

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

AMANDA GRAZIELLA SOUZA MONTEIRO DE LIMA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DE
USUÁRIOS IDOSOS HOSPITALIZADOS**

São Luís
2018

AMANDA GRAZIELLA SOUZA MONTEIRO DE LIMA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DE
USUÁRIOS IDOSOS HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Rafael de Abreu Lima

São Luís

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Graziella Souza Monteiro de Lima, Amanda.
AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DE
IDOSOS HOSPITALIZADOS / Amanda Graziella Souza Monteiro de
Lima. - 2018.

62 p.

Orientador(a): Rafael de Abreu Lima.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, UFMA, 2018.

1. Classificação. 2. Cuidados de Enfermagem. 3.
Idoso. I. de Abreu Lima, Rafael. II. Título.

AMANDA GRAZIELLA SOUZA MONTEIRO DE LIMA

**AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL DE USUÁRIOS
IDOSOS HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: ____ de _____ de _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Me. Rafael de Abreu Lima (Orientador)

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Dedico a todos os idosos hospitalizados que dispuseram um pouco do seu tempo para compor e dar vida a este trabalho. Idosos estes, que merecem dos profissionais e dos futuros profissionais de saúde, cuidados condizentes com as suas necessidades e com a situações em que se encontram.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre esteve me guiando nessa trajetória, quando tudo parecia estar perdido, me ajudando a superar os obstáculos que me eram impostos e permitindo que não desistisse dos meus objetivos e sonho.

Aos meus pais, Osvaldo Monteiro de Lima e Maria da Graça Souza de Lima, que sempre investiram na minha educação, para que eu tivesse um futuro bom e próspero. Estes que são minhas inspirações, que lutaram e nunca deixaram de medir esforços para que pudesse ter uma boa formação, que sempre acreditaram no meu potencial e que sempre estiveram comigo ao longo dessa trajetória conturbada e longa em me tornar uma enfermeira.

À minha família, que de alguma forma me ajudaram, principalmente a minha irmã, Maysa Gabriella Souza Monteiro de Lima e minha prima Myllena Beatriz Souza Cabral, que nas vezes que pensei em desistir e que não acreditava mais em mim, me ajudaram com palavras acolhedoras e restauradoras que faziam reacender a chama da credibilidade e confiança que tenho para me tornar uma boa profissional.

À Universidade Federal do Maranhão, principalmente ao departamento de Enfermagem, que me forneceram conhecimentos para que pudesse me tornar uma profissional com qualidade e competência para enfrentar o mercado de trabalho, isto, através dos ensinamentos adquiridos pelos professores em sala de aula e nos campos de práticas e de estágios, e aos hospitais Universitários que foram por onde passei a maior parte da graduação, vivenciei e apreendi muitos conhecimentos que estarão sempre refletidos na minha vida profissional.

Ao meu orientador, Prof. Me. Rafael de Abreu Lima, que muito me ajudou nesse período de conclusão de curso, me instruindo, me dando força e me ajudando sempre em todos os momentos.

Aos meus amigos, que sempre acreditaram em mim, me motivando, incentivando e torcendo pelas minhas vitórias.

E por fim, a mim, que mesmo com todos os momentos difíceis, conturbados e desacreditados, nunca deixei de lutar pelo que acredito ser minha vocação e minha paixão: ser uma enfermeira de qualidade e com competência.

“Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo”.
(Charles Saint-Beuve)

RESUMO

Introdução: O Sistema de Classificação de Pacientes constitui-se em um instrumento valioso, pois permite categorizar os pacientes de acordo com a quantidade de cuidados de enfermagem em relação com a complexidade assistencial, além de proporcionar informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem. **Objetivo:** Avaliar o nível de complexidade assistencial dos usuários idosos hospitalizados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado no período de janeiro a abril de 2018, com 161 pacientes idosos, internados nas clínicas médica e cirúrgica em um Hospital Universitário. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico, estilo de vida, clínico e questionário de classificação dos pacientes, proposto por Fugulin et al., (2005). Para análise dos dados, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (média \pm DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. **Resultados:** Caracterizou-se mulheres (64,59%), com média de idade de 70,1 (\pm 10,1), não brancas (68,9 %), de baixa escolaridade (59%), baixa renda (72,6%), sedentárias (67,7%). Apresentavam um índice de massa corporal eutrófico (63,9%) e perímetro da panturrilha esquerda indicativo de pré-sarcopenia (39,1%) e sarcopenia (31,0%), com prevalência de doenças cardiovasculares (31,0%), níveis pressóricos alterados (54,0%) e cuidados mínimos (63,4%) pela classificação do nível de complexidade assistencial. **Conclusão:** Os idosos internados necessitavam de cuidados mínimos da equipe de enfermagem. Mesmo apresentando comprometimento sociodemográfico e alterações significativas na saúde, os mesmos, conseguiam desenvolver seu autocuidado em ambiente hospitalar, sem comprometer sua autonomia e independência.

Palavras-chaves:: Cuidados de Enfermagem. Classificação. Idoso.

ABSTRACT

Introduction: Patient Classification System constitutes a valuable instrument because it allows categorizing patients according to the amount of nursing care in relation to the patient care complexity, besides providing information on the process of determining human resources allocation, productivity monitoring and nursing assistance costs, as well as service organization and nursing assistance planning.

Objective: To evaluate the level of care complexity of the hospitalized elderly users.

Methodology: It is a transverse and descriptive study that was carried out from January to April, 2018, with 161 elderly patients taken into medical and surgical clinics of the University Hospital of São Luís. To collect the data, one sociodemographic, lifestyle and clinical questionnaire and, another one, proposed by Fugulin et al. (2005), were used. To analyze the data the quantitative variables were described by mean and standard deviation (mean \pm SD) and the qualitative ones by frequency and percentage.

Results: It was identified that women (64,59%), average age 70,1 (\pm 10,1%), non-white (68,9%), low schooling level (59%), low income (72,6%), sedentary lifestyle (67,7%), presented eutrophic body mass index (63,9%), left calf circumference indicating pre-sarcopenia (39,1%), sarcopenia (31,0%), prevalence of cardiovascular diseases (31,0%), altered blood pressure levels (54,0%) and minimal care (63,4%) according to the patient care complexity classification level. **Conclusion:** The elderly patients needed minimal assistance from the nursing staff. Although the patients showed a vulnerable sociodemographic situation and significant health alterations, they could manage self-care in the hospital environment without compromising their autonomy and independence.

Keywords: Nursing care. Classification. Elderly people.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA. São Luís – MA, 2018.....28

Tabela 2 - Estilo de vida dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA, São Luís – MA, 2018..... **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 3 - Características clínicas dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA, São Luís – MA, 2018. **Erro! Indicador não definido.**

Tabela 4 - Classificação do Nível de Complexidade Assistencial dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA. São Luís – MA, 2018. . **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPE – Circunferência da Panturrilha Esquerda

CPP – Cuidado progressivo dos pacientes

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DCNT – Doenças crônicas Não Transmissíveis

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

IMC – Índice de Massa Corpórea

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

RCE – Relação Cintura e Estatura

RCQ – Relação Cintura e Quadril

SCP – Sistema de Classificação de Pacientes

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	O envelhecimento e a hospitalização.....	17
3.2	Dimensionamentos da Equipe de Enfermagem	19
3.3	Sistema de classificação de pacientes e o grau de dependência.....	21
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de estudo.....	25
4.2	Local do Estudo	25
4.3	Amostra do Estudo	25
4.4	Coleta de Dados e Instrumentos para Pesquisa	25
4.5	Análise dos dados.....	27
4.6	Aspectos Éticos	27
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	49
	ANEXO A - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES – FUGULIN	52
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	54
	ANEXO C – PARECER DO COLEGIADO	62

1 INTRODUÇÃO

O Brasil atravessa um processo de aumento do envelhecimento da população, onde existem mais de 20 milhões de idosos, que representam aproximadamente, 11% do total da população e estima-se que esse contingente triplique até 2050 (BRASIL, 2012). Em 2030, esta proporção seria de 18,6%, e em 2055, os idosos superarão a população de crianças e jovens, e, ainda estima-se que, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população, uma terá ao menos 60 anos de idade (IBGE, 2015).

Vários são os fatores que favorecem ao aumento na expectativa de vida das pessoas, como as descobertas na promoção de novas técnicas de prevenção das doenças e promoção da saúde, diminuição na taxa de natalidade e aumento da longevidade, evidenciando o aumento no número de idosos na sociedade e conseqüentemente, o aumento do número de doenças e internações (COUTINHO et al., 2015).

Desta forma o envelhecimento torna a saúde dos idosos um importante foco de atenção, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação de leitos é maior quando comparado as outras faixas etárias e isto apoia a necessidade de análises periódicas de como se compõe a assistência e atendimento dos idosos nos serviços de saúde, assim como se dá a verificação de ações políticas que protejam esta parte da população (ANDRADE et al., 2015).

Contudo, nas instituições hospitalares que atendem os diversos tipos de grupos de pacientes, o serviço de enfermagem é fundamental no processo assistencial e, dessa maneira, torna-se necessária a avaliação contínua do quantitativo de recursos humanos de enfermagem em relação à carga de trabalho, imposta à unidade hospitalar onde esses recursos estão alocados (BRITO; GUILERARDELLO, 2012). A carga de trabalho da unidade de assistência de enfermagem é o resultado da quantidade média diária de pacientes assistidos, de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem, pelo tempo médio de assistência de enfermagem utilizada, por paciente, de acordo com o grau de dependência apresentado (SANTOS et al., 2007).

O planejamento de pessoal e da carga de trabalho da equipe de enfermagem, antecipa o número estimado de profissionais para prestar assistência a um determinado paciente ou grupo de pacientes. A definição do número de pacientes

atribuído para cada profissional de enfermagem, enfermeiro ou técnico, torna-se mais apurada quando conhecemos o perfil de complexidade assistencial ou grau de dependência quanto aos cuidados a serem proporcionados (MAGALHÃES et al., 2015).

Diante desse contexto, os enfermeiros devem utilizar instrumentos que auxiliem no planejamento, distribuição e controle adequado dos profissionais de enfermagem, bem como identificar as variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem (BARBOSA et al., 2014). Atualmente, o enfermeiro dispõe de instrumentos que permitem avaliar o nível de complexidade de cuidado ou a carga de trabalho da enfermagem, solicitada pela clientela por meio do Sistema de Classificação de Paciente (SCP), eficaz para o dimensionamento (BRITO; GUILERARDELLO, 2012).

O SCP compreende a classificação de pacientes em grupos de cuidados ou categorias e a quantificação dessas categorias como uma verificação dos esforços de enfermagem requeridos (BRITO; GUILERARDELLO, 2012). O sistema ainda proporciona informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade e aos custos da assistência de enfermagem, bem como para a organização dos serviços e planejamento da assistência de enfermagem.

O conhecimento do perfil assistencial dos pacientes, é outro fator que pode subsidiar o planejamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades dessa clientela, auxiliando na distribuição diária e na capacitação dos recursos humanos de enfermagem para o atendimento de cada grupo de pacientes (SANTOS et al., 2007).

No SCP no Brasil, encontram-se disponíveis alguns instrumentos para classificar e avaliar pacientes adultos e pediátricos, como o instrumento criado por Fugulin et al. (2005).

Alguns trabalhos relacionados ao SCP, comprovam a relevância da utilização deste instrumento para uma melhor organização da equipe de enfermagem para com os pacientes, como o estudo realizado por Barbosa et al. (2014), no estado do Paraná, que detectou segundo o cálculo mínimo de profissionais para atender as necessidades da população, não atendia as recomendações necessárias de profissionais, uma vez que possuía o seu quadro de enfermeiros abaixo da quantidade necessária na unidade, diferente do resultado encontrado no estudo

Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um pronto hospital-escola, realizado por Paixão et al. (2015), no estado de São Paulo, onde observou que em um serviço de emergência, a maior prevalência eram de pacientes com necessidades de cuidados semi intensivos (36,9%), precedido de pacientes com necessidade de cuidados de alta dependência (30,9%), detectando que a quantidade de profissionais da equipe de enfermagem era suficiente.

Em outro estudo, Grau de dependência de enfermagem de clientes de um hospital público secundário, realizado por Mello et al. (2015), no estado do Paraná, que utilizou também o instrumento como forma de avaliação e detectou que a instituição hospitalar secundária apresentava um percentual semelhante de serviços a outras instituições de alta complexidade no que tange o grau de dependência de clientes internados e o número de profissionais da enfermagem não eram suficientes para a demanda de serviços a serem prestados.

Dessa forma, o Sistema de Classificação dos Pacientes, constitui-se em um instrumento valioso, pois permite categorizar os pacientes de acordo com a quantidade de cuidados de enfermagem requerida, ou seja, de acordo com a complexidade assistencial (GUEDES et al., 2016). Com base no que foi exposto questiona-se: Qual o nível de complexidade assistencial dos idosos hospitalizados?

Diante do que foi exposto, o atendimento da população idosa hospitalizada, que a priori apresentam uma necessidade maior de cuidados específicos e uma avaliação minuciosa da situação dos mesmos, nesse contexto, este trabalho de pesquisa é de grande importância e relevância social, pois irá realizar uma avaliação do nível de complexidade assistencial dos usuários idosos com relação a assistência da equipe de enfermagem, mostrando através da aplicação do instrumento desenvolvido por Fugulin et al. (2005), com relação ao SCP, contribuições para a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários, destacando a recuperação e promoção da saúde e do bem estar para viver e envelhecer, trazendo, dessa forma, pontos positivos para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem adequada e coesa com as necessidades do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o nível de complexidade assistencial de usuários idosos hospitalizados na clínica médica e cirúrgica do HUUFMA.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os usuários idosos no que tange aos aspectos sociodemográficos, estilo de vida e clínicos;

Classificar o nível de complexidade assistencial dos usuários idosos, utilizando o questionário proposto por Fugulin et al. (2005), adaptado por Santos et al. (2007).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O envelhecimento e a hospitalização

O fenômeno da elevação na expectativa de vida, tem levantado debates sobre o envelhecimento. Aponta-se uma estimativa de que, em 2050, haverá no mundo cerca de 2 bilhões de idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais, e que a maioria estarão reunidas nos países em desenvolvimento. O envelhecimento é um fenômeno que irá atingir todos os seres humanos, inevitavelmente, podendo ser definido como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados fortemente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (FECHINE et al., 2015; PEREIRA et al., 2017).

De modo geral, o ser humano sempre buscou enfrentar o envelhecimento de maneiras diferentes. Alguns, o definem como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros o determinam como um momento de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no meio familiar. Outros, ainda, considera-o como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade e cada uma dessas atitudes, correspondem a uma meia verdade, mas nenhuma representa a verdade total.

O processo do envelhecimento é dividido em variados tipos: o primário ou senescência, no qual é o envelhecimento que atinge todos os seres humanos; o secundário ou patológico, envelhecimento acompanhado de doenças que não são pertinentes ao processo do envelhecimento; e o terciário ou terminal, que é acompanhado por perdas físicas e cognitivas, devido ao acúmulo dos efeitos do processo do envelhecimento e das patologias adquiridas ao longo do percurso do processo (FECHINE et al., 2015).

Segundo Barros e Gomes Junior (2013), o envelhecimento da população é um fenômeno mundial, onde esse processo nos países desenvolvidos ocorreu lentamente, acompanhando a situação da evolução econômica, do crescimento do nível de bem-estar e da redução das desigualdades sociais. Mais adiante, esse processo ganha grande proporção e importância nos países em desenvolvimento, com o aumento da população a partir dos 60 anos, isso em relação a população em geral.

No Brasil, o processo do envelhecimento surgiu a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, implacáveis e irreversíveis. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que nos tempos atuais a expectativa de vida dos brasileiros atinge por volta dos 68 anos. O fato é, que o aumento da longevidade demonstra uma vitória para a humanidade, entretanto, traz consigo o levantamento de novos questionamentos sobre os problemas e desafios gerados por esse fenômeno (SOUZA et al., 2010; BARROS; GOMES JÚNIOR, 2013).

Com o crescimento da população idosa, o governo e a sociedade são forçados a desenvolverem formas alternativas de caráter preventivo para doenças relacionadas com o envelhecimento, tais como: osteoporose, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica, angina de peito, entre outras diversas enfermidades. Dessa forma, a utilização dos serviços de saúde por um número maior de idosos com problemas de longa duração, que repetidamente exigem intervenções custosas, que envolvem tecnologias complexas para um cuidado adequado (MIRANDA GMD; MENDES ACG; SALA, 2016).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade característico de uma população jovem para um quadro caracterizado por patologias complexas e caras, próprias das faixas etárias mais avançadas. De modo geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, persistindo por tempo indeterminado e exigindo acompanhamento rotineiro e medicações contínua. Além disso, a abordagem da medicina tradicional que é focada em uma queixa principal e o hábito de reunir as queixas e os sinais em um único diagnóstico, de certa forma pode ser adequado ao adulto, mas não ao idoso (SOUZA; MAIA, 2010).

O cenário da elevação da população idosa, em relação às populações mais jovens, tem contribuído para o aumento do aparecimento de doenças e agravos não transmissíveis, mais comuns entre os mais velhos, em virtude de uma diversidade de fatores, necessitando, em um plano mais geral, de acompanhamento durante toda a vida, e, ainda, necessitando de maior demanda de atendimentos em diversos pontos de atenção, de diferentes níveis de complexidades, de internações e medicações de uso contínuo, afetando fortemente o sistema de saúde (MEDEIROS; COURA; FERREIRA, 2017).

De fato, com o uso dos serviços hospitalares de maneira mais frequente, do que os outros grupos etários e sendo as internações hospitalares mais constantes,

envolvendo maiores custos institucionais, tratamento de longa duração e recuperação mais lenta e complicada, os cuidados com às pessoas idosas hospitalizadas devem ser realizado com uma combinação de fatores que incluem: a cultura organizacional, a disponibilidade de recursos e ambiente de trabalho adequado e um planejamento de ações efetivas para essa faixa etária (CHIBANTE; SANTO; AQUINO, 2015; TAVARES et al., 2017).

De acordo com Chibante, Santo e Aquino (2015), um dos maiores desafios do cuidado à pessoa idosa é conseguir contribuir para que mesmo com as progressivas limitações que possam ocorrer, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Isso inclui dizer que, dentro do ambiente hospitalar, é importante que os profissionais da saúde saibam lidar com este público que necessitam de cuidados que os possibilitem a voltar para a suas vidas diárias com total independência.

Deste modo, a equipe de enfermagem é responsável por uma parcela desse retorno, pois atua em meio a equipe multiprofissional, desenvolvendo suas atividades, fundamentando cuidados diferenciados por meio das perspectivas biopsicossociais do paciente e de ações educativas e gerenciais da instituição.

Dessa forma, é importante que o cuidar com o idoso em uma situação de hospitalização, em um aspecto gerontológico, sugere em considerar a pessoa como sujeita e participante do planejamento das ações de cuidado e, para isso, a equipe de enfermagem precisa conhecer o paciente, identificar suas necessidades e especificidades frente ao processo de envelhecimento e hospitalização tendo como objetivos promover conforto, garantindo uma segurança através de uma prática qualificada contribuindo para o bem estar, recuperação e manutenção da saúde da pessoa idosa (ARTELE et al., 2015; PINHEIRO et al., 2016).

3.2 Dimensionamentos da Equipe de Enfermagem

O processo do cuidado com o ser humano é verdadeiramente um processo complexo e contínuo, que exige um adequado planejamento de recursos humanos. Os profissionais da enfermagem, estão diretamente relacionados com o estabelecimento adequado desse planejamento complexo e dinâmico e por estarem envolvidos neste cenário, para que ocorra o desenvolvimento das atividades profissionais, os recursos humanos devem estar capacitados e terem a competência

para desenvolvê-las, além de conter o número suficiente para tal feito (NICOLUSSI et al., 2013).

Nas instituições hospitalares, e de saúde em geral, o serviço de enfermagem possui um papel importante no processo assistencial e compõe uma parcela significativa do quadro de pessoal. Dessa forma, as chefias dos serviços devem ter em vista, instrumentos para gerenciar os recursos humanos sob sua responsabilidade, no intuito de melhorar a qualidade da assistência, sem perder de vista os custos. Nesse contexto, o dimensionamento de pessoal surge como uma forma de auxílio para os gestores, poderem articular formas de estruturar o quantitativo e o qualitativo de pessoal nos serviços de saúde, sem gerar uma sobrecarga de trabalho para os profissionais e nem maiores custos para as instituições (NICOLUSSI et al., 2013).

De acordo com Gil et al. (2011), o dimensionamento de pessoal de enfermagem é “um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo do pessoal de enfermagem necessário para prover os cuidados de enfermagem”. Segundo Nicolussi et al. (2013), diz que também pode ser tratado por sua finalidade de “previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender direta, ou indiretamente, as necessidades de assistência de enfermagem aos pacientes”.

Nesta outra definição o outro autor diz que:

Entende-se por dimensionamento do pessoal de enfermagem como etapa inicial e crucial do processo de provimento de pessoal, que tem como objetivo, a previsão do quantitativo de funcionários requerido para atender determinado número de tarefas, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela. Então, pode-se entender que o dimensionamento de enfermagem é uma ação que visa à segurança do paciente, sem deixar de considerar a administração de recursos financeiros e humanos (SANTANA et al., 2017, p.1).

Desta maneira, o enfermeiro tem a necessidade de capacitar-se com habilidades gerenciais que permita, dentre outras ações, elaborar a previsão e provisão dos recursos humanos de enfermagem para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas, pois é de domínio que a realização da divisão inadequada do pessoal, pode trazer implicações tanto sobre o resultado da assistência que será prestada pra com os pacientes, como também judiciais para a instituição, pois a sobrecarga de trabalho devido a um erro na realização do dimensionamento gera implicações jurídicas para a instituição. Na verdade, o

dimensionamento é um grande desafio, onde os profissionais devem visar tanto o bem estar do paciente e como também da sua equipe, evitando assim, a sobrecarga de trabalho e a insatisfação dos colaboradores (NICOLUSSI et al., 2013; SANTANA et al., 2017).

Nesse contexto, de fato a operacionalização do dimensionamento de profissionais de enfermagem pela aplicação de um método, possibilita relacionar e identificar os fatores que interferem na carga de trabalho da equipe de enfermagem. A carga de trabalho é estabelecida a partir da aplicação do SCP, que avalia e determina o grau de dependência de cada usuário e o tempo necessário no cuidado direto e indireto para atender as necessidades de assistência (BARBOSA et al., 2014).

Nesse âmbito, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através do estabelecimento da resolução nº 293/2004, que foi revogada pela resolução nº 543/2017, estabelece que o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem, de acordo com o artigo 2º desta resolução, devendo basear-se em características relativas ao serviço de saúde, ao serviço de enfermagem e ao paciente. Esta resolução estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, com base na aplicação de um instrumento, o SCP, que auxilia o profissional a estabelecer o perfil de cada paciente internado, as horas mínimas de assistência, a distribuição dos profissionais para cada tipo de cuidado e o grau de dependência do paciente para como a equipe de enfermagem (COFEN, 2017).

3.3 Sistema de classificação de pacientes e o grau de dependência

As primeiras experiências de classificação de pacientes com relação aos cuidados de enfermagem, surgiu desde a época de Florence Nightingale, onde organizava os pacientes mais graves da enfermaria, próximos das mesas das enfermeiras. Em 1930, o SCP começou a se desenvolver nos Estados Unidos, sendo adotado pelos hospitais, onde a principal finalidade era de analisar a dependência do paciente internado e avaliar o tipo e a quantidade de recursos necessários para o cuidado. No Brasil, inicialmente foi utilizada a denominação Cuidado progressivo dos pacientes (CPP), que serviu como base para o dimensionamento dos recursos humanos em enfermagem, com o objetivo de

garantir uma distribuição igualitária da assistência e aumentando a produtividade e a eficiência hospitalar (URBANETTO et al., 2012).

Na década de 90, começou o desenvolvimento de diversos SCP's nas diferentes especialidades, distribuídos e implantados nas instituições hospitalares. Mas a recomendação para a sua utilização e de competência da enfermagem, surgiu através da resolução nº 186/1996, desenvolvida pelo COFEN, que atualmente foi revogada na resolução nº 543/2017 e tem como base para o dimensionamento do pessoal o SCP. Nesse contexto, pode se definir esse instrumento de classificação como uma:

Ferramenta capaz de determinar, validar e monitorar o cuidado, através da identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados. Os dados obtidos no processo de classificação subsidiam a alocação de pessoal de enfermagem, o planejamento de custos da assistência e a manutenção de padrões de qualidade (Gill et al., 2011, p. 457).

O SCP está disponível no Brasil, para pacientes adultos e pediátricos, onde ambos têm a finalidade de classificar os pacientes de acordo com o grau de complexidade do cuidado, porém cada um contém adaptações para atender as necessidades específicas de cada grupo (GUEDES et al., 2016).

O instrumento desenvolvido por Perroca e Gaidzinski em 1998, utilizado para classificar os pacientes baseado nas necessidades humanas básicas recomendadas por Wanda Hortta, onde foram estabelecidos 13 indicadores críticos: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutaneomucosa. Todos recebem uma graduação de acordo com o grau de dependência que varia de um a cinco, sendo o valor um referente ao menor nível e o valor cinco ao nível máximo de complexidade assistencial (URBANETTO et al., 2012).

Segundo o mesmo autor, esses valores são somados, individualmente, levando a classes de cuidados: cuidados mínimos (13 a 26), onde se encontram pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas; cuidados intermediários (27 a 39 pontos), estão os pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas; cuidados semi-intensivos (40 a 52

pontos), estão os pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas; e nos cuidados intensivos (53-65 pontos) estão os pacientes graves, com risco iminente de vida.

Brito e Guilerardello (2012), fala sobre o instrumento de Martins e Haddad no qual foi desenvolvido em 2000 e que permite classificar os pacientes em quatro classes diferentes, de acordo com o grau de dependência de cuidado. Para ser classificado em uma delas, o paciente tem que apresentar pelo menos três características descritas em uma das classes denominadas por I (deambula sem auxílio; toma banho e alimenta-se sozinho; sem desvios de comportamento; orientação e supervisão do autocuidado); II (necessita ou não de auxílio na deambulação, no banho e na alimentação; quantidade moderada de medicação e terapia endovenosa de rotina; cuidados pré e pós operatórios de rotina; sem desvio de comportamento; orientação e auxílio no autocuidado);

Segundo os mesmos autores os pacientes ainda podem ser classificados nas classes III (necessita de auxílio para a deambulação, no banho e na alimentação; Grande quantidade de medicação endovenosa; cuidados pré e pós operatórios complexos; com ou sem desvios de comportamento; observações frequentes das condições gerais dos pacientes) e IV (acamado continuamente; banho e alimentação no leito; terapia endovenosa intensiva; complicação pós-operatória; inconsciente ou com desvios no padrão de comportamento).

O instrumento desenvolvido por Fugulin et al. em 2005, ocorreu em 1994, e passou por algumas atualizações. Mas inicialmente, apresentava nove áreas de cuidado: estado mental, sinais vitais, oxigenação, motilidade, deambulação, alimentação, eliminação, cuidados corporais, terapêutica, que eram avaliadas em cinco categorias de complexidade assistencial: cuidados mínimos, intermediários, de alta dependência, semi-intensivos e cuidados intensivos. Na segunda versão, em 2005, ocorreu uma readequação quanto a forma de classificação e na atribuição de uma pontuação que variava de um a quatro para cada uma das nove áreas de cuidado (BRITO; GUILERARDELLO, 2012).

A última versão desse instrumento foi em 2007, feita por Santos et al., na qual é utilizada e implementada nas instituições hospitalares, onde ocorreu na verdade, uma proposta de complementação do instrumento desenvolvido por Fugulin, com o aumento de mais três áreas de cuidado: integridade cutâneo-

mucosa/ comprometimento tecidual, o curativo e o tempo utilizado na realização de curativos. Todavia, segue os mesmos parâmetros para a classificação dos pacientes, onde cada uma das áreas recebem uma graduação de um a quatro e a somatória desses pontos podem variar de 12 a 48, determinando assim o nível de complexidade assistencial de acordo com o grau de dependência: cuidado mínimo (12 a 17 pontos), cuidado intermediário (18 a 22 pontos); alta dependência (23 a 28 pontos); cuidado semi-intensivos (29-34 pontos) e cuidado intensivo (34 a 48 pontos), permitindo assim a utilização deste instrumento para identificar diferentes usuários (BRITO; GUILERARDELLO, 2012).

Dessa forma, em um contexto geral, o SCP, é um instrumento válido e de grande serventia para a enfermagem, pois auxilia em um planejamento adequado dos cuidados prestados aos pacientes, independente da especialidade ou faixa etária. Assim, mesmo em unidades de cuidados específicos, como em uma Unidade de Geriatria, a identificação das necessidades individuais dos pacientes é fundamental para a organização da assistência, fornecendo cuidados sistematizados e adequados, garantindo a qualidade da atenção e respaldada nos conhecimentos apreendidos (URBANETTO et al., 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvida com dados provenientes da pesquisa intitulada: **CUIDADO À PESSOA IDOSA**: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar.

4.2 Local do Estudo

O estudo ocorreu na Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). O HUUFMA, que é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade englobar assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. A Unidade Presidente Dutra, localiza-se na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís/MA e são oferecidos os serviços assistenciais e de alta e médica complexidade em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ambulatórios Especializados, Neurocirurgia, Traumato-ortopedia, Obesidade, Transplantes, Hemodinâmica, UTI Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva-TRS e outros.

4.3 Amostra do Estudo

A amostragem foi por conveniência e constituiu-se de 161 idosos internados e os critérios de inclusão foram: a idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, internados nas clínicas médica e cirúrgica, independente do diagnóstico médico ou tipo de tratamento clínico ou cirúrgico submetido e idosos que concordassem em participar da pesquisa. E os critérios de exclusão foram: usuários idosos com alta hospitalar programada para o dia da coleta.

4.4 Coleta de Dados e Instrumentos para Pesquisa

A coleta de dados ocorreu entre os meses de Janeiro a Abril de 2018, com usuários idosos que estiveram internados na clínica médica e cirúrgica do Hospital Universitário da UFMA que consentiram em participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de forma escrita ou impressão datiloscópica, após leitura e esclarecimento de dúvidas (Apêndice A).

Os dados coletados para os usuários idosos ocorreram no leito do usuário e foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento é composto por dados

sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, escolaridade, profissão/ocupação, procedência, estado civil, condição econômica, renda pessoal mensal e familiar), hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física) e dados clínicos (Índice de Massa Corporal - IMC, Circunferência da Panturrilha esquerda, níveis pressóricos e glicêmicos, queixa de dor e morbidades) (Apêndice B). O segundo instrumento foi o Questionário de Classificação dos Pacientes proposto por Fugulin, et al. (2005), adaptado por Santos (2007), (Anexo B).

Para classificar os idosos internados, o instrumento utilizado para classificação dos pacientes foi o proposto por Fugulin et al. (2005) adaptado por Santos (2007). Este, contempla as seguintes áreas do cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutâneo mucosa/comprometimento tecidual, uso de curativo e tempo utilizado na sua realização. Desta forma, a graduação da complexidade assistencial é realizada de modo que cada área do cuidado seja pontuada de um a quatro, sendo que a somatória das 12 categorias do cuidado é classificada em: cuidado intensivo (acima de 34 pontos), semi-intensivos (29-34), alta dependência (23-28), intermediário (18-22) e mínimo (12-17).

Com relação ao estilo de vida, foram considerados tabagistas todos os idosos que fumavam ou tinham parado de fumar e etilista aquele que, no período da entrevista, referiram fazer uso de bebida alcoólica, independente de quantidade e frequência. O nível de atividade física foi estabelecido em sedentário (qualquer sujeito da pesquisa que não realizou atividade física ou realize de forma esporádica = 1x/semana, ≤ 30 minutos) e ativo (qualquer sujeito da pesquisa que realize atividade física duas ou mais vezes por semana, com tempo ≤ 30 minutos).

Os dados antropométricos (peso e estatura) foram coletados a partir dos dados registrados em prontuário e nos sujeitos da pesquisa que não haviam o registro, foram convidados a aferir o peso atual (em quilogramas), altura (em centímetros) e circunferência da panturrilha esquerda. O peso corporal fora coletado por balança eletrônica do tipo plataforma com capacidade para 150 kg e graduação em 100g (CAUMAQ® EB 1003). Para a estatura o estadiômetro (SECA), com escala em milímetros, fixado na balança. O IMC foi calculado por meio da divisão entre o peso e a altura ao quadrado de cada indivíduo. Os valores do IMC foram categorizados por meio do estado nutricional para idosos, conforme a Brasil (2006),

tendo como critérios os seguintes pontos de corte para idosos (baixo peso: ≤ 22 kg/m², adequado/eutrófico: entre 22 e 27 kg/m² e sobrepeso: > 27 kg/m²).

Com relação aos dados clínicos, a medida da pressão arterial no membro superior esquerdo foi determinada com uso de esfigmomanômetro manual ou digital (Omron®), por método indireto com o paciente em repouso na posição sentada ou deitada, conforme necessidade e situação clínica do idoso e a classificação fora conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016). Para melhor análise, os níveis pressóricos foram categorizados em Controlado (PAS ≤ 120 mmHg e PAD ≤ 80 mmHg) e alterado (PAS ≥ 121 mmHg e PAD ≥ 81 mmHg). O nível glicêmico casual foi verificado nos registros em prontuário e no dos que não constavam esse dado nos registros, foi aferido com glicosímetro (ACCU-CHEK ACTIVE®), que faz a determinação da glicose no sangue capilar fresco pela fotometria de refletância.

Esse aparelho é capaz de detectar glicemias capilares situadas entre 10 mg/dl e 600 mg/dl. E a classificação foi conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016). Para melhor análise, os níveis glicêmicos foram categorizados em controlado (< 200 mg/dl) e alterado (≥ 200 mg/dl). Os diagnósticos médicos ou motivos da internação dos idosos internados foram categorizados conforme as morbidades por sistemas/aparelhos orgânicos a exemplo: cardiovascular, endocrinológico, gastrintestinal, neurológico, entre outros.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL®. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (média \pm DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados foram analisados no programa STATA 12.0®.

4.6 Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa atendeu as recomendações da Resolução nº 466/12 CNS/MS. Foi aprovado pelo CEP/HUUFMA sob Parecer Consubstanciado nº 2.306.474..

5 RESULTADOS

Participaram do estudo, 161 idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, ocorrendo dez perdas na coleta de dados, por insuficiência de informações e por recusa ou por falta de condições clínicas dos idosos em participar da pesquisa.

Podemos verificar que durante a coleta dos dados a taxa de ocupação dos leitos das clínicas médica e cirúrgica foram de 78,32 %, cabendo ressaltar que na maioria das vezes, as unidades de internação médica e cirúrgica trabalham com sua capacidade intermediária para a máxima, o que evidencia a taxa de ocupação nas unidades.

Tabela 1 - Características sociodemográficos de idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA. São Luís – MA, 2018.

Variáveis (n=161)	n	%
Sexo		
Feminino	104	64,59
Masculino	57	35,40
Faixa etária		
60 a 74 anos	99	61,49
≥ 75 anos	62	38,50
Cor		
Branco	50	31,05
Não branco	111	68,94
Estado Civil		
Com companheiro	89	55,27
Sem companheiro	72	44,72
Escolaridade		
≤ 4 anos	95	59,01
≥ 5 anos	66	40,99

Ocupação		
Aposentado	127	78,88
Não aposentado	34	21,11
Procedência		
Capital	103	63,97
Interior	54	33,54
Outros	4	2,48
Renda		
≤ 1 salário mínimo*	117	72,67
2 a 4 salários mínimo	27	16,77
≥ 5 salários mínimos	17	10,55
Renda familiar		
≤ 1 salário mínimo	92	57,14
2 a 4 salários mínimo	33	20,49
≥ 5 salários mínimos	36	22,36
*Salário mínimo de R\$ 954,00		

A tabela 1 nos mostra que houve um predomínio de mulheres (64,59%), na faixa etária de 60 a 74 anos (61,49%), com média de idade de 70,1 ($\pm 10,1$), não brancas (68,94 %), casadas ou em união estável (55,27%), com baixa escolaridade (59,01%), aposentadas (78,88%), procedentes da capital (63,97%), com renda pessoal e familiar mensal de até um salário mínimo, respectivamente (72,67%) e (57,14%).

Tabela 2. Estilo de vida dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA, São Luís – MA, 2018.

Variáveis (n=161)	n	%
Tabagismo		
Não	130	80,74

Sim	31	19,25
Etilismo		
Não	102	63,35
Sim	59	36,64
Atividade física		
Sedentários	109	67,70
Ativos	52	32,29

Na tabela 2, observa-se que o estilo de vida relatado pelos idosos é não tabagistas (80,74%), não etilistas (63,35%) e sedentários (67,7%).

Tabela 3 - Características clínicas dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA, São Luís – MA, 2018

Variáveis (n=161)	n	%
Níveis Pressóricos		
Controlado	74	45,96
Alterado	87	54,03
Níveis Glicêmicos		
Controlado	119	73,91
Alterado	42	26,08
Dor		
Ausente/leve	104	64,59
Moderada	48	29,81
Incapacitante	9	5,59
IMC – Índice de Massa Corpórea		
Eutrófico	103	63,97
Baixo Peso	14	8,69
Sobrepeso	44	27,32

Circunferência da Panturrilha Esquerda		
Eutrófico	48	29,81
Pré-sarcopenia	63	39,13
Sarcopenia	50	31,05
Morbidades		
Cardiovasculares	50	31,0
Gastrointestinais	35	21,7
Neurologia	25	15,5
Ortopedia	14	8,7
Endocrinologia	13	8,0
Reumatologia	9	5,6
Pneumologia	7	4,3
Proctologia- Urologia	5	3,3
Nefrologia	3	1,9

No que tange as características clínicas dos idosos, dispostos na tabela 3, observou-se que estes apresentavam níveis pressóricos alterados (54,03%), níveis glicêmicos controlados (73,91%) e na avaliação da dor, notou-se que 64,59% dos idosos, referiam ausência deste sinal ou caracterizaram como leve (suportável). O índice de massa corpórea predominante foi eutrófico (63,97%), procedido de sobrepeso (27,32%). Na aferição do perímetro da panturrilha esquerda, 39,13% dos idosos apresentavam quadro de pré-sarcopenia, ou seja, a panturrilha mensurava menos que 31 cm e 31,05% já eram considerados sarcopênicos.

Dentre as morbidades mais prevalentes nos idosos, observou-se as doenças cardiovasculares (31%), gastrintestinais (35%), neurológicas (15,5%) e ortopédicas (8,7%).

Tabela 4 - Classificação do Nível de Complexidade Assistencial dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA. São Luís – MA, 2018

Variáveis (n=161)	n	%
SCP		
Cuidados Mínimos	102	63,4
Cuidados Intermediários	24	15
Alta Dependência	23	14,2
Semi intensivo	09	5,6
Intensivo	03	1,8

A tabela 4, descreve a classificação do nível de complexidade assistencial dos idosos internados nas clínicas, prevalecendo cuidados mínimos (63,4%), precedido de cuidados intermediários (15%), alta dependência (14,2%), semi-intensivos (5,6%) e cuidados intensivos (1,8%).

6 DISCUSSÃO

Identificou-se em nosso estudo que os idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica foram classificados segundo o nível de complexidade assistencial como cuidados mínimos, corroborando com estudos de Guedes et al. (2016) e Casarolli, Eberhardt, Nicola e Fernandes (2015). Para a nossa clientela, podemos considerar isso como um bom resultado, do ponto de vista da manutenção da autonomia e independência dos idosos, da mesma forma para a equipe de enfermagem no que tange ao tipo de cuidado prestado durante a assistência, que são de cuidados mínimos. Ressaltamos que, cuidados mínimos são definidos como sendo um paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autossuficiente em relação ao atendimento às necessidades (KURGANT, 2010).

Ressaltamos ainda que, quase dois terços dos idosos pesquisados eram classificados como independente para desenvolver o autocuidado e suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, mesmo sem aferição, ademais a literatura confirma a importância de se incentivar a manutenção da autonomia que resulta em menor tempo de internação e melhor qualidade de vida. Este estímulo deve ser incentivado para todos os idosos, inclusive os classificados como cuidados intermediários e alta dependência (STHAL; BERTI; PALHARES, 2011).

Nerdi, Sawada e Santos (2013), afirmam que o cuidado, mesmo que classificado como mínimo, deve estar focado na manutenção da capacidade funcional do idoso, para que este permaneça independente e autônomo mesmo em ambiente hospitalar. A dependência pode ser entendida como um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida ou reduzida. Para que esse processo aconteça são necessários profissionais qualificados e comprometidos com a assistência ao idoso.

Com relação ao perfil sociodemográfico, resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP (RABELO et al., 2010), em contrapartida, estudos de Lage, et al. (2014), Silva, et al. (2014) e Cunha, Nascimento e Chaves (2014), desenvolvidos em outras regiões brasileiras referenciaram um perfil de homens idosos e cor branca.

Estudos revelam que a prevalência do sexo masculino em condições de saúde mais desfavoráveis é maior do que o sexo feminino, pois os homens são mais negligentes com a sua saúde, estando em maior risco de descompensação clínica,

além disso caracteriza a feminização da velhice, fator esse característico do envelhecimento populacional e tem sido um evento crescente no Brasil (ALMEIDA; MAFRA; SILVA; KANSO, 2015).

A idade acima de 70 anos, a baixa escolaridade e a baixa renda reforçam ainda mais o perfil de idosos brasileiros acometidos por doenças crônicas degenerativas, semelhante ao estudo de Reis et al. (2013) onde a média elevada da idade, pode estar relacionada a estrutura etária que a sociedade brasileira está apresentando, no qual houve um aumento da expectativa de vida, que é acompanhada pelo agravamento das doenças crônicas, tornando mais frequentes as internações hospitalares destes idosos (STORTI et al., 2013).

Ainda, a participação maior de indivíduos de cor de pele parda e preta no estudo, corrobora com estudo de Oliveira et al., (2016), de onde a população estudada apresentou-se com 83,3% de cor parda e preta, isso nos faz refletir sobre o processo de miscigenação da população brasileira, onde particularmente o estado do Maranhão ocupa no ranking nacional a segunda posição da população afrodescendente (KLEIN, et al, 2014).

Os estudos com idosos tendem a mostrar a predominância de dois tipos de estado conjugal: casado/união estável ou viúvo. Onde encontramos resultados semelhantes em estudos de Oliveira et al., (2016). Nesta pesquisa, a maioria dos idosos afirmaram ter filhos, o que confirma a lógica de que idosos viúvos ou casados costumam ter prole e que o fato de ter filhos, talvez represente o grande seguro social desses idosos, tendo em vista que, recai sobre os familiares mais jovens a tarefa do cuidar na velhice, já que a legislação brasileira, seja no Estatuto do Idoso ou na Política Nacional do Idoso, delega à família a responsabilidade do cuidado.

Ademais, é sabido que a baixa escolaridade e a baixa renda, com o passar dos anos, traz comprometimento para a realização de suas atividades de vida diária e agravamento das condições patológicas. Com o avançar da idade, ocorre alterações orgânicas e funcionais que podem comprometer a funcionalidade dos idosos, fazendo com que esses idosos necessitem parcialmente ou totalmente de auxílio para a realização de suas atividades no ambiente domiciliar ou hospitalar (DALSENTER; MATOS, 2009).

Quanto à fonte de renda, a principal foi aposentadoria de até um salário mínimo, semelhante a estudos de Neri et al. (2013) e dos dados informados pelo

Ministério da Saúde (2010), onde 77,4% dos idosos brasileiros apresentavam a mesma fonte de renda.

Com relação aos hábitos tabagistas e etilistas, a baixa frequência corroborou com pesquisas de Lisboa, et al. (2017) e Mello et al. (2015), além do mais, a baixa frequência pode ser atribuída ao critério adotado no estudo, sem detalhar a quantidade e frequência. Ainda, ingerir bebida alcoólica é mais comum entre homens, grupo minoritário na amostra. O uso do álcool é comum entre indivíduos idosos, porém é pouco diagnosticado e não adequadamente avaliado. O problema é de suma importância e merece mais atenção pelo crescente aumento deste grupo etário. Ações em Saúde Pública, têm se direcionado para identificar o alcoolismo, prioritariamente entre adultos jovens, no entanto, as consequências físicas, sociais, psicológicas e cognitivas do álcool também abrangem os idosos (COSTA, 2015).

Vale ressaltar que os idosos se tornam mais vulneráveis com uso de álcool e tabaco. Idosos que fazem uso de medicamentos, ao serem combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, os deixam mais susceptíveis a interações, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e interação social (IBGE, 2013).

No que diz respeito à atividade física, os idosos referiram uma vida sedentária, semelhante a estudos de Annes et al. (2017) e Lisboa et al. (2017). Porém, esse achado pode ser justificado pelo critério adotado no estudo, sem detalhar a quantidade e frequência, além da prática irregular de atividade física entre os idosos, bem como pelo período de internação que os pacientes idosos se encontravam no período da pesquisa, a contar também do período de pré-internação correspondente a uma fase de início e agudização da doença, bem como a causa de internação.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2005), a falta da prática de atividade física torna os idosos mais vulneráveis a declínios funcionais, propensão a outras morbidades e iatrogenias hospitalares, maior lentidão no metabolismo e na recuperação clínica, resultando em idosos internados com menor vitalidade, menor autoestima e maior dependência da equipe de enfermagem.

Sobre os dados clínicos, nossos idosos apresentaram alterações nos níveis pressóricos e valores da circunferência da panturrilha esquerda, indicativo para pré-sarcopenia, mesmo a maioria apresentando um IMC dentro dos padrões normais. Estudos sobre o IMC dos idosos, referem sempre um excesso de peso devido ao

acúmulo da gordura visceral e subcutânea que pode ser afetado pela quantidade inicial de tecido adiposo e pelo aumento da massa corporal (VAGETTI et al., 2017; PREVIATO; DIAS; NEMER, 2014).

Os valores da aferição da Circunferência da Panturrilha esquerda (CPE) foram semelhantes a estudos de Alexandre et al. (2014). Tal parâmetro antropométrico é um dos mais importantes na avaliação dos idosos, pois este pode verificar a perda muscular, que é comum com o progredir da idade e se esta estiver a baixo do valor de referência (31 cm), pode indicar que o idoso está com uma perda acentuada, não intencional, da musculatura, podendo levá-los ao quadro de sarcopenia, patologia essa, é considerada como síndrome geriátrica, caracterizada por diminuição progressiva de massa, força e função muscular, além de promover incapacidade funcional nos idosos (PAULA et al., 2016).

A presença de sarcopenia é fortemente influenciada por diversos fatores que afetam diretamente a qualidade e a quantidade de massa muscular ou que agem como fatores de risco que podem se manifestar sobre os processos fisiológicos corporais, com alteração paralela da composição corporal, resultando em declínio não apenas do sistema muscular, mas do sistema musculoesquelético como um todo (BIJLSMA, et al. 2013).

A esse parâmetro antropométrico, sobre a CPE, será necessária uma melhor análise em estudos posteriores, pois é sabido que um idoso pré-sarcopênico ou sarcopênico, necessita de maiores cuidados da equipe de enfermagem, estando classificado pelo menos em cuidados intermediários, uma vez que estes idosos apresentam risco de queda.

Ainda sobre os níveis pressóricos alterados e as morbidades mais prevalentes que afetavam os idosos, resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Lage et al. (2014) e Brito e Guirardello (2012), valendo salientar que os processos patológicos do sistema cardiovascular foram as que mais afetaram os idosos pesquisados, podendo assim está relacionado com as alterações apresentadas nos níveis pressóricos e o estilo de vida adotado, conforme estudos de Reyes et al. (2016) e Levinson et al. (2016).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), compõem um grupo de patologias de origem multifatorial, que se desenvolvem ao longo da vida e são de longa duração, ocasionando complicações que podem levar a necessidade de hospitalização do idoso. Estimativas da OMS (2014), apontam estas como um sério

problema de saúde pública, responsáveis por um total de 38 milhões de mortes ocorridas em todo o mundo no ano de 2012. No Brasil, aproximadamente 74,0% das internações e mortes estão associadas às DCNT (MALTA et al., 2016; WHO, 2014).

Contudo, isto nos remete a perceber que com o prolongamento da longevidade, no contexto brasileiro traz consigo o aumento da prevalência de doenças crônicas e dos agravos à saúde e conseqüentemente, a presença maior de idosos nos ambientes hospitalares. Esses aspectos devem ser considerados na assistência oferecida e prestada pela equipe de enfermagem, que recebe um contingente cada vez maior de pacientes idosos com faixas etárias elevadas e com graves complicações à saúde (URBANETTO et al., 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou avaliar o nível de complexidade assistencial dos pacientes idosos assistidos nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário, revelando que há um predomínio daqueles que necessitam de cuidados mínimos, seguido dos que requerem cuidados intermediários e alta dependência, o que corresponde ao perfil dos internados nessas unidades, que atende predominantemente, idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas, como as cardíacas, gastrintestinais e risco de sarcopenia.

Notamos um perfil de idosos com vários comprometimentos sociodemográficos e de hábitos de vida, como baixa escolaridade, baixa renda e sedentarismo, contudo, os mesmos, conseguiam desenvolver seu autocuidado em ambiente hospitalar, sem comprometer sua autonomia e independência.

Não devemos esquecer que muitos são os benefícios advindos pela implantação de um sistema que classifica o paciente.

O Sistema de Classificação de Pacientes: favorece a racionalização de recursos materiais e equipamentos; eleva a satisfação da equipe para o desenvolvimento do trabalho; melhora a competência da equipe para o atendimento; a equipe apresenta-se mais envolvida no alcance dos objetivos assistenciais; enriquece as ações educativas ao paciente; aumenta a satisfação de pacientes e familiares. Também contribui para o ensino de graduação, uma vez que favorece o desenvolvimento das atividades do processo de ensino aprendizagem, no contexto das experiências vivenciadas pelo estudante.

Ressaltamos ainda que a equipe de enfermagem, dentro de uma mesma unidade, assiste uma clientela variada em relação à complexidade assistencial. O enfermeiro deve instrumentalizar-se para saber gerir a complexidade do paciente diante das múltiplas implicações na sua área de governança, além da aplicação de um cuidado individualizado com os idosos, pois cada um comporta-se de forma diferente e com uma resposta diferente, mas que por fim, quando a individualidade é respeitada a resposta é positiva e esse idoso retorna pra a rotina diária. Dessa forma enfoca-se ainda mais a importância desta classificação de acordo com o nível de complexidade deste idoso hospitalizado, uma vez que o envelhecimento é um fenômeno que está crescendo e os serviços de saúde devem estar preparados para atender essa clientela de forma adequada, pois cada idoso tem sua particularidade e

os atendimentos devem ser baseado nessas individualidades de cada um, por isso dá importância da classificação adequada destes idosos, para que os cuidados resultem em benefícios para a saúde e para o resto da vida deles.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, T. S. et al. Prevalence and associated factors of sarcopenia among elderly in Brazil: findings from the SABE Study. **J Nutr Health Aging**. V. 18, n. 3, p. 284-90. 2014. Disponível em: < http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2013_Tiago_JNutrHealth.pdf >. Acesso em: 02 de abr. 2018.
- ANDRADE, M.M.C. et al. Diagnósticos de enfermagem para idosos internados, segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. **Rev Rene**. V. 16, n. 1, p. 97-105, jan-fev., 2015. Disponível em: < http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11297/1/2015_art_mmcandrada.pdf >. Acesso em: 3 de mar. 2018
- ANNES, L. M. B. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosas que participam de grupos de terceira idade em Recife, Pernambuco. **Rev Cuidarte**. V. 8, n. 1, p. 1499-508. 2017. Disponível em: < <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/365/774> >. Acesso em: 5 de abr. 2018.
- BARBOSA, H. B. et al. Nível de complexidade assistencial de pacientes e o quantitativo de profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Ufsm**. V. 4, n. 1, p.29-37, jan-mar., 2014. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/9230/pdf> >. Acesso em: 22 de abr. 2018.
- BARROS, R. H.; GOMES JUNIOR, E. P. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **Ces Revista**, Juiz de Fora, v. 27, n. 1, p.75-92, jan/dez., 2013. Disponível em: < <https://www.cesjf.br/revistas/cesrevista/edicoes/2013/Artigo%2004.pdf> >. Acesso em: 24 de mai. 2018
- BIJLSMA, A.Y. et al. **Defining sarcopenia: the impact of different diagnostic criteria on the prevalence of sarcopenia in a large middle aged cohort**. V. 35, n. 3, p. 871-81, jun., 2013. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11357-012-9384-z> >. Acesso em: 16 de abr. 2018.
- BRITO, A. P.; GUIRARDELLO, E. B. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem-Reben**. Brasília, v. 65, n. 1, p. 92-96, jan./fev., 2012. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100013
>. Acesso em: 30 de abr. 2018.

CHIBANTE, C. L. P.; SANTO, F. H. E.; AQUINO, A. C. O. The reactions of the family companion of hospitalized elderly facing stressful situations. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO, v. 7, n. 3, p. 2961-2973, 1 jul. 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3899/pdf_1656>. Acesso em: 08 mar. 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução cofen 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Rio de Janeiro.**, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 09 mar. 2018

COSTA, A. G. **Qualidade de vida e relações sociais de um grupo da terceira idade participantes do programa Saúde na Praça na cidade de Buritis–MG.**[- Monografia]. Minas Gerais: Universidade de Brasília; 2015. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/9613> >. Acesso em: 28 de jun. 2018.

COUTINHO, M. L. N. et al. Perfil sociodemográficos e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Rev Rene**. V. 16, n. 6, p. 908-1005, nov-dez., 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2888> >. Acesso em: 25 de mai. 2018.

CUNHA, B. S.; NASCIMENTO, A. S.; CHAVES, S. P. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. **Estud. interdiscipl. envelhec.** Porto Alegre. V. 19, n. 1, p. 189-200. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/20963/31009> >. Acesso em: 30 de jun. 2018.

DALSENTER, C. A.; MATOS, F. M. Percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados da Cidade de Blumenau (SC). **Dynamis Revista TecnoCientífica**, v.15, n.2, p.32-37, 2009. Disponível em: <<http://proxy.furb.br/ojs/index.php/dynamis/article/view/1385/1239> >. Acesso em: 14 de jun. 2018.

GIL, G. P. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 13, n. 3, p. 456-463. Jul-set., 2011. Disponível em:

<<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a11.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

GUEDES, H. M. et al. Sistema de Classificação de Pacientes: Identificação da complexidade assistencial de pacientes em diferentes clínicas de internação. **Revista Científica Vozes dos Vales**, UFVJM-MG, n. 09, maio. 2016. Disponível em: <<http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2016/06/Liliane.pdf>>. Acesso em: 20 de fev. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Atlas do censo demográfico 2010** / IBGE. – Rio de Janeiro: IBGE, 2013.156 p. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/>>. Acesso em: 15 de abr. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015 Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 15 de fev. 2018.

KLEIN, S. R; et.al. Caracterização de idosos etilistas de um município no interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Digital**. Buenos Aires. Ano 19, n. 193. Jun.,2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd193/caracterizacao-de-idosos-etilistas.htm>>. Acesso em: 31 de mai. 2018.

LAGE, J. S. S. et al. Functional capacity and profile of elderly people at emergency units. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 855-860, out./dez., 2014. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26744&indexSearch=ID>>. Acesso em:24 de mar. 2018.

LISBOA L. L. C. et al. Pain and functional capacity in men attended to at a health center. **J Nurs UFPE**. on line., Recife, v. 11, n. 4, p. 1725-35, Apr., 2017. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31221&indexSearch=ID>>. Acesso em: 16 de abr. 2018.

MAGALHÃES A. M. M. et al. Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 5, p. 825-9, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0824.pdf>>. Acesso em 30 de jan. 2018.

MEDEIROS, K. K. A. S.; COURA, A. S.; FERREIRA, R. T. O aumento do contingente populacional de idosos no Brasil e a atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 21, n. 3, p. 201-207, set./dez. 2017. Disponível em: <

<http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/6034/3500> >. Acesso em 01 de fev. 2018.

MELLO B. L. D. et al. Grau de dependência de enfermagem de clientes de um hospital público secundário. **Revista Varia Scientia** – Ciências da Saúde, v. 1, n. 2 – Segundo Semestre de 2015. Disponível em: < <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/12303> >. Acesso em: 29 de mar. 2018.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.507-519, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V. 29, n. 4, p. 778-92. Abr., 2013. Disponível em: < scielowww.scielo.br/.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400015 >. Acesso em 12 de abr. 2018.

NICOLUSSI, A. C. et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Universidade Federal de Goiás. V. 15, n. 2, p.551-563, 30 jun. 2013. Disponível em: < <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf> >. Acesso em 27 de abr. 2018.

OLIVEIRA, C. C. M. et al. Aspectos da qualidade de vida em idosos que praticam atividade física atendidos em um centro de saúde. **Direitos humanos e envelhecimento no Maranhão** / Paulo Roberto Barbosa Ramos (Org.). — São Luís: EDUFMA, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. [Internet]. Brasília. 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf >. Acesso em: 20 de mai. 2018. Acesso em: 19 de abr. 2018.

PAIXÃO, T.C.R. et al. Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. **Rev Esc Enferm da USP**, v. 49, n. 3, p. 486-493. 2015.

Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0486.pdf >. Acesso em 14 de fev. 2018.

PAULA, J. A. et al. Análise de métodos para detectar sarcopenia em idosas independentes da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 235-246, mar-abr. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200235 >. Acesso em: 07 de mar. 2018.

PEREIRA, L. C. et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p.112-118, fev. 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0112.pdf> >. Acesso em: 22 de abr. 2018.

PINHEIRO, F. M. et al. Perfil de idosos hospitalizados segundo Viginia Henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. V. 8, n. 3, p. 4789-4795, 15 jul. 2016. Disponível em: < <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4292> >. Acesso em: 8 de jun. 2018.

PREVIATO, H.D. R. A.; DIAS, A. P. V.; NEMER, A. S. A Associação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura em idosas, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v. 34, n. 1, p.25-30, abr. 2014. Disponível em: < <http://revista.nutricion.org/PDF/ASSOCIACAO-INDICE.pdf> >. Acesso em: 22 de jun. 2018.

RABELO, L. P. O. et al. Perfil de idosos internados em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem- Reme**, Minas Gerais, v. 14, n. 3, p. 293-300, set. 2010. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/119> >. Acesso em 02 de jun. 2018.

REIS, L. A. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em instituição de longa permanência para idosos em vitória da conquista/ba. **InterScientia**, João Pessoa, v.1, n.3, p.50-59, set./dez., 2013. Disponível em: < <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/47> >. Acesso em: 23 de mar. 2018.

SANTANA, N. A. et al. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: Implicações no cuidado seguro. In: INTERNATIONAL NURSING CONGRESS, 0. 2017, S.i. **Anais**. S.i: International Nursing Congress, mai., 2017. p. 1 - 3. Disponível em: < <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/5566/2365> >. Acesso em: 21 de jun. 2018.

SANTOS, F. et al. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de Fugulin et al. **Rev Latinoam Enferm.** V. 15, n.5, p. 980-5. 2007. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2479/2899> >. Acesso em 23 de mai. 2018.

SOUZA, T. M.; MAIA, L. F. S.. Saúde do Idoso: o envelhecimento e as políticas públicas de saúde. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.37-40, jan. 2010. Disponível em: < <https://www.reciem.com.br/index.php/Recien/article/view/9/15> >. Acesso em: 5 de mar. 2018.

TAVARES, J. P. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o cuidado a idosos hospitalizados - estudo comparativo entre as regiões Norte e Central de Portugal. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, p.27-57, 19 out. 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100377&script=sci_arttext&lng=pt >. Acesso em: 05 mar. 2018.

URBANETTO, J. S. et al. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 950-954, nov-dez. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600010 >. Acesso em: 09 mar. 2018.

VAGETTI, G. C. et al. Association of body mass index with the functional fitness of elderly women attending a physical activity program. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 214-224, mar-abr. 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200214 >. Acesso em 29 de mar. 2018.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DESCRIÇÃO E OBJETIVO DO ESTUDO:

Caro(a) paciente, as informações abaixo estão sendo fornecidas para que a sua participação voluntária seja resguardada de dúvidas a respeito dos propósitos e benefícios que este estudo possa trazer. O estudo intitulado "**Avaliação do nível de complexidade assistencial de usuários idosos hospitalizados**", e visa conhecer o nível de complexidade assistencial para com os usuários idosos em ambiente hospitalar. Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa contribuirão com a instituição onde será realizada, possibilitando que esta ofereça um serviço mais bem estruturado aos usuários.

RISCOS E DESCONFORTOS ASSOCIADOS AO ESTUDO :

Os procedimentos a serem realizados (entrevista e exame clínico) têm risco mínimo e é garantido que danos previsíveis sejam evitados. Caso ocorra algum tipo de risco mínimo (como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário), será prestada assistência imediata ao participante como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso este aceite ainda participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie. O pesquisador avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos, os benefícios do melhor regime, conforme determinações da Resolução CNS/MS nº466/12.

BENEFÍCIOS:

Participando deste estudo não haverá obtenção de qualquer benefício adicional, mas sim a contribuição para ampliar os conhecimentos, além da contribuição para pesquisa científica na área.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE :

Todos os seus dados registrados nas fichas que serão preenchidas durante a pesquisa serão considerados sigilosos, ou seja, todo esforço será feito no sentido de resguardar o sigilo sobre os dados fornecidos por você, bem como dos resultados de seus exames.

DIREITO A RETIRADA DO ESTUDO:

Será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem ocasionar prejuízo para continuidade de seu tratamento na instituição.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES:

Não haverá despesas pessoais, incluindo exames e consultas, bem como, não haverá compensação financeira durante sua participação neste estudo.

GARANTIA DE ACESSO AOS RESPONSÁVEIS PELO ESTUDO:

Durante todas as etapas do estudo haverá acesso aos responsáveis em horário comercial.

O pesquisador principal é a acadêmica de enfermagem Amanda Graziella Souza Monteiro de Lima, que poderá ser encontrado no endereço Rua 02 Quadra 03 Casa 20 Jardim Araçajy I COHATRAC. CEP: 65054-510, São Luís- MA e através dos telefone: (98) 982411591 email: monteyroamanda@gmail.com, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), Rua Barão de Itapary, 227- Centro- São Luís-MA, CEP: 65020-070. Telefone (98) 21091250, bem como O CEP-HUUFMA deverá ser contatado se houver alguma questão ética relacionada à pesquisa.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A sua participação neste estudo é voluntária, caso recuse-a não haverá qualquer tipo de retaliação ou perda de direito ao tratamento na instituição. Terá também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas sempre que forem solicitados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias de igual teor e deverá conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante, caso o participante esteja impossibilitado de assinar, ou seja, analfabeto, usaremos a impressão digital.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Por estar devidamente informado(a) a respeito de minha participação neste estudo, tendo sido discutidos com os responsáveis quais os propósitos, desconfortos e eventuais riscos, de forma isenta de despesas, com garantia de confidencialidade e acesso ao tratamento; expresso o consentimento para minha inclusão, como sujeito, nesta pesquisa; mantendo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento sem perda do direito a acompanhamento nesta instituição.



ou

Impressão

Digital
Assinatura Paciente ou Representante Legal

Data:

Assinatura Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Número do Questionário: _____ Data da Coleta de Dados: ___/___/___

Horário de Início da Entrevista: _____ Horário de Término da Entrevista: _____

Nº	DADOS SOCIODEOGRÁFICOS	CÓDIGO
01	Identificação:	
02	Idade:	
03	Data de Nascimento:	
04	Sexo: (0) Feminino (1) Masculino	
05	Cor da Pele: (0) Branco (1) Pardo (2) Preto (3) Moreno (4) Outras	
06	Tempo Estudo: (0) 0 anos (1) 1 a 4 anos (2) 5 a 8 anos (3) 9 a 12 anos (4) + 12 anos	
07	Profissão/Ocupação:	
08	Procedência: (0) Capital (1) Interior (2) Outro Estado	
09	Estado Civil: (0) Solteiro (1) Casado/União Estável (2) Separado (3) Divorciado (4) Viúvo	
10	Religião: (0) Católico (1) Protestante (2) Espírita (3) outros (4) sem religião	
11	Condição Econômica: (0) Sem renda (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) BPC (4) Outros	
12	Renda Mensal: (0) 0 a ½ SM (1) 1 SM (2) 2 a 4 SM (3) mais 5 SM	
13	Renda Familiar: (0) 0 a ½ SM (1) 1 SM (2) 2 a 4 SM (3) mais 5 SM	
14	Nº de pessoas que convive: (0) 0 (1) 1 a 2 (2) 3 a 5 (3) mais que 5	
15	Com quem reside: (0) sozinho (1) Familiares (2) Amigos (3) Aderentes (4) ILPI (5) outros	
	HÁBITOS DE VIDA	CÓDIGO
16	Tabagismo: (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
17	Etilismo: (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	

18	Prática Atividade Física: (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
	ANTROPOMETRIA	CÓDIGO
19	Peso: Kg (antes da internação)	
20	Peso: Kg (atual)	
21	Altura: cm	
22	IMC: (1) Desnutrido (2) Eutrófico (3) Sobrepeso (4) Obesidade	
23	Circunferência Abdominal: cm (atual)	
24	Circunferência da Panturrilha E: cm(atual)	
25	Relação Cintura/Quadril: cm (atual)	
26	Relação Cintura/Estatura: cm (atual)	
	SINAIS VITAIS	CÓDIGO
27	Pressão Arterial: mmHg(atual) – média diária	
28	Glicemia Capilar: mg/dl (atual) – média diária	
29	Queixa de Dor: (0) Ausente (1) Leve (2) Moderada (3) Incapacitante	
	DADOS CLÍNICOS	CÓDIGO
30	DIH: dias	
31	DPO: dias	
32	Diagnóstico Médico:	
33	Tratamento Cirúrgico:	
34	Doenças de Base: (1) HAS (2) DM (3) Cardiopatias (4) Doença Renal (5) Osteoartrose (6) Outros: _____	
35	Internações Anteriores: (0) Não (1) Sim*	
36	Quantas Internações Anteriores*: (1) 1 (2) 2 a 3 (3) 4 a 6 (4) + 7	
37	Eventos de Quedas: (0) Não (1) Sim*	
38	Quantos Eventos de Quedas*: (1) 1 (2) 2 a 3 (3) 4 a 6 (4) + 7	
39	Uso de Medicamentos Domicílio: (0) Não (1) Sim*	
40	Quantidade de Medicamentos Domicílio*: (1) somente 1 (2)	

	2 a 4 (3) + 5	
40	Uso de Medicamentos Hospitalar: (0) Não (1) Sim*	
41	Quantidade de Medicamentos Hospitalares*: (1) somente 1 (2) 2 a 4 (3) + 5	
42	Quais medicamentos usa?	
43	Faz consulta com Geriatra? (0) Não (1) Sim	

ANEXO A - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES – FUGULIN

Número do Questionário: _____

Data da Coleta de Dados: ___/___/___

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação em tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador mecânico a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Via oral, com auxílio	Auto-suficiente
Cuidado Corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou higiene oral	Auto-suficiente
Eliminação	Evacuação no leito	Uso de comadre	Uso do vaso	Auto-

	e uso de sonda vesical para controle da diurese	ou eliminações no leito	sanitário com auxílio	suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA	EV contínuo ou através de SNG	EV intermitente	IM ou VO
Integridade cutâneo-mucosa / comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica. Ostomias. Drenos	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas	Pele íntegra
Curativo	Curativo realizado 3 x/ dia ou mais, pela equipe de enfermagem	Curativo realizado 2 x/dia pela equipe de enfermagem	Curativo realizado 1x / dia pela equipe de enfermagem	Sem curativo ou limpeza de ferida/incisão, realizada pelo paciente durante o banho
Tempo utilizado na realização de curativos	Superior a 30 minutos	Entre 15 e 30 minutos	Entre 5 e 15 minutos	Sem curativo ou limpeza de ferida realizada durante o banho.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO À PESSOA IDOSA: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar

Pesquisador: Rafael de Abreu Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73416017.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.306.474

Apresentação do Projeto:

O Brasil encontra-se em processo de envelhecimento, com aumento gradativo de pessoas acima de 60 anos, resultante da redução da mortalidade e do aumento da expectativa de vida. E isso reflete uma tendência de aumento proporcional de 18,6% de idosos na população em 2030 e em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população uma terá menos de 60 anos de idade (BRASIL, 2007). Especula-se ainda que entre os anos de 2020 e 2060, haverá um aumento de 20%. E em 2055, os idosos superarão a população de crianças e jovens (IBGE, 2015). No envelhecimento podem surgir vários problemas de saúde relacionados às doenças crônico-degenerativas, perdas sociais, afetivas e financeiras. De acordo com a Constituição Brasileira de 1988 o direito à saúde é uma garantia a todo cidadão, sendo esse direito assegurado pelo Estado. E para o idoso, são necessárias políticas públicas consistentes por conta do alto custo do cuidado a pessoa nessa fase da vida (GOMES, 2005). Contudo, envelhecer não é sinônimo de doenças e dependência, porém favorece a redução da funcionalidade dos órgãos e sistemas do corpo humano predispondo a doenças clínicas, que associadas aos maus hábitos de vida, podem contribuir para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT (GOMES; BRITTO, 2011; REIS, 2013). E ao mencionar o envelhecimento saudável, um dos atributos essenciais é a funcionalidade, que é a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



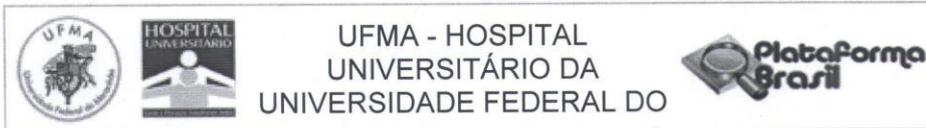
Continuação do Parecer: 2.306.474

interação entre o desempenho físico e psicocognitivo para realizar as atividades do dia-a-dia e as condições de saúde, mediada pelas habilidades desenvolvidas ao longo da vida. Para os idosos, a boa funcionalidade está associada à independência e autonomia (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011). Paralelo ao processo de envelhecimento da população nota-se mudanças nas estruturas familiares, que são, em sua maioria, as principais provedoras do cuidado necessários aos seus membros idosos. E é no contexto familiar que os idosos encontram apoio para as diferentes situações com que se deparam, sendo assim, um elemento fundamental para o seu bem-estar. Atualmente, as famílias passam por novas configurações em relação ao surgimento de novos papéis e a longevidade tem proporcionado a convivência intergeracional, encontrando-se, por exemplo, até quatro gerações em uma mesma residência. Esse cenário demonstra que a família, mesmo com as mudanças frente a diversas situações, continua sendo um local importante de afetos e proteção aos idosos (BERGO, MALAGUTTI, 2010). Nas últimas décadas, por conta das transformações, tanto

estruturais quanto funcionais, as famílias passaram a apresentar um quantitativo maior de idosos em sua composição. Assim, o suporte familiar fornecido ao idoso precisa ser revisto, a partir da perspectiva de que as famílias podem não estar preparadas para responsabilizar-se pela tarefa de cuidar do idoso, surgindo então a necessidade de avaliar a funcionalidade familiar (PAVARINI, 2009). Para que esse cuidado seja eficiente, é

preciso que todos os membros familiares desempenhem tarefas e assumam papéis. Entretanto, nem sempre o funcionamento familiar ocorre de forma harmoniosa, ocasionando efeitos negativos que se refletem em desgaste no relacionamento entre cuidador e idoso, bem como conflitos familiares e até intergeracionais (BRASIL, 2005). Cicireli (2014) explicam que a assistência de enfermagem precisa ser planejada com a participação do idoso e de sua família, sempre procurando esclarecê-los acerca do processo de envelhecimento e suas implicações negativas, orientando-os quanto ao aprimoramento dos cuidados individuais, objetivando reduzir, na medida do possível, o seu grau de dependência. Ainda, a pessoa idosa exibe peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e sua avaliação de saúde deve ser realizada tendo como metas a identificação de problemas subjacente à queixa principal, o nível de complexidade assistencial, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas e sociais, que interferem diretamente em sua saúde, seu grau de autonomia e de dependência (CICIRELI, 2014). O cuidado ao cliente pode ser influenciado por aspectos comportamentais ou basear na habilidade técnica, enquanto na visão do paciente, os atributos que ele considera mais importantes para um cuidado de qualidade estão voltados para aspectos interpessoais no relacionamento entre este e o profissional que presta o cuidado. Esses aspectos fundamentam-se em receber atenção por parte do enfermeiro,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.306.474

amizade, que este seja bom ouvinte, além de capacidade, habilidade e ensino sobre o cuidado, bem como receber atendimento rápido às chamadas, respeito às necessidades, e ser envolvido no próprio cuidado tanto. A equipe de enfermagem ocupa um papel essencial na assistência, prestando cuidados específicos que vão desde a admissão até a alta hospitalar (CICIRELI, 2014). O cuidado em enfermagem requer um direcionamento específico para essa clientela. Para tanto, o profissional deve compreender as questões do processo de envelhecimento, facilitar o acesso do idoso aos diversos níveis de atenção, estar qualificado, além de estabelecer uma relação respeitosa com o idoso/família. Assim, é possível estabelecer um modelo de cuidado que permeia as mudanças próprias do envelhecimento associadas à sua experiência de vida e, com isso, propor ações cuidativas que considerem seu contexto de saúde e doença. Para tanto, o cuidado em enfermagem deve ser proporcionado de forma humana com base em uma abordagem integral, que valorize a individualidade do paciente e vislumbre uma assistência de qualidade, pautada numa relação empática (DRULLA, 2009).

Hipótese:

Conhecer o nível de complexidade assistencial dos idosos internados é fundamental para se prestar uma assistência de saúde adequada, em conjunto com acompanhantes e/ou familiares que muitas vezes dedicam-se integralmente ao cuidado para com a pessoa idosa.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorrerá no período de agosto de 2017 a agosto de 2018 nas Clínicas Médica que está dividida em Alas Feminina e Masculina e Cirúrgica dividida em Alas Cirúrgicas A, B e C (Neuro-Ortopedia) e Serviço de Nefrologia (Setor de Diálise). A amostra abrangerá a aproximadamente 200 usuários idosos e 200 acompanhantes/cuidadores. A coleta de dados ocorrerá após aprovação do comitê de ética, com usuários idosos que estiverem internados nas Clínicas Médica Cirúrgica e Serviço de Hemodiálise do Hospital Universitário da UFMA e seus familiares/cuidadores que consentirem em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE de forma escrita ou impressão datiloscópica, após leitura e esclarecimento de dúvidas. Os dados coletados para os usuários idosos ocorrerão no leito do usuário sem a presença do familiar/cuidador para minimizar possíveis vieses nas respostas dos sujeitos. Serão utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento é composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.306.474

procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e com quem reside) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométrico (peso anterior e atual, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal e da panturrilha esquerda, relação cintura quadril – RCQ, relação cintura estatura – RCE), sinais vitais (pressão arterial, glicemia capilar e queixa de dor), dados clínicos (dia de internação hospitalar – DIH, dia pós-operatório – DPO, diagnóstico médico, tratamento cirúrgico, doenças de base, internações anteriores e quantidade, eventos de queda e quantidade, uso de medicamentos no domicílio e quantidade, uso de medicamentos no hospital e quantidade). O segundo instrumento é composto pela avaliação da funcionalidade familiar através do APGAR de Família. Os dados coletados para os familiares/acompanhantes ocorrerão em local de privacidade e em momento oportuno e serão utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento é composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação, procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e tipo de vínculo com idoso) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométrico (peso anterior e atual, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal, relação cintura quadril – RCQ, relação cintura estatura – RCE, dados clínicos (tempo que acompanha o idoso no hospital, doenças de base, uso de medicamentos no domicílio e quantidade). O segundo instrumento é Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI. Para classificar os usuários idosos internados o instrumento utilizado para classificação dos pacientes foi o proposto por Fugulin et al.

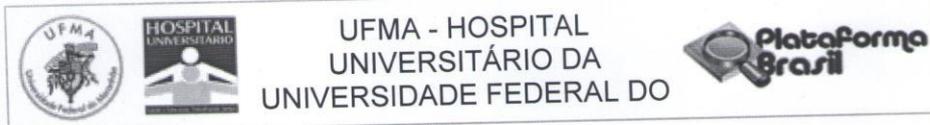
Critério de Inclusão:

Para os usuários idosos, os critérios de inclusão serão: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, internados Clínicas Médica, Cirúrgica e Setor de Diálise independente do diagnóstico médico e tipo de tratamento, que não apresente comprometimento cognitivo, que concordarem em participar da pesquisa. Para os familiares/cuidadores os critérios de inclusão serão: até três familiares/cuidadores por usuário idoso, de ambos os sexos, possuírem idade superior a 18 anos, vínculo familiar de primeiro e segundo grau de parentesco ou relacionamento/união estável ou casados, que ficam mais de 6h/dia como acompanhante/cuidador, que residam no mesmo domicílio, que não apresente comprometimento cognitivo, que concordarem em participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Para os usuários idosos os critérios de exclusão, usuários idosos com alta hospitalar programada para o dia da coleta. Para os familiares/cuidadores os critérios de exclusão ser cuidador

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO

Continuação do Parecer: 2.306.474

profissional e com vínculo empregatício com o idoso

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados coletados serão armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL®. As variáveis quantitativas serão descritas por média e desvio padrão (média \pm DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados serão analisados no programa STATA 12.0® e qualquer associação entre as variáveis estudadas serão determinadas pelo valor de p do teste do qui-quadrado de

Pearson e o nível de significância adotado será de 5%.

Desfecho Primário:

Estima-se que esta pesquisa venha contribuir para conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar;

Tamanho da Amostra no Brasil: 400

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar;

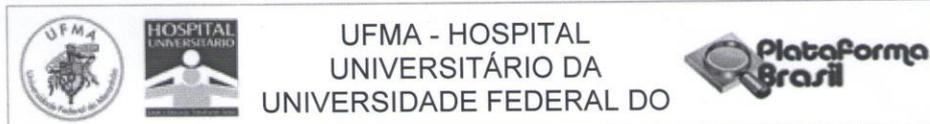
Objetivo Secundário:

- Caracterizar os usuários idosos internados e familiar/cuidador no que tange aos aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, antropométricos e clínicos;
- Verificar a funcionalidade familiar dos idosos internados utilizando o questionário APGAR familiar;
- Mensurar a sobrecarga do familiar/cuidador informal de idosos internados, utilizando o -
- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI);
- Classificar os usuários idosos internados segundo o nível de complexidade da assistência de enfermagem através do Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador esta pesquisa envolve riscos mínimos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, conforme a Resolução CNS 466/12, item II. 22. Para assegurar a proteção do participante desta pesquisa, o mesmo não precisará informar

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.306.474

seu nome ou qualquer informação que o identifique. Os possíveis desconfortos ou riscos esperados para esse estudo são o tempo destinado às avaliações. Contudo, entende-se o quanto é delicado falar sobre as particularidades familiares de cada indivíduo. Qualquer pesquisa com seres humanos envolve riscos. Entretanto, os pesquisadores se dispõem a minimizar os riscos decorrentes desse estudo, mantendo o anonimato dos participantes, identificando-os por códigos e guardar todos os instrumentos utilizados para coleta de dados em local seguro e assim evitar a quebra de sigilo de suas identidades. Quanto aos benefícios, o pesquisador propõe benefício indireto pois visa expandir os conhecimentos acerca do nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar com os idosos em ambiente hospitalar. Almeja-se através dessa pesquisa entender melhor as ações que podem resultar em mudanças no modo de atendimento dos serviços de saúde, direcionamento de políticas públicas e estratégias que garantam a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo possui relevância científica e social por contribuir para conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar, além de enriquecer a literatura sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.306.474

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa—CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_971756.pdf	07/08/2017 12:57:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	07/08/2017 12:56:51	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	FUGULIN.doc	02/08/2017 17:16:21	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	APGARFamiliar.doc	02/08/2017 17:15:57	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	QASCI.doc	02/08/2017 17:15:18	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	MEEM.docx	02/08/2017 17:14:44	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comic2.pdf	02/08/2017 17:13:36	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comic1.pdf	02/08/2017 17:13:18	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	Instrumentocuidador.docx	02/08/2017 17:12:14	Rafael de Abreu Lima	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

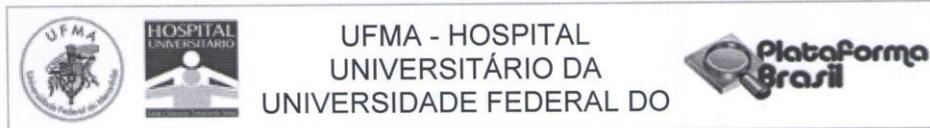
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO

Continuação do Parecer: 2.306.474

Outros	Intrumentousuario.doc	02/08/2017 17:09:09	Rafael de Abreu Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcuidador.docx	02/08/2017 17:08:31	Rafael de Abreu Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuario.docx	02/08/2017 17:07:02	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	02/08/2017 17:03:54	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	02/08/2017 17:03:03	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CreditoPublica.pdf	02/08/2017 17:00:49	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso.pdf	02/08/2017 17:00:36	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ResponsabilidadeFinanceira.pdf	02/08/2017 17:00:12	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia.pdf	02/08/2017 16:59:52	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	02/08/2017 16:55:29	Rafael de Abreu Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Setembro de 2017

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO C – PARECER DO COLEGIADO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: Análises do Nível de Complexidade Assistencial de Usuários Idosos Hospitalizados
2. ALUNO(A): Jamonde Fezuelle Souza Monteiro de Jesus
3. ORIENTADOR(A): Paulo de Jesus Jesus
4. INTRODUÇÃO: O texto está em conformidade com a temática escolhida; apresenta referências fundamentadas e atualizadas.
5. JUSTIFICATIVA: Apresenta argumentos coerentes com a temática
6. OBJETIVOS: Objetivos claros e pertinentes, possíveis de serem alcançados.
7. PROCESSO METODOLÓGICO: Metodologia pontuado respeitando os critérios do Comitê de Ética em Pesquisa.
8. CRONOGRAMA: Adequado
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: Plenamente em conformidade de Comitê de Ética em Pesquisa.
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Adequado
11. CONCLUSÃO DO PARECER: Projeto com viabilidade de execução. Foram feitos os ajustes necessários. Aprovado

São Luís, 26 de Outubro de 2017.

Paulo Fezuelle de Jesus
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 26 / 30 / 2017.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Paula Fezuelle de Jesus
Prof.ª Dr.ª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Paula Fezuelle de Jesus
Coordenadora do Curso de Enfermagem

UFMA