

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**LISIANE SOARES VELHO SAUSEN**

**PERFIL DOS IDOSOS CLASSIFICADOS COMO NÃO URGENTES EM UM  
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

**Porto Alegre  
2013**

**LISIANE SOARES VELHO SAUSEN**

**PERFIL DOS IDOSOS CLASSIFICADOS COMO NÃO URGENTES EM UM  
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para obtenção do título  
de Enfermeira pela Escola de Enfermagem da  
Universidade do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Paskulin

**Porto Alegre**

**2013**

## RESUMO

**Introdução:** A população mundial vem sofrendo mudanças significativas no que se refere ao envelhecimento populacional. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, tratamentos prolongados e recuperação lenta. Frente a essa realidade, os objetivos do estudo foram: caracterizar o perfil sociodemográfico, identificar os aspectos relacionados à saúde e descrever as redes de apoio social dos idosos classificados como não urgentes do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Métodos:** estudo seccional com 31 idosos classificados como não urgentes, identificados a partir de um banco de dados de um estudo maior. Foram utilizados dados sociodemográficos, de saúde e sobre a rede de apoio, analisados por meio de estatística descritiva com o apoio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0. O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA (processo nº:110023) e a presente investigação foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem. **Resultados:** a maior parte dos idosos classificados como não urgentes eram do sexo feminino (58,1%), com idade entre 60 e 69 anos (55,0%), com até oito anos de estudo (64,6%), viúvos (38,7%), procedentes do município de Porto Alegre (61,3%), aposentados (64,5%), com renda familiar de até quatro salários mínimos (77,4%), residiam em domicílio multigeracional (70,9%), mas uma parcela significativa dos idosos viviam sós (22,6%). Quanto aos aspectos relacionados à saúde, 77,4% consideravam-se saudáveis, 45,1% referiram possuir apenas uma doença crônica e 25,8% relataram não possuir nenhuma morbidade. As morbidades mais referidas foram as cardiovasculares (44,1%). Com relação ao apoio informal, os idosos referiram fornecer mais apoio (85,2%) do que recebiam da família (81,8%). Entre os tipos de apoio fornecidos estavam dinheiro (33,3%) e cuidados com o neto (20,4%) e entre os recebidos estavam o cuidado pessoal (29,1%) e o auxílio para se locomover (20,0%). Considerando o apoio de instituição formal, 51,6% declarou receber auxílio de serviços de saúde, predominando o apoio com medicamentos (51,6%). **Conclusões:** este estudo torna-se relevante em virtude da escassez de dados no Brasil para subsidiar a qualificação do atendimento de idosos nos serviços de urgência bem como na atenção em rede. Os resultados fornecem informações relevantes que permitem a formulação e a elaboração de ações de saúde direcionadas às necessidades específicas desta população.

**Descritores:** Saúde do idoso. Serviço hospitalar de emergência. Apoio social. Enfermagem em emergência.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização dos idosos classificados como não urgentes segundo variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, 2011. ....	<b>19-20</b>
<b>Tabela 2</b> – Idosos classificados como não urgentes segundo número de filhos e arranjo familiar. Porto Alegre, 2011. ....	<b>22</b>
<b>Tabela 3</b> – Estado de saúde autorreferido, número de morbidades e grupos de morbidades autorreferidas dos idosos que utilizaram o serviço de emergência. Porto Alegre, 2011. ....	<b>23</b>
<b>Tabela 4</b> – Características de apoio recebido e fornecido de idosos usuários do serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2011. ....	<b>24</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1 Objetivo geral .....	10
2.2 Objetivos específicos .....	10
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
3.1 Envelhecimento e políticas públicas brasileiras .....	11
3.2 Utilização dos serviços de urgência pelos idosos .....	12
3.3 Redes de apoio .....	14
<b>4 MÉTODOS .....</b>	<b>16</b>
4.1 Tipo de estudo.....	16
4.2 Local do estudo.....	16
4.3 Participantes do estudo .....	17
4.4 Coleta dos dados .....	17
4.5 Análise dos dados .....	18
4.6 Aspectos éticos .....	18
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO A – MINI-EXAME DE ESTADO MENTAL.....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS DO TRABALHO MAIOR .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA/ HCPA .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS DO PRESENTE TRABALHO .....</b>	<b>48</b>
<b>APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>48</b>
<b>APENDICE B - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E APOIO SOCIAL DOS IDOSOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....</b>	<b>50</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A população mundial vem sofrendo mudanças significativas no que se refere ao envelhecimento populacional em decorrência de fatores tais como o declínio na taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. O Brasil também passa por esta transição demográfica desde o final da década de 1960 (WONG; CARVALHO, 2006).

De acordo com o Censo demográfico de 2010 o número de idosos no Brasil era de aproximadamente 21 milhões, correspondendo a 11,3% de pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2010). Em 2000 havia 14,5 milhões de idosos. Verifica-se, portanto, que em uma década houve o aumento de 6,5 milhões de idosos na população brasileira. Projeções apontam que até 2050 cerca de 20% da população brasileira terá 65 anos ou mais (WONG; CARVALHO, 2006). Cabe ressaltar que a cidade de Porto Alegre em 2010 era a capital brasileira que apresentava a maior proporção de pessoas idosas em sua população (IBGE, 2010).

A transição demográfica, que resulta em envelhecimento da população, é seguida pelo processo de transição epidemiológica (CHAIMOWICZ, 1997). A transição epidemiológica pode ser conceituada como “as mudanças ocorridas nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras alterações demográficas, sociais e econômicas” (SCHRAMM *et al.*, 2004).

No processo de transição epidemiológica brasileira as doenças transmissíveis foram substituídas por doenças não transmissíveis e causas externas, a morbimortalidade deslocou-se dos grupos mais jovens para os mais idosos e uma situação na qual predominava a mortalidade foi transformada em outra que predomina a morbidade (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Para que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa manter um de seus princípios primordiais, a equidade na formulação das políticas de saúde, é essencial que se considere as modificações na estrutura etária e perfil epidemiológico da população. A saúde pública deve passar a adotar políticas que privilegiem ações preventivas, principalmente direcionadas para doenças não transmissíveis, que além de exigirem tratamento contínuo podem ter sequelas incapacitantes suprimindo assim às necessidades dessa nova estrutura etária emergente (MENDES *et al.*, 2012). Além de se ocupar de ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção de agravos e complicações, o SUS precisa atender os idosos em

situação de maior vulnerabilidade, em especial aqueles portadores de incapacidade funcional (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006 estabelece diretrizes voltadas para a assistência deste grupo populacional visando a recuperação, a manutenção ou a promoção da autonomia e independência dos idosos, buscando promover medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim e estabelecendo consenso com os princípios e diretrizes do SUS. De acordo com esta Política, deve-se estabelecer condutas a fim de promover um atendimento acolhedor e resolutivo, informando o idoso sobre seus direitos (como o de ter um acompanhante sobre sua livre escolha), articulando ações entre os serviços, secretarias municipais e estaduais de saúde e os programas desenvolvidos a fim de promover a atividade física e o controle do sedentarismo, entre outros. Quando o idoso já possui algum agravo à saúde ou alguma condição incapacitante a política prevê a necessidade de avaliação dos recursos locais, de modo que se promova a facilidade do cuidado domiciliar incluindo o familiar/cuidador como um parceiro da equipe de saúde, mantendo vínculo e solidarismo com o idoso e sua família buscando sempre a reabilitação com a máxima recuperação da autonomia (BRASIL, 2006a).

A busca da consolidação de tal processo é permeada por barreiras, tais como a falta de suporte qualificado para atender tal faixa etária e seus familiares em se tratando de alta hospitalar e ida para o domicílio; falta de equipes multiprofissionais e interdisciplinares que possuam conhecimento adequado sobre processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa; escassez de redes de assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2006a).

Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada. Apesar destes dados demonstrarem os grandes desafios a serem enfrentados, representam também oportunidades para o planejamento e gestão de políticas públicas, em particular as políticas sociais (SIQUEIRA *et al.*, 2004; GRUNEIR, 2011).

A assistência em ocasião de urgência é caracterizada pela necessidade do paciente ser atendido o mais breve possível, não podendo ocorrer protelação no atendimento. Os serviços de urgência foram inicialmente idealizados para o atendimento de pacientes com danos agudos e hoje precisa adequar-se para dar suporte também aos indivíduos portadores de danos crônicos (BRASIL, 2006b).

Grande parte dos usuários que procuram os serviços de urgência poderiam ter seus problemas sanados na atenção básica de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (MS),

65% dos casos atendidos nos setores de urgência deveriam ser resolvidos na rede de atenção básica (BRASIL, 2006b). Além disso, de modo específico, muitos idosos em função de serem portadores de danos crônicos, comorbidades e incapacidades utilizam os serviços de urgência por não disporem de outros recursos para atendimento especializado e por necessitarem de outras modalidades de cuidado para além da atenção básica e dos serviços de internação hospitalar (SERBIM, 2012).

A desarticulação dos diferentes níveis de atenção do sistema da saúde, o descrédito da população e a pouca resolutividade em relação ao nível primário de atenção a saúde têm colaborado para a superlotação nos setores de urgência (AZEVEDO *et al.*, 2010). De modo mais específico, sabe-se que a rede de apoio tanto formal ao idoso ainda é incipiente e a família precisa arcar com a maior parte dos cuidados aos mesmos (SERBIM, 2013).

O MS com o intuito de qualificar o atendimento à população no setor de urgência editou no ano de 2002, a Portaria 2.048, criando assim o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, fazendo parte da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e buscando orientar os profissionais quanto a sua qualificação e atuação nestes serviços. Este regulamento preconiza que os serviços ofereçam o acolhimento com a triagem classificatória de risco e atendimento sequencial. Nos casos de demanda inadequada ou após atendimento de urgência, o usuário deve ser referenciado para devida inserção no SUS ou para a continuação do tratamento (BRASIL, 2006c).

O enfermeiro é o profissional indicado pelo MS para realizar a classificação de risco. Deve receber treinamento específico e utilizar protocolos pré-estabelecidos, com o objetivo de classificar a prioridade clínica e não pela ordem de chegada, reorganizando o fluxo e proporcionando um atendimento humanizado (BRASIL, 2004).

O Protocolo de Avaliação com Classificação de Risco foi implementado pelo SE do HCPA em 2005. Possuía, na época, cores indicando parâmetros de gravidade e atendimento: roxo para atendimento imediato; vermelho, alto risco, com atendimento em até dez minutos; amarelo, risco intermediário, com atendimento em até sessenta minutos; verde, baixo risco ou não urgentes com atendimento em até seis horas (GONÇALVES, 2011). Em setembro de 2011 este protocolo foi substituído pelo de Manchester, com o intuito de estabelecer a mesma sistematização que vem sendo utilizada por outros serviços brasileiros.

Um atendimento não urgente seria definido, de acordo com Durand e colaboradores (2011) como aquele em que o grau de severidade de um problema médico é baixo, mas que resulta na busca pelo atendimento num SE.

Em dissertação de mestrado realizada em Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Abreu (2013) identificou que entre a população adulta com demandas não urgentes os motivos para utilização do serviço foram: estar trabalhando, realizar cuidados caseiros antes de ir ao serviço de urgência, utilizar o serviço por conta própria, disponibilidade de tecnologias, possuir lesões de pele e abscessos, ter que aguardar para realizar exames solicitados por serviço de referência, acreditar que necessitam realizar exames de imagem, apresentar maior tempo de início dos sintomas, possuir vínculo com o ambulatório da instituição, apresentar duas ou mais morbidades crônicas, não possuir problemas de extremidades e pertencer a níveis econômicos menos favorecidos.

A partir dessa realidade, o presente trabalho se propõe a conhecer quais as características sociodemográficas, de saúde e apoio de idosos atendidos no SE do HCPA classificados como não urgentes. Tem como finalidade identificar as particularidades deste grupo, que segundo os referenciais sobre classificação de risco e de acordo com a demanda relatada, poderia ser atendida em outros serviços que compõe a rede. Será realizado utilizando o banco de dados da pesquisa intitulada “Redes e apoio social percebidos por idosos usuários de um serviço de emergência” (SERBIM, 2012). A investigação maior foi desenvolvida em junho e julho de 2011 com 220 idosos usuários do SE do HCPA.

Foram identificados no Brasil alguns estudos que versam sobre o atendimento dos idosos nos SE como o de Gonçalves (2011) que avalia a questão do acolhimento na perspectiva da pessoa idosa no SE do HCPA, Serbim (2013) que objetiva obter características sociodemográficas, de saúde e apoio social de idosos atendidos em um SE e Bif (2011) que fala sobre os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência.

Este estudo torna-se relevante em virtude da escassez de dados no Brasil para subsidiar a qualificação do atendimento de idosos nos serviços de urgência bem como na atenção em rede. Para a enfermagem a classificação de risco proporciona conhecer as particularidades/peculiaridades desta faixa etária e as necessidades de cuidado otimizando assim o atendimento prestado. Pode propiciar também a realização de encaminhamentos, identificando serviços e direcionando de maneira mais efetiva a outros pontos da rede. Poderá auxiliar ainda a conhecer quem são os componentes da rede de cuidado informal e formal que apoiam estes usuários.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Caracterizar o perfil dos idosos classificados como não urgentes em um serviço de emergência.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar as características sociodemográficas.
- Identificar os aspectos relacionados à saúde.
- Descrever as redes de apoio social dos idosos.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Envelhecimento e políticas públicas brasileiras

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. Existem diferenças significativas entre o processo de envelhecimento de países desenvolvidos e em desenvolvimento, ou seja, enquanto no primeiro o processo se deu de forma gradual, associado a mudanças nas condições de vida, no segundo, essa transição se deu de forma acelerada, não havendo tempo para mudanças sociais e de saúde necessárias para atender a nova demanda emergente (BRASIL, 2010).

O Brasil enfrenta uma nova realidade demográfica e epidemiológica, em virtude disso tornam-se necessárias mudanças no padrão de atenção à saúde da população idosa, com estruturas que possam interferir e solucionar a real necessidade desta faixa etária. O sistema deve tornar-se efetivo, fazendo com que o idoso possa aproveitar de forma integral os anos proporcionados pela melhoria da ciência (VERAS, 2007). Portanto, as políticas públicas devem corroborar para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, contribuindo de forma que este envelhecimento torne-se ativo e saudável (BRASIL, 2010).

No Brasil, a conquista pelo direito universal e integral à saúde se deu a partir da Constituição Federal de 1988 e após reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). Em virtude do crescente aumento da população idosa em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, através da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Esta política visa garantir à pessoa idosa direitos sociais, na medida em que cria condições para a promoção da sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade reafirmando o direito à saúde nos diferentes níveis de atendimento do SUS.

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi instituída em dezembro de 1999, pois o Ministério da Saúde considerava que o setor da saúde deveria dispor de uma política devidamente relacionada à saúde do idoso (BRASIL, 1999).

No ano de 2002 é proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Como parte de operacionalização das redes, são criados os

critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002).

Em 2003, implementa-se o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Esta lei dispõe sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa em todos os níveis de atenção assegurando atenção integral à saúde do idoso, garantindo-lhe assim acesso universal e igualitário. Busca-se articular ações e serviços que priorizem a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Em fevereiro de 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde. Neste documento, a Saúde do Idoso surge como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão e objetiva a implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006d).

Em 19 de outubro de 2006 o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas da vida diária. Em virtude disso, torna-se necessário a formulação de políticas que considerem a existência de idosos independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser ajustadas de acordo com estas peculiaridades (BRASIL, 2006a).

### **3.2 Utilização dos serviços de urgência pelos idosos**

O aumento do número de idosos na população traz como consequência o aumento da procura por atendimento hospitalar, principalmente serviços de urgência. As comorbidades tornam-se mais graves e/ou crônicas, há uma maior prevalência de traumatismos, acidentes vasculares cerebrais e urgências cardiológicas. Cerca de 80% da busca por serviço de urgência pelos idosos se dá por razão clínica (GRUNEIR, 2011). Esta faixa etária é uma das responsáveis pela superlotação das urgências em todo país.

O processo de transição demográfica e epidemiológica não vem sendo acompanhada pelas mudanças de distribuição de leitos de clínica médica, cirurgia e especialidades o que

poderiam diminuir a demanda para o sistema de urgência do país (MENDES; TAVARES, 2006).

Com o aumento da expectativa de vida do brasileiro, acredita-se que grande parte chegará à velhice, no entanto, ainda não se constata nos grandes centros urbanos mudanças de infraestrutura que abarquem de maneira integral a saúde do idoso (VERAS, 2007).

A oferta adequada de atenção primária à saúde é fator relevante para evitar atendimento hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Há necessidade de organizar a rede de cuidados de modo a melhorar a articulação entre diferentes esferas de atenção (MENDES, 1999).

O atendimento às urgências, particularmente, deve ser planejado, programado e operacionalizado para atender os princípios do SUS. Porém, em virtude de deficiências no sistema local de saúde, esses serviços acabam constituindo-se em porta de entrada dos hospitais, representando, para o usuário, possibilidade de acesso à atenção de maior complexidade e resolubilidade (CHAVES, 2005). Segundo Oliveira (2011) conhecer as características da população que frequenta um serviço de urgência constitui ferramenta de planejamento de ações em saúde.

A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências foi criada em 2003 a fim de aprimorar o SUS, tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização, a participação social adjunto a humanização. Esta visa que o atendimento de emergência flua em todos os níveis do sistema, ou seja, desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares. Esta política criada dentro dos preceitos constitucionais do SUS, o qual preconiza que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, objetiva que a rede de atenção dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências deve ser constituída de Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e a implementação de Núcleos de Educação em Urgências para capacitação de trabalhadores (BRASIL, 2006b).

Através da portaria nº1.600 de julho de 2011 a Política Nacional de Atenção às Urgências é reformulada, sendo instituída a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Para a organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde é necessária à decisão política em conjunto com os gestores do SUS, garantindo que esta flua de forma estruturada e coordenada garantindo que o atendimento prestado tenha resolução integral ou que haja transferência de forma responsável para outro serviço de maior complexidade. Esta rede é composta pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em

Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a).

Os idosos tendem a apresentar mais problemas de saúde, pois possuem múltiplas comorbidades, comprometimento cognitivo e funcional e também problemas sociais, com isso essa faixa etária utiliza os serviços de saúde com maior intensidade, fazendo uso das internações e leitos hospitalares por maior tempo em comparação com outras faixas etárias (LOUVISON, 2008; GRUNEIR, 2011). Bianco (2003) identificou em seu estudo que a possibilidade de buscar atendimento sem caráter de urgência são maiores para aqueles pacientes que não são referenciados pelos serviços de saúde e que são portadores de danos crônicos. Gruneir (2011) em revisão sistemática sobre a utilização dos serviços de urgência por idosos refere que alguns estudos avaliados identificaram que o maior vínculo com a atenção primária reduz o uso desses. Devido à grande complexidade organizacional e às dificuldades na estruturação desses serviços, Serbim (2013) afirma em sua investigação com idosos usuários do SE do HCPA que é de suma importância compreender essa demanda e o seu perfil a fim de aprimorar e qualificar o atendimento prestado.

### **3.3 Redes de apoio**

A rede de apoio é um elo importante no cuidado da pessoa idosa e atua como suporte no enfrentamento das dificuldades e nas demandas por cuidados de saúde das pessoas. Sabe-se que estes são cada vez mais intensos e contínuos devido ao surgimento das doenças crônicas e a deterioração físico/mental (SERBIM, 2012).

A mesma é composta por uma rede de relações formais e informais. A rede de apoio formal é composta pelas políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos de previdência social, dentre outros. Assim, é importante o desenvolvimento de modelos de atenção voltados às necessidades da pessoa idosa, que possibilitem a identificação de demandas, a criação de serviços, o estabelecimento de ações intersetoriais e a gestão integrada dos cuidados crônicos (ROSA, 2004).

A rede de apoio informal é definida pela espontaneidade e reciprocidade, e auxilia o idoso a manter vínculos e proporciona bem estar. Considera-se como rede de apoio informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos. Serbim (2012) relata que quando o idoso não recebe suporte de uma rede de apoio isso pode trazer implicações para os serviços de urgência, pois o mesmo fica exposto a agravos, como quedas ou até agudização de seus problemas crônicos.

A organização dos serviços de saúde em rede pode melhorar a qualidade dos serviços, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Para atingir os objetivos da Política Nacional de Saúde do Idoso, os protocolos estabelecem a implantação de redes de atenção ao idoso, permitindo o envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, sua autonomia e mantendo o nível de qualidade de vida (ROSA, 2004).

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo seccional a partir de dados secundários da pesquisa intitulada: “Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência”. O método seccional consiste em uma única observação da população, ou seja, é observado somente um momento no tempo, não permitindo relação temporal entre as características presentes no grupo nem inferências causais. Portanto, os objetivos de um estudo seccional estarão sempre relacionados com certos indivíduos, em local e época definidos (MEDRONHO et al., 2009).

### **4.2 Local do estudo**

O campo de estudo escolhido para a realização da pesquisa maior foi o SE do HCPA. Este foi aberto ao público em 1976, atualmente possui 58 leitos e é caracterizado pelo atendimento de urgência e Emergência a pacientes adultos e pediátricos. Localiza-se no andar térreo do Hospital, com frente para a Rua Ramiro Barcelos, ocupa área aproximada de 1,4 mil metros quadrados. O Protocolo de Avaliação com Classificação de Risco foi implantado no HCPA no ano de 2005, o mesmo possuía cores indicando parâmetros de gravidade e atendimento: roxo para atendimento imediato; vermelho, alto risco, com atendimento em até dez minutos; amarelo, risco intermediário, com atendimento em até sessenta minutos; verde, baixo risco, com atendimento em até seis horas. Este protocolo objetiva priorizar o atendimento, diminuir as filas e determinar o tempo de espera para atendimento (HCPA, 2010). Em setembro de 2011 o Protocolo de Manchester passou a ser utilizado pela instituição com o intuito de estabelecer a mesma sistematização que vinha sendo utilizada por outros serviços brasileiros. O HCPA é uma Empresa Pública de Direito Privado, mantendo vínculo com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### **4.3 Participantes do estudo**

A população representante do estudo maior intitulado “Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência” foi composta pelos idosos que utilizaram o serviço de emergência do HCPA. A amostra total era de 220 idosos, sendo que os 31 classificados como não urgentes farão parte do presente estudo.

Os critérios de inclusão utilizados para a composição da amostra aleatória do estudo maior foram: usuários que procuraram o serviço com 60 anos ou mais; obter pontuação 13 ou mais no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A). Quando o idoso não alcançava a nota mínima no instrumento MEEM, o respondente era o familiar ou responsável. Os critérios de exclusão utilizados no estudo maior e no presente estudo foram: idosos sem condições para responder a entrevista ou que obtivessem pontuação 12 ou menos no MEEM e que estivessem desacompanhados; idosos que foram a óbito ou que foram transferidos imediatamente após a sua admissão no SE. No presente estudo, o critério de inclusão foi ter sido classificado como não urgente no estudo maior.

O Protocolo de Avaliação com Classificação de Risco vigente na época utilizava cores indicando parâmetros de gravidade e atendimento: roxo para atendimento imediato; vermelho, alto risco, com atendimento em até dez minutos; amarelo, risco intermediário, com atendimento em até sessenta minutos; verde, baixo risco ou não urgentes com atendimento em até seis horas (GONÇALVES, 2011).

### **4.4 Coleta dos dados**

O período utilizado para a coleta de dados do estudo maior foi de 60 dias. Foi realizada em todos os dias da semana (inclusive feriados), durante os meses de maio a julho de 2011 nos turnos da manhã, tarde e noite (em diferentes horários), a fim de obter uma amostra aleatória. O convite ao idoso/acompanhante foi de forma voluntária por convite individual. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista estruturada que foi realizada com o próprio idoso, exceto quando o mesmo não apresentasse condições para responder. Neste caso ela foi realizada com o acompanhante. Os idosos foram orientados quanto à coleta de dados e, para os que aceitaram participar do estudo, foi fornecido, em duas vias o termo de

consentimento Livre e Esclarecido para assinatura (APENDICE A). Nos casos da entrevista com o acompanhante, também foi fornecido em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para o acompanhante que respondeu a entrevista no lugar do idoso. Para a coleta de dados, foram utilizados, entre outros o MEEM (que consistia em avaliar as condições cognitivas do idoso. As questões foram agrupadas em sete categorias, os idosos foram avaliados quanto a orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (8 pontos), totalizando 30 pontos (BERTOLUCCI, 1994). Quanto maior a pontuação, maior a capacidade cognitiva. O ponto de corte para incapacidade cognitiva é de 12 pontos ou menos, conforme estabelecido por Cerqueira (2003) e um questionário estruturado (APENDICE B) que caracterizava os aspectos sociodemográficos (sexo, grupo etário, escolaridade, composição do domicílio, estado conjugal, número de filhos, procedência) do idoso (e do acompanhante, se fosse o caso), de saúde (estado de saúde autorreferido, motivo de procura do serviço, número de morbidades, grupo de morbidades autorreferidas) e apoio social (apoio recebido da família, apoio fornecido para a família, apoio recebido de instituição formal, fonte de apoio formal, tipo de apoio formal) para que se pudesse caracterizar o perfil do idoso classificado como não urgente.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados referentes aos usuários classificados como não urgentes foram extraídos do banco do estudo maior construído no programa Excel e estes foram exportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, para gerenciamento e análise.

A análise utilizada para o presente estudo foi descritiva, sendo as variáveis categóricas expressas em frequência absoluta e frequência relativa e as variáveis contínuas expressas com média e desvio padrão.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto que deu origem a este estudo se intitula “Redes de apoio social percebidos por idosos usuários de um serviço de emergência” e foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO B) e do Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA (protocolo número 110023) (ANEXO C). O presente projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO D). Os idosos foram orientados quanto à coleta de dados e, para os que aceitaram participar do estudo, foi fornecido, em duas vias o termo de consentimento Livre e Esclarecido em que constam os objetivos e metodologia da pesquisa, da finalidade de sua participação, da garantia de anonimato e confidencialidade, assim como a possibilidade de recusar-se de participar (APENDICE A). Nos casos da entrevista com o acompanhante, também foi fornecido em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para o acompanhante que respondeu a entrevista no lugar do idoso.

Uma das vias ficou de posse do participante e a outra com o pesquisador conforme a Resolução 96/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

## 5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos no estudo. Foram analisadas as características sociodemográficas, de saúde e apoio social da amostra em estudo.

Os 31 idosos que compuseram a amostra da presente investigação representaram 14,1% do total da amostra do estudo maior.

Entre os idosos classificados como não urgentes, 25 (80,6%) responderam a entrevista e seis (19,4%) foram representados por um informante substituto, pois não obtiveram a pontuação maior ou igual a 12 pontos no MEEM. Quanto ao grau de parentesco dos acompanhantes dos idosos, verificou-se que três eram cônjuges (50%), dois netos (33,3%) e uma nora (16,7%).

A seguir serão apresentadas na tabela 1 as características sociodemográficas dos idosos que fizeram parte da presente investigação.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos classificados como não urgentes segundo variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, 2011.

(n=31)

(continua)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	18	58,1
Masculino	13	41,9
<b>Idade</b>		
60-69	17	55,0
70-69	07	22,5
80 ou mais	07	22,5
<b>Escolaridade</b>		
Até 4 anos de estudo	13	42,0
De 5 à 8 anos de estudo	08	25,7
Mais de 8 anos de estudo	08	25,7
Sem instrução	03	9,7
<b>Estado conjugal</b>		
Viúvo	12	38,7
Casado	10	32,3
Divorciado, separado ou desquitado	07	22,6
Solteiro (nunca casou)	02	6,5

Tabela 1 – Caracterização dos idosos classificados como não urgentes segundo variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, 2011.

(conclusão)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Procedência</b>		
Porto Alegre	19	61,3
Região Metropolitana	09	29,0
Outros municípios	03	9,7
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	20	64,5
Pensionista	07	22,6
Autônomo	02	6,5
Trabalhador doméstico	01	3,2
Não trabalha	01	3,2
<b>Renda familiar*</b>		
Até 1 S. M.	04	12,9
De 1 até 2 S. M.	12	38,7
De 3 até 4 S. M.	12	38,7
Acima de 5 S. M.	03	3,2

Fonte: Serbim, 2012

\*Considerou-se o valor de R\$ 545,00 reais (desde 01/03/2011) do salário mínimo referente aos meses de maio, junho e julho de 2011, quando ocorreu a coleta de dados (BRASIL, 2011b).

Verifica-se que 18 idosos (58,1%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 61 e 101 anos e a média foi de 71,1 (DP  $\pm$  10,2 anos). Quanto ao grupo etário, a maior proporção foi entre 60-69 anos (55%).

Com relação ao grau de instrução, identificou-se uma média de seis anos de estudo (DP  $\pm$  5 anos). Destaca-se que três (9,7%) idosos eram analfabetos e grande parte (64,6%) possuía até oito anos de estudo. Havia ainda 12 idosos (23,7%) com mais de oito anos de estudo.

No que se refere à situação conjugal destaca-se que 12 (38,7%) eram viúvos e 10 (32,3%) eram casados. Quanto à cidade de origem, constatou-se que 19 idosos residiam no município de Porto Alegre (61,3%), seguido de nove procedentes da Região Metropolitana (29%) e ainda três idosos de outros municípios (9,7%).

Em relação à ocupação profissional, 20 (64,5%) relataram ser aposentados e sete (22,6%) pensionistas. Havia ainda idosos que continuavam trabalhando, sendo que dois (6,5%) eram trabalhadores autônomos e um (3,2%) era trabalhador doméstico.

De acordo com as informações fornecidas pelos idosos sobre a renda familiar, quatro participantes relataram que a renda era de até um salário mínimo (12,9%), 24 idosos (77,4%) recebiam de um até quatro salários mínimos, e apenas três (9,6%) das famílias recebiam acima de cinco salários mínimos.

Tabela 2 – Idosos classificados como não urgentes segundo número de filhos e arranjo familiar. Porto Alegre, 2011.

(n=31)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de filhos</b>		
0	02	6,4
1	06	19,4
2	06	19,4
3	07	22,6
4	05	16,1
5 ou mais	05	16,1
<b>Com quem mora</b>		
Familiares	22	70,9
Sozinho	07	22,6
Outros amigos/cuidador/empregados	01	3,2
Institucionalizado*	01	3,2
<b>Número de pessoas no domicílio</b>		
1	08	25,8
2	11	35,5
3	03	9,7
4 ou mais	09	29,0

Fonte: Serbim, 2012

\*Não foi possível categorizar o idoso que era institucionalizado, no item “número de pessoas no domicílio”.

Os idosos tiveram em média três filhos ( $DP \pm 2,21$ ), com uma amplitude de 0 a 10 filhos. De acordo com a tabela 2, com relação ao arranjo domiciliar, destaca-se que sete (22,6%) dos idosos moravam sós. Dos 22 idosos que residiam com familiares, observou-se que nove (29%) residiam com cônjuge, 12 (38,7) com os filhos e um (3,2%) com o neto. Destaca-se ainda que um idoso (3,2%) residia com outras pessoas que não familiares e um

idoso era institucionalizado (3,2%). A média de pessoas residentes no domicílio em que o idoso residia foi de três indivíduos ( $DP \pm 2,42$ ) com uma amplitude de 1 a 11 pessoas.

Tabela 3 – Estado de saúde autorreferido, número de morbidades e grupos de morbidades autorreferidas dos idosos que utilizaram o serviço de emergência. Porto Alegre, 2011.

(n=31)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado de saúde autorreferido</b>		
Bom	17	54,8
Muito bom	07	22,6
Regular	05	16,1
Muito ruim	02	6,5
<b>Número de morbidades autorreferidas</b>		
Nenhuma	08	25,8
1 Morbidade	14	45,1
2 Morbidades	07	22,5
3 Morbidades ou mais	02	6,5
<b>Grupos de morbidades autorreferidas*</b>		
Doenças do aparelho circulatório	15	44,1
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	09	26,5
Neoplasias	04	11,7
Doenças infecciosas e parasitárias	02	5,9
Transtornos mentais e comportamentais	02	5,9
Doenças do aparelho respiratório	01	2,9
Doenças do sistema osteomuscular	01	2,9

Fonte: Serbim, 2012

\*mais de uma resposta.

Com relação ao estado de saúde autorreferido (tabela 3), dois (6,5%) dos respondentes relataram que sua saúde era muito ruim, cinco (16,1%) a consideravam regular, 17 (54,8%) relataram estado de saúde bom e sete (22,6%) muito bom. Quanto ao número de morbidades referidas destaca-se que oito (25,8%) dos idosos não relataram nenhuma morbidade e 14 (45,1%) referiram pelo menos uma morbidade.

Ainda na tabela 3, são apresentados os grupos de morbidades autorreferidas pelos idosos, categorizadas de acordo com o grupo de causas do CID-10 (OMS, 1996). Evidenciou-se que 15 (44,1%) dos entrevistados citaram serem portadores de doenças do aparelho circulatório, nove (26,5%) referiram possuir doença associada a causas endócrinas,

nutricionais ou metabólicas, quatro (11,7%) doenças associadas a neoplasias, seguidas de doenças infecciosas/parasitárias e transtornos mentais e comportamentais com dois relatos (5,9%) e doenças do aparelho respiratório e sistema osteomuscular com apenas um relato (2,9%).

Tabela 4 – Características de apoio recebido e fornecido de idosos usuários do serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2011.

(n=31)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Apoio recebido da família*</b>		
Cuidado pessoal	16	29,1
Auxílio para se locomover	11	20,0
Moradia	09	16,4
Dinheiro	08	14,5
Transporte	01	1,8
Não recebe	10	18,2
<b>Apoio fornecido para a família*</b>		
Dinheiro	18	33,3
Cuidar de neto	11	20,4
Serviços	09	16,7
Moradia	08	14,8
Não fornece	08	14,8
<b>Recebe apoio de instituição formal</b>		
Sim	16	51,6
Não	15	48,4
<b>Fonte de apoio recebido</b>		
Serviço de saúde	16	51,6
Não recebe	15	48,4
<b>Tipo de apoio recebido*</b>		
Medicamentos	16	51,6
Produtos hospitalares	01	3,2
Não recebe	14	45,2
<b>Frequência de apoio recebido</b>		
Mensal	16	51,6
Não recebe	14	48,4

Fonte: Serbim, 2012

\*mais de uma resposta.

Na tabela 4, são apresentadas as principais formas de apoio recebidas e fornecidas pelos idosos respondentes do estudo. Constatou-se que 16 (29,1%) dos respondentes recebiam ajuda com cuidado pessoal. Foram categorizados como cuidados pessoais os cuidados com os medicamentos, com a higiene pessoal, com o preparo de refeições e companhia para consultas médicas. Entre os respondentes, 11 (20%) dos idosos necessitavam de auxílio para se locomover, nove (16,4%) recebiam apoio com moradia, ou seja, residiam em moradias de outras pessoas, oito (14,5%) recebiam apoio financeiro da família e apenas um (1,8%) informou receber ajuda dos familiares com transporte. Salienta-se que 10 (18,2%) dos entrevistados referiram não necessitar de nenhum tipo de apoio familiar para suas atividades do dia a dia.

No que se refere ao apoio fornecido pelo idoso à família, 18 (33,3%) dos idosos referiram apoiar financeiramente, 11 (20,4%) cuidavam do neto, nove (16,7%) forneciam apoio com serviços e oito (14,8%) ofereciam moradia. Destaca-se ainda que oito (14,8%) dos idosos referiram não fornecer nenhum apoio à família.

Quanto ao apoio formal, as respostas foram similares, ou seja, 16 (51,6%) referiram receber apoio de instituição formal e 15 (48,4%) relataram não receber nenhum apoio. Dos entrevistados que recebiam apoio de instituição formal, a totalidade citou recebê-lo dos serviços de saúde. Com relação ao tipo de apoio recebido da instituição formal, um pouco mais da metade, ou seja, 16 (51,6%) dos idosos recebiam auxílio com medicamentos. Com relação à frequência com que o apoio era fornecido pela instituição formal, 16 (51,6%) entrevistados referiram receber auxílio mensal.

## 6 DISCUSSÃO

Chama a atenção que a proporção de idosos classificados como não urgentes atendidos no serviço foi baixa. Em revisão sistemática realizada com estudos na língua inglesa sobre pacientes adultos não urgentes foi identificado que a proporção variava de 4,8% a 90%, com uma média de 32,1%. Os autores reforçam que os percentuais eram mais baixos nos estudos no qual a classificação era feita de forma prospectiva e do que naqueles que a classificação era feita após o atendimento (DURAND et al., 2011). Em estudo realizado com adultos em um serviço de urgência no interior de São Paulo constatou que a proporção de usuários classificados como não urgentes foi de 85% (OLIVEIRA, 2011). Considerando que a amostra do estudo maior foi obtida de forma aleatória, observa-se que a proporção entre usuários idosos não urgentes foi inferior quando comparada aos valores obtidos nos estudos citados, levando a autora a crer que as demandas dos idosos, pelo menos do ponto de vista clínico, são mais urgentes do que a dos adultos em geral. Estudos com amostras maiores e direcionadas para esta finalidade podem confirmar estes achados.

A maior parte dos idosos classificados como de risco não urgente conseguiram responder à entrevista, ou seja, não apresentavam limitações que pudessem interferir nas respostas à entrevista. Em estudo realizado por Abreu (2013) com usuários adultos com demandas não urgentes no mesmo serviço de emergência, foi evidenciado que a maioria respondeu à entrevista, não apresentando dificuldade para comunicar-se e demonstrando estabilidade do quadro de saúde. No entanto, é interessante salientar que a proporção de idosos que não conseguiram responder o estudo foi de 20% enquanto que no estudo com adultos, citado anteriormente, foi de apenas 1,6%. Estes achados reforçam o conhecimento de que os idosos constituem um grupo etário mais frágil e de que necessitam da permanência de um acompanhante durante seu atendimento nos serviços de saúde.

Quanto ao sexo constatou-se que a proporção de idosas foi ligeiramente superior a de idosos. De acordo com os dados do Censo demográfico de 2010, no Brasil, o sexo feminino sobrepõe-se ao sexo masculino no grupo etário acima de 60 anos, e, além disso, com o aumento da idade deste grupo populacional, este número aumenta consideravelmente (PORTO ALEGRE, 2010). Estudos que caracterizaram o perfil demográfico de pacientes adultos que utilizam o serviço de urgência também identificaram que o sexo feminino sobrepõe-se ao sexo masculino (OLIVEIRA et al., 2011; SOUZA, FELIPPE e SILVA, 2009; SIMONS, 2008; CARRET, 2007). É importante lembrar que as idosas, embora vivam mais

do que os homens, tem maior probabilidade de envelhecer com debilidades físicas e, portanto, com maior dependência (CAMARANO, 2004). Pinheiro (2002) também ressalta que as mulheres têm doenças que de modo geral causam baixa letalidade, porém causam uma série de sintomas, em muitos casos são incapacitantes o que, por conseguinte, gera uma grande demanda aos serviços de saúde.

A questão de gênero também pode estar associada a este achado, visto que em outros estudos o número de mulheres que procuram atendimento também sobrepõe-se ao de homens. De acordo com Aquino, Menezes e Amoedo (1992) existem diferenças de gênero entre homens e mulheres no que se refere à experiência de adoecimento, tanto no sentido da percepção, quanto no que cada um dos sexos relata como experiência de adoecimento.

Com relação à idade, verificou-se que a proporção de idosos com idade entre 60 e 69 anos foi predominante. No entanto, é de suma importância destacar que quase a metade dos idosos que buscaram atendimento eram idosos com 70 anos ou mais. De acordo com dados do IBGE, Porto Alegre contava em 2010 com uma população de idosos com 60 a 69 anos de 52,8% e de idosos com 70 anos ou mais de 47,2% (PORTO ALEGRE, 2011). Ainda que nem todos os idosos que procuraram o serviço fossem procedentes de Porto Alegre, observa-se que comparando as proporções da amostra estudada e do município os resultados guardam similaridade e que os participantes do estudo, classificados como não urgentes, são, em maior proporção, idosos jovens. A população de idosos com 60 anos ou mais aumentou 32% quando comparados os resultados Censo de 2010 com o de 2000 (PORTO ALEGRE, 2011), mas é previsto que a proporção de idosos mais velhos será a que mais irá crescer (CAMARANO et al., 2004). O crescente aumento no número de idosos mais velhos levará também a maior utilização dos serviços de saúde pelos mesmos, devido ao maior tempo de vida e as inúmeras patologias crônicas que estes possuem acarretando um grande desafio para a saúde pública (VERAS, 2003). Os serviços de saúde outrora acostumados a receber em sua maioria adultos/jovens com enfermidades agudas, hoje necessitam preparar-se para atender idosos com problemas crônicos-agudizados.

Com relação à escolaridade, predominaram os idosos com até oito anos de estudo. Ressalta-se ainda que três idosos eram analfabetos. Comparando os resultados do presente estudo com os do estudo maior (SERBIM, 2012) verifica-se que as proporções foram semelhantes entre os idosos com até oito anos de estudo, entretanto, a proporção de idosos analfabetos foi o dobro entre aqueles classificados como não urgentes. Diversos estudos salientam que a escolaridade é um fator que afeta a autopercepção de saúde e a procura pelos serviços de saúde (CARRET et al, 2011; KASSOUF, 2005; BARROS, 2003).

Acosta (2012) relata que pessoas com baixa escolaridade têm piores condições de saúde, enfrentam barreiras no acesso e utilização dos serviços da saúde e, além disso, podem apresentar dificuldades na compreensão das orientações passadas por profissionais da saúde sobre prevenção e acompanhamento dos problemas. Dessa forma, deve-se estar atento ao cuidado prestado a essas pessoas em particular, visto serem mais vulneráveis tanto pelo fato de serem idosos (com pior percepção dos sentidos) como por apresentarem menor compreensão sobre a sua saúde em função da escolaridade.

No que se refere ao estado conjugal, houve predomínio de idosos viúvos, porém a diferença foi mínima com relação aos idosos casados. No estudo maior (SERBIM, 2012), a proporção de idosos casados foi superior, o que chama atenção ao se estudar redes de apoio e considerando que os idosos classificados como não urgentes eram, na maior parte, idosos jovens. Estudos populacionais apontam a existência de um percentual maior de idosos casados, (SOUZA, FELIPPE e SILVA, 2009; PASKULIN, 2007; CARRET, 2007; BRAGA, 2004). De acordo com Assis e Amaral (2010), a ausência de parentes mais próximos, tais como o cônjuge, pode se associar a doenças e mortalidade na terceira idade. Os autores ressaltam ainda, que esse suporte traria efeitos positivos para a saúde. Supõe-se que a viuvez, relacionada à redução das fontes de apoio informal, possa ter impulsionado os idosos a buscarem auxílio no serviço de urgência.

Quanto à procedência dos idosos, a maior parte era residente no município de Porto Alegre. No entanto, uma parcela significativa de idosos que procuraram o SE do HCPA era pertencente à região metropolitana e outros municípios. Estudos realizados com adultos em serviços de urgência na região de Campinas (OLIVEIRA, 2011), Santa Catarina (SOUZA, FELIPPE e SILVA, 2009) e com demanda não urgente em Porto Alegre (ABREU, 2013), constataram que a maioria dos pacientes atendidos era procedente do município de origem, no entanto, também verificaram uma quantidade relevante pertencente a outras cidades.

Apesar da procura pelos serviços de urgência ser maior entre moradores do mesmo município, pode-se questionar o motivo da procura destes usuários, visto que foram classificados como não urgentes. De acordo com o estudo maior (SERBIM, 2012) a prevalência de moradores do mesmo município do serviço de saúde foi similar. Buscando entender a razão para tal fato, cita-se o estudo de Gonçalves (2011) que avalia o acolhimento no SE do HCPA na perspectiva da pessoa idosa. A autora constatou que os motivos de procura dos idosos estão relacionados ao vínculo, à referência e à dificuldade quanto à continuidade do cuidado. Com relação à continuidade do cuidado e à resolutividade, a autora constatou que, muitas vezes, a procura pelo serviço de urgência se dá quando o usuário já

tentou solucionar seu problema em outros serviços, porém não obteve resultado satisfatório devido à falta de recursos materiais e profissionais capacitados. Acredita-se, que a parcela significativa de idosos de outras cidades que procuraram o serviço de urgência possa ser devido ao fato da precariedade dos serviços de saúde de sua região de origem, além da não resolutividade ou demora na solução de seu problema. Outro estudo evidenciou que a procura pelo serviço de urgência está relacionado a confiança que o usuário deposita na instituição, ou seja, a estrutura, os serviços tecnológicos e a capacidade técnico-científica dos trabalhadores (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). Outras pesquisas que investiguem os motivos de procura ao serviço e explorem a trajetória dos idosos até chegar ao serviço de urgência podem explicar estes achados.

Com relação à ocupação e aposentadoria, constatou-se que a maioria dos idosos entrevistados eram aposentados, o que era esperado para o estudo realizado com este grupo etário. Investigação que analisou os fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de urgência evidenciou que ser aposentado estava relacionado a maior readmissão hospitalar (VALERA, 2008 ). Pesquisa realizada por Abreu (2013) identificou que as pessoas que exerciam trabalhos domésticos ou eram aposentados utilizavam mais os serviços de urgência por demandas não urgentes. Estes achados provavelmente estão relacionados ao fato de que os idosos são o grupo com maior utilização dos serviços de saúde, ainda mais considerando as dificuldades de busca por serviços para continuidade do cuidado.

No que se refere à renda familiar, a proporção de idosos com renda de um a dois salários foi a mesma para idosos de dois a quatro salários, somando três quartos dos respondentes. No estudo de Serbim (2012) com idosos que buscaram atendimento no SE do HCPA foi identificada uma proporção maior de idosos com renda familiar de três salários ou mais. É possível que os idosos com renda maior utilizem outros serviços de saúde para demandas não urgentes. Almeida (2002) afirma “o consumo pelos serviços de saúde é alterado pela renda, cobertura securitária pública ou privada, pela maneira como os serviços são oferecidos e pela necessidade do usuário que se define pelo problema de saúde”.

Constatou-se que os participantes do estudo tinham em média três filhos. Segundo dados do IBGE (2010) o número de filhos vem reduzindo, pois as taxas de fecundidade estão menores (1,9 filhos por mulher) e com isso haverá uma diminuição do número de cuidadores potenciais (BATISTA et al, 2008). Tais fatores citados anteriormente podem trazer implicações para os serviços de atendimento de urgência, pois na medida em que há redução do número de filhos pelos idosos e os mesmos residem sós, estão sujeitos a receber menos apoio e em função disso estarem mais vulneráveis à situações ou agravos à saúde, como

quedas e até agudização de suas doenças crônicas, necessitando utilizar os serviços de urgência com maior frequência (SERBIM; GONÇALVES; PASKULIN, 2013).

No que se refere ao arranjo domiciliar, destaca-se que a maioria dos idosos residia com familiares, ou seja, em domicílio multigeracional (CAMARANO et al., 2004). Observou-se prevalência de idosos que residiam em domicílio com duas gerações seguidos com uma parcela significativa de idosos que residiam em domicílios unigeracionais. O envelhecimento populacional causa mudanças na estrutura familiar, pois estas também envelhecem o que pode ser percebido pelo aumento da proporção de famílias nas quais reside um ou mais idosos sendo chefes do domicílio ou em coresidência com filhos adultos (ARANTES, 2010). Em contrapartida, outras autoras encontraram que existe uma significativa parcela de idosos que vivem em domicílios multigeracionais, o que demonstra dependência desses frente aos demais membros do domicílio (CAMARANO et al., 2004). Comparando os resultados do presente estudo com os do estudo maior (SERBIM, 2012) salienta-se que a proporção de idosos morando sós foi maior entre os idosos classificados como não urgentes. A implicação para o idoso que mora sozinho pode estar associada à fragilidade e vulnerabilidade, pois a falta de companhia pode acarretar a presença de hábitos de saúde indesejáveis e falta de assistência adequada.

Em estudo de Camargos e Rodrigues (2008) foi evidenciado que mesmo os idosos que se preocupavam com a saúde, mantinham hábitos alimentares indesejáveis, monitoramento inadequado da saúde, não utilização de medicamentos conforme prescrição, entre outros. A falta de hábitos de vida saudáveis e de cuidados com a própria saúde pode ser relacionado à falta de estímulo, companhia para realizar atividades diárias o que pode ocasionar maior procura pelos serviços hospitalares devido descompensação de patologias prévias. Muitas vezes o viver só é em decorrência de uma viuvez ou do abandono familiar, assim os idosos acabam não tendo a mesma motivação para cuidar da saúde, tornando-se mais frágeis psiquicamente e acabando por adoecer. Isto pode ser percebido através do estudo de Billota (2010) realizado com 302 idosos usuários de um ambulatório na Itália na qual se identificou que os idosos que residiam em domicílios sozinhos apesar de terem um melhor estado cognitivo e funcional, tinham piores condições de vida e um pior estado emocional.

Este cenário de envelhecimento populacional associado à moradia unipessoal pode acarretar inúmeras repercussões para os serviços de saúde, em especial os serviços de urgência, visto que os idosos são mais frágeis, suas doenças crônicas degenerativas são agravadas com os anos, o risco de quedas devido à fragilidade tanto motora quanto óssea se intensifica. Uma melhor assistência à saúde, melhoria do acesso e uma maior oferta de

serviços de saúde, pode ser um diferencial significativo no que tange a qualidade de vida do idoso, principalmente daqueles que vivem sós.

É importante considerar ainda que mesmo existindo essa coresidência, muitas vezes, as famílias não estão preparadas para atender esta demanda tão singular, a qual necessita de cuidados específicos e que dispõem grande atenção e envolvimento. Frequentemente apesar do idoso residir com familiares, sua maior fonte de apoio, os filhos ou cônjuges que residem no domicílio já está em processo de envelhecimento e não conseguem dispender total atenção ao idoso que necessita de cuidados, agravando a situação de saúde de ambas as partes. Além disso, os netos que residem no mesmo ambiente tem outras atividades, como estudo, trabalho, entre outras e acabam não estando presente a maior parte do tempo com o idoso, não podendo o auxiliar quando necessita.

Com relação ao estado de saúde autorreferido um pouco mais da metade dos respondentes consideraram sua saúde como boa. Por outro lado, a maioria dos respondentes do estudo maior considerou sua saúde como regular ou ruim (SERBIM, 2012). Estes resultados parecem mostrar que os idosos classificados como não urgentes tem uma melhor percepção de saúde. Em estudo realizado em Pelotas para conhecer a demanda do serviço de urgência e determinar as características e os fatores de risco para o uso inadequado deste tipo de serviço os pesquisadores constataram que aproximadamente metade (46,5%) dos indivíduos que buscou atendimento no serviço considerou sua saúde regular ou ruim (CARRET, 2007). Essa diferença pode ser em virtude do estudo ter sido realizado com todas as demandas, não somente as classificadas como não urgentes. No entanto, em estudo realizado com usuários adultos com demandas não urgentes no SE do HCPA a autora evidenciou que 92,2% consideraram seu estado de saúde como regular ou ruim (ABREU, 2013). Apesar de serem usuários de demandas não urgentes, apenas 12,2% eram idosos. As respostas podem ter sido influenciadas pelo fato de que, usuários mais jovens podem estar vivenciando problemas agudos e dolorosos pela primeira vez, podendo alterar sua percepção de saúde de maneira mais acentuada.

Quanto às morbidades autorreferidas, quase a metade dos idosos referiram possuir uma doença crônica e um quarto relatou não possuir nenhuma morbidade. Comparando os resultados da presente investigação com os do estudo maior (SERBIM, 2012), observa-se que a proporção de idosos que referiram não possuir nenhuma morbidade foi bem inferior naquele estudo (7,3%). Em estudo populacional realizado para determinar as condições de saúde, capacidade funcional, uso dos serviços de saúde e gasto com medicações da população idosa baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios constatou que cerca de 70% dos

idosos que participaram da entrevista possuem pelo menos uma condição crônica (LIMA-COSTA, 2003), semelhante à proporção identificada na presente investigação. De acordo com estudo de Abreu (2013) com usuários com demandas não urgentes atendidas no mesmo serviço de emergência 51,3% dos respondentes do estudo referiram possuir doenças crônicas. Em investigação realizada para determinar os fatores relacionados a readmissão de pacientes em um serviço de urgência, os pesquisadores constataram que cerca da metade (46,7%) possuía pelo menos uma doença crônica e as mais evidenciadas eram as que afetavam o sistema circulatório (VALERA, 2008). A proporção deve ter sido menor em ambos os estudos por se tratar de investigações realizadas com adultos em geral. A presença de enfermidade crônica pelos idosos é frequente, o que afeta de maneira significativa o atendimento nos setores de urgência. A mudança do perfil demográfico não acompanha as mudanças nos serviços de saúde, e observa-se que estes não estão preparados para atender esta demanda tão particular. Devem-se aprimorar os atendimentos na rede primária, a fim de diminuir a procura por atendimentos de urgência pelos idosos que buscam intervenções para suas doenças crônicas agudizadas. Valera e Turrini (2008) afirmam que campanhas de prevenção a algumas doenças crônicas e a adesão da população para padrões de vida saudáveis poderiam colaborar para a queda dos índices de doenças crônicas na população e, por conseguinte, diminuiria a demanda dos serviços terciários à saúde.

Com relação às morbidades autorreferidas pelos idosos, as de origem cardiovascular predominam, seguidas de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e neoplasias. Mudança nos quadros de morbimortalidade vem sendo notadas no Brasil nos últimos 40 anos, ocasionado pela mudança de uma população predominantemente jovem para faixas etárias mais avançadas, o que ocasionou a maior incidência de doenças crônicas. As principais causas de mortalidade no Rio Grande do Sul para ambos os sexos são doenças do aparelho circulatório, seguidos de doenças neoplásicas (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Em estudo que caracterizou aspectos sociodemográficos e de saúde da população idosa através de inquérito domiciliar no município de Guarapuava, PR, obteve como resultado que a maioria dos respondentes apresenta hipertensão, seguidos de diabetes (PILGER, 2011). Investigação como a de Abreu (2012) com a população não urgente em um serviço de urgência também constatou prevalência de doenças relacionadas ao aparelho circulatório, assim como no presente estudo.

Constata-se através do presente estudo que a maioria dos usuários possuem doenças crônicas e consideraram-se saudáveis. Dessa forma, existe a necessidade de uma orientação por parte dos profissionais quanto à utilização correta dos serviços disponíveis, pois os

mesmos poderiam ter como porta de entrada primária as unidades básicas de saúde. No entanto como já mencionado em alguns estudos, a facilidade de acesso a medicalização, a resolutividade dos problemas, continuidade do cuidado, fragilidade do sistema de saúde vigente, recursos tecnológicos e à capacidade técnico científica dos trabalhadores faz com que as pessoas busquem o serviço de urgência com maior frequência (OLIVEIRA, 2011; GONÇALVES, 2011; OLIVEIRA, 2009).

A maioria dos idosos classificados como não urgentes referiram receber apoio da família. Houve predomínio dos que recebiam apoio com cuidado pessoal seguidos de auxílio para se locomover, moradia e dinheiro. O ser humano necessita em qualquer estágio da vida algum tipo de suporte, e para isso conta com o apoio familiar e a comunidade. São nas redes informais que as pessoas encontram locais de proteção e inserção social (Lemes e Medeiros, 2006). Para Assis e Amaral (2010), a ausência de parentes mais próximos entre idosos, como cônjuges e filhos, está associada com doenças e mortalidade na terceira idade, pois o suporte familiar traduz efeitos positivos à saúde reduzindo os efeitos negativos do estresse na saúde mental, possibilitando o bem estar psicológico do idoso.

Salienta-se ainda que 18% dos respondentes relataram não receber nenhum tipo de apoio familiar. Segundo a OMS (2005) o apoio social fornecido de forma inadequada ou o não fornecimento do mesmo, pode estar associado ao aumento da mortalidade, da morbidade, e de problemas psicológicos que além de tudo afetam a saúde e o bem estar. Questiona-se, portanto, se a falta de suporte familiar pode ter impulsionado a procura pelo SE por esses idosos e se essa demanda de idosos possa ser em função do menor apoio no que diz respeito à saúde tanto física quanto mental.

Com relação ao apoio fornecido pelos idosos à família, quase a totalidade dos idosos relataram fornecer. Em maior proporção está auxílio com dinheiro, seguidos de cuidar do neto, serviços e moradia. Areosa (2010) relata que a renda recebida pelo idoso através de pensões e aposentadorias e o fato do idoso residir em casa própria tem proporcionado a ele maior suporte familiar. Se por um lado o idoso recebe apoio, por outro fornece apoio, pois muitos filhos e netos são dependentes financeiramente dos idosos. Relata ainda que, por vezes, os idosos acabam deixando de usar seu salário para necessidades pessoais, inclusive para a saúde, para garantir o sustento da sua família. Segundo Saad (2004), a transferência intergeracional, em que os pais idosos ajudam financeiramente os filhos é cada vez mais comum. No que se refere a cuidar do neto e o fornecimento de moradia, Camarano (2004) salienta que onde os netos corresidem com os avós existe uma relação de troca de grande importância para os adultos, pois os mesmos tem com quem deixar seus filhos para poderem

trabalhar e isso segundo Souza (2010) ajuda no aumento da renda familiar. Ainda nesse sentido, há evidências de que a coresidência aumenta a ajuda material e não material ao idoso. Estudo realizado por Corrêa (2010) constatou que 70% dos filhos que residem no mesmo ambiente que o idoso, forneciam algum tipo de apoio não material, enquanto que apenas 31% dos que moravam em outro domicílio lhes forneciam. Além disso, mais da metade dos filhos que moravam no mesmo domicílio forneciam apoio, enquanto que 28% dos filhos em outra moradia o faziam. As transferências de apoio entre o idoso e a família são pontos importantes no que tange o bem estar do idoso, pois o mesmo se sente importante, hábil, útil para sua família o que pode causar impacto significativo na saúde mental. Segundo Rosa (2004), encorajar o idoso a fornecer papel de provedor pode ajudá-lo a reduzir ansiedades.

Quanto ao apoio formal, um pouco mais da metade dos respondentes relatou receber apoio e destes também a metade referiu contar com os serviços de saúde. O principal tipo de apoio recebido pelos idosos foi referente a medicamentos. Em contrapartida, no estudo maior de Serbim (2012) três quartos de idosos afirmaram receber apoio de alguma instituição formal. Tal diferença pode ter sido influenciada pelo fato de no estudo de Serbim (2012) fazerem parte da amostra idosos com demanda urgente e, além disso, perceberem-se mais doentes e possuírem mais comorbidades, necessitando de um maior suporte social formal. Bif (2011) em seu estudo sobre os desafios no cuidado de enfermagem ao atendimento do idoso em urgência refere que a grande procura por atendimento nas urgências hospitalares pode ser relacionado à ineficiência ou insuficiência de atenção primária à saúde, bem como cuidados de apoio complementar ou em domicílio a esses pacientes.

De um modo geral, ao se comparar o presente estudo com a investigação maior (SERBIM, 2012) verificou-se que entre os idosos não urgentes parece haver uma maior proporção de idosos do grupo etário jovem, analfabetos, com menor renda, morando sós, com melhor percepção de saúde, sem referir morbidade crônica, fornecendo mais apoio para a família e recebendo menor apoio de instituição formal. Estudos desenvolvidos com uma amostra maior de usuários idosos classificados não urgentes permitirão confirmar estes achados.

## 7 CONCLUSÕES

A presente investigação permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico, identificar os aspectos relacionados à saúde e descrever as redes de apoio social dos idosos classificados como não urgentes do SE do HCPA. Com relação ao perfil sociodemográfico verificou-se que entre os participantes do estudo, a maior parte era do sexo feminino, com idade entre 60 e 69 anos, com até oito anos de estudo, viúvos, procedentes do município de Porto Alegre, aposentados e com renda familiar de até quatro salários mínimos.

Grande parte residia em domicílio multigeracional, no entanto, uma parcela significativa dos idosos residia só, o que é de suma importância para a saúde pública, pois os mesmos estão mais vulneráveis a acometimentos tanto de ordem física como psicológica.

Quanto aos aspectos relacionados à saúde identificou-se que um pouco mais da metade dos respondentes consideraram sua saúde como boa, quase a metade referiu possuir apenas uma doença crônica e um quarto relatou não possuir nenhuma morbidade. Com relação às morbidades autorreferidas, houve predominância das de origem cardiovascular.

No que se refere ao apoio informal constatou-se que os idosos fornecem mais apoio do que recebem da família. Entre os principais tipos de apoio fornecidos estão dinheiro e cuidados com o neto e entre os recebidos estão cuidado pessoal e auxílio para se locomover. Considerando o apoio de instituição formal destaca-se que um pouco mais da metade declarou receber auxílio de serviços de saúde predominando o apoio com medicamentos.

Esta investigação sobre o perfil do idoso atendido no SE classificado como não urgente é de suma importância para o enfermeiro, pois é o profissional responsável por fazer a classificação de risco. Estudos desenvolvidos com uma amostra maior de usuários não urgentes permitirão confirmar estes achados. Portanto, conhecer o perfil desta demanda proporciona pensar o cuidado em saúde de maneira correta, eficaz, contínua e com confiança. Além disso, auxiliará o profissional de enfermagem no acolhimento a esse paciente, ao conhecer as particularidades e dificuldades deste grupo, possibilitando a criação de estratégias de cuidado, pois apesar deste usuário não necessitar de atendimento imediato, consiste em uma demanda vulnerável e frágil.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P. **Utilização do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre por usuários com demandas não urgentes**. 2013. 155f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2013.
- ACOSTA, A. M. **Usuários frequentes de um serviço de urgência: perfil e motivos de busca de atendimento**. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2012.
- ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p.743-56, 2002.
- ARANTES, C. R. et al. **Arranjos domiciliares e saúde dos idosos: um estudo piloto qualitativo em um município do interior de Minas Gerais**. 17 f. (Texto para discussão nº 405) - Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.
- AREOSA, S. V. C.; BULLA, L. C. Contexto social e relações familiares: o idoso provedor. In: AREOSA, Silvia (Org.). **Terceira idade na UNISC: novos desafios de uma população que envelhece**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, p. 108-129, 2010.
- ASSIS, L. P. P.; AMARAL, M. L. N. do. Envelhecimento e suporte social. In: COSTA, Geni de Araujo (Org.). **Atividade física, envelhecimento e a manutenção da saúde**. Uberlândia: EDUFU, p. 207-217, 2010.
- AZEVEDO, A.L.C.S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.12, p.736-745, 2010.
- BARROS, M. B. A. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD – 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, 2006.
- BATISTA, A. S. et al. **Envelhecimento e dependência** : desafios para a organização da proteção social. 160 p. Dario El-Moor – Brasília, (Coleção Previdência Social) MPS, SPPS, v. 28, 2008.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 52, p. 1-7. 1994.

BIANCO, A.; PILLEGGI, C.; ANGELILLO, I. F. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. **Public Health**, v. 17, n. 4, p. 250-55, 2003.

BIF, M. W. **Os desafios no cuidado de Enfermagem ao atendimento do idoso em urgência e emergência**. 2011. 86 f. Monografia (Especialização em enfermagem em Assistência em urgência e emergência) – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Santa Catarina, Criciúma, 2011.

BILLOTA, C. et al. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. **Aging & Mental Health**, v. 14, n. 8, p. 1024-1036, 2010.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográficas dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.25, n.1, p. 44-55, abril, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 de set, 1990

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de dez, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 04 de jan, 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez.1999.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às urgências**. Brasília, Ministério da Saúde, 3. ed. ampl, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 2011a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 de fevereiro, 2011b.

CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro:IPEA, 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N. **Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde**. XVI Encontro Nacional de Estudos populacionais, Caxambu – MG, 2008.

CARRET, M. L.V. **Demanda do serviço de emergência: características e fatores de risco para uso inadequado**. 2007. 231p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, BR-RS, 2007.

CARRET, M. L. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 1, p. 1069-1079, 2011.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. São Paulo: OPAS, p. 145-65, 2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.31, n.2, p.184-200, 1997.

CHAVES, L. D. P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto-SP, 1996-2003**. 2005. 159f. Tese (Doutorado em Sistema de Informação Hospitalar) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CORRÊA, C. S. **Famílias e cuidado dedicado ao idoso: como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso**. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Belo Horizonte, 2010.

DURAND, A. C. et al. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. **BioMed Central Emergency Medicine**, v.11, n.19, 2011.

GONÇALVES, A. V. F. **Avaliação do acolhimento no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na perspectiva da pessoa idosa.** 2011. 111f. Dissertação (Mestrado em Saúde do idoso) – Escola de enfermagem da UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GRUNEIR, A.; SILVER, M. J.; ROCHON, P. A. **Review: Emergency Department Use by Older Adults: A Literature Review on Trends, Appropriateness, and Consequences of Unmet Health Care Needs.** Disponível em: <http://mcr.sagepub.com/content/68/2/131> Acesso em: 10 de jun. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2010.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociedade Rural**, v.43, n. 1, 2005.

LEMOS, N; MEDEIROS, S. L. Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, E. V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1227-1233.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):735-743, mai-jun, 2003.

LOUVISON, M.C.P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y.A.O. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo. V. 42, n.4, p.733-740, 2008.

MENDES, A.C.G. Qualidade da assistência de urgência e emergência: triangulando métodos e resultados. In: Mendes, A. C. G. **Delicadeza esquecida – avaliação da qualidade das emergências.** Recife: Editora Universitária UFPE; p. 105-19, 2010.

MENDES, A. C. G.; TAVARES, R. A. W. A rede hospitalar brasileira e a transição demográfica: Novas exigências para a assistência hospitalar. **Revista do Ministério Público de Pernambuco**, Recife, v. 5, p. 37-46, 2006.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1999.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.28, n.5, p.955-964, mai, 2012.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS – acolhimento com avaliação e classificação de risco:um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> Acesso em: 25 de novembro de 2012.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Envelhecimento e dependência : desafios para a organização da proteção social. Analía Soria Batista, Luciana de Barros Jaccoud, Luseni Aquino, Patrícia Dario El-Moor. **Coleção Previdência Social**; Brasília: MPS, SPPS, v.28, 160p. 2008.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.

OLIVEIRA, G.N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, maio-jun, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 3ª ed. rev. São Paulo: Edusp, 1996.

\_\_\_\_\_. **What about boys?** A literature on the health and development of adolescent boy. Geneva, 2000.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.757-68, 2007.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, set-out, 2011.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.4, p.687-707, 2002.

PORTO ALEGRE. **OBSERVAPOA**. Observatório da cidade de Porto Alegre. Prefeitura de Porto Alegre:2011. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?reg=215&p\\_secao=17](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?reg=215&p_secao=17)> Acessado em: 15 de maio de 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre :23/09/2011. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. Disponível em :< <http://www.scp.rs.gov.br/atlas/default.asp>>. Acesso em 25 de maio de 2013.

ROSA, T. E. C. Redes de apoio Social. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento**: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu, p.203-217, 2004.

SAAD, M. P. Transferência de apoio Inter geracional no Brasil e na América Latina. In. CAMARANO, A. A (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

SERBIM, A. K. **Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência**. 2012. 122f. Tese (Mestrado em Saúde do idoso) – Escola de enfermagem da UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SERBIM, A. K.; GONÇALVES, F. V. A.; PASKULIN, G. M. L. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.34, n.1, p.55-63, 2013.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n.4, p. 897-908, 2004.

SIMONS, D. A. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família**. 2008. 160f. Tese (doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2008.

SILVA, V. P. M. et al. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.36, n.4. outubro-dezembro, p.18-27, 2007.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol.38, p. 687-94, 2004.

SOUZA, B.C.; FELIPPE, E.B.; SILVA, R.M. Perfil da Demanda do Departamento de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, vol. 38, n.2, p.73-79, 2009.

SOUZA, A. I.; SILVER, L. D.; GRIEP, R. H. Apoio social entre idosos de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Acta paul. enferm**. São Paulo, vol.23, n.5, Sept – Oct, 2010.

VALERA, R. B; TURRINI, R. N. T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Ciencia y Enfermeria**, Concepción, v.15, n.2, p. 87-95. 2008.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3. p.705-15, maio-junho, 2003.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 23, n.10, p. 2463-2466, out, 2007.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul**, v.23, n.1, p.5-26, 2006.

**ANEXO A – MINI-EXAME DE ESTADO MENTAL**

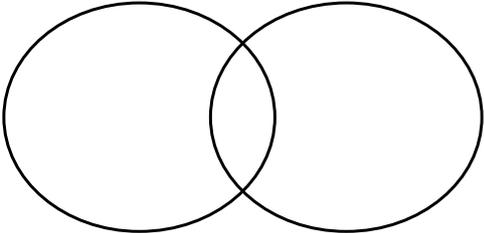
**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

Pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Turno/horário: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ instrumento: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 prontuário: \_\_\_\_\_

<p>B1) Orientação Temporal – Anote 1 ponto em cada resposta correta e 0 nas incorretas</p> <p><i>Por favor, diga-me:</i></p> <p>Dia da semana (_____)</p> <p>Dia do mês(_____)</p> <p>Mês(_____)</p> <p>Ano(_____)</p> <p>Hora aproximada (_____)</p> <p>Total (_____) (codificar somente o valor total)</p>	<p>BORITEM__</p> <p>BORITEM1__</p> <p>BORITEM2__</p> <p>BORITEM3__</p> <p>BORITEM4__</p>
<p>B2) Orientação Espacial - Anote 1 ponto em cada resposta correta e 0 nas incorretas</p> <p><i>Onde estamos?</i> (residência, hospital) (_____)</p> <p><i>Em que lugar estamos?</i> (sala, cozinha, pátio) (_____)</p> <p><i>Em que bairro estamos?</i> (_____)</p> <p><i>Em que cidade estamos?</i> (_____)</p> <p><i>Em que estado estamos?</i>(_____)</p> <p>Total (_____) (codificar somente o valor total)</p>	<p>BORIESP__</p> <p>BORIESP1__</p> <p>BORIESP2__</p> <p>BORIESP3__</p> <p>BORIESP4__</p>
<p>B3) Registro – Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote – Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo cinco repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e 0 para os que não foram.</p> <p><i>Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde</i></p>	<p>BREGTOT1__</p> <p>BREGTOT2__</p> <p>BREGTOT3__</p> <p>BNUMREP__</p>

<p><i>voltarei a perguntar. O(a) senhor (a) tem alguma dúvida?</i></p> <p>Lembrou=1 Não lembrou=0</p> <p>Árvore (___)</p> <p>Mesa (___)</p> <p>Cachorro (___)</p> <p>Total (___) (codificar valor total)</p> <p>Número de repetições (___) (codificar total de repetições)</p>	
<p>B4)Atenção e Cálculo – Marcar um ponto para cada cálculo ou letra correta</p> <p><i>Vou dizer alguns números e gostaria que contasse de trás para frente</i></p> <p><b>1 3 5 7 9</b></p> <p>(___) (___) (___) (___) (___) Resposta: 9,7,5,3,1</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><i>Soletre de trás para frente a palavra MUNDO:</i></p> <p>M U N D O</p> <p>(___) (___) (___) (___) (___)</p> <p>Pontuação total: (___) (codificar somente pontuação total)</p>	<p>BATCATOT1__</p> <p>BATCATOT2__</p> <p>BATCATOT3__</p> <p>BATCATOT4__</p> <p>BATCATOT5__</p>
<p>B5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO – Marca um ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem.</p> <p><i>Há alguns minutos, li uma série de palavras de três palavras e o (a) senhor (a) as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.</i></p> <p>Árvore (___)</p> <p>Mesa (___)</p> <p>Cachorro (___)</p> <p>Total (___) (codificar somente pontuação total)</p>	<p>BMEMEVO1__</p> <p>BMEMEVO2__</p> <p>BMEMEVO3__</p>
	<p>BLINGEM1__</p>



<p>Pontuação (___)</p> <p>B10) Diga ao idoso (a): <i>Por favor, copie este desenho</i></p> <p>Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver dois círculos interseccionados.</p>  <p>Pontuação (___)</p> <p>PONTUAÇÃO TOTAL MEEM: (___/30)</p>	<p>BDESEN__</p>
---	-----------------

Some as respostas corretas anotadas nas perguntas B1 a B10 e anote o total. A pontuação máxima é de 30. Se a soma for igual a 12 pontos ou menos, solicite que o acompanhante responda a entrevista.

## ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS DO TRABALHO MAIOR



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DA ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

### CARTA DE APROVAÇÃO

**Projeto PG. MS. :** 57/2010  
**Versão:** 01/2011

**Pesquisadores:** Andreivna Kharenine Serbim e Profa. Lisiane Manganeli Girardi Paskulin

**Título:** REDES E APOIO SOCIAL PERCEBIDO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 20 de Janeiro de 2011.

Prof. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora da COMPESQ/EENF

**Eliane Pinheiro de Moraes**  
Coordenadora Compesq  
EEnf - UFRGS

## ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA/ HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 110023

**Versão do Projeto:** 14/04/2011

**Versão do TCLE:** 26/04/2011

**Pesquisadores:**

ANDREIVNA KHARENINE SERBIM

LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN

**Título:** Redes e apoio social percebido de idosos usuários de um serviço de emergência

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 02 de maio de 2011.

  
Prof. Nadine Clausell

Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

## **ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS DO PRESENTE TRABALHO**

### Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

**Projeto Nº:** 24255

**Título:** PERFIL DOS IDOSOS CLASSIFICADOS COMO NAO URGENTES EM UM SERVICO DE EMERGENCIA

**Projeto aprovado em 13/03/2013 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM**

## APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “REDES E APOIO SOCIAL PERCEBIDO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA”. O objetivo da pesquisa é conhecer quem são as pessoas e serviços/instituições que auxiliam e apóiam o idoso que está sendo atendido no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Será realizada uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos.

Caso o idoso não tiver condições de responder à entrevista, a mesma será realizada com o acompanhante, que participará da pesquisa. Pedimos que você tente se colocar no lugar do idoso que está acompanhando e responda às perguntas como se fosse ele. Em nenhum momento seu nome ou do idoso que você acompanha aparecerá nos resultados apresentados.

Caso o idoso resida no município de Porto Alegre, a pesquisadora solicita autorização para realizar uma visita na residência após contato telefônico, duas semanas após atendimento ou internação. Na sua residência, algumas perguntas da primeira entrevista serão repetidas.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será em duas vias, ficando uma via com o Sr(a) e outra com a pesquisadora responsável. As informações coletadas no decorrer da presente pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa, e serão divulgadas em trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária e lhe será garantido o direito de desistir dela a qualquer momento em que assim o desejar. Sua desistência não trará nenhum prejuízo no atendimento no HCPA. A participação nesta entrevista não oferece riscos para a sua saúde, apenas um desconforto em relação ao tempo para realização da mesma. A pesquisa traz como benefício conhecer as redes de apoio dos usuários idosos, em um momento de agravo nos quais mais necessita de apoio de uma rede formal e informal, auxiliando o planejamento em saúde.

A pesquisa é realizada pela enfermeira Andreivna Kharenine Serbim, mestranda do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da professora e enfermeira Lisiane M. Girardi Paskulin e as pesquisadoras estão à disposição para esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa do estudo.

Assim, declaro que estou ciente dos objetivos, justificativa e benefícios da pesquisa em questão e concordo em participar da mesma. Fui também informado: da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida, da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para mim ou a pessoas a qual acompanho, da segurança de que não serei identificado e que será mantida a confidencialidade das informações relacionadas à minha pessoa.

Nome do idoso: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/2011.  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_  
 Assinatura do acompanhante: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_  
 Telefone contato: 9361-7526/3012-8282 Telefone Comitê de Ética em Pesquisa: 3359-7640



(5) outro _____	
A8) Estado conjugal (1) casado (2) viúvo (3) divorciado, separado ou desquitado (sem companheiro atualmente) (4) solteiro (nunca casou)	AESTCIV ____
A9) Renda familiar (Salário-mínimo)  (1) sem rendimentos (2) até 1 S.M (3) de 1 até 2 S.M (4) de 3 até 4 S.M (5) de 5 até 6 S.M (6) de 7 até 8 S.M (7) de 9 até 10 S.M (8) acima de 10 S.M	ARENDAF ____
A10) Com quem mora?  (1) só (2) cônjuge (3) filhos (4) netos (5) outros _____	AMORA ____  Mais de 1 opção:  AMORA1 ____  AMORA2 ____
A11) Número de filhos (vivos)  (0) nenhum ____ - filhos	AFILHO ____
A12) Número de pessoas residentes no domicílio  _____	ARESID ____
A13) Estado de saúde auto-referido  (1) muito ruim	AESTSAU ____

<p>(2) ruim</p> <p>(3) regular</p> <p>(4) bom</p> <p>(5) muito bom</p>	
<p>A14) Morbidade autorreferida</p> <p>_____</p>	<p>AMORBID _____</p>
<p>A15) Tipo de apoio recebido da família</p> <p>(1) dinheiro</p> <p>(2) cuidado pessoal</p> <p>(3) auxílio para se locomover</p> <p>(4) moradia</p> <p>(5) não recebe</p> <p>(6) outros _____</p>	<p>APRECEB_____</p> <p>Mais de 1 opção:</p> <p>APRECEB1_____</p> <p>APRECEB2_____</p>
<p>A16 ) Forneceu apoio à família</p> <p>(1) cuidar de neto</p> <p>(2) moradia</p> <p>(3) dinheiro</p> <p>(4) serviços</p> <p>(5) não fornece</p> <p>(6)outros _____</p>	<p>AFORN _____</p> <p>Mais de 1 opção:</p> <p>AFORN1_____</p> <p>AFORN2_____</p>
<p>A17) Recebe ajuda de alguma instituição formal?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p>	<p>ARECEB _____</p>
<p>A18) Se recebe, qual a fonte do apoio formal?</p> <p>(1) Governo municipal</p> <p>(2) Igreja</p> <p>(3) Governo Estadual</p>	<p>AFONTE_____</p>

(4) Escola Pública (5) Serviço de Saúde (6) Outro _____	
A19) Tipo (1) Cesta Básica (2) Benefício Prestação Continuada (3) Medicamentos (4) Moradia (5) Outro _____	ATIPO_____
A20) Frequência (1) Mensal (2) Temporário	AFREQ_____