

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
NÍVEL MESTRADO

PATRÍCIA PASSOS DE AZAMBUJA

**ENVELHECIMENTO ATIVO: ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do  
idoso**

PORTO ALEGRE

2015

Patrícia Passos de Azambuja

**ENVELHECIMENTO ATIVO: ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do idoso**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Edi Chaves

PORTO ALEGRE

2015

## **AGRADECIMENTOS**

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram além do aprendizado, um ambiente favorável para meu desenvolvimento acadêmico.

A Profa. Dra. Simone Edi Chaves, minha orientadora, pela oportunidade, apoio, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos na elaboração deste trabalho. Partilhando comigo as suas idéias, conhecimento e experiências e que sempre me motivou. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua contribuição, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Meu irmão e mestrando Márcio Passos de Azambuja que de forma especial me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Obrigada por contribuir com tantos ensinamentos, tanto conhecimento, tantas palavras de força e ajuda.

Ao meu esposo pela cobrança de dedicação necessária para conclusão deste projeto, mas, além disso, pelas contribuições em afeto, amor e paciência.

Aos amigos, companheiros de trabalhos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

## RESUMO

Na área da saúde observam-se avanços nas políticas públicas e institucionais a partir da Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em 2002 em Madri. Na última década a sociedade brasileira tem caminhado na busca de reconhecimento de seu direito de cidadania. Contudo no caso da velhice, precisamos avançar ainda mais, garantindo a todos os idosos a defesa e proteção de seus direitos. Ações implantadas para o cuidado do idoso precisam ser mais organizadas, menos fragmentadas e com maior comprometimento de todos os atores envolvidos. O momento da alta hospitalar representa, para muitos idosos e para seus familiares, uma situação de apreensão e questionamentos. Dentro deste contexto este estudo teve como objetivo propor um plano de ação na alta hospitalar com vistas ao envelhecimento ativo. A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, com delineamento de pesquisa social em saúde. Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Os participantes convidados a participar do estudo foram idosos internados na unidade de internação onde se desenvolveu o estudo, seus familiares e ou cuidadores, e também os profissionais enfermeiros que exercem suas atividades neste local. Após a análise crítica, os resultados apontaram: o conhecimento dos envolvidos a respeito das políticas públicas existentes direcionadas ao idoso; uma estrutura de orientação para a alta hospitalar com perfil médico centrado; a importância do comprometimento do cuidador familiar ou não; e a necessidade do fortalecimento e qualificação da participação do profissional enfermeiro no planejamento da alta hospitalar junto à equipe interprofissional. O resultado do estudo apontou para a necessidade da criação de um plano de ação no planejamento da alta hospitalar com vistas ao envelhecimento ativo, com o intuito de qualificar a assistência prestada na unidade de internação do serviço em estudo, focalizando as necessidades específicas para o cuidado do idoso. Sugere-se a testagem do modelo de plano de ação criado para auxiliar no planejamento da alta hospitalar, com o propósito de fornecer e contribuir com uma ferramenta para profissionais de saúde, familiares, cuidadores e também para o idoso. Tal intervenção foi baseada nos princípios que valorizam a saúde, a participação e a segurança do idoso, preconizados na Política de Saúde do Envelhecimento Ativo.

**Palavras-chave:** Idoso. Política de Envelhecimento Ativo. Alta hospitalar.

## ABSTRACT

In health, there has been progress in the public and institutional policies from the United Nations Second World Assembly on Ageing, held in 2002 in Madrid. In the last decade, Brazilian society has been moving in search of recognition of their right to citizenship. However in the case of old age, we need to go further, guaranteeing all seniors the defense and protection of their rights. Actions implemented for the elderly care need to be more organized, less fragmented and more commitment from all actors involved. The time of discharge is, for many seniors and their families, one of apprehension and questioning situation. Within this context, this study aimed to propose an action plan in the hospital with a view to active aging. The research used a qualitative approach with social health research design. For data collection semi-structured interviews were conducted. Participants invited to participate in the study were elderly patients in the inpatient unit where the study was developed, and their families or caregivers, as well as professional nurses who pursue their activities on this site. After a critical analysis of the results, it showed that: the knowledge of those involved regarding existing policies directed to the elderly; a guiding structure for the hospital with medical centered profile; the importance of the commitment of the family caregiver or not; and the need to strengthen and for qualification of the professional nurse participation in hospital discharge planning by the multidisciplinary team. The result of the study pointed to the need to create an action plan on hospital discharge planning with a view to active aging, in order to qualify for assistance provided in the service inpatient unit under study, focusing on the specific needs for care the elderly. We suggest testing the action plan template created to assist in discharge planning, in order to provide and contribute a tool for health professionals, family members, caregivers and also for the elderly. Such intervention was based on principles that value the health, participation and security of the elderly, recommended in the Active Ageing Health Policy.

**Keywords:** Elderly. Active Ageing Policy. Discharge.

## LISTA DE FIGURAS

Figura I.....	44
Figura II.....	45
Figura III.....	46
Figura IV.....	47

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
1.1 PROBLEMA.....	10
1.2 QUESTÃO DE PESQUISA.....	10
1.3 OBJETIVOS.....	11
<b>1.3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>11</b>
1.4 JUSTIFICATIVA.....	11
<b>2 MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>13</b>
2.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO....	13
<b>2.1.1 Dados Epidemiológicos do Envelhecimento no Brasil.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.2 Relevância das Políticas Públicas na Saúde do Idoso.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.3 Principais Ações da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.4 Pacto pela Saúde.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.5 Condições Crônicas e Agravos na Saúde do Idoso.....</b>	<b>20</b>
2.2 PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO.....	21
<b>2.2.1 Fatores Determinantes para a Promoção do Envelhecimento Saudável e Ativo....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.2 O Conceito de Envelhecimento Ativo.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2.3 Pressupostos para um envelhecimento ativo.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.4 Os três pilares da Estrutura Política para o Envelhecimento Ativo.....</b>	<b>23</b>
2.3 OS CUIDADOS PARA A ALTA HOSPITALAR COM VISTAS A VALORIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E MAIOR DA QUALIDADE DE VIDA.....	24
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	26
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
3.3 COLETA DE DADOS.....	28
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>30</b>
<b>5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
5.1 A PESSOA IDOSA E SEUS DIREITOS: SOCIEDADE, POLÍTICA E CONSTITUIÇÃO.....	32

5.2 O CUIDADOR E O IDOSO.....	34
5.3 O CUIDADO DO IDOSO MÉDICO CENTRADO.....	35
5.4 INTERPROFISSIONALIDADE NO CUIDADO DO IDOSO FORTALECIMENTO DO PAPEL DO ENFERMEIRO.....	37
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PROFISSIONAL ENFERMEIRO.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES IDOSOS E SEUS FAMILIARES E/OU CUIDADORES.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo em resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e a mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006c). Longevidade, porém, não é sinônimo de envelhecimento saudável. Com o aumento da expectativa de vida, a proporção de anos de vida com desvantagens socioeconômicas, com doenças crônico-degenerativas e incapacidades também aumenta (ROMERO; LEITE; SZWACWALD, 2005).

A Organización Pan Americana de La Salud (OPAS) define o envelhecimento como um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração do organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumentando sua possibilidade de morte (OPAS, 2003).

Muitas são as transformações demográficas, sociais, econômicas e culturais na sociedade brasileira neste século, mas sem dúvida dentre as mais significativas está o crescente processo de envelhecimento da população e as configurações e arranjos das famílias, que atualmente são menos numerosas e mais nucleares. Este contexto resulta na demanda por novas alternativas de acolhimento e cuidado com a população que envelhece. A resposta do sistema de saúde é, usualmente, fragmentada, tanto no que se refere à integralidade quanto à continuidade do cuidado. Tal realidade pode ser observada com os pacientes idosos usuários do serviço de saúde oferecido pelo Hospital Ernesto Dornelles em Porto Alegre, especificamente na unidade de internação do 4º andar onde pude desenvolver minhas atividades profissionais como enfermeira do laboratório, indo freqüentemente realizar o procedimento de coleta de gasometria arterial, podendo trocar experiências e palavras com os idosos internados e também com os seus cuidadores, na maioria das vezes familiares.

O Programa do Ministério da Saúde “Brasil Saudável” envolve uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco. Estas questões são a base para o envelhecimento saudável, um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde. Nesse contexto, a Secretaria de Vigilância em Saúde reproduziu o documento “Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde”, elaborado pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização

Mundial de Saúde (OMS) como contribuição para a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha (OPAS, 2005). Este Projeto de Política de Saúde busca dar informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo. Ressaltando que cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país. Assim a política do envelhecimento ativo e saudável surge para nos dar uma alternativa a ser abordada junto ao idoso e seu familiar, no momento de preparo para a alta hospitalar, reorganizando o modo de como lidamos com a velhice, tanto na maneira de como nos preparamos para a velhice como na atenção que damos aos que envelhecem.

### 1.1 PROBLEMA

Familiares e idosos têm muitos questionamentos, receios e expectativas no momento que antecede a alta hospitalar. Por isso é importante que o idoso receba apoio e acompanhamento e, se possível, planeje e participe no processo da sua alta hospitalar para uma melhor adaptação e aceitação.

### 1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Este estudo busca refletir e discutir alternativas e caminhos para a consolidação da política pública do envelhecimento ativo, onde possamos qualificar a velhice e o processo de envelhecimento. Sendo que a questão de pesquisa é: um plano de ação para a alta hospitalar com vistas ao envelhecimento ativo pode contribuir para a atenção em saúde prestada ao idoso? Reconhecendo, que além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem, e que uma abordagem baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (OMS, 2008), são importantes temas a serem discutidos no âmbito da saúde.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de ação para a alta hospitalar com vistas ao envelhecimento ativo.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Verificar quanto idosos, profissionais e familiares ou cuidadores sabem sobre a promoção de um envelhecimento ativo baseado nas políticas públicas.
- Caracterizar a população idosa, familiares e/ou cuidadores e profissionais enfermeiros em relação aos dados de identificação como sexo, idade, escolaridade, motivo da internação e número de internações.
- Identificar as principais situações que afligem o idoso, a família e os enfermeiros quando no momento da alta hospitalar.

### 1.4 JUSTIFICATIVA

O ponto inicial deste estudo foi o conceito de que o idoso estimulado ao envelhecimento ativo, otimiza as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de sua vida à medida que envelhece, promovendo sua inclusão na família e na sociedade. A motivação para realização do estudo surgiu a partir da convivência com os idosos internados na unidade de internação do quarto andar do hospital Ernesto Dornelles, após relatos de resistência a alta hospitalar e receio quanto à continuidade dos cuidados em casa e as frequentes reinternações do idoso. Sendo assim, torna-se imperioso o desenvolvimento de ações que subsidiem políticas públicas consistentes e adequadas à realidade.

A participação social, o suporte social, a boa saúde e o bem estar ao longo da vida estão muito ligados ao envolvimento em atividades de lazer, sociais, culturais e espirituais na comunidade ou junto à família, permitindo que os idosos continuem a exercer a sua autonomia, a ter o respeito e a estima, e a manter ou formar relacionamentos de apoio e carinho (OPAS, 2005). Uma ação que englobe políticas

públicas, instituições de saúde, profissionais de saúde, familiares, além da colaboração do idoso, será de grande valia e contribuição para uma velhice com maior qualidade.

Geralmente uma internação hospitalar tem um impacto negativo sobre a saúde do idoso. Quando internado o idoso perde rápida e drasticamente sua capacidade funcional e, frequentemente recebe alta com um status funcional inferior ao inicial de quando chegou ao hospital, deflagrando uma espiral negativa de fragilização. Mecanismos capazes de identificar o subgrupo de idosos sob-risco aumentado para reinternações é de grande utilidade, pois permite não somente uma atuação preventiva, melhorando a qualidade de vida destes indivíduos, mas também possibilita estabelecer prioridades de atenção à saúde do idoso (VERAS, 2002).

O momento da alta hospitalar representa, para muitos idosos, e seus familiares um momento de fragilidade e de medo, pois além do sofrimento, e da insegurança que o avanço da idade ocasiona, este indivíduo e seus familiares irão necessitar da atenção de um conjunto de profissionais da saúde para intervir no processo, garantindo a qualidade e continuidade da recuperação.

## 2 MARCO REFERENCIAL

### 2.1 O CONTEXTO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO

No Brasil temos o desafio para o século XXI de oferecer suporte para a qualidade de vida de uma população de idosos, na sua maioria de nível socioeconômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Contudo, para que se preste uma atenção adequada ao idoso, juntamente com a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é fundamental o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e de acordo com as reais necessidades das pessoas nessa fase da vida (MARTINS, 2007).

A Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), e o Estatuto do Idoso (2003) são ferramentas legais que norteiam ações, sociais e de saúde no Brasil e garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos.

A Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso, como o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, gerando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionadas ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que afeta o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999).

Os idosos, em particular, precisam de ambientes que lhes apoiem e capacitem, para compensar as alterações físicas e sociais decorrentes do envelhecimento. Essa necessidade foi reconhecida como um dos três direcionamentos principais do Plano Internacional de Ação de Madri, de 2002, com endosso das Nações Unidas (MADRI, 2002).

É também indispensável o compromisso de fortalecer políticas e programas com o objetivo de criar uma sociedade de inclusão e coesão para todos, homens, mulheres, idosos, jovens e crianças. Sejam quais forem as circunstâncias em que se encontram os

idosos, todos têm direitos a viver num ambiente que realce suas capacidades (ONU, 2002).

Em 1º de Outubro de 2003, foi sancionado, no Brasil, o Estatuto do Idoso, Lei nº10.741 elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do estado e da sociedade às necessidades da população idosa, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Salientando que é obrigação da família, do Poder Público, da comunidade, da sociedade garantir à pessoa idosa a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, mediante garantia de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Priorizando o atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (BRASIL, 2003).

A Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006, aprova a Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece, assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa contemplam a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, no documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, municipal, estadual e federal, sendo apresentada uma série de ações que visam à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006b).

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa um avanço importante, entretanto, muito há que se fazer para dar respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Políticas, serviços, ambientes e estruturas dão apoio e capacitam as pessoas a envelhecer ativamente ao: reconhecer a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos; prever e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento; respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram; proteger aqueles que são mais vulneráveis; e promover a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária (OMS, 2008).

Os marcos legais desenvolvidos no Brasil e no mundo geram impacto positivo na saúde do idoso propondo alternativas para satisfazer as necessidades do idoso, contribuindo para o avanço da qualidade de vida, pautado nos princípios éticos de inclusão, cidadania, acesso e direitos de acordo com as políticas públicas de garantia de direito para o idoso. Pode-se destacar como um marco internacional a Segunda Assembléia Mundial sobre o envelhecimento realizada em Madri no ano de 2002. Onde foi traçado o Plano de Madri que reafirma os direitos das pessoas idosas e a boa saúde como bem inestimável das pessoas, e ressalta a colaboração do estado e da sociedade civil. Os objetivos do Plano de Madri foram relacionados à redução dos efeitos acumulativos dos fatores que aumentam o risco de sofrer doenças; acesso de todos os idosos à alimentação e a nutrição adequada; eliminação das desigualdades sociais e econômicas por razões de idade ou sexo ou por outros motivos; participação de idosos no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de atenção primária de saúde e atendimento em longo prazo; melhorar a avaliação dos efeitos da AIDS sobre a saúde dos idosos; dar informação adequada, capacitação de profissionais de saúde e de serviço social para a prestação de cuidados de acordo com as necessidades de idosos; desenvolvimento de amplos serviços de assistência à saúde mental de idosos, manutenção de máxima capacidade funcional durante toda a vida e promoção da plena participação dos idosos portadores de incapacidades (ONU, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em contribuição ao Plano de Madri lança uma política baseada nas idéias de Envelhecimento Ativo, reconhecendo que o envelhecimento ativo como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2005).

### **2.1.1 Dados Epidemiológicos do Envelhecimento no Brasil**

O Brasil possui hoje cerca de 18 milhões de idosos<sup>1</sup>, isto representa 10% da população brasileira, e a previsão é que até 2020 chegaremos a 30 milhões de idosos no país o que representa 20% da população na metade deste século, mantidas as tendências demográficas atuais com a diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, este número só tende a crescer (BRASIL, 2006). O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU, 1982) o conceito idoso difere entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, pois no primeiro, são consideradas idosas, as pessoas com 65 anos ou mais enquanto que, nos países em desenvolvimento como é o caso do Brasil é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais. O fenômeno do envelhecimento da população vem aumentando no Brasil e necessita urgentemente de ações e da concretização de políticas públicas para que possamos enfrentar as consequências sociais, econômicas e de saúde desta população (GARRIDO; MENEZES, 2002).

### **2.1.2 Relevância das Políticas Públicas na Saúde do Idoso**

A Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, bem como o Pacto pela Vida, são instrumentos que garantem a proteção ao grupo populacional de pessoas idosas, agregando-os na condição de cidadãos que, como os demais, merecem uma atenção digna e saudável, considerando-os parceiros ativos no desenvolvimento dessas políticas (MARTINS, 2007).

---

<sup>1</sup>No Brasil é considerado idoso indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos (BRASIL, 2003).

O envelhecimento é, hoje, uma realidade que não pode ser ignorada na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

As políticas vigentes nos países estão voltadas não somente para o idoso, como também para os profissionais da saúde, visando a sua divulgação e implementação, assim como para a sociedade de maneira geral, promovendo o respeito, valorização e inclusão dos idosos, contribuindo para que, apesar das progressivas limitações que ocorrem com o passar dos anos, se possa redescobrir novas possibilidades de viver a vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que reconhecemos as potencialidades e o valor da pessoa idosa, portanto, parte das dificuldades enfrentadas pelo idoso está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006). Um grande desafio na atenção à pessoa idosa está na mudança de paradigmas e uma nova postura frente ao envelhecimento.

A mudança no perfil epidemiológico do país é resultante de transformações da vida da população nos âmbitos social, econômico e cultural despertando novos olhares e planejamentos, para ampararem as expectativas relevantes à saúde, bem como atender às demandas biopsicossociais visando ao equilíbrio do processo vital (BARREIRA; VIEIRA, 2004).

O desenvolvimento e as mudanças nas políticas públicas para amparar de forma adequada o idoso fomentam a possibilidade de reduzir a incidência de complicações na saúde do idoso. Com o conhecimento das políticas públicas de saúde brasileira, visando uma articulação das ações de saúde entre os profissionais de saúde, a sociedade e a população idosa poderão favorecer de maneira positiva o processo de envelhecimento, etapa tão nobre do ciclo vital. Percebe-se que quando o convívio social não é suficiente para direcionar os indivíduos a respeitarem o modo de viver, com princípios éticos e morais, de determinado grupo, é necessário que os princípios se transformem em leis através de políticas públicas de saúde. Transformar as leis em políticas de governo é o compromisso de oferecer estratégias para fazer com que as regras estabelecidas sejam respeitadas por todos (MACHADO; VELASCO; AMIM, 2006).

Esta nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos modelos de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas afim de que o sistema

ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. Autonomia, participação, cuidado, auto-satisfação, dão ao idoso a possibilidade de atuar em variados contextos sociais e proporcionam a elaboração de novos significados para a vida na idade avançada e são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (CAMACHO; COELHO, 2010).

Porém a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível, estado, profissionais da saúde, idosos e sociedade em geral são todos responsáveis por esse processo, que poderá ser favorecido com a divulgação de suas fontes para a população, bem como aos profissionais da área da saúde como um todo (MARTINS, 2007).

Para Bettinelli e Portella (2004, p.108).

Somente a sociedade pode promover o avanço da luta pelos direitos dos idosos, pela dignidade do envelhecimento e pelo cumprimento das leis existentes. Sua contribuição não consiste só em denunciar o não cumprimento das leis, mas acima de tudo em colocar-se como parceira do poder público na construção de ações, programas e projetos que resultem em apoio, proteção e assistência ao idoso [...].

É fundamental o engajamento de toda a sociedade, para que se consiga transformar a realidade dos idosos e humanizar as relações entre viver e envelhecer.

### **2.1.3 Principais Ações da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006a).

O Conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo as ações da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são descritos pelas diretrizes de promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à

participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

O conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, salientando o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, onde o Plano de Madri fundamenta-se em: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso (BRASIL, 2006a).

Há na efetivação desta política a necessidade de enfrentamento de desafios como: a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio; número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, na maior parte das vezes, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental; a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a).

#### **2.1.4 Pacto pela Saúde**

O Ministério da Saúde definiu, em 2006, as Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, um conjunto de compromissos que se tornam prioridades das três entes federativos. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida, onde foram pactuadas seis prioridades dentre elas: a saúde do idoso, o controle do câncer

de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica. Nota-se que três delas são de grande relevância para o planejamento e atenção a saúde do idoso. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

### **2.1.5 Condições Crônicas e Agravos na Saúde do Idoso**

Em 2003, segundo as informações da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), 29,9% da população brasileira reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica, doença que acompanha a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível. Foram investigadas pela PNAD, as seguintes doenças: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo; câncer; diabetes (ou hiperglicemia); bronquite ou asma; hipertensão (pressão alta); doença do coração; doença renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose. Mas entre os idosos este valor atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Muitos idosos apresentam problemas de saúde, necessitando de cuidados especiais, às vezes permanentes, por terem perdido sua autonomia ou por serem portadores de doenças crônicas ou de doenças senis (CORTELLETTI et. al., 2004). A causa de internação hospitalar mais frequente entre os idosos é a insuficiência cardíaca, 12,1‰ para mulheres e 14,7‰ para os homens. Pneumonia, bronquite e acidente vascular cerebral estão entre as causas de internação mais importantes, tanto para homens quanto para mulheres (DATASUS, 2013).

O envelhecimento populacional produz impacto direto nos serviços de saúde, uma vez que os idosos apresentam mais problemas de saúde, especialmente de longa duração. Sendo assim, o aumento desta faixa etária no Brasil ganha uma atenção cada vez maior dos setores de saúde, uma vez que o envelhecimento biológico está fortemente associado a crescentes taxas de morbidades, que por sua vez, apresentam um impacto em cascata ao atingir toda a cadeia social indivíduo, familiares, comunidade e estado (CHAIMOWICZ, 1997). Essas mudanças etárias modificam substancialmente as demandas sociais, ampliando as demandas associadas ao tratamento de doenças crônicas.

A capacidade funcional surge, assim, como um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a).

## 2.2 PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO

### 2.2.1 Fatores Determinantes para a Promoção do Envelhecimento Saudável e Ativo

A Organização Mundial da Saúde, no final da década de 90, passou a utilizar e disseminar o conceito de envelhecimento ativo buscando acrescentar além dos cuidados com a saúde, outras práticas ou fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser entendida como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (BRASIL, 2006).

Se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão. Por isso, em um projeto de envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde (WHO, 2005).

### 2.2.2 O Conceito de Envelhecimento Ativo

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas, com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações

internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Implementar uma abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida (WHO, 2005).

### **2.2.3 Pressupostos para um envelhecimento ativo**

Considerar o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas. Aproveitar todas as oportunidades para: a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco; b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; c) valorizar e respeitar a velhice; d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário; e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos; f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas; g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades; h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo; i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências; j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis; k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção; l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa; m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis; n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização; o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis em indivíduos idosos; p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de

que envelhecimento não é sinônimo de doença; q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa; r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS; s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional; t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social (Brasil, 2006a).

#### **2.2.4 Os três pilares da Estrutura Política para o Envelhecimento Ativo**

A estrutura da política do envelhecimento ativo requer ações em três pilares básicos que são a saúde, a participação e a segurança da população idosa.

A Organização Mundial da Saúde (2005) salienta que quando os fatores de risco comportamentais e ambientais, de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem saudáveis e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem conseqüentemente poucos idosos precisarão de tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos. Aqueles que realmente precisam de assistência devem ter acesso a toda uma gama de serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento.

A idéia preconizada no Envelhecimento Ativo referente à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros e comunidades. Quando as políticas e os programas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira, ficam asseguradas a proteção, dignidade e assistência aos mais velhos que não podem mais se sustentar e proteger. As famílias e as comunidades são auxiliadas nos cuidados aos seus membros mais velhos (WHO, 2005).

Uma abordagem baseada na política de envelhecimento ativo busca eliminar a discriminação por idade e reconhecer a diversidade das populações mais velhas. As pessoas mais velhas e seus cuidadores precisam estar engajados ativamente no

planejamento, na implementação e avaliação de políticas, programas e atividades para desenvolvimento do conhecimento relacionadas ao envelhecimento ativo (BERZINS; BORGES, 2012), visando discutir, formular planos de ações e políticas para o desenvolvimento de envelhecimento saudável para as pessoas, com ganho substancial na saúde e na qualidade de vida.

### 2.3 OS CUIDADOS PARA A ALTA HOSPITALAR COM VISTAS A VALORIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E MAIOR DA QUALIDADE DE VIDA

Fatores como a urbanização, o acesso aos serviços de saúde e aos meios de diagnóstico, as mudanças culturais ocorridas nas últimas décadas, à adoção de estilos de vida prejudiciais à saúde; o sedentarismo; o aumento do estresse, o consumo de alimentos ricos em lipídeos, carboidratos e sal, além da adoção de hábitos nocivos como a ingestão de álcool e o fumo, vem contribuindo para o aumento das condições crônicas e de internações hospitalares, o que impõem novas demandas ao sistema de saúde, que, se não forem gerenciadas, se tornarão a primeira causa de incapacidade no mundo em 2020, além do agravo mais dispendioso para os sistemas de saúde (ASSIS, 2004) (BRASIL, 2011).

O alto custo das hospitalizações tem abreviado o tempo de internação e o planejamento da alta do paciente tem sido uma das principais preocupações para assegurar a continuidade do tratamento e evitar a reinternação, principalmente dos pacientes idosos. Partiu-se do pressuposto de que essa situação relaciona-se à política de desospitalização, e por ter se tornado cada vez mais comum à condição de "alta melhorada", onde há o incentivo para a alta o mais cedo possível, sob a argumentação da necessidade de redução de custos financeiros, maior rotatividade de leitos e diminuição dos riscos que uma internação prolongada pode causar. Dessa maneira, grande parte dos idosos hospitalizados retorna à comunidade e à família assim que são resolvidos os problemas agudos, mas ainda com graus de dependência para o autocuidado e com múltiplas situações que demandam assistência, muitas vezes, de alta complexidade, que acabam por permanecer ao encargo da família (KARSCH, 2003) (GOMES; RESCK, 2009).

O entendimento de que o paciente precisa ter conhecimentos específicos sobre a sua condição de saúde, é relevante para dar continuidade ao seu tratamento após a alta

hospitalar, prevenindo complicações ou recidiva na internação hospitalar. Há um compromisso na educação em saúde no intuito de preparar o paciente para a alta hospitalar, o que se acredita contribuirá para a qualidade de vida do paciente e auxiliará na diminuição dos custos financeiros da instituição oriundos de internações decorrentes de complicações após a alta (JACOBI ET. AL., 2011).

Na atualidade, desenvolvem-se amplas discussões a respeito do exercício da autonomia do cliente/usuário/paciente. Como indivíduo autônomo se considera aquele que tem nele mesmo a fonte de decisão e, independente da faixa etária, escolhe e toma decisões livremente, sobre as alternativas que lhe são apresentadas (PASCHOAL, 2005).

Na área de saúde, a importância de se saber sobre as informações fornecidas pela equipe de saúde aos idosos hospitalizados está relacionada ao respeito à autonomia do paciente e para exercê-la é fundamental que ele esteja bem informado sobre o seu estado de saúde, assim como sobre as políticas que incentivam o envelhecimento ativo, proporcionando novos caminhos para a consolidação de políticas públicas consistentes que possam qualificar a velhice e o processo de envelhecimento. A compreensão das características dos idosos durante a internação hospitalar é importante porque facilita a identificação correta de seus problemas e a proposição de formas de atendimento diferenciadas que permitam melhor atendê-los (DUARTE; LEBRÃO, 2005).

Desse modo, o conhecimento de como ocorre o processo de comunicação entre o idoso e os profissionais certamente contribuem para que o serviço de saúde atue de maneira mais eficaz no planejamento, na organização e no alcance da qualidade do seu serviço. Mediante a problemática apresentada e pelo interesse em viabilizar ações voltadas ao cumprimento dos direitos dos idosos estabelecidos legalmente no Brasil, especialmente àqueles hospitalizados, torna-se imperiosa a criação de ferramentas que contribuem para a valorização do Envelhecimento Ativo e maior qualidade de vida na velhice.

Assim, entende-se que programas de preparo para a alta hospitalar, como uma estratégia de educação em saúde, devem ser incentivados, contribuindo para a integralidade do cuidado, a fim de que a pessoa idosa receba um tratamento resolutivo e humanizado, reduzindo a possibilidade de reinternações.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que para Morse e Field (1995) refere-se a estudos que buscam os significados, as representações, as simbolizações, as percepções e o ponto de vista do sujeito estudado.

A abordagem qualitativa tem como objetivo entender o contexto onde o fenômeno ocorre, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, aprofundando-se nas relações sociais, partindo do pressuposto que há uma relação dinâmica, uma interdependência entre o sujeito e o objetivo, reconhecendo que o sujeito é um ser indissociável entre o mundo real e a subjetividade do mesmo (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa em saúde possibilita uma maior compreensão da doença, do doente, do cuidador, do tratamento, da comunidade e das propostas futuras para novas iniciativas ao fenômeno estudado, cuja contribuição é muito significativa, pois traz a visão e posição do paciente enquanto sujeito da experiência, sem perder o rigor técnico e consistência que envolve sua elaboração (CANZONEIRI, 2010).

Fatores e comportamentos sociais podem influir de forma direta sobre a saúde do indivíduo e da coletividade. A influência que estes fatores têm sobre a vida e a saúde das pessoas, como elas lidam com eles são da maior importância no campo da manutenção e promoção da saúde, prevenção de doenças e adesão a tratamentos ou a medidas preventivas. As motivações e vivências individuais e de grupo são críticos no que se refere a procurar informações, aceitá-las como verdadeiras e pô-las em prática (FAÇANHA, 2001).

Minayo (2010) conceitua como Pesquisa Social em Saúde todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, e sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços, e os profissionais e usuários. Considerando o contexto dos atores envolvidos, o estudo buscou significados a partir das falas dos idosos, familiares/ cuidadores e enfermeiros, no momento que antecede a alta hospitalar, na unidade de internação do quarto andar do Hospital Ernesto Dornelles em Porto Alegre.

#### 3.1 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido na unidade de internação do 4º andar do Hospital Ernesto Dornelles (HED). Esta unidade possui uma estrutura física que abriga

60 leitos privativos e semi-privativos, prestando cuidados a pacientes de diversas patologias clínicas e cirúrgicas, na sua maioria idosos. Atualmente o HED possui 312 leitos, emergência adulto, maternidade com 3 salas de parto, 8 leitos de UCI e 10 leitos de UTI neonatal, Unidade de Cuidados Especiais com 16 leitos, Unidade de Tratamento Intensivo Adulto com 22 leitos, centro cirúrgico com 12 salas cirúrgicas, 3 salas de procedimentos ambulatoriais e 36 leitos de Recuperação Pós-Anestésica.

A história do hospital começa no dia 19 de novembro de 1928, quando um grupo de idealistas formado por 88 servidores públicos, preocupados com a saúde da categoria e de seus familiares, fundou a Associação dos Funcionários Públicos do Estado do Rio Grande do Sul, entidade civil de direito privado, com o objetivo de prestar serviços voltados à prevenção de doenças e à promoção da qualidade de vida. Crescendo rapidamente, graças à abnegação e trabalho de suas sucessivas diretorias, a associação abraçou um gigantesco desafio: construir seu próprio hospital, para atender as necessidades dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (HED, 2014).

Assim, em 1946, com o auxílio dos Governos Federal e Estadual, iniciou-se a construção do hospital, em terreno de 11.726 m<sup>2</sup>, doado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, com demarcação nas Avenidas João Pessoa, Ipiranga e pela Rua da Azenha e Professor Freitas e Castro, que levaria o nome de Ernesto Dornelles, em homenagem ao então Governador do Estado. Na inauguração o Hospital Ernesto Dornelles contava com Unidades de Internação totalizando 115 acomodações. O HED é hoje uma instituição privada que tem como missão proporcionar assistência integral e qualificada à saúde, buscando ser referência médico hospitalar, através de uma empresa autossustentável (HED, 2014).

### 3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes convidados a participar do estudo foram os idosos internados na unidade de internação do 4º andar do Hospital Ernesto Dornelles, seus cuidadores e/ou familiares e profissionais enfermeiros, da equipe multidisciplinar que é formada por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudióloga, psicólogos, técnicos de enfermagem e auxiliares de nutrição que trabalham nesta unidade. Foram entrevistados cinco enfermeiros atuantes na unidade de internação, escolha feita devido à relevância de suas orientações nos cuidados para a alta hospitalar do paciente idoso. Totalizando quinze participantes, destes cinco foram pacientes idosos, cinco cuidadores

e/ou familiares e cinco enfermeiros. Este número de participantes se justifica, conforme dito por Minayo (2010) onde o que se espera de uma pesquisa qualitativa é a qualidade do aprofundamento das respostas e não necessariamente o número de participantes, além disso, segundo a autora, estima-se uma possibilidade de saturação dos dados quando há um extenso número de participantes. Para este estudo os participantes foram escolhidos de modo intencional, cujas idéias e opiniões e aprofundamento nas falas são do interesse da pesquisa (MINAYO, 2010).

Durante a etapa de esclarecimento da temática e dos objetivos da pesquisa foi assegurado aos participantes que os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para o alcance dos objetivos da pesquisa. O esclarecimento dos aspectos éticos se deu mediante a leitura individual do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B, C) que foi entregue e assinado no momento que antecedeu a entrevista.

Como critérios de inclusão para participar do estudo estabeleceram-se:

- Em relação aos idosos: alta hospitalar do idoso no período de no máximo quinze dias até a data da entrevista; possuir idade igual ou superior a 60 anos; capacidade de comunicação (verbal ou escrita); tempo de internação de no mínimo quatro dias; residir na zona urbana do município em que o estudo se realiza e estar orientado no tempo e no espaço;
- Em relação aos cuidadores: estar em contato com o idoso há pelo menos 30 dias;
- Em relação aos profissionais enfermeiros: estarem atuando na unidade de internação do 4º andar por um período igual ou superior a três meses.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Neste estudo a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Essas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo que todas foram previamente agendadas e realizadas mediante a autorização de cada participante da pesquisa.

Segundo Minayo (2010), a entrevista é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Ela pode ser utilizada por iniciativa do entrevistador para construir informações importantes que ajudem a atingir o objetivo da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em local e horário de preferência dos participantes, com agendamento

prévio, sendo que os profissionais enfermeiros foram entrevistados fora do seu horário de trabalho.

As perguntas que orientaram a pesquisa se basearam no questionamento a cerca do conhecimento dos participantes sobre as políticas públicas relacionadas ao idoso, em especial a Política do Envelhecimento Ativo e Saudável, também perguntas relacionadas às preocupações e angústias dos atores envolvidos no momento da alta hospitalar do idoso.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A Análise de dados deste estudo foi a análise temática e seguiu as indicações de Minayo (2010). A autora refere que este método consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

Seguindo Minayo (2010), a análise temática é composta pelas seguintes etapas:

- a) pré-análise: as entrevistas serão transcritas, preparadas, revisadas e lidas para assim registrar os pontos mais importantes.
- b) exploração do material: após a leitura das entrevistas, para obter dados importantes, e assim os interpretar.
- c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: utilizando como base os objetivos do estudo para avaliação dos dados coletados.

#### 4 ASPECTOS ÉTICOS

Participaram do estudo aqueles que aceitaram o convite de forma espontânea e que concordaram com os objetivos da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B, C), totalizando um número de quinze participantes no estudo, onde cinco eram pacientes idosos, cinco familiares e/ou cuidadores e cinco enfermeiros. Os profissionais enfermeiros foram entrevistados fora do turno de trabalho afim de não prejudicar o funcionamento da unidade.

O pesquisador resguardará a privacidade e confidencialidade dos nomes (identificação) dos participantes garantindo o anonimato deles. O conteúdo e informações obtidas serão utilizados exclusivamente para a produção científica. A pesquisa atenta para três cuidados éticos: o consentimento informado, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisadores e participantes (SPINK; MENEGON, 1999).

Os aspectos éticos do presente estudo obedeceram rigorosamente à Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), e às orientações estabelecidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. O estudo foi executado no Hospital Ernesto Dornelles e tem a anuência e a aprovação do Comitê de Ética da Unisinos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo consiste de 15 indivíduos entre eles 5 idosos internados na unidade de internação do 4º andar do hospital Ernesto Dornelles, 5 cuidadores que estavam acompanhando o idoso que poderiam ser ou não familiares desse idoso e 5 enfermeiros que exercem suas atividades nas unidades de internação. Serão expressos nesta pesquisa subconjuntos da amostra entrevistada que serão identificados como: C1 a C5 o grupo que abrange os cuidadores entrevistados; E1 a E5 identifica o grupo de enfermeiros entrevistados e; I 1 a I5 o grupo que representa os idosos entrevistados nesta pesquisa.

As idades dos indivíduos do grupo de idosos variaram entre 65 a 82 anos, os enfermeiros tinham idades entre 33 e 54 anos e já estavam formados no nível superior há pelo menos 3 anos e exerciam suas atividades profissionais na instituição entre 8 meses e 9 anos de trabalho, e os cuidadores com idades entre 33 e 68 anos. Todos os idosos participantes estiveram internados no mínimo pela terceira vez após os 60 anos, o motivo de internação variou entre pneumonia, cirurgia devido a câncer de esôfago, fratura em membro inferior por queda em casa, diabetes descompensada e plaquetopenia em decorrência de doença imunológica.

No grupo dos idosos entrevistados apenas um era do gênero masculino, foi possível perceber a resistência em participar da entrevista pelos idosos do gênero masculino que estavam internados e foram convidados a participar respondendo as perguntas pertinentes à pesquisa com a justificativa de que suas palavras não teriam relevância ou teriam importância para o estudo. Já no grupo dos cuidadores todas eram do gênero feminino, o que parece remeter a idéia de que as mulheres são mais comprometidas com o cuidado aos idosos que participaram da pesquisa. Dentre os profissionais enfermeiros dois eram de gênero masculinos e três de gênero feminino, e todos participaram com entusiasmo e foram receptivos ao convite a participar da pesquisa.

Outra observação que deve ser destacada e que todos os cuidadores que participaram da pesquisa tinham algum grau de parentesco, ressaltando o fato de que o cuidado ao idoso geralmente recai e está a cargo da família, uma cuidadora era sobrinha, três eram filhas, uma era esposa do idoso.

O grau de escolaridade que será aqui considerado como, a educação escolar composta pela educação básica, formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio; educação superior e pós-graduação. Dois participantes do grupo de idosos tinham educação superior, dois o ensino médio completo e um o ensino médio incompleto. Os cuidadores tem nível de educação superior concluído ou em andamento em sua maioria, sendo dois deles com nível superior concluído, dois com educação superior ainda incompleta e um participante cuidador com ensino médio. Apenas um participante enfermeiro não tinha especialização, os enfermeiros que participaram e que tinha alguma especialização realizaram sua pós graduação em áreas como a oncologia, saúde pública, e controle de infecção, um dos enfermeiros concluiu o mestrado em educação, porém nenhum realizou especialização na área do idoso especificamente, mesmo desenvolvendo suas atividades direcionadas a uma clientela em sua maioria de idosos.

## 5.1 A PESSOA IDOSA E SEUS DIREITOS: SOCIEDADE, POLÍTICA E CONSTITUIÇÃO

O debate central que surgiu através da fala dos entrevistados é que o idoso tem direitos de respeito, prioridades, saúde, alimentação, cuidados, atividades físicas, mentais e sociais, também atuação no mercado de trabalho, suporte financeiro, qualidade de vida, medicamentos, atenção e suporte da família, acesso, autonomia, direitos esses relacionados às políticas públicas relacionadas ao envelhecimento ativo, apesar de todos os participantes argumentaram desconhecer especificamente tal política, desenvolveram uma boa descrição quando questionados a respeito das políticas de promoção do envelhecimento ativo em vigor no Brasil.

Alguns idosos relataram dificuldades relacionadas aos direitos do idoso no sentido de identificar o idoso como um cidadão ainda oprimido na sociedade, porque muitas vezes a própria família oprime, e o idoso vai perdendo sua autonomia e representatividade diante diversas situação de injustiça ou desrespeito. Como relatou uma idosa participante:

...a diminuição da capacidade de cuidar, de produzir, de fazer as coisas, torna o idoso excluído da sociedade, as pessoas ignoram, nossas opiniões deveriam ser mais respeitadas... (I4, 82 anos).

Por outro lado, como assinalam Caradec (2008), Peixoto e Clavairolle (2005), a situação e a representação das pessoas idosas vêm mudando profundamente, não só em razão da maior longevidade e da transição demográfica, mas das políticas e direitos para essas pessoas. Novas categorias de velhice estão emergindo como as de terceira idade, idosos ativos, idosos dependentes, idosos jovens, e idosos, levando-se em conta o que Peixoto e Clavairolle (2005) chamam de dispositivos gerontológicos, tanto para garantir a renda como para prestar serviços aos idosos. A terceira idade passou a representar uma etapa de vida a ser vivida plenamente, no período pós-aposentadoria, inclusive com relações afetivas e amorosas, diferentemente do retiro, do isolamento e da perda de funções que a velhice representou. A expressão terceira idade vem sendo questionada em função da maior longevidade, com denominação de seniores, quarta e quinta idades.

Alguns cuidadores entrevistados destacaram que atualmente o idoso ter maior visibilidade na sociedade, o que o torna cada vez mais ativo e participativo em atividades sociais e familiares onde muitas vezes sua renda complementa ou é o principal sustento da família. Mas ainda assim uma cuidadora/familiar descreve:

...o idoso ainda é muito depreciado na sociedade... (C4, 35 anos).

Os profissionais enfermeiros que foram entrevistados tem sua base de conhecimento extraído basicamente do Estatuto do Idoso, e trazem essa referência no que diz respeito às leis de apoio ao envelhecimento. Ressaltam a importância do comprometimento e a responsabilidade da família nos cuidados ao idoso com a valorização da autonomia mesmo que dentro de suas limitações, revelados através da fala:

Nós damos orientações triviais quando a gente nota que tem algum problema, tentamos resgatar o vínculo de afeto com a família que precisa perceber que o idoso é um referencial de conhecimento e vivência e muitas vezes ele é abandonado. Não é determinante a classe social e sim o vínculo que o idoso faz e que se está disposto a cultivar, a gente precisa se comover e ver o idoso como um cidadão (E2, 33 anos).

Várias leis federais, estaduais e municipais (BARROSO, 2001) garantem à pessoa idosa a efetivação de direitos especiais, em função da trajetória de vida que se manifesta na velhice. Esses direitos especiais são uma maneira de levar em conta a realidade do envelhecimento social e individual e estão articuladas ao processo político de discussão do envelhecimento numa sociedade de longevos e de suas condições de vida num país marcado por profundas desigualdades. Três dimensões devem ser articuladas na implementação das políticas sociais formalmente assinaladas na Constituição: a proteção,

a participação e a qualidade de vida. A Constituição possibilitou a consolidação tanto do direito a idade avançada com dignidade, participação e proteção, como do direito individual e coletivo, embora persista a profunda desigualdade social. Há organizações e mobilizações para assegurar direitos e colocá-los em prática, fortalecendo uma presença ativa da pessoa idosa na família e na sociedade. O mercado está atento para o consumo que essa população significa. Existem movimentos sociais, da aliança de vários setores do Estado com esses movimentos e das representações de um envelhecimento ativo, digno e participativo.

## 5.2 O CUIDADOR E O IDOSO

À medida que aumenta a expectativa de vida, à medida que decresce a natalidade, aumenta o contingente de pessoas com idade mais avançada, aumenta também a prevalência de doenças crônicas, não raro invalidantes ou com algum grau de dependência. Cuidar não é uma tarefa fácil, e nem é preciso trabalhar na área da saúde ou da assistência médica para constatar. Tomar conta de uma pessoa cronicamente enferma ou limitada em suas capacidades exige paciência, habilidade, conhecimento e dedicação. Muitas vezes o desafio surge inesperadamente, transformando em cuidador alguém que não estava preparado para isso (DINI; DALACORTE, 2009).

Durante uma internação hospitalar a família e o idoso propiciam um momento de reflexão onde ambos necessitam rever seus papéis e suas prioridades, é emergencial que se observe as novas demandas do idoso, sua necessidade de acompanhamento e seus cuidados de decorrerem após a alta hospitalar. A família também precisa se reorganizar, alterando sua rotina, dividindo seu tempo com os cuidados e demandas do idoso, quando há a possibilidade deste idoso permanecer sob os cuidados dos familiares ou cuidadores e não sendo transferido aos cuidados de instituição de longa permanência.

Tanto o tempo de internação hospitalar quanto o tempo após a alta, nas fases de readaptação e reabilitação, exigem muito não só do paciente, mas também, e talvez principalmente de sua família e de seus cuidadores. Frente a esta nova situação existem fatores que afligem o idoso e seus familiares ou cuidadores. No levantamento de dados realizado com esta população que estava passando pelo processo de alta hospitalar na unidade de internação do quarto andar do Hospital Ernesto Dornelles, foram relatadas as preocupações com a questão de hoje em dia as famílias serem menos numerosas, como relata a idosa:

...antigamente a gente tinha uma família numerosa que vivia junta, aconchegada, a gente procurava manter a família junto, hoje em dia com a correria do mundo, as pessoas estão mais distantes, elas não estão tão preocupadas com aquela pessoa que envelheceu, como se elas não fossem envelhecer... (I1, 67 anos).

A questão financeira com o aumento de gastos que os cuidados com a saúde do idoso oneram; preocupações com a alimentação, medicações, cuidados em casa; a segurança do idoso tanto em casa na prevenção de quedas e acidentes como a segurança nas ruas com a vulnerabilidade do idoso frente às más condições de urbanização que as cidades oferecem, assim como sua vulnerabilidade a assaltos e golpes que a aparência fragilizada do idoso pode atrair; perda ou retirada da autonomia; paciência com o idoso; tais fatores podem propiciar ao idoso sentimentos de isolamento e abandono.

Ter tranquilidade para voltar para casa após a internação hospitalar tendo recebido explicações esclarecedoras sobre a doença e limitações do idoso assim como sintomas e possíveis acontecimentos, situações que poderão ocorrer em casa e a orientação quanto a conduta a ser seguida se acontecer alguma intercorrência em casa são apontadas como de grande importância para os idosos e cuidadores. A cuidadora e também filha de uma idosa internada descreve sua atenção ao cuidado:

...acompanho uma pessoa que apesar da idade ainda tem bastante autonomia, então procuro mais assessorar nas tarefas, cuidando com a questão do fogão, algum esquecimento e principalmente com idas a rua, procuro cada vez mais acompanhar, nem deixo ir à rua sozinha pelas condições que está, porque ela tem a aparência bastante velhinha e sei que é perigoso até ela preferir, pois se sente mais fragilizada... (C3, 53 anos).

... Pela fragilidade do idoso, ele fica visto na sociedade como uma facilidade para bandidos, ele vai ao banco e não pensa nos riscos, entra em golpes, a família tem que estar presente... (E5, 47 anos).

Tais falas evidenciam a preocupação com a segurança do idoso e como ele deve ser assistido e acompanhado por um cuidador que tenha definido claramente seu papel nos cuidados assim como sua participação na vida do idoso.

### 5.3 O CUIDADO DO IDOSO MÉDICO CENTRADO

As descrições da alta hospitalar feita pelos entrevistados, idosos e cuidadores, forneceram um panorama das situações que ocorrem no momento da alta hospitalar na unidade estudada aqui. O momento da alta se dá geralmente de modo abrupto, sem que todos os envolvidos tenham o mesmo conhecimento, o médico comunica a alta para

aquele momento ou no prazo de alguns dias. Todos os participantes idosos e cuidadores referiam suas preocupações em receber a atenção do médico no momento na alta hospitalar, com boas orientações e explicações esclarecedoras. Outras observações colocadas por alguns destes participantes foram a necessidade de se ouvir, do médico, a verdade sobre sua doença ou de quem se está cuidando, e saber o estado de saúde, além de estar tranquilo para a volta para casa e participar na decisão do momento da alta. A valorização na participação do médico no processo de alta hospitalar pode ser evidenciado a partir das seguintes falas:

...alguns médicos, é raro, pedem para darmos alguma orientação, normalmente quando há sonda ou curativos... (E3, 42 anos).

...as orientações médicas deviam ser mais esclarecedoras, com sintomas e possíveis acontecimentos, explicar o que é normal ou esperado, falta atenção, explicações... (I2, 68 anos).

...na hora da alta o médico fala rapidamente, não dá para assimilar tudo, a gente não grava tudo. Então era importante o médico passar tudo escrito para o familiar visualizar depois e depois seguir passo a passo o que tem que ser feito em casa... (C2, 37 anos).

É referido por Merhy (2000) que o médico para atuar utilize de três tipos de valises: uma em sua mão onde carrega, por exemplo, um estetoscópio ou um termômetro, entre outros equipamentos que compõem um caixa de ferramentas tecnológicas formada por tecnologias duras; outra na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma valise formada por tecnologias leve-duras, esta localizada em sua cabeça; e por fim, outra que está no espaço relacional trabalhador usuário, e contem as tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos. A reestruturação do planejamento e produção de uma alta hospitalar esclarecedora que permita que o idoso volte para casa seguro, coloca em jogo os arranjos entre as valises e os núcleos de competências. Busca ampliar o papel da dimensão cuidadora sobre as profissionais no conjunto de suas ações. Novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, novas competências profissionais vão sendo demandadas. Este processo procura promover a troca de um modelo médico centrado em procedimentos para outro estruturado a partir das relações cuidadoras.

A construção de uma prática cuidadora que tenha como eixo de sua intervenção o mundo das necessidades dos usuários torna-se imperativo, mundo este complexo, impossível de ser reduzido aos saberes e práticas biologicamente orientadas. Viabilizando a utilização das tecnologias necessárias que permitam ao médico ser um competente cuidador a atuar em equipe multiprofissional sobre o mundo das necessidades,

desencadeando a mudança do perfil de um cuidado médico corpo biológico centrado para um cuidado as necessidades de saúde centrado (MERHY, 2001). Cada disciplina prática possui tanto uma qualidade de interação quanto uma produção de efeito diferente do cuidado/escuta/tratamento, viabilizando a composição e a associação interdisciplinar, mas sem subordinação, nem a um gestor hierárquico dos projetos terapêuticos (CECCIM, 2004).

#### 5.4 INTERPROFISSIONALIDADE NO CUIDADO DO IDOSO FORTALECIMENTO DO PAPEL DO ENFERMEIRO

Grande parte dos idosos apresenta pelo menos uma enfermidade crônica, e com relação à funcionalidade trazem algum grau de dependência. É possível envelhecer com qualidade de vida, desde que estas doenças sejam controladas. Preservar a autonomia e manter a independência no melhor grau possível é um objetivo do cuidado ao idoso (PASCHOAL, 2002) (RAMOS, 2011). Para que esse cuidado ao idoso seja prestado em sua plena potencialidade é necessário que no momento do planejamento da alta hospitalar todos os profissionais que atuam dentro do ambiente hospitalar estejam engajados para que se possa garantir o mais desempenho possível por parte do idoso e de seu cuidador/familiar.

Através dos relatos dos participantes idosos e cuidadores e/ou familiares percebe-se a carência de orientações, no momento que antecede a alta hospitalar, recebidas pelos demais profissionais da equipe interdisciplinar que atuam na unidade de internação, as orientações para a alta hospitalar ficam a encargo do médico. Os enfermeiros entrevistados referem dar poucas orientações, geralmente relacionadas a cuidados com a pele, cuidados com hidratação e alimentação, orientações que minimizar o risco de queda, cuidados com curativos e sondas, envolvimento da família nos cuidados, e incentivo aos autocuidado. Todos relataram que o papel do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar do idoso é enfraquecido, pois inúmeras vezes não há o conhecimento da previsão da alta médica, há sobrecarga de trabalhos burocráticos que ficam a encargo do enfermeiro durante sua jornada de trabalho o que diminui o tempo destinado ao contato com o idoso a fim de dar-lhe orientações pertinentes ao seguimento de seus cuidados em casa.

Será de grande importância, além do envolvimento de todos os profissionais que atuam nesta unidade de internação, que o enfermeiro assume e exerça o seu papel com

êxito e maior responsabilidade no momento de planejamento da alta hospitalar do idoso, estando mais engajado e ciente da sua importância na concretização neste processo. A atuação do enfermeiro junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no cuidado e autocuidado, atentando a promoção da saúde, à longevidade e a independência, manutenção da autonomia e capacidade funcional possível da pessoa idoso, tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade (ALVAREZ; GONCALVES, 2004).

A fala de um dos enfermeiros diz:

...não existe o preparo para alta, eventualmente se o familiar não entendeu direito o que o médico explicou, eles procuram a enfermeira e a gente explica, já orientei autosondagem, algum curativo, outra coisa não houve... (E4, 38 anos).

Trata-se de apenas uma das atribuições do papel do enfermeiro, minimizando as potencialidades na atenção e cuidado prestado ao idoso e sua família. O cuidador salienta que:

...A enfermagem podia dar um aporte maior na hora da alta, não só na questão da medicação, mas na higiene, nos cuidados, o idoso precisa dessas orientações... (C1, 34 anos).

... A enfermagem não vem dar orientações para alta, vem o médico ou alguém da equipe dele, o fisioterapeuta disse para eu caminhar em casa, aqui eu caminhava com ele... (I3, 69 anos).

As falas descritas acima evidenciam a pouca participação do enfermeiro no processo que prepara o idoso a alta hospitalar, enfraquecendo a importância que pode ser dada por este profissional, dentro da instituição.

Considerando a diversidade e complexidade do idoso, a atuação de uma equipe interprofissional que tenha o enfermeiro também participante torna-se fundamental à medida que agrega conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde do idoso.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de Intervenção que resulta deste estudo trata-se de um Plano de Ação Para a Alta Hospitalar do Idoso (PAAHI) com o intuito de fornecer uma ferramenta orientadora para o cuidado com os idosos. O PAAHI destina-se aos profissionais de saúde, familiares e ou cuidadores e aos próprios idosos, traçando um planejamento que prepare para o momento da alta hospitalar, cuidando da saúde do idoso e valorizando a velhice. Tal intervenção está baseada nos princípios que valorizam a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa, preconizados pela Política de Saúde do Envelhecimento Ativo. O PAAHI apresenta uma linguagem adequada para que a comunicação seja compreendida por todos os envolvidos no processo, e que se faça uso de ilustrações para que as orientações fornecidas possam ser compreendidas.

O PAAHI apresentado pelas quatro figuras em anexo que corresponde as faces do folder que ilustra o plano de ação. A **figura I** apresenta a capa ou face 1 do folder desenvolvido como ferramenta para o PAAHI. A **figura II**, face 2 do folder apresenta orientações gerais sobre questões importantes de serem orientadas quando no momento da alta hospitalar e deve ser ajustado levando em consideração os fatores contextuais relacionados a vida do idoso, o que inclui: a avaliação sociofamiliar, avaliação do cuidador e a segurança ambiental.

A **figura III** contempla a terceira face do folder, apresenta uma orientação em relação ao ambiente, que também é considerada essencial. As áreas de locomoção, iluminação, quarto de dormir, banheiro, cozinha e escada devem ser priorizadas. Cerca de 25% dos idosos caem dentro de suas próprias casas pelo menos uma vez por ano. A interação de fatores intrínsecos e extrínsecos ou ambientais esta presente na maioria das quedas. Entre os diversos fatores causadores de quedas em idosos, destacamos a especificação inadequada de materiais de acabamento do piso, que por muitas vezes e feita sem considerar a necessidade especifica de quem vai utilizar esse espaço. Partindo desse fato, as pessoas idosas devem se beneficiar de intervenções no planejamento de ambientes que compensem as suas perdas funcionais. Assim, considera-se de fundamental importância que os espaços físicos sejam aprimorados, aumentando suas qualidades funcionais, em conformidade com as necessidades dos usuários que viverão ali. Dessa forma acredita-se que a idéia do espaço para todos, possa ser uma ferramenta a

ser incorporada ao processo de criação, onde a segurança e a acessibilidade passam a ser fatores relevantes (VIDIGAL; CASSIANO, 2009).

A **figura IV** e face 4 do folder criado para o plano de ação pontua informações que devem ser preenchidas quanto aos dados de identificação do idoso, quem auxilia nos cuidados, medicações em uso, médico de referência, datas de consultas ou retorno, orientações e cuidados a serem seguidos, além de fornecer contatos e links úteis para garantir maior conhecimento e informações aos idosos e cuidadores.

Além da determinação clara de quem é o cuidador responsável, assim como a necessidade de rodízio entre cuidadores, os medicamentos tem um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas em idosos frágeis, agudas e/ou crônicas. Todavia, as alterações farmacocinéticas do envelhecimento, como aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal aumentam, significativamente, o risco de reações adversas a drogas e, conseqüentemente, podem desencadear declínio funcional, incapacidades, internação e óbito, deste modo é importante que no contexto da alta hospitalar família, cuidadores e idosos sejam orientados em relação ao aparecimento de algum destes acontecimentos. A revisão dos medicamentos em uso deve ser feita em toda consulta médica geriátrica e o aparecimento de qualquer sintomatologia recente, sem causa aparente, deve ser atribuído a reação adversa a drogas (ROUCHON; GURWITZ, 1997).

No Brasil, como nos demais países, o processo de envelhecimento da população é crescente, trazendo conseqüências na (re) organização familiar e do indivíduo, interferindo no estilo de vida - comprometendo a qualidade de vida familiar e individual. A ajuda das famílias é, em princípio, a melhor que se pode oferecer aos idosos. Receber esta ajuda proporciona segurança a pessoas idosas. Deve-se atentar ao fato de que acreditar que a decisão familiar de cuidar do idoso dependente ou de transferir esta responsabilidade/atribuição a uma instituição ou a um cuidador pode se basear, principalmente no Brasil, na perspectiva econômica. Nesse momento, verifica-se a decisão da família muitas vezes voltada para a renda do idoso e como esta pode subsidiar sua manutenção em um contexto mais amplo, visto que em alguns casos a renda do idoso é a única renda familiar (MAFRA, 2011).

As tarefas habituais de um cuidador familiar, segundo Manual do Cuidador da Pessoa Idosa, divulgado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos em 2008 sugerem:

- Ajuda nas atividades domésticas (cozinhar, lavar, limpar, passar ferro).
- Assiste a pessoa idosa na sua locomoção fora de sua casa (acompanhar ao médico, ir à igreja, fazer um passeio).
- Assiste a pessoa idosa a movimentar-se dentro de sua casa.
- Ajuda na higiene e cuidados pessoais (pentear, tomar banho, etc.).
- Ajuda na administração do dinheiro e bens.
- Administra medicamentos.
- Ajuda nos cuidados de enfermagem.
- Procura proporcionar conforto e tranquilizar a pessoa idosa em situações de crise (por exemplo, quando fica agitado ou ansioso).
- Ajuda na comunicação com os outros, quando existem dificuldades para expressar-se.
- Faz pelo seu familiar pequenas tarefas da vida diária (por exemplo, leva-lhe um copo de água, acomoda-o em frente à televisão, etc.) (BORN, 2008).

A falta ou escassez de opções disponíveis para que as famílias mantenham seus idosos em casa têm sido um dos motivos da procura por instituições em nosso país. A Portaria nº 73/01 apresenta modalidades alternativas à institucionalização. A implantação das mesmas significaria, porém, a disponibilização de recursos públicos nas três esferas de governo, e do envolvimento e participação de idosos, entidades e profissionais na cobrança para garantir essas ações. Algumas modalidades previstas são: Grupo e Centro de Convivência (idosos independentes e familiares); Centro-Dia (idosos com limitações para realizar AVDs); República (residência para idosos independentes, co-financiada com seus recursos); Família Natural (idosos independentes que são cuidados por sua própria família) (BRASIL, 2001).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população brasileira exigirá cada vez mais investimentos na criação, qualificação e ampliação de serviços e programas de saúde que possam atender às necessidades das pessoas idosas. A possibilidade de superação a essas demandas dependerá do equilíbrio das capacidades de atenção prestadas aos idosos pela família, profissionais de saúde, serviços de saúde, sociedade e políticas públicas.

Ao finalizar essa pesquisa se conseguiu obter respostas aos questionamentos iniciais com relação ao conhecimento, por parte dos idosos, familiares/cuidadores e enfermeiros entrevistados, quanto aos direitos da pessoa idosa em especial a Política de Envelhecimento Ativo. Assim como as questões relacionadas aos cuidados com a saúde do idoso a partir do momento de preparo para a alta hospitalar.

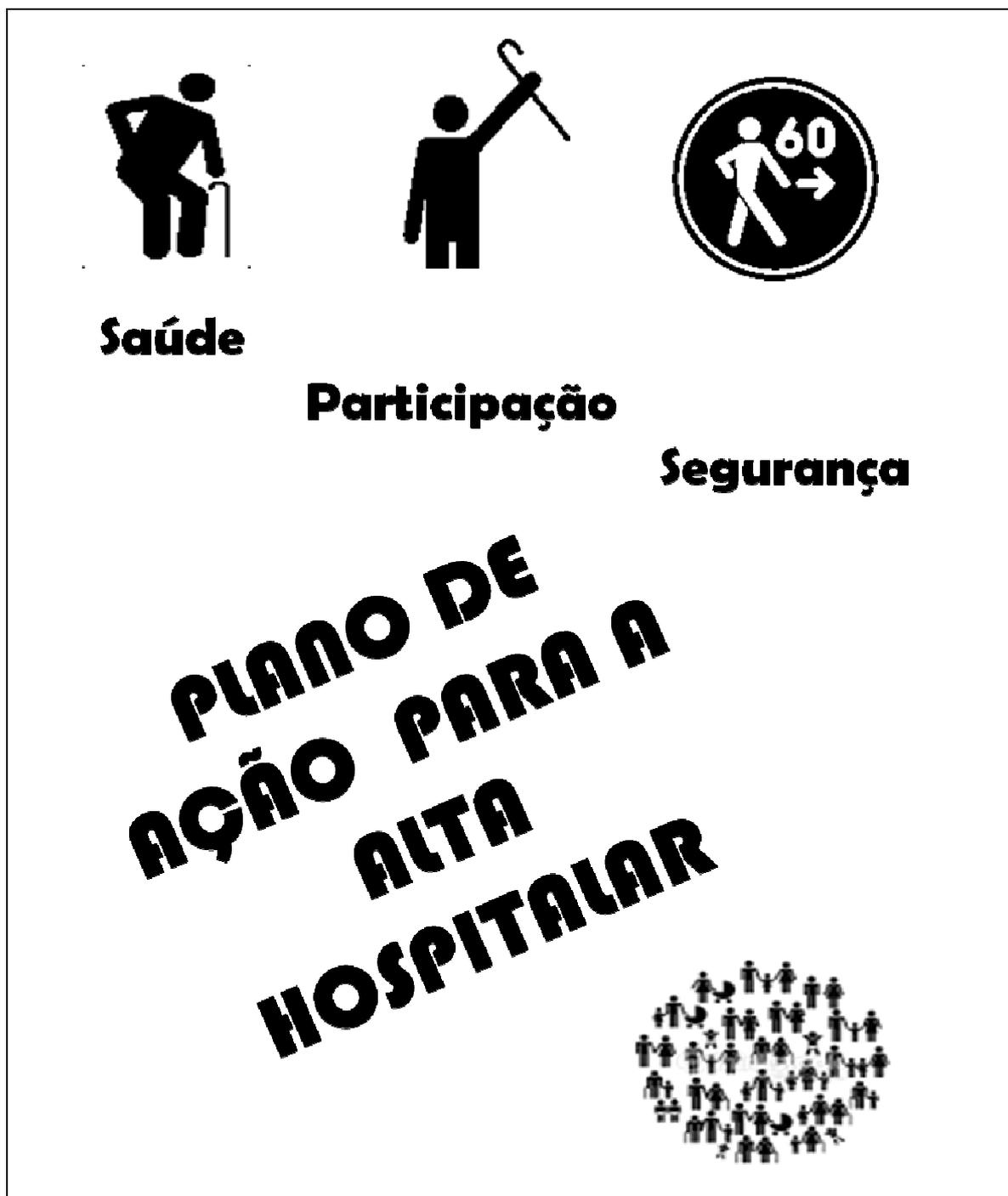
Apesar do reconhecimento da importância da concretização da Política de Envelhecimento Ativo onde as prioridades são a saúde, a segurança e a participação do idoso, ainda nos confrontamos com situações de precário suporte familiar e cuidados com a saúde, também a ocorrência de desrespeito e insegurança que os idosos enfrentam no dia a dia na sociedade, em casa e em locais públicos. E apesar da maior visibilidade do idoso hoje em dia na sociedade, ainda nos deparamos com situações de descaso, de abandono e isolamento do idoso.

A alta hospitalar é um momento crucial onde a equipe de saúde pode auxiliar na reorganização familiar para suprir as necessidades do idoso. Esclarecimentos e orientações com relação aos cuidados à saúde do idoso, uso das medicações, segurança do idoso e a valorização da velhice, devem ser fornecidos no planejamento da alta. Devendo sempre ser levado em conta, além da comunicação adequada, fatores contextuais individuais que incluem a avaliação sóciofamiliar, avaliação do cuidador, e a segurança ambiental. O estudo propõe também a maior qualificação e participação, na unidade de internação do Hospital Ernesto Dornelles, do profissional enfermeiro no processo de preparo para a alta hospitalar do idoso, considerando a importância de sua contribuição para promoção e manutenção da saúde do idoso.

A proposta de intervenção resultante deste estudo procura qualificar os processos e práticas educativas na instituição com a criação de um plano de ação para a alta hospitalar, baseado nos princípios de saúde, participação e segurança preconizados pela

Política do Envelhecimento Ativo, com vistas à qualidade da atenção à saúde do idoso, tornando as orientações para alta hospitalar menos fragmentada e mais efetiva. O envelhecimento além de ser uma transformação biológica é também um desafio social. É primoroso que a família, a sociedade, as políticas públicas e o serviço de saúde estejam em coerência com suas ações, e preparados para dar condições de vida digna às pessoas envelhecidas.

Para atender a demanda formada pelos pacientes idosos, o enfermeiro deve ter conhecimentos e habilidades próprios de sua formação e ter acesso às atualizações e capacitações constantes. Desse modo, buscar o aprimoramento com foco no cuidado à pessoa idosa é fundamental para que o enfermeiro possa prestar assistência qualificada e ofertar o cuidado de forma holística. Desse modo, são necessárias habilidades técnicas, intelectuais, interpessoais e relacionais para o planejamento das orientações e para alcance dos resultados almejados. Esta prática educativa, ao realizar orientações, para a alta hospitalar, acerca dos problemas de saúde, para o autocuidado e para a prevenção de complicações se constitui em instrumento potencializador na forma de prestar o cuidado à saúde dos idosos.



**Figura I:** CONSTITUI A FACE 1 DO PLANO DE AÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR COM VISTAS AO ENVELHECIMENTO ATIVO. PRODUZIDO PELA PESQUISADORA, 2015.



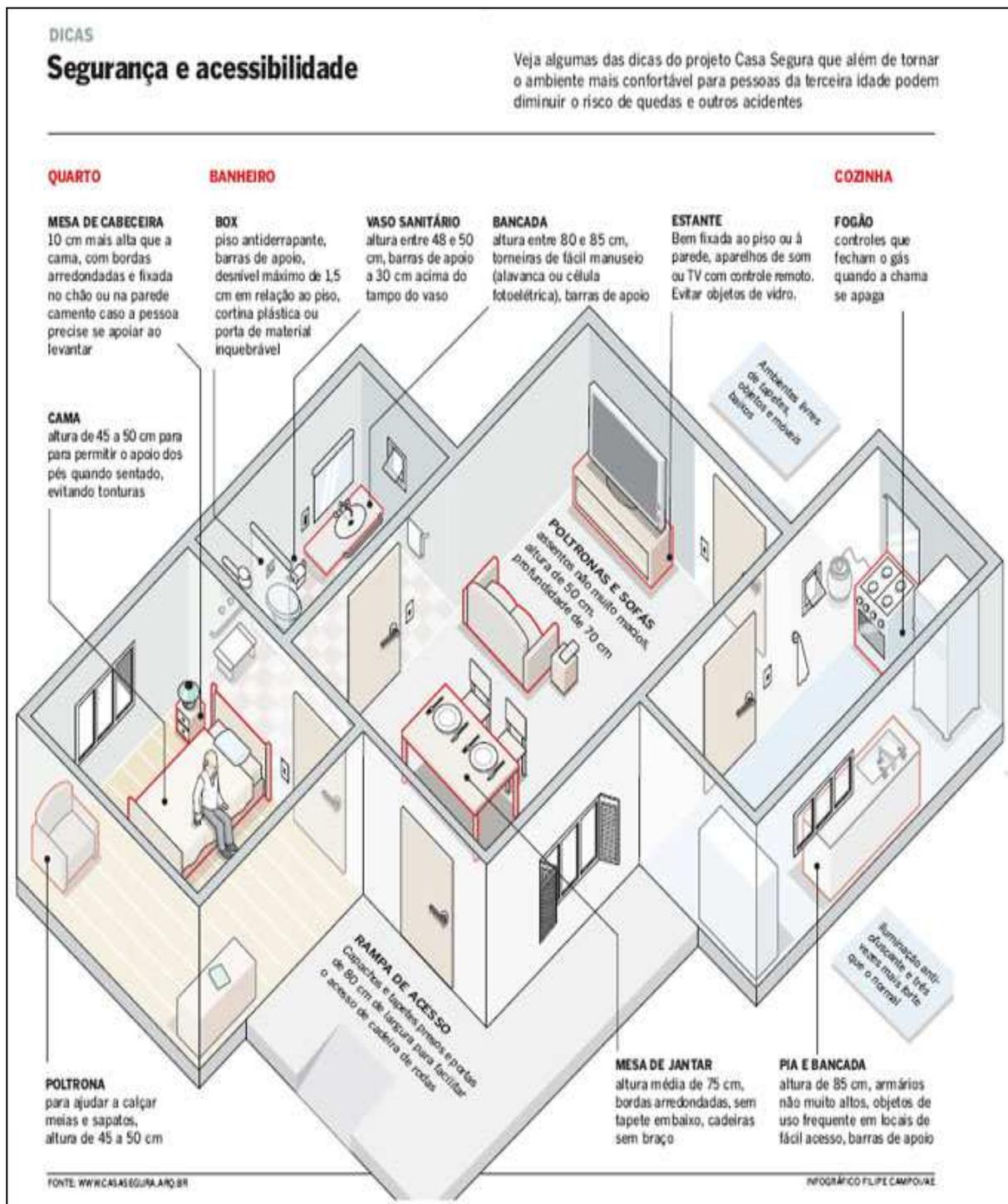
### CONSELHOS ÚTEIS

1. Busque envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia.
2. Abandone hábitos nocivos como a ingestão de álcool e o fumo.
3. Saiba quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.
4. Reconheça seu cuidador principal.
5. Realize ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos.
6. Procure combater a violência doméstica e institucional.
7. Participe de atividades sociais, grupos de terceira idade, atividade física.
8. Combata o sedentarismo.
9. Atenção as campanhas de vacinação.
10. Participe nas questões familiares, sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis.
11. Atenção à alimentação, à nutrição e hidratação adequadas, adote um estilo de vida favorável à saúde.
12. Procure conhecer seus direitos. Conheça o Estatuto do Idoso.
13. Crie um entorno propício e favorável ao envelhecimento.
14. Busque acesso aos serviços de saúde e aos meios de diagnóstico.
15. Conheça sintomas que podem indicar alguma alteração, e necessitem cuidados médicos.
16. Descubra atividades que exercitem a mente como palavras cruzadas, quebra-cabeças, leitura, música, internet, artesanato etc...



**Figura II:** CORRESPONDE A FACE 2 DO PLANO DE AÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR COM VISTAS AO ENVELHECIMENTO ATIVO. PRODUZIDO PELA PESQUISADORA, 2015.

**Figura III:** FACE 3 DO PLANO DE AÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR.



**Figura IV: FACE 4 DO PLANO DE AÇÃO PARA A ALTA HOSPITALAR.**

<b>IDENTIFICAÇÃO:</b>
<b>QUEM AUXILIA NOS CUIDADOS:</b> <b>HAVERÁ RODIZIO FAMILIAR NOS CUIDADOS:</b> <b>CUIDADOR CONTRATADO COM REFERÊNCIAS:</b>
<b>MEDICAÇÕES EM USO:</b>
<b>MÉDICO DE REFERÊNCIA:</b>
<b>RETORNO :</b>
<b>ONDE BUSCAR AJUDA:</b>
<b>ORIENTAÇÕES E CUIDADOS:</b>
<b>OBSERVAÇÕES:</b>

**CONTATOS E LINKS ÚTEIS:**

**CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO** ACESSE [HTTP://WWW.SJDH.RS.GOV.BR/](http://www.sjdh.rs.gov.br/)  
 ENDEREÇO: RUA MIGUEL TEIXEIRA, Nº 86. BAIRRO CIDADE BAIXA. PORTO ALEGRE-RS. FONE: (51) 3288-6688

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO – COMUI.** ENDEREÇO: ALTOS DO MERCADO PÚBLICO, SALA T 2 B. PORTO ALEGRE-RS. FONE: (51) 23891799

**DELEGACIA DE POLÍCIA DE PROTEÇÃO AO IDOSO -** PORTO ALEGRE. ENDEREÇO: AV. IPIRANGA 1803. BAIRRO AZENHA. FONES: (51) 3288.2390 - 3288.2394

**ESTATUTO DO IDOSO** ACESSE [HTTP://WWW.SDH.GOV.BR/ASSUNTOS/PESSOA-IDOSA/LEGISLACAO/ESTATUTO-DO-IDOSO](http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/estatuto-do-idoso)

**FASC – FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA.** ENDEREÇO: AVENIDA IPIRANGA, Nº 310, BAIRRO MENINO DEUS. PORTO ALEGRE-RS. FONE: (51) 3289-4925 - 3289-4939

**HOSPITAL ERNESTO DORNELLES -** ENDEREÇO: AV. IPIRANGA, 1801. BAIRRO AZENHA. PORTO ALEGRE-RS. FONE: (51) 3172002 ACESSE [WWW.HED.COM.BR](http://www.hed.com.br)

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: Editora Universitária/UFSC; 2001.
- ALVAREZ A. M., GONCALVES L. H. T. **A enfermagem gerontogeriatrica: perspectivas e desafios**. RBCEH, 2004.
- ASSIS. M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: Saldanha AL, Caldas CP. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 11-21.
- BARREIRA, K. S.; VIEIRA, L.J.E.S. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. **Rev. enferm. UERJ** 2004; 12(3): 01-10.
- BARROSO, C. T. B. **O idoso no direito positivo brasileiro**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2001.
- BERZINS, M.; BORGES, M. C. **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.
- BETTINELLI, L. A., PORTELLA, M. R. Humanização da velhice: reflexões acerca do envelhecimento e do sentido da vida. In: Pessini L, Bertachini L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola; 2004.
- BORN, TOMIKO. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa** / Tomiko Born (organizadora) – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
- BRASIL, 2006. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 76 p., 2006d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração brasileira para a prevenção e controle das doenças e agravos crônicos não transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS - **DATASUS**, Sistema de Informações Hospitalares do SUS.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 2.258**, de 19 de outubro de 2006- Política nacional de saúde da pessoa idosa. 2006a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528>> acesso em: 20 fev. 2015.
- BRASIL, Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999.
- BRASIL, **Portaria nº 73**. Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. 2001 maio 10.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília, 2006c.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 63, núm. 2, abril, 2010, p. 279-284. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019594017>> Acesso em 15 de fev. 2015.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CARADEC, V. **Sociologie de la vieillesse et Du vieillissement**. 2ª.ed. Paris: Armand Colin, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos / Team of the health In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro, Hucitec, 2004. p.259-278.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções, e alternativas. **Rev Saúde Pública**, v.31, p.84-200, 1997.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa– Resolução 466/12**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2015/05\\_mai\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/05_mai_14_publicada_resolucao.html)>. Acesso em 09 de mai. 2015.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (org.). **Idoso Asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: EDUCS/EDIPUCRS, 2004.

DINI, LEANDRO INFANTINI E DALACORTE, AMAURI. **Cuidando do Doente em casa: Um guia para a reabilitação do paciente**. Porto Alegre: Livre Comércio, 2009.

DUARTE, Y. A. O, LEBRÃO, M. L. **O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia**. O Mundo da Saúde. 2005; 19(4): 566-574.

ESTATUTO DO IDOSO. **Lei nº 10741**, de 1º de outubro 2003. 1º ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

FAÇANHA, M. C. Pesquisa Qualitativa em Saúde: diferenças, potencialidades, limitações e possibilidades de integração com a Pesquisa Quantitativa. **Revista de Medicina da UFC**. V. 41, Nº 1-2, 2001.

GARRIDO, Regiane, MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24 supl.1 abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000500002&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500002&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em 20 maio 2015

GOMES, W. D.; RESCK, Z. M. R. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. **Rev Enferm UERJ**. 2009; 17(4):496-501.

HOSPITAL ERNESTO DORNELLES (HED), Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.hed.com.br>> acesso em: 29 dez 2014.

IBGE, FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE – **Censo 2010: primeiros resultados**. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010/default.shtm>> acesso em: 05 fev 2015.

INFOGRÁFICO FILIPE CAMPOI/AE. Disponível em: <[http://www.casasegura\\_arq.br](http://www.casasegura_arq.br)> Acesso em 20 fev 2015.

JACOBI, C. S. Queda da Própria Altura em Idosos: Ações de Educação em Saúde Visando a Alta Hospitalar. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí. vol. 10. n. 20. Jan./Jun. 2011.

KARSCH, Úrsula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, Jun 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000300019&lng=n&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300019&lng=n&nrm=iso)>. Acesso em 08 Jun 2015.

LEI nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília: 1994.

MACHADO, R. F. O.; VELASCO, F. C. G.; AMIM, V. O. Encontro da Política Nacional da Educação Ambiental com a Política Nacional do Idoso. **Saúde Sociedade** 2006; 15(3):162-9.

MAFRA, Simone Caldas Tavares. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 353-363. ISSN 1809-9823. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200015>.

MARTINS, Josiane de Jesus et al . Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007 . Disponível em <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso)><<http://www> 24 fev 2015.

MERHY, Emerson Elias. **Realizar no micro a luta macro. O ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador**. UNICAMP. Texto produzido para o cobrem 2001 em Salvador.

MERHY Emerson Elias, Um ensaio sobre o medico e suas valise tecnológicas, **Interface- Comunic, Saúde, Educ** 6. Fevereiro 2000.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de um a população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2008; 17 (2): 374-83.

MORSE, J. M., FIELD, P. A. **Qualitative research methods for health professionals**. London, Sage Publication, 1995.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do Conhecimento** – Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco. 5. ed. 2010.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global : cidade amiga do idoso**, 2008.

ONU- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ **Organização das Nações Unidas**; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ONU. Plan Internacional de acción sobre el envejecimiento 1982. Madri (Espanha): **Assembleia Mundial sobre El Envejecimiento**, 2002.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guia Clínica para Atención Primária a las Personas Mayores**. 3ª Ed. Washington: OPAS, 2003.

OPAS- Organização Pan-Americana de Saude. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125**. Viena; 1982.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. En: Papaléo Netto, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2005. Pp. 312-23.

PASCHOAL, S. M. P. **Epidemiologia do Envelhecimento**. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEIXOTO, C. E.; CLAVAIROLLE, F. Envelhecimento, políticas sociais e novas tecnologias. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

PORTARIA 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

REPORT OF THE SECOND WORLD ASSEMBLY ON AGEING, Madrid, 8–12 April 2002. New York, United Nations, 2002.

RAMOS, L. R. **Epidemiologia do envelhecimento. Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara, 3ª edição, 2011.

ROMERO, D. E., LEITE, I. C., SZWARCOWALD CL. Healthy life expectancy in Brazil: applying the Sullivam method. **Cad Saúde Pública** 2005 set.; 7-18.

ROUCHON, P. A.; GURWITZ, J. H. **Optimising drug treatment for elderly people**. BMJ, London, v. 315, p.1096-1099, 1997.

SPINK, M. J. P. & MENEGON, V., 1999. A pesquisa como prática discursiva. In: **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: Aproximações Teóricas e Metodológicas** (M. J. Spink, org.), pp. 63-92, São Paulo: Cortez Editora.

VERAS, R. P. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: VERAS, Renato Peixoto. (Org). **Gestão Contemporânea em Saúde: terceira idade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UnATI-UERJ, 2002. p. 11-79.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2479-2489, 2007.

VIDIGAL, M. J. M.; CASSIANO, J. G. Adaptação ambiental. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. cap. 8, p. 125-137.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; tradução Suzana Gontijo. Envelhecimento ativo: uma política de saúde – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005. Disponível:<[http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em 28 de jan 2014.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

### **Roteiro de entrevista para o idoso**

Idade:

Sexo:

Grau de instrução:

Motivo da internação:

Número de internações:

- 1) Fale sobre o que você conhece sobre os direitos da pessoa idosa e sobre os processos de envelhecimento.
- 2) Fale sobre seu cotidiano em relação aos cuidados com a saúde
- 3) Comente sobre o que você acha sobre o Envelhecimento Ativo
- 4) Comente sobre o envelhecimento em relação à segurança social, física e financeira.
- 5) Fale sobre suas internações hospitalares, como foi e como se sente no momento da alta hospitalar.
- 6) Fale o que você pensa que deve ser abordado na alta hospitalar e como ela deve ser

### **Roteiro da entrevista com o cuidador e/ou familiar**

Idade:

Sexo:

Grau de instrução:

Grau de parentesco:

Motivo da internação do idoso:

- 1) Fale sobre o que você conhece sobre os direitos da pessoa idosa e sobre os processos de envelhecimento.
- 2) Fale sobre seu cotidiano em relação aos cuidados com a saúde do idoso.
- 3) Comente sobre o que você acha sobre o Envelhecimento Ativo.
- 4) Comente sobre o envelhecimento em relação à segurança social, física e financeira.
- 5) Fale sobre como foi e como se sente no momento da alta hospitalar.
- 6) Fale sobre o que você pensa que a alta hospitalar deve abordar ou como ela deve ser

### **Roteiro da entrevista do profissional da equipe multidisciplinar**

Idade:

Sexo:

Grau de instrução:

Formação:

Especialização na área do idoso:

- 1) Fale sobre o que você conhece sobre os direitos da pessoa idosa e sobre os processos de envelhecimento.
- 2) Fale sobre seu cotidiano em relação aos cuidados com a saúde dos idosos.
- 3) Comente sobre o que você acha sobre o Envelhecimento Ativo.
- 4) Comente sobre o envelhecimento em relação à segurança social, física e financeira.
- 5) Fale sobre como conduz suas orientações ao idoso nos momentos em que está prevista a alta hospitalar.

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA A O PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Patrícia Passos de Azambuja (51 99649819), aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Unisinos, sob a orientação da professora Simone Edi Chaves (51 81777704), convidamos você a participar da pesquisa intitulada “ENVELHECIMENTO ATIVO: ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do idoso”. O objetivo desse estudo é identificar as principais situações que afligem o idoso, a família e os enfermeiros quando no momento da alta hospitalar, conhecer quanto idosos, profissionais enfermeiros e familiares ou cuidadores sabem sobre a promoção de um envelhecimento ativo baseado nas políticas públicas, ampliar as ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do idoso, propor um plano de ação na alta hospitalar com vistas ao envelhecimento ativo e caracterizar a população idosa, familiares ou cuidadores e profissionais enfermeiros em relação aos dados de identificação.

A metodologia para coleta de dados será uma entrevista semiestruturada que combina perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discordar do assunto em questão, sem prender-se à pergunta formulada. As entrevistas serão realizadas em local e horário de preferência dos participantes, com agendamento prévio. As entrevistas ocorrerão fora do horário de trabalho, de forma livre e espontânea.

Você não terá custos ao participar do estudo e também não terá prejuízo em participar da pesquisa e as contribuições estarão na possibilidade de ampliação de estudos de formação docente no campo da saúde.

Você está assegurado, por meio deste termo, que será preservado o sigilo das falas e contribuições que vierem durante o grupo.

Você está sendo informado:

- Sobre a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa e consiste na participação do sujeito na pesquisa.
- Sobre a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem que isto lhe traga prejuízos.

- Sobre a garantia de que você não será identificado na ocasião da divulgação dos resultados, e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

- De que este estudo está em conformidade com a Resolução 466/12 acerca dos procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, e que será submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

- De que o registro da entrevista será realizado por meio de um gravador digital, cujos dados serão transcritos posteriormente em sua íntegra, garantindo aos sujeitos da pesquisa que este material será apagado logo após a realização do estudo.

Declaro que concordo em participar do estudo e que recebi uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que é formado de duas vias, sendo uma para o entrevistado e outra para o pesquisador. (Resolução 466/12).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa entrevistada

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa entrevistada

\_\_\_\_\_  
**Nome do pesquisador responsável**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do pesquisador responsável**

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA PARTICIPANTES IDOSOS E SEUS FAMILIARES E/OU  
CUIDADORES**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “ENVELHECIMENTO ATIVO: ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do idoso”. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços na área da Gerontologia e a sua participação é de fundamental importância.

O objetivo desse estudo é identificar as principais situações que afligem o idoso, a família e os profissionais de saúde quando no momento da alta hospitalar, conhecer quanto idosos, enfermeiros e familiares ou cuidadores sabem sobre a promoção de um envelhecimento ativo baseado nas políticas públicas, e ampliar as ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do idoso.

Caso você participe da pesquisa, será realizada entrevista sobre aspectos relevante ao idoso quando no momento da alta hospitalar, a entrevista será agendada previamente, em local e horário de preferência dos participantes. Sua participação será em responder verbalmente algumas perguntas. Isso poderá exigir um esforço e disposição do participante para prestar atenção nas perguntas e respondê-las. Você poderá solicitar a interrupção para continuar a entrevista em um próximo encontro. O registro da entrevista será realizado por meio de um gravador digital, cujos dados serão transcritos posteriormente, garantindo aos sujeitos da pesquisa que este material será apagado logo após a realização do estudo. A sua entrevista será gravada, respeitando completamente o seu anonimato.

Os benefícios esperados são as contribuições relacionadas à ampliação de estudos de formação docente no campo da saúde, assim como a promoção das práticas do envelhecimento ativo. O estudo é de interesse para os profissionais da saúde, pois contribuirá para um melhor planejamento de alta hospitalar.

As pesquisadoras, Patrícia Passos de Azambuja (51 99649819), aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Unisinos, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Edi Chaves (51 81777704) são as responsáveis pela pesquisa.

Estão garantidas todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

Este estudo está em conformidade com a Resolução 466/12 acerca dos procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, e que será submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Você não será identificado na ocasião da divulgação dos resultados, e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da responsabilidade do informante.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, \_\_\_\_\_ compreendi o texto acima e o objetivo do estudo do qual fui convidado (a) a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa entrevistada

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa entrevistada

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável



**APÊNDICE D– CARTA DE ANUÊNCIA****CARTA DE ANUÊNCIA**

**Nome do servidor do HED responsável pelo setor da pesquisa e função.**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Prezado Senhor,

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pela unidade de internação do quarto andar do hospital Ernesto Dornelles, declaro que tenho conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: “ENVELHECIMENTO ATIVO: ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do idoso”, desenvolvido pela(s) pesquisadora(s) Patrícia Passos de Azambuja (pesquisadora) e Simone Edi Chaves (orientadora). Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas no setor o qual represento.

A referida pesquisa será realizada no Hospital Ernesto Dornelles e só poderá iniciar-se a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, em conformidade com a Resolução 466/12.

Atenciosamente,

*Assinatura*

---

**APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA****CARTA DE ANUÊNCIA**

**Nome do servidor do HED responsável pelo setor da pesquisa e função.**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Prezado Senhor,

Eu, Elizandra B. de Oliveira, responsável pelo nome do serviço, declaro que tenho conhecimento do projeto de pesquisa intitulado: “ENVELHECIMENTO ATIVO: ações educativas do serviço de saúde sobre a saúde do idoso”, desenvolvido pela(s) pesquisadora(s) Patrícia Passos de Azambuja (pesquisadora) e Simone Edi Chaves (orientadora). Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas no setor o qual represento.

A referida pesquisa será realizada no Hospital Ernesto Dornelles e só poderá iniciar-se a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, em conformidade com a Resolução 466/12.

Atenciosamente,

Assinatura

  
Enª Elizandra B. de Oliveira  
COREN/RS 154302  
Supervisora de Enfermagem  
Hospital Ernesto Dornelles