

Nível de complexidade assistencial de idosos internados: Perfil assistencial nas clínicas de um hospital universitário

RESUMO | Objetivo: Conhecer o nível de complexidade assistencial de idosos internados. Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo realizado em fichas de 161 idosos internados em um Hospital Universitário, entre janeiro a abril de 2018. Investigou-se dados sociodemográficos, clínicos, estilo de vida e sistema de classificação de pacientes proposto por Fugulin e colaboradores. A pesquisa consta aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA nº 2.306.474. Resultados: O perfil encontrado foi: sexo feminino (64,59%), com média de idade 70,1 (\pm 6,8), baixa escolaridade (59,01%) e baixa renda (72,67%), sedentário (67,70%), níveis pressóricos alterados (54,03%) e pré-sarcopênicos (39,13). Doenças cardiovasculares (31,0%) como causa de internação. O nível de complexidade assistencial era de cuidados mínimos (63,4%) e as áreas de cuidados mais afetadas foram sinais vitais, alimentação, cuidado corporal e terapêutica. Conclusão: Os idosos requeriam cuidados mínimos da enfermagem, mesmo com diagnóstico de doença cardíaca e condições sociodemográficas e clínicas desfavoráveis.

Descritores: Classificação; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização; Idoso.

ABSTRACT | Objective: To know the level of care complexity of hospitalized elderly. Methods: This is a retrospective, descriptive study carried out on files of 161 elderly people admitted to a University Hospital, between January and April 2018. Sociodemographic, clinical, lifestyle and patient classification system proposed by Fugulin were investigated, and collaborators. The research is approved by the Research Ethics Committee of HUUFMA nº 2.306.474. Results: The profile found was: female (64.59%), with a mean age of 70.1 (\pm 6.8), low education (59.01%) and low income (72.67%), sedentary (67.70%), altered blood pressure levels (54.03%) and pre-sarcopenic (39.13%). Cardiovascular diseases (31.0%) as a cause of hospitalization. The level of care complexity was minimal care (63.4%) and the most affected care areas were vital signs, food, body care and therapy. Conclusion: The elderly required minimal nursing care, even with a diagnosis of heart disease and unfavorable sociodemographic and clinical conditions.

Keywords: Classification; Nursing care; Hospitalization; Elderly.

RESUMEN | Objetivo: Conocer el nivel de complejidad asistencial del anciano hospitalizado. Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en expedientes de 161 adultos mayores ingresados en un Hospital Universitario, entre enero y abril de 2018. Se investigó sociodemográfica, clínica, estilo de vida y sistema de clasificación de pacientes propuesto por Fugulin y colaboradores. La investigación está aprobada por el Comité de Ética en Investigación del HUUFMA nº 2.306.474. Resultados: El perfil encontrado fue: femenino (64,59%), con edad media de 70,1 (\pm 6,8), baja escolaridad (59,01%) y bajos ingresos (72,67%), sedentario (67,70%), presión arterial alterada (54,03 %) y presarcopénica (39,13%). Las enfermedades cardiovasculares (31,0%) como causa de hospitalización. El nivel de complejidad asistencial fue atención mínima (63,4%) y las áreas asistenciales más afectadas fueron signos vitales, alimentación, cuidado corporal y terapia. Conclusión: Los ancianos requieren cuidados de enfermería mínimos, incluso con diagnóstico de cardiopatía y condiciones sociodemográficas y clínicas desfavorables.

Palabras claves: Clasificación; Cuidado de enfermera; Hospitalización; Anciano.

Lucas Antônio de Oliveira Cantanhede

Especialista em Clínicas Médica e Cirúrgica. Enfermeiro, Hospital de Cuidados Intensivos (HCI). São Luís – MA, Brasil
ORCID: 0000-0002-8626-7982

Andréa Cristina Oliveira Silva

Doutorado em Ciências. Professora, Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, Brasil.
ORCID: 0000-0003-1154-6394

Maria Lúcia Holanda Lopes

Doutorado em Saúde Coletiva. Professora,

Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, Brasil.
ORCID: 0000-0002-8189-0935

Poliana Pereira Costa Rabelo

Doutorado em Ciências. Professora, Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, Brasil.
ORCID: 0000-0003-0161-1359

Rafael de Abreu Lima

Mestre em Saúde Coletiva. Professor, Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, Brasil.
ORCID: 0000-0002-7945-7614

Ana Karoline Moreira

Graduada, Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, Brasil.
ORCID: 0000-0003-3308-5138

Recebido em: 17/06/2022
Aprovado em: 05/07/2022

INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização da pessoa idosa é muito peculiar, pois, com relação a internação da pessoa adulta, uma sé-

ria de questões são observadas, como: maior presença de multimorbidades, menor potencial de cura e reabilitação, maiores riscos de infecções e dias de internação ocasionando maiores custos hospitalares⁽¹⁾.

Para Gutierrez et al (2020)⁽²⁾, o grupo de idosos mais vulneráveis a eventos adversos em saúde são aqueles com idade mais avançada, portadores de doenças crônicas não controladas, dificuldade de autocuidado e com fragilidades, sarcopenia e dependentes no que diz respeito às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), acarretando assim a fatores que predispõem às dificuldades em acessar os serviços de saúde, adesão à tratamentos e orientações em saúde e às exacerbações das suas condições crônicas. Face a isso, em um cenário cada vez mais comum, idosos internados com multimorbidades e polifarmácia, o suporte clínico deve ser realizado de forma complexa e abrangente, resultando em uma maior demanda de serviços de saúde para esta população e instabilidade econômica mundial, devido aos gastos⁽¹⁾.

Após serem inseridos no contexto hospitalar, os idosos se tornam dependentes de cuidados, o que torna os membros da equipe de enfermagem elementos fundamentais na assistência à saúde. Assistência essa que deve ser individualizada, integral e sistematizada, partindo de um exame clínico rigoroso para a classificação do grau de dependência e do nível complexidade assistencial ao paciente com relação aos cuidados prestados. Sendo assim, torna-se útil um sistema de classificação de pacientes (SCP) que equalize a relação demanda (paciente) e oferta de cuidado (equipe de enfermagem), para que o cuidado seja oferecido conforme a necessidade do cliente, sem que haja sobrecarga ao trabalhador⁽³⁾.

É sabido que o SCP é um instrumento que vem sendo utilizado desde a época de Florence Nightingale, quando os pacientes mais graves ficavam próxi-

mos das enfermeiras, o que permitia e facilitava a identificação e classificação dos pacientes em grupos de cuidados (ou categorias), e quantificação destes como medida de esforços de enfermagem requeridos. Considerar os diferentes graus de complexidade assistencial



No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), reconheceu a importância da implementação de SCP na prática profissional através da Resolução 543/17, no qual estabelece os parâmetros mínimos para o dimensionamento da equipe de enfermagem.



em unidades de internação contribuiu para a adequação dos recursos de forma crítica, reflexiva e dentro da realidade das instituições prestadoras de serviços de saúde, gerando melhoria da qualidade da assistência de enfermagem⁽⁴⁾.

No Brasil, o Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN)⁽⁵⁾, reconheceu a importância da implementação de SCP na prática profissional através da Resolução 543/17, no qual estabelece os parâmetros mínimos para o dimensionamento da equipe de enfermagem. Embasados nestes dados, os enfermeiros podem ainda caracterizar o perfil assistencial dos pacientes e reajustar suas alocações nas unidades⁽⁶⁾.

Dentre os instrumentos de classificação de pacientes no Brasil, destacamos o SCP proposto por Fugulin⁽⁷⁾. Tal sistema estabelece doze áreas de cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutânea mucosa/comprometimento tecidual, uso de curativo e tempo utilizado na sua realização. O processo de avaliação destas áreas possibilita classificar o paciente em categorias de cuidados: intensivos, semi-intensivos, de alta dependência, intermediários e mínimos⁽⁸⁾.

Desta forma, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de conhecer que itens da escala do SCP de Fugulin que estão mais comprometidos nos idosos internados, determinando o nível de complexidade assistencial desenvolvido pelos enfermeiros. Tal necessidade vem se tornando essencial, pois, a partir destes dados, é possível prever vários aspectos relacionados ao processo de assistência, bem como assegurar a qualidade do serviço de enfermagem na prestação de cuidados. O objetivo geral deste trabalho é conhecer o nível de complexidade assistencial de usuários idosos internados. Entre os objetivos específicos, estão: caracterizar os usuários idosos internados no que tange aos aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, antropométricos e clínicos; classificar os usuários idosos internados segundo o Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin e identificar as categorias de cuidado, segundo o SCP, mais afetadas nos idosos hospitalizados.



MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo com abordagem quantitativa realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - 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 amostra abrangeu a 161 fichas de usuários idosos internados com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, internados nas clínicas médicas e cirúrgicas independentes do diagnóstico médico e tipo de tratamento, que não apresentaram comprometimento cognitivo segundo avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e que concordaram em participar da pesquisa.

Para seleção das amostras, acessou-se ao banco de dados da pesquisa nos meses de agosto a setembro de 2021. As fichas dos usuários continham informações referentes a: Dados socio-demográficos (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 com quem reside) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométricos (peso atual e altura para cálculo índice de massa corporal - IMC, perímetro da panturrilha esquerda, sinais vitais (pressão arterial e glicemia capilar), dados clínicos, causa de internação por especialidade médica e doenças de base.

Para o estilo de vida dos pesquisados, 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 realize atividade física ou realizá-lo de forma esporádica = 1x/semana, com tempo menor de 30 minutos) e ativo (qualquer sujeito da pesquisa que realize atividade física duas ou mais vezes por semana, com tempo maior ou igual a 30 minutos), baseando-se no IPAQ (The International Physical Activity Questionnaire)⁽⁹⁾.

Os dados antropométricos, peso em quilogramas e altura em centímetros para cálculo do IMC e perímetro da panturrilha de esquerda (PPE), foram coletados a partir dos dados registrados em prontuário e cada classificação conforme a proposta do MS (cad.19). O peso corporal foi coletado por balança eletrônica do tipo plataforma com capacidade para 150kg e graduação em 100g (CAUFAQ® EB 1003). Para a altura o estadiômetro (SECA), com escala em milímetros, fixado na balança.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado por meio da divisão entre a massa corporal e a estatura ao quadrado de cada indivíduo. Os valores do IMC foram categorizados por meio do estado nutricional para idosos, tendo como critérios os seguintes pontos de corte e idosos (baixo peso: > 22 kg/m², peso adequado: entre 22 e 27 kg/m² e sobrepeso: acima de 27 kg/m²). Os valores do PPE têm os pontos de corte onde abaixo de 35 cm requer acompanhamento de rotina, entre 31-34cm atenção e abaixo de 31cm requer ações para melhorar o quadro de sarcopenia, pois geralmente está atrelado à diminuição da força muscular e dependência funcional⁽¹⁰⁾.

Com relação aos sinais vitais, a medida da pressão arterial no membro superior esquerdo foi determinada com uso de esfigmomanômetro digital (Omron®), por método indireto com o paciente em repouso na posição sentada ou deitada, conforme necessidade e situação clínica do idoso e classificação foram conforme as 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016)⁽¹¹⁾. O nível glicêmico foi verificado nos regis-

tros em prontuário ou 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 ocorreu conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016⁽¹¹⁾. Para melhor atender as necessidades do estudo as variáveis HAS e DM foram reclassificadas em “alterado” e “controlado”.

O segundo instrumento foi Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) proposto por Fugulin et al. (2005) e adaptado por Santos (2007)⁽¹²⁾ (Anexo B), que avalia o nível de complexidade assistencial, abrangendo as áreas do cuidado: estado mental, oxigenação, sinais vitais, mobilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação, terapêutica, integridade cutânea mucosa/comprometimento tecidual, uso de curativo e tempo utilizado na sua realização.

Cada uma dessas áreas recebe uma pontuação de um a quatro pontos e a somatória desses pontos pode variar de 12 a 48, indicando de forma crescente a complexidade assistencial do paciente, que corresponde a: cuidado mínimo (12 a 17 pontos), cuidado intermediário (18 a 22 pontos); alta dependência (23 a 28 pontos); cuidado semi-intensivo (29-34 pontos) e cuidado intensivo (34 a 48 pontos).

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 ± DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados foram analisados no programa STATA 12.0®.

Todas as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾ foram consideradas e atendidas. A pesquisa tem parecer de aprova-

ção do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA nº 2.306.474.

RESULTADOS

Participaram do estudo 161 fichas idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

A tabela 1 nos mostra as seguintes características: predomínio de idosos do sexo feminino (64,59%), na faixa etária entre 60 a 74 anos (61,49%) e com média de idade 70,1 (\pm 6,8), auto referidas de cor pretos/pardos (68,94%), com companheiro fixo (55,27%), com menos de 4 anos de tempo de estudo (59,01%) e média 4,5 (\pm 2,8) anos. A renda mensal

\geq um salário mínimo (72,67%) com média de 1,5 (\pm 1.5) salários mínimos. Com relação aos hábitos de vida, notamos a amostra com hábitos não tabagista (80,74%), não etilista (63,35%), porém, sedentários (67,70%).

A tabela 2 demonstra os aspectos clínicos dos idosos, que estavam com os níveis pressóricos alterados (54,03%), níveis glicêmicos controlados (73,91%), com peso adequado segundo IMC (63,97%), porém pré-sarcopênicos (39,13%) e sarcopênicos (31,05%). Observamos ainda que os principais motivos de internação foram por doenças cardiovasculares (31,0%), gastrintestinais (21,7%) e neurológicas (15,5%).

A tabela 3 classifica os idosos conforme o nível de complexidade assistencial, proposto por Fugulin et al. (2005) e adaptado por Santos (2007), onde a maioria dos idosos internados necessitavam de cuidados mínimos por parte da enfermagem (63,4%), 15,0% de cuidados intermediários e 14,2% tinham alta dependência. Os pacientes classificados como cuidados semi intensivos (5,6%) e intensivo (1,8%) não foram tão expressivos.

As 12 áreas de cuidados do SCP de Fugulin e o nível de complexidade assistencial de cada uma estão descri-

Tabela 1 - Características sociodemográficas e estilo de vida de idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA em São Luís – MA - Brasil, no período de janeiro a abril de 2018.

Variáveis (n=161)	N	%
Sexo		
Feminino	104	64,59
Masculino	57	35,40
Faixa etária		
60 a 74 anos	99	61,49
\geq 75 anos	62	38,50
Cor		
Branco	50	31,05
Pretos e Pardos	111	68,94
Estado Civil		
Com companheiro	89	55,27
Sem companheiro	72	44,72
Tempo de Estudo		
\leq 4 anos	95	59,01 - 70,1 (\pm 6,8)
\geq 5 anos	66	40,99
Renda Familiar *		
\leq 1 salário mínimo	117	72,67
2 a 4 salários mínimo	27	16,77
\geq 5 salários mínimos	17	10,55
Tabagismo		
Sim	31	19,5
Não	130	80,74
Etilismo		
Sim	102	63,35
Não	59	36,64
Atividade Física		
Sedentários	109	67,70
Ativos	52	32,30

*Salário mínimo de R\$ 954,00
 Fonte: CANTANHEIDE, LAO; LIMA RA, 2022.



tas no Quadro 1. Todas as 12 áreas de cuidado do SCP utilizado no estudo obtiveram maior prevalência de cuidados mínimos com relação ao nível de complexidade assistencial. Isto significa que o perfil encontrado era do idoso com orientação (63,4%), eupneico em ar ambiente (64,6%), com controle de sinais vitais a cada 8 horas (62,2%), movimentando todos os seus segmentos corporais (65,2%), deambulando sem auxílio (77,7%), se alimentando por via oral (87,0%), cuidando de sua higiene corporal (68,3%) e indo ao banheiro sem auxílio (74,0%), em uso de medicações por via intramuscular ou via oral (55,9%), com pele íntegra (70,8%) e sem curativos (63,4%).

Entretanto, 13% dos idosos internados dependiam de cuidados de alta dependência para a categoria Terapêutica, onde estes possuíam terapia endovenosa contínua ou uso de sonda nasogástrica. A mesma categoria destacou-se também para os idosos com cuidados semi intensivos (8,1%). As áreas Sinais Vitais, Alimentação, Cuidado Corporal e Terapêutica estiveram com o maior percentual de cuidados intensivos (1,9%), com 03 casos em cada, onde estes idosos possuíam controle de sinais vitais por tempo igual ou menor que duas horas, alimentavam-se através de cateteres venosos centrais, realizavam banho no leito e utilizavam drogas vasoativas para manutenção de pressão arterial.

DISCUSSÃO

A necessidade de classificação do grau de dependência dos pacientes vem se tornando uma prioridade, pois, classificar os pacientes permite identificar suas reais necessidades individuais, sendo fundamental para a organização da assistência possibilitando desta forma a prestação de cuidados sistematizados e adequados, com um dimensionamento de profissionais de enfermagem justo e necessário para que não haja sobrecarga de trabalho⁽⁷⁾, reite-

Tabela 2 - Características clínicas dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA em São Luís – MA - Brasil, no período de outubro de 2017 a abril de 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
IMC – Índice de Massa Corpórea		
Peso Adequado	103	63,97
Baixo Peso	14	8,69
Sobrepeso	44	27,32
Perímetro da Panturrilha Esquerda		
Eutrófico	48	29,81
Pré-sarcopenia	63	39,13
Sarcopenia	50	31,05
Motivo de Internação / 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

Fonte: CANTANHEDE, LAO ; LIMA RA, 2022.

Tabela 3 – Descrição do Nível de Complexidade Assistencial dos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA em São Luís – MA – Brasil, no período de outubro de 2017 a abril de 2018.

Sistema de Classificação do Paciente	n	%
Cuidados Mínimos	102	63,4
Cuidados Intermediários	24	15,0
Alta Dependência	23	14,2
Semi Intensivo	09	5,6
Intensivo	03	1,8

Fonte: CANTANHEDE, LAO; LIMA RA, 2022.

Quadro 1 – Nível de complexidade assistencial e área de cuidados mais desenvolvidas aos idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA em São Luís – MA - Brasil, no período de outubro de 2017 a abril de 2018.

	Nível de Complexidade Assistencial										
	Mínimo		Intermediário		Alta Dependência		Semi- Intensivo		Intensivo		Total
Área do Cuidado	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Estado Mental	102	63,4	59	36,6	00	0,0	00	0,0	00	0,0	161
Oxigenação	104	64,6	56	34,8	01	0,6	00	0,0	00	0,0	161
Sinais Vitais	100	62,2	53	33,0	03	1,8	02	1,2	03	1,9	161
Motilidade	105	65,2	52	32,3	04	2,5	00	0,0	00	0,0	161
Deambulação	125	77,7	29	18,0	05	3,1	01	0,6	01	0,6	161
Alimentação	140	87,0	13	8,1	04	2,5	01	0,5	03	1,9	161
Cuidado Corporal	110	68,3	40	24,8	05	3,1	03	1,9	03	1,9	161
Eliminações	119	74,0	25	15,5	15	9,3	02	1,2	00	0,0	161
Terapêutica	90	55,9	34	21,1	21	13,0	13	8,1	03	1,9	161
Integridade Pele	114	70,8	37	23,0	08	5,0	00	0,0	02	1,2	161
Curativo	102	63,4	54	33,5	05	3,1	00	0,0	00	0,0	161
Tempo de Curativo	102	63,4	54	33,5	05	3,1	00	0,0	00	0,0	161

Fonte: CANTANHEIDE, LAO; LIMA RA, 2022.

ramos ainda que um sistema de classificação de pacientes objetiva equalizar a relação demanda (paciente) e oferta de cuidado (trabalhadores de enfermagem), garantindo que o cuidado seja prestado de forma integral e sem ônus para ambas as partes⁽¹⁴⁾.

Identificou-se em nosso estudo que os idosos internados nas clínicas foram classificados segundo o nível de complexidade assistencial como cuidados mínimos, corroborando com a pesquisa de Brandão et al (2019)⁽³⁾. Vale ressaltar que a população idosa se caracteriza por apresentar episódios de agudizações de condições crônicas e perda da funcionalidade, portanto, o grau de dependência e o nível de complexidade assistencial tende a ter mudanças constantes⁽³⁾. Justifica-se ainda que a

utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes, que confere o grau de complexidade assistencial dos pacientes assistidos, possibilita identificar as áreas de cuidados mais afetadas e que dependem de intervenções.

Ressaltamos ainda que, para 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. Enfatizamos 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⁽¹⁵⁾.

Ainda assim, quase dois terços dos idosos pesquisados eram classificados como independentes 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 melhora da qualidade de vida. Este estímulo deve ser incentivado para todos os idosos, inclusive os classificados como cuidados intermediários e alta dependência⁽¹⁶⁾.

Nerdi, Sawada e Santos (2013)⁽¹⁷⁾, 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.

Ademais, observamos outro problema muito comum nos serviços de internações clínicas, que é a necessidade de assistência a pacientes de cuidados de alta dependência, semi intensivos e intensivos em unidades de clínica médica ou cirúrgica, onde muitas vezes, essas unidades não possuem recursos físicos, materiais e humanos para prestar assistência a pacientes com esse perfil. Porém, no cotidiano da prática profissional, a equipe de enfermagem se vê obrigada a prestar assistência a pacientes graves e dependentes fora de unidades de cuidados intensivos, em razão do número de leitos em UTI serem insuficientes para a demanda⁽¹⁸⁾.

Os pacientes, em especial os idosos, necessitam de maior atenção por parte da equipe de enfermagem, tendo em vista que constantemente são submetidos a diversos procedimentos onde as áreas de cuidados mais afetadas no nosso estudo foram sinais vitais, alimentação, cuidado corporal e terapêutica, evidenciado também no estudo de Brandão et al (2019)⁽³⁾. Muitos desses procedimentos realizados demandam um tempo maior de assistência da equipe de enfermagem, onde essa situação interfere no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para atender as necessidades dos pacientes daquela clínica⁽¹⁸⁾.

Tal fato nos faz refletir que, a piora substancial destas áreas, para a pessoa idosa, significa piora do prognóstico clínico do paciente, levando muitas vezes a desfechos como maior tempo de internação, perda da autonomia e muitas vezes até morte.

O perfil sociodemográfico e clínico encontrado no estudo assemelha-se

com os dados dos estudos de Furquim et al (2021)⁽¹⁹⁾ e Rodrigues et al (2017)⁽²⁰⁾. As mulheres, principalmente com companheiros, acabam encontrando na velhice situações de desgaste com relação à sua situação de saúde, muitas vezes por serem as cuidadoras dos seus cônjuges ou companheiros. A falta de um companheiro faz com que os idosos fiquem vulneráveis a eventos adversos tais como quedas, erro de medicações, que por sua vez podem acarretar em perda da autonomia, piora do estado cognitivo e do estado de saúde⁽¹⁹⁾.

O baixo nível de escolaridade entre idosos internados pode estar atrelado ao fato de que o acesso à educação no passado era mais difícil, inclusive para as mulheres, cuja função social era manter o lar e cuidar dos filhos⁽²⁰⁾. Vale ressaltar que pacientes sem escolaridade não foram incluídos na pesquisa, pois as habilidades de leitura e escrita eram necessárias durante a coleta de dados.

As doenças cardiovasculares se configuram como um problema de saúde pública mundial, tal fato se explica por estas serem responsáveis pelos elevados números de internações hospitalares e óbitos, principalmente em idosos. Conhecer esse panorama é de fundamental importância para que os profissionais de saúde e gestores possam adequar os serviços para o atendimento destas demandas (GHENO et al, 2021)⁽²¹⁾.

As afecções gastrointestinais somadas com as neurológicas se caracterizaram por 52,7% dos casos de morbidades dos clientes idosos internados. As doenças gastrintestinais em idosos causam bastante impacto negativo, pois trazem sofrimento, diminuição de qualidade de vida e desconforto. Estudos revelam que 9% das consultas médicas em idosos são por queixas gastrointestinais⁽²²⁾. As enfermidades neurológicas geram comprometimentos físicos significativos, além do mais, atrelam-se a perda progressiva da autonomia, acom-

panhada de alterações comportamentais e necessitando de cuidados de diversas naturezas, dentre elas, materiais e emocionais⁽²³⁾.

CONCLUSÃO

Os idosos em estudo apresentavam um perfil prevalente de mulheres, com baixa escolaridade e baixa renda, não tabagistas, etilistas, sedentários, com níveis pressóricos alterados, níveis glicêmicos controlados, peso adequado e pré-sarcopênicos. As morbidades cardiovasculares foram as mais incidentes no presente estudo, seguidos das gastrointestinais e neurológicas.

Identificou-se neste estudo que o nível de complexidade assistencial dos idosos internados nas clínicas eram de cuidados mínimos para os itens do SCP e os itens que mais demandavam serviços de maior complexidade assistencial foram sinais vitais, alimentação, cuidado corporal e terapêutica.

O SCP é um instrumento de extrema importância no contexto hospitalar, pois através dele o profissional de enfermagem conseguirá identificar o perfil assistencial dos pacientes sob sua assistência, além de propor um dimensionamento pessoal da equipe de forma igualitária e que não sobrecarregue nenhum profissional, além de fornecer dados que subsidiarão o profissional de enfermagem no processo de tomada de decisão.

Existem poucos estudos na literatura acerca do uso de Sistemas de Classificação de Pacientes, evidenciado assim uma necessidade de produção de mais pesquisas acerca da temática. Um importante ponto negativo do trabalho é o fato da coleta de dados ter acontecido antes da pandemia do novo coronavírus, sendo assim, é possível que o nível de complexidade assistencial, bem como os itens mais afetados do SCP, pode encontrar-se atualmente alterado nos idosos internados. 🐦

Referências

1. Teixeira JJ, Bastos GC, de Souza AC. Perfil de internação de idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 26 jan 2016 [acesso em: 10 jan.2022];1(15):15-20. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/245/230>
2. Gutierrez BA, da Silva MA, Chubaci RY, da Silva HS. Idosos institucionalizados: fatores relacionados às atividades de lazer. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2021 [acesso em: 10 jan 2022];29(24):221-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p221-235>.
3. Brandão MG, Brito OD, Mendes AM, Fernandes CD, Barros LM. Classification of assistance complexity of adults served in an emergency unit. *Revista Enfermagem Atual*. 2019 [acesso em: 15 Jan 2022];87:1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019- v.87-n.25-art.217>.
4. Nobre IE, Barros LM, Gomes ML, da Silva LA, Lima IC, Caetano JÁ. Sistema de classificação de pacientes de fuginin: perfil assistencial da clínica médica. *Revista De Enfermagem Ufpe on Line*. 2017 [acesso em: 01 abr 2022];4(11):1736-42. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a15245p1736-1742-2017>.
5. Parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem., Resolução n.º 543, 12 maio 2017 (Brasil). [acesso em: 01 abr 2022].
6. Gelbcke FL, de Souza AP, Cunha B, Dos Santos JL. Grau de dependência de pacientes internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*. 2018 [acesso em: 20 fev 2022];(52):560-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.303011>.
7. de Lima AG. Avaliação do nível de complexidade assistencial de usuários idosos hospitalizados [Defesa de Monografia]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2018 [acesso em: 21 fev 2022];62 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/2516>.
8. Almeida TN. Gestão da clínica: grau de dependência dos cuidados de enfermagem como preditor de tempo de internação de pacientes na unidade de clínica médica de um hospital universitário brasileiro [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020 [acesso em: 21 jan 2022]; 47 p. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/34475>.
9. Mazo GZ, Benedetti TR. Adaptation of the international physical activity questionnaire for the elderly. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*. 2010 [acesso em: 02 Jan 2022];6(12):480-4. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n6p480>.
10. Biblioteca virtual em saúde do ministério da saúde [Internet]; 2018 [acesso em: 15 dez 2022]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
11. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. [acesso em: 12 fev 2022]. Disponível em: <http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
12. dos Santos F, Rogenski NM, Baptista CM, Fuginin FM. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do instrumento de fuginin et al. *Revista Latino- Americana De Enfermagem*. 2007 [acesso em: 05 jan 2022];5(15):980-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000500015>.
13. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução n.º 466, 12 dez 2012 (Brasil). [acesso em: 05 março 2022].
14. Moraes MD, Linch GF, Souza EN. Classificação de pacientes internados em uma unidade traumatológica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012 [acesso em: 07 fev 2022];2(33):52-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200009>
15. Kurgant P, et al. Organizadora Paulina Kurgant Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. [acesso em: 25 jan 2022].
16. Sthal, HC; berti; HW; palhares, VC. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto contexto enferm, Florianópolis*, 2011 jan-mar [acesso em: 03 abr 2022]; 20(1): 59-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07022011000100007>
17. Nerdi AL. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Abr., 2013 [acesso em: 02 fev 2022]; V. 29, n. 4, p. 778-92 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>
18. Barbosa HB, Paiano LA, Nicola AL, Fernandes LM. Nível de complexidade assistencial de pacientes e o quantitativo de profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Ufsm*. 2014 [acesso em: 05 março de 2022];1(4):29-37. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976929230>
19. Furquim RC, Cabral LP, Lima ML, Grden CR, Fadel CB, Bordin D. Sociodemographic, health and services characteristics used by hospitalized elderly. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2021 [acesso em: 22 Jan 2022];13:309-316. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175- 5361.rpcf.v13.8581>
20. Rodrigues CC, Ribeiro RD, Cesarino CB, Bertolin DC, Ribeiro RM, de Oliveira MP et al. Older adults hospitalized in a teaching hospital: clinical characteristics and outcomes. *J Nurs UFPE on line*. 2017 [acesso em: 29 Abr 2022];12(11):4938-45. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a24046p4938-4945-2017>
21. Gheno J, Linch GF, Paz AA, Weis AH. Hospital morbidity and mortality of elderly people with heart failure according to brazilian regions. *J Nurs UFPE on line*. 2021 [acesso em: 05 Abr 2022];15. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245366>
22. Junior CR, Coelho GD, de Castro DV, Feitosa JA, de Oliveira MG, Murai MY, Michaelis W, Neto CM, Brenner AS, Brenner S. Prevalência de sintomas gastrointestinais em pacientes idosos. *Revista Médica do Paraná*. 2017 [acesso em: 12 jan 2022];1(75):53-61. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-073>
23. de Oliveira JF, Delfino LL, Batistoni SS, Neri AL, Cachione M. Qualidade de vida de idosos que cuidam de outros idosos com doenças neurológicas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018 [acesso em: 05 jan 2022];4(21):440-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180077>

