples da vida diária, como se alimentar, vestir-se ou até fazer sua higiene pessoal, bem como controlar suas eliminações fisiológicas, levando-o a uma debilidade física difícil de reverter pelos cuidadores, tendo assim de ser internados.

Segundo dados do Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus (BRASIL, 2007), para cada 1000 brasileiros com mais de 60 anos 165 são internados por ano, permanecendo uma média de 6,8 dias, enquanto os de 0-14 anos são 46/1000, com uma média de internação de 5.1 dias. Tais internações de pessoas idosas consomem 23.9% do custo total das guias de autorização para internação hospitalar (AIHs).

A hospitalização causa um impacto na família pela necessidade de um familiar para acompanhar o idoso durante a internação, resultando numa grande responsabilidade. Algumas vezes essa tarefa recai sobre os mais jovens, que geralmente trabalham ou estudam, exigindo uma reorganização em sua própria rotina; outras vezes quem assume essa tarefa é o cônjuge, que na maioria das vezes também é idoso (a) e com doença crônico-degenerativa. Por isso a escolha do familiar acompanhante às vezes é difícil, e quem acaba assumindo esse papel são as filhas e noras, que se dividem entre os cuidados com o idoso hospitalizado, afazeres domésticos ou com outros membros da família.

O processo patológico e a hospitalização inauguram um fato novo para as famílias, impondo-lhes uma reestruturação de horários e afazeres, além de submetê-las a um ambiente estranho para todos, pois ao contrário do que é preconizado pelas políticas públicas de proteção ao idoso e seus acompanhantes a maioria das instituições hospitalares ainda não oferecem estrutura física nem acolhimento adequado. As condições atuais da maioria dessas instituições levam o familiar acompanhante a pernoitar em uma simples cadeira, sem ter um local para higiene pessoal nem para alimentar-se, situação agravada pela necessidade de adequar-se às normas e rotinas estabelecidas pelas instituições, totalmente diferentes de seu ambiente domiciliar. Por isso as famílias devem ser apoiadas nesse momento difícil e estressante para que, devidamente orientadas, compreendam a situação. Informações sobre as normas e rotinas do hospital e do tratamento prestado ao idoso hospitalizado poderão amenizar o sofrimento.

Mas a tarefa de cuidar de um idoso fragilizado pode tornar-se ainda mais difícil quando ele recebe alta hospitalar e necessita de cuidados mais complexos em domicílio, tais como: cuidados com sondas para alimentação, curativos e

oxigenioterapia. O familiar não tem treinamento nem os conhecimentos necessários para realizá-los, necessitam de apoio para que garantam a segurança e o bem-estar do seu parente idoso.

Estudos de Caldas (1998) revelam que, segundo os cuidadores, as informações que lhe são passadas no momento da alta hospitalar são pouco claras a respeito da doença e insuficientes quanto aos cuidados, muitas vezes não são indicados claramente os serviços para prosseguir o tratamento; mencionam também que até as orientações quanto ao uso de medicamentos imprescindíveis para a continuidade do tratamento são superficiais.

Para Potter e Perry (1999), assim que o cliente é admitido no hospital, os membros da equipe de saúde já devem iniciar um planejamento para a alta. Ele deve ser individualizado para que seja bem sucedido e realizado por uma equipe interprofissional, coordenado por um enfermeiro, que assegure a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar. Outro fator importante é a morosidade em relação aos retornos que devem ser marcados através da rede primária de atenção básica. Se já existe demora em marcar as consultas de acompanhamento médico generalista, maior ainda quando é para retornos com especialistas.

De acordo com a Portaria nº. 1395/GM, de 10 de dezembro de 1999, que traça as bases da Política de Saúde do Idoso (PSI), revisada e atualizada pela Portaria nº 2.528 em outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), os cuidados informais realizados por familiares devem ser valorizados na assistência, pois são pessoas mais próximas, e também as responsáveis e necessárias nas atividades da vida diária dessas pessoas. O preparo desses cuidadores é de responsabilidade dos profissionais da enfermagem. (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006c).

Karch (2003) constata que o Estado aparece como um parceiro no cuidado ao idoso, mas com responsabilidades reduzidas, atribuindo a maior parcela desse compromisso às famílias com idosos dependentes. Com isso observa-se uma lacuna na efetivação das políticas de apoio à família de idosos com perda da capacidade funcional, ao menos de forma prática e funcional.

Percebe-se também que, embora muitos profissionais de enfermagem se esforcem para efetivar as políticas públicas de saúde no apoio ao idoso e seu familiar,

tanto no âmbito hospitalar como na rede básica, os serviços de saúde disponíveis oferecem poucas alternativas de assistência no cuidado ao idoso e ao seu cuidador.

Esse assunto já vem sendo abordado por enfermeiros e outros profissionais ligados à área da saúde, mas ainda merece maior aprofundamento no que concerne a uma interação mais próxima entre cuidadores e profissionais da saúde, para que as dificuldades desse processo de cuidar de um parente idoso dependente com alta sejam identificadas e abordadas de forma preventiva nesse tipo de assistência.

Cuidar de uma pessoa idosa fragilizada e dependente, gera aos familiares níveis altos de estresse. Para George (2000), existem estressores de diferentes potenciais de perturbação e indivíduos com diferentes condições de resistência, sendo necessário identificar os estressores para planejar ações de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente.

Dessa forma, ao refletir sobre conceitos de estresse e relacioná-los com o familiar acompanhante de idosos dependentes, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Como a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman contribui para amenizar os estressores que atingem os familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta?

Assim sendo, este estudo propôs, por meio dessa teoria identificar quais são fatores de estresse que estão submetidos os familiares de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta, através de intervenções que possam atuar nessas situações mediado pelo enfermeiro, que procura identificar as forças estressoras responsáveis pelos conflitos e tensões vivenciados durante a hospitalização, com o objetivo de amenizar ou evitar essas situações de estresse após a alta hospitalar, contribuindo para um cuidado mais efetivo a pessoa idosa fragilizada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores de estresse em familiares acompanhantes de idosos dependentes durante o processo de hospitalização e alta e propor intervenções segundo a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar junto aos idosos dependentes e familiares acompanhantes os estressores intra, extra e interpessoais que estejam gerando tensões durante o período da hospitalização.

Propor aos familiares acompanhantes intervenções diante dos estressores encontrados, com base nos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) propostos por Neuman.

Avaliar a aplicação da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman com familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Polit, Beck e Hungler (2001), a revisão de literatura ajuda na fundamentação de um estudo significativo para a enfermagem. Nesse sentido, os temas envelhecimento populacional, família cuidadora de idosos, políticas de saúde para o idoso e estudos brasileiros com base na teoria de Betty Neuman foram definidos como fundamentos para este estudo.

3.1 Envelhecimento Populacional

Ao longo dos séculos, o envelhecimento tem sido encarado de maneira diferente, o seu conceito tem sofrido grandes transformações, variando de acordo com diferentes culturas e com a evolução das sociedades (COSTA, 1999).

No Brasil, de 1940 a 2000 houve um aumento significativo no contingente de pessoas com mais de 60 anos. Em 1940, cerca de 1,7 milhão de brasileiros tinham 60 anos ou mais, o que correspondia a 4% da população total. Em 2000 já chegavam a 14,5 milhões (9%) e projeta-se que haverá 30,9 milhões em 2020, ou seja, 16% da população total, sendo 55% do sexo feminino (IBGE, 2002).

A expectativa de vida média do brasileiro, que em 1940 era de 39 anos, ampliou-se para 55 anos em 1960, e em 2000 elevou-se para aproximadamente 71 anos para mulheres e 68 para homens (NEGRI et al., 1999). Em Florianópolis, segundo dados do CENSO 2002 havia 28.816 pessoas com mais de 60 anos, correspondendo a 8,4 % da sua população (IBGE, 2002).

Em Santa Catarina, a população de idosos aproxima-se muito dos números nacionais, pois segundo a Síntese de indicadores sociais publicados em 2003, este Estado apresenta cerca de 486.000 pessoas com mais de 60 anos, correspondendo a 8,5% do número total de habitantes (IBGE, 2004).

Esse aumento do número de idosos, e conseqüentemente da expectativa de vida

é proveniente da redução constante da taxa de natalidade, pode também estar ligado a fatores como: diminuição da nupcialidade, casamento tardio e emancipação da mulher e seu maior acesso ao mercado de trabalho, além do uso generalizado de contraceptivos. O significativo aumento da esperança de vida se deve também às melhorias sociais e ao avanço das tecnologias médicas para diagnóstico precoce de algumas doenças e possibilidade de tratamento com medicamentos de última geração (PAPALÉO NETTO, 2002).

Segundo Duarte (2006), a longo prazo essa transição epidemiológica modifica os padrões de morbidade, pois como o país está envelhecendo, é cada vez maior a incidência de patologias crônicas e suas implicações, idéia compartilhada por Duarte & Diogo (2002), ao esclarecerem que no curso do envelhecimento aumentam as perdas biológicas e alteram-se os padrões metabólicos, como percepção do sono e regulação da temperatura. É por isso que os idosos costumam ser mais susceptíveis a doenças crônicas degenerativas, sendo mais conhecidas às patologias incapacitantes e que se enquadram em situação incapacitante, como doença de Alzheimer, doença de Parkinson e o acidente vascular cerebral (AVC), que têm a mais alta incidência e prevalência de seqüelas, trazendo dificuldades para os cuidadores informais (ANDRADE e RODRIGUES, 1999).

Muitas doenças crônicas levam o idoso a perda de sua capacidade funcional, agrupando um conjunto de sintomas físicos, psicológicos e sociais (CALDAS, 2003). O número de idosos incapacitados é cada vez maior. Estudo feito pelo projeto Bem-estar e Envolvimento na América Latina e Caribe (SABE), no município de São Paulo, em 2003, concluiu que a porcentagem de idosos com dificuldades para realizar atividades da vida diária era de 19,2% ou seja, 200.000 pessoas com limitações relacionadas a uma baixa qualidade de vida (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005; DUARTE, 2006).

Camarano (2006) menciona que estudos feitos em 2003 revelaram que 13.3 % dos idosos não tinham autonomia para lidar com as atividades da vida diária: esses brasileiros não eram capazes de fazer as atividades mais simples do cotidiano, como, por exemplo: alimentar-se sozinho, vestir-se e amarrar o cadarço do sapato, entre outras.

Sabe-se que a multipatologia e as debilidades funcionais levam o indivíduo à hospitalização, passando seu estado funcional a constituir um parâmetro de critério no estabelecimento do cuidado. Os pacientes mais dependentes integram um grupo de idosos que geralmente permanecem o maior período internados e com reinternações sucessivas.

Outro estudo, com propósito de delinear o perfil dos idosos realizado no município de Florianópolis em 2004, mostrou que em relação ao estado de saúde 37 % disseram que se sentiam melhor do que cinco anos antes; 60 % dos idosos utilizaram os serviços médicos mais de uma vez nos últimos três anos; 3,4 % admitiram ser dependentes para as atividades da vida diária, dos quais 70 % tomam remédios. (BENEDETTI; PETROSKI; GONÇALVES, 2004).

Outro importante estudo sobre o perfil do idoso em SC foi realizado no município de Itajaí, por Sandri (2004), que mostrou dados semelhantes aos de Florianópolis, porém com variáveis diferentes: 12 % dos idosos daquele município não estão satisfeitos com o atendimento dos serviços de saúde, e 64 %, com os exames clínicos prescritos; 31,5% dizem que há muita demora na marcação de exames e consultas; 24,5% não tomam remédios prescritos e 45% dos entrevistados os consideram muito caros. Por isso, os serviços de saúde deverão preocupar-se em oferecer a esse grupo etário uma assistência diferenciada, pautada na participação de uma equipe multiprofissional e familiar (GORDILHO et al., 2001).

Pavarini e Neri (2000) complementam dizendo que os princípios do cuidado devem pautar-se por intervenções para melhorar o bem-estar físico e cognitivo dos idosos e ajudar as famílias a superarem os conflitos gerados pela situação de cuidar.

3.2 Família Cuidadora

Já faz algum tempo que não se admite mais conceituar família pelos laços biológicos ou consangüíneos. Para Dra. Ingrid Elsen, uma das pioneiras no estudo com famílias em seu processo de viver, os familiares trazem sabedorias e práticas de suas origens. O significado de “família” é próprio de cada um e, alicerçado no seu contexto,

ela constrói um mundo de símbolos, valores, saberes e crenças, que trazem de sua família de origem, com significado próprio, dependendo do contexto em que está inserida,;conhecer o contexto dessas famílias é necessário para uma assistência digna e individualizada (ELSEN, 2002; WAIDMAN; ELSSEN, 2004).

Com o envelhecimento populacional e o aumento na demanda de idosos por atendimento nos serviços de saúde, tal assunto vem sendo foco de muitos estudos, bem como as implicações dos problemas relacionados ao idoso no seu contexto domiciliar.

Uma pesquisadora que se interessa por esse assunto há muito tempo é a Prof^a Dra Lúcia Hisako Takase Gonçalves, docente do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e uma das líderes do Grupo de Estudos Sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI), que há 24 anos vem congregando multiprofissionais , docentes, pesquisadores e estudantes da área gerontogerátrica, para desenvolver pesquisas com vistas ao cuidado integral do idoso e sua família cuidadora, criando oportunidades educativas e de assistência. Em 2001, ela e duas enfermeiras assistenciais da clínica Médica II do HU/UFSC avaliaram o programa de acompanhante hospitalar existente na unidade e declararam que a educação para a vida e a saúde deve habilitar esses familiares para que, seguros e fortalecidos, formem uma parceria com a enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado, podendo reproduzi-lo no contexto domiciliar após a alta (SCHIER, GONÇALVES & LIMA 2001).

Em sua tese intitulada “*Tendo de cuidar, a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar*”, Alvarez (2001) afirma que a sobrecarga de trabalho, os sentimentos conflitantes e a falta de suporte para cuidar dos idosos são fatores importantes de estresse para as famílias, pois na maioria das vezes é trabalho realizado por uma só pessoa. Importantes trabalhos têm sido desenvolvidos nessa área, como por Schier (2004), enfermeira do HU/UFSC e coordenadora do grupo “Aqui e Agora”, que realiza encontros de ação sócioeducativa sem saúde com idosos hospitalizados e seus familiares das clínicas médicas da instituição. Para essa enfermeira a família tem sido responsabilizada pelo cuidado com o idoso dependente ou fragilizado, experimentando sentimento de solidão no seu lar, pois não têm apoio, orientação e nem reconhecimento dos serviços públicos, sentindo-se desamparadas.

Em relação as políticas públicas para pessoas idosas, Sandri (2004) discute um modelo integrado com outros programas no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Itajaí, onde relata que a família cuidadora tem constituído a principal provedora da assistência ao idoso, devido à falta de uma estrutura pública que comporte as necessidades essenciais. No seu modelo, cuidado informal, deve ter um caráter complementar sem substituir a assistência profissional. A autora também já trabalhara o tema “Resgate da cidadania das pessoas idosas” em sua dissertação de mestrado (SANDRI, 1997).

Silva (2001) pesquisou as ações que permeiam a prática de enfermagem com o idoso, compartilhando-as com a família cuidadora. Diz que ao vivenciar o cuidado domiciliar, a enfermagem deve ter consciência de que não existem delimitações para tais ações: o profissional precisa ser comprometido, humilde e generoso, estando sempre disposto a aprender com essas famílias, crescendo e desenvolvendo as habilidades no processo de cuidar no contexto domiciliar.

Erdtmann (2002) preocupou-se em oferecer um cuidado apoiado na razão sensível dos clientes no seu convívio familiar. Fala que o maior desafio é inserir-se no contexto da família, valorizando hábitos, crenças e valores que constituem aquele mundo real, ou seja, o “sentir-se enfermeiro no atendimento domiciliar”.

Na esfera nacional é possível encontrar trabalhos e estudos acadêmicos de mestrado e doutorado com relevantes abordagens sobre a família do idoso.

Caldas (2003) descreve que a família de um idoso dependente internado necessita de ajuda em suas dificuldades no cuidado, pois muitos deles relatam que não recebem orientações necessárias a respeito da doença, do tratamento e do processo de cuidar. E que a sobrecarga dos familiares que cuidam de idosos dependentes é imensa, tanto física e emocional como socioeconômica.

Na Universidade Federal do Ceará (UFC), Araújo (2003) estudou o cuidador familiar de idosos, procurando compreender como eram percebidas as dificuldades e facilidades no processo de cuidado. Como resultado, encontrou que as causas da dependência muitas vezes foram as quedas, que podem ser evitadas, e que a decisão de ser cuidador partiu da própria pessoa cuidadora, movida por sentimentos de pena, obrigação, amor ou então influenciada pela história de vida ou pelos padrões culturais

dessas famílias.

Na sua tese também defendida no Estado do Ceará, Fialho (2003) refere-se ao cuidado humano na assistência domiciliar à luz da teoria de Jean Watson. Constatou que é possível prestar um cuidado de qualidade em domicílio, com envolvimento dos familiares nesse cuidado, mas para ser efetivo e eficiente, tal cuidado deve ser orientado por um enfermeiro comprometido e que reflita sobre seus próprios valores e crenças a respeito do processo de cuidar.

Domingos (2003), na Escola Ana Nery, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), defendeu a tese *descrevendo os mecanismos usados pelos idosos para conviver com o cuidador familiar*, na qual destaca a importância e a necessidade de uma organização da rede formal de cuidado e atribui à enfermagem gerontológica a incumbência de criar modelos assistenciais para a prática com o idoso e a família.

Na Universidade Federal de Minas Gerais Chaves (2001) estudou o cuidado domiciliar, inserido no programa de atenção ao paciente grave de um hospital naquele Estado. Após entrevistar oito cuidadores informais, numa faixa etária de 22 a 76 anos, observou que muitas dificuldades enfrentadas por essas pessoas não são relatadas por elas, talvez por vergonha, e que referiram encontrar segurança e proteção no apoio recebido no ambiente hospitalar.

Tais estudos mostram um Brasil que está envelhecendo, e uma parte dessas pessoas perdendo suas capacidades funcionais, com a aquisição e o agravamento de doenças crônico-degenerativas. Sendo assim, as famílias que apresentam maior suporte para o idoso e principalmente para aquele que adoece, cada vez mais necessitam de apoio e orientação, tanto em relação ao cuidado desses idosos, como em relação ao cuidado com a própria saúde.

3.3 Políticas de Saúde do Idoso

Apesar das mudanças ocorridas nesse campo no cenário nacional, as políticas de proteção à saúde da pessoa idosa, ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas na rede básica de saúde. Tem-se observado que os idosos

internados e suas famílias são carentes de apoio e orientações em relação aos cuidados que deverão ser prestados após a alta hospitalar.

Segundo Diogo, Ceolim e Cintra (2005), a tarefa de cuidar geralmente é assumida por uma única pessoa, “o cuidador principal”, que assume esse compromisso por outros membros da família.

Mas a qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores, depende muito da intervenção dos profissionais da enfermagem, com ações que possam contribuir com o seu bem-estar físico, emocional e ajudar às famílias a superarem os conflitos causados na implicação do cuidado ao idoso (PAVARINI e NERI, 2000).

Apesar da existência de aparato legal sobre o apoio ao cuidador familiar, a maioria não está implementada de modo efetivo. A Portaria 1.395, de 10/12/99, que regulamenta a Política de Saúde do Idoso, prevê uma parceria entre profissionais da saúde e pessoas próximas ao idoso, possibilitando orientações, como estratégias para melhorar seu tratamento, principalmente quando dependente (BRASIL, 1999). Esse documento foi revisado e atualizado, aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa, através da Portaria Nº 2528 de 10/10/2006, com a finalidade de recuperar, manter e promover a independência dos idosos, através de medidas coletivas e individuais de saúde (BRASIL, 2006 d).

Em 1999, a Portaria Interministerial Nº. 5153 institui o Programa de Cuidadores de Idosos, visando a melhorar a qualidade de atenção aos idosos, preconizando a capacitação de familiares enquanto multiplicadores dessas orientações em seu local de origem (DUARTE, 2006).

Covém registrar aqui uma breve retrospectiva sobre os direitos dos idosos no Brasil, pois até 1990 quase não havia políticas públicas e sociais específicas para o idoso. Na década de 70, surgiram algumas iniciativas como a Lei Federal Nº. 6197/1974 que contemplava as pessoas com 70 anos ou mais com uma pensão de 50 % do salário mínimo vigente. Em 1975, o Programa de Atendimento ao Idoso (PAI) consistia em reunir em grupos os idosos que freqüentavam o ambulatórios para discutir em conjunto assuntos de seu interesse.

Na década de 80 surgiram as primeiras atividades com idosos, mas especificamente em 1982, em Florianópolis, foi criado o Núcleo de Estudos da Terceira

Idade - NETI, no mesmo ano em que o SESC – SP realizava em Santa Maria/RS o 1º Congresso Nacional do idoso, que contou com a participação de idosos de todo o Brasil.

Em 1988, a nova Constituição brasileira contemplava direitos da pessoa idosa, entre os quais a obrigação da família de cuidar integralmente de um parente idoso. A partir daí, em alguns estados, como SC, MG e RS, surgiram os Conselhos Estaduais dos Idosos. (RODRIGUES; RAUTH, 2006).

Em 4 de janeiro de 1994, a primeira grande conquista: a criação da Política Nacional do Idoso - PNI, pela Lei Nº. 8.842, que garantiria o direito aos idosos nas áreas de educação, habitação, esporte e saúde. Na área da saúde ao idoso destaca a assistência nos diversos níveis do SUS, como promoção, prevenção e recuperação de sua saúde, por meio de programas e medidas profiláticas. Essa lei preconiza também que as instituições de saúde ofereçam atendimento ao idoso, treinando e capacitando familiares e grupos de auto-ajuda, principalmente para idosos incapacitados. (BRASIL, 1994).

Nesse mesmo ano foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), depois chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), um dos principais programas do governo em nível municipal, para a implementação da atenção básica, com o objetivo de reorganizar os serviços e as práticas profissionais na prevenção, manutenção e reabilitação da saúde. Neste programa está previsto uma equipe multiprofissional, valorizando os diversos saberes na perspectiva de uma prática integral e resolutiva. Uma das mais importantes atribuições desses profissionais que compõe a equipe da ESF é a realização de consultas e procedimentos no domicílio, quando o cliente não puder se deslocar até a unidade básica de saúde, priorizando a saúde da mulher da criança/adolescente e do idoso (TEXEIRA, 2008).

Contudo, mesmo com a ampliação dessa equipes, ainda há uma escassez na estrutura do cuidado ao idoso e seus familiares, no sentido de promover uma intermediação segura entre a alta hospitalar e o domicílio. Há um número insuficiente de serviços públicos de cuidado ao idoso e verifica-se a necessidade de um suporte qualificado e contínuo na atenção básica de maneira a qualificar as equipes na área do envelhecimento, com o objetivo de atingir maior integração e resolutividade na

assistência ao idoso em nível comunitário (BRASIL, 2006d).

Em 1999, uma grande conquista para os idosos internados em hospitais, foi a promulgação da Portaria Nº. 280/GM, de 7 de abril, estabelecendo que hospitais públicos e conveniados ao SUS aceitassem e viabilizassem a presença de acompanhantes para pessoas com mais de 60 anos. (BRASIL, 2006 a).

O Estatuto do Idoso foi aprovado em 2003 e reeditado em 2006, reafirmando os direitos da PNI e outras normatizações que foram formuladas nesse intervalo de tempo. Em 2006 o Ministério da Saúde aprovou a Portaria Nº. 399/GM traça as Diretrizes do Pacto pela Saúde a qual contempla o Pacto pela Vida, que entre as prioridades está à atenção a saúde do idoso. Nesta portaria preconiza-se: a implementação do programa de educação permanente sobre a saúde da pessoa idosa; propõe o acolhimento da pessoa idosa nas instituições de saúde, para ajudá-los a enfrentar as dificuldades atuais de acesso; atenção farmacêutica, que visem qualificar a dispensação e acesso da população idosa aos medicamentos; atenção diferenciada na internação, valorizando a avaliação geriátrica multidisciplinar ao idoso internado em um hospital e atenção domiciliar, valorizando também o efeito favorável do ambiente familiar na recuperação do idoso (BRASIL, 2006c).

Em resumo, do exposto pode-se concluir que desde a década de 70 luta-se pela valorização da pessoa idosa, e a busca de seus direitos tem sido constante, mesmo que ainda represente um baixo impacto social. Nesses 37 anos muito se conquistou, porém o reflexo na prática ainda caminha a passos lentos, devido a entraves burocráticos e à falta de recursos humanos e financeiros para implantar essas políticas. Há que se considerar também que o envelhecimento da população brasileira vem ocorrendo aceleradamente, o que exige rápidas mudanças estruturais, culturais e maior volume de recursos financeiros para responder a tantas mudanças e transformações.

3.4 Trabalhos baseados na Teoria de Betty Neuman

Embora a primeira edição de seu livro, *The Neuman System Model*, tenha sido publicada em 1982 com reedições em 1989 e 1995, poucos são os trabalhos

desenvolvidos no Brasil com base nessa teoria. Já no âmbito internacional ela tem sido amplamente explorada. (GEOGE, 2000). Em 1987 Lois & Koertiveltvelyessy lideraram um estudo internacional sobre a Teoria de Neuman, e encontraram 42 trabalhos, dos quais há resumos na 2ª edição do livro da teórica.

O modelo de Betty Neuman tem sido utilizado para orientar e investigar ações destinadas a melhorar a assistência de enfermagem aos pacientes atingidos por fatores estressantes. Alguns desses estudos são descritos a seguir.

Freese; Backman; Harges, (1998), e Flannery (1995) estudaram como a retirada da ventilação mecânica compromete as variáveis biopsicossociais, espirituais e de desenvolvimento dos pacientes com lesões cerebrais provocadas por traumatismo; definiu um método de assistência correta para esses clientes, baseando-se nas variáveis do modelo de Neuman.

Em 1992 Rodrigues-Fisher, Bourguignon; Good pesquisaram a eficácia das fibras para prevenir a constipação em pessoas com idade avançada. Os resultados serviram para definir as medidas que poderiam adotar para reforçar a linha normal de defesa, que é um dos componentes da teoria de Betty Neuman, demonstrada em seu diagrama (FREESE; BACKMAN; HARGES, 1998).

Jaqueline Fawcett, grande defensora da Teoria dos Sistemas, tem coordenado vários trabalhos com essa teoria (FREESE; BACKMAN; HARGES, (1998). No seu artigo intitulado *The Nurse Theorist: 21st-Century Updates-Betty Neuman*, apresenta o resultado de um telefonema editado e de uma entrevista com a teórica em março de 2001. Nele Neuman diz que o seu modelo facilita o trabalho com famílias e que o enfermeiro tem total liberdade para explorar sua teoria, que se sintam criativos para isso, pois é uma teoria muito ampla; antes criticada por sua extensão, hoje tornou-se uma vantagem, por oportunizar sua exploração (FAWCETT, 2001).

Embora não seja rico nosso acervo, no Brasil foram encontrados quatro trabalhos sobre essa teoria.

Na sua dissertação de mestrado, Benito (1994) identificou e analisou as exigências cognitivas das atividades dos profissionais de enfermagem, baseando-se em alguns conceitos de Betty Neuman: enfermagem, saúde, bem-estar, ambiente, estressores e ser humano/pessoa. A autora relata que as forças internas e externas, que

Neuman coloca como estressores, influenciam o desenvolvimento das atividades de enfermagem, pois é identificando essas forças de estresse que o enfermeiro planeja ações para reduzi-las e eliminá-las.

O segundo trabalho, também de mestrado, foi o de Sandri (1997), que trabalhou com familiares de idosos utilizando a teoria como um todo, explorando o diagrama e o processo de enfermagem. Ela considerou o modelo dos sistemas de Betty Neuman adequado para direcionar a assistência de enfermagem à pessoa idosa fragilizada e de seu familiar, na sua integralidade. Identificou vários estressores de natureza intra, extra e interpessoal e organizou e implementou ações que diziam respeito ao resgate do exercício da cidadania dessas pessoas.

Também Silveira (1997) pesquisou os trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, realizando consulta em ambulatório, também norteadas por essa teoria. Ela identificou estressores inerentes ao trabalho da categoria, propondo intervenções individuais ou coletivas, em nível de prevenção primário e secundário. Seu relatório não registrou a necessidade de intervenção terciária ou readaptação.

O trabalho mais recente encontrado é o de Vasconcelos (2003), cujo objetivo era investigar a relevância do cuidado de enfermagem com visão holográfica, incluindo florais de Bach, em idosas com depressão, usando os conceitos de Neuman. Identificados os estressores causadores de depressão, foram prescritos florais para trabalhar o núcleo de desarmonia, para recuperar os recursos de energia e fortalecer a linha normal de defesa.

Como já descrito, foram encontrados poucos trabalhos na literatura brasileira utilizando Neuman, talvez por ser uma teoria complexa e extensa, mas de fácil aplicabilidade quando bem compreendida. Estes estudos mostram que, apesar das iniciativas isoladas dos autores, foram encontradas vantagens em focalizar a prática da enfermagem sob a perspectiva do modelo dos sistemas de Betty Neuman.

Esse referencial fornece uma base para identificar questões de enfermagem que afetam indivíduos e propõe intervenções em conjunto com o cliente.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

Como Marco Teórico desta proposta de pesquisa convergente assistencial com as famílias cuidadoras de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta foi adotada a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

A autora nasceu em 1924, em Lowell, Ohio. Viveu algum tempo em zona rural, onde desenvolveu seu interesse por ajudar as pessoas necessitadas. Centrou seus estudos de graduação na Universidade da Califórnia, Los Angeles, em Saúde Pública e Psicologia, bacharelando-se em 1957 (GEORGE, 2000).

Recebeu grau de Mestre em Saúde Mental em 1966, pela Universidade Católica de Los Angeles, e cursou doutorado em Psicologia Clínica na Universidade de Ohio, em 1985. Desde aquela época vem trabalhando em consultoria e aconselhamento em saúde mental. Ela é pioneira na introdução da enfermagem no campo da saúde mental, desenvolvendo seu primeiro modelo de prática e ensino nessa área. Neuman publicou três edições de “Neuman System Model” (1982; 1989; 1995). Baseou sua teoria na conceituação do estresse de Selye (1950), em opiniões filosóficas de Chardin (1955), na teoria dos níveis de prevenção de Caplan (1964) e sobre a totalidade da vida; na teoria da forma e do corpo e a interação entre o homem e o ambiente de Edelson (1970) (GEORGE, 2000)

Sua busca foi superar o modelo médico, por incorporação de conteúdos da psicologia, principalmente da Gestalt, a qual indica que o processo homeostático sustenta o equilíbrio do organismo nas condições de mudança do meio ambiente e de si próprio (GEORGE, 2000).

Neuman desenvolveu seu modelo num período de 10 anos, sem realizar trabalho de investigação para construir-lo, mas o colocou a prova em sua experiência docente com seus alunos, que o aplicaram e o validaram favoravelmente. Atualmente

podem-se encontrar alguns estudos na literatura nacional e internacional que utilizam o modelo de Neuman em distintas áreas onde a enfermagem atua: Benito (1994); Sandri (1997); Silveira (1997); Vasconcelos (2003); Cogle & Reeb (1993), Freese; Backman; Harges, (1998); e Fawcett (2001).

De acordo com Cross (1993), o modelo de Neuman é uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se encontra em constante interação com estressores ambientais. A proposta teórico-metodológica da autora focaliza a reação do cliente ao estresse a que é submetido, bem como os fatores de reconstituição ou de contínua readaptação.

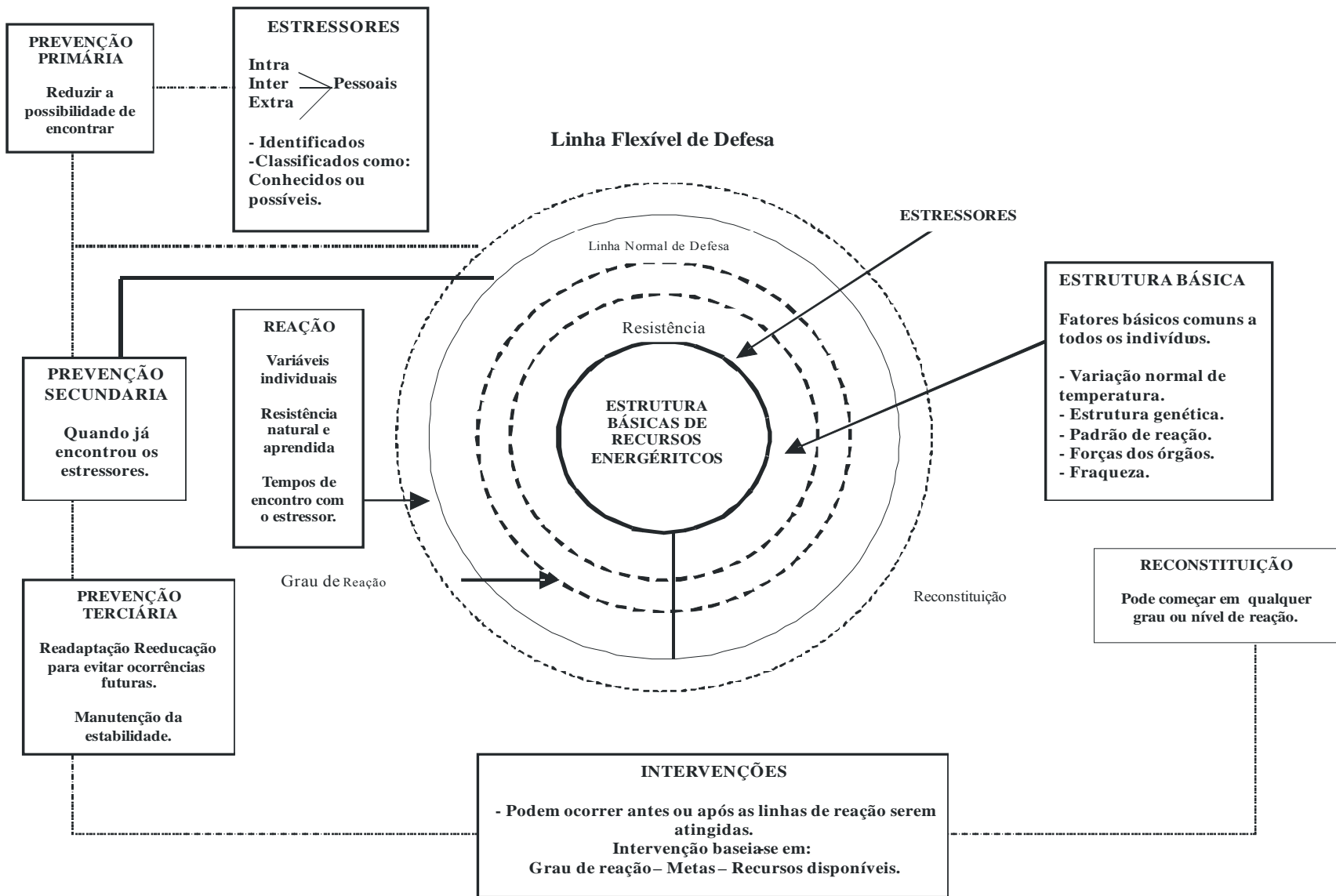
A adaptação é o processo pelo qual o organismo satisfaz suas necessidades. Por isso, o processo de adaptação é dinâmico e contínuo. Toda a vida se caracteriza por um processo de interação constante entre equilíbrio e o desequilíbrio dentro do organismo, mantém este equilíbrio entre a perda e o armazenamento de energia, em torno das condições ambientais (ambiente interno e externo), num contínuo processo homeostático.

Segundo Cross (1993), embora esse modelo tenha sido inicialmente desenvolvido para ser utilizado por todos os profissionais de cuidado à saúde, as enfermeiras podem utilizá-lo de modo único na assistência aos indivíduos, às famílias e a outros grupos para que obtenham e mantenham níveis máximos de bem-estar, através de intervenções de enfermagem. Capacita os enfermeiros a intervirem de modo adequado com a promoção da saúde, com ações corretivas de enfermagem ou com ações reabilitadoras para manter ou restaurar o equilíbrio do sistema.

De acordo com Leopardi (2004), na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman a enfermagem pode intervir, ajudando o indivíduo a utilizar suas possibilidades de resposta aos estressores, sendo um co-participante ativo com o cliente. Pode ajudar o cuidador/idoso no uso de suas habilidades, e dos recursos disponíveis para melhorar sua qualidade de vida.

Para Neuman (1982), o sistema que mantém o organismo em equilíbrio interagindo em constante processo homeostático é formado pelos componentes do diagrama descritos a seguir:

Figura 1 - Diagrama de Betty Neuman



Fonte: The Neuman Systems Model, 1982. p.13.

Estrutura Básica - é o núcleo central do diagrama, são fatores inerentes a todo ser humano, as características únicas de cada indivíduo: fatores genéticos, cor do cabelo, capacidade de manter a temperatura normal do corpo, respostas aos estímulos e capacidade cognitiva.

Linha Flexível de Defesa (LFD) - Representada simbolicamente no diagrama por um círculo pontilhado externo, que muda constantemente em resposta às influências das mudanças fisiológicas, socioculturais, espirituais, psicológicas e de desenvolvimento. Essa linha reage de maneira similar a uma sanfona, como amortecedor para proteger a Linha Normal de Defesa (LND) contra os agressores, ou seja, é uma linha protetora para prevenir que os estressores entrem na LND. É dinâmica e instável, podendo modificar-se em curto período de tempo, por fatores como nutrição e sono inadequado.

Linha Normal de Defesa (LND) - É o estado dinâmico de adaptação que um sistema alcança com o passar do tempo. Basicamente se trata da maneira como o indivíduo enfrenta as forças de estresse. Depende da experiência de vida e da fase de desenvolvimento de cada pessoa. É construída durante toda a vida; por conhecimentos adquiridos, padrões culturais e outros, que determinam a ação de um indivíduo frente ao fator estressante.

Linha de Resistência (LR) - É representada simbolicamente por uma série de círculos pontilhados ao redor da estrutura básica no diagrama, que variam em tamanho e distância do centro, onde está essa estrutura básica. São fatores internos que ajudam o cliente a defender-se contra um estressor, como, por exemplo, sistema imunológico, que são ativados para proteger ou preservar a estrutura básica, após a interferência de um estressor não limitado pela LND.

Grau de reação - Depende da natureza e da intensidade com que o estressor tenha invadido a linha normal de defesa. Pode ser positiva, quando são superados tais estressores, que permitem manter um nível adequado de equilíbrio funcional ou de saúde; ou negativa levando o indivíduo a um processo de esgotamento, doença ou possível morte (FREESE; BACKMAN; HARGES, 1998).

Prevenção - Neuman identifica três níveis de prevenção e as define como intervenção de enfermagem.

Prevenção Primária – Ocorre quando um estressor é suspeito ou instalado. É iniciada antes ou depois do encontro com o estressor. A meta da intervenção primária é evitar que o estressor penetre na LND fortalecendo a LFD, com o objetivo de diminuir o grau de reação, identificando os estressores suspeitos e propondo ações que possam amenizar seus efeitos.

Prevenção Secundária - Intervenção iniciada após o encontro com o estressor, pode ocorrer antes ou depois da LND. Trata principalmente das descobertas iniciais (diagnóstico precoce) sobre o caso, do tratamento inicial de sintomas e das tentativas de fortalecer as linhas internas de resistência para reduzir a reação.

As metas para estabilizar o sistema devem ser estabelecidas em conjunto, cliente e enfermeiro: o profissional deve identificar os estressores já instalados e juntos devem buscar mecanismos para superá-los.

Prevenção Terciária - Intervenção iniciada, geralmente, após o tratamento realizado na prevenção secundária, buscando o bem-estar ótimo. Sua meta fundamental é fortalecer as linhas de resistência contra as forças de estresse por meio de reeducação, readaptação e manutenção da estabilidade para ajudar a prevenir a recorrência da reação. Nessa fase de intervenção o objetivo é uma readaptação da situação em que se encontra o indivíduo, para melhorar tanto quanto possível sua qualidade de vida.

4.2 Pressupostos de Neuman

Apesar de cada indivíduo ou grupo ser como um sistema único, são compostos por fatores conhecidos comuns ou características inatas, podendo responder à ação do estressor de diferentes maneiras.

Existem muitos estressores conhecidos ou desconhecidos, todos diferentes, a cada qual com seu próprio potencial de perturbação do nível de estabilidade da linha normal de defesa.

Cada cliente desenvolve uma variação normal de respostas ao ambiente que é

referido como uma linha normal de defesa ou estado habitual de saúde.

Quando o efeito amortecedor, como sanfona da linha flexível de defesa não é mais capaz de proteger o sistema do cliente contra um estressor ambiental, ela se rompe este invade a linha normal de defesa.

Em estado de doença ou saúde o cliente é um composto dinâmico de inter-relações fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. O bem-estar é a continuidade de energia disponível para sustentar o sistema.

Como um sistema, o cliente está em constante troca de energia dinâmica com o ambiente (GEORGE, 2000).

4.3 Conceitos do estudo

Os conceitos aqui apresentados estão baseados na teoria de Betty Neuman e adaptados a realidades vivenciadas com familiares de idosos em situação de hospitalização e alta.

FAMÍLIA

É um grupo de pessoas unidas por laços consangüíneos, afetivos ou sociais, que se consideram como tal. A família vivencia estressores que atingem as suas linhas de defesa inerentes à convivência com um ser idoso. Ao interagir com forças estressoras, ela busca enfrentamentos contínuos que a auxiliam a alcançar um bem-estar físico e emocional, com a mediação do enfermeiro.

Para a maioria dos seres humanos, a família é a instituição mais importante. Quando exposta a fatores de estresse sua estrutura organizacional é abalada, momento em que necessita de ajuda para amenizar os efeitos nocivos de tal situação.

Elsen, (2002), citado por Waidman e Elsen, (2004), afirma que para uma família ser saudável, seus membros devem conviver e se perceber como família. Ela se une por laços de afetividade, amor e carinho, tendo liberdade para exteriorizar seus sentimentos, compartilhando crença, valores e conhecimento. Aceita a individualidade de seus membros e é capaz de conhecer seus direitos e deles usufruir, enfrentando

crises e conflitos, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas.

ESTRESSORES

Estressores são forças do meio ambiente que podem alterar a estabilidade biopsicossocial do indivíduo. São estímulos produtores de tensão com potencial de produzir desarmonia. Ao mesmo tempo em que esses estressores são forças de tensão, podem também ser estímulos com os quais o ser humano aprende a lidar, posteriormente.

Para o familiar acompanhante a iminência da mudança na dinâmica familiar, provocada pela dependência do idoso, aliado ao estresse da hospitalização, pode provocar desarmonia, desestabilizando todo contexto em sua família. (GEORGE, 2000).

PESSOA

Neuman vê o cliente como um todo, ou seja, um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, socioculturais, espirituais, psicológicos e de desenvolvimento. Esse cliente está em constante movimento ou mudança em ação recíproca com o meio, ou seja, há uma constante troca de informações entre o cliente e o meio ambiente.

Idoso Dependente - neste estudo se entende por idoso dependente a pessoa que após os 60 anos, devido a uma ou mais enfermidades encontra-se impossibilitada de desempenhar suas habilidades funcionais e necessita de auxílio para os cuidados básicos, tais como: alimentar-se, vestir-se ou fazer sua higiene pessoal. Tal situação desencadeia fatores emocionais negativos para sua auto-imagem, auto-estima e espiritualidade, devido ao seu estado de dependência, necessitando de ajuda para essa inter-relação com o meio, seja ele interno ou externo, para seu bem-estar físico, psíquico e emocional.

Acredita-se que a pessoa/idoso dependente, principalmente quando internado, necessita da presença da família tanto quanto possível, garantindo-lhes mútua segurança emocional e resultando em uma resposta reforçadora do cuidado/tratamento clínico.

Familiar acompanhante - Pessoa ligada ao idoso por laços consangüíneos, de

afetividade ou de responsabilidade, que o acompanha em tempo parcial ou integral durante a hospitalização. É o elo entre o ambiente hospitalar e o convívio familiar, apoiando emocionalmente o idoso e participando dos cuidados básicos de higiene/conforto e alimentação para suprir suas limitações. Esse familiar acompanhante deve ser alvo de ações educativas da enfermagem na assistência ao idoso dependente hospitalizado.

ENFERMAGEM

Neuman (1982) diz que a enfermagem se preocupa a pessoa em sua totalidade e deve preocupar-se com as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao estresse. A meta principal da enfermagem é manter estável o bem-estar do cliente, reduzindo os fatores de estresse e/ou condições adversas de intervenções planejadas para produzir reações positivas. Cabe-lhe a responsabilidade de estar atenta às necessidades do familiar acompanhante e do idoso dependente, além de orientar e organizar ações que amenizem o estresse dos familiares que acompanham os idosos no processo de hospitalização e alta hospitalar no contexto de cada família.

A enfermagem pode e deve ajudar as famílias do um idoso dependente hospitalizado, apoiando-as e orientando-as para que assumam com mais segurança o cuidado em domicílio após a alta, com suporte da rede básica de saúde.

SAÚDE

Neuman (1982) considera a saúde um estado em que as condições de equilíbrio de uma pessoa variam da harmonia à desarmonia, num processo de constante interação e adaptação com o ambiente, seja ele interno ou externo, buscando a estabilidade do sistema.

No que diz respeito ao idoso e seu familiar acompanhante, o bem-estar deve ser oportunizado, procurando mecanismos que possam auxiliá-los em suas necessidades emergentes, para que essa estabilidade desejada seja alcançada na perspectiva de melhor qualidade de vida, considerando as suas limitações e de seu familiar acompanhante.

Para Nordenfelt (2002), um idoso é tanto mais saudável quanto melhor for sua

capacidade para desempenhar suas atividades diárias, dentro as quais se destacam as habilidades básicas de comunicação e movimento. Quanto mais independente um idoso for para desempenhá-las, quanto menos precisar da ajuda de outros, mais saudável e independente será.

As políticas públicas e os programas de apoio à pessoa idosa devem organizar-se no acompanhamento dos idosos dependentes e suas famílias após a alta hospitalar oferecendo subsídios para que possam enfrentar essa situação com menor prejuízo à sua saúde, oportunizando-lhes uma melhor qualidade de vida.

AMBIENTE

Todos os fatores internos (fisiologia, emoções, sentimentos) e externos (vírus, fatores de risco, comunidade, família) que o rodeiam interagindo com o cliente e formando o seu ambiente. Para o idoso e seu familiar acompanhante, o ambiente refere-se a todas as inter-relações com o meio, sejam elas intra, inter ou extrapessoal, que desencadear os estressores.

Ambiente interno ou intrapessoal são todas as interações que ocorrem com o cliente, como conhecimento, emoções (medo, frustração, ansiedade, angústia, impaciência) e sistema orgânico. Com a dependência do idoso o familiar necessita reestruturar-se emocionalmente, pois muitas vezes o idoso não consegue verbalizar seus sentimentos e necessidades, causando uma angústia para ambos.

Ambiente externo, também considerado inter ou extrapessoal são todas as interações que ocorrem fora do organismo do cliente, como o meio físico e pessoas desconhecidas. É todo ambiente que o idoso e o familiar acompanhante estão expostos: a estrutura física do hospital, normas e rotinas da unidade de internação; falta de recursos para melhor acomodá-los, horários definidos para higiene, alimentação; exames e procedimentos médicos e de enfermagem com seu familiar idoso. De acordo com Neuman (1982), o cliente (neste caso o idoso e a família) encontra-se numa constante e dinâmica troca de energia com o ambiente interno e externo.

5 METODOLOGIA

O tema escolhido para este estudo é o cuidado ao idoso dependente com enfoque no estresse/ações do familiar acompanhante por meio da teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Tal proposta dará oportunidade para obter informações que serão exploradas com o objetivo de promover a transformação de uma realidade, com as famílias acompanhantes de idosos dependentes hospitalizados.

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem convergente assistencial (PCA), que visa a aproximar-se da situação social com a intenção de buscar soluções para os problemas encontrados e realizar mudanças na sociedade através de intervenções planejadas durante todo o seu processo (TRENTINE e PAIM, 2004).

Essa modalidade de pesquisa requer a participação ativa dos sujeitos, procurando realizar mudanças ou inovações práticas. Para que isso se concretize o pesquisador deve comprometer-se na construção de um novo conhecimento, utilizando as informações obtidas para influenciar a prática assistencial. Sua principal característica é que as ações práticas vão sendo incorporadas na pesquisa e vice-versa.

5.2 Descrição do local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma unidade de internação de clínica médica do Hospital Universitário -HU/UFSC, instituição na qual o pesquisador trabalha há dezesseis anos, onze no cargo de auxiliar de enfermagem, um ano como enfermeiro assistencial e cinco anos chefiando uma das unidades.

Fundado em 1980, o HU é uma instituição pública, equipada com

aproximadamente 250 leitos, atendidos por 1250 funcionários das diversas áreas. Por ser um hospital escola, desenvolve atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão. É composto por setores de atendimento ambulatorial, emergência pediátrica e adulto; e também por unidades de internação médica, cirúrgica, pediátrica, UTI, neonatológica, ginecológica e obstétrica.

A unidade de internação na qual o estudo foi realizado é um dos setores da divisão de clínica médica do hospital, composta pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Terapia Dialítica (UTD) e por mais três unidades de internação, denominadas Clínicas Médicas I, II e III. Essas unidades recebem pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Região Metropolitana de Florianópolis, de outras cidades catarinenses e outros estados brasileiros. As Clínicas médicas I e II são dotadas de 29 leitos cada, e a Clínica Médica III com 30 leitos, para atender pacientes das várias especialidades, como: Clínica Médica, Neurologia, Hematologia, Pneumologia, Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologia, Reumatologia e Oncologia e gastroenterologia.

Nessas unidades de clínicas médicas, muitas pessoas ali internadas tem acima de 60 anos, e o quantitativo de idosos dependentes é sazonal nas três clínicas, chegando em alguns períodos do ano, a incidência de 10 a 13 clientes com perda da capacidade funcional por unidade.

São compostas por 12 quartos, 3 com 4 leitos e 09 com 2 leitos. Para o acompanhante do idoso na unidade existe uma poltrona reclinável para que o acompanhante possa descansar. Na clínica médica III, há um banheiro disponível para os acompanhantes de todas as unidades realizarem sua higiene. Os acompanhantes de idosos recebem alimentação, oferecida no refeitório geral 3 vezes ao dia.

As unidades são coordenadas por um enfermeiro que se responsabiliza pela parte administrativa e de assistência de maneira geral, e outros sete enfermeiros responsáveis pela assistência em cada turno de trabalho. Da equipe fazem parte ainda vinte e quatro servidores do nível médio, cinco no turno da manhã, quando geralmente um técnico ou auxiliar de enfermagem sai para levar pacientes para exames externos. No turno vespertino ficam quatro funcionários, mas muitas vezes as saídas para exames externos também acontecem à tarde, resultando em sobrecarga de trabalho. No

período noturno trabalham três profissionais de enfermagem de nível médio e um enfermeiro em cada setor.

5.3 Participantes da pesquisa

Para Trentini e Paim (2004), os sujeitos escolhidos para a pesquisa devem estar envolvidos no problema, porque podem contribuir com informações que abrangem as suas várias dimensões. Na PCA o pesquisador não necessita utilizar critérios de escolha da amostra, mas deve valorizar a representatividade, enquanto atende à diversidade das informações.

Para amostra deste estudo foram selecionados 11 familiares acompanhantes de idosos dependentes internados em uma unidade de clínica médica do HU,. Inicialmente foi realizado contato verbal com o enfermeiro do setor, solicitando-lhe que indicasse ao pesquisador os idosos dependentes internados que estivessem acompanhados por familiares. Obtida essa indicação, foram convidados tais acompanhantes, explicando os objetivos da pesquisa e as implicações éticas de proteção aos participantes do estudo que constam no consentimento livre esclarecido (Apêndice 1), solicitando-lhes, que se estivessem de acordo em participar do estudo, assinassem o documento específico. Todos os familiares contatados aceitaram participar.

Para aferir o nível de dependência dos idosos foi aplicada a escala de atividades da vida diária de Katz (anexo 1). Nela foram avaliados seis (6) itens: Banho, Vestuário, Higiene Pessoal, Transferência, Continência e Alimentação. O somatório da tabela resultará no *escore* seis ou mais, dependendo da capacidade funcional do cliente (PRONEP, 2006). Nessa escala há uma régua graduada, incluída na escala para este estudo, com números de 6 a 18, direcionada por uma seta voltada para a direita. O número 6 define o idoso como independente; direcionamento para direita indicará o grau de dependência; idosos com *escore* 12 já apresentam um grau moderado de dependência, definindo como totalmente dependente o idoso que chegar ao *escore* 18.

Na identificação da amostra do estudo, foi utilizada a letra “F” para identificar a família, “A” para o acompanhante e “I” para o idoso, seguido de um número conforme a seqüência da pesquisa, que foi de 01 a 11.

Tabela 1 – Resumo dos participantes da pesquisa

Acompanhante (A)				Idoso (I)		
	Idade	Sexo	Grau de Parentesco	Idade	Sexo	Grau Dep. Escala Katz
F-1	38	Mulher	Filha	60	Mulher	16
F-2	23	Mulher	Filha	60	Mulher	18
F-3	49	Mulher	Filha	78	Homem	16
F-4	51	Mulher	Filha	79	Mulher	18
F-5	40	Mulher	Filha	64	Mulher	16
F-6	63	Mulher	Nora	81	Mulher	18
F-7	52	Mulher	Filha	81	Mulher	18
F-8	55	Mulher	Filha	92	Mulher	18
F-9	45	Mulher	Filha	90	Mulher	18
F-10	60	Homem	Esposo	60	Mulher	17
F-11	64	Mulher	Filha	89	Mulher	18

5.4 Coleta de dados

Para a coleta dos dados foram utilizadas as técnicas de observação participante e entrevista semifechada. Trentine e Paim (2004) dizem que a observação participante constitui a parte fundamental da pesquisa de campo, que permite captar fenômenos de uma situação social que não podem ser obtidos por meio de entrevista. E assim o pesquisador participa da vida cotidiana do grupo a ser estudado. A entrevista semifechada é realizada através de um instrumento de pesquisa com tópicos relacionados ao tema de estudo, mas a interação entre pesquisador e pesquisando deve progredir e assim poderão surgir novos questionamentos para explorar e aprofundar o assunto. Nessa modalidade o entrevistador deverá ter em mente um referencial teórico, que o direcionará a outros questionamentos não estabelecidos no roteiro inicial.

Os dados para esta pesquisa foram obtidos com a utilização desses dois métodos citados. Num primeiro momento após aceitarem participar os familiares acompanhantes eram convidados a estar com o pesquisador em uma sala, oferecendo-lhes mais privacidade para se expressarem. As entrevistas foram registradas em gravador, que era desligado quando o entrevistador percebia que os participantes se sentiam constrangidos, ao fazer algum comentário sobre outro familiar ou sobre os serviços prestados pelas instituições de saúde, de maneira a deixá-los mais à vontade.

Para a entrevista foi utilizado um instrumento de coleta dados (Apêndice 2) com perguntas semifechadas, elaborado com o objetivo de contemplar todas as etapas do processo de assistência de enfermagem de Neuman, sugeridas por George (2000), para identificar os estressores intra, extra e interpessoais. Tal instrumento contempla três fases: a identificação dos fatores de estresse nos acompanhantes e idosos dependentes: fatores físicos (grau de morbidade, variação orgânica e psicossocioculturais, atitudes, valores, relacionamento com a família, rede de apoio), através de perguntas semifechadas, seguido do planejamento das ações; e por último da fase de implementação.

Após o primeiro contato, os dados eram coletados por meio de observação participante, que se concretizou em todos os momentos da pesquisa, mas principalmente durante a execução de procedimentos e nas ações educativas nos quartos dos idosos, bem como nas visitas domiciliares, onde foi possível visualizar com mais clareza o comportamento do familiar acompanhante diante da situação de estresse sem o aparato hospitalar.

Durante toda pesquisa foi utilizado foi o prontuário clínico dos idosos, com dados referentes ao diagnóstico, a resultado de exames e as evoluções diárias dos profissionais da saúde. Essas informações foram importantes para complementação da pesquisa.

Facilitou a realização da pesquisa o fato de que o pesquisador conhecia bem o contexto no qual o estudo foi realizado, bem como, as normas e rotinas da instituição além de ter uma boa interação com a equipe interprofissional.

5.5 Análise e interpretação

Da área assistencial de enfermagem emergem muitas informações de pesquisa, que requerem a utilização de uma variedade de técnicas de análise. Na pesquisa convergente assistencial a fase de análise e interpretação das informações contempla quatro etapas: Apreensão, síntese, teorização e transferência (MORSE & FIELD, 1995 apud TRENTINE e PAIM, 2004).

5.5.1 Apreensão – Organização dos dados

Para as autoras Trentine e Paim (2004), essa etapa é iniciada com a coleta dos dados, após a qual são organizados os relatos, por meio de apreensão. Os dados podem ser organizados através de códigos; para identificá-los o pesquisador deve ler as entrevistas quantas vezes forem necessárias e refletir sobre as informações coletadas, delas extraindo os termos que se repetem e que guardam força explicativa.

Nesta pesquisa, após várias leituras os dados inicialmente gravados ou registrados pelo pesquisador na entrevista e na observação participante foram extraídos relatos e criados códigos referentes à interpretação das expressões. Em seguida, foram formadas categorias com os códigos similares, como se pode observar no exemplo abaixo:

Relatos	Códigos	Categorias
<i>O que mais preocupa a gente é se ela vai assim acamada pra casa, e pior ainda com esta sonda no nariz para se alimentar, achamos difícil cuidar desta sonda.(A-6)</i>	- cuidando do idoso dependente	MEDO DE CUIDAR
<i>Só queria pedir para vocês dizer pra ela comer, ela não ta comendo, acho que ela não quer, e se for sem a sonda, vai ser a mais fácil de cuidar, se a gente insistir sei que ela vai comer (A-10).</i>	Dificuldade em aceitar a nova realidade. - Antecipando as dificuldades	
<i>A gente estando aqui é muito bom é como se fosse uma ajuda, eu me sinto mais segura aqui do quando ela está em casa (A-1)</i>	- Sentindo segurança no ambiente hospitalar	

5.5.2 Síntese

Esta outra etapa da análise e interpretação é a síntese, em que deverão ser examinadas a variação e a associação das informações coletadas. Aqui o pesquisador deve dominar o tema investigado e ter condições de criar um material ilustrativo para sintetizar e memorizar todo o processo do trabalho (MORSE e FIELD, 1995 apud TRENTINI e PAIM, 2004).

5.5.3 Teorização

Para Trentine e Paim (2004), a teorização significa revelar os valores encontrados nas informações. É um trabalho difícil e deve ser realizado através da fundamentação teórico-filosófica da pesquisa, confrontando-a com os dados analisados.

No presente estudo, após codificados e categorizados, os relatos foram interpretados e analisados através da teoria de Betty Neuman, considerando a classificação dos fatores de estresse, as linhas de defesa atingidas e os níveis de prevenção propostos pela teórica.

Para essa teorização também foi baseada em estudiosos na área da família e da gerontogeriatría.

5.5.4 Transferência

Na PCA, o processo de transferência oferece a oportunidade de dar significado aos achados e procurar incluí-los num contexto similar. Para socializar os resultados similares, nesse momento deve-se voltar à questão-problema da pesquisa e ver a possibilidade de aplicar seus resultados ao cenário assistencial, verificando os reflexos na qualidade da assistência. No presente estudo a aplicação da PCA é um contínuo, as fases não são dissociadas: ao mesmo tempo em que eram coletados os dados; e identificado os fatores de estresse, já era realizada a intervenção. A situação vigente analisada e os resultados socializados, procurando a mudança daquela realidade. Ao avaliá-los percebe-se que os resultados podem ser aplicados a qualquer realidade que envolva idoso dependente hospitalizado e seu familiar cuidador.

5.6 Proteção aos direitos dos participantes

Segundo Germano (2006), a preocupação em estudar ética na enfermagem tem evoluído com a organização da profissão, influenciada por marcos conceituais que sustentam uma luta ideológica e diferentes concepções de mundo na sociedade, refletido na prática profissional dos enfermeiros.

Esse assunto tem sido muito abordado na atualidade, principalmente com o avanço das tecnologias e deve merecer do profissional da saúde um grau de consciência cada vez maior, para que se respeite ao ser humano em sua totalidade (AZEVEDO e RAMOS, 1999). Por isso, neste projeto de pesquisa foram priorizados os princípios éticos, da Resolução nº. 196/96 (BRASIL, 2006), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo os seres humanos, e no que se refere ao consentimento livre esclarecido, preservando a identidade e assegurando sigilo das informações coletadas (Apêndice 1). Nesse termo está claro também que os familiares poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para eles e nem para os idosos internados.

Este projeto foi registrado no Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme parecer que constitui o anexo 2.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 Apresentando os participantes do estudo

Na captação das 11 famílias participante deste estudo, realizado de março a Julho de 2007, foi utilizada a metodologia proposta. Para melhor conhecer os familiares acompanhantes e os idosos desta pesquisa, a seguir será apresentado um resumo da história de cada uma.

Família 1

Idosa - 60 anos, solteira, católica, do lar, três filhos, mora com um deles, natural e procedente de Florianópolis/SC. Internou com diagnóstico de cirrose hepática. Portadora de diabetes melito e hipertensão arterial, usa insulino terapia. Mantém-se no leito, necessitando de ajuda para os cuidados de higiene, alimentação por sonda nasoenteral (SNE), usa fralda geriátrica. Apresenta confusão mental devido a um comprometimento neurológico.

Acompanhante - casada, 38 anos, católica, costureira, ensino fundamental completo, três filhos, natural e procedente de Florianópolis/SC. Relatou que a idosa tem bom relacionamento com a família, no entanto não fala com uma filha que mora na mesma rua, o que a deixa a idosa muito triste.

Família 2

Idosa - 60 anos, amasiada, evangélica, do lar, oito filhos, mora com o companheiro, primeira internação, natural e procedente de Biguaçu/SC. Internou com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC)

Mantém-se no leito, com hemiplegia à direita, necessitando de ajuda para os cuidados de higiene, alimentação por SNE, após a alta a família não conseguiu cuidar da alimentação enteral e houve a necessidade de uma gastrostomia, usa fralda

geriátrica. Comunica-se apenas por gestos e expressão facial.

Acompanhante - 23 anos, casada, evangélica, costureira, 7ª série do ensino fundamental, três filhos, natural e procedente de Biguaçu/SC. Relatou que a idosa tem bom relacionamento com a família, no entanto não fala com um filho, devido ao seu segundo casamento. A acompanhante realizava visitas diárias para idosa e permanecia com ela grande parte do dia; procurou envolver as outras irmãs nos cuidados, mas sem sucesso. Após a alta hospitalar a idosa ficou aos cuidados do esposo.

Família 3

Idoso - 78 anos, viúvo, católico, aposentado, dois filhos, mora com a filha; natural e procedente de Florianópolis/SC. Internou com diagnóstico de queda do estado geral e abstinência alcoólica.

Mantém-se no leito, com confusão mental, necessitando de ajuda para os cuidados de higiene, alimentação por SNE, porém durante a internação apresentou uma ótima recuperação, alimentando por via oral, e com melhora do quadro neurológico, mas necessitando de ajuda para os cuidados de higiene e alimentação.

Acompanhante - 49 anos, casada, católica, do lar, ensino médio completo, três filhos, natural e procedente de Florianópolis/SC. Verbalizou que o idoso não tinha bom relacionamento com os filhos, devido ao alcoolismo, porém ia acolhê-lo em sua casa e responsabilizar-se pelos cuidados do pai, permaneceu com ele durante toda a internação, e poucas vezes se revezou com a irmã.

Família 4

Idosa - 79 anos, viúva, evangélica, do lar, dois filhos, mora com a filha; natural, e procedente de Florianópolis. Internou com diagnóstico de pneumonia aspirativa. Mantém-se no leito, não responde a estímulos verbais, apenas com abertura ocular espontânea; apresenta hemiplegia à esquerda, o que a torna dependente para os cuidados de higiene; alimentação por SNE; após alguns dias foi submetida a uma gastrostomia.

Acompanhante - 51 anos, casada, evangélica, do lar, 7ª série do ensino fundamental, cinco filhos; natural e procedente de Florianópolis/SC. Acompanhava a

mãe durante algumas horas do dia, revezando-se com uma cuidadora particular, que já atende a idosa há um ano, porém, declarou que pretende deixar esse trabalho. A acompanhante não relacionava-se bem com sua irmã, visita a idosa, quando esta filha está ausente do hospital.

Família 5

Idosa - 64 anos, casada, espírita, aposentada, cinco filhos, mora com o esposo, natural, e procedente de São José/SC. Internou com diagnóstico de queda do estado geral/anorexia. Mantém-se no leito, responde muito pouco aos estímulos verbais, porém alerta; apresenta hemiplegia à esquerda, seqüela de AVC ocorrido há nove anos. Era dependente para os cuidados de higiene, alimentação por sonda nasoenteral; após alguns dias aceitou a alimentação por via oral e foi de alta sem a sonda.

Acompanhante - 40 anos, casada, evangélica, do lar, ensino médio completo, sem filhos, natural e procedente de São José/SC. Reveza-se com sua irmã nos cuidados com sua mãe, que é acompanhada 24 h por dia durante toda internação.

Família 6

Idosa - 81 anos, viúva, católica, aposentada, 5 filhos, mora com a nora e o filho, natural, e procedente Palhoça/SC. Internou com diagnóstico Pneumonia e úlceras de pressão.

Mantém-se no leito, não responde aos estímulos verbais, porém alerta, com abertura ocular ao chamado, queda do estado geral, dependente no leito para todos os cuidados; alimentação por sonda nasoenteral; foi acompanhada durante a internação pela nora que permanecia alguns períodos no hospital.

Acompanhante - 63 anos, casada, católica, do, aposentada, natural e procedente de Palhoça/SC. Cuida da idosa no domicílio, inclusive nos cuidados com os curativos das úlceras de pressão, revezando-se com a filha da idosa.

Família 7

Idosa - 81 anos, viúva, católica, aposentada, dois filhos, mora com a filha; natural e procedente de Florianópolis/SC. Internou com diagnóstico de AVC

hemorrágico. Mantém-se no leito, responde muito pouco aos estímulos verbais, torporosa, com plegia dos membros, movimenta apenas o MSE. Era totalmente dependente para os cuidados de higiene; alimentação por sonda nasointestinal; após alguns dias de internação foi a óbito.

Acompanhante - 52 anos, divorciada, católica, recepcionista, ensino médio completo, um filho, natural e procedente de Florianópolis/SC.

Cuida sozinha da sua mãe idosa, era independente, após a doença tornou totalmente dependente, verbalizou que teria muitas dificuldades de cuidar no domicílio, porém a idosa foi a óbito.

Família 8

Idosa - 92 anos, viúva, católica, aposentada, cinco filhos, mora na sua residência, sob os cuidados das filhas; natural e procedente de Florianópolis/SC. Internou com diagnóstico de pneumonia aspirativa. Mantém-se no leito, não responde aos estímulos verbais, porém alerta; apresenta plegia e início de atrofia nos MMSS e MMII devido à seqüela de AVC, ocorrido há três anos. É dependente para os cuidados de higiene, alimentação por sonda nasointestinal. Foi de alta hospitalar com a sonda para alimentação.

Acompanhante - 55 anos, casada, católica, cabeleireira, 2º ano do ensino médio, dois filhos casados, natural e procedente de Florianópolis/SC. Revezar-se com sua irmã nos cuidados com a idosa, acompanhando-a paciente 24 h por dia durante a internação. Em domicílio elas criaram uma escala para trocas a cada 24 h entre três irmãs. A organização familiar tem facilitado a prestação do cuidado.

Família 9

Idosa - 90 anos, viúva, evangélica, aposentada, três filhos, mora com o filho; natural, procedente de Florianópolis/SC. Internou com diagnóstico de queda do estado geral. Mantém-se no leito, não responde aos estímulos verbais, porém alerta; apresenta hemiplegia à direita, seqüela de AVC ocorrido há dois anos. É dependente para os cuidados de higiene e necessita ser alimentada por via oral; apresenta úlceras de pressão infectadas na região do trocânter, direito e esquerdo. Após duas semanas de

internação foi a óbito.

Acompanhante - 45 anos, casada, evangélica, do lar, 3ª série do ensino fundamental, três filhos adultos que trabalham fora; natural e procedente de Florianópolis/SC. Visita esporadicamente a paciente, alegando não ter condições físicas nem financeiras para ir ao hospital todos os dias. Relatou que em domicílio seu esposo ajuda nos cuidados de higiene com a sogra e ela própria faz os curativos com materiais fornecidos pela UBS.

Família 10

Idosa - 60 anos, casada, católica, aposentada, dois filhos, mora na sua residência com o esposo; natural e procedente de Imaruí/SC. Internou com diagnóstico de esclerodermia. Mantém-se no leito, não responde estímulos verbais, apresenta dificuldade motora; ajuda-se para higiene e conforto no banheiro em cadeira de banho, mantém-se em fluidoterapia por veia periférica, inicialmente com alimentação por SNE, porém gradativamente foi aceitando dieta via oral. Foi de alta em cadeira de rodas e alimentando-se com sua própria mão.

Acompanhante - 60 anos, casado, católico, aposentado, dois filhos casados, natural e procedente de Imaruí/SC.

Cuidou da esposa durante toda a internação, permanecendo nas 24 h com ela, negava-se a se revezar com a nora, alegando que não ficaria tranquilo em casa, pois sempre foi ele que cuidou da esposa.

Família 11

Idosa - 89 anos, viúva, católica, aposentada, seis filhos, mora com a filha, natural, e procedente de São José/SC. Internou com diagnóstico de AVC. Mantém-se no leito; inicialmente respondia pouco aos estímulos verbais, porém no terceiro dia já ficou torporosa; recebe alimentação por SNE; totalmente dependente para os cuidados. Após dez dias de internação foi a óbito.

Acompanhante - 64 anos, casada, católica, do lar, três filhos casados, natural e procedente de São José/SC. Realizava visitas diárias no período noturno, enquanto seu

esposo dorme, pois tem problemas de saúde e não pode permanecer sozinho. Duas irmãs que moram em outra cidade vieram para acompanhar a idosa durante a internação.

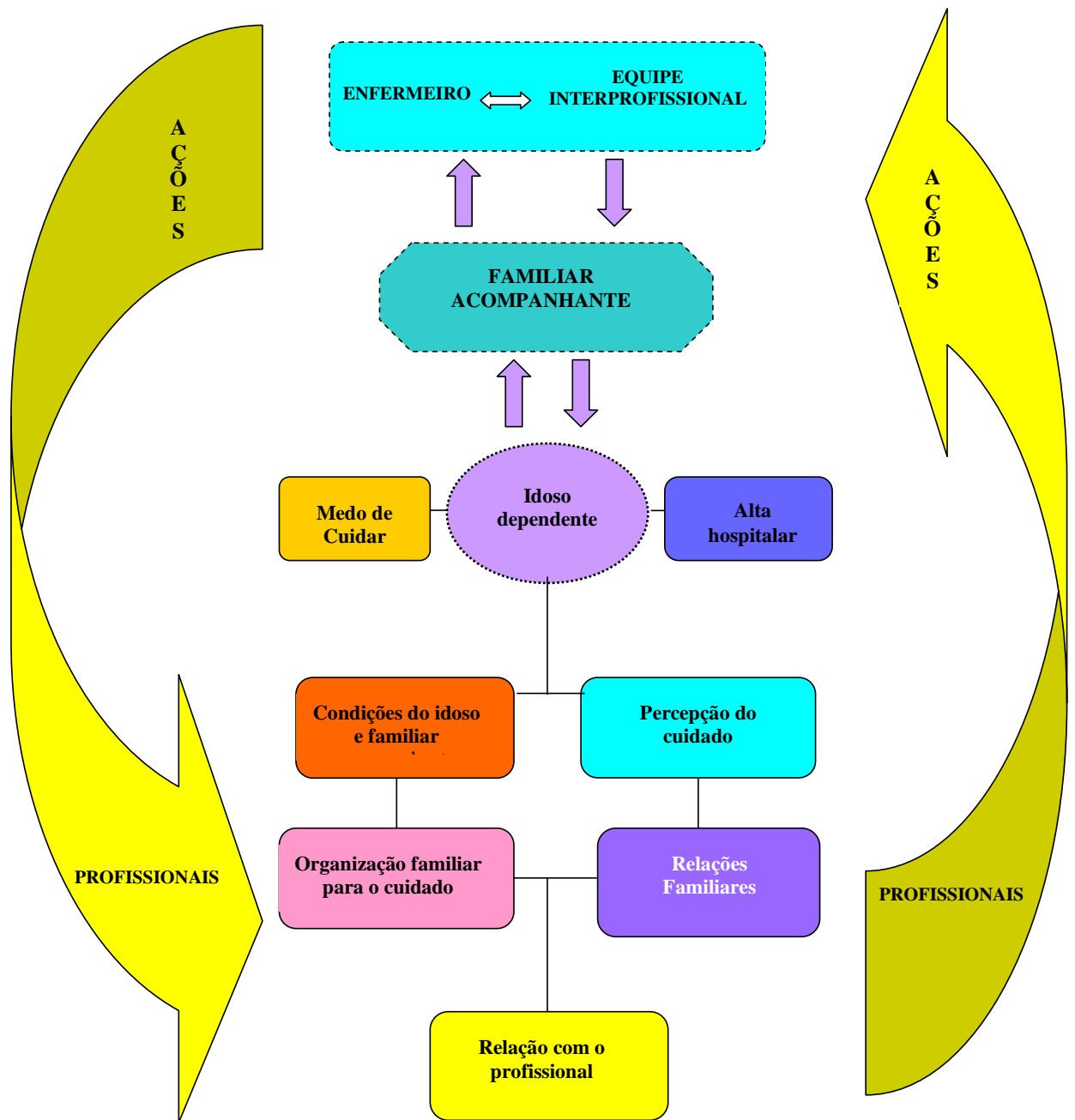
6.2 Apresentando as categorias interrelacionadas

A ilustração a seguir representa a inter-relação das categorias desta pesquisa. Ilustra o enfermeiro e a equipe interprofissional que, ao identificar os estressores vivenciados por familiares acompanhantes, interage e intervêm com eles propondo mecanismos de enfrentamentos para o controle do estresse, através de ações profissionais, em torno dos problemas vivenciados por estas pessoas.

Estas categorias estão interrelacionadas, sendo que, o medo de cuidar dos acompanhantes, depende de sua percepção sobre o cuidado prestado ao idoso, bem como, das condições biopsicofisiológicas de ambos, mas também da organização familiar para o cuidado. Suas relações familiares e com os profissionais, são fatores importantes, para uma boa qualidade no cuidado prestado ao idoso, contribuindo para o entendimento dos procedimentos durante a internação e após a alta hospitalar.

Importante lembrar, que a interação interprofissional com o familiar acompanhante, é uma via de mão dupla, pois o envolvimento nesse processo deve ser mútuo e contínuo, priorizando as necessidades dos idosos e seus familiares, como mostra o diagrama a seguir:

Figura 2 – Diagrama de inter-relações de categorias



A percepção que o familiar acompanhante tem do cuidado com o idoso, está relacionada com sua organização para atender suas necessidades. Que poderá ser dificultada pelas relações familiares conturbadas e as condições físicas do idoso; ou de

seu próprio estado de saúde. No entanto, as ações do enfermeiro e da equipe interprofissional nesse processo de hospitalização e alta, poderão facilitar na realização do cuidado prestado pelos acompanhantes aos idosos dependentes, como pode ser visto no capítulo a seguir de análise e discussão:

6.3 Análise e Discussão dos resultados

A organização e análise dos dados coletados no presente estudo permitiram identificar 26 códigos que compuseram oito categorias, que contribuíram na compreensão dos estressores identificados entre os acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e alta, como pode ser observadas a seguir:

6.3.1 Condições do idoso e do familiar para o cuidado

Esta primeira categoria foi formada a partir de três códigos: *condição de dependência, problemas de saúde do familiar acompanhante e espiritualidade da família*. Ela contempla o estado físico dos idosos dependentes, e as condições de saúde do acompanhante para cuidar do idoso hospitalizado. A maioria dos idosos envolvidos na pesquisa apresentava sua capacidade funcional totalmente comprometida. Eram acamados, todos com perda parcial ou total da função motora, geralmente recebiam alimentação por sonda e higiene no leito, usavam fraldas geriátricas para eliminações fisiológicas e punção venosa para fluidoterapia.

Para aferir seu nível e dependência, foi utilizada a escala de Katz, que acusou um escore entre 16 e 18 na maioria dos idosos participantes do estudo, ou seja, um alto grau de dependência. Três idosos recuperaram parte da sua capacidade funcional, porém a maioria permaneceu dependente, o que exige um alto grau de cuidados, como se percebe nas notas de observação (NO) e relatos abaixo:

Paciente permanece no leito, onde recebe todos os cuidados de higiene e conforto. Está restrito no leito, pois tem períodos de agitação psicomotora. Não aceita a dieta via oral. (I-2)

Paciente permanece no leito, onde recebe todos os cuidados de higiene e conforto. Apresenta paresia de membros inferiores, responde pouco aos estímulos verbais. Mantém fluidoterapia em MSD. (I-4)

Paciente permanece no leito, onde recebe todos os cuidados de higiene e conforto. Com uma úlcera de pressão, contaminada, secreção purulenta. Com incontinência urinária, usa de fralda geriátrica. (I-6)

O que mais me preocupa é se ela entra em coma e fica paralisada na cama, porque tem ah! Tudo preocupa, a gente se preocupa se ela vai voltar a falar, e se ela vai comer pela boca de novo, porque se ela for com aquela sonda pra casa, nem sei como a gente vai fazer para cuidar dela. (A-2)

O que mais preocupa a gente é ela estar assim, sem falar na cama, tentamos dar comida, mas ela não come não, sei que vamos ter de ficar mais perto dela, que ela, com está com sonda. (A-5)

Como mostram esses relatos, a perda da capacidade funcional é fator muito preocupante para os familiares, pois requer uma nova organização familiar para enfrentar a situação. Para Lemos e Medeiros (2006), a velhice não é sinônimo de doença, mas há maior risco da perda da capacidade funcional. Muitos idosos conseguem cuidar de si mesmos, mas com a idade mais avançada eles se tornam incapazes de realizar as atividades da vida diária precisando da família para atendê-los em suas necessidades básicas.

Quando as condições do idoso evoluem para um estado de maior dependência física, aumenta a sobrecarga da família, pois além dos cuidados básicos de higiene e alimentação, assume cuidados mais complexos.

Neste estudo os acompanhantes eram principalmente as filhas que dedicavam-se interruptamente aos cuidados no hospital. Mas em alguns casos havia uma troca entre os membros da família para acompanhar o idoso, contudo muitas dessas pessoas apresentavam problemas de saúde o que dificultava sua permanência como acompanhante durante longos períodos. Pois um ser humano para cuidar de outro, deve estar em boas condições físicas e psicológicas, mas diante da necessidade de cuidar de um parente idoso e fragilizado, seu bem estar fica em segundo plano como pode ser observado nos relatos a seguir:

Ah! Eu faço o que posso, mas eu tenho problema de saúde também, já sofri um enfarto, por isso não posso ajudar muito, não posso fazer força, às vezes eles pensam (referindo-se aos funcionários) que eu não quero ajudar no banho e trocar a mãe, mas é porque não posso fazer força. (A-4)

Eu tenho vários problemas, inclusive de coração, mas faço tratamento. (A-7)

Eu tenho pressão alta e depressão, tenho até ido a uma psicóloga, porque perdi o meu irmão há 7 meses, e agora a mãe assim. (A-8)

Eu tenho problema de labirintite, o médico proibiu até de andar de ônibus, mas fazer o que eu tenho que vir aqui né? Mas eu tenho tomado remédio. (A-9)

A gente vai levando, agora mesmo vim da fisioterapia, tenho problema sério de coluna, mas se Deus me deu esta missão é porque é para eu cumprir, faço tudo isso com muito amor (A-11).

Nesses comentários é possível constatar que as linhas normais de defesa desses acompanhantes estão comprometidas, necessitando de uma intervenção no nível de prevenção secundária. Nessa situação o papel do enfermeiro é orientar e estimular as pessoas em relação ao cuidado de sua saúde. Um diálogo com esse familiar é importante para estimular uma reorganização do cuidado ao idoso e estabelecer um revezamento quando possível, no acompanhamento hospitalar. Cuidar durante 24 h de uma pessoa dependente e com sua condição de saúde agravada no ambiente é uma tarefa difícil, principalmente para aquelas pessoas com a saúde prejudicada. Para uma dos familiares acompanhantes do estudo foi oportunizada uma consulta médica pois seu problema exigia atendimento imediato.

Néri e Carvalho (2006) afirmam que a situação de “ser cuidador” afeta toda sua vida, seu bem-estar físico e psicológico, geralmente fica mais exposto a doenças físicas e a estados emocionais negativos, causando uma sobrecarga que fez emergir problemas antes adormecidos.

Diante de uma situação de crise e medo, principalmente na iminência de perder uma pessoa querida, muitas vezes só o apoio espiritual pode ajudar. Percebeu-se, nos momentos de interação com esses acompanhantes, que o fato de se reportar a Deus procurando conforto espiritual naquele momento, fortalecia suas esperanças para não sucumbir.

Saldanha (2004) afirma que a espiritualidade parece ser uma estratégia para enfrentar eventos estressantes. Ela pode trazer um estado de bem-estar físico e

emocional. Dessa forma as linhas de defesa dos familiares fortaleciam-se, para enfrentar os fatores estressantes inerentes ao cuidado do idoso hospitalizado.

Ah!, a gente se apega a Deus né! Somos muito católicos, inclusive minha mãe, vamos esperar vê o resultado da tomografia e esperar pra ver o que vamos fazer (A-3).

Agente vai se apegando com Deus, só ele para dar forças (A-5).

Ah, eu estou bem me apego com Deus, mas agente se preocupa também com o pai que tem 67 anos, agente diz para ele ir ao médico, mas é difícil ele não quer ir, só quer cuidar da mãe (A-5).

Em seu modelo teórico Neuman diz que o enfermeiro é um participante ativo junto ao cliente para que possam influenciar nas respostas aos agentes estressores (FREESE; BACKMAN; HARGES, 1998). E como se percebe na discussão desta categoria, a força de estresse causa um desequilíbrio no organismo que pode ser contínuo, necessitando de mecanismos que levem a uma reeducação ou readaptação dependendo da intensidade com que foram afetadas as variáveis do idoso e seu familiar acompanhante.

6.3.2 Medo de cuidar

Esta categoria aborda o cuidado prestado pelo acompanhante a idosos dependentes hospitalizados, seus medos e dificuldades para enfrentar essa nova realidade, tanto no ambiente hospitalar como no próprio domicílio. Foi elaborada a partir de quatro códigos: *Cuidando do idoso dependente, dificuldade em aceitar a nova realidade, sentindo segurança no ambiente hospitalar e dificuldade nos cuidados mais complexos.*

Como é possível observar nos relatos, a preocupação com a manipulação da sonda nasointestinal (SNE) e realizar curativos ou procedimentos que exijam treinamento e desenvolvimento de habilidades específicas, após a alta hospitalar, era constante entre os acompanhantes. Esse estressor pode ser classificado como extra e interpessoal. Durante o estudo e diante dos estressores era realizada uma intervenção a

nível de prevenção secundária, reforçando as linhas normais de defesa através de uma ação conjunta, envolvendo os familiares nos cuidados através da manipulação de sondas e orientação sobre cuidados específicos, assim como respondendo a questionamentos e dúvidas. Alguns tinham mais dificuldades que outros, dependendo da sua compreensão acerca dos procedimentos, porém todos demonstraram interesse nas atividades.

Se ela for pra casa assim com sonda e urinando na fralda, vai ser pior ainda né!, Vamos ver o que vai dar (A-3)

Eu sei que ele ficou assim porque bebeu a vida inteira, mas espero que ele melhore, ao menos que vá pra casa sem sonda, porque senão vai ser mais difícil cuidar dele e da minha mãe também...(A-3)

O que mais me preocupa agora é saber se ela vai bem para casa se vai com a sonda ou não, para nos prepararmos, porque da outra vez que ela deu derrame nós conseguimos nos virar, minha irmã ajudava o pai a cuidar dela, a gente se revezava agora tá difícil, agente não sabe o que fazer. (A-5)

O que mais preocupa a gente é se ela vai assim acamada pra casa, e pior ainda com esta sonda no nariz para se alimentar, achamos difícil cuidar desta sonda. (A-6)

Nesses outros relatos, observa-se a perspectiva negativa que a própria situação de dependência acarreta, pois para o ser humano, padrão de saúde é ser responsável por suas atividades diárias; além disso, muitas vezes, as pessoas sentem-se culpadas, com um sentimento de frustração em não poder oferecer o conforto merecido a uma pessoa dependente.

Nesse momento o papel do enfermeiro é colocar-se á disposição do acompanhante, procurando amenizar a situação, reforçando as orientações do cuidado para que ele fique mais seguro para realizá-los. No entanto, este profissional deve ter a compreensão do momento para que essas ações sejam realizadas, pois quando esses acompanhantes estão abalados emocionalmente, com sua linha flexível de defesa debilitada, a abordagem não deve envolver preocupação com os cuidados, deve centrar-se no apoio moral e espiritual.

Eu nem sei o que fazer, se ela ficar assim eu não vou poder trabalhar mais, a minha nora vai ganhar nenê de uma hora para outra, eu nem sei o que fazer se ela ficar assim. (A-1)

Na verdade o médico disse que acha difícil ela sair daqui, mas se ela sair, a gente nem sabe o que fazer, porque a cama lá de casa é muito ruim, não é como no hospital. (A-7)

O que mais me preocupa é ela se recuperar e andar, o problema é que ela não quer comer, e aí fica com fraqueza....Com aquela sonda no nariz é muito ruim, o médico disse que ia colocar uma o estômago, porque aquela do nariz e o aparelho ficam apitando o tempo todo. (A-10)

A gente tem medo dela se afogar, às vezes a gente se sente culpada, será que ela não ficou assim com pneumonia porque demos comida pela boca, sei lá. (A-8)

Só queria pedir para vocês dizem pra ela comer, ela não ta comendo, acho que ela não quer, e se for com uma sonda, tem que ser a mais fácil de cuidar. Se a gente insistir sei que ela vai comer. (A-10)

Nesse último relato observa-se um sentimento de negação quanto ao estado clínico da idosa, pois referia que ela não se alimentava porque não queria e que se esse problema fosse resolvido ela iria de alta. Algumas vezes insistiu mesmo sem autorização médica, para que ela aceitasse a alimentação. Houve caso que necessitou uma abordagem interprofissional com o serviço de psicologia, pois na fase de negação pode haver muita resistência em aceitar os argumentos em relação as condições físicas de seu familiar.

Para esse acompanhante, embora o ambiente hospitalar seja um local organizado com normas e rotinas e muitas vezes sem uma estrutura que atenda as necessidades desses familiares, sentiu-se mais seguro, devido ao aparato oferecido pela instituição no cuidado ao idoso dependente, podendo tal sensação relacionar-se à insegurança de prestar essa ajuda em domicílio.

Mas sabe-se que o número de leitos hospitalares não tem sido suficiente para comportar a demanda de idosos doentes. Às vezes o idoso dependente permanece hospitalizado devido a problemas sociais, ou porque a família não se sente preparada para cuidar dele, fazendo com que as emergências formem filas de macas nos corredores com idosos totalmente debilitados. No entanto se esses familiares forem devidamente envolvidos no cuidado, esse problema poderá ser amenizado continuando

o tratamento imprescindível em domicílio.

Contudo essas famílias ao perceberem as más condições de saúde de seu parente idoso, necessitam do aparato hospitalar para ajudar a recuperá-la, o tratamento do idoso numa fase aguda de saúde prejudicada é imprescindível, momento em que os familiares acompanhantes devem ser ajudados na continuidade do cuidado com o idoso após a alta hospitalar.

A gente estando aqui é muito bom, é como se fosse uma ajuda. Eu me sinto mais segura aqui do que quando ela está em casa. (A-1)

Durante a hospitalização de um idoso é função do enfermeiro atuar como facilitador do familiar acompanhante, pois para a maioria deles, manipular sondas, drenos ou curativos é uma tarefa muito árdua. Por isso envolvê-los nesses cuidados deve ser um processo lento e progressivo, levando em consideração a reação de cada um com esse estressor.

Pena e Diogo (2005) dizem que a boa comunicação entre os profissionais e acompanhantes é essencial para a participação no cuidado. O profissional deve oferecer mais informações sobre o cuidado com o idoso, verbalizando de forma clara, considerando a capacidade de compreensão de cada um.

Quando foram botar aquela sonda, eu até fui para o banheiro, acho muito ruim.. (A-1)

O que mais me incomoda é ver ela sofrer assim, bota sonda, tira sonda, saiu a sonda do lugar, e ai furam ela pro soro, isso me incomodou bastante, me deixou triste. (A-4)

Um dos familiares acompanhantes aceitou melhor o cuidado após uma abordagem estratégica. Ao convidado para realizar com o pesquisador o curativo na inserção da gastrostomia ela desabafou:

Eu nem tenho coragem de ver isso não. (A-4)

Após ser estimulada, calçou as luvas com o enfermeiro, um pouco apreensiva e ansiosa, mas aceitou ajudar no procedimento, menos tensa, relatou:

Agora eu fico mais tranqüila, achei que tinha um buraco ali, não é tão feio assim. (A-4)

Ter o familiar acompanhante como parceiro do cuidado, às vezes parece uma tarefa difícil, mas com pequenas ações progressivamente vai acontecendo o aprendizado. O simples fato de pedir que participem já lhes provoca um sentimento de valorização, aumentando-lhes a auto-estima, e por estarem ajudando um profissional habilitado são estimulados avançar no aprendizado. Schier; Gonçalves e Lima (2003) perceberam que os familiares se sentem mais confiantes e menos temerosos se apoiados na aprendizagem das funções de cuidador antes da alta hospitalar.

Nesse relato se percebe a importância dessa ação educativa com os familiares acompanhantes durante a hospitalização de seu parente idoso dependente, pois reduz sua ansiedade quando ao desempenho ao cuidar em domicílio.

Aqui vocês são muitos bons, ensinando as coisas assim a gente vai poder aprender para fazer em casa, né. (A-2)

6.3.3 Relações familiares

A família é uma unidade em constante transformação e mudança. Cada uma traz consigo uma história, incorpora crenças e valores. Contudo, está sujeita a conflitos, algumas vezes relacionados a questões como afetividade e poder.

Para Neuman os indivíduos estão em constante troca de energia dinâmica com o ambiente, no caso das relações familiares, quando encontra-se em desarmonia o que é bastante presente neste contexto, elas podem atuar como importante fator de estresse (GEROGE, 2000).

Para este estudo conceituou-se família em unidade que vivencia estressores e

que, ao interagir com essas forças busca enfrentamentos que auxiliam no bem-estar físico e emocional, mas muitas vezes necessita da intervenção do enfermeiro, pois está sujeita a desentendimentos entre seus membros, que podem ser amenizados com a mediação de um profissional da equipe de saúde.

Nesta categoria, a análise e interpretação deste estudo aborda os conflitos familiares e relações de afetividade. Construída com a conjunção de dois códigos: *relações familiares conturbadas e cuidando e confortando*.

Marcon (1999), em estudo realizado em Maringá/PR, diz que um dos indicadores de qualidade de vida é a harmonia entre os membros de sua família, na qual uns dos principais motivos das desavenças são os problemas financeiros, além de motivos fúteis ou contraste de gerações devido a diferença de valores e crenças.

Neste estudo foram observadas relações familiares conturbadas, no relato de seis acompanhantes estes problemas influenciam negativamente na recuperação do idoso e na organização do cuidado familiar que lhe é prestado, como consta nos depoimentos a seguir:

Eu que cuido da minha mãe, porque meu marido trabalha e ela não se dá bem com minha irmã, nem se falam, isso porque ela mora na mesma rua, ela nem se interessa em sabe nada da mãe. (A-1)

A gente se dá bem, mas meu irmão não apareceu mais depois que a mãe casou de novo. (A-2)

Ela se dá bem com todo mundo, só que o meu sogro não fala com o outro filho, isso é ruim, porque ele não vai na casa dela, ela fica muito triste (nora de A-10)

Minha mãe sempre se deu bem com todo mundo, mas sabe como é, ne? Meus irmãos nem vieram aqui e quase não vão lá em casa, e nem os netos dela, ela outro dia tava muito triste com isso. (A-11)

Para Aquino e Cabral (2002), muitos desses conflitos são decorrentes de uma sociedade moderna, capitalista e com inversão de valores. Uma sociedade que, com o advento da família nuclear, tornou-se individualista, principalmente quando precisa assumir a responsabilidade de cuidar de um idoso e ainda dependente, que além de perder sua integridade física e poder decisório, é expectador de conflitos entre os

membros de sua família, experimentando uma sobrecarga emocional.

Intervir nesses estressores, junto com essas famílias é uma tarefa delicada. O enfermeiro deve ser imparcial e ético, ele pode mediar estratégias que possam reduzir essas forças de tensão. Sempre que esse assunto foi abordado nas entrevistas, o pesquisador procurou mostrar a importância de um bom relacionamento familiar para a recuperação ou manutenção do bem-estar do idoso e família; e colocou-se à disposição para ser um facilitador no diálogo.

Embora tenham predominado os conflitos negativos nas famílias estudadas, os próximos relatos revelam que é possível perceber sentimentos de solidariedade e ajuda aos idosos por seus familiares; muitos acompanhantes se desdobravam em suas atividades para estar o máximo de tempo possível com o idoso no hospital.

Agora a gente só tá pensando nela, vamos nos dedicar para cuidar dela, neste momento a gente nem pensa na gente. (A-6)

Nessas horas a gente nem pensa na gente, só pensa em cuidar dela, pois é ela que tá precisando de ajuda agora. (A-8)

O que a gente espera é que ela melhore desta pneumonia para ir para casa. A gente sabe que vai cuidar dela na cama, mas eu estou desempregada e vou dedicar-me o tempo todo. (A-5)

Percebe-se que nessa sociedade capitalista que a mulher está saindo de seu espaço doméstico, cada vez mais envolvida com o mercado de trabalho. Entre os acompanhantes participantes do estudo dez eram mulheres, casadas e com filhos. Diogo; Ceolin e Cintra (2005) afirmam que a mulher se evidencia como uma grande cuidadora, papel atribuído a ela social e culturalmente: cuidar do marido, dos filhos e das pessoas mais velhas.

Segundo o conceito de *enfermagem* definido neste estudo: o enfermeiro tem a responsabilidade de estar atento às necessidades da família e do idoso dependente. O profissional deve orientar os acompanhantes, com ações que amenizem seu estresse de forma organizada em harmonia com o contexto de cada família.

6.3.4 Relação com o profissional

Esta categoria aborda a interação entre profissionais e familiares acompanhantes cuidadores de idosos, o apoio dos enfermeiros em relação à nova realidade vivida e as ações desses profissionais da saúde. Dela fazem parte os seguintes códigos: *pedindo ajuda para a nova realidade, pedindo por ajuda profissional, confiando no trabalho da enfermagem, visualizando os profissionais da saúde.*

O relato a seguir revela que enfrentar a nova realidade de ter um parente idoso no estado de total dependência muitas vezes é uma situação difícil, requer uma reorganização dessa família para cuidar dessa pessoa. É nesse momento que a enfermagem tem o papel primordial de auxiliar a família, oferecendo-lhe mecanismo para enfrentar essa nova realidade.

Lacerda e Olininsk (2004) reforçam que os profissionais da saúde podem e devem ajudar os familiares a assistirem o paciente, levando-os a refletir sobre o cuidado a ser prestado para que possam alcançar uma independência necessária na situação vivida.

Ah! eu já tenho cuidado dela há um ano, pois antes ela morava com minha irmã, o problema agora é cuidar dessa sonda, né?, a gente vai ter que aprender bem, porque a médica disse que a gente pode dar a comida, picada, mas eu não sei tenho medo de entupir. (A-4)

Ao analisar o relato seguinte, observou-se um estressor extrapessoal, vivenciado por um acompanhante ao expor seu medo em comunicar uma perda na família de uma pessoa ligada ao idoso, situação que a levou necessitar de uma intervenção planejada e estratégica com o serviço de psicologia. O enfermeiro agiu como mediador através de uma prevenção secundária, reforçando as linhas de resistência do idoso, através de um trabalho em conjunto com o familiar acompanhante: o estressor foi amenizado.

A gente até queria pedir ajuda de vocês para contar pra ela que o pai dela faleceu, já faz três dias e não tive coragem de dizer nada, ela fica perguntando e eu digo que ele tá internado, tenho medo dela piorar (A-10)

Como já foi abordado anteriormente nesse estudo, em caso de parente idoso dependente o acompanhante demonstra muito medo, precisando ser ajudado a compreender essa nova tarefa e buscar recursos internos e externos. Para enfrentar a situação a ajuda do enfermeiro nesse momento é importante preparando o acompanhante com ações práticas para cuidar de si e do idoso dependente.

Gordilho et al. (2001) falam da importância de reforçar esse cuidado informal das pessoas próximas ao idoso, pois são elas que o ajudarão nas tarefas diárias, por isso cabe ao enfermeiro ensiná-los a fazê-las de forma prática. Podem ser ações individuais ou coletivas, ou de ambas as formas. Em sua pesquisa, Scheir (2001) apresenta uma ação educativa participativa, compartilhada e dialogada. Como resultado de sua pesquisa desenvolve encontros educativos na mesma instituição onde foi realizado este trabalho, realizando sessões quinzenais, com acompanhantes e com idosos internados nas clínicas médicas. Seu grupo chamado “Aqui e agora” trabalha as questões emergentes dos participantes que são compartilhadas durante o encontro, construindo uma consciência para o cuidado e autocuidado.

Já as ações individuais, foco deste trabalho, eram realizadas em todas as fases da pesquisa, que se traduz numa educação em saúde contínua, que é papel de enfermeiro.

Os relatos a seguir traduzem essa situação, que causa angústia e medo, principalmente quando esse familiar cuida sozinho. Este estudo revela que o efeito dos estressores no processo de cuidar ocorre de diferentes maneiras nos acompanhantes, o grau de reação depende muito do nível de compreensão e da experiência de vida de cada um. Os que já cuidaram de outra pessoa nessa situação podem ter adquirido conhecimento sobre o assunto, mas depende muito se a situação vivida foi positiva ou negativa. Importante salientar que, a resposta dos indivíduos aos estressores está relacionada diretamente com o conhecimento, empírico ou científico, que adquire durante sua vida.

Quando o acompanhante experimenta essa situação de cuidar de um idoso dependente hospitalizado, os estressores já ultrapassaram as linhas flexíveis de defesa,

ou seja, eles já estão instalados. O objetivo deve ser reforçar a linha normal de defesa, com ações da enfermagem, ativando as linhas de resistência para proteger a estrutura básica. Tal processo deve considerar a intensidade dos estressores que agem de maneiras diferentes para cada ser humano, por isso a abordagem é individualizada (GEORGE, 2000). Numa família bem organizada, com recursos para prover o cuidado e que tenha uma rede social operante, quando o idoso fica dependente e necessita de cuidados específicos, com uma carga maior de responsabilidade, o impacto do encontro com os fatores de estresse será menos intenso do que para uma família pouco organizada e desprovida de recursos e de apoio para prestar esse cuidado.

Vamos precisar de ajuda para lidar com a sonda e até alguma coisa que puderem conseguir para nós. (A-2)

O que vai mais me preocupar não poder dar o alimento pela boca dela, o médico disse que a gente pode fazer o alimento em casa e botar a li na sonda, mas eu preciso de orientação para isso. Espero que a mãe melhore e vá pra casa, só vamos precisar muito da ajuda de vocês com esta sonda, tenho muito medo. (A-4)

A gente espera que vocês ajudem e ensine a gente porque se ela for para casa com esta sonda vai ser muito difícil. Se vocês falarem com a enfermeira do posto para ajudar vai ser muito bom, pois a gente só usa o posto para pegar remédio. Ela precisa muito de ajuda, pois com aquela sonda é muito difícil cuidar dela e ainda está com diarreia e não está conseguindo controlar a urina.(A-5)

Muita coisa me preocupa, pois minha mãe já era doente, mas ainda se virava, comia com a mão dela e caminhava, agora ela ficou assim, não se mexe e ainda não consegue comer, só por aquela sonda, vou precisar muito da ajuda de vocês. (A-11)

Já nos relatos a seguir, percebe-se a segurança e a satisfação dos acompanhantes no trabalho da enfermagem, quando o enfermeiro se dispõe a envolvê-los nos cuidados com os idosos dependentes, considerando seus medos e limitações.

Esses familiares, mesmo estando num ambiente estranho ao do seu domicílio, passam por esse processo de maneira menos estressante, o que contribui para o entendimento sobre os cuidados que ali serão reproduzidos. E diminuindo esses estressores, o familiar acompanhante terá melhores condições para cuidar de seu parente idoso dependente e de si próprio. Neuman, apud George (2000), salienta que

há uma reconstituição quando há um aumento de energia em relação ao grau de agressão do estressor, que depende da mobilização de recursos para esse ajustamento.

A gente estando aqui é muito bom, é como se fosse uma ajuda, eu me sinto mais segura aqui. (A-1)

É muito bom vendo a mãe assim, vamos fazer o que puder por ela, mas o que vocês ensinaram ajudou muito....(A-1)

Ah! agora vou sair mais feliz daqui, porque sei que tem alguém que sabe e se preocupa com a situação do meu pai, e está disposto a nos ajudar, que bom. (A-3)

Claro que as orientações de vocês vão ajudar muito a gente se sente mais seguro assim. (A-5).

Estudo de Pena e Diogo (2005) realizado na cidade de São Paulo, revelou que os acompanhantes dizem que as características pessoais dos profissionais são importantes para a participação no cuidado. Ter habilidade de relacionar-se, humanismo e simpatia facilitam o relacionamento dentro do ambiente hospitalar.

Eu sei que o caso da mãe não tem mais jeito, até um profissional teve ali agora, achei ele meio ruim, ele disse no quarto que o caso da mãe é dinheiro jogado fora, sei que tem gente mais nova precisando de cuidados, até entendo este lado, mas claro escutar isso não é bom né. (A-1)

Em relação aos profissionais, você sabe né, nem todo mundo é igual, quando meu pai chegou na emergência fui tratado muito mal pela moça que atendeu, eu até falei pra ela que estava sendo paga pra isso, deixou meu pai ali, não pediu exames e nem falou direito com a gente, fiquei muito triste, não deve tratar um ser humano assim. (A-3)

Esses relatos dos acompanhantes revelam a insatisfação diante de comentários inadequados de alguns profissionais no momento em que estão passando por uma situação extrema de estresse, principalmente com a iminência de perder seu ente querido. Neste momento os profissionais devem ter cautela, principalmente ao verbalizar sobre as condições de saúde do idoso e seu prognóstico, menos nos casos em que isso é inevitável.

Sabe-se que cuidar de pessoas enfermas não é uma tarefa muito fácil, porém os

profissionais da saúde devem evitar expressar-se de modo que gere uma má interpretação, pois o acompanhante já está passando por um processo de crise e medo de cuidar, medo da perda da pessoa querida, o que leva a uma situação de estresse. O profissional deve despir-se de qualquer tipo de preconceitos, pois a família é uma unidade muito complexa, cada uma com sua história e características próprias.

Me deixa triste que eles pensem que a gente abandonou, mas é porque tá muito difícil mesmo, ela tinha só uma feridinha, aqui que se espalhou. As pessoas aqui acham que é a gente que abandonou, mas não é assim, é que não tenho condições de vir mesmo, o médico falou quer dizer deu uma indireta que a gente abandonou. (A-9)

Esse último relato vem de um acompanhante passando por um estressor extrapessoal, sentiu-se julgada negativamente por não estar acompanhando o idoso nas 24 horas. Segundo Neuman, para saber lidar com o estressor, deve-se conhecer o tipo, a natureza, a intensidade e o potencial de reação (GEORGE, 2000), pois diante de uma situação de estresse o ser humano está tão susceptível que a abordagem profissional deve ser cautelosa livre de pré-conceitos.

6.3.5 Organização familiar para o cuidado

Esta categoria aborda a organização das famílias para prestar o cuidado ao idoso dependente. E constituída de quatro códigos: idoso cuidando de idoso, assumindo o papel de cuidador principal, mudança na dinâmica familiar, organização familiar para o cuidado.

Estudos como o de Schier; Gonçalves e Lima (2001) revelam que muitos acompanhantes hospitalares de idosos têm 60 anos ou mais, pois os mais jovens geralmente têm outros afazeres, como cuidar dos filhos ou trabalhar fora de casa. Nos relatos seguintes desses familiares emerge a hipótese de que nem sempre os acompanhantes são idosos por uma necessidade de organização familiar. O fato pode estar relacionado à dependência emocional desse cuidador. O medo de perder seu cônjuge faz com que ele enfrente essa situação com desprendimento, colocando suas

limitações físicas e os problemas de saúde em segundo plano.

Com esse acompanhante, realmente houve uma abordagem interprofissional com a psicologia e serviço social para que se revezassem no acompanhamento da idosa ao menos por dois dias. Esta foi uma intervenção terciária, ou seja, a readaptação da situação, prevenindo futuras ocorrências (GEORGE, 2000). Ao mesmo tempo prevenção secundária, pois reduziu os níveis de estresse dos outros familiares em relação ao estado de saúde do acompanhante.

Eu já cuido dela há muito tempo, agora não to preocupado comigo não, o que importa é ela melhorar, começar a comer e ir embora. (A-10)

Eu vim para ficar com ela, mas ele não deixa, ele quer ficar aqui o tempo todo, e não aceita nossa ajuda.,Hoje eu vim pra isso, mas ele não tem jeito, fala para ele pra ir uns dois dias pra casa (nora referindo-se ao sogro de 60 anos) (F-10)

Segundo Karsh (1998), o processo de tornar-se cuidador é definido pelos prováveis cuidadores, e aí vai-se construindo a atividade de cuidar.

O presente estudo evidenciou que o papel de cuidador principal na família é definido segundo a organização familiar, que é diferente em cada uma: em primeiro lugar vem a questão do gênero, afetividade, grau de parentesco, idade, proximidade do domicílio, compromissos com trabalho e assim sucessivamente; porém, há casos em que o próprio idoso escolhe por quem quer ser cuidado, desconsiderando as premissas.

Ela foi lá pra casa, mas não se adaptou, então levamos ela pra casa dela, o marido dela ta cuidando (A-2 na visita domiciliar)

Agora quem vai cuidar dele em casa sou eu, porque os outros filhos são homens e trabalham fora, a minha mãe não pode cuidar porque já ta velha também, também, ele bebeu a vida toda, mas fazer quê, é pai né?. (A-3)

Agora vamos fazer o melhor para que ela fique bem, mesmo assim sem falar, vamos dar o que for melhor para ela porque ela já fez tanto por nós ne? (A-6)

Alvarez (2001) afirma que existem alguns fatores que contribuem para a

designação do papel de cuidador: o sentimento de solidariedade, transformado em dever humano de cuidar; costumes culturais e tradicionais e a coabitação em períodos que antecederam a dependência foram situações emergentes na sua pesquisa.

Neste estudo, talvez definido por valores culturais e históricos, foi predominante o cuidado prestado pelas filhas. Em algumas famílias a tarefa era dividida, mas a maioria cuidava sozinha, mesmo com outras obrigações diárias. Em duas famílias o cuidador era o esposo, mas esse papel foi definido por um dos cônjuges.

Muitas famílias realmente não têm como organizar-se para permanecer no hospital acompanhando seu parente idoso internado durante 24 horas, devido às dificuldades em que vive no seu meio familiar, com filhos pequenos, esposo e afazeres domésticos. Alguns familiares acompanhantes permanecem apenas algumas horas na instituição, momento em que o enfermeiro deve realizar as ações com eles. Pois essa situação pode levar o familiar a um sentimento de frustração, de culpa; por não ficar mais tempo com seu parente idoso internado e em alguns momentos por não estar preparado para cuidar.

Ta sendo difícil ficar aqui, eu venho e logo vou embora, porque não posso ficar, em casa para cuidar é melhor. O que mais me preocupa é ela ta aqui, porque é muito difícil para mim, meu marido trabalha e filhos também, cuidar dela aqui é muito difícil para mim. A gente não tem condições de cuidar dela aqui. (A-9)

Embora estudos como os de Sandri (1997); Gonçalves; Shier e Lima (1997); Marcon, (1999); Alvarez (2001); Scheir (2001, 2004); Gordilho et al. (2001); Lacerda e Olininsk (2004); Karsh (2003); Caldas (2003), Pena e Diogo (2005), tenham mostrado que na maioria dos casos um cuidador assume toda responsabilidade com o idoso, principalmente daqueles que se tornam totalmente dependentes, aumentando a demanda do esforço físico e psicológico, este estudo revelou que as famílias se organizam dentro de suas possibilidades e dos recursos de que dispõe, movida por sentimento de afetividade e ou de responsabilidade. Elas realizam as ações básicas para o cuidado com o idoso dentro de suas limitações.

Famílias já se organizam para o cuidado durante a hospitalização do idoso, facilitam as ações educativas do enfermeiro, pois elas podem ser mais bem direcionadas, promovendo uma interação entre ambos e amenizando as reações ao estresse da internação ou de uma nova situação em cuidar de procedimentos complexos.

Nos cuidados com ela minha nora me ajuda, eu dou o banho, troco ela, e a minha nora cuidamos da alimentação. (A-1)

A gente vai ver, eu e minha irmã que vamos nos revezar mais de perto com eles, porque com nossa mãe a gente não pode contar. (A-3)

A gente vai fazer o que tiver de melhor para ela, agora ela indo para casa eu e meu irmão, iremos cuidar dela. (A-5)

A gente tá se ajudando e umas cunhadas ajudam também, a gente se reveza a cada 24 h, mesmo na casa dela a gente faz isso, a gente faz isso porque ela é muita querida. (A-8)

Eu cuido do meu marido, que tem problemas sérios de coração e outros, não posso deixar ele sozinho, por isso venho aqui só a noite e essas duas irmãs vieram de Joinvile para me ajudar. (A-11)

6.3.6 Percepção do cuidado

Esta categoria aborda a percepção dos acompanhantes em relação ao cuidado prestado aos idosos dependentes internados e suas implicações. Como eles enfrentam essa situação diante de uma nova realidade: como a perda súbita da incapacidade funcional de um parente idoso, o ambiente hospitalar e os recursos disponíveis para prestar o cuidado. Ela foi elaborada a partir dos seguintes códigos: *Escassez de recursos, O peso do cuidado para o cuidador e Como enfrentar essa nova realidade.*

Para a maioria dos familiares participantes do estudo, a maior dificuldade está em prover recursos para suprir as necessidades dos idosos dependentes. Karsch (1998) diz que a providência de seus recursos mínimos acentua as dificuldades de cuidar, pois o salário recebido na aposentadoria ou pensão não comporta os gastos.

Como é possível perceber nas expressões a seguir, alguns idosos, por não terem contribuído com a previdência, não recebem nenhum recurso financeiro. Quando vão de alta hospitalar, na maioria das vezes necessitam de materiais onerosos, como: fralda

geriátrica, alimentação especial e medicamentos, entre outros. Porém, mesmo sendo responsabilidade da rede básica de saúde fornecê-los aos idosos, poucas unidades dispõem desses recursos, dificultando a manutenção das condições mínimas de bem estar dos idosos dependentes no domicílio.

Nesta pesquisa foi notória a angústia das famílias, devido a um estressor extrapessoal presente em muitos relatos. A escassez de recursos financeiros é um fator que dificulta o cuidado ao idoso, pois muitos deles não recebem recursos financeiros da previdência pública e quando ficam dependentes necessitam de cuidados mais específicos e onerosos. Na rede pública de saúde os materiais que atendam essas necessidades básicas são insuficientes para a demanda de idosos dependentes e quando disponibilizados, exigem tempo de espera, ou entraves burocráticos impedem o familiar de consegui-los.

Eu não sei o que fazer, eu não sei nada, como vou cuidar dela, eu não tenho dinheiro para comprar essa comida. (A-1)

Preocupa-me também porque ela vem assim há cinco anos, não tem ganho, meu marido só que trabalha, somos em sete pessoas em casa, meus filhos e nós, ainda o mais velho arrumou uma namoradinha e engravidou ela. (A-1)

E a comida vocês vão dar? A gente não tem condições de comprar não (referindo-se a alimentação industrializada para a SNE). A gente vai precisar muito, porque não temos recurso. (A-2)

Não tenho condições de pagar a passagem todo dia, eu só venho para o meu marido não perder o serviço. (A-9)

Caldas (2003) diz que quando um membro da família perde sua capacidade funcional toda a dinâmica familiar é alterada para enfrentar essa nova realidade.

Nos relatos que seguem os acompanhantes demonstram seus medos e suas angústias, diante do novo problema. O que e como fazer agora, como a família vai organizar-se para cuidar desse idoso dependente? As respostas a essas perguntas a família espera encontrar na equipe de saúde; para enfrentar essa nova realidade.

Eu quero o que é melhor para minha mãe, o que me preocupa é ver ela ficar totalmente acamada e não puder cuidar direito dela. (A-1)

Eu sei que o caso da mãe é ruim, o médico já disse que não tem mais jeito. (A-1)

Olha, nem sei o que a gente vai fazer, a situação tá ruim, meu padrasto desempregado, e a mãe não tem ganhado de nada, até a gente queria saber se não dá para arrumar um jeito dela se aposentar, porque nessa situação a gente nem sabe o que faz, vamos esperar, né, e ver se ela melhora, para ir para casa, eu vou ajudar o máximo que dê, sei lá. (A-2)

A mãe tá assim doente já faz tempo, já teve um derrame, mas ficar assim na cama sem comer, ela nunca ficou. (A-6)

Os relatos acima representam bem a preocupação dos familiares com a carência e o seu desamparo para assumir o cuidado de um idoso dependente e muitas vezes em grave estado de saúde. Todos esses estressores contribuem para o desgaste de energia e interferem na capacidade de enfrentamento dos familiares.

6.3.7 Ações profissionais

Desta categoria fazem parte dois códigos: ações da enfermagem e ações interprofissionais.

O presente estudo propôs uma Pesquisa Convergente Assistencial, na qual segundo Trentine e Paim (2004), o enfermeiro enquanto pesquisa também faz assistência de enfermagem e enquanto cuida faz pesquisa. Durante suas atividades práticas o enfermeiro, faz também o papel de educador, por isso no curso desta pesquisa foram realizadas as intervenções propostas inicialmente.

Ficou claro que o estresse que vivenciam esses familiares cuidando de um idoso dependente pode ser amenizado por meio de ações simples durante a internação. Neste estudo o pesquisador procurou envolver os acompanhantes nas atividades com os idosos.

Um dos acompanhantes, apresentou maior dificuldade em compreender os cuidados, por isso a abordagem com ele foi mais lenta. Outras vezes a dificuldade foi na alimentação por SNE durante a internação. Neste último caso o familiar mostrou-se muito resistente devido ao medo e insegurança em relação ao procedimento, a intervenção foi realizada com outra pessoa da família que se sentia mais segura para fazê-lo. Às vezes as linhas de defesa estão muito comprometidas e antes de uma ação

educativa deve-se usar estratégias para que o acompanhante sinta-se mais seguro, para depois envolver-se nos cuidados. Isso deve acontecer de maneira gradativa, para que o familiar conheça as implicações dos cuidados com o idoso, principalmente os mais complexos, pois se for realizado de forma incorreta poderá trazer danos para o idoso dependente. Os riscos ao idosos provavelmente é o motivo mais forte pelo qual os familiares sente-se inseguros nos cuidados com sondas, drenos e curativos

Com outro familiar, foi realizada a mesma abordagem, sempre envolvendo o acompanhante, esclarecendo suas dúvidas e identificando seus estressores vivenciados nessa situação; porém, devido a proteção das suas linhas de resistência os encontros com essas forças de estresse foram menos agressivas, então houve uma abordagem mais tranqüila e maior progresso.

Para Pena e Diogo (2005), essa interação enfermeiro-acompanhante pode ajudar esses familiares nas reações positivas ante a doença, ele poderá responder de forma adequada às mudanças impostas pela enfermidade.

Convém lembrar que tais pessoas não devem ser vistas como força de trabalho, mas sim como coadjuvantes durante a internação para acompanhar seu parente idoso, dando-lhes apoio emocional e preparo para reproduzir os cuidados em domicílio.

Em alguns casos o cuidado especializado deve ser realizado apenas pelo profissional da saúde, pois com um dos acompanhantes foi oportunizado o envolvimento na realização do curativo de uma úlcera de pressão, ele mostrou-se resistente, por não ter habilidade nem condições emocionais para enfrentar a situação.

O familiar acompanhante deve ser parceiro da enfermagem no cuidado ao idoso, dentro de suas limitações, deve ser apoiado pelos profissionais da rede primária de saúde após a alta hospitalar, principalmente na realização de procedimentos técnicos.

Para Duarte e Diogo (2006), um trabalho interprofissional, não é apenas cada um fazendo seu papel profissional: é a soma de conhecimentos, buscando superar limites.

Mas para isso é importante que essa equipe, faça um trabalho síncrono, somando esforços para colaborar com a família no cuidado ao idoso dependente. Neste estudo, após serem identificados os estressores, houve a necessidade de uma

abordagem interprofissional constante. Com uma das famílias participantes do estudo, inicialmente foi necessário intermediar um atendimento com o serviço de psicologia, a fim de amenizar o impacto de ter um idoso dependente na família. Com o serviço social foi conseguida uma cadeira de rodas para a idosa. Essa família apresentava sérias dificuldades financeiras, pois o esposo estava desempregado e a idosa não recebia benefício da previdência, por isso foi solicitado benefício através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8742 de 07.12.93, que beneficia com um salário mínimo mensal as pessoas portadoras de deficiência ou idosos que comprovem não dispor de meios para prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família.

Durante esta pesquisa, houve constante envolvimento da nutricionista dando apoio ao pesquisador e aos acompanhantes de pacientes alimentados por SNE, ela orientando em relação ao preparo da nutrição enteral domiciliar. As notas de observação a seguir expressam as ações educativas com os familiares acompanhantes:

Iniciou-se uma discussão interdisciplinar do caso desta família, entre psicologia, fisioterapia, enfermagem, nutricionista e serviço social. (NO) (F-2)

No dia da alta hospitalar foi feito contato telefônico com a enfermeira responsável pela UBS próximo ao endereço da cliente, a qual se comprometeu em dar apoio, inclusive, já no dia seguinte fazer uma visita domiciliar. (NO) (F-2)

No dia da visita domiciliar, passei na UBS para falar com a enfermeira sobre a família ela se mostrou apreensiva, pois a cliente já havia retirado a sonda várias vezes,, inclusive apresentou uma crise hipertensiva e necessitou ser atendida na emergência. Que ela realmente não sabia mais o que fazer com esses problemas, pediu para eu interviesse novamente. (NO) (F2)

6.3.8 Alta hospitalar

Nesta última categoria são abordados três códigos: *o planejamento para alta hospitalar, a rede básica de apoio ao idoso dependente e seus familiares; e a visita domiciliar.*

Potter e Perry (1999) afirmam que um planejamento bem sucedido para alta

deveria ser a rotina de toda instituição hospitalar, pois é o enfermeiro, com outros profissionais da saúde que monitoram os cuidados prestados ao cliente e sua família. Na alta eles devem ter conhecimentos, habilidades e recursos para a manutenção do estado de saúde dos envolvidos nesse processo.

Neste estudo o pesquisador procurou intermediar com outros profissionais da saúde um planejamento prévio para alta hospitalar. Inicialmente entrou em contato com o médico para informar-se da previsão de alta do idoso. Recebendo esta informação, procurou identificar com os acompanhantes quais eram os estressores que enfrentavam diante da alta para traçar metas de intervenção, solicitando ajuda de outros profissionais, dependendo da necessidade emergente naquela família.

Na maioria dos casos estudados, esse processo aconteceu de forma produtiva, porém nas famílias em que os idosos eram mais dependentes (portadores de sondas, drenos, curativos), ou que as famílias tinham dificuldade para transportar o idoso até o domicílio e a escassez de recursos para adquirir materiais básicos para o cuidado, houve a necessidade de um planejamento e uma abordagem interprofissional, com a realização de reuniões com o serviço de nutrição e serviço social, psicologia, fisioterapeuta e profissional médico, para discutir e viabilizar ações relacionadas aos problemas financeiros, enfrentamento do prognóstico, estrutura física do domicílio, preparo da nutrição enteral, entre outros. Tal estratégia foi muito eficaz na programação da alta hospitalar, pois cada profissional expõe a visão da área responsável em que é responsável, assim todos compartilham conhecimento e ajudam o idoso e sua família.

Percebeu-se que esse planejamento para alta de um paciente dependente é primordial, e deve ser programado e organizado por uma equipe interprofissional, levando em consideração todo o contexto, a estrutura e a organização da família, bem como as condições físicas do idoso dependente. Pois deve ser realizada de forma gradual desde o início da internação pelos profissionais responsáveis. Se forem fornecidas as informações apenas no momento da alta, a maioria dos dados importantes não eram absorvidos pelo acompanhante, sendo que, neste momento ele está mais preocupado e abalado emocionalmente, com toda mudança que essa situação gera, principalmente quando a dependência acontece de maneira súbita,

alterando toda a dinâmica familiar.

Verificou-se também que, com ações planejadas o enfermeiro poderá ajudar na melhoria da qualidade de vida dos idosos dependentes e de seus cuidadores, pois a comunicação entre hospital e UBS é primordial. Na alta hospitalar de alguns participantes foi realizado contato telefônico com o enfermeiro da unidade básica do bairro onde residiam aquelas famílias, e em uma das ocasiões o enfermeiro já havia programado a visita para a semana seguinte.

Esse pensar e agir do enfermeiro, conectado com a rede básica é muito importante para a continuidade da assistência ao idoso. O enfermeiro, através das técnicas e procedimentos de enfermagem, realiza ações educativas, as quais devem ser informadas pelos profissionais das unidades básicas de forma a contribuir para a qualidade do cuidado após a alta hospitalar.

Importante salientar também, que políticas públicas de proteção à pessoa idosa, preconizam que as ações de saúde devem estar voltadas para a promoção e a reabilitação da saúde. No entanto, um estressor extrapessoal apontado pelos acompanhantes no momento da alta hospitalar foi o encaminhamento feito para a reabilitação física dos idosos com seqüelas de AVC, pois o serviço oferecido pelo poder público não absorve a demanda de pessoas com esses problemas, muitos precisam contratar fisioterapeutas particulares, o que onera muito o orçamento familiar, assim para aqueles que não dispõe de recursos financeiros, não é oportunizado sua recuperação, seja ela parcial ou integral. As notas de observação a seguir refletem o que foi abordado:

(Alta hospitalar) o momento da alta é bastante estressante para o familiar, pois são muitas as informações a serem absorvidas, a preocupação maior deste familiar é em relação aos medicamentos, e principalmente porque a mãe é diabética e usa insulino terapia e necessita fazer hemoglicoteste ao menos uma vez por dia. Neste momento me coloquei à disposição para sanar dúvidas que não foram resolvidas, mesmo que posteriormente necessite fazer contato telefônico ou mesmo retornar até o hospital. (NO) (F-1)

No dia da alta hospitalar foi reforçada toda orientação sobre a administração dos medicamentos e os cuidados com alimentação, bem como a importância do retorno ao médico. Com esta família foi muito fácil trabalhar, pois a acompanhante era bem tranqüila, cooperativa e entendia facilmente as orientações. (F-3) (NO)

No dia da alta hospitalar foi feito contato com a enfermeira da UBS: foram bem atenciosos e marcaram uma visita no domicílio desta idosa para a

próxima semana. No momento da alta, foi reforçado todo o cuidado com a sonda, numa abordagem multiprofissional, com o envolvimento do serviço de nutrição e dietética, que além de orientar verbalmente também fornece um impresso que ensina o preparo que a cliente irá receber pela sonda (anexo3) e fez o encaminhamento para a Secretaria de Saúde (anexo 4). O serviço social contribuiu com o fornecimento de cesta básica e orientações sobre benefícios. (NO) (F-2)

Segundo a PNSPI a atenção básica deve ter mecanismos para a melhoria da qualidade de vida dos idosos com redução da capacidade funcional, os profissionais da atenção básica e a equipe da Estratégia da Saúde da Família devem assistir as famílias no cuidado ao idoso incluindo a atenção domiciliar (BRASIL, 2006d).

Mas percebe-se nas expressões a seguir que para algumas unidades básicas faltam recursos humanos e materiais para suprir essa demanda de idosos, cujo número vem crescendo consideravelmente na população brasileira. Muitos reclamam da falta de medicamentos nas farmácias da rede básica e também referem a dificuldade em transportar o idoso dependente para ser atendido na UBS.

Todavia muitos profissionais da atenção básica têm se esforçado para otimizar essas ações. Nesta pesquisa ficou evidente que o trabalho deve ser em conjunto, do enfermeiro da atenção primária e da rede hospitalar, pois em visita a uma unidade básica, a enfermeira verbalizou que muitas vezes o paciente vai de alta sem as informações necessárias para a continuidade da assistência, principalmente um idoso acamado e que necessite de cuidados mais complexos. Por isso o pesquisador e duas acadêmicas do curso de enfermagem idealizaram um *Instrumento de Encaminhamento do cliente idoso/e/ou Dependente* (Apêndice 3), onde deverão constar informações importantes para a continuidade da assistência após a alta, preenchido pelos profissionais da rede hospitalar, para os enfermeiros das unidades básicas de saúde.

Não sei como vou fazer porque o posto raramente vai a casa, e fica difícil, eu não tenho condução para levar ela no posto. (A-1)

E também quando ela está em casa, o pessoal do posto é muito atencioso, fazem tudo que é possível para ajudar, insiste para ela se movimentar e ir no posto, senão eles vão lá em casa. (A-5)

O posto de saúde perto de casa é pequeno, só tem poucos médicos, e pro caso do pai acho difícil, eles vêem pressão, dão remédio, mas não podem fazer

muita coisa. (A-3)

Olha, o pessoal do posto nem tem ido lá em casa, mas eu vou ficar em cima para eles irem olhar a sonda, lá no posto de saúde nunca tem médico. (A-4)

Outra coisa que a gente tem medo é que ela tá com um curativo com secreção contaminada, a gente vai pra casa e no posto não tem nada, nunca tem material para fazer curativo, é muito difícil.(A-7)

Se puderem falar no posto para ajudar, é bom, porque, antes tinham umas pessoas que passavam lá, na casa dela, e agora nunca mais foram. (A-8)

O posto fica longe da nossa casa, e lá não tem muitos recursos, nem tem gente para ajudar no posto, os vizinhos são muito bons, mas moram longe também, e cada um tem sua vida, né? (A-10)

Embora as Políticas de Atenção ao Idoso sejam bem definidas, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os acompanhantes verbalizaram que não têm o suporte adequado das UBS para suprir as necessidades mínimas dos idosos dependentes em domicílio, razão pela qual não podem contar com esses serviços.

Um dos objetivos da Portaria 399/GM de 22/02/2006, é o fortalecimento da atenção básica como estratégia para garantir recursos materiais e insumos suficientes para subsidiar as ações da atenção básica a população. Porém percebe-se que isso ainda está muito além de ser uma realidade no atendimento ao idoso e seus familiares, pois além da escassez de recursos humanos e materiais e estrutura física adequada; falta ainda a capacitação dos profissionais para atender a demanda de idosos dependentes que necessitam de cuidados de média complexibilidade

Esse agravante no atendimento ao idoso é um estressor extrapessoal importante, pois as famílias se sentem desamparadas após a alta hospitalar, contribuindo como fator para as reinternações desses idosos. Sem um suporte básico, ou seja, a continuidade dessa parceria firmada durante a internação, as famílias não se sentem seguras para cuidar do seu parente idoso dependente.

Durante a pesquisa foram oportunizadas duas visitas domiciliares a dois idosos, após a alta hospitalar, estes encontros foram importantes para conhecer o contexto domiciliar, ver o idoso no seu lar e a estrutura de que dispõe para ser atendido. A visita domiciliar serviu também para reforçar as orientações passadas durante a internação.

Em uma das famílias percebeu-se que o idoso estava na cama, em decúbito dorsal e recebendo alimentação por SNE. Nesse momento o enfermeiro falou da importância em realizar esse procedimento em decúbito mais elevado, problema resolvido com uma adaptação conforme as condições da família.

Essas visitas foram produtivas, pois no caso da primeira família, até o momento da alta ainda não havia sido definido o cuidador principal, assim foi reforçada a importância dos cuidados com a sonda, mobilização da idosa, posição para receber alimentação etc.

Para a outra família, cuidar dessa idosa com SNE era quase impossível devido à estrutura familiar e problemas financeiros, entre outros. Após algumas inúmeras visitas da enfermeira da unidade básica e retornos na emergência do hospital, a idosa foi reinternada para instalação de uma sonda de gastrostomia, que facilitou a introdução da alimentação e conseqüentemente o estresse dos familiares, reduzindo também os riscos para a saúde da cliente. Esta situação comprova que este procedimento ajuda muito com idosos que não podem alimentar-se por via oral, quando este é dependente, e também quando a família é impossibilitada de cuidados com a SNE. É a medida ideal para muitos idosos com a afagia permanente, por isso cada caso deve ser analisado, considerando o contexto familiar e obviamente as condições clínicas do idoso dependente para ser submetido a este procedimento.

Essa situação confirma o resultado do estudo em relação a uma programação interprofissional para alta de um paciente idoso dependente e sua família, principalmente, quando ele sai com sondas, pois deve-se levar em consideração todo o contexto familiar.

Neuman vê o homem como uma pessoa total, composto de variáveis tanto biológicas quanto psicosociais, ele está em constante troca com o meio ambiente, seja ele interno ou externo (GEORGE, 2000). Por isso é importante presenciar o familiar acompanhante cuidando do idoso no seu *habitat*, no ambiente em que convivem, longe de uma estrutura hospitalar que oferece um aparato para um cuidado especializado. No contexto domiciliar, as adaptações para o cuidado poderão ser realizadas, dependendo da estrutura de cada família. Os relatos a seguir refletem um pouco as visitas domiciliares:

A gente tá fazendo o que pode, mais ainda é difícil, principalmente em conseguir a comida, eu boto 300 ml de água e as medidas do pó depois eu misturo bem, eu boto correr bem devagar para não dá problema. (A-2)

Ah! Eu tenho esta ficha aqui na parede, tá tudo escrito o horário, eu pego esmago bem e depois do com esta seringa, depois eu injeto água pela seringa, como vocês explicaram. Mas eu não sabia que ela tinha que receber a comida assim quase sentada, com travessieiros atrás das costas. (A-2)

Ah! eu não tava lavando a sonda não, eu esqueci que vocês tinham me dito, agora eu sei, depois de cada frasco, eu coloco duas seringas com água, vou dizer para minha irmã que ajuda a cuidar dela também, mas eu to fazendo tudo direitinho, eu viro ela de vez em quando. (A-6)

Analisando e interpretando os dados desta pesquisa, observa-se que o familiar acompanhante se sente com muita responsabilidade e está exposto a seus medos, angustias e outros problemas, sejam eles de ordem financeira, físico-emocional ou de interação com os outros envolvidos no processo. Mas ficou claro que o enfermeiro e a equipe de saúde podem contribuir essencialmente para que tal situação de estresse seja amenizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi desenvolvida com familiares de idosos dependentes durante a hospitalização e alta, para identificar os fatores de estresse desse processo e propor ações que pudessem minimizá-los.

Embora trabalhar com famílias seja sempre um desafio, é muito enriquecedor, não só no aspecto acadêmico, mas também para o crescimento pessoal e profissional, pela complexidade de seu vasto campo de estudos, que muito contribui para desenvolver e aplicar novas tecnologias de cuidado.

A metodologia adotada – pesquisa convergente assistencial – possibilitou integrar pesquisa/assistência e oferecer ao pesquisador a oportunidade de estar com os familiares acompanhantes de idosos dependentes, interagindo diretamente, e participar do cuidado e ao mesmo tempo identificar seus medos e angústias nesse processo de cuidar e ser cuidado, cujos resultados poderão ser adotados em outras realidades semelhantes, corroborando a investigação realizada.

Além de ter sido prazeroso para o pesquisador utilizar a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman neste estudo por identificar-se plenamente com o marco teórico, possibilitou-lhe alcançar os objetivos propostos: identificar os estressores nas famílias participantes e propor ações para amenizar os efeitos desse processo nas famílias.

As informações obtidas demonstraram que as famílias se mobilizam para organizar o ato de cuidar de um parente idoso dependente. A maior dificuldade é quando a dependência ocorre de maneira súbita e não há tempo suficiente para uma organização eficaz da família em torno do idoso hospitalizado.

Quando um idoso dependente é internado, as famílias se organizam de diferentes maneiras para acompanhá-lo, de acordo com seus recursos humanos e financeiros disponíveis. Na maioria das vezes os idosos são cuidados pelas filhas que, a despeito de todos os seus afazeres domésticos, permanecem no hospital em turnos parciais ou integrais, revezando-se com outras mulheres da família.

Durante a internação os familiares acompanhantes verbalizaram seu medo de

cuidar do idoso em domicílio, pela insegurança da falta do aparato hospitalar, principalmente naqueles que exigem maior domínio técnico. Cuidar de idosos com sondas e curativos complexos era sua maior dificuldade. Para muitas famílias, realizar tais cuidados era extremamente difícil, considerando sua compreensão acerca dos procedimentos, as condições do domicílio e recursos financeiros para oferecer uma condição digna de saúde ao idoso.

Outro estressor presente neste estudo foi o processo de ser escolhido ou escolher ser o cuidador principal responsável por cuidar do idoso em domicílio. Mesmo após um evento como a perda da capacidade funcional, algumas famílias têm dificuldade de superar os conflitos pessoais e priorizar o cuidado ao familiar idoso dependente. Nesse momento o enfermeiro deve assumir o papel de intermediador e tentar neutralizar esses conflitos familiares.

Percebeu-se que muitas famílias passam por dificuldades financeiras, pois além das despesas pessoais, com a casa e os filhos, um idoso requer cuidados mais específicos, como: alimentação especial, medicamentos e fraldas, entre outros. Embora a Constituição as atribua ao Estado, essas despesas têm sido honradas pela família onerando-a sobremaneira, principalmente quando o idoso dependente não é beneficiário da previdência pública.

Durante a realização desta pesquisa, com exceção de um familiar acompanhante, os outros estavam sempre dispostos a cooperar com a equipe de enfermagem na assistência ao idoso, inclusive solicitando ajuda para melhorar seus conhecimentos e habilidades, preparando-se para assumir essa tarefa após a alta hospitalar.

Ficou evidente que a alta hospitalar de idosos dependentes deve ser planejada e organizada com antecedência por equipe interprofissional. Embora não deva ser estipulado prazo, pois cada família tem suas particularidades e nível de entendimento, observou-se que deve ser executada com no mínimo uma semana de antecedência. Na organização para alta devem ser envolvidos os membros da família que cuidarão do idoso no seu domicílio, cabendo ao enfermeiro atuar como intermediador, pois além de educador do familiar acompanhante, ele deve ser um elo entre os outros profissionais da saúde e a família, atendendo as necessidades desta última como um todo. Dentro de

sua área de conhecimento, de suas habilidades e responsabilidades, com ações simples, cada profissional contribui para a melhoria do cuidado com o idoso após a alta.

Com algumas famílias participantes da pesquisa, foram realizados encontros interprofissionais para programar a alta do cliente. Dessas reuniões participaram: enfermeiros, assistente social, acadêmica de psicologia, nutricionista e o médico, dependendo da necessidade da família em processo de alta hospitalar. A experiência evidenciou que buscar uma avaliação e intervenção integrada entre profissionais da saúde como estratégia de abordagem é extremamente importante para um planejamento de alta hospitalar bem-sucedido, tanto para o idoso dependente como para seu familiar acompanhante.

Neste estudo ficou clara outra função importante do enfermeiro no momento da alta: o encaminhamento dessa família para a rede básica de saúde. As informações sobre os clientes e suas famílias devem estar completas, de preferência por escrito, pois esses dados serão vitais para a continuidade da assistência em domicílio. Observou-se a dificuldade dos acompanhantes para obter assistência em nível comunitário. Algumas vezes por falta de materiais e medicamentos, outras por não haver recursos humanos para suprir a necessidade das visitas domiciliares aos idosos dependentes sem condições para se deslocarem até a UBS e lá receberem o atendimento adequado. Mas, apesar das leis específicas e das iniciativas já em curso, na realidade ainda deixa muito a desejar em nosso meio.

Pois além da escassez de recursos para prover um cuidado digno ao idoso dependente e seu familiar, faltam também de capacitações para os profissionais, em gerontogeriatrics, especificamente no cuidado de média complexibilidade à idosos dependentes em seus domicílios, uma demanda que tem sido cada vez mais comum.

Embora políticas públicas de atenção à pessoa idosa na teoria sejam bem planejadas, os recursos insuficientes e a gestão raramente eficaz dessas políticas e recursos acabam por não contemplar as necessidades dos idosos com dependência e seus familiares, o que por sua vez reflete na qualidade da assistência no processo de hospitalização, alta e pós-alta ao acompanhante e seu familiar idoso. O custo do tratamento de saúde desse idoso para o Estado acaba sendo muito maior do que deveria, devido sucessivas reinternações.

As instituições hospitalares, por sua vez, não conseguem atender adequadamente essa demanda de idosos que por não serem melhor atendidos na perspectiva de prevenção de complicações em nível comunitário acabam necessitando de tratamentos mais complexos e internação hospitalar. O resultando é a lotação dos corredores das emergências de macas com idosos frágeis e susceptíveis a novos problemas de saúde.

Mas um eficiente trabalho da enfermagem com familiares – e essa convicção é amplamente fortalecida pela presente pesquisa – se não resolve o problema, poderá minimizá-lo e contribuir com a redução das reinternações, mantendo o idoso zelosamente sendo cuidado por familiares no recesso de seu lar e devidamente assistido por profissionais da UBS. Esta pesquisa possibilitou um olhar mais próximo sobre a hospitalização do idoso para compreender o estresse do familiar acompanhante e propor uma prática assistencial participativa/educativa, com a finalidade de melhorar e humanizar o cuidado domiciliar.

Produzir este estudo foi altamente gratificante para o pesquisador, por trabalhar numa realidade que traz muitas angústias na sua prática profissional, porque embora as políticas públicas preconizem uma qualidade de vida no mínimo digna e justa para os idosos dependentes, ainda falta muito para ser plenamente concretizada.

O foco do estudo no familiar acompanhante do idoso dependente hospitalizado contribuiu para a assistência de enfermagem, na medida em que estimula outro olhar sobre o cuidador familiar, na avaliação da sua condição de estresse e no processo de hospitalização e alta. E reforça ainda a importância dessa abordagem durante a formação acadêmica do profissional da saúde, considerando as dificuldades que enfrentam os familiares nesse momento.

Contudo, esta pesquisa tem suas limitações, pois está relacionada à realidade do Hospital Universitário e às famílias participantes. Contudo, a partir dela pode-se avaliar que: há muito ainda a ser discutido e explorado, para compreender e apoiar os familiares acompanhantes que vivenciam a hospitalização e alta de um parente idoso dependente.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, F. T. M.; CABRAL, B. E. S. O idoso e a família. In: FREITAS, Elizabete Viana; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2002. p. 1056-1060. 1187p.
- ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 90-109, jul. 1999.
- AGUSTINE, F. C. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2003.
- ALTHOFF, C. R. ELSEN, I; LAURINDO, A, C. Família: O foco de cuidado na enfermagem, **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v.7, n. 2, p. 320-327, mai/ago. 1998.
- ARAÚJO, A. R. **Cuidador familiar de idosos: uma abordagem compreensiva**. 2003. 129 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003.
- ALVAREZ, Â. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2001. 199 p. (Série Teses em Enfermagem).
- AZEVEDO, R. C. S.; RAMOS, F. R. S. Educar para a autonomia: uma construção possível no ensino da ética. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 8, n. 1. p. 346-56, jan/abr. 1999.
- BENEDETTI, T. B.; PETROSKI, E. L; GONÇALVES, L. H. T. **O perfil do idoso do município de Florianópolis**. Relatório final. Florianópolis, 2004. 88p.
- BENITO, G. A. V. **Análise de exigências cognitivas das atividades do trabalhador de enfermagem**. 1994. 162 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina., 1994.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8742 de 07 de Dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, 1993.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8842 de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília, 1994.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.1395 de 10 de Dezembro de 1999. Dispõe Política do Idoso, 1999.

_____. Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC. Secretaria Municipal da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social. Terceira Idade Escola da Vida – Leis dos Idosos: Municipal, Estadual e Federal. Lei 10741. Florianópolis 2004.

_____. Portaria nº 280, de 07/04/99, Regulamenta o direito a acompanhante para pessoas com mais de 60 anos Disponível em <<http://www.conselhos.sp.gov.br/ceidososp/leis.html> ,> Acesso em: 12 setembro 2006 a.

_____. Estatuto do Idoso. 2 ed. Ed. do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006 b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. Dispõe sobre as Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida revisão e atualização da Política Nacional de Saúde do Idoso e aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006 Dispõe sobre a revisão e atualização da Política Nacional de Saúde do Idoso e aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006d.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de informática do Sus – Datasus. Indicadores Demográficos. Brasília, Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>> Acesso em: 13 setembro 2007.

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UNERJ, 1998. 213 p.

_____. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.733-781, jun. 2003.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica In: FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006. 1264 p. p.88-130.

_____. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Texto para discussão nº 1179. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. 20 p.

CHAVES, M. **Cuidado domiciliar ao paciente com doença crônica grave**. 2001. 128 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Universidade Federal Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

COLOMÉ, C. M.; LANDERDAHL, M. C; OLIVO, V. F. Diretrizes pedagógicas na formação em saúde. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, v.8 n.1, p. 166-73, jan/abr. 1999.

COSTA, M. A. M. Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. IN: **O idoso: problemas e realidades**. Coimbra, 1999. p. 7-22.

CROSS, J. R. Betty Neuman. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 227-41.

DUARTE. Y. A. O.; DIOGO, M. J. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In:

FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2002. 1264p. p. 1123-1130.

DIOGO, M. J.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.1, p. 97-102. 2005.

DOMINGOS, A. M. **Cuidado familiar com questão do envelhecimento da enfermagem gerontológica**. 2003. 213 p. Tese (Doutorado em assistência de enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

DUARTE, Y. A. O. O Cuidador no Cenário Assistencial. **Rev O Mundo de São Paulo**, São Paulo, v. 30. n. 1. p. 37-43. jan/mar. 2006.

_____. ;LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, São Paulo. v. 17. n. 5/6, p. 370-378. jan//mar. 2005.

ERDTMANN, B. K. **Enfermagem domiciliar em correspondência: o desafio para um cuidado culturalmente congruente e apoiado pela razão sensível**. 2002. 108 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

ELSEN, I. (Org). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

_____. Desafios da enfermagem no cuidado com famílias. In: BUB, I, I, R. ET AL. **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis: UFSC, 1994. p.61-78.

FIALHO, A. V. M. **Abordagem do cuidado humano na assistência domiciliária à luz da Teoria de Jean Watson**. 2003. 124 p. Tese (Doutorado em assistência de enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

FAWCETT, J. The Nurse Theorists: 21st – Century Updates – Betty Neuman. **Rev. Nursing Science Quarterly**, Los Angeles/California/USA, v. 14.n. 3, p. 211-14. 2001.

FREESE, B. T; BACKMAN, S. J.; HARGES S. B. Modelo de los sistemas de Betty Neuman. In: HARCOMT, Brace. **Modelos y teorías in enfermería**. Quarta ed. Madrid, Espanha, 1998. 335p. p. 267-285.

FREITAS, Elizabete Viana. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Guanabara- Koogan, 2002. p.1089-1187.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 227-241.

_____. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 224-69.

GONÇALVES, H. L. T.; SCHIER, J.; LIMA, M. G. O acompanhante idoso hospitalizado: Um cliente, um parceiro para a enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 387. 1997.

GEIB, L. T. C; MIGOTT, A. M. B.; CARVALHO, R. M. A. et al. Os rituais de poder na educação formal do enfermeiro. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 8, n.1. p. 80-92. jan/abr. 1999.

GERMANO, R. M. **A evolução do ensino da ética para enfermeiros.** Disponível em: <<http://translate.google.com/translate?hl=ptBR&sl=en&u=http://scholar.google.com>> Acesso em 13 setembro 2006.

GORDILHO, A. et al. Terceiro milênio para o setor saúde na atenção integral ao idoso. **Rev Análise & Dados**, Salvador, v. 10. n. 4, p. 138-53, mar. 2001.

HOFFMAM, M. E. **Bases biológicas do envelhecimento.** Disponível em <<http://www.Consciencia.Br/reportagens/envelhecimento/texto/env10.Htm>> Acesso em: 10 agosto 2004.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico), 2000. Dados Sobre População do Brasil, Brasília 2002.

_____. Síntese de indicadores sociais (2003), Coordenação de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.409p.

KARSCH, U. M. **Envelhecimento som dependência: revelando cuidados.** São Paulo, Eduer, 1998, 248 p.

_____. Idosos dependentes: famílias e cuidadores **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contesto domiciliar:** Vivência do cuidado da enfermeira. 2000. 222p.Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____.; OLININSKI, S.R. O Familiar cuidador e a enfermeira: Desenvolvendo interações no contexto domiciliar. **Rev. Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26 n. 1, p. 239-48. 2004.

LEITE, M. T. **Cuidando do idoso hospitalizado:** a experiência do familiar. Ijuí/RS: UNIJUI. 2000. 120p. (Série Dissertação de Mestrado)

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente s. IN: FREITAS,

.LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 2004. p. 114-119.

LITVOC, J e BRITO, F. C. **Envelhecimento:** prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Ateneu, 2004.

LIMA, M. G.; SCHIER, J.; GONÇALVES, L. H. T. O acompanhante do idoso hospitalizado, um parceiro para a enfermagem. . **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6 n. 2, p. 387, mai/ago. 1997.

Elizabete Viana. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006. 1264 p. p.1127-1233.

MARCON, S. S. et al. O cotidiano do Idoso e suas relações familiares, revelando indícios de qualidade de vida. . **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 8 n. 3, p. 213-32, set/dez. 1999.

MARCELINO, S.; SHUMACHER, B.; SOUZA, L. N. A. Avaliação em perspectiva construtivista: Aproximação com o desempenho profissional da enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 2. p. 93-105. mar/abr. 1999.

MELO, R. A. P. **Só quem cuida é que sabe** – o vivido pelo cuidador domiciliar da pessoa com doença crônica. 2002. 92 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

MOREIRA, M. M. **Envelhecimento da população brasileira:** aspectos gerais. Disponível em: <<http://www.Conciencia.Br/reportagens/envelhecimento/texto/env16.Htm>> Acesso em: 10 agosto 2004.

NEGRI, L. S. A.; RUY, G. F; COLEEODETTI, J. B.; PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9.n. 4, p. 4-19. 1999.

NERY, A. L.; CARVALHO, U. A. M. L. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais In: FREITAS, Elizabete Viana; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan. 2006. 1264 p.

NEUMAN, B. **The Neuman systems model:** Application to nursing education and practice. United States of América: Appleto – Century – Crofts (ACC), 1982. 365 p.

_____. HOLDER, P. Leadership – scholarship integration: Using the Neuman Systems Model for 21 st – Century Professional Nursins Praticce. **Nursing Science quarterly**, Quarterly, v. 13. n. 1, p.60-63, jan. 2000.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde** - um diálogo filosófico.(Tradução) Maria Betina Camargo Bub e Théo Fernando Camargo Bub. Florianópolis: Bernúncia, 2002. 248 p.

PACHECO, J. L. Educação para o trabalho, envelhecimento e qualidade de vida de quem cuida. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 78-87, set/dez. 2004.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, Independência e Autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DIOGO, M. J; DUARTE, Y. A. O. **Atendimento domiciliar:** um enfoque gerontológico. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000. 630 p. p.49-77.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico e definição do campo e

termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan. 2002. 1264 p. p.2-12.

PENA, S. B; DIOGO, M. J. Fatores Que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev. Latino-am de enfermagem**, São Paulo, v.13, n.5. p. 663-9. set/out. 2005.

POLIT, F. D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 487 p.

POTTER, P; PERRY, N. G. **Fundamentos de enfermagem, conceitos, processos e prática**. Coordenando a prestação do cuidado de saúde. 4. ed. v. 1. São Paulo: Guanabara & Koogan, 1999. 796 p. p.2-76.

PRONEP. **Escala de atividades da vida diária**. Escala de Katz. Disponível em: <<http://www.pronep.com.br/cjp/escalas.htm>> Acesso em 22 agosto 2006.

RODRIGUES, R. P.; ANDRADE, ° G. O cuidado do familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 90-109, jul. 1999.

RODRIGUES, C. R.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan. 2006. 1264 p. p.186-223.

SALDANHA, A. L. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. 399 p.

SANDRI, J. A. **Prática assistencial de enfermagem a pessoa idosa e seu familiar acompanhante, com vista ao resgate da sua cidadania, utilizando a teoria de Betty Neuman**. 1997. 172 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

_____. **Uma política de saúde para a população idosa no município de Itajaí/SC**. 2004. 223 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SCHIER, J. **Grupo aqui e agora** – uma ação educativa de enfermagem para o auto cuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001, 144 p.

_____. **Tecnologia em enfermagem: grupo aqui e agora**. Porto Alegre: Sulina, 2004.120 p.

_____. Avaliando o programa de acompanhantes hospitalar de paciente geriátrico. **Rev. Ciência da Saúde**., Florianópolis, v. 20 n. 1/2, p. 60-69, jan/dez. 2001.

SILVA, L.; ARRUDA, E.N. Referenciais em diferentes paradigmas: Problema ou solução para a prática em enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 2 n. 1, p. 82-92, jan/jun. 1993.

SILVA, E. N. F. **Enfermeira e família cuidadora**: unindo saberes no cuidado ao idoso. 2001. 108 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SILVEIRA, D. T. **Consulta-ação**: educação e reflexão nas intervenções no processo trabalho-saúde-adoecimento. 1997. 154 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

SAYEG, M. A; MESQUITA, R A. Políticas públicas de Saúde para o envelhecimento. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687- 94. 2004.

TEXEIRA, A.L. **Assistência domiciliar: uma modalidade alternativa de atenção a saúde**. Portal do envelhecimento. Atendimento em saúde ao idoso. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/asi3.htm>> Acesso em: 10 Janeiro 2008.

TRENTINE, M; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

_____. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VASCONCELOS, E. M. R. **Cuidado de enfermagem com visão holográfica na abordagem de idosas com depressão, utilizando a terapia floral de Bach**. 2003. 245 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

VELOZ, M. C. T. N.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia, Reflexo e Crítica. Crit.**, v. 12, n. 2, p. 479-501. 1999.

VERAS, R. P. RAMOS L, R.; KALACHE A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na Sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 21, p.113-128, jun. 1987.

WAIMAN, M. A. P; ELSSEN, I. Família e necessidades. Revendo estudos. **Rev. Acta scientiarum. Helath – Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 147-157. 2004.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

GONÇALVES, L. **Os cuidados primários de familiares dos idosos atendidos na clínica de fisioterapia da Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI) Itajaí**. 2002. Dissertação.(Mestrado em Engenharia de Produção) UNIVALI, 2002.

_____. VAHL, Eloá A. Caliari; BORGES, Izabel Cristina. O idoso contador de histórias - A autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 94-115, mai/ago. 2001.

LARROCA, L. M.; MAZZA, V.; NABERMAS E PAULO FREIRE. Referências teóricas para o estudo da comunicação em enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, ago. 2003.

- LEITE, M. T. **Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência da família Ijuí: Unijuí**, 2000. (Coleção Trabalhos Acadêmico-Científicos). (Série Dissertação de Mestrado).
- LEBRA, et al. Saúde Bem-estar e envelhecimento. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 8, n. 2, p 127-41. 2005.
- MARCO, S. S.; CARREIRA, L.; WAIDMAM, M. A, et al. O cotidiano do idoso e suas relações familiares revelando indícios de qualidade de vida. **Rev. Texto e Contexto Enf.** Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 213-232, set/dez. 1999.
- OSINAGA, V. M.; SCATENA, M, C.; RODRIGUES, A, F. Enfermeira agindo terapeuticamente com idosa com depressão crônica. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 263-272, abri/jun. 1998.
- PELZAR, M. T.; SANDRI, J. V. O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 108-122, jul. 2002.
- RAMOS, R. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: Uma realidade Brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p 211-24. 1998.
- REIS, T, C. S.; NUNES, J. S.; SILVA, C. H. D. Relato de caso: cuidar do paciente e o cuidador. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 328-329. 2004.
- SILVA, I. F. A enfermagem nos serviços e programas de atenção ao idoso. **Rev. Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 127-136, mai/ago. 1997.
- RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Caracterizando os problemas de saúde eo o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto “Promovendo a vida na Vila Esperança”. **Rev. Acta Scientearum. Health Sciences**, Maringá v. 26, n. 1. p. 27-34. 2004.
- ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v. 37. n..1. jan//mar. p. 40-48. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE I

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto de pesquisa:

O ESTRESSE DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DE IDOSOS DEPENDENTES NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E ALTA.

Pesquisador Principal: Gilson Bittencourt Vieira – Mestrando

Pesquisador responsável: Dra^a Ângela Maria Alvarez – Orientadora

I – Esclarecimentos sobre os pesquisadores.

GILSON BITTENCOURT VIEIRA – É o enfermeiro responsável pelo setor de clínica médica três do Hospital Universitário e aluno do curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Dra. ÂNGELA MARIA ALVAREZ – É enfermeira e professora de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

II – Justificativa

Essa pesquisa pretende contribuir para que os familiares de idosos dependentes internados no HU tenham mais orientações a respeito do cuidado que deve ser prestado no domicílio depois da alta hospitalar. Ela também contribuirá para aproximação da família cuidadora com a unidade local de saúde, para apoio na continuidade do cuidado hospitalar.

III – Objetivos da Pesquisa

- 1) Identificar as preocupações das pessoas que cuidam de seus parentes idosos dependentes, quando eles estão internados no hospital.
- 2) Colaborar com os familiares ajudando-os a diminuir a sobrecarga de ter que cuidar de seu parente idoso dependente.

IV – Procedimentos

Ao concordar em participar desta pesquisa estou ciente de que:

- a) A pesquisa será realizada juntamente com a assistência de enfermagem durante a internação do meu familiar idoso, quando serei entrevistado (a) para falar sobre o que vivenciam em relação aos cuidados a serem prestados a ele (a).
- b) Poderei receber a visita do pesquisador em casa, após a alta hospitalar do meu familiar idoso.
- c) Durante a pesquisa, as informações poderão ser gravadas e após serem escritas no papel para que o pesquisador possa analisá-las.

- d) As informações deste estudo serão de reconhecimento apenas do pesquisador e sua orientadora. Estarão arquivados no computador particular do pesquisador, e poderá ser acessado somente por ele.
- e) As informações obtidas serão sigilosas e usadas somente para afins desse estudo e posteriormente arquivadas sob a responsabilidade dos pesquisadores Enf^o Gilson e Prof^a Ângela.
- f) O pesquisador manterá a mim, ao meu familiar idoso internado e aos demais membros da minha família no anonimato.
- g) Qualquer dificuldade será discutida caso eu me sinta desconfortável, constrangido ou mesmo submeto-me algum risco.

V – Riscos e Benefícios aos Participantes

a) Riscos:

Estou esclarecido(a) que sou livre para desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que isso possa oferecer risco em relação ao atendimento para o meu familiar idoso dependente internado no Hospital Universitário ou para mim como acompanhante.

b) Benefícios:

Estou esclarecido (a) de que minha participação nesta pesquisa poderá ajudar a mim e ao meu familiar idoso nos cuidados a serem prestados a eles quando internado e após a alta hospitalar. Não estão previstas despesas para mim. Qualquer despesa de transporte até minha casa ficará por conta do pesquisador. A mim não será solicitado nenhum outro tipo de gasto.

VI - Dúvidas e comentários

Caso eu futuramente tenha dúvidas poderei solicitar esclarecimento com o próprio enfermeiro pesquisador pelo telefone (48) 37219175/32417689- email: Vieira862@hotmail.com ou com a orientadora Prof^a Ângela Alvarez - (48) 33319175/32417689- email: Vieira862@hotmail.com.

Caso eu ainda tenha outras questões ou comentários sobre a minha participação neste estudo, deverei primeiramente falar com o enfermeiro Gilson, mas por alguma razão eu não desejar fazê-lo, eu poderei entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, através do endereço abaixo:

Comitê de Ética e Pesquisa
Universidade Federal de Santa Catarina
Caixa Postal: 476 – Florianópolis – SC.
Cep: 88010-970
Ou pelo telefone: (48) 3331- 9206

VII – Consentimento

Eu consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

Uma copia desse consentimento se encontra sob minha guarda. A segunda copia está sobre guarda do pesquisador responsável. MINHA PARTICIPAÇÃO NESSA PESQUISA É VOLUNTARIA. Eu sou livre para recusar a participar desta pesquisa ou para desistir dela a

qualquer momento. A minha decisão é participar ou não neste estudo não influirá na condição presente e futura como usuário (a) do Hospital Universitário/UFSC.

____/____/____

Assinatura do Participante

Data:

Nome:

Assinatura das Pesquisadoras:

Enf^o. Gilson Bittencourt Vieira

Enf^o. Dra. Ângela Maria Alvarez

APÊNDICE II

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS¹

IDOSO

A - IDENTIFICAÇÃO

CODINOME.	IDADE	DATA NASC.		
DATA INTERNAÇÃO	PROCEDÊNCIA	PROFISSÃO		
ESTADO CIVIL. SOLT ()	CAS()	AMASIADO ()	SEPARADO()	VIÚVO()
DIAGNÓSTICO MÉDICO				
Nº DE FILHOS	RELIGIÃO			

CUIDADOR(S)

CODINOME(S)

IDADE(S)

PROCEDÊNCIA

GRAU DE ESCOLARIDADE

PROFISSÃO

GRAU DE PARENTESCO

ESTADO CIVIL

Nº DE FILHOS

RELIGIÃO

¹ Adaptado de Neuman, apud GEORGE, 2000, p237

Primeira Etapa -Diagnóstico De Enfermagem (Investigação e diagnóstico)

1 - Estressores conforme percebidos pelo (familiar acompanhante).

1.1 - Qual você considera a pior área de preocupação (estresse), ou seja, o que mais lhe preocupa no momento?

1.2 - Você já vivenciou esta situação antes? Qual?

1.3 – Como está sendo para você enfrentar esta situação? (Expectativas, enfrentamentos)

1.4 - O que você espera que a família, os amigos e os profissionais da saúde façam por você?

1.5- O que você está fazendo, ou o que pode fazer para ajudar-se? (Expectativas,enfrentamentos)

2 – Fatores intrapessoais (Idoso internado)

2.1 – Físicos (grau de morbidade, variação da função orgânica)

2.2 – Psico-Sócio-Culturais (Atitudes, valores, expectativas)

2.3 - De desenvolvimento (fatores relacionados com a idade e situação atual)

3 – Fatores interpessoais – Idoso internado-(Relacionamento com a família, rede de apoio).

4 – Fatores extrapessoais (Idoso internado) – Exames complementares, ambiente hospitalar, procedimentos médicos ou de enfermagem, sondas, cateteres, etc...

6 – Fatores intrapessoais (familiar acompanhante)

7.1 – Físicos (Se tem alguma doença, problema de locomoção, etc...)

7.2 – Psico-Sócio-Culturais (Atitudes, valores, expectativas)

7.3 - De desenvolvimento (fatores relacionados com a idade e situação atual, conhecimento) sobre a situação geral do idoso, diagnóstico, (prognóstico)

8 – Fatores interpessoais (familiar acompanhante) - Relacionamento com a família, idoso, equipe de saúde, rede de apoio.

9 – Fatores extrapessoais (familiar acompanhante) – Ambiente hospitalar, exames diagnóstico do cliente, e outros.

Codinome Data...../...../..... Dia.....

NE² -

NO³

² Nota de entrevista

³ Nota de Observação

Segunda etapa - Metas de Enfermagem - (Planejamento)

DATA	METAS

Terceira etapa - Resultados de Enfermagem - (Implementação e avaliação)

DATA	AÇÕES

APÊNDICE III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE IDOSO E/OU DEPENDENTE
PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
Idade: _____ Estado Civil: _____ NºFilhos: _____
Endereço: _____
Telefone (s) _____
PROFISSÃO: _____
Diagnóstico Médico: _____
Médico Responsável: _____
Período de internação: _____
Cuidador Principal _____
Outras Patologias: _____

ENFERMAGEM – Nome Enfº _____ Fone de
Contato _____

<u>Oxigenação:</u> OXIGENIOTERAPIA DOMICILIAR Uso de cateter: Sim () _____ l/m Não () Outros _____ Observações: _____ _____

<u>Eliminações Vesicais:</u> Retenção Urinária () Incontinência Urinária () Uso de fralda () USO DE COMADRE/PAPAGAIO () DISPOSITIVO URINÁRIO SVA () – FREQUÊNCIA _____/DIA

<u>Eliminações Intestinais:</u> Uso de fralda () Uso de comadre () Colostomia () Ileostomia () Observações: _____ _____
--

Regulação Neurológica

Paresia () Parestesia () Hiperestesia () Plegia () Local: _____

Observações _____

Mobilidade:

Deambula sem auxílio () deambula com auxílio () Muletas () Cadeira de Rodas () Andador ()
Acamada ()

Observações: _____

Percepção dos Órgãos dos Sentidos:

Usa óculos () Usa prótese dentária () Outro tipo de prótese () Qual: _____

Dor Sim () Não () Local (s) _____

Integridade Cutânea – Mucosa:

LESÃO: () NÃO () SIM

Região: _____

Características _____

Curativo: () Sim () Não

Cobertura: _____

OBSERVAÇÕES:

Terapêutica:

Insulinoterapia: () Sim () Não Dose:

NUTRIÇÃO:

Dieta: VO () _____ SNG () SNE ()

Gastrostomia () Industrializado () Caseiro () Vol _____/ml Freq: _____/dia

Observações: _____

Encaminhamento – Serviço Social _____

Enfermagem

Nutricionista

Assistente Social

ANEXOS

ANEXO I

CODINOME -

DATA

ESCALA DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE KATZ⁴

A .Banho

- 1 - não recebe assistência
- 2 - assistência para uma parte do corpo
- 3 - não toma banho sozinho

B. Vestuário

- 1 - veste-se sem assistência
- 2 - assistência para amarrar sapatos
- 3 - assistência para vestir-se

C . Higiene pessoal

- 1 -vai ao banheiro sem assistência
- 2 - recebe assistência para ir ao banheiro
- 3 - não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas

D. Transferência

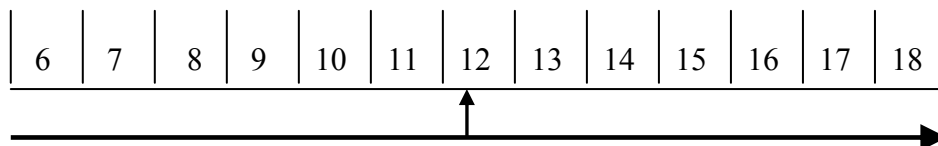
- 1 - deita, levanta e senta sem assistência
- 2 - deita, levanta e senta com assistência
- 3 - não levanta da cama

E. Continência

- 1 - controle esfinteriano completo
- 2 - acidentes ocasionais
- 3 - supervisão, usa cateter ou incontinente

F. Alimentação

- 1 - sem assistência
- 2 - assistência para cortar carne/manteiga no pão
- 3- Não se alimenta sozinho, por sondas



DEPENDENCIA

⁴ Fonte: Adaptado pelo pesquisador de: Katz, S. , Disponível em www.pronep.com.br/cjp/escalas.htm, acessado em 30.08.2006.

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
Parecer Consubstanciado Projeto nº 341/2006

I - Identificação

Data de entrada no CEP: 06/11/2006

Título do Projeto: O Estresse do Familiar Acompanhante de Idosos Dependentes do Processo de Hospitalização e Alta.

Pesquisador Responsável: Ângela Maria Alvarez

Pesquisador Principal: Gilson de Bittencourt Vieira

Propósito: Dissertação de mestrado.

Instituição onde se realizará: HU - UFSC

II- Objetivos: Geral: Identificar os fatores de estresse entre familiares acompanhantes durante o processo de hospitalização e alta de idosos dependentes e propor mecanismos de enfrentamento segundo a teoria do sistema de Betty Neumann.

- Específicos: Aplicar o instrumento de coleta de dados com os idosos e seus familiares acompanhantes, para definir o diagnóstico de enfermagem acerca dos estressores intra, extra e interpessoais.
- Intervir junto aos cuidadores propondo ações diante dos estressores encontrados, com base nos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) propostos por Neuman.
- Analisar os dados obtidos a partir da implementação da proposta assistencial de Neuman.
- Avaliar de forma processual as etapas de implementação do projeto de prática assistencial.

III- Sumário do Projeto: Os participantes deste estudo serão os familiares acompanhantes de idosos dependentes internados nas clínicas médicas do HU. Inicialmente será feito um contato verbal com enfermeiro do setor, solicitando que o mesmo indique os idosos que estejam internados que estejam acompanhados por familiares e sejam dependentes. Após uma resposta positiva destes familiares, pretende-se fazer avaliação do nível de dependência dos idosos aplicando a escala de atividades da vida diária de Katz, a qual define o grau de dependência de pessoas idosas. Nela são avaliados 6 itens: Banho, Vestuário, Higiene, Transferência, Continência e Alimentação. O somatório desta tabela resultará no escore seis ou mais, dependendo da capacidade funcional do paciente. Nesta escala há uma régua, com uma graduação de 6 a 18, direcionado por uma seta voltada para a direita. O número seis define o idoso como independente, porém quando mais se dirige para a direita, aumentará progressivamente o grau de dependência, pois idosos com escore 12 já apresentam um grau moderado de dependência, definindo o idoso como totalmente dependente ao chegar no escore 18.

IV- Comentários: Trata-se de um projeto bem escrito, bem delineado, cujo pesquisador responsável tem a qualificação necessária e tem relevância social e científica, além de ter a documentação necessária. No tocante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os autores o elaboram dirigindo o TCLE ao cuidador, apesar de colocarem um lugar para o idoso assinar. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) precisa ser simplificado, para atender ao grau de escolaridade dos sujeitos

da pesquisa, evitando o jargão codificado aos técnicos da área (“...propor mecanismos de enfrentamento segundo a teoria dos sistemas de Betty Neuman.”). de maneira que possa atender a “anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa. “ (Res 196, cap II, art II.11). Este TCLE deve atender ao que dispõe o cap IV da Res 196:
O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) a liberdade do sujeito de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e
- i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV.3 - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

d) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
- consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
- sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;

f) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

V- Parecer: Pelo exposto, somos de parecer que o presente projeto fique em pendência até que o TCLE seja elaborado de maneira a **esclarecer** (grifo nosso) os sujeitos da pesquisa e não apenas informar.

Com pendências (x)

VI- Data da Reunião: 27 de novembro de 2006.

Vera Lúcia Bosco
Coordenadora

VII – Parecer Final: Tendo em vista que as pendências foram respondidas, somos de parecer favorável a aprovação deste projeto.

(x) APROVADO



Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador CEP-UFSC

Florianópolis: 26 de março de 2007.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

ANEXO III



Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário
Serviço de Nutrição e Dietética

Nutrição Enteral Domiciliar

Orientações para Preparo e Administração de Sonda

1. O material a ser utilizado no preparo da dieta (liquidificador, talheres, jarras, etc) deverá ser de uso exclusivo para este fim.
2. O material a ser utilizado deverá ser lavado com sabão e água corrente. Após a lavagem, passar água fervente.
3. Os frascos de dieta deverão ser lavados com sabão, água corrente e escova de mamadeira. Antes de usar passe água fervente.
4. A água utilizada no preparo deverá ser previamente fervida e filtrada, sendo que ao ser adicionada às fórmulas de dieta com leite ou suco de fruta deverá estar à temperatura ambiente.
5. A preparação deverá ser coada em peneira fina.
6. Preparar as fórmulas pouco tempo antes do horário de colocar na sonda. Nas orientações em que aparece o preparo de fórmulas para dois horários juntos, a dieta deverá ser conservada em geladeira em recipiente de vidro com tampa plástica, por no máximo 12 horas.
7. A dieta ao ser administrada, deverá estar em temperatura ambiente. Caso esteja gelada, aqueça em banho-maria (exceto fórmulas com suco).
8. Ao administrar a dieta, o paciente deverá estar com o tronco elevado (apoiado em travesseiros) ou sentado, permanecendo nesta posição por aproximadamente 30 minutos após o término da dieta.

Administração em gastrostomia.

1. Administrar a dieta lentamente através de seringa.
2. Após o término, administrar 30 ml de água fervida em temperatura ambiente sob pressão (rapidamente), através da seringa.

Administração em sonda nasogástrica ou jejunostomia.

1. O frasco deverá ser conectado ao equipo, posicionado em altura acima da cabeça. Conectar o equipo à sonda.
2. Para iniciar a administração, o rolete deverá ser aberto permitindo o gotejamento lento da dieta. (60 gotas por minuto)
3. Após o término, administrar 30 ml de água fervida em temperatura ambiente sob pressão (rapidamente), através da seringa.

Em caso de náuseas, vômitos, distensão abdominal, diarreia, ou constipação, entre em contato com o serviço pelo ☎: 3721-9879 ou 3721-9112.

ANEXO IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

ENCAMINHAMENTO PARA RECEBER NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR VIA SECRETARIA DE SAÚDE

À Nutricionista Cleoni
Secretaria de Saúde do Estado
Diretoria de Assistência Farmacêutica
Programa de Medicamentos de Alto Custo

Paciente _____
com diagnóstico de _____

necessita de suporte nutricional enteral pois apresenta impossibilidade de alimentar-se via oral, com necessidade de _____ calorias/dia, equivalente a _____ latas (400g) por mês ou _____ latas (400g) para 3 meses de produto enteral padrão (ou _____ latas (800g) por mês ou _____ latas (800g) para 3 meses).

Nutricionista