

PERFIL DE PACIENTES DEPENDENTES HOSPITALIZADOS E CUIDADORES FAMILIARES: CONHECIMENTO E PREPARO PARA AS PRÁTICAS DO CUIDADO DOMICILIAR*

PROFILES OF DEPENDENT HOSPITALIZED PATIENTS AND THEIR FAMILY CAREGIVERS: KNOWLEDGE AND PREPARATION FOR DOMICILIARY CARE PRACTICES

PERFIL DE PACIENTES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS Y CUIDADORES FAMILIARES: CONOCIMIENTO Y PREPARACIÓN PARA LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Isabela Cata-Preta Souza¹
Ariane Guilherme Silva²
Aurea Cristina dos Santos Quirino³
Michelle Silva Neves³
Luzimar Rangel Moreira⁴

* Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso "Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar", apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas).

¹ Enfermeira-residente em Saúde Cardiovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Enfermeira pós-graduanda em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Enfermeira. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente III da PUC -Minas. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor Correspondente: Isabela Cata-Preta Souza. E-mail: isabelacatapreta@gmail.com

Submetido em: 15/02/2013

Aprovado em: 04/02/2014

RESUMO

No contexto das doenças crônico-degenerativas e do aumento da expectativa de vida, inicia-se o envolvimento de cuidadores familiares exercendo cuidados de forma empírica no lar. O objetivo deste estudo é analisar o perfil dos pacientes e do cuidador familiar durante a hospitalização dos pacientes dependentes, como também identificar o nível de conhecimento do cuidador e suas necessidades acerca dos cuidados a serem prestados ao familiar dependente e em uso de dispositivos de assistência no domicílio. Métodos: trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado em hospital extraporte de Belo Horizonte. O local foi a Unidade de Cuidados Prolongados e Paliativos. Participaram do estudo 50 cuidadores familiares que assinaram o TCLE. Resultados: grande parte dos pacientes se enquadra no grupo de idosos, 54% deles na faixa etária entre 60 e >70 anos e já com alguma doença de base instalada, como as cardiovasculares, com 54%. Os desequilíbrios respiratórios alcançaram 30% de acometidos. Em relação aos dispositivos de assistência, 36% estavam em uso de traqueostomias e 46% utilizavam, respectivamente, sonda entérica e curativos. Quanto aos cuidadores, 60% disseram não saber cuidar. Conclusão: os dados deste estudo reforçam a importância de promover a preparação do paciente e dos familiares para a alta hospitalar e para o cuidado no domicílio, visando à reabilitação precoce e à diminuição de readmissões e óbitos por iatrogenias.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado; Cuidadores; Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

In the context of chronic degenerative diseases and increased life expectancy, the involvement of family caregivers begins by empirically exercising care in the home. The objective of this study is to analyze the profile of patients and their family caregivers during the hospitalization of dependent patients and identify the level of knowledge of the caregiver and their needs related to the care provided to the dependent family member in use of assistive devices at home. Method: this is a descriptive study with a quantitative approach performed in an extraporte hospital in Belo Horizonte. The site was the Long-term and Palliative Care Unit. A total of 50 family caregivers participated in this study and signed the TCLE. Results: most of the patients are in the elderly group; 54% of them aged between 60 and >70 years with some disease already well-established, such as cardiovascular diseases in 54% and respiratory imbalances in 30% of the participants. The use of assistive devices was present in 36% of the participants using tracheostomies and 46% using enteric probe and dressings. Sixty percent of the caregivers stated not knowing how to provide care. Conclusion: the data from this study reinforce the importance of promoting the preparation of patients and their family members for hospital discharge and care at home, aimed at an early rehabilitation and reduction in readmissions and iatrogenic deaths.

Keywords: Frail Elderly; Caregivers; Home Nursing.

RESUMEN

En el contexto de las enfermedades crónico-degenerativas y del aumento de la esperanza de vida comienzan a participar los cuidadores familiares ejerciendo su tarea de forma empírica en el hogar. El objetivo de este estudio es el de analizar el perfil de los pacientes y del cuidador familiar durante la hospitalización de los pacientes dependientes, como también identificar el nivel de conocimiento del cuidador, sus necesidades acerca de los cuidados a ser prestados al familiar dependiente y en el uso de los dispositivos de asistencia en el domicilio. Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo, realizado en un gran hospital de Belo Horizonte. El local fue la unidad de cuidados prolongados y paliativos.

Participaron del estudio 50 cuidadores familiares que firmaron el TLCE. Gran parte de los pacientes se encuadra en el grupo de ancianos, 54% de ellos están entre los 60, 70 y >70 años con alguna enfermedad de base instalada, como las cardiovasculares con 54%. Los desequilibrios respiratorios alcanzaron 30% de los afligidos. En relación a los dispositivos de asistencia 36% estaban con traqueotomía y 46% utilizaban la sonda entérica y curativa. En cuanto a los cuidadores 60% dijeron no saber cuidar. Los datos de este estudio refuerzan la importancia de promover la preparación del paciente y la familia para el alta hospitalaria y el cuidado domiciliario, con miras a la rehabilitación temprana y a la disminución de reinternación y óbito por iatrogenia.

Palabras clave: Anciano Frágil; Cuidadores; Atención Domiciliar de Salud.

INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como os países desenvolvidos, tem se deparado com um problema de saúde cada vez mais grave, por consequência do envelhecimento da população e das doenças crônico-degenerativas. Esse problema é crescente, devido, principalmente, ao aumento da expectativa de vida, observada durante o decorrer das últimas décadas, em virtude da melhor qualidade de vida.

A dinâmica demográfica no Brasil segue um compasso de crescimento populacional e de modificações na sua estrutura etária. O processo de transição demográfica relacionado à queda das taxas de mortalidade e de fecundidade tem ocasionado rápida variação na estrutura etária brasileira, com diminuição da proporção de crianças e jovens, aumento da população adulta e considerável tendência na elevação de idosos.¹

Com o envelhecimento da população brasileira e a consequente elevação do número de doenças crônico-degenerativas, observa-se aumento da demanda de leitos hospitalares para pacientes idosos. Estes começam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, tornando-se mais frequentes as complicações como acidente vascular cerebral, fraturas por quedas, limitações causadas por insuficiência cardíaca e doenças pulmonares obstrutivas crônicas, como também a dependência determinada pela doença de Alzheimer.²

As condições geralmente não fatais são, na maioria das vezes, as geradoras do que pode ser denominado de processo incapacitante, ou seja, o processo no qual determinada condição afeta a funcionalidade dos idosos e, conseqüentemente, o desempenho das atividades cotidianas.³ As condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que apresentam pontos em comum: são persistentes e necessitam de certo nível de cuidados permanentes, exigindo mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde.⁴

Diante dessa panorâmica visão, percebe-se que o número de internações entre os idosos aumenta considerável e proporcionalmente ao crescimento de doenças crônico-degenerativas. Essas condições crônicas apresentadas, na grande maioria das vezes, de forma simultânea interferem na qualidade de vida dos idosos e, quando não adequadamente acompanhadas, tendem a ocasionar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia dessas pessoas.³

Com isso há elevado índice de internações hospitalares e mais tempo de ocupação do leito hospitalar, o que gera risco de sucessivas reinternações e alto custo.⁵ Neste contexto, começa a haver o envolvimento de cuidadores informais ou familiares para suprir as necessidades de cuidados no domicílio: tarefas exercidas, muitas vezes, de forma empírica ou até mesmo improvisadas por não serem esses cuidadores devidamente capacitados para tal atividade.

Para tanto, deve-se, primeiramente, entender quem são esses cuidadores familiares e como se estruturam esses cuidados. Assim, faz-se urgente a identificação das causas das doenças crônico-degenerativas e dos meios de prevenção. É necessário identificar como se desenvolve o processo de cuidado do doente, no domicílio, após a instalação da doença e quais são as sequelas decorrentes disso, para, portanto, desenvolver melhor qualidade de vida do enfermo.⁶

O cuidado domiciliar, realizado por familiares aos pacientes com sequelas cognitivas e físicas, é cada vez mais comum e necessário para suprir as grandes demandas pelos leitos hospitalares e os riscos que as hospitalizações prolongadas podem gerar nos indivíduos acometidos pelas diversas doenças. Nos hospitais, a política de incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe o desafio de preparar os familiares para reorganizarem a vida no domicílio de modo que possam assumir os cuidados do doente em poucos dias.⁷

Para tornar possível a continuidade do cuidado prestado pelo cuidador familiar no domicílio, deve-se iniciar, ainda durante a hospitalização, um processo de orientações básicas para a saúde, sintomas e complicações. O programa de alta hospitalar pode, e muito, proporcionar tratamento e recuperação de forma mais humanizada e gerar bem-estar ao paciente e ao cuidador.⁸ Ações como essas podem amenizar o desamparo vivenciado pela família do enfermo, contribuindo para melhor recuperação, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo os gastos do sistema público de saúde.

Assim, torna-se evidente a grande necessidade e importância da capacitação e do acompanhamento feito pelos enfermeiros aos membros familiares e cuidadores, na tentativa de promover o cuidado como uma atividade mais leve, de forma a melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos. Sobre isso, alguns autores afirmam que cabe somente ao enfermeiro

essa capacitação de cuidadores para a prestação de cuidados relacionados à Enfermagem, sendo esses cuidados supervisionados pelo próprio profissional.⁶

Portanto, a partir das várias exposições realizadas para construir a discussão a respeito da falta de preparo dos cuidadores familiares, surge a seguinte indagação para o desenvolvimento do presente artigo: quem são os cuidadores familiares que acompanham os pacientes no ambiente hospitalar? Como o cuidador exercerá cuidado privativo da enfermagem diante das necessidades do enfermo e em uso de dispositivos de assistência no domicílio?

Deste modo, é evidente que o enfermeiro detém importante papel na preparação para a alta hospitalar e nas práticas assistenciais domiciliares, devendo norteá-las no sentido de identificar as necessidades dos pacientes e de seus familiares. Todas essas práticas realizadas com o cuidador familiar podem estabelecer uma assistência de forma mais correta e minimizadora de ansios, dúvidas e as possíveis complicações geradoras de reinternações.

Ao capacitar o cuidador familiar para o reconhecimento dos sinais de piora do quadro clínico, como também do manuseio dos acessórios e dispositivos de assistência em uso, os cuidadores podem contar com mais tranquilidade e facilidade durante a execução do cuidado. Assim, essa capacitação se torna uma maneira de promover a humanização com acolhimento destinado ao cuidador, que se encontra tão desgastado pela situação.⁶

Levando em consideração todos os aspectos salientados, acentua-se o papel do enfermeiro para educação e capacitação dos cuidadores familiares antes da programação da alta hospitalar. Isso contribui para a diminuição ou exclusão dos vários problemas gerados pela falta de conhecimento prévio a respeito dos cuidados prestados pelos familiares responsáveis por aqueles pacientes liberados do ambiente hospitalar, sendo que esses ainda necessitam do uso de dispositivos de assistência para a continuidade de seu tratamento.

Partindo dessas considerações, este estudo tem por objetivo analisar o perfil do cuidador familiar dos pacientes dependentes e em uso de dispositivos de assistência; traçar o perfil dos cuidadores de acordo com o gênero, faixa etária, grau de instrução, parentesco com o paciente e necessidade de informação; e identificar o nível de conhecimento e necessidades acerca dos cuidados a serem prestados ao familiar dependente e em uso de dispositivos de assistência no domicílio.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Cuidados Prolongados e Paliativos de uma instituição hospitalar extraporte de Belo Horizonte, considerada a maior com capacidade de atendimento ao SUS em Minas Gerais e uma das três maiores do país. A realização da coleta de dados foi iniciada após a obtenção da aprovação do projeto, pelo Comitê de

Ética em pesquisa da PUC-Minas e da instituição hospitalar, como também com a autorização do responsável pelo setor envolvido.

O Setor de Cuidados Prolongados e Paliativos tem o intuito de aprimorar o atendimento aos pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou de cuidados permanentes que necessitam de assistência contínua e de reabilitação físico-funcional, para sua reinserção na sociedade. A internação dos pacientes, nesse setor, na maioria das vezes, ocorre por eventos e complicações por doenças crônico-degenerativas, abrangendo desde os acometimentos cerebrovasculares aos oncológicos que geram as reinternações e sejam provenientes do domicílio, de outros setores de internação da instituição, como também de outras unidades hospitalares do Sistema Público de Saúde.

Os sujeitos abordados para esta pesquisa participaram do estudo após serem devidamente esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos deste, bem como sobre a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a conclusão das adequações pertinentes à coleta de dados. A coleta foi realizada durante a permanência do cuidador no hospital, em horários determinados de acordo com a conveniência e a disponibilidade destes e com o consentimento do coordenador da unidade. Não houve deslocamento dos sujeitos para participação no estudo. Esclareceu-se aos participantes que os dados e as informações obtidas serão utilizados apenas para fins científicos e que o material será armazenado com as pesquisadoras.

Para coleta dos dados, aplicou-se questionário semiestruturado com abordagem a 50 familiares/cuidadores à beira do leito, entre os meses de maio e agosto de 2012. O estudo em questão envolveu cuidadores familiares presentes na unidade referida e que após a desospitalização dos pacientes acabam assumindo os cuidados no domicílio.

Como critérios de inclusão foram analisados os cuidadores/familiares de pacientes com idade superior a 60 anos, acometidos por doenças crônico-degenerativas, com algum grau de dependência e em uso de algum dispositivo de assistência tais como: sondas, traqueostomias, drenos uretrais, curativos, e que pertençam ao grupo de pacientes atendidos apenas pelo SUS. O mesmo questionário buscou informações para a identificação do paciente e seus principais diagnósticos e complicações, como também: sexo, idade, tempo de internação, diagnósticos clínicos, principais motivos de internação, complicações durante as internações e doenças prévias.

Com o intuito de levantar o perfil dos cuidadores familiares, o questionário continha também perguntas relacionadas a idade, sexo, estado civil e grau de escolaridade. Procurou-se também identificar as principais dúvidas a respeito dos dispositivos de assistência e seu manejo adequado, pois esses dispositivos serão utilizados pelos respectivos pacientes/familiares no ambiente hospitalar e, possivelmente, haverá continuidade de uso domiciliar após a alta hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo trouxe discussões e resultados relevantes para discussões mais aprofundadas e tomadas de decisões para o trabalho eficiente dos enfermeiros que lidam nessa área específica da saúde. Seguem-se, portanto, estes resultados e discussões.

PERFIL DO PACIENTE HOSPITALIZADO

É imprescindível destacar, neste estudo, que o processo de envelhecimento sabidamente acarreta muitas transformações, não só físicas, mas também fisiológicas. E essas alterações podem ser percebidas também na capacidade cognitiva, gerando mais dependência e diminuição da autonomia e acentuando ainda mais as dificuldades do processo de envelhecer. Dos 50 pacientes abordados, durante a coleta de dados grande parte estava em situação de “ser cuidado” no tocante à faixa etária, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com faixa etária

| % | Variável | (n=50) |
|----|--------------|--------|
| 40 | > 70 anos | 20 |
| 22 | 61 a 70 anos | 11 |
| 14 | 51 a 60 anos | 7 |
| 10 | 41 a 50 anos | 5 |
| 4 | 31 a 40 anos | 2 |
| 8 | 21 a 30 anos | 4 |
| 2 | 15 a 20 anos | 1 |

Fonte: Dados da Pesquisa; 2012.

O envelhecimento é um processo do desenvolvimento normal que envolve alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas, as quais incidem sobre o organismo com vários outros fatores, como o ambiental, o sociocultural e a qualidade e estilo de vida. Ligados à dieta, ao sedentarismo e a exercícios, intimamente interligados, esses fatores promovem o envelhecimento sadio ou patogênico.⁹

A alta frequência de doenças crônicas e a longevidade da população brasileira são identificadas como as principais causas desse aumento de idosos com incapacidade funcional. A incapacidade é a restrição, isto é, o resultado da falta de habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano, que pode surgir como consequência direta ou como uma resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física ou sensorial. Isso reflete os distúrbios da própria pessoa em atividades e comportamentos essenciais à vida diária.¹⁰

Apesar da proporção de homens ser maior na Tabela 2 acerca da situação de saúde dos idosos, verifica-se que em ambos os sexos as morbidades e incapacidades físicas se encontram em elevado índice. Porém, pesquisas semelhantes mostram que a

frequência de idosos dependentes para realização de atividades de autocuidado é maior no sexo feminino.¹¹ Em relação a fatores de risco para síndromes metabólicas (SM), estudos demonstram que, em média, 10% entre as mulheres e 84% entre os homens apresentam risco aumentado até quatro vezes para óbito por doença arterial coronariana e três vezes mais para óbito de qualquer natureza.¹² Essas considerações salientam a importância da análise dos dados deste estudo serem pautadas na relação entre o gênero e a idade percebida entre os pacientes abordados.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero

| % | Variável | (n=50) |
|----|-----------|--------|
| 48 | Feminino | 24 |
| 52 | Masculino | 26 |

Fonte: Dados da Pesquisa; 2012.

O tempo de internação, verificado na coleta de dados do estudo, variou de um a três meses, sendo que 22 (44%) pacientes permaneceram em tempo de internação por até aproximadamente um mês e apenas 10 (20%) tiveram tempo de internação superior a 90 dias (três meses). Os idosos são também os maiores usuários dos serviços de saúde e exibem maior frequência de internações hospitalares, bem como tempo de permanência mais prolongado. Eles utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo elevados custos, implicando tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada.^{10,13}

Apesar dos estímulos crescentes para a alta precoce e a desospitalização percebidos na atualidade, a coleta de dados na instituição evidencia ainda a grande demanda pela hospitalização. O levantamento da caracterização das demandas do paciente desde as principais doenças prévias à internação até as principais complicações geradas a partir da estada no ambiente hospitalar possibilita a reflexão acerca dos impactos gerados a partir da necessidade de internação dos indivíduos.

Quanto às doenças de base identificadas no estudo, foram notados distúrbios cardiovasculares com percentual preocupante de 54%. Entre esses, pode-se citar principalmente a HAS, que atingiu 42% de idosos. A DM mostrou grande prevalência, com 34%, seguida de 20% com distúrbios encefalovasculares. O envelhecimento é um processo do desenvolvimento normal, envolvendo alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas. Também incidem sobre o organismo fatores ambientais e socioculturais, como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e outros fatores tão intimamente ligados ao envelhecimento sadio ou patogênico. O envelhecimento é inerente aos indivíduos que podem ter fatores desencadeantes intrínsecos, como a diabetes (DM) e a HAS, e extrínsecos, como maus hábitos de vida e de alimentação e rotinas desreguladas.⁹

Em decorrência disso, pesquisadores enfatizam a necessidade de avaliações periódicas dos idosos, para que se possam detectar problemas de saúde e fatores de risco relacionados às alterações cardiovasculares, cujos principais fatores estão relacionados a idade, sexo, raça, antecedentes familiares, hipertensão arterial, obesidade, estresse, vida sedentária, uso de álcool, tabaco e alimentação rica em sódio e gordura. Nessa fase surgem inúmeros agravos que podem ser ainda maiores quando acrescidos de qualquer doença crônica, principalmente as doenças cardiovasculares.¹⁴ A permanência das sequelas incapacitantes, impostas por essas comorbidades aos idosos, como as limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, pode, e muito, modificar a dinâmica da vida do idoso, tornando-o dependente de seus familiares para os cuidados.¹⁵

Entre as principais preocupações relacionadas à saúde sucedidas com a longevidade, destacam-se as maiores ocorrências de doenças crônicas, quedas e incapacidade funcional, fazendo com que esses indivíduos necessitem, em muitos casos, de cuidado permanente e continuado para o adequado manejo clínico de suas doenças.¹³

Os principais diagnósticos encontrados nos internados foram separados por sistemas, podendo-se perceber grande ênfase às doenças ligadas aos sistemas respiratórios, neurológicos, alterações no sistema esquelético e digestivo. Mas isso não se verifica somente em relação às enfermidades que afetam o aparelho locomotor, mas também enfermidades sistêmicas muito prevalentes, como a insuficiência cardíaca, a pneumonia e a demência, que se manifestam com perda da função do idoso.

Quanto aos principais motivos para a internação, grande parte dos achados foi a que envolveu afecções pulmonares. Os dados revelam que 30% dos pacientes apresentavam problemas e diagnósticos relacionados ao sistema respiratório. Essa ocorrência é devida à sua maior susceptibilidade fisiológica e imunológica às infecções, contribuindo para a redução da capacidade física e biológica e diminuindo sua autonomia. Além da grande prevalência de doenças crônico-degenerativas associada ao envelhecimento, quadros com diferentes etiologias se expressam com mais gravidade no idoso.

Em estudo realizado pelo SAMU de Maceió para levantamento do perfil epidemiológico dos idosos atendidos por meio de coleta de dados a partir dos registros de atendimentos realizados entre 2011 e 2012, observou-se vasta abrangência de problemas no aparelho circulatório, não restritos apenas a picos hipertensivos, mas também a complicações como, entre as causas clínicas, o acidente vascular encefálico, síncope, infarto agudo do miocárdio e cefaleia. Outras causas de elevada incidência esperadas na população senil são desconfortos respiratórios, como a dispnéia, e complicações no sistema gastrointestinal, como a constipação intestinal. Os traumas ortopédicos estimam-se em aproximadamente 20% do atendimento.¹⁶

Os traumas ortopédicos por quedas ou por complicações pós-cirúrgicas são muito característicos do processo de envelhecimento e foram percebidos em 6% dos internados, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das principais doenças de base, diagnósticos e complicações ocorridas durante a internação

| Variável | (n=50) | % |
|---|--------|----|
| Doenças Prévias | | |
| Previamente Hígido | 10 | 20 |
| HAS | 21 | 42 |
| DM | 17 | 34 |
| Cardiopatias | 6 | 12 |
| Doenças Encéfalovasculares | 10 | 20 |
| Doenças Degenerativas | 7 | 14 |
| Doenças do trato Respiratório | 5 | 10 |
| HIV | 1 | 2 |
| Outros | 4 | 8 |
| Diagnósticos clínicos por Sistemas na Internação | | |
| Sistema Respiratório | 15 | 30 |
| Sistema Neurológico | 12 | 24 |
| Sistema Esquelético | 8 | 16 |
| Sistema Digestivo | 6 | 12 |
| Sistema Cardiovascular | 1 | 2 |
| Sistema Nervoso | 1 | 2 |
| Sistema Urinário e excretor | 2 | 4 |
| Sistema Reprodutor | 1 | 2 |
| Sistema Imunológico | 2 | 4 |
| Outros | 2 | 4 |
| Motivos que levaram a Internação | | |
| Afecções Respiratórias | 15 | 30 |
| Distúrbios Gastrointestinais | 7 | 14 |
| Distúrbios Cardiovasculares | 3 | 6 |
| Infecções de Trato Urinário, Sítio Cirúrgico e outros | 9 | 18 |
| Traumas Ortopédicos | 3 | 6 |
| Acometimento do Trato Urinário | 2 | 4 |
| Distúrbios Encefalovasculares | 3 | 6 |
| Cuidados Paliativos | 2 | 4 |
| Outros | 6 | 12 |
| Principais Complicações na Internação | | |
| Complicações Cardiovasculares | 12 | 24 |
| Complicações e Afecções Respiratórias | 9 | 18 |
| Complicações Gastrointestinais | 6 | 12 |
| Complicações renais e do Trato Urinário | 5 | 10 |
| Complicações Musculoesqueléticas | 2 | 4 |
| Úlceras por pressão | 4 | 8 |
| Outros | 5 | 10 |

Fonte: Dados da Pesquisa; 2012.

As fraturas nos idosos são, habitualmente, decorrentes de traumas de baixa energia, como quedas dentro do domicílio, e são fraturas principalmente do fêmur proximal, rádio distal e coluna. Frequentemente são lesões únicas em indivíduos que já apresentam alguma doença sistêmica: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, depressão ou insuficiência renal e que, normalmente, permanecem mais tempo hospitalizados quando vítimas de trauma. Os pacientes dessa faixa etária, que sofrem traumatismos de alta energia, normalmente atropelamentos, permanecem internados por longos períodos de tempo e normalmente portadores de alguma doença prévia, principalmente hipertensão arterial.¹⁷

As complicações ocorridas durante a internação dos pacientes entrevistados, como diagnósticos secundários, permaneceram em elevada porcentagem e bem alinhadas ao diagnóstico primário.

Nos pacientes deste estudo, foram vistas complicações decorrentes da longa permanência no leito aliadas a condições nutricionais, como as lesões por pressão, o que evidencia altos riscos de infecção, necessidade de mais tempo de internação, como também mais chances de reinternação por piora da lesão tegumentar e riscos inerentes à doença. A imobilidade nos pacientes dependentes pode trazer prejuízos aos sistemas musculoesquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e cutâneo, conferindo grande limitação e podendo contribuir para aumento do tempo de internação hospitalar e para o aparecimento de fraqueza na musculatura respiratória e periférica, prejudicando, assim, as suas funções e a qualidade de vida.¹⁸

As doenças encefalovasculares tomaram a porcentagem expressiva de pacientes atingidos com complicações geradas durante a internação. A permanência das sequelas incapacitantes impostas por essas comorbidades aos idosos, como as limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, pode, e muito, modificar a dinâmica da vida do idoso, tornando-o dependente de seus familiares para os cuidados.¹⁵

Na análise dos dispositivos de assistência em uso pelos pacientes internados, a Figura 1 ilustra o uso da SNE e da traqueostomia (TQT) de forma expressiva.

O enfermeiro, como educador, assume importante papel na relação com o paciente e os familiares que estão experimentando tantos desafios para cuidar antes, durante e após a alta para o domicílio.¹⁹

Nos cuidados domiciliários encontram-se pessoas com variadas condições e limitações, sendo portadoras de TQT, gastrostomias (GTT), em estado de debilidade e muitas vezes requerendo cuidados paliativos por se encontrarem em estado de coma ou em quadros de cronicidade das doenças e suas complicações.³ Essas informações possibilitam melhor explicitação de dados comuns a esta pesquisa, que também evidenciou elevada incidência de pacientes em uso de TQT, oxige-

noterapia e curativos devido ao acometimento por lesões de decúbito. Isso requer planejamento de estratégias assistenciais para o programa de alta hospitalar e a preparação dos cuidadores para seu exercício em domicílio.

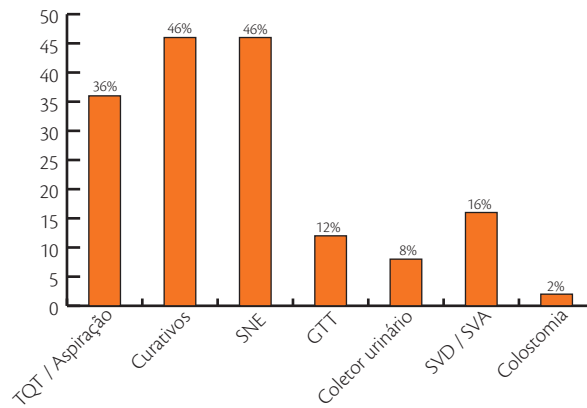


Figura 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com os dispositivos de assistência em uso. Fonte: dados da pesquisa (2012).

Alguns pacientes manifestam deficiências nutricionais devido ao acometimento de determinadas doenças, sendo necessária, na maioria das vezes, a utilização de um método que forneça o aporte calórico e que impeça que o déficit nutricional aumente. Assim, uma das intervenções terapêuticas pode ser o SNE, justamente o dispositivo em uso mais expressivo nos participantes do estudo, chegando a 23 (46%) dos entrevistados. Para assegurar a continuidade do tratamento no domicílio, oriundo do âmbito hospitalar, evitar complicações e reinternações desnecessárias dos pacientes em uso destes e de outros dispositivos, é imprescindível a realização de um plano de orientações e cuidados individualmente elaborado pela equipe que assiste o paciente, em especial pelo enfermeiro.²⁰

PERFIL DO CUIDADOR FAMILIAR

Quanto ao perfil dos cuidadores informais, os dados obtidos no estudo, para traçá-lo, demonstraram, em relação ao gênero, que 42 (84%) pessoas eram do sexo feminino e apenas oito (16%) eram do sexo masculino. Os resultados encontrados, no que se refere ao gênero dos cuidadores entrevistados, é que a maioria são mulheres e corresponde aos dados obtidos na literatura. A mulher carrega historicamente a função de cuidadora dos filhos, dos pais, da família, confirmando esse resultado.²¹ Em relação à idade, a porcentagem mais alta foi de cuidadores de 31 a 40 anos, totalizando 12 (24%); seguidos dos de faixa entre 41 e 50 anos com 13 (26%); e de 61 a 70 anos com oito (16%).

Identificou-se também que, na escolha das profissões, aquelas vinculadas aos cuidados são marcadamente exercidas,

em sua maioria, por mulheres e um bom exemplo disso é a Enfermagem. Os dados podem ressaltar a grande importância que se deve dar ao perfil etário dos cuidadores, o que é levantado por outros autores que dizem que os cuidadores mais velhos parecem mais susceptíveis à sobrecarga, e os jovens podem experimentar e sofrer isolamento, devido às restrições sociais, proporcionais às maiores possibilidades de atividades de lazer e sociais de sua faixa etária.²² A idade do cuidador parece ser uma variável importante na avaliação de sua qualidade de vida. Verifica-se que quanto maior a idade do paciente, maior a sobrecarga do cuidador.

Em relação à escolaridade dos cuidadores entrevistados, houve o predomínio dos níveis Fundamental e Médio, com 20 (40%), respectivamente, em cada grau escolar. A escolaridade é predominantemente baixa e esse baixo nível pode contribuir para se ser cuidador, na medida em que se sabe que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil para aqueles indivíduos com baixa escolaridade.²²

No tocante ao grau de parentesco dos cuidadores, grande parte dos entrevistados é formada por filhos(as) – 24 (48%) – e esposas – 10 (20%). Esses familiares são atuantes na conduta do cuidar, exercem e assumem toda a responsabilidade. Alguns pesquisadores ressaltam que geralmente estão presentes na designação da pessoa que preferencialmente assume os cuidados pessoais do(a) idoso(a) incapacitado(a) o grau de parentesco, sendo sua maioria o cônjuge e do gênero feminino, seguido de filhos e pais. A proximidade física também surge como forte influenciadora desse contexto, que normalmente se dá pelos que vivem no mesmo ambiente.¹⁰ Surge, então, o cuidador principal, que em geral é proveniente do próprio núcleo familiar, tornando-se a pessoa responsável por auxiliar o paciente dependente no seu dia-a-dia, entre outras tarefas.²³

Quanto ao estado civil dos 50 entrevistados, houve prevalência expressiva de indivíduos casados – 31 (62%). Na família, geralmente existem pessoas que são delegadas a exercer determinados papéis, tais como o de cuidador. Há, contudo, uma hierarquia para a escolha desse cuidador que depende de fatores como: gênero, idade, fatores geracionais, grau de parentesco, local de residência do cuidador, situação financeira e tempo disponível, como também a afetividade entre o paciente e o cuidador e a personalidade daquele que cuida.²⁴

Quando questionados sobre *saber cuidar do seu familiar*, apenas 30 (60%) cuidadores afirmaram saber cuidar do paciente a partir de explicações e acompanhamento no recinto hospitalar. Apenas 20 (40%) cuidadores destacaram não saber prestar o cuidado. Com base em vários estudos, percebe-se a alta prevalência de cuidadores sem o preparo adequado para o cuidado, como também indícios de que a tarefa de cuidar dos familiares está ligada à responsabilização social. Diante disso, esse encargo deve ser criteriosamente acompanhado pelos pro-

fissionais de saúde, para que os familiares estejam em condições saudáveis para exercerem os cuidados necessários ao paciente.

O profissional precisa atentar para as particularidades de cada familiar/cuidador, considerando que o cuidado precisa ser individualizado, que mesmo com bases em protocolos de cuidado deve ser alicerçado nas necessidades e realidade de cada família, sendo esse núcleo de cuidado carregado de emoções e características próprias, resultantes das condições culturais, sociais e econômicas.²⁵

Indubitavelmente a Enfermagem precisa utilizar mecanismos e instrumentos que sejam capazes de amenizar e sanar tantas dúvidas e dificuldades que aparecem aos cuidadores após assumirem os cuidados no lar. O levantamento do perfil do cuidador familiar permite à equipe de enfermagem agrupar subsídios para a adoção de medidas de amparo à família, ajudando-a a desenvolver estratégias de enfrentamento da doença e das incapacidades que ela gera.²⁶

A respeito do fato de estar em condições de cuidar, 24 (48%) cuidadores disseram que se encontravam preparados para a prática no lar; e 23 (46%) disseram que não se achavam aptos ao manejo com o familiar dependente. Isso se soma aos três (6%) indivíduos cuidadores que se posicionaram em dúvida, alegando ter conhecimento médio sobre os cuidados e confiança para atuar como cuidadores domiciliares pós-alta hospitalar.

Muitas vezes, a atuação dos profissionais de saúde no preparo da alta ocorre simultaneamente à alta hospitalar, sendo que a orientação do paciente deve ser planejada pela equipe de saúde desde a sua admissão para que não haja sobrecarga de informações no momento da saída do hospital. Alguns estudos demonstram que os cuidadores/familiares raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados ou indicação de um serviço para capacitá-los ao tratamento, embora a educação de pacientes e familiares seja reconhecida como importante componente de uma boa prática na reabilitação.¹⁰

Para enfrentar todos esses problemas, é fundamental que sejam ofertados ao cuidador módulos educativos sobre provisão de cuidados no domicílio, com acompanhamentos para detecção de o quanto esses cuidadores, de fato, incorporam as informações recebidas.²¹

Quanto ao fato de poder contar com o apoio dos serviços de atenção básica de saúde e condições de se obter materiais para o cuidado domiciliar, dos entrevistados, 48 (96%) pessoas foram acolhidas por esse serviço e apenas duas (4%) não foram acolhidas e ainda necessitavam se deslocar para outras regiões em busca de atendimento.

Essas informações podem caracterizar um cenário favorável para a construção de redes e parcerias facilitadoras para o cuidado domiciliar, já que se percebe representativo número de pessoas podendo contar com a atenção básica de saúde. Entretanto, muitos cuidadores familiares afirmam que as dificuldades

existentes, diante do processo de cuidar, compreendem principalmente a ausência de conhecimento técnico, alterações emocionais, desgaste físico e dificuldades financeiras.²⁴

Ao serem abordados sobre questões relacionadas às condições de obtenção de materiais de cuidado, 31 (62%) entrevistados responderam que tinham condições e 19 (38%) afirmaram, prontamente, que não, devido ao alto custo do tratamento, poucas finanças e a falta de engajamento e de participação nos programas de atenção à saúde da família.

CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir da coleta de dados feita com 50 pacientes/cuidadores, que grande parte da amostragem de pacientes é composta de idosos na faixa etária entre 60 e 70 e >70 anos e com alguma doença de base instalada, como os desequilíbrios cardiovasculares e o diabetes.

Como principal complicação existente nos pacientes, perceberam-se mais acentuadamente os quadros respiratórios, normalmente pelas ocorrências de pneumonias, tão incidentes nos idosos, conforme discutido anteriormente; e fatores como os relacionados ao processo de envelhecimento fisiológico, como também as dificuldades de diagnósticos precoces.

No estudo, a demonstração da maior prevalência do uso de dispositivos de assistência como TQT, SNE e os curativos, devido a úlceras por pressão, remete à grandiosidade desses dados para o aprimoramento de enfermeiros em estratégias de preparação e capacitação dos familiares cuidadores para a assistência e manejo de procedimentos na assistência aos enfermos no domicílio.

A ampliação de estudos desse âmbito é primordial para as instituições de saúde, pois os gastos e demandas relacionados à reinternações e seu tempo prolongado devido, muitas vezes, a iatrogenias e imperícias no cuidado domiciliar são problemas gerados pela ausência de ampla rede de apoio aos cuidadores familiares e é um dos principais motivos para os exorbitantes gastos na saúde. Dessa forma, muitos pacientes retornam aos lares portando algum dispositivo de assistência, o que gera a necessidade de capacitação para a continuidade do cuidado para aqueles que assumem essa assistência no ambiente domiciliar.

No sentido de adotar medidas planejadas, vê-se neste estudo uma possibilidade de buscar de forma permanente diminuir as tantas lacunas referidas pelos familiares cuidadores, relacionadas à preparação para a alta hospitalar. Neste estudo, ao se questionar os cuidadores sobre *saber cuidar do seu familiar*, 60% deles destacaram não saber prestar o cuidado. Assim, o enfermeiro, com sua equipe assistencial, pode promover a criação de planos assistenciais sistematizados para o preparo do paciente e familiares cuidadores.

A finalização do estudo possibilitou vislumbrar a real necessidade de reformulação das práticas de referência e contrarrefe-

rência dos serviços de saúde, como também a capacitação de cuidadores familiares como um caminho mais seguro de se obterem melhores resultados na reabilitação de indivíduos em processo de envelhecimento e já acometidos por doenças crônico-degenerativas. Desse modo, verifica-se também a possibilidade de diminuição de iatrogenias por imperícias técnicas no cuidado domiciliar, principal motivo do elevado número de reinternações.

A partir das considerações e resultados obtidos, claramente se vê a necessidade dos Enfermeiros adotarem a preparação da alta hospitalar para o ambiente familiar, como um campo de ação para promover intervenções que visem ao melhor desenvolvimento das relações e das parcerias para este cuidado. A minimização de danos provenientes de práticas errôneas e deletérias aos pacientes e aos próprios cuidadores é importante papel do enfermeiro, pois este poderá, sem dúvida, diminuir gastos, reinternações e a superlotação dos hospitais e, principalmente, promover a diminuição de óbitos e incapacidades funcionais, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos no processo de reabilitação e cura.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de indicadores sociais 2010 – uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE, Setembro de 2010. [Citado em 2012 set. 29]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000144.pdf>.
2. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, PYL, Cançado FAX, Doll J, Milton LG. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p.108-30.
3. Diogo MJD, Duarte YAO. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV, Cançado FAX, Doll J, Milton LG. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008, p. 108-30.
4. Carreira L, Rodrigues RAP. Dificuldades dos familiares de idoso portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. Rev Bras Enferm. 2010; 63(6):933-9.
5. Frantz L. Vivência em visitas a idosos de um programa de assistência domiciliar da medicina preventiva de uma cooperativa médica do noroeste do RS [monografia]. Porto Alegre: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. [Citado em 2013 set. 07]. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/574?show=full>
6. Bicalho CS, Catafesta F, Lacerda MR. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. Cogitare Enferm. 2008; 13(1):118-23.
7. Almeida AF, Ribeiro EA, Egydio ER, Salvador GA, Tsukamoto HF, Bortolotti LF, et al. Problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio. Rev Saúde Pesq. 2010; 3(1):53-8.
8. Soares E, Beserra EP, Caetano JA, Andrade LM, Costa MFM. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. Rev Esc Enferm USP. 2008; 43(1):37-43.
9. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. Psicol Estudo. 2009; 14(1):3-10.
10. Israel EM, Teixeira JJV, Andrade OG. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 16(1):1349-56.
11. Machado ALG, Oliveira FS, Holanda MAG, Almeida PC, Oliveira OS, Souza SS. Estudo dos fatores sociodemográficos associados à dependência funcional em idosos. Rev Enferm UFPI. 2013; 2(1):44-8.

12. Laizo A, Delgado FEF, Rocha GM. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010; 25(2):166-71.
 13. Thumé E, Duca GFD, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saúde Pública.* 2010; 45(1):113-20.
 14. Costa AC, Soares E, Caetano JA, Santos ZMSA. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2):327-35.
 15. Santos NMF. Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com histórico de acidente vascular encefálico [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2010.
 16. Silva APF, Silva LL. Perfil epidemiológico dos idosos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) na cidade de Maceió/ Al. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde.* 2013; 1(2):135-43.
 17. Santos ALG, Zumiotti AV, Guglielmetti CLB, Katz M, Okuma MAA, Sakaki MH. Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos. *Acta Ortop Bras.* 2008; 16(5):279-83.
 18. Lopez A, Dantas CM, Albuquerque CG, França EET, Andrade FMD, Ramos FF, et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. *ASSOBRAFIR Ciênc.* 2012; 3(2):31-42.
 19. Freitas AAS, Cabral IE. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(1):84-9.
 20. Kolankiewicz ACB, Rosanelli CS, Stumm EMF, Scheren F, Loro MM. Nutrição enteral no domicílio: orientações do enfermeiro e aplicabilidade na ótica do familiar. *Rev Enferm UFPE online.* 2010; 4(2):699-707. [Citado em 2012 set. 20]. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/871/pdf_5
 21. Souto AKBA, Araujo CZS, Araujo LZS, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):32-7.
 22. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2):266-72.
 23. Araujo IZS, Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(1):32-7.
 24. Gutierrez BAO, Fratezi FR. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(7): [Citado em 2012 ago. 12] Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000800023&script=sci_arttext.
 25. Sales CA, Scardoelli MGC, Waidman MAP, Moreira RC, Baseggio RC. Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com diabetes mellitus. *REME - Rev Min Enferm.* 2009; 13(1):49-56.
 26. Brondani CM, Szarecki C, Lana LD, Beuter M, Alvim NAT. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. *REME - Rev Min Enferm.* 2009; 13(1):28-33.
-