



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**JONÁBIA ALVES DEMETRIO AMARAL**

**O CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS POR DIABETES MELLITUS  
E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

**JONÁBIA ALVES DEMETRIO AMARAL**

**O CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS POR DIABETES MELLITUS  
E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fabiola de Araújo Leite  
Medeiros

**CAMPINA GRANDE**

**2017**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A485c Amaral, Jonábia Alves Demetrio.  
O cuidar de pessoas idosas hospitalizadas por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica [manuscrito] / Jonábia Alves Demetrio Amaral. - 2017.  
42 p. : il.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.  
"Orientação: Profa. Dra. Fabiola de Araújo Leite Medeiros, Departamento de Enfermagem".

1. Cuidados de enfermagem. 2. Idoso. 3. Diabetes Mellitus.  
4. Hipertensão. I. Título.

21. ed. CDD 610.73

JONÁBIA ALVES DEMETRIO AMARAL

O CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS POR DIABETES MELLITUS E  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Aprovada em: 11/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Fabiola de Araújo Leite Medeiros

Prof. Dr. Fabiola de Araújo Leite Medeiros (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Gabriela Lúcia Lima Gomes

Prof. Ms. Gabriela Lúcia Lima Gomes

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Cláudia Santos Martiniano

Prof. Dr. Cláudia Santos Martiniano

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

*Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, pela grandiosa fé, saúde e perseverança que tem me dado. Aos meus pais, José Roberto e Damiana Demetrio, que iluminaram o caminho da minha vida a quem honro pelo esforço com o qual mantiveram duas filhas na escola pública, sempre acreditando na realização de nossos sonhos e trabalhando muito para que nós pudéssemos realizá-los. Ao meu esposo Targino e a minha irmã Joceanny, pelo incentivo a busca de novos conhecimentos e por caminharem ao meu lado nas horas de aflição.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis.*

*A minha família, por todo amor, incentivo e apoio incondicional para que eu concretizasse este trabalho e por me abençoarem todos os dias neste período de crescimento intelectual.*

*Ao meu esposo Targino, pessoa com quem amo partilhar a vida e tenho me sentido mais viva de verdade. Agradeço por todo amor, carinho, companheirismo, e paciência, mas acima de tudo agradeço pela sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre, por todo incentivo em me mostrar sempre que sou capaz, quando por vezes quero fraquejar e por caminhar de mãos dadas comigo em uma mesma direção.*

*Agradeço a minha amiga Mayara Gomes, por todo companheirismo, amizade e lealdade que me foi doado todos esses anos, além de todo incentivo e todos os horizontes que me foram abertos graças primeiramente a Deus, mas também, graças à sua dedicação, ao ter me apresentado a Profa. Fabiola, que foi e é uma figura muito importante em toda nossa vida acadêmica. E é por isso e por vários outros motivos que sou imensamente grata a Deus por tê-la conhecido.*

*Agradeço em especial a Ingrid Sonalle, pois ela foi meu alicerce para conseguir concluir este trabalho, visto que no momento de sua conclusão por motivos pessoais eu me encontrava sem computador e a mesma não mediu esforços para me ajudar, cedendo-me seu notebook por longos dias para que eu conseguisse finalizá-lo. Muito Obrigada de coração, Ingrid.*

*A esta universidade, seu corpo docente, direção, coordenação e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.*

*Agradeço também a minha amável professora e orientadora Fabiola que desde o início da graduação sempre esteve ao meu lado e foi quem me fez enxergar a pesquisa como uma grande fonte de conhecimento e melhoria como profissional.*

*Agradeço as professoras da banca examinadora, que dividiram comigo este tão importante e esperado momento, Prof<sup>ª</sup> Gabriela Lisieux e Prof<sup>ª</sup> Cláudia Martiniano e não só por dividirem comigo esse momento, mas por serem figuras importantíssimas em minha graduação, por me deixarem cada vez mais segura e por me mostrarem que sou capaz de ir longe, muito obrigada.*

*De modo particular agradeço a Prof<sup>ª</sup> Gabriela Lisieux por não ter hesitado em nenhum momento, desde que o convite foi feito até a conclusão do TCC ela sempre se mostrou a disposição, mesmo estando com um bebê de meses no colo, se fez presente viajando de João Pessoa até aqui, só para estar presente em mais um momento único de minha vida e é esse jeitinho dela que faz eu me encantar sempre e cada vez mais. Muito obrigada de coração, Gabriela.*

*Agradeço, aos participantes que aqui se fizeram presente, por me apoiar, prestigiar e torcer pelo meu sucesso.*

*E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigada.*

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.*

*Carl Jung*

## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	12
3 METODOLOGIA.....	17
3.1 Tipologia do estudo .....	17
3.2 Etapas do estudo .....	17
3.3 Local do estudo e amostra.....	18
3.4 Instrumento de coleta de dados .....	18
3.5 Análise dos dados .....	18
3.6 Procedimentos éticos .....	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	19
4.1 Caracterização da população de idosos com hipertensão e diabetes hospitalizados .....	19
4.2 Identificação de termos que remetem preocupação da assistência hospitalar com o cuidado específico a pessoa idosa .....	24
4.3 Descrição dos profissionais envolvidos no processo de cuidar da pessoa idosa hipertensa e diabética hospitalizada.....	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS – .....	31
6 REFERENCIAS .....	33

# **O CUIDAR DE PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS POR DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Jonábia Alves Demetrio Amaral<sup>1</sup>

## **RESUMO**

Tratou-se de um estudo documental e descritivo, com abordagem quantitativa, cujos objetivos foram: traçar o perfil de idosos portadores de diabetes e hipertensão hospitalizados; e descrever a formação técnico-profissional da equipe de saúde que está atuando no cuidado junto a essas pessoas idosas que foram hospitalizadas por diabetes e hipertensão em um hospital do município de Campina Grande/PB. O local escolhido foram as Alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro, situado no município de Campina Grande/PB. Como resultado, foram avaliados 154 prontuários totais e selecionados 55 prontuários que eram de idosos portadores de diabetes e hipertensão, equivalendo-se a um percentual de 35,7% das internações no período de Abril a Junho de 2016. Dos 55 prontuários analisados, 11 citavam o profissional da geriatria, 13 faziam menções dos termos idosos e aposentados, remetendo a hipótese de que o processo de envelhecimento foi levado em consideração como princípios do cuidado prestado a esses indivíduos, deduzindo-se que 42 não mencionaram nada relativo à pessoa idosa, o foco central foi o processo de cuidar baseado na doença de base. Conclui-se, com o estudo que há a necessidade de formação de profissionais aptos no cuidar de pessoas idosas, de modificações no padrão estrutural das instituições hospitalares frente às necessidades do idoso e de orientação aos cuidadores e acompanhantes.

Palavras-chave: Envelhecimento, Cuidados de Enfermagem, Idoso, Diabetes Mellitus, Hipertensão.

---

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
Email: jonabialves@hotmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa, atualmente, constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo, dessa forma, tornam-se imprescindível nos recentes anos entender as nuances que circundam o processo de envelhecer humano.

Conceitua-se o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Do ponto de vista humano, ele é considerado um processo natural e inevitável que repercute sobremaneira nos hábitos utilizados por toda vida (SANTOS, 2008).

Já o termo envelhecimento populacional reflete no aumento demográfico de pessoas com mais de 60 anos, sendo considerada uma resposta de melhoria dos indicadores de saúde, especialmente relacionados à queda da fecundidade e da mortalidade precoce de crianças, jovens e adultos, além do aumento da esperança de vida. (BRASIL, 2007).

Neste contexto, o envelhecimento populacional poderia ser considerado uma real conquista brasileira, embora que ainda só não é de fato e de direito, pois o Brasil não se encontra preparado para enfrentar a demanda dos serviços necessários a qualidade de vida dessa clientela e dos altos índices de descontrole das doenças crônicas que são as principais fontes de incapacidades e mortes prematuras entre as pessoas que estão chegando aos 60 anos ou mais.

Considera-se então, que há diferenças significativas entre o processo de envelhecimento nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento. No Brasil, por exemplo, o incremento populacional de idosos acontece sem uma reorganização social e da área de saúde para atender adequadamente essa nova demanda de serviços. Envelhecimento e a qualidade de vida no Brasil precisam ser melhor planejados para otimização de um envelhecimento mais ativo e de qualidade (MORAES, 2012; BRASIL, 2007; BRASIL, 2006).

Concomitante ao incremento populacional tem ocorrido dentre os índices epidemiológicos de padrão de adoecimento no Brasil, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, em decorrência das modificações etárias e da própria urbanização que tem gerado determinantes sociais distintos no padrão de adoecimento das pessoas. Embora ainda

haja índices significativos das doenças infecto-contagiosas, as doenças crônicas degenerativas têm se apresentado em números cada vez mais frequentes dentre a epidemiologia das doenças no Brasil, e por isso, surge à preocupação de estudiosos sobre como garantir longevidade com qualidade. (FRANCISCO et al, 2010; VERAS, 2009).

As condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais significativa na idade mais avançada estando, frequentemente, associadas à comorbidades. Mesmo que não sejam fatais, essas condições podem gerar um processo incapacitante dos idosos, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades de vida diária de forma independente, comprometendo significativamente a qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2007).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem as pessoas idosas no Brasil, destacam-se o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Tais condições aparecem em qualquer idade, porém em pessoas idosas, há uma maior tendência devido aos maus hábitos alimentares ao longo da vida, fatores genéticos, além de mudanças sociocomportamentais que contribuem para os níveis crescentes de prevalência, mortalidade, incapacidades funcionais e complicações entre idosos (BRASIL, 2013).

O termo diabetes se refere a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado pela hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou ação da insulina. Um levantamento de casos de diabetes no Brasil demonstrou que 21,6% dos brasileiros acima dos 65 anos referiram a doença e 80% dos casos das pessoas com Diabetes são portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica. (BRASIL, 2013; FRANCISCO et al, 2010).

Por outro lado, a Hipertensão Arterial Sistêmica se refere à condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Associa-se a alterações funcionais: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento de riscos e eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (VENTURA, 2015).

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica e submetidas à diálise, doenças cerebrovasculares e cardiovasculares (BRASIL, 2013; FRANCISCO et al, 2010).

O aparecimento das doenças crônicas e suas complicações são o que mais compromete precocemente a capacidade funcional da pessoa idosa, gerando implicações importantes para o indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde. Uma vez que as incapacidades ocasionam maior vulnerabilidade, fragilidade e dependência na velhice (ELIOPOULUS; 2011). O cuidar da pessoa idosa é uma prática que permite prestar assistência a saúde, sem que esta interfira na geração de dependência. É compreender que para promoção de saúde a esse grupo populacional, uma das metas é estabelecer a postergação das incapacidades funcionais (independência) e autonomia associada à longevidade (JACOB FILHO, 2014; MORAES, 2012).

O ponto de partida para avaliar a saúde da pessoa idosa é a funcionalidade global e os profissionais de saúde que lidam com esse público devem considerar sua importância seja na atenção primária ou em ambiente institucional como é o caso do hospital. O comprometimento dos principais sistemas funcionais advindos das doenças crônicas, gera precocemente as incapacidades envolvidas nas principais síndromes geriátricas relacionadas à: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência e incapacidade comunicativa. Além disso, o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde, com essas particularidades no processo de cuidar da pessoa idosa, pode gerar intervenções capazes de piorar a saúde do idoso, conhecida como as iatrogenias (MORAES, 2012).

Tendo em vista que, as complicações do diabetes e da hipertensão interferem na capacidade funcional das pessoas que são portadores dessas doenças, surge a intenção de um estudo baseado em experiência empíricas e observação cotidiana em ambiente hospitalar. Esse estudo então, parte das seguintes questões norteadoras: *Quais profissionais lidam diretamente com o cuidado da pessoa idosa hospitalizada por diabetes e hipertensão? Como os profissionais de saúde cuidam da pessoa idosa hospitalizada por diabetes e hipertensão?*

Com base nesses questionamentos, os objetivos desse estudo foram: Traçar o perfil de idosos portadores de diabetes e hipertensão hospitalizados; e Descrever a formação técnico-profissional da equipe de saúde que está atuando no cuidado junto a essas pessoas idosas que foram hospitalizadas por diabetes e hipertensão em um hospital do município de Campina Grande/PB.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento populacional, considerado na atualidade como fenômeno de amplitude mundial, decorrente da modificação na pirâmide etária, é um processo natural marcado por alterações fisiológicas, que ocorrem de maneira diferenciada, em maior ou menor intensidade, em todos os aparelhos e sistemas e isto se dá de tal maneira que o idoso, quando visto do ponto de vista individual, carrega a sua própria velhice, única e singular, portanto, diversidade e singularidade são aspectos essenciais para o correto entendimento do envelhecimento humano dos pontos de vista populacional e individual. (LOURENÇO, 2008).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) o período de 1975 a 2025 está sendo considerado como a “Era do Envelhecimento”. Afirma que nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado, visto que, enquanto nos países desenvolvidos, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%. (SANTOS, 2008). E em 2014 foi divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), que constatou que o número de idosos cresceu 30,5% nos últimos dez anos na Paraíba, ao todo já são mais de meio milhão de paraibanos com mais de 60 anos de idade (IBGE, 2014).

A transição demográfica acelerada acabou agravando a situação das DCNTs na população idosa, visto que os idosos são considerados como grupo de risco. No Brasil em duas décadas, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais na população: passou de 2,7% em 1960 para 5,4 % em 2000 e a previsão é de 19% em 2050, número esse que acabará superando o número de jovens. O diabetes e a hipertensão são, portanto, doenças comuns ao envelhecimento, e o seu controle tem se tornado um desafio para o Sistema de Saúde. (GERHARDT, 2016).

Como se fosse um processo natural, os idosos por si só contribuem com o aumento dos riscos de DCNT, sejam por condições genéticas, fisiológicas ou comportamentais. Devido a inversão da pirâmide etária e da maior perspectiva de vida, as DCNT têm sido consideradas como epidemia, constituindo sério problema de Saúde Pública global. Dentre as causas de internações hospitalares mais frequentes e prevalentes em ambos os sexos eram Doenças Pulmonares e Insuficiência Cardíaca, porém, com relação somente ao sexo feminino as causas de internações vêm seguidas de Diabetes *mellitus* e Hipertensão. A HAS representa hoje um

dos principais fatores de risco cardiovasculares, apresentando alta prevalência e baixas taxas de controle (SANTOS, KALSING; RUIZ; ROESE, 2013).

Estudos estimam que a prevalência mundial de HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando, aproximadamente, todos os anos no mundo 7,1 milhões de mortes. No Brasil, sua prevalência varia de 22% a 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Constatou-se que o Diabetes *mellitus* está entre a 3º causa de óbitos quando analisamos a proporção de mortalidade hospitalar, perdendo apenas para as Doenças Cerebrovasculares e Insuficiência Cardíaca, o que demonstra a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais envolvidos nas políticas públicas em saúde, tendo em vista que estes agravos já foram identificados como causas importantes de óbitos no Brasil (GERHARDT, 2016).

A hospitalização do idoso já se enquadra no perfil que o leva a fragilidade em saúde. Compreendendo que o termo fragilidade é usado de forma ampla dentro o processo de envelhecimento e que precisa ser utilizado marcadores para a avaliação da fragilidade a pessoa idosa. Porém, nesse contexto, investigar a fragilidade junto ao processo de hospitalização da pessoa idosa referenda iniciativa essencial no comando de ações específicas junto ao grupo que necessita de cuidados. A maneira de rastrear e identificar a predisposição da presença de fragilidade pode ser apontada por diferentes métodos. Entretanto, a falta de profissionais habilitados e a dificuldade de uma avaliação ampliada da saúde, rompendo a fragmentação do cuidado, indicam a necessidade de mais estudos com idosos frágeis (NERI, 2013; LANA, SHNEIDER, 2014).

Analisar as internações por doenças, como a HAS e o DM, além de nos fornecer um panorama do comportamento destas doenças permitindo seu monitoramento, é uma forma de acompanhar também a eficácia das ações na Atenção Primária à Saúde (APS), já que este é o nível de atenção responsável pelos cuidados primários, promovendo a saúde, detectando de forma precoce a doença, evitando suas complicações e a necessidade de internação. A qualificação das ações desenvolvidas na APS é um dos alicerces para o bom funcionamento do sistema de saúde e conseqüentemente, a efetividade de suas ações. Deste modo, as hospitalizações tornam-se um indicador da qualidade da assistência prestada pela APS, que quando feita corretamente, leva à redução das internações por condições sensíveis a ela. (GERHARDT, 2016).

Dentre os cuidados previstos por profissionais de enfermagem a pessoa idosa portadora de diabetes, por exemplo, estudo revela que foi criado um *Protocolo Staged Diabetes Management (PSDM)*, que serve de protocolo no atendimento sistematizado ao paciente diabético, contendo guias rápidos para a equipe multiprofissional atender o paciente com critérios específicos. O guia têm três etapas terapêuticas: a etapa nutricional, a etapa dos agentes orais e a etapa da insulina, de modo que estas etapas norteiam qual é o tipo de tratamento selecionado para o paciente e indicam progressos esperados. A utilização de um monitoramento específico com base na orientação e continuidade do cuidado permite promover a adequação dos hábitos e do estilo de vida com vistas em alcançar o controle metabólico e estabelecer uma assistência à saúde de forma holística e humanizada (TÔRRES et al, 2014).

Outro estudo da enfermagem revelou que nas últimas décadas é possível observar um progressivo aumento na população idosa e o que tem preocupado com esse fenômeno, é o aumento consequente de doenças crônicas. O que poderá ser causa de incapacidades ou deficiências residuais, e dentre a gama dessas doenças encontramos a insuficiência renal crônica (IRC), que é a perda progressiva e geralmente irreversível da filtração glomerular. A incidência de IRC está cada vez maior e isso se dá devido à relação com o diabetes mellitus (DM) que no Brasil atinge mais de seis milhões de pessoas, a falência renal oriunda dessa patologia é chamada nefropatia diabética. A nefropatia diabética acomete em torno de 20 a 30% das pessoas com DM tipo I e tipo II. Sendo assim, o estudo analisou: como ocorre o cuidado do idoso em tratamento conservador da nefropatia diabética e a participação de seus familiares. Os dados revelaram que os cuidados demandados no tratamento conservador dos idosos com nefropatia diabética requerem adaptações na rotina alimentar devido à associação da doença renal com o diabetes mellitus, além do controle e do conhecimento dos medicamentos. Em decorrência disso, situações conflituosas envolvendo pacientes e familiares surgem, porque normalmente modifica a rotina exigindo novas adaptações e mudanças no estilo de vida. Portanto, as atividades de educação em saúde são de suma importância, pois são a partir delas que os indivíduos tornam-se autônomos para tomarem ou não, decisões a respeito de sua saúde (JACOBI et al, 2013).

Uma pesquisa recente demonstrou que, por exemplo, a presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance do idoso em ser dependente nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e sua autonomia. As complicações decorrentes do processo de cronicidade do

Diabetes mellitus em pessoas idosas são uma das causas mais frequentes de hospitalização nessa faixa etária, principalmente do déficit de medidas preventivas, por falta de informação necessária, resistência de mudanças de hábitos de vida e dificuldades de acompanhamento clínico do indivíduo (GONÇALVES, TOURINHO; 2012).

Nesses contextos supracitados, como exemplos, percebe-se que a busca por um processo de cuidado baseado na condição da idade, ajudará sobremaneira na promoção de saúde, contando desde o processo de hospitalização até o serviço de apoio ambulatorial, se caso existir pós-alta. Lembrando que esse cuidado deve ser pautado na preservação da autonomia e da independência que são aspectos fundamentais na avaliação de saúde de idosos, visto que preservar a capacidade de decidir (autonomia) assim como a de executar as tarefas de autocuidado e aquelas associadas à vida de relação com a sociedade (independência) são elementos essenciais que permitem ao idoso manter uma vida com qualidade, mesmo com a presença de alguma comorbidade.

De acordo com Neri (2013), identificar o idoso frágil reflete em se voltar medidas mais ativas em prol do reconhecimento do subconjunto de ações coordenadas não apenas com foco na doença, mas na vulnerabilidade e desfechos adversos em saúde que podem antecipar ao declínio funcional, (re)internações hospitalares e morte. Contudo, há uma necessidade premissa de buscar a avaliação funcional para não se voltar apenas as doenças do idoso, mas para um olhar que vai além do acometimento biológico, as considerações específicas do que é dito frágil para a pessoa acima dos 60 anos de idade.

Fried (2001) compreende que fragilidade é caracterizada como uma síndrome clínica que tem origem no processo de declínio típico da senescência, caracterizado por diminuição das reservas de energia, desregulação neuroendócrina, declínio da função imune e redução da resistência aos estressores, condições essas dependentes de variação gênicas ou ambientais, a exemplo: anorexia, sarcopenia, osteopenia, déficits cognitivos, inatividade, incapacidades, doenças inflamatórias, que estabelecem ciclos interligados e deletérios no organismo humano.

Dessa forma, torna-se necessário uma forte atuação principalmente no que diz respeito ao processo de avaliação geral da pessoa idosa. Um estudo sobre a atuação da enfermagem junto à pessoa idosa mostrou que o processo de educar/ cuidar do indivíduo idoso com Diabetes Mellitus (DM) e outras comorbidades colaboram com a prevenção de agravos recorrentes de enfermidades. A descoberta do diabetes que é uma doença que não têm cura traz consigo uma exacerbação de sentimentos, tristeza, revolta, negação, além do medo de

morrer, existe relatos ainda da insatisfação com os medicamentos, sejam os orais ou o uso contínuo de insulina. Por isso, há necessidade de estimular os idosos, dia após dia, fazendo-os se adaptar as modificações de vida exigidas pela doença (SANTOS; GUERRA; SILVA, 2013).

Com relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS), essa doença crônica é um grande problema de saúde pública e afeta as pessoas em todo o mundo. Percebe-se que o desenvolvimento da hipertensão não acontece de uma hora pra outra, há um conjunto de fatores que associados a desencadeiam. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo. O estresse emocional está diretamente ligado à alteração da pressão e um ponto a ser considerado no cuidado ao portador de hipertensão é a sua percepção dos fatores de risco fazendo com que haja uma rica fonte de informações para equipe de saúde saber como lidar/atuar junto a essas pessoas. Há uma prerrogativa de ao tratar um idoso com HAS, busque considerar o fator idade como essencial no plano de cuidados pré-estabelecido (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

Há necessidade de novas formas de organização dos serviços de saúde quando relacionadas ao aumento da população idosa. A prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica aumenta progressivamente com a idade avançada da população, principalmente se os serviços não estão preparados para atuar sob a condição específica da faixa etária e condições adversas que geram o risco do aparecimento do problema. As doenças crônicas cardiovasculares são as que mais geram incapacidade, dependência e perda de autonomia na pessoa idosa. Um estudo realizado com idosos portadores de hipertensão arterial, residentes em áreas de abrangência atendidas pela ESF do município de Marília, São Paulo detectou que o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, assim como o acolhimento são elementos fundamentais às necessidades de saúde de pessoas hipertensas em idade acima dos 60 anos (MARIN; SANTANA; MORACVICK, 2012).

Para constituir uma relação da hipertensão e diabetes com o cuidar de pessoas idosas em ambiente hospitalar é necessário que o profissional de saúde reconheça que deverá compreender todo processo de envelhecimento humano, suas nuances e seus desafios em tempos de aumento da população que envelhece. É entender que o processo de envelhecer faz parte do ciclo vital e que, portanto, há uma necessidade de programar um cuidado pautado na integralidade da assistência para que seja garantida a postergação de incapacidades advindas

do próprio avançar da idade (ELIOPOULUS, 2011; GONÇALVES, TOURINHO, 2012; JACOB FILHO, 2014; VENTURA, 2015).

Nesse cenário epidemiológico que está em vigor e associando ao panorama de aumento da população que envelhece no Brasil, percebe-se que em termos profissionais atuantes no Sistema Único no Brasil, há necessidade de formação específica em lidar com a pessoa humana que passa dos 60 anos de idade e que se encontra na vulnerabilidade de ser hospitalizada. Considera-se que o sistema de saúde, os profissionais, a adequação de estruturas dos serviços de saúde precisam ser pautadas nas necessidades específicas da pessoa idosa, de forma minimamente adequada, principalmente, do acometimento de DCNTs que incapacitam ainda mais a pessoa humana que envelhece (VENTURA, 2015).

Em suma, estudos epidemiológicos são de extrema importância para o monitoramento de doenças como a HAS e o DM, visando estipular medidas de controle e prevenção, para que ocorra a detecção precoce e uma melhor distribuição dos recursos humanos e financeiros, para o devido tratamento e controle (GERHARDT, 2016). Por outro lado, tanto a HAS como o DM requerem habilidades específicas das demais atuações de profissionais de saúde que pensem como lidar com as pessoas idosas que se internam em hospitais devido a complicações por elas geradas (JACOB FILHO, 2014).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipologia do estudo**

Tratou-se de um estudo documental e descritivo de abordagem quantitativa. Documental porque foi realizada a partir da análise minuciosa de prontuários e descritivo, pois descreve as características da população estudada.

A abordagem foi do tipo quantitativo, pela utilização da estratégia de levantamento de dados dos prontuários das pessoas idosas hospitalizadas no período de vigência da coleta de dados.

#### **3.2 Etapas do estudo**

I Etapa: Foi feito o levantamento de todos os prontuários de pessoas idosas com diagnóstico de diabetes, hipertensão ou diabetes/hipertensão, entre os meses de Abril a Junho de 2016.

II Etapa: Dos prontuários selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foi feita a análise metódica baseada nos objetivos propostos.

### **3.3 Local do estudo e amostra**

A pesquisa foi realizada nas duas Alas Clínicas (C e D) do Hospital Universitário Alcides Carneiro, situado no município de Campina Grande/PB. A coleta de dados foi realizada entre os meses de Abril a Junho de 2016.

De 154 prontuários de pessoas hospitalizadas, foi selecionada uma amostra com 55 prontuários de pessoas idosas hospitalizadas portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Crítérios de inclusão: ser prontuário de uma pessoa idosa, portadora de diabetes e/ou hipertensão.

Os critérios de exclusão estiveram relacionados à: ausência do diagnóstico de diabetes e /ou hipertensão nos prontuários e os prontuários não vir com informações sobre a evolução clínica dos pacientes.

### **3.4 Instrumento de coleta de dados**

Para coleta dos dados se utilizou um instrumento estruturado: **roteiro de transcrição dos prontuários (Apêndice A)**, onde foram colhidos dados referentes a variáveis mensuráveis tais como: número de admissões de pessoas idosas com diabetes e hipertensão, número de profissionais de saúde envolvidos com o cuidar dessas pessoas, formação desses profissionais.

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados foram criteriosamente selecionados e analisados. A análise dos dados numéricos foi realizada por meio do programa SPSS for Windows versão 11.0, sendo o

mesmo solicitado ao departamento de matemática e estatística da Universidade Estadual da Paraíba; e foi usado também o programa Microsoft Office Excel 2003.

### **3.6 Procedimentos éticos**

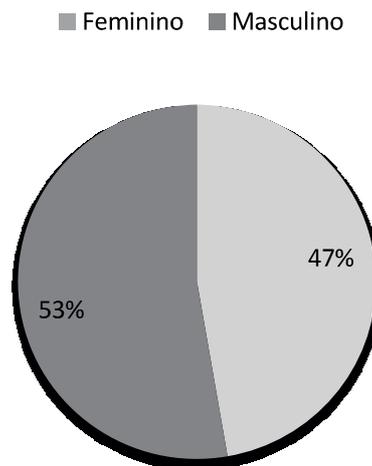
O projeto foi desenvolvido levando em consideração os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado na Resolução CNC466/12 (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento as condições éticas estabelecidas pelas resoluções supracitadas sob protocolo de n. 53763915.6.0000.5187.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 Caracterização da população de idosos com hipertensão e diabetes hospitalizados**

Dos 55 eram de idosos portadores de diabetes e hipertensão, ou seja, entre abril a junho de 2016 35,7% das internações nas Alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro, foram de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Esses dados revelam que com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, principalmente, no quesito hospitalização, incluindo principalmente a diabetes e/ou a hipertensão arterial sistêmica (BARROS et al, 2003; MOTTA, HANSEL; SILVA, 2010).

Dos pacientes com 60 anos ou mais, 26 (47%) eram do sexo feminino e 29 (53%) do sexo masculino, ressaltando que a prevalência de internação por complicação nas doenças crônicas foi maior no sexo masculino (GRÁFICO 01).



**Gráfico 1: Distribuição do sexo de idosos hospitalizados nas alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Tendo em vista a notável afirmação que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, devido os mesmos serem vistos como o provedor da família e como uma pessoa que não foi muito criada para se cuidar, vários estudos comprovam que os homens sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, e ainda morrem mais precocemente do que elas (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Um estudo sobre as razões da baixa procura dos homens aos serviços de saúde apontou que as amarras culturais têm dificultado as práticas de autocuidado dentre a população masculina na medida em que o homem é visto como viril invulnerável e forte, nesse sentido a busca pelo serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Tudo isso estimula que a adoção do cuidado com a saúde masculina na vida adulta, fortaleça o processo de uma educação para que a evolução etária desse adulto para o ser idoso possa acontecer de maneira

mais tranquila em relação aos processos de hospitalização (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Na Tabela 01, verifica-se que a prevalência das doenças crônicas se deu em maior quantidade no sexo masculino, seja a doença crônica isoladamente ou associada a outras patologias.

Estudo revela que embora as mulheres procurem mais os serviços de saúde, os homens têm mais frequentemente o aparecimento de doenças arteriovasculares e multiarterial, além de altos índices de Hipertensão arterial e maior incidência de cálcio elevado e placas calcificadas, o que infere a necessidade de se trabalhar mais a prevenção em grupos de idosos com diagnóstico de Hipertensão (OLIVEIRA et al, 2014).

Verifica-se pelos dados obtidos e expostos na Tabela 01, que os índices maiores de acometimentos entre pessoas idosas para ambos os sexos foi internação por Hipertensão associada à outra patologia e por Hipertensão, Diabetes e outra patologia.

Observou-se também que a Hipertensão, dentre os prontuários estudados, levaram mais idosos a internação que a diabetes.

**Tabela 01: Perfil de internações por Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, associadas a outras patologias, quanto ao sexo, no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Sexo da pessoa idosa associada com os diagnósticos clínicos de internação hospitalar							
	HAS	DM	HAS + DM	HAS + DM + OUTRA	HAS + OUTRA	DM + OUTRA	Total
<b>Feminino</b>	4(7,27%)	1(1,81%)	3(5,45%)	8(14,54%)	9(16,36%)	1(1,81%)	26(50%)
<b>Masculino</b>	4(7,27%)	4(7,27%)	1(1,81%)	7(12,72%)	10(18,18%)	3 (5,45%)	29(50%)

**Fonte: Prontuários de pessoas idosas hospitalizadas por Hipertensão e/ou Diabetes em um Hospital Universitário na cidade de Campina Grande/PB.**

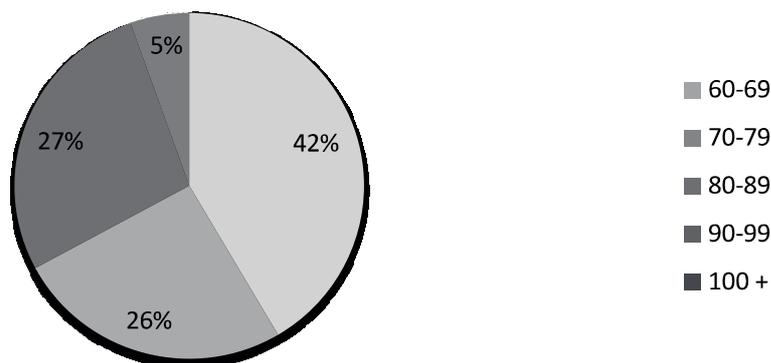
A relação entre hipertensão arterial e envelhecimento, pode ser justificada por modificações estruturais: os grandes vasos e as arteríolas aumentam sua espessura da parede,

com redução da sua luz, pois há aumento do componente colágeno e diminuição do componente elástico reduzindo a capacidade do funcionamento eficiente, associado as condições de saúde, hábitos de vida e genética, o risco para desenvolvimento do agravo se amplia consideravelmente associado aos anos de vida (SILVA, PANIZ, LASTE, TORRES, 2013). Alterações fisiológicas relacionadas a massa muscular cardíaca levemente aumentada com a idade, pode transcorrer para um trabalho cardíaco menos eficiente (WOLD, 2013).

Os idosos, principalmente no Brasil, apresentam taxas de hospitalização bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, dispondo assim de uma permanência hospitalar mais prolongada, e isso tudo ocorre devido às morbidades que esse grupo etário estão expostos, os índices de doenças crônicas não controláveis são altos, principalmente porque o tratamento dessas doenças requer a adesão do paciente de forma integral, a qual envolve o comparecimento às consultas, o uso regular da medicação prescrita, a adoção de um estilo de vida saudável e, sobretudo o compromisso da pessoa idosa com sua própria saúde, atuando como sujeito da ação e não como objeto, o que na maioria das vezes não acontece (COUTINHO, 2015; VENTURA, MENDONÇA, COUTO, 2014; MALTA, MORAES NETO, SILVA JUNIOR, 2011).

Dessa forma, percebe-se que levar em consideração as modificações relacionadas à idade colabora no plano de ação mais eficaz e que considere as particularidades de cada faixa etária específica.

O Gráfico 02 demonstra as morbidades por faixa etária que acometem os idosos, dos 55 prontuários analisados, 23 (41,81%) idosos sofrem de alguma morbidade na faixa etária de 60-69 anos de idade, 14 (25,45%) idosos no período de 70-79 anos de idade, 15 (27,27%) idosos no período de 80-89 anos de idade e 3 (5,45%) idosos sofrem de alguma morbidade entre 90-99 anos de idade.



**Gráfico 2: Distribuição dos idosos acometidos de morbidade por faixa etária no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Ao analisar com maior detalhamento tais dados, percebe-se que a pessoa idosa portadora de hipertensão e/ou diabetes já apresenta desde então, maior risco de internação hospitalar por tais doenças. Um dos fatores de risco para hospitalização e hipertensão arterial são pessoas acima dos 60 anos de idade, conforme estudos realizados por Barreto e Marcon (2015).

Os dados podem ser associados à média da expectativa de vida no Brasil que é de 73 anos, onde ressalta-se que é o foco inicial das procuras médicas para se adequar as alterações vindas com o avançar da idade (WORLD, 2013).

A Tabela 02 demonstra a associação da idade e a correlação com o número de patologias, sendo possível observar que a faixa etária entre 60-69 anos de idade é a mais acometida com apenas uma patologia, enquanto as faixas etárias entre 70-79, 80-89 e 90-99 anos de idade são acometidas com 2 ou mais patologias.

**Tabela 02: Correlação entre a faixa etária dos idosos e o número de patologias que estão acometidos, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Idade associada ao número de patologias				
1	2	3	4	5 +
Patologia associada	Patologias associadas	Patologias associadas	Patologias associadas	Patologias associadas

<b>60-69</b>	10(18,18%)	3 (5,45%)	5 (9,09%)	4 (7,27%)	1 (1,81%)
<b>70-79</b>	1 (1,81%)	6 (10,90%)	4 (7,27%)	-	2 (3,63%)
<b>80-89</b>	3 (5,45%)	5 (9,09%)	4 (7,27%)	4 (7,27%)	-
<b>90-99</b>	-	3 (5,45%)	-	-	-

---

Considera-se uma pessoa idosa aquela com mais de 60 anos, porém um grande desafio para a atenção ao idoso é o fato de que quanto mais envelhecem, mais indiferentes se tornam as pessoas para com eles, em especial no quesito hospitalização. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou um Programa de Selo para o Hospital Amigo do Idoso, com fins de elencar uma proposta de cuidado que enfoque as necessidades da faixa etária que cresce consideradamente aqui no Brasil e no mundo. Percebe-se que as DCNT tem ocasionado o maior índice de hospitalização entre adultos e idosos, portanto, estabelecer que o hospital se adeque as necessidades da pessoa idosa, é um dos pré-requisitos essenciais para a melhoria da qualidade assistencial no processo de internação da sociedade (ALKIMIN et al, 2016).

#### **4.2 Identificação de termos que remetem preocupação da assistência hospitalar com o cuidado específico a pessoa idosa**

Dentre os dados obtidos pelo roteiro de pesquisa em cada um dos 55 prontuários analisados, buscou-se a menção dos termos: idoso, aposentado, envelhecimento, funcionalidade, fragilidade, e outros que remetesse cuidados específicos com a faixa etária do indivíduo acima dos 60 anos. Considerando os trabalhos de Moraes (2012) que situa os aspectos conceituais do envelhecimento e determina contextos de termos que deverão ser utilizados em frente a assistência a pessoa idosa, que requer uma avaliação constante da funcionalidade e vulnerabilidade em todos os acometimentos de saúde.

Dessa forma, o Gráfico 03 demonstra que dos 55 prontuários que foram analisados, apenas 9 (16,36%) dispunha da menção da palavra **idoso**, quer seja no ato da admissão ou nos cuidados dos profissionais. E um novo achado foi acerca da menção da palavra **aposentado** ao se referir à pessoa idosa, de modo que em 4 (7,27%) dos 55 prontuários houve a menção desse termo. Verificou-se que dos 55 prontuários, 42 (77%) não fazia nenhuma menção ao indivíduo idoso, ao envelhecimento, funcionalidade e/ou fragilidade da pessoa idosa,

analisando em todo registro, as ações de evolução, considerando o estado de saúde frente à doença que o levara a internação.



**Gráfico 03: Menção de palavras (idoso, aposentado) que remetam ao envelhecimento em prontuários das Alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

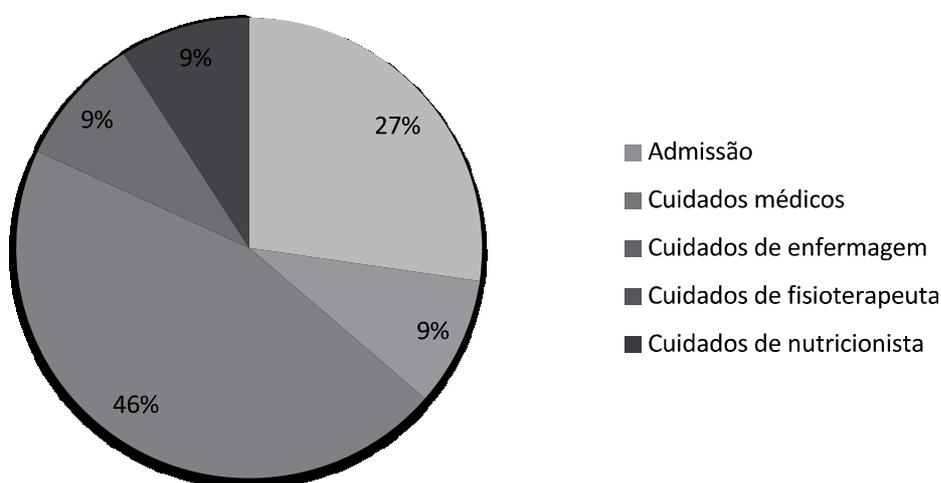
Ressalta-se que estudos sobre experiências brasileiras que referendam uma assistência diferenciada em ambiente hospitalar a pessoa idosa que necessite de tal recomendação, se faz bastante útil quando associada a formação técnica dos profissionais de saúde no manuseio, tanto das DCNT, como da própria dinâmica do processo de envelhecimento. A comunicação entre profissionais de saúde e idosos nem sempre é fácil, devido as inúmeras queixas de saúde desse grupo populacional, sintomas inespecíficos ou atribuídos impropriamente à idade e apresentações atípicas de doenças. O que resulta cotidianamente a reicidivas, complicações e reinternações por problemas não detectáveis, nem tão pouco bem explorados durante a hospitalização (VENTURA; MENDONÇA; COUTO, 2014).

Há riscos potenciais de iatrogenias, uma vez que a equipe de profissionais (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, dentre outros) deve atentar para observação corriqueira de condições de fragilidade e de dependência, que deem suporte ao período de internação como para educação pós-alta. Isso vem de riscos comuns, como a própria literatura enumera: polifarmácia, asfixias e infecções pelo uso de sondas de alimentação, restrição ao leito, aspirações; cateteres venosos centrais e marca-passos, que podem gerar infecções e

lesões em tecidos subjacentes; cateteres venosos periféricos, que podem gerar risco para dores, flebites, sangramentos e trombozes; sondas vesicais de demora, que ocasionam frequentemente em idosos, infecções, obstruções e bacteremias; drenagens posturais, toracocenteses e abdominocenteses, que geram dores; cirurgias que poderão causar delirium; entre outros tão importantes como as úlceras por pressão (VENTURA; MENDONÇA; COUTO, 2014).

Há uma necessidade urgente de preparação e formação de profissionais que saibam lidar do cuidado a pessoa idosa que se hospitaliza. A efetividade do cuidado ao idoso portador, principalmente de cronicidade, no âmbito hospitalar, exige dos profissionais a habilidade e a capacidade de planejar as ações de cuidado em conjunto com o idoso e sua família, considerando suas particularidades e a multidimensionalidade (GONÇALVES, TOURINHO, 2012; MENEZES, AMARAL, SILVA, ALVES, 2016).

Foi verificado que dos 13 prontuários que citaram uma menção relacionada com a faixa etária de idoso no Brasil, 27% foi na admissão, 9% evolução médica; 46% evolução da enfermagem; 9% cuidados prestados na evolução da fisioterapia; e o 9% restantes entre nutricionista (GRÁFICO 04).



**Gráfico 04: Momento em que os profissionais mencionavam palavras que remetam ao envelhecimento em seus cuidados prestados nos prontuários das Alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Ao analisar todos os prontuários percebeu-se que não houve menção de avaliação da capacidade funcional e da fragilidade do idoso, ou grau de dependência física no apoio as necessidades e a execução das atividades de vida diária. Fato esse, a ser elencado como essencial na assistência ao idoso, no que compete iniciativas de preocupação com a função cognitiva, motora, de humor e de realização das atividades diárias. Sabe-se que atuar junto ao processo de envelhecimento na atualidade, remete a intenção de postergação das incapacidades físicas e mentais como fonte de geração de dependência.

Moraes (2012) cita que são dois os pontos de avaliação da funcionalidade que a equipe de saúde deverá pautar na assistência a pessoa idosa: a avaliação da autonomia (relacionada à cognição e humor) e independência (relacionada à mobilidade e movimento). E que mesmo em ambiente hospitalar, mencionar nas evoluções e nas prescrições de medicina, enfermagem, fisioterapia e outros, consiste na melhor atuação frente à idade e ao potencial de autocuidado e/ou do sistema de apoio à pessoa idosa, no caso da família e cuidadores.

#### **4.3 Descrição dos profissionais envolvidos no processo de cuidar da pessoa idosa hipertensa e diabética hospitalizada**

Dos 55 prontuários de indivíduos idosos hospitalizados, a Tabela 03 revela o número de profissionais que estiveram envolvidos no cuidar dessas pessoas e quantas vezes determinado profissional ofertou cuidados a algum idoso nas alas C e D do referido hospital. Verificou-se que a grande maioria foi médico e a equipe de enfermagem. Destaca-se que dentre as especialidades médicas, 11 prontuários citavam que o Geriatra fora chamado, para emitir parecer da pessoa idosa. Esse fato pode indicar que o hospital já sente a necessidade de um especialista em geriatria na prestação dos cuidados a pessoa idosa. No entanto, observou-se que não houve a permanência desse especialista como médico que acompanhasse a internação desses usuários. E ainda que a motivação do seu parecer só foi realizada em usuários acima de 75 anos, indicando a ideia de que só há a necessidade de assistência especializada em casos de idosos mais velhos.

**Tabela 03: Profissionais que registram evolução e condutas nos prontuários de pessoas idosas hipertensas e diabéticas, hospitalizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

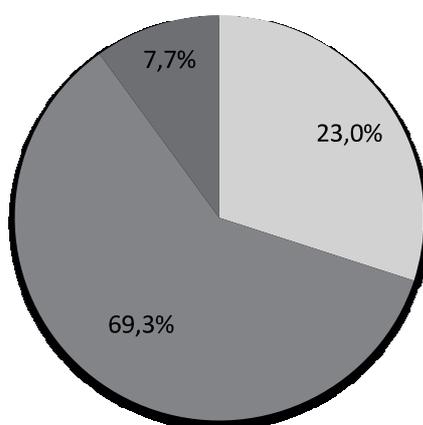
<b>Profissionais envolvidos no cuidado dos idosos</b>	<b>Número de vezes que estiveram envolvidos</b>
<b>Equipe Médica:</b>	
Clínico Geral	13 (24%)
Cirurgião	10 (18,18%)
Cardiologista	12 (21,81%)
Geriatra	11 (20%)
Coloproctologista	2 (3,63%)
Endócrino	15 (27,27%)
Oncologista	1 (1,81%)
Pneumologista	1 (1,81%)
Urologista	3 (5,45%)
Vascular	10 (18,18%)
Infectologista	20 (36,36%)
Dermatologista	2 (3,63%)
Neurologista	1 (1,81%)
Otorrinolaringologista	1 (1,81%)
Ortopedista	2 (3,63%)
Anestesista	2 (3,63%)
Hepatologista	1 (1,81%)
Gastrohepatologista	1 (1,81%)
Nefrologista	1 (1,81%)
Angiologista	1 (1,81%)
<b>Equipe de Enfermagem:</b>	
Enfermeiro	39 (70,90%)
Técnico de enfermagem	26 (42,27%)
<b>Equipe de laboratório:</b>	
Bioquímico	35 (63,63%)

Biólogo especialista em análises clínicas	5 (9,09%)
Farmacêutico	3 (5,45%)
Biomédico	7 (12,72%)
<b>Outros:</b>	
Assistente social	1 (1,81%)
Fisioterapeuta	7 (12,72%)
Psicólogo	1 (1,81%)
Técnico em radiologia	1 (1,81%)

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, geriatria é a especialidade médica que se integra na área da Gerontologia com o instrumental específico para atender aos objetivos da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento das doenças, da reabilitação funcional e dos cuidados paliativos (VENTURA, MENDONÇA, COUTO, 2014). Deste modo, torna-se evidente a importância de um acompanhamento geriátrico na hospitalização da pessoa idosa, porém dos 55 prontuários analisados, apenas 11 foram diagnosticados com o acompanhamento desta especialidade.

Dentre os 13 prontuários que mencionaram os termos **idoso e aposentado**, os profissionais envolvidos na assistência a pessoa idosa eram 3 (23%) médicos, 9 (69,3%) da equipe de enfermagem e 1 (7,7%) fisioterapeuta (GRÁFICO 05).

■ Médico ■ Enfermeiro ■ Fisioterapeuta



**Gráfico 05: Profissionais que mencionam palavras que remetam ao envelhecimento em seus cuidados prestados nos prontuários das Alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Estudos como os de SASS et al (2015) citam que profissionais de saúde como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, todos que se envolvem com a assistência a pessoa idosa precisam reconhecer que essas patologias geram complicações e que o lidar com as nuances da hipertensão e diabetes na velhice, impõe ações de formação multiprofissional, visando o bem-estar físico como mental.

Outros estudos revelam que as condições crônicas existentes, como no caso da Hipertensão e Diabetes na pessoa idosa, causam impactos com a funcionalidade. Ou seja, em um idoso que apresenta muitas comorbidades associadas a diabetes e/ou hipertensão, há dificuldades evidentes na realização de muitas das atividades de vida diária. O mesmo cita que poucos pesquisadores tem se portado em investigar os efeitos de doença crônica específica na capacidade funcional dos idosos, ou no impacto que gera nas ações de autocuidado e independência de cada pessoa. (ALVES et al, 2007).

Os estudos sobre a qualidade do cuidado às pessoas idosas têm revelado que a experiência de cuidado a estas pessoas nem sempre é compreendida como gratificante, estando associado a níveis elevados de estresse e sobrecarga, sobretudo quando elas apresentam alterações cognitivas. Além disso, as pessoas idosas internadas, por regra, precisam de mais tempo para o cuidado em comparação às pessoas de outras faixas etárias, porque tendem a estar mais doentes, apresentar pluripatologia e ser dependentes e/ou lentas na realização das atividades de autocuidado e de vida diárias. Dessa forma, há necessidade do debate e de pesquisas que abordem como o cuidado está sendo pautado ao processo de envelhecimento, destacando todas as suas nuances e desafios. (TAVARES, SILVA, 2013).

Estudos de Moraes (2012) revelam que trabalhar a saúde da pessoa idosa induz trabalhar com enfoques diversos que incluam a saúde em si, no que diz respeito as patologias de base, a Clínica médica e Cirúrgica, porém, não tem como trabalhar a saúde da pessoa idosa sem acrescentar as nuances próprias da idade, como também o incremento da avaliação multidimensional que além da clínica, inclui principalmente a avaliação funcional. A avaliação funcional é que definirá a autonomia e a independência do idoso em relação ao seu

potencial de autocuidar-se, autogerir sua sobrevivência. Esse enfoque permite que a saúde e o cuidado sejam efetivados em qualquer ambiente, principalmente o institucional.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados do presente estudo revelaram em sua maioria que não há menção de nenhum termo ou conceito específico ao cuidado da pessoa idosa e que o parecer do especialista em geriatria só esteve presente em casos de idosos mais velhos, ou seja, idosos com 75 anos ou mais, contradizendo com o que é preconizado pela OMS que designa que o indivíduo é considerado idoso a partir dos 60 anos e que o mesmo deve dispor de uma assistência especializada na sua faixa etária.

Observou-se ainda que os profissionais da enfermagem participam na sua maioria, junto com os demais, no cuidado da pessoa idosa hospitalizada por diabetes e hipertensão. Foi verificado que a maior parte do cuidado prestado ainda está voltado para a clínica ou processo patológico, não especificando as necessidades prioritárias desse processo de adoecimento em relação à velhice. Há o enfoque assistencial de um cuidado biomédico envolto de ações relacionadas às patologias que os levaram a hospitalização, não levando em consideração as necessidades da faixa etária em questão.

De modo geral, o cuidado dedicado à pessoa idosa não leva em consideração a importância da funcionalidade global, e conseqüentemente não se importa com as complicações e/ou interferências que a Diabetes e a Hipertensão pode ocasionar no indivíduo, tais como, incapacidade cognitiva, comunicativa e visual, instabilidade postural e imobilidade, que são considerados gigantes geriátricos movidos pelas patologias de base, mas que são essenciais nas condições de vida e de saúde para a longevidade.

Foi demonstrado que dos 55 prontuários analisados, 11 haviam menção do profissional da geriatria, um profissional especializado para lidar com as condições advindas do envelhecimento humano. As demais especialidades envolvidas no cuidar das pessoas idosas variaram entre especialidades médicas, enfermeiros, biomédicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Percebeu-se, também que em nenhum dos prontuários a avaliação da capacidade funcional foi observada como um parâmetro para avaliação da funcionalidade durante e pós-alta, o que poderia garantir parâmetros essenciais de avaliação

da pessoa idosa durante a hospitalização e alta hospitalar, demonstrando a preocupação da instituição com a condição do processo de envelhecimento social e individual.

As limitações do estudo foram relacionadas da seguinte forma: pouca escrita de outros profissionais de saúde que resumem sua assistência com termos técnicos; a realização da pesquisa foi feita em apenas uma instituição hospitalar, havendo a necessidade de ampliar campo para melhor aprofundamento; e o processo analítico se deu da escrita dos prontuários, havendo necessidade de um estudo posteriori que incluía também outras estratégias como a entrevista a profissionais, pacientes e acompanhantes, para avaliação do cuidado prestado. Por se tratar de um estudo de iniciação científica, concluiu-se que foi possível descrever como o cuidado é visto na ótica das escritas profissionais.

Concluiu-se também que há necessidade de incentivo a formação gerontogeriatrica para profissionais de saúde em ambiente hospitalar, para que haja compreensão de todas as modificações, sejam fisiológicas ou emocionais que o acompanham nessa fase do seu ciclo vital, além da avaliação da funcionalidade global que servirá de subsídio ou para o autocuidado do próprio idoso, ou para auxiliar nos cuidados domiciliares aos cuidadores, quando houver dependência física do cuidar de idosos.

## **ABSTRACT**

It was a descriptive and descriptive study, with quantitative approach, whose objectives were: to trace the profile of elderly patients with diabetes and hospitalized hypertension; And describe the technical-professional training of the health team that is working in the care of these elderly people who were hospitalized for diabetes and hypertension in a hospital in the city of Campina Grande / PB. The chosen site was Wings C and D of the University Hospital Alcides Carneiro, located in the city of Campina Grande / PB. As a result, 154 medical records were evaluated and 55 medical records were selected from elderly patients with diabetes and hypertension, equivalent to a percentage of 35.7% of hospital admissions in the period from April to June 2016. Of the 55 records analyzed, 11 Cited the geriatric practitioner, 13 made mention of the terms elderly and retired, referring to the hypothesis that the aging process was taken into account as principles of care provided to these individuals, inferring that 42 did not mention anything concerning the elderly person, The central focus was the care process based on the underlying disease. The study concludes that there is a need to train suitable professionals in caring for the elderly, changes in the structural pattern of

hospital institutions in relation to the needs of the elderly, and guidance to caregivers and caregivers.

**Key words:** Aging, Nursing Care, Elderly, Diabetes Mellitus, Hypertension.

## 6 REFERENCIAS

ALKIMIN, G. et al. Programa Selo de Hospital Amigo do Idoso. São Paulo: Governo do Estado. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage/abaixo-banner/selo-hospital-amigo-do-idoso/folder\\_hospital\\_revisao\\_12.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage/abaixo-banner/selo-hospital-amigo-do-idoso/folder_hospital_revisao_12.pdf) . Acesso em: 20 agosto de 2016.

ALVES, L. C. et al. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n.8, p.1924-1930, 2007.

BARRETO, M. da. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, n. 18, v.1, p. 325-339, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12 de Pesquisa com Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COUTINHO, M. L. N.; SAMÚDIO, M. A.; ANDRADE, L. M. de; COUTINHO, R. N.; SILVA, D. M. A. da. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. Rev Rene. n. 16, v.6, p. 908-1005, 2015.

ELIOPOULUS, C. Enfermagem Gerontológica. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRACISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L; et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalencia, fatores associados e práticas de controle. Caderno de Saúde Pública, n.26, v.1, p.175-184, 2010.

FRIED, L. P.; TTANGEN, C.; WATSON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56A, n.3, p.146-256, 2001.

GERHARDT, P. C.; BORGHI, A. C.; FERNANDES, C. A. M.; MATHIAS, T. A. de F.; CARREIRA, L. Tendência das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em idosos. Cogitare Enferm, n. 21, v.4, p. 01-10, 2016.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>

GONÇALVES, L. T. H.; TOURINHO, F. S. Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado. Barueri, SP: Manole, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 17 de Abril de 2017.

JACOB FILHO, W. et al. Manual de terapêutica não farmacológica em geriatria e gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2014.

JACOBI, C.S.; BEUTER, M.; MALDANER, C.R.; ROSO, C.C.; PAULETTO, M.R.; GIRARDON-PERLINI, M.N.O. O cuidado de idosos com nefropatia diabética em tratamento conservador. Rev Rene, v. 14, n.4, p.765-73, 2013.

LANA, L.D.; SCHNEIDER, R. H.; The frailty syndrome in elderly: a narrative review. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 17, n. 3, p. 673-680, 2014.

LOURENÇO, R. A.; A Síndrome de Fragilidade no Idoso: Marcadores Clínicos e Biológicos. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, p. 21-29, 2008.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.5, p.1365-74, 2012.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 20, n. 4, p.425-438, 2011.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S.; MORACVICK, M. Y, A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. Rev Esc Enferm USP, v. 46, n. 1, p. 103-10, 2012.

MORAES, E. N. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

NERI, A. L. et al. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas, SP: Editora Alínea, 2013.

OLIVEIRA, J. L. M et al. Sexo Masculino e Hipertensão Arterial São Preditores de Placa à Angiotomografia das Coronárias. Arq. Bras. Cardiol. 2014 [online]. Disponível em:

<http://wp.ufpel.edu.br/renataabib/files/2016/03/Sexo-Masculino-e-Hipertens%C3%A3o-Arterial-S%C3%A3o-Preditores-de-Placa-%C3%A0-Angiotomografia-das-Coron%C3%A1rias.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2016.

SANTOS, A. de S. R. dos; et al. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: Um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enferm*, n. 17, v.1, p.141-9, 2008.

SANTOS, V.C.F.; KALSING, A.; RUIZ, E.N.F. ; ROESE, A.; GERHARDT, T.E. Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. *Rev Gaúcha Enferm*, v.34, n.3, p.124-31, 2013.

SANTOS, I.; GUERRA, R. G.; SILVA, L. A. Características individuais e clínicas de pessoas idosas com diabetes: investigação temática em oficina sociopoética. *Rev. enferm. UERJ*, v.21, n.1, p.34-40, 2013.

SASS, A.; GRAVENA, A.A.F.; PILGER, C.; MATHIAS, T.A.F.; MARCON, S.S. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de Hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paul. Enferm.*, v.25, n.1, p.80-85, 2012.

SILVA, E. F. da; PANIZ, V. M. V.; LASTE, G.; TORRES, I. L. da S.; Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: Um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 18, v.4, p.1029-1040, 2013.

TAVARES, J.; SILVA, A. L da; Obstáculos no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas: percepções de enfermeiros(as). *Revista Kairós Gerontologia*, n.16, v.3, p.21-39, 2013.

TÔRRES, J. S. S; MOURA, I. H. de; MACÊDO, L. G. N.; SILVA, A. R. V.; ALMEIDA, P. C. Consulta de enfermagem ao diabético utilizando o Protocolo Staged Diabetes Management. *Rev enferm UERJ*, v.22, n.4, p. 466-71, 2014.

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saúde Pública*, v.43, n.3, p.548-54, 2009.

VENTURA, M. M.; MENDONÇA, L.P.; COUTO, T. V. Cuidado integral ao idoso hospitalizado. São Paulo: Zagondoni, 2015.

WOLD, G. Enfermagem gerontológica. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE TRANSCRIÇÃO DOS PRONTUÁRIOS

1. Identificação do Prontuário:
2. Admissão de pessoa idosas por: ( ) DM tipo I ( ) DM tipo II  
( ) HAS ( ) outro \_\_\_\_\_
3. Outras doenças associadas: \_\_\_\_\_
4. Idade: \_\_\_\_\_
5. Sexo: ( ) M ( ) F
6. Número de profissionais envolvidos no cuidado desse paciente: \_\_\_\_\_
7. Formação dos profissionais:  
( ) Médico - Especialidades \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( ) Enfermeiro  
( ) Fisioterapeuta  
( ) Nutricionista  
( ) Psicólogo  
( ) fonoaudiólogo  
( ) técnico de enfermagem  
( ) outros \_\_\_\_\_
8. Transcrição dos cuidados  
Médicos =  
Enfermagem =  
Fisioterapeuta =  
Nutricionista =  
Psicólogo =  
Outros
9. Houve menção do termo:  
( ) idoso  
( ) aposentado  
( ) funcionalidade  
( ) outros \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Observações da transcrição:

## APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS



Hospital Universitário

Rua Carlos Chagas, s/n - São José - CEP: 58107-670 - Telefone 0 XX (83) 2101-5500 Campina Grande - PB

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS

**“O cuidar de pessoas idosas hospitalizadas por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: desafios para a equipe de saúde em tempos de envelhecimento populacional”**, desenvolvida pela aluna Jonábia Alves Demétrio, Aluna Bolsista PIBIC/UEPB/CNPq, do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora e enfermeira Fabíola de Araújo Leite Medeiros, COREN/PB N°. 86.345, lotada no departamento de Enfermagem, da UEPB. A coleta de dados será do tipo documental e acontecerá no Arquivo de prontuários dos pacientes da Ala Clínica (C e D) do HUAC, localizado nas dependências físicas do próprio hospital, situado na Rua Dr. Carlos Chagas, S/N, Bairro do São José, Campina Grande-PB. A referida pesquisa será para fins de desenvolvimento de pesquisa em atendimento ao Edital/UEPB/PIBIC/CNPq - Cota 2015/2016. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sedadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Campina Grande, 04 de março de 2016.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

**APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO (PRONTUÁRIOS)**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO (PRONTUÁRIOS)**

<b>Título do projeto:</b>	<b>“O cuidar de pessoas idosas hospitalizadas por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: desafios para a equipe de saúde em tempos de envelhecimento populacional”.</b>
<b>Pesquisador responsável:</b>	<b>Fabíola de Araújo leite Medeiros</b>
<b>Nome dos Pesquisadores/Colaboradores participantes:</b>	<b>Jonábíia Alves Demétrio;</b>
<b>Banco de dados do:</b>	<b>Hospital Alcides Carneiro /HUAC, Alas Clínicas (C e D)</b>

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- I** - Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II** - Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III** - Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande/PB,04 de março de 2016

<b>Assinar o nome legível de todos os pesquisadores:</b>	<b>Assinatura</b>
Fabíola de Araújo Leite Medeiros – Pesquisadora	
Jonábíia Alves Demétrio – Bolsista CNPq	

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**



**COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Marconi do Ó Catão.

R12.

**Titulo da Pesquisa:** O cuidar de pessoas idosas hospitalizadas por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: desafios para a equipe de saúde em tempos de envelhecimento populacional.

**Pesquisador Responsável:** Fabíola de Araújo Leite Medeiros

**CAAE:** 53763915.6.0000.5187

**SITUAÇÃO DO PROJETO:** APROVADO

**Data da 1ª relatoria:** 03/03/2016

**Data da 2ª relatoria:** 15/03/2016

**Apresentação do Projeto:** Projeto de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual da Paraíba, com fins de parecer para elaboração e desenvolvimento de Pesquisa atendendo ao Edital/UEPB/PIBIC/CNPq, Cota 2015/2016.

**Objetivo Geral da Pesquisa:** Tem como objetivo geral: Tecer uma reflexão sobre como é o cuidar dos profissionais de saúde em relação à pessoa idosa hospitalizada com diabetes e hipertensão, visando soluções para o planejamento de melhorias assistenciais relacionadas ao processo de cuidados como também a postergação de incapacidades funcionais advindas dessas doenças junto à pessoa idosa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:** A pesquisadora não fez menção a riscos e benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:** Trata-se de um estudo descritivo e analítico, com abordagem mista, cujos objetivos serão descrever a formação técnica-profissional da equipe de saúde que estará atuando no cuidado junto a pessoas idosas que foram hospitalizadas por diabetes e hipertensão, identificar os cuidados prestados a essa população, fazer um levantamento das dificuldades e sugestões da abordagem de cuidados junto a pessoa idosa hospitalizada por diabetes e hipertensão. O estudo será realizado nas alas clínicas de um hospital escola do município de Campina Grande/PB, Brasil. O período de realização do projeto será outubro de 2015 a agosto de 2016. Os dados serão coletados com base na busca documental de prontuários de pessoas idosas hospitalizadas por diabetes e hipertensão no período supracitado, assim com da entrevista com a equipe de saúde que cuida dessas pessoas em ambiente hospitalar. Os critérios de inclusão da entrevista serão: ser profissional de saúde e participar dos cuidados das pessoas idosas admitidas em alas clínicas no período da pesquisa. A coleta acontecerá utilizando-se de dois roteiros estruturados: 1) roteiro de transcrição dos prontuários, onde serão colhidos dados referentes a variáveis como: número de admissões de idosos com diabetes e hipertensão no período de vigência do projeto, número de profissionais envolvidos nos cuidados, formação desses profissionais, transcrição dos cuidados prescritos; 2) roteiro de entrevista dos profissionais de saúde, com perguntas relacionadas a formação profissional, idade, tempo de trabalho, especialidade, prestação de cuidados, percepção de dificuldades de cuidar de pessoas idosas e sugestões de melhoria assistencial. A análise constará da utilização da estatística para dados mensuráveis e análise do conteúdo para os dados de ordem textual e subjetivo, relacionada as falas dos participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:** Os termos necessários e obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:** Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** O projeto encontra-se em sua segunda apreciação, tendo sido acostado ao projeto as documentações solicitadas( Termo de Autorização Institucional em papel timbrado e devidamente assinado pelo responsável onde acontecerá a coleta de dados, Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido),