

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA ADULTO CRÍTICO
SERVIÇO SOCIAL

VANESSA SOARES PATTA

AS INIQUIDADES EM SAÚDE VIVENCIADAS PELA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO
DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO SUL DO BRASIL: NOTAS A
PARTIR DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO HOSPITALIZADO

PORTO ALEGRE

2022

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA ADULTO CRÍTICO
SERVIÇO SOCIAL

Vanessa Soares Patta

As iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa no Serviço de Emergência de um Hospital Público do Sul do Brasil: Notas a partir do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado

Trabalho de conclusão do curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Adulto Crítico, curso de pós-graduação *latu sensu* da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA),

Orientador: Rosana M. de Lima

Porto Alegre

2022

RESUMO

Observa-se o aumento da expectativa de vida, levando idosos e idosas a acessar de forma mais frequente os serviços de saúde, em especial, os voltados a Rede de Urgências e Emergências, considerada como uma das portas de entrada no Sistema Único de Saúde (COSTA et.al., 2020). Torna-se pertinente problematizar como este ponto de atenção elabora a assistência a esta população, sem ignorar a heterogeneidade do envelhecer no Brasil, marcado por aspectos da estrutura social desigual, resultando nas chamadas iniquidades em saúde. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde o ano de 2019, vem imbuindo esforços para qualificação da assistência voltada à pessoa idosa, engloba-se em especial, a criação do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, a qual atenta para pontos que perpassam a velhice, bem como, sinaliza condutas a serem desencadeadas. O objetivo deste estudo é analisar como este Protocolo incorporado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre contribui no atendimento as iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa. Optou-se pelo tipo de pesquisa qualitativa, classificada como exploratória. A coleta de dados foi dividida em dois momentos: pesquisa documental, tendo o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado como fonte e entrevistas semiestruturadas. A análise dos resultados se deu por meio de análise de conteúdo (Bardin, 2011). Diante dos dados obtidos no estudo, pode-se considerar que o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado sinaliza pontos da discussão sobre as iniquidades em saúde manifestadas pela pessoa idosa hospitalizada no serviço de emergência. Este, por mais objetivo e operacional que pareça, gera nos sujeitos viabilizadores do direito à saúde a expansão do conhecimento sobre aquilo que se intervém, onde a partir de novos questionamentos das práticas profissionais, passam a promover a criação de uma cultura institucional que vá ao encontro de respostas às demandas da pessoa idosa hospitalizada. Como forma de potencializar estes processos e criar formas de enfrentamento à realidade que se coloca, identificou-se um necessário adensamento de espaços onde propiciem que estas discussões ultrapassem a capacidade individual de reflexão e se una aos demais sujeitos que compõem o serviço de emergência hospitalar. No entanto, movimentos importantes têm sido reconhecidos e elaborados pela equipe assistencial frente às implicações das iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa, como é o caso da atuação multidisciplinar impulsionado pelos profissionais. Outrossim, este estudo além de responder aos objetivos propostos, propiciou identificar os desafios da relação entre Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado e sua operacionalização dentro do Serviço de Emergência Hospitalar, evidenciando questões caricatas do espaço, como a superlotação, equipe reduzida e as problemáticas dos acompanhantes e sua permanência junto à pessoa idosa hospitalizada.

Palavras-chave: Iniquidades em saúde. Pessoa idosa. Emergência Hospitalar.

ABSTRACT

There is an increase in life expectancy, leading the elderly to access health services more frequently, in particular those aimed at the Urgency and Emergencies Network, considered as one of the gateways to the Unified Health System (COSTA et.al., 2020). It is pertinent to problematize how this point of attention develops care for this population, without ignoring the heterogeneity of aging in Brazil, marked by aspects of the unequal social structure, resulting in the so-called health inequities. The Hospital de Clínicas de Porto Alegre, since 2019, has been making efforts to improve care for the elderly, including the creation of the Protocol for Assistance to the Hospitalized Elderly person, which pays attention to points that permeate the old age, as well, signals behaviors to be initiated. The aim of this study is to analyze how this Protocol, incorporated in the Emergency Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, contributes to meeting the health inequities experienced by the elderly. We opted for the type of qualitative research, classified as exploratory. Data collection was divided into two stages: documentary research, using the Hospitalized Elderly Care Protocol as a source, and semi-structured interviews. The analysis of the results took place through content analysis (Bardin, 2011). In view of the data obtained in the study, it can be considered that the Protocol for Assistance to the Hospitalized Elderly person indicates points of discussion about the health inequities manifested by the elderly person hospitalized in the emergency service. This, however objective and operational it may seem, generates in the subjects that make the right to health viable the expansion of knowledge about what intervenes, where, from new questions about professional practices, they start to promote the creation of an institutional culture that goes to the finding answers to the demands of the hospitalized elderly person. As a way to enhance these processes and create ways of coping with the reality that arises, it was identified a necessary density of spaces where these discussions allow these discussions to go beyond the individual capacity for reflection and unite with the other subjects that make up the hospital emergency service. However, important movements have been recognized and elaborated by the care team in view of the implications of the health inequities experienced by the elderly, as is the case of the multidisciplinary action promoted by professionals. Furthermore, this study, in addition to responding to the proposed objectives, identified the challenges of the relationship between the Protocol for Assistance to the Hospitalized Elderly and its operationalization within the Hospital Emergency Service, highlighting ridiculous space issues, such as overcrowding, reduced staff and the problems of companions and their stay with the hospitalized elderly person.

Keywords: Health inequities. Elderly. Hospital Emergency.

SUMARIO

INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 INIQUIDADES EM SAÚDE	9
2.2 PESSOA IDOSA	10
2.3 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 GERAL:	14
3.2 ESPECÍFICOS:	14
4 PERCURSO METODOLÓGICO	15
4.1 TIPO DE PESQUISA	15
4.2 LOCAL DO ESTUDO	15
4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	16
4.4 COLETA DE DADOS	17
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	18
4.6 PRESSUPOSTOS ÉTICOS	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1 MANIFESTAÇÃO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	20
5.2 ASSISTÊNCIA À PESSOA IDOSA NOS SEUS MÚLTIPLOS CONTEXTOS COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO	26
5.3 O DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO HOSPITALIZADO	31
5.3.1 CONTRIBUIÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO NAS INIQUIDADES EM SAÚDE	31
5.3.2 O PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO HOSPITALIZADO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: ASPECTOS SINGULARES	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR PARA FONTE DOCUMENTAL	50
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTAS COM OS (AS) PROFISSIONAIS	51
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	52
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	58
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS	60

INTRODUÇÃO

As evidências estatísticas de que a população idosa aumentou significativamente no Brasil, reverbera o compromisso do Estado, instituições e o conjunto da sociedade, em promover a reflexão sobre as questões que transitam pela condição do envelhecimento humano, através de uma perspectiva multidimensional. Com uma maior proporção de idosos e idosas, o acesso deste grupo é mais frequente os serviços de saúde, em especial, os voltados a Rede de Urgências e Emergências, considerada como uma das portas de entrada no Sistema Único de Saúde (COSTA et.al, 2020).

Exemplo disso, é que no ano de 2019, o Serviço Social da Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre contabilizou 1.307 pessoas atendidas e, destas, 43% eram idosos na faixa etária entre os 60 e 79 anos de idade (HCPA, 2019a). Além disso, 13% do total ainda restante eram nomeados como Octogenários. Se somados, estes percentuais demonstram superioridade quando comparados a outros grupos etários¹. Diante disso, torna-se pertinente problematizar como este ponto de atenção elabora a assistência a esta população, sem ignorar a heterogeneidade do envelhecer no Brasil, marcado por aspectos da estrutura social desigual, resultando nas chamadas iniquidades em saúde.

Estas inquietações são fruto da inserção no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, enquanto residente de Serviço Social, através do Programa Adulto Crítico, que possibilitou intervir no número elevado de atendimentos a pessoas idosas hospitalizadas. Aliado a isso, está o desejo em dialogar com as interfaces do envelhecimento humano, de forma que considerem o processo singular, e ao mesmo tempo multidimensional, caracterizado por este campo de estudo.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde o ano de 2019, vem imbuindo esforços para qualificação da assistência voltada à Pessoa Idosa, tendo em vista a criação do Programa Institucional de Cuidados ao Paciente Idoso, onde inicialmente, centra suas ações a pessoas com idade igual ou maior que 75 anos, no âmbito da Emergência e Internações Clínicas e Cirúrgicas. Desde então, houve a organização de dois grupos de trabalho, sendo o consultivo e o executivo, compostos por equipe

¹ Crianças e Adolescentes entre 0 e 18 anos somaram 9%, já adultos entre 18 e 59 anos totalizaram 35% (HCPA, 2019).

multiprofissional, que elaboraram estratégias interventivas para o contexto de assistência.

Como um dos resultados, engloba-se em especial, a criação do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, o qual atenta para pontos que perpassam a velhice, bem como, sinaliza condutas a serem desencadeadas. No entanto, tendo como premissa pensar as iniquidades em saúde vivenciadas pela Pessoa Idosa, cabe questionar como este documento possibilita contribuir na identificação desta categoria, já que as iniquidades em saúde se caracterizam como “[...] um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil” (BUSS; FILHO, 2006, p. 2006), se problematizados os aspectos sociais.

De forma breve, Whitehead (2000) concebe que as iniquidades em saúde são parte de um processo desigual e injusto, cabendo destacar a forma agudizada como que pode vir a manifestar-se no período proveniente da velhice. Estas apreensões, são favorecidas pelos conhecimentos emergidos pela Gerontologia Social, a qual provocou debater a temática para além da exclusiva compreensão biológica demarcada inicialmente pela Geriatria, viabilizando compreender o envelhecimento e a velhice, correlacionado a aspectos societários e subjetivos, onde transitam expressões de desigualdade e opressões (TEIXEIRA, 2020).

Assim, mesmo que seja inegável o movimento orgânico e cronológico do corpo ao envelhecer, tal experiência não se faz de forma homogênea a toda população. É preciso considerar como as relações sociais se articulam com as condições de uma sociedade em um determinado nível das forças produtivas, bem como se movimentam a partir disto. Este panorama dinâmico e vivo, justifica a relevância também, de somar à compreensão biopsicossocial transversal sobre o debate, o que implica ainda, refletir sobre abordagens no campo da saúde, cada vez menos médico/hospital centradas, valorizando a construção do cuidado de forma participativa entre profissionais, serviços e usuários (as).

É no agregado destes elementos, que se evidencia a pertinência de estudos voltados às Pessoas Idosas articuladas à produção da assistência hospitalar, espaço que também torna oportuno o olhar multidimensional sobre a velhice. Além disso, compreende-se que o debate abrange a possibilidade de reflexão e expansão do conhecimento científico sobre a temática e fomenta a apreensão teórico-prática, na medida em que pode vir a elencar subsídios às práticas assistenciais tensionadas neste contexto de atuação.

Destaca-se que estes pressupostos caminham na direção de enfrentamento das atuais demandas de saúde pública, englobando o Serviço e os sujeitos que viabilizam o direito à saúde. Concebe-se que parte das contribuições da pesquisa, é poder agregar no processo de discussão e implementação do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através da provocação do debate. Assim, parte-se do seguinte problema de pesquisa: “De que forma o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, incorporado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, contribui no atendimento às iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa?”

O problema de pesquisa desdobra-se nas seguintes perguntas norteadoras: “Quais os aspectos sinalizadores das iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa no Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado?”; “Como a equipe assistencial do respectivo serviço de Emergência relaciona o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado com as iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa, na sua atuação profissional?” e “Quais são as ações de enfrentamento por parte da equipe assistencial do respectivo serviço de Emergência, voltadas às iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa?”

2 REVISÃO DA LITERATURA

Aqui, serão tecidas breves discussões sobre as categorias centrais do estudo de pesquisa, sendo elas: Iniquidades em Saúde, Pessoa Idosa e Serviço de Emergência Hospitalar, de forma que se articulem entre si.

2.1 INIQUIDADES EM SAÚDE

De acordo com Whitehead (2000), as iniquidades em saúde caracterizam-se por questões desiguais que perpassam a vida cotidiana de determinadas populações, nomeando-as como injustas e evitáveis. Tal cenário, envolve refletir a escassez de recursos transversais à renda, alimentação, trabalho, lazer, educação, e outros aspectos, que, quando fragilizados, influenciam a vida dos sujeitos e conseqüentemente, no processo de produção e proteção à saúde. A autora sinaliza, ainda, como esta categoria transcende as barreiras materiais e passa a manifestar-se através da falta de oportunidade, estigmas e opressões, jogando determinados grupos populacionais à margem da sociedade, estando assim, suscetíveis a maiores vulnerabilidades.

Pela perspectiva social crítica, a autora Yamamoto (1999) possibilita interpretar estes elementos através das chamadas expressões da Questão Social, no qual se originam da organização desigual de classes, em que a sociedade atual se configura, sustentada na divisão social do trabalho e apropriação da força de trabalho.² Este conflito entre capital e trabalho, emerge tanto iniquidades transversais a diversos campos da vida em sociedade, como também, posições de resistência a estes processos por parte dos seres sociais, elucidando assim, um cenário dinâmico e político.

Este padrão de organização social e material é transversal às interfaces do envelhecimento, de maneira que “tanto ao longo da história como hoje em dia, a luta de classes determina a maneira pela qual um homem é surpreendido pela velhice” (BEAUVOIR, 2018, p.14). Tal menção, possibilita pensar a velhice como expressão

² Por força de trabalho ou capacidade de trabalho entendemos o complexo [Inbegriff] das capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade [Leiblichkeit], na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento sempre que produz valores de uso de qualquer tipo (MARX, 2011, p. 312).

de um processo, composto por trajetórias de vida, “[...] atravessado por demarcadores geradores de diferenças e de desigualdades, dentre eles os de classe social, de gênero/sexo, de etnia/raça e de idade/geração [...]” (TEIXEIRA, 2018, p. 127).

Cabe ressaltar que estas apreensões mobilizaram parte da sociedade brasileira a buscar esforços para o enfrentamento das refrações das iniquidades na vida da população em geral, pauta transversal à saúde pública. O Sistema Único de Saúde, criado através da lei 8.080 de 1990, ao definir a equidade como um dos seus princípios doutrinários, organiza-se através da interligação de serviços com diferentes níveis de atenção, direcionando os atendimentos a cada especificidade em saúde, além de inferir que a elaboração da assistência, esteja em consonância às necessidades sociais de um grupo ou indivíduo (FIOCRUZ, 2020).

Diante deste conjunto interpretativo, pode-se apreender que os elementos relacionados às iniquidades em saúde, estão alocados nos múltiplos aspectos da vida cotidiana. A reflexão aqui elucida a imprescindível ideia de refletir a manifestação deste fenômeno, principalmente quando pensado na velhice, como expressão de um longo processo demarcado por violações e/ou limitação de direitos fundamentais. Para continuidade das reflexões, o próximo tópico dedica-se a discutir a Pessoa Idosa e seus signos na sociedade, aliado ao resgate de alguns avanços que representaram o reconhecimento deste segmento enquanto sujeitos de direito e oportunizaram conquistas de caráter protetivo no âmbito brasileiro.

2.2 PESSOA IDOSA

De acordo com o Estatuto do Idoso, considera-se Pessoa Idosa aquela com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003), no entanto, os aspectos que envolvem esta fase da vida extrapolam o demarcador de idade, importando reportar-se aos demais fatores intrínsecos a esta experiência. O envelhecimento é parte da condição humana, sendo assim, “[...] definido como um fato orgânico previsto em nosso código genético, que implica deterioração, declínio, redução de funções e limitações diversas nessa etapa da vida humana (TEIXEIRA, 2018, p. 128). Todavia, deve-se ponderar aspectos constituintes da própria conjuntura da sociedade, onde podem diferenciar-se de outros elementos presentes no percurso histórico da humanidade, em diferentes tempos e espaços.

Exemplifica-se esta afirmação, quando, ora são considerados sinônimo de autoridade moral diante da condição de idade avançada, e em outros momentos, são identificados como um peso inativo para coletividade (CAPUCHA, 2014). Tais representações são condições, fruto da interferência de valores voltados a esta fase processual da vida, pois, “cada sociedade cria seus próprios valores [...]. A velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; ela não é somente um fato biológico, mas também cultural” (BEAUVOIR, 2018, p.15).

Tal cenário evoca o quão necessário torna-se discutir as múltiplas vivências do envelhecer, sem mascarar elementos constituintes da realidade concreta, avanço recente se comparados a séculos de análises essencialmente biológicas e unilaterais votadas a temática³. No atual modo de produção capitalista, tachado como equação que funde e impacta as relações coletivas, paradigmas conservadores direcionados à velhice, perpetuam características de rechaço e descarte, no qual espraiam-se no imaginário social dos sujeitos. Dessa forma, a velhice:

Como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence (BEAUVOIR, 2018, p.13).

Neste movimento, avanços vão sendo conquistados, acompanhados das inovações da medicina e do progresso dos sistemas de proteção social voltados à pessoa idosa, resultando assim, num novo patamar de qualidade de vida. A longevidade identificada pelos marcadores estatísticos no Brasil, é manifestação disso, que sem dúvidas “[...] não se deve a nenhuma mutação genética, mas sim a mudanças econômicas, sociais e políticas profundas” (CAPUCHA, 2014, p.117).

O Brasil, ao reformular a perspectiva de Seguridade Social, embasado no tripé da Assistência Social, Saúde e Previdência (BRASIL, 1988), conquista esta aliada às lutas sociais e de reivindicação da sociedade civil, também proporcionou o impulso para o reconhecimento das necessidades e demandas da Pessoa Idosa. Esta ascensão nas políticas de proteção oriundas do Estado, iniciou o deslocamento de ações de direcionamentos pontuais, para a amplitude do público-alvo, num

³ Beauvoir (2018), dedica-se a discutir estes aspectos no capítulo I “Velhice e biologia”.

horizonte universalista de cobertura, ainda que parem as contradições (SILVA *et.al*, 2013).

A partir deste ponto, são elaboradas políticas, portarias e serviços, para então se pensar a viabilização dos recursos e práticas de atendimento. Destaca-se a Política Nacional para os Idosos (PNI) de 1994, a Política Nacional de Saúde do Idoso em 1999, o Estatuto do Idoso de 2003, a portaria GM/MS nº 399 de 2006 que evidencia a operacionalização do Pacto pela Saúde, além da portaria GM nº. 2.528, também do ano de 2006, que sinaliza a prioridade do atendimento a pessoas idosas na atenção primária e demais especialidades de média e alta complexidade (SILVA *et.al*, 2013). É neste contexto de evoluções, que o próximo tópico aborda o Serviço de Emergência, parte da rede de assistência à saúde voltada à pessoa idosa e foco deste estudo.

2.3 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

O sistema de saúde desenvolvido no Brasil é pautado por princípios e diretrizes, que englobam a perspectiva pública e universalista de acesso, sendo estes, materializados por meio da integração entre diferentes serviços, tanto no campo da saúde, como nas demais políticas setoriais. Pensar a organização das ações que mediarão o cuidado em saúde, envolve apreender as diferentes demandas emergentes do contexto em que os sujeitos vivem, sejam elas, culturais, epidemiológicas, sociais ou econômicas.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) de 2003, constituída por portarias e normas operacionais básicas, que mais tardar subsidiou a criação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no ano de 2011, é exemplo nítido destes aspectos, pois ratifica a importância de:

[...] considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, no qual se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC). Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas (BRASIL, 2013, p. 09).

Esta rede, configura-se através de pontos de atenção, tendo como dinâmica principal a articulação entre atenção primária e demais serviços que demandam tecnologias com caráter mais complexo. A rede destinada a urgências e emergências, divide-se entre especialidades clínicas, cirúrgicas, traumatológicas pediátricas, psiquiátricas, ginecológicas e obstétricas, e assim, caracteriza-se como porta de entrada no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Destaca-se como potencial serviço desta rede, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), que demonstra a relevância da resolutividade, na medida que possibilita “ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde [...] mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada” (BRASIL, 2013, p. 25). Aliados a isso, evidencia-se também, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Componentes da Atenção Hospitalar, leitos de retaguarda, a implementação de protocolos e linhas de cuidado, direcionados às demandas presentes no contexto de atendimento (BRASIL, 2013).

Como expressão concreta desta organização, o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, funciona durante 24 horas por dia e atende demandas com necessidades de intervenção clínica médica, cirurgia geral, ginecológica e obstétrica (até 20 semanas) e pediátricas, priorizando o atendimento de situações graves (HCPA, 2020). Como considerado inicialmente, este foi um dos primeiros espaços para implementação do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, no ano de 2020, onde segue em processo de desenvolvimento pela equipe assistencial. De tal forma, também demonstra a considerável contribuição para se pensar a linha de cuidado voltada à pessoa idosa.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL: Analisar como o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado incorporado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre contribui no atendimento às iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa.

3.2 ESPECÍFICOS:

1 Identificar no Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado aspectos sinalizadores das iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa;

2 Elucidar a relação que a equipe assistencial do respectivo Serviço de Emergência estabelece com o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado e as iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa, na sua atuação profissional;

3 Reconhecer as ações de enfrentamento, por parte equipe assistencial do respectivo Serviço de Emergência, voltadas às iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este item irá discorrer sobre o caminho metodológico da pesquisa, que com base em Gil (2008), é o processo que envolve o conjunto de etapas que irão subsidiar as ações para o alcance dos objetivos traçados inicialmente, bem como, o modo como estes resultados serão interpretados e analisados. Em complementaridade, para Minayo (2002, p.14):

[...] a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

4.1 TIPO DE PESQUISA

Tendo em vista o objetivo geral estabelecido, optou-se pelo tipo de pesquisa qualitativa, classificada como exploratória. A pesquisa qualitativa proporciona a imersão de elementos não quantificáveis devido o objeto de estudo possuir uma gama de significados multidimensionais, que irão expressar signos, valores e experiências, que dialogam com o meio no qual os sujeitos estão inseridos (MINAYO, 2002). Assim, “[...] não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p.24).

Já a classificação da pesquisa como exploratória, converge a estes aspectos, uma vez que, “estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito [...]” (GIL, 2008, p. 41). Esta classificação, além de possibilitar relacionar o objeto de estudo com a realidade prática, viabilizou a pesquisadora a apropriar-se do cenário de investigação, captando complementares apreensões.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O espaço dedicado para este estudo foi um dos pontos de atendimento da Rede de Urgências e Emergências, denominado Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do estado do Rio Grande do Sul.

4.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O universo de participantes da pesquisa foram os (as) profissionais que desenvolvem a assistência no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A amostra foi do tipo não probabilística intencional, isto é, “[...] uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população) [...]” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p.41).

Já que o intuito da pesquisa “[...] não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p.24), a amostra foi composta por 8 profissionais, constituintes da equipe multiprofissional no Serviço de Emergência, das seguintes áreas: Serviço Social; Psicologia; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição e Medicina. Parte-se da perspectiva que a metodologia proposta pela pesquisa qualitativa oportuniza que sejam privilegiadas as narrativas dos sujeitos que compõem o cenário investigativo, o modo como encaram e experienciam suas vivências. Dessa forma:

Como não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivências, não trabalhamos com amostras aleatórias, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa (MARTINELLI, 1999, p. 24).

Ressalta-se que não houve identificação dos sujeitos participantes, pois o processo de investigação e análise dos dados respalda-se no critério ético de manutenção do sigilo voltado aos respectivos núcleos e/ou categorias profissionais, sem que haja a personificação das opiniões.

Durante a coleta de dados, utilizou-se a técnica de saturação, pois compreende-se “que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões” (MINAYO, 2017, p. 10).

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Profissionais que atuam na assistência direta aos pacientes e pertencentes à equipe multiprofissional;
- Profissionais que apliquem o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado nos seus respectivos processos de trabalho;
- Profissionais que prestem assistência aos (às) pacientes atendidos na especialidade clínica do Serviço de Emergência.

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se:

- Profissionais que não façam parte da escala fixa de trabalho do Serviço de Emergência;
- Profissionais que prestam assistência no turno da noite e aos finais de semana.

4.4 COLETA DE DADOS

Para responder ao primeiro objetivo específico, compreendeu-se a necessidade da usabilidade de pesquisa documental, onde tem como principal característica a fonte de documentos, no qual “não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2008, p. 45). Assim, o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado foi a fonte utilizada para parte das contribuições na coleta dos dados, no qual encontra-se disponível no Sistema AGHUse. Para guiar esta coleta, se fará uso de Roteiro Norteador (APÊNDICE A).

Os objetivos específicos, dois e três, foram respondidos a partir do desenvolvimento de Entrevistas, no qual é:

entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos. Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado dela. Já, num outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (NETO, 2002, p. 57).

A entrevista constituiu-se de forma semi-estruturada (APÊNDICE B), englobando um misto de perguntas abertas, e outras, previamente fechadas (NETO, 2002), sendo inicialmente gravadas mediante autorização e logo após, transcritas.

Diante do atual momento pandêmico causado pela COVID-19, a entrevista ocorreu em sala previamente reservada, respeitando a necessidade de distanciamento social entre pesquisadora e participante, bem como, uso obrigatório de máscara e protetor facial. Na impossibilidade de realização presencial, as mesmas ocorreram via plataforma digital Google Meet.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Aqui, será elucidada a forma de interpretação dos dados da pesquisa, que se caracteriza como fruto do conjunto de esforços dedicados nas etapas anteriores. Para isso, optou-se pela utilização de análise de conteúdo, pois ela possibilita “[...] encontrar respostas para as questões formuladas e podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses)” (GOMES, 2002, p. 74). Esta técnica foi aplicada tanto para análise documental, quanto para as falas oriundas das entrevistas.

A partir daqui buscou-se não apenas expor e descrever os dados, como também, interpretá-los através de conhecimentos científicos sobre a realidade que se investiga. Bardin (2011) orienta que a análise de conteúdo é dividida em três fases. A fase da pré-análise caracteriza-se pelas preliminares, aproximações e apreensões do material coletado, organização e categorização dos dados (BARDIN, 2011). A autora também sinaliza que este, também, é o momento de classificar quais aspectos estão elegíveis para responder ao problema de pesquisa.

Com esta etapa vencida, é momento de desvendar a segunda fase, nomeada como exploração do material, onde indica o ato de aprofundar-se sobre a investigação dos dados e dos temas subjacentes a eles (BARDIN, 2011). O tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação são quando:

O analista, tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011, p. 127).

Esta foi a fase apropriada para a pesquisadora interpor sobre os dados a lente interpretativa final, calcada por preceitos teóricos científicos e articulados ao movimento concreto da realidade. Considerando a presença da fonte documental no

item correspondente ao “4.4 Coleta de Dados”, vale sinalizar que sua análise, além das premissas destacadas até então, possuíam como característica, a passagem de “um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)” (BARDIN, 2011, p.47), emergindo novas significações e perspectivas.

4.6 PRESSUPOSTOS ÉTICOS

Como forma de assegurar os preceitos éticos na pesquisa, onde abrangeu seres humanos e documento oriundo da instituição que faz parte da rede de assistência à saúde, o processo de coleta e análise dos dados, foi guiado pela Resolução nº 510 (BRASIL, 2016) e nº 466 (BRASIL, 2012). Ademais, ressalta-se que a fase de coleta de dados só teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), sob o nº 4.585.780 (ANEXO A).

Já no processo de coleta, inicialmente foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), orientando sobre os objetivos da pesquisa, forma de tratamento dos dados, riscos e benefícios, de forma clara e objetiva, preservando a confidencialidade do (a) participante. Com o aceite, foram coletadas assinaturas da pesquisadora e entrevistado (a), sendo por fim, ofertadas uma via do TCLE, para ambos. Além disso, o consentimento pode ser cessado a qualquer momento no decorrer da pesquisa, sem danos ou prejuízo ao (a) participante. As entrevistas foram gravadas e transcritas, mediante a autorização do (a) participante e irão ser guardadas por um período de cinco anos no setor de Serviço Social do HCPA, zona quatro. Após este intervalo de tempo, o material será destruído.

Já em relação a análise dos dados documentais, houve a preservação fidedigna da fonte, sem que ocorra a manipulação e/ou uso indevido das informações (ANEXO C). A socialização dos dados se dará na banca de apresentação do TCE e posteriormente com a publicação de artigos científicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve a participação dos oito sujeitos, como definido inicialmente, sendo seis deles do gênero feminino e dois do gênero masculino, possuíam faixa etária dos vinte aos cinquenta anos de idade, com experiência de atuação mínima no serviço de emergência de dois meses a doze anos, tendo ambos, especialização em andamento ou concluídas.

Através da fala dos sujeitos que compõem a equipe multiprofissional do serviço de Emergência, emergiram três categorias para responder ao problema de pesquisa, sendo elas: *Manifestação das iniquidades em saúde no serviço de Emergência; Assistência à pessoa idosa nos seus múltiplos contextos como ferramenta de enfrentamento e Desenvolvimento do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado*. A análise do documento ocorreu ao longo do desenvolvimento das categorias.

5.1 MANIFESTAÇÃO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

A categoria que concerne à *manifestação das iniquidades em saúde* no serviço de Emergência engloba dois pontos a serem evidenciados. O primeiro dedica-se à compreensão dos sujeitos a respeito do conceito de Iniquidade, que majoritariamente está relacionada à condição de ser oposta à equidade, um dos princípios organizativos Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se que através deste princípio as ações assistenciais e de gestão dos serviços de saúde estejam alinhados ao contexto local e ao perfil da população usuária para responder às necessidades dos diferentes grupos populacionais (FIOCRUZ, 2020).

Assim, os (as) entrevistados (as) pressupõem que a iniquidade em saúde impossibilita o atendimento às particularidades da população idosa, seus modos e condições de vida, impactando no modelo de atendimento proposto, como evidenciado na fala a seguir: “*Eu imagino que tenha haver com a não equidade [...]. Imagino que tenha relação com a questão do atendimento, ter os mesmos critérios independente dos sujeitos e das suas demandas, imagino que isso seja iniquidade*” (Sujeito 07). Contudo, o estudo sobre a temática das iniquidades em saúde

realizados por autores como Dahlgren e Whitehead que hegemonicamente orientam as discussões dos órgãos internacionais referente ao tema (CNDSS, 2008), amplia o debate e oferece subsídios para compreender o fenômeno:

As iniquidades em saúde fluem de padrões de estratificação social, ou seja, da sistemática distribuição desigual de poder, prestígio e recursos entre os grupos da sociedade. Como um crítico fator que molda as hierarquias sociais e, assim, condiciona as diferenças de saúde entre os grupos, "poder"⁴ exige análise cuidadosa de pesquisadores preocupados com a equidade em saúde e os DSS. Compreender os processos causais que estão por trás das iniquidades em saúde e avaliar de forma realista o que pode ser feito para alterá-los, requer a compreensão de como o poder opera em múltiplas dimensões das relações econômicas, sociais e políticas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007, p. 16).

Outrossim, a fala do Sujeito 07 provoca pensar que a viabilidade do acesso à saúde pública não implica só na disponibilidade de consultas, exames ou procedimentos de forma isolada e padronizada. É preciso compreender que este acesso, é, primordialmente, expressão do avanço da sociedade brasileira em pautar na agenda pública valores como a igualdade e justiça, considerando o contexto histórico de negação às necessidades básicas da população em geral. A reflexão inicial inferida pelo sujeito 07, é que, antes de tudo, torna-se importante questionar quem são os sujeitos alvo dos atendimentos, onde vivem, quais suas reais necessidades, que apreensões sobre o processo de saúde-doença perpassam seu domínio.

Pensar a respeito disso leva considerar que parte da população idosa fala de um lugar na sociedade, e por vezes, vivem a dura realidade da falta de acesso a recursos nos diversos campos da vida material e imaterial. É por isso que, o revés da iniquidade, a equidade, “reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e, portanto, merecem tratamento diferenciado, de modo a eliminar/reduzir as desigualdades existentes” (NUNES et.al, 2001, p.16).

O segundo ponto concomitante a esta discussão é a manifestação das iniquidades em saúde no serviço de Emergência. A busca pelo local transcende a única e exclusiva demanda por atendimentos clínicos, já que, alinhado a ela estão

⁴ O poder expressa na capacidade dos grupos favorecidos de moldar a agenda do debate público e da tomada de decisões de tal forma que os grupos desfavorecidos não tenham voz. Em um ainda mais profundo nível, os grupos dominantes podem moldar as percepções e preferências das pessoas, por exemplo, através controle dos meios de comunicação de massa, de forma que os oprimidos se convençam de que não têm queixas graves (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007, p. 16).

também sujeitos situados em condições históricas, condicionados a determinados modos de proteção e produção em saúde. Esta é uma apreensão que ainda desafia, visto que, possui um modelo organizativo de referência para especialidades clínicas de alta complexidade gerando uma alta demanda de atendimentos.

Como consequência, tem no seu foco principal a priorização da liberação de leitos, agilização de altas hospitalares e um olhar voltado hegemonicamente a diagnósticos e tratamentos. Na contramão deste olhar médico-centrado, fruto das mobilizações coletivas em prol dos princípios da reforma sanitária, é que se situam as falas das (os) profissionais quando elencam e consideram o contexto social dos usuários (as) que acessam este ponto da rede de atenção às urgências e emergências, como aqui descrito:

Eu sempre vejo que a gente tem que atender e poder pensar no contexto geral daquele sujeito, a gente não pode equiparar os atendimentos no sentido de que eu atendo de um jeito Maria e do mesmo jeito o João, não, a gente vai ter que pensar no contexto dele (Sujeito 07).

Nesse sentido, urge a necessidade de pensar nas desigualdades sociais e sua repercussão no processo de acompanhamento em saúde, o qual pode tornar-se uma barreira na continuidade dos tratamentos propostos após a concessão de diagnósticos médicos. Tal afirmativa, baseia-se no fato dos diagnósticos não representarem apenas uma implicação patológica, mas também surgem como “uma ferramenta analítica que serve como um prisma que reflete e lança luz sobre uma multiplicidade de problemas em saúde” (JUTEL; NETTLETON, 2011 apud ALVES, MIOTO, 2020, p. 13). O texto abaixo sugere esta reflexão:

[...] como eles vão conseguir as coisas? Porque ali dentro a gente consegue dar um suporte para eles - adequado dentro do que é possível no nosso espaço -, mas a gente sabe que quando eles chegarem em casa aquele tratamento talvez seja interrompido. O idoso ele vai ali pela agudização do que ele tem, a gente sabe que a doença dele não vai ser curada ali, então essa continuidade do atendimento acho que ela é bem impactada por essas desigualdades sociais (Sujeito 01).

Assim, a falta de condições necessárias para a continuidade do cuidado em saúde destes usuários (as), fora do ambiente hospitalar, também é expressão das iniquidades em saúde no dia a dia do serviço de emergência. Este cenário toma impacto não apenas no recurso destinado ao tratamento em saúde dos sujeitos,

como também, espalha-se por outros setores da vida em sociedade, manifestando-se através de “[...] privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social (CNDSS, 2008, p.11)

Outra faceta imbricada a estas desigualdades, manifestada na fala das (os) profissionais, é o binômio da instituição família e seu papel na promoção de cuidado e atenção às demandas da pessoa na velhice, que por vezes, foge à regra idealizada. Um dos exemplos é a relação entre a renda monetária da pessoa idosa, caracterizada como restrita à dependência por parte de outros integrantes do núcleo familiar, que acaba não só suprindo as necessidades pessoais da pessoa idosa, como também, dos demais sujeitos.

[...] tem aquele idoso que é o “sustentador” da família, não é esse o termo, mas o que provém todo o sustento da família, muitas famílias sobrevivem, não digo vivem, mas sobrevivem com o salário e aposentadoria de um idoso. Eu acho que essa questão financeira é algo bem difícil, pensando na nossa realidade hoje. Isso complica a questão da saúde, porque o idoso tem mais remédio, depende de uma locomoção diferenciada para ir até o hospital ou ir para o posto de saúde, então fico pensando nisso (Sujeito 07).

Este cenário de escassez de recursos financeiros se articula ao contexto das desigualdades sociais presente na fala do sujeito 01 e mostra o impacto da má distribuição de renda na sociedade contemporânea, da exacerbação do desemprego e subemprego dentro do núcleo familiar que a pessoa idosa integra. Conforme os indicadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021) o índice de desemprego no país teve um aumento exponencial desde o primeiro trimestre de 2020, permanecendo nesta curva até o último trimestre de 2021, o que representa estatisticamente o agravamento e precarização das condições de vida da população, principalmente no contexto pandêmico ainda em curso.

Propicia-se um contexto de sujeição a aposentadoria ou benefício da pessoa idosa, que por vezes, caracteriza-se como via exclusiva para manutenção das necessidades básicas. A outra face desta conjuntura é a quebra do imaginário da velhice como um período de descanso e usufruto das conquistas do trabalho progressivo, uma vez que, para parte da população idosa, a particular vinculação a Política de Previdência Social ou acesso a Benefício oriundo da Política de Assistência Social não é suficiente, submetendo-os a permanecer inseridos no mercado de trabalho, como exposto pelo sujeito 04:

[...] aquele idoso que talvez a gente fosse idealizar de “bom, agora é o momento dele ficar quietinho, estar sendo cuidado, estar mais do que sobrevivendo e sim curtindo a vida porque chegou o momento dele”, mas não, tem ainda uma questão econômica e que ele ainda precisa ser ativo, então eu acho que isso tem um impacto grande. Às vezes aqui a gente atende alguns idosos e a gente fala sobre a importância de se cuidar e eles trazem essa realidade. Nunca me esqueço de um idoso que eu atendi de 80 anos que trabalhava de porteiro a noite e na minha perspectiva é inadequado, no sentido de que é de noite, é muito pesado, ele é idoso e ele tem problemas de saúde, mas como que eu vou impor para ele essa mudança de realidade sendo que a fala dele é da necessidade “eu preciso, eu tenho que trabalhar [...]” (Sujeito 04).

Conforme Santos e Nascimento (2020, p.168), “a aposentadoria já não mais garante à pessoa idosa a possibilidade do atendimento de suas necessidades básicas e que muitos destes beneficiários se veem obrigados a voltar ao mundo do trabalho”, sendo este aspecto recorrente em muitos países. As autoras exploram o quanto a sociedade capitalista tem condicionado a manutenção da força de trabalho desta população, pois como visto através das falas, estes vêm ocupando financeiramente posições significativas nos núcleos familiares, além de cada vez mais demandarem acesso a produtos médico-hospitalares, insumos e medicamentos.

Esta realidade é expressão do contexto de precarização das políticas de seguridade social que acabam inviabilizando a qualidade de vida e proteção à exposição deste grupo aos agravos à saúde. O Estado, por sua vez, joga ações que potencialmente seriam administradas na perspectiva de garantia de direitos, para setores da sociedade civil, mercado e família (SANTOS; NASCIMENTO, 2020) responsabilizando-os no gerenciamento destes aspectos. Esta problematização teórica, toma expressão na fala da profissional que segue: *“[...] a desigualdade é bem grande porque as pessoas que têm dinheiro, se não puderem fazer, vão contratar alguém e quem não tem vai fazer o que dá” (Sujeito 01)*. Semelhante a ela, estão as impressões da entrevistada 08:

A gente vê dois abismos diferentes, é aquele idoso de 90 anos que tem uma família próxima, que tem uma renda razoável e que consegue se sustentar, e o oposto também é verdadeiro, é aquele idoso que tem uma rede familiar precária, que depende só da sua aposentadoria para pagar aluguel, medicamento, comida. Então eu vejo que tem duas situações aí que são completamente diferentes e que impactam totalmente no tratamento, tanto no cuidado de vida diário desses idosos, que são realidades totalmente diferentes (Sujeito 08).

A centralização das responsabilidades familiares dentro dos sistemas de proteção social não é algo recente, mesmo que potencializado na conjuntura do avanço neoliberal (HORST; MIOTO, 2017). Relega-se historicamente a esta instituição, principalmente no campo da saúde, atribuições onde não é considerado o modo e condição de vida dos usuários (as), que por vezes, caracterizam-se por vínculos familiares fragilizados ou rompidos, com rede de apoio restrita a amigos (as), vizinhos (as), assim como, ausência total de ambos sujeitos.

Tal centralidade da família, tanto como principal instância de provisão de bem-estar como de referência para a política social, define o caráter familista das sociedades latino-americanas. Familismo entendido como um padrão de interrelação reinante na sociedade, em que no nível macrossocial, na organização dos sistemas de proteção social, a família é colocada como instituição provedora central de bem-estar (HORST; MIOTO, 2017, p. 231).

Nas falas que seguem, a ausência da instituição família tem repercussão na atuação profissional e resulta na condição de vulnerabilidade social:

Até hoje eu estava conversando com a residente sobre alguns casos justamente sobre isso, sobre a vulnerabilidade dos pacientes que a gente encontra, sobre a fragilidade das situações em que eles se encontram. Tanto social, num contexto de que eles estão sozinhos na emergência, estão sozinhos na internação, alguns têm familiares que não comparecem e que não tem um vínculo tão firmado, outros porque não tem ninguém mesmo e isso esbarra com certeza na nossa atuação (Sujeito 06).

[...] eu acho que essa quebra dos vínculos familiares vem acarretando em muitas coisas e uma delas é a vulnerabilidade social (Sujeito 08).

Ambos discursos têm a premissa da instituição família como espaço emanado pelo sentimento de cuidado, porém, esbarram no oposto e vislumbram um contexto de desamparo por parte daqueles que não construíram ao longo de suas vidas relações extensas e afetuosas. Isso coloca o seguinte cenário para reflexão: o caráter histórico social da família na sociedade de classes, desmistificando um conceito “ideal”, que muitas vezes é concebido pelos profissionais a partir de suas experiências empíricas. Compreende-se que a instituição família situa-se no “conjunto das relações sociais, desmistificando a clássica divisão entre esfera pública e privada, reafirmando o seu caráter histórico e as suas relações contraditórias” (HORST; MIOTO, 2017, p. 238).

De tal modo, também produz a manutenção e reprodução de condutas opressoras, como todo e qualquer grupo de indivíduos presentes na sociedade. Através desta compreensão torna-se injusto desenvolver a discussão sobre o viés individualista, apontando casos isolados do grupo em questão, sendo necessário, mobilizar reflexões que incidam sobre que determinantes sociais, permeados por um caráter sociocultural, ideo-político e econômico que atravessam a concreta e material concepção de família.

As discussões aqui contempladas sobre a responsabilização da família tornam-se imprescindíveis para o desenvolvimento de uma cultura onde profissionais da saúde apropriem-se de condutas contra hegemônicas, pois, o que tem-se identificado é a perpetuação de discursos deslocados da estrutura macrosocial, gerando no nível microssocial, interpretações de cunho conservador sem considerar demais elementos agregados ao contexto. Com a mudança desta leitura, abre-se um espaço frutífero para a promoção do direito à saúde mais equitativo e comprometido com a realidade social atual da pessoa idosa na sociedade brasileira.

5.2 ASSISTÊNCIA À PESSOA IDOSA NOS SEUS MÚLTIPLOS CONTEXTOS COMO FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO

A segunda categoria faz menção ao cuidado e assistência à pessoa idosa, elaborada não só no ambiente hospitalar, como também, fora dele. Algumas falas evidenciaram a necessidade de refletir sobre o cuidado no domicílio, propiciados pelos apontamentos no Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, ampliando o olhar e intervenção profissional:

[...] o protocolo me mostrou essa importância do cuidado mais de acordo com o contexto desse idoso. Não só como paciente, mas da gente entender o que vai impactar, o que trouxe ele ao hospital e como ele vai voltar para casa (Sujeito 03).

Acho que a partir do protocolo como um todo a gente foi conseguindo identificar e sistematizar ações tanto internas como externas [...]. A gente pode pensar numa rede mais extensa do território, o posto de saúde, o Centro de Referência de Assistência Social, outros elementos que possam ser referência de suporte para aquela pessoa (Sujeito 04).

Pode-se inferir que os pressupostos acima vão ao encontro das diretrizes preconizadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, regulamentada pela portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, onde reverbera o compromisso com a atenção integral voltada à pessoa idosa, estimuladas mediante ações intersetoriais (BRASIL, 2006). Ou seja, para além da instituição hospitalar, também encontram-se outras políticas sociais e públicas (Assistência Social, Previdência Social, Habitação e outras) que podem somar-se à produção do cuidado ao passo que potencializam vínculos e acompanhamentos à nível longitudinal⁵.

Conforme discutido até aqui, as demandas e necessidades que a população idosa possui são variadas, remetendo a apreensão de que a velhice não se dá de forma homogênea a todos (as), pois é o “resultado histórico de todo o processo de vida de indivíduos que compõem as populações, cujo destino biológico será também determinado pelos condicionantes sociais que incidiram no processo vital [...]” (PAIVA, 2014, p. 244). Dessa forma, as respostas ao cenário exposto pelos profissionais de saúde da emergência podem ser enfrentadas mediante o suporte do protocolo, que se alia externamente a um conjunto articulado de políticas e serviços.

Aliado a menção da rede de serviços vinculados a políticas sociais e públicas que promovem suporte à pessoa idosa, é retomada a preocupação com a chamada rede de apoio, caracterizada pela presença de pessoas, vinculadas ou não a família, que prestam suporte aos (as) idosos (as):

A questão deles sem uma rede de apoio também é uma questão bem complicada, estão vulneráveis e têm a sua situação de saúde frágil e precisam de pessoas que os acompanhem para uma consulta ou para que venham com eles na emergência e não tem essa rede. É uma questão bem complexa e que a gente não consegue construir do dia para noite. [...] a gente sabe que historicamente nós fomos construindo relações familiares, algumas de conflito e outras de perdas desses vínculos e quando chega a velhice nem sempre é possível retomar esses vínculos, uns se perderam (Sujeito 04).

[...] maior dificuldade é a falta de suporte familiar, os vínculos frágeis que agora a gente vem percebendo também. Tem muitos filhos, mas não fala com nenhum deles e quem acaba cuidando é o vizinho, acho que isso tem acontecido cada vez mais (Sujeito 08).

Diante das falas, é possível compreender a importância das redes e sua relação com as redes sociais e comunitárias em saúde. Estas redes expressam-se

⁵ Cabe destacar que isso, não exclui o âmbito hospitalar como também sendo um espaço promotor de vínculos e humanização, e sim, que as suas ações podem se articular.

“como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos” (DAHLGREN; WHITEHEAD apud CNDSS, 2008, p. 79). De acordo com esta perspectiva, as relações estendidas à família, amigos (as) ou vizinhos (as) podem ser potencialmente consideradas mecanismo de suporte para situações difíceis e manutenção do cuidado.

Isso inclui o pertencimento a variados espaços e grupos, tanto como “[...] religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes de recreação também representam formas pelas quais grupos de pessoas mantêm-se em contato e estabelecem vínculos sociais” (CNDSS, 2008, p. 79).

Estabelecer uma relação entre as redes comunitárias e a compreensão de que “o envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar à incapacidade funcional” (BRASIL, 2006), torna-se imprescindível, tendo em vista que este, é um cenário que cotidianamente se coloca no espaço hospitalar: Pessoas idosas, com múltiplas comorbidades e doenças crônicas que limitam a condição física e tornam os sujeitos dependentes de cuidados:

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2006).

Na fala abaixo, a fala da profissional 06 evidencia que ao deparar-se com situações onde há a condição de fragilidade funcional e ausência da rede de apoio, intervir torna-se um desafio:

Hoje, por exemplo, estávamos atendendo um paciente que precisava de uma sonda, precisava de uma via enteral, mas ele vai para casa e me disse: Eu moro sozinho e não estou conseguindo ficar em pé, como eu vou pendurar a dieta? Então a gente esbarra nessas questões que não estão previstas no protocolo, nesse olhar mais ampliado. O que a gente faz com esse paciente que foge do padrão, que não tem ninguém, que precisa desse auxílio e que foge do que a gente espera (Sujeito 06).

Convém refletir que quando um paciente se encontra em situação de alta hospitalar e necessita da manutenção do cuidado por meio de curativos,

profissionais de saúde não se questionam o que fazer, a resposta é simples, pois, dependendo da complexidade do curativo este deve ser manejado via rede primária de saúde. No entanto, quando a discussão é direcionada para pensar sobre “quem vai cuidar deste paciente”, em um contexto de pessoa idosa frágil e sem referências de rede de apoio, às respostas imediatas tomam pouca expressão.

Assim, esbarra-se num cenário de ausência de recursos públicos destinados à integralidade das demandas oriundas desta população no atendimento às suas necessidades. Nas suas considerações sobre as múltiplas manifestações das desigualdades na velhice, Paiva (2014, p. 216) refere que “quando vejo o velho (a) de hoje, me reporto ao (a) jovem de ontem e à ausência de políticas, a omissão do Estado é transparente”. Diante disso:

O envelhecimento populacional demanda um investimento adicional, exercendo pressão sobre os recursos sanitários disponíveis, em um contexto onde os países precisam resolver problemas de saúde básicos que afetam, também, outros segmentos da população (PAIVA, 2014, p.213).

A autora corrobora com as reflexões deste estudo, quando compreende que a velhice não é datada e estática, ela é movimento e processo das vivências impostas pelo modelo de sociabilidade que condicionam os sujeitos a poucos acessos a bens e recursos produzidos coletivamente e usufruídos por uma pequena parcela da população, mediante a anuência do Estado. Ao centralizar as atenções para a velhice, percebe-se que a problemática dos cuidadores é expressiva, pois sua ausência pode ser definidora para o prolongamento das internações hospitalares e alvo de preocupação por parte das equipes de saúde, que por vezes, é direcionada para o Serviço Social.

A questão financeira impacta até nessa questão de cuidador, as vezes o paciente vai ficar acamado e restrito ao leito e não vai ter quem cuide. A rede familiar é bem diferente, a gente percebe que talvez com mais possibilidades a pessoa consiga contratar alguém para cuidar e a gente não percebe isso em todas as famílias, pois precisam trabalhar dia e noite e o idoso vai ficar sozinho em casa (Sujeito 01).

O fato é que o sistema de proteção social brasileiro “parece não ter incorporado o desafio que representa cuidar de pessoas idosas, reproduzindo formas que não asseguram a proteção social pelas políticas sociais” (FLORIANO, 2021, p.50). As famílias e idosos (as), ficam à mercê da própria organização, que

nem sempre cumpre as expectativas prescritas nas legislações devido à ausência de orientações e condições para tal, que por vezes, culminam na responsabilização e culpabilização do núcleo familiar. Percebe-se aqui a notória contradição entre o que é cobrado e o que é viabilizado por parte do Estado.

Este desfecho tem repercussão na autonomia da pessoa idosa, uma vez que, diante das demandas de cuidado às famílias deparam-se com a necessidade de buscar alternativas, que de forma trivial, acaba pela busca de espaços de acolhimento institucional e clínicas geriátricas. No entanto, o sujeito 04 pondera que:

Há a questão do conflito da autonomia versus suporte numa perspectiva de institucionalização. [...] quando a gente vê que aquela autonomia está restrita também deve-se pensar em alternativas que nem sempre vão ser de institucionalização, porque o próprio idoso está lúcido e orientado e não quer, então o protocolo tem nos colocado essas situações para refletir qual alternativa de cuidado que preserva a autonomia do idoso, mas que também não o deixe totalmente isolado, sozinho e sem suporte (Sujeito 04).

A institucionalização, principalmente nas situações que envolve a pessoa idosa dependente, é conduta que perpassa não só as famílias, como também, tem colocado-se como alternativa exclusiva aos profissionais de saúde, mais precisamente Assistentes Sociais que atuam de forma direta com estas demandas. Em um contexto de ausência da chamada *rede de apoio*, a busca por vagas públicas via Política de Assistência Social, mediante consentimento dos usuários (as), é posta como única via para apoio e manutenção do cuidado que necessitam.

Esta, além de mostrar-se um caminho de difícil acesso, visto a grande demanda e poucos recursos disponíveis para supri-la, também desencadeia e reforça a estigmatização da velhice:

Há uma tendência crescente à institucionalização, acompanhada da estigmatização e segregação da velhice, envolvendo principalmente velhas e velhos trabalhadoras (es) que passam a depender de um sistema de (des) proteção, protagonizado pela omissão do Estado e refilantropização, nos remetendo aos primórdios da assistência, quando o “objeto” dessa política perdia o status de cidadão para incorporar o de desqualificação, atribuído aos “pobres” assistidos (PAIVA, 2014, p.243).

Os aspectos que perfazem este contexto são emanados pela demora e sugerem uma série de critérios, dando um sentido burocrático e focalizado voltado apenas aos casos de extrema pobreza. Isso representa o distanciamento da pessoa idosa na condição de cidadão e gozo dos seus direitos fundamentais, num cenário

onde prevalece o perfil do “[...] velho (a) trabalhador (a) curatelado (a) em detrimento de sua emancipação” (PAIVA, 2014, p.243), descaracterizando a pessoa idosa como sujeito de direitos.

O processo imposto pelas desigualdades sociais evidencia a necessidade de reconhecer certos limites, pois, mesmo que diante da reflexão do sujeito 04 sobre a importância de compreender a autonomia para além da capacidade funcional, vivencia-se uma conjuntura na sociedade brasileira de contrarreformas no âmbito das políticas sociais, manifestando-se no cotidiano de atuação através da restrita autonomia da pessoa idosa no gozo dos seus direitos de escolha. Como visto até aqui, o simples fato de permanecer no seu território de identificação, tendo a viabilidade do atendimento às suas necessidades de forma plena, junta-se à agenda de desafios a serem enfrentados pela gestão pública.

5.3 O DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO HOSPITALIZADO

Neste item, toma destaque a reflexão sobre a contribuição do protocolo na identificação e intervenção nas iniquidades em saúde manifestadas no Serviço de Emergência do HCPA. No decorrer da análise os profissionais deram ênfase à pauta da identificação das vulnerabilidades, sensibilização da equipe a respeito do documento e as demandas da pessoa idosa, importância da equipe multiprofissional e atuação interdisciplinar, bem como, a criação de processos que potencializam os espaços de educação permanente em saúde relacionadas à velhice. Ademais, também reflete sobre os desafios que caminham junto do desenvolvimento e implementação do protocolo no serviço de Emergência.

5.3.1 CONTRIBUIÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO NAS INIQUIDADES EM SAÚDE

Identificou-se que a pauta relacionada às vulnerabilidades está presente no documento e também nas falas dos profissionais alvo do estudo. No Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, evidencia-se que “a avaliação clínica habitual pode não ser suficiente para identificar problemas prevalentes na população idosa

mais vulnerável, que se beneficia de uma abordagem multidimensional” (HCPA, 2019b, p. 3). O documento aborda dois tipos de vulnerabilidade: o primeiro se refere a *vulnerabilidade* na perspectiva restrita a funcionalidade⁶, e também, a *vulnerabilidade social*, que considera a limitação funcional, o contexto sociofamiliar e o acesso a bens e recursos.

O documento reconhece que as situações de *vulnerabilidade social* devem ser notificadas ao Serviço Social e fornece uma série de critérios que possibilita à equipe reconhecer a que situações se aplicam:

Paciente acima de 75 anos; Paciente de 60 a 75 anos com PRISMA-7 positivo; Paciente sem suporte familiar ou suporte frágil (ausência de familiares); Paciente em situação de rua; Paciente com cuidador idoso; Paciente sem renda ou com baixa renda familiar; Paciente dependente de tecnologia/equipamentos (oxigênio, órtese, prótese, cadeira de rodas); Paciente com necessidades de medicações/fórmulas nutricionais a serem fornecidos pelos Serviços de Saúde Municipal/Estadual; Paciente com indicação de insumos (sondas, curativos, equípos, fraldas) a serem fornecidos pelos Serviços de Saúde Municipal/Estadual; Paciente e/ou familiar responsável com histórico de uso de substâncias psicoativas; Paciente com histórico de violência familiar; Paciente com autonomia plena previamente à internação e que passa a apresentar algum grau de dependência (HCPA, 2019b, p. 9)

Estes critérios servem como gatilho para que a equipe possa estar atenta às situações que demandam maior atenção no decorrer da internação e nas situações e alta hospitalar da pessoa idosa. No entanto, as (os) entrevistadas (os) relatam que o trabalho com as vulnerabilidades sociais ainda se encontra fragilizado no campo ação:

Pelo menos na nossa área a abordagem é bem técnica [...]. A gente não tem nenhuma conduta a ser implementada ali mesmo sendo que eu verifico a vulnerabilidade e que eu vá chamar o Serviço Social, eu acho que tinha que ter uma chamada maior nesse sentido (Sujeito 01).

Eu acho que, talvez, o protocolo poderia focar um pouco, que na época eu questionei também ali, dentro dessas perspectivas de vulnerabilidades e na época eu fiz um instrumento para que a gente possa identificar essas questões (Sujeito 04).

A vulnerabilidade no campo da saúde coletiva pressupõe que, estar exposto aos agravos em saúde, ou seja, cenários que reproduzam a desproteção e coloquem os sujeitos em uma posição de fragilidade com poucas condições de

⁶ Avaliado através da Escala PRISMA-7 aplicada pelo (a) profissional da Enfermagem.

mobilizar recursos para o enfrentamento, é resultado não só de aspectos individuais, mas também coletivos e provocam uma maior suscetibilidade ao declínio do quadro de saúde (BERTOLOZZI et.al, 2009). Dessa forma, a vulnerabilidade representa “um indicador da iniquidade e da desigualdade social” (BERTOLOZZI, 2009, p.1327), alvo das discussões que atravessam este estudo.

Ao passo que o documento aponta critérios com possíveis situações de vulnerabilidades sociais, mecanismos de alerta passam a ser difundidos nas equipes, mobilizando ações de enfrentamento, que neste momento, tem como foco inicial a atuação do Serviço Social. Assim, *“uma vez aceso o alerta, aí sim vai disparar uma série de outras coisas [...], de outros processos, para que se veja qual é a realidade exata daquele paciente” (Sujeito 08).*

Através disso, é possível identificar as duas dimensões conceituais da categoria vulnerabilidade, que “inclui a detecção das fragilidades, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas/agravos de saúde” (BERTOLOZZI et.al, 2009, p.1327), também expressada na fala que segue:

Eu acho que o protocolo e toda a linha de cuidado do idoso vêm no sentido de a gente reforçar esse olhar para a temática, porque historicamente no hospital a gente sabe que nós atendemos idosos e que é o nosso grande público, mas se acabava intervindo nas situações mais agudas em que a equipe notava uma situação de vulnerabilidade mais complicada. E eu acho que com o protocolo a gente pode ter uma perspectiva de prevenção e intervir precocemente nas situações e isso já foi um grande avanço. Agora a gente conseguiu incluir através do protocolo ações nos nossos processos de trabalho, com instrumentos e uma formalização desse olhar para o idoso que vai nos ajudar a identificar e monitorar essas situações, além de intervir sobre elas. Muitas coisas estão aparecendo a partir desse protocolo (Sujeito 04).

Para que isso seja possível, os profissionais referem a necessidade da sensibilização das equipes a estas demandas, através de uma pessoa de referência, *“porque essas pessoas chaves elas ajudam a sensibilizar a equipe, lembrar de ver tal coisa, direcionar um pouco” (Sujeito 01).* Este direcionamento implica em uma série de olhares que compõem a abordagem à velhice, e conseqüentemente, o debate reporta-se ao essencial trabalho multiprofissional e atuação multidisciplinar emergido nas falas:

Com o idoso a gente sempre busca trabalhar com a equipe multiprofissional porque traz vários olhares diferentes com todas as áreas (Sujeito 03).

Também se faz um movimento multidisciplinar que é tentar levar esse olhar para a equipe médica ou para a equipe de enfermagem para que a gente possa pensar nesses elementos e se sensibilizar. Tem uma questão onde parece que nós sempre atendemos o idoso e vai muito no automático de “ah, sempre foi assim e a gente já sabe como funciona” e com o protocolo a gente está conseguindo parar um pouco e pensar de novo sobre esse idoso, o que é esse processo de envelhecimento e como também está difícil para ele. Talvez aqui, como é um espaço de cuidado, a gente precise de fato acolhê-los melhor e humanizar este atendimento, e isso às vezes a gente precisa mediar com a equipe (Sujeito 04).

Eu acho que o atendimento multiprofissional ali funciona bem. Todos os profissionais, muito em função da RIMS, estão presentes e a gente consegue discutir os casos com o Serviço Social, Psicologia, Nutrição, então eu acho que a ideia funciona bem (Sujeito 06).

Então eu acho que o trabalho tem que ser um trabalho conjunto, quando a gente trabalha com a questão do sofrimento emocional e do sofrimento físico, ele é um trabalho que deve ser feito em equipe. Eu diria que o ideal é a questão interprofissional e não só multiprofissional, que a gente possa se cruzar de alguma forma, acho que é fundamental (Sujeito 07).

Quando referido sobre o trabalho multiprofissional, trata-se de uma equipe de profissionais composta por Enfermeiros (as), Nutricionistas, Médicos (as), Psicólogos (as), Assistentes Sociais, Farmacêuticos (as), Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos (as) e outras categorias profissionais. Ao articularem seus conhecimentos técnicos elevam sua atuação à dimensão multidisciplinar, a qual pressupõe o respeito e cooperação entre os saberes oriundos das diferentes áreas de forma horizontal, ao afirmar isso, não significa que haverá a diluição dos conhecimentos em outros, mas irá agregar-se às intervenções novas possibilidades de resposta a necessidades dos sujeitos que demandam atenção (GUERRA; COSTA, 2017).

Concomitante à fala dos (as) profissionais ao reverberar a importância desta atuação conjunta, o documento também refere que idosos com idade igual ou superior a 75 anos devem beneficiar-se do atendimento multiprofissional, aspecto relevante considerando que a “complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos” (BERTOLOZZI et.al, 2009, p.1327). Do contrário, corre-se o risco da reprodução de “tarefas pontuais, de caráter emergencial, que não modificam a estrutura da teia de causalidade” (BERTOLOZZI et.al, 2009, p.1327). No fio condutor desta problemática, os discursos também denotam a importância de espaços que deem visibilidade não só às demandas oriundas da população idosa, mas também, refletir e pensar sobre o fazer profissional diante delas:

[...] eu acho que deveria ter um maior treinamento, talvez alguma aula sobre comorbidades que os idosos tenham, ou até o Serviço Social falando sobre alguma política, algum programa como Melhor em Casa, porque a gente não tem muito isso (Sujeito 03).

Acho que a ideia é propor formas de enfrentamento, mas eu acho que ainda precisa de uma atualização de coisas que ainda não estão previstas, mas são demandas que vão surgindo. Não sei se vão ter respostas e soluções para tudo, mas acho que a equipe multidisciplinar tem muito a agregar nessas atualizações, nessas modificações que se esperam que aconteça para o melhor atendimento desse idoso, um atendimento mais completo (Sujeito 06).

Acho que o protocolo, pelo que eu estou tendo em mente, ele pontua as coisas e nos identifica as pessoas que estão com risco maior, mas talvez o protocolo mais elaborado junto com a equipe multidisciplinar e que abrangesse mais dados, talvez trouxesse mais informações (Sujeito 08).

Os anseios emergidos aqui, remetem a uma maior necessidade de potencialização dos processos que permeiam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, reconhecida através da Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007, onde compreende que a educação em saúde deve ser um dos objetivos do SUS (BRASIL, 2009):

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009, p.20).

Requer, dessa forma, que as problemáticas desvendadas no decorrer das intervenções profissionais sejam trabalhadas em um espaço específico, onde coletivamente, trabalhadores e trabalhadoras possam elaborar estratégias que tragam melhorias tanto para a população usuária, como também para o local que operacionaliza a política em questão. Nisso, cria-se um movimento de reflexão diante das práticas adotadas e conseqüentemente de transformação das velhas culturas institucionais em desacordo com o projeto de reforma sanitária, ainda protagonizadas nos serviços de saúde.

Dessa forma, a existência destes espaços compartilhados dialoga com a construção de um trabalho multiprofissional e multidisciplinar, criando e recriando o

fazer profissional em saúde em consonância com as diretrizes e objetivos do SUS. A fala que segue, representa o quão significativo são espaços integrados entre as equipes para discussão das demandas da pessoa idosa na velhice:

Assim, eu sei que a gente não tem pernas, mas o ideal é que a gente pudesse refletir sobre os casos atendidos e que pudéssemos fazer melhorias. Que a gente pudesse ter encontros para pensar casos mais específicos e poder escutar um ao outro, esse seria o ideal. Não só fazer o protocolo do tipo “ah eu fui atender”, não! Mas o que liga uma coisa na outra, o que a farmácia tem a ver com o Serviço Social, o Serviço Social com a Psicologia, que a gente pudesse ter momentos de discussões sobre o protocolo porque senão ele acaba sendo uma coisa tarefaira, então eu tenho que atender e aí eu vou lá e atendo. [...] na emergência se nós tivéssemos esse espaço e esse tempo acho que seria bem bacana (Sujeito 07).

Já o protocolo, apesar de descrever as condutas de atuação das categorias profissionais, não menciona ou reconhece a existência ou necessidade de criação destes espaços compartilhados como formas de enfrentamento às iniquidades em saúde manifestadas no serviço de Emergência hospitalar. Compreende-se que isso é decorrência da finalidade do documento, onde apresenta conteúdo mais objetivo pensado justamente na sua operacionalização, bem como, as limitações que o local possui em termos de condições para potencialização destes espaços.

Ao serem questionados se possuíam dificuldades para atendimento e manejo a estas situações que envolvem a manifestação de vulnerabilidades sociais, surgiram as seguintes frases:

Falta uma sensibilização e esse olhar de: o que podemos fazer com isso que temos agora? Temos essa informação de que o paciente é vulnerável, o que a gente faz? Não tem isso, não tem uma conduta que o pessoal entregue. Então acho que seria o principal, sensibilizar a equipe para daí repensar se tem que modificar alguma coisa ou não [...] (Sujeito 01).

Eu tenho dificuldade para lidar quando eu percebo que o idoso é mais abandonado, sabe? Teve algumas vezes que eu até chorei depois de atender. Essa questão mais do abandono - entre aspas porque não posso julgar como abandono - que mexem mais comigo, essa é minha maior dificuldade: De não julgar aquele familiar, sabe? De não chegar de cara virada para falar com o familiar vendo que deixaram chegar naquele estado (Sujeito 03).

É difícil, é difícil ouvir a história de um paciente que diz que não consegue em casa sozinho fazer sua comida e não tem quem ajude, ou mesmo colocar a dieta enteral que são coisas básicas para ele sobreviver. Pessoalmente é difícil e profissionalmente também, ouvir e me deparar com essas situações e pensar que eu não tenho muito como ajudar. A gente tenta, de forma multidisciplinar a gente tenta, mas nós temos limitações.

Então claro, quando a gente escuta esse tipo de história nunca deixa de incomodar porque a gente gostaria de fazer mais (Sujeito 06).

As falas sinalizadas aqui, reforçam ainda mais o compromisso com a discussão compartilhada da realidade concreta as pessoas idosas dentro do serviço de emergência hospitalar, uma vez que, lidar com a temática deste estudo tem uma repercussão não apenas objetiva nas práticas profissionais, como também, implica na mobilização dos valores e ideias morais presentes na subjetividade dos profissionais. As falas colocam a condição de pensar nos usuários (as), sem perder de vista os promotores do atendimento, como forma de desmistificar e reconstruir formas de enfrentamento às demandas que se colocam.

5.3.2 O PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO HOSPITALIZADO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: ASPECTOS SINGULARES

No decorrer da análise dos dados, outra questão significativa a ser apontada são os desafios que perpassam viabilizar a qualidade na assistência à pessoa idosa dentro do Serviço de Emergência hospitalar. Vale lembrar que o documento eleito para compor a análise de dados desta pesquisa possui conteúdo genérico, dessa forma, passa a ter aspecto singular tanto na sua operacionalização quanto no atendimento às expressões das iniquidades em saúde, que como constatado, são concomitantes ao processo de saúde e doença.

A portaria n^o 2.395, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011), tem por objetivo:

[...] ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular (BRASIL, 2011, s.p)

No entanto, vêm no decorrer dos anos enfrentando o problema crônico da superlotação, favorecendo os riscos de mortalidade devido atrasos e reclamações por parte do público que busca os serviços (SOARES; SCHERER; O'DWYER,

2015). No cenário em questão do estudo, isso surge na seguinte fala: “[...] a gente tenta, dentro da medida do possível orientar toda a equipe, mas a gente sabe que dentro da emergência a maior limitação ao cuidado é a demanda” (Sujeito 02).

É importante destacar que a superlotação da RUE⁷ se dá mediante variados fatores que envolvem “demanda excessiva, problemas de estruturação das redes de atenção à saúde, escassez e desajustes no dimensionamento de recursos humanos, escassez de recursos materiais” (SOUZA, et.al, 2019, p. 02).

Não raro, familiares e pacientes questionam aspectos da condição estrutural do serviço, a falta de recursos humanos para dar conta das suas necessidades de cuidado e a pouca atenção dada às suas demandas de saúde devido o aligeirado processo de atendimento característico deste ponto de atenção, desalinhados das diretrizes que buscam a humanização do espaço hospitalar. Cenário reconhecido nesta fala:

Algumas coisas do protocolo, até pelo ambiente de emergência, a gente não consegue colocar tudo em prática. Não é um ambiente adequado, ninguém dorme bem na emergência, é barulhento, sem luz solar então é aquela luz ligada o dia todo e me chateia um pouco ver coisas no protocolo que a gente não tem como cumprir de fato, que é proporcionar um ambiente tranquilo, expor a luz solar... essas coisas assim são muito difíceis em um ambiente de emergência (Sujeito 08).

Paralelo a isso, está a questão dos acompanhantes e sua permanência no período de internação dos pacientes:

E tem a questão dos acompanhantes que foi muito prejudicada na pandemia, talvez pensar como dar um certo acolhimento para esses acompanhantes que se dispõem e que podem vir, porque muitas vezes o familiar também é idoso e aí a gente vê ele ali sentado numa cadeirinha dois, três dias, um familiar que também tem oitenta anos (Sujeito 08).

Uma das questões do programa fala em facilitar a presença do acompanhante para todo o idoso desde a chegada do paciente da emergência até sua alta hospitalar. E aí eu perguntei como viabilizar isso porque no papel está muito bom, é o que seria o ideal, porém, no nosso contexto de realidade ali na emergência, por exemplo, os que ficam na laranja de acompanhante, a gente não tem um espaço adequado para que eles fiquem ali, então eu acho que se a gente quer um acompanhante a gente tem que viabilizar de alguma forma um espaço razoavelmente adequado. A gente também tem a questão da alimentação que para os pacientes idosos se consegue, o que eu acho um fator importante e que ajuda também o acompanhante a permanecer, nesse sentido, também foi uma ferramenta que nos ajudou um pouco a fortalecer essa perspectiva do acompanhante como um direito (Sujeito 04).

⁷ Rede de Urgências e Emergências.

Conforme aponta Barreto et.al (2019), a presença do acompanhante, principalmente da família quando possível, é algo que vem sendo incentivado pelas organizações internacionais de cuidados críticos, devido compreenderem sua importância no processo de adoecimento de condição aguda e grave dos pacientes. Porém, esta perspectiva não é algo totalmente instituído nos serviços de saúde da RUE, e no caso deste estudo, aponta a estrutura do local como barreira para o pleno acolhimento destes familiares. Citam inclusive, um perfil de pacientes idosos acompanhados por outras pessoas idosas, própria da manifestação de um país em fase de transição demográfica com a predominância de pessoas na velhice.

Cenários como esse desafiam os serviços a adequarem-se ao perfil de pessoas que buscam o atendimento, onde não apenas a questão clínica deve estar condicionada a prioridade, como também, os sujeitos que se preocupam com a pessoa adoecida.

Especificamente em relação à presença da família durante o atendimento na SE, os profissionais devem considerar que, comumente, as famílias buscam esses serviços por eventos inesperados, graves, quase sempre envoltos por pensamentos fantasiosos e que podem modificar definitivamente suas vidas. Nesse sentido, as famílias de pacientes em situações críticas e emergenciais, quando investigadas, demonstram necessidade de informação, apoio, conforto e proximidade para ver e, inclusive, tocar seu ente querido, poder dizer um último adeus e certificar-se de que todo o possível está sendo feito. Além disso, os familiares e pacientes expressam não apenas um desejo, mas, a percepção de que têm o direito de vivenciar o atendimento emergencial com a presença da família. Por isso, cada vez mais, os serviços de saúde e seus profissionais devem estar preparados para receber e acolher as famílias que vivenciam o adoecimento agudo e grave (BARRETO, et.al, p.1765)

Ademais, além das unidades de internação da Emergência Hospitalar, outro local de grande relevância do serviço também foi citado, nomeado como Acolhimento com Classificação de Risco (ACR). Aqui, há a permanência de profissionais que possuem o contato inicial com os usuários (as) e realiza a primeira avaliação para verificar se possuem ou não critérios para a entrada no serviço. Este espaço tomou destaque, visto que, o acesso das pessoas ao serviço se dá mediante critérios clínicos e nível de gravidade (SOUZA, et.al, 2019).

Diante da alta demanda de pessoas idosas que buscam a Emergência Hospitalar, mesmo que possuam critérios para entrada no serviço, a espera pelo

atendimento médico e as condições proporcionadas para isso por vezes desvinculam-se dos princípios de humanização no cuidado em saúde. Há exemplo disso, está a fala da profissional:

O que eu questionei também no programa e acho que é interessante, é a questão da acessibilidade, se fala nas dificuldades do idoso em buscar o acesso a saúde e na época eu questionei se a gente ia colocar, talvez no checklist, algum critério que estivesse relacionado à questão etária também. Eu tenho tentado abordar esse assunto aqui, porque fico receosa com a necessidade de o idoso esperar muito tempo [...] Para um idoso, a meu ver, ficar esperando de seis a sete horas, sendo acima de 75 anos, é bastante tempo. Então penso que o protocolo podia pensar alguma questão nesse sentido, onde se diminuísse o tempo de espera (Sujeito 04).

Entende-se que “humanizar a assistência engloba a oferta de serviços e tecnologias, recursos humanos e materiais e infraestrutura visando um cuidado seguro com garantia de conforto e bem-estar aos usuários dos serviços de saúde” (SOUZA, et.al, 2019, p. 02) e que o ACR entra neste aspecto como um dispositivo imprescindível para melhoria da organização e fluxo gerencial do Serviço de Emergência. A reflexão que se propõe aqui, mesmo que seja fora dos critérios clínicos, é levantar o debate sobre as particularidades que envolvem a velhice e como estes processos vêm sendo encarados pelos serviços de saúde, sem perder de vista suas especificidades locais.

Ao passo que um local passa a ter como perfil de usuários um grande contingente de pessoas idosas, novos desafios e problemáticas surgem, tendo em vista as particularidades que este grupo etário possui, levando as equipes a observarem determinadas prioridades, que por vezes, podem estar relacionadas com o conforto, qualidade de escuta e preocupação com seus anseios. No entanto, esta sensibilidade e consciência as demanda não se caracteriza por ser instantânea, conforme reflete a seguinte frase:

Eu acho que a gente ainda é muito pouco instrumentalizado para formas de atuação. Acho que a gente tem uma visão muito nucleada [...]. A coisa do já estar introjetado, das coisas já funcionarem numa forma automática e de forma natural, ainda não. Não estamos nesse caminho, mas eu também acho que estamos olhando para isso há pouco tempo [...]. Isso é uma mudança de cultura na instituição, no olhar do cuidado assistencial. É como se fosse meio óbvio, mas é como eu digo sempre, o óbvio precisa ser dito. “ah é óbvio que você tenha que atender o idoso de uma forma diferenciada”, mas eu acho que ainda a gente não planejou estratégias de como é esse cuidado e a gente está traçando esses caminhos (Sujeito 07).

Pensar sobre isso, envolve compreender que a dinamicidade de um ponto da RUE “não se esgota no que, *stricto sensu*, considera-se um problema de saúde e em muito ultrapassa o que os serviços de saúde estão geralmente organizados para reconhecer e intervir” (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015, p. 621). Ao defrontar-se com esta realidade é indispensável a consciência de que este ponto não é isolado dos demais espaços que compõem o atendimento em saúde e a vida em sociedade, reflexão feita pelos próprios profissionais que compõe da pesquisa, onde a integração aos demais níveis de atenção é fundamental como forma de resposta a este contexto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados obtidos no estudo, pode-se considerar que o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado sinaliza pontos da discussão sobre as iniquidades em saúde manifestadas pela pessoa idosa hospitalizada, no serviço de emergência. Infere-se isso, com base nas falas proferidas pelos profissionais e os elementos destacados no documento, onde sugerem a necessária reflexão sobre os determinantes sociais em saúde, tais como, a situação de pobreza, que inicialmente manifesta-se na pouca condição de acesso a bens e recursos materiais, mas é sabido que sua repercussão se espalha por outros espaços da vida em sociedade.

Compreende-se que há o desencadeamento da precarização da vida da pessoa idosa, submetidas a um contexto da supressão daquilo que é respostas às suas necessidades básicas. Este cenário repercute no processo de saúde e doença, manifestado cotidianamente aos profissionais de saúde envolvidos na assistência do grupo em questão. Já no documento, constata-se a sinalização aos profissionais de possíveis situações de vulnerabilidade, no sentido amplo, abarcando questões de origem física, psíquica e social. Dessa forma, traz o entendimento sobre as multidimensões da velhice.

Inevitavelmente, entende-se que este processo de identificação e reflexão sobre as iniquidades em saúde é resultado da mobilização coletiva dos profissionais, sujeitos que imprimem vivacidade e movimento às ações expressas no documento. Este, por mais objetivo e operacional que pareça, gera nos sujeitos viabilizadores do direito à saúde a expansão do conhecimento sobre aquilo que se intervém, onde a partir de novos questionamentos das práticas profissionais, passam a promover a criação de uma cultura institucional que vá ao encontro de respostas às demandas da pessoa idosa hospitalizada.

Como forma de potencializar estes processos e criar formas de enfrentamento à realidade que se coloca, identificou-se um necessário adensamento de espaços onde propiciem que estas discussões ultrapassem a capacidade individual de reflexão e se una aos demais sujeitos que compõem o serviço de emergência hospitalar. Posto que, alguns dos profissionais entrevistados mencionaram dificuldades na elaboração e atendimento às situações que apresentam maiores condições de vulnerabilidade e desamparo dos serviços de proteção social. Destaca-se que para discussão entre as equipes há apenas os momentos nomeados como

Huddles, caracterizado como um encontro de profissionais de todas as áreas relacionadas ao cuidado dos pacientes na Emergência com foco na operacionalização de internações, transferências, altas, e agilizar exames e consultorias.

No entanto, movimentos importantes têm sido reconhecidos e elaborados pela equipe assistencial frente às implicações das iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa, como é o caso da atuação multidisciplinar impulsionado pelos profissionais. Essa dinâmica oportuniza o reconhecimento dos múltiplos contextos da população usuária do serviço, as possibilidades de cuidado em saúde fora do espaço hospitalar e a importância de explorar os integrantes da rede de apoio comunitária, gerando uma resposta qualificada às demandas oriundas do cenário.

Outrossim, este estudo além de responder aos objetivos propostos, propiciou identificar os desafios da relação entre Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado e sua operacionalização dentro do Serviço de Emergência Hospitalar, evidenciando questões caricatas do espaço, como a superlotação, equipe reduzida e as problemáticas dos acompanhantes e sua permanência junto à pessoa idosa hospitalizada. Por fim, tem-se a premissa que a temática abordada neste estudo deve estar em constante discussão, visto as tantas repercussões que pode vir a ter.

As iniquidades em saúde encontram-se no emaranhado de contradições da sociedade de classes, onde movimentos de resistência frente às injustiças sociais estarão em constante permanência. Como consequência das reflexões aqui pautadas, ratifica-se que estas, devem articular-se aos movimentos maiores de discussão e mobilização da sociedade civil, pois os processos de transformações só serão efetivos se associados às demais pautas que envolvem a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS:

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T. A demanda no processo de trabalho dos assistentes sociais e sua configuração em serviços de saúde. **Serviço Social e Saúde, [online]**, v. 19, p. 020001, 3 set. 2020. Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8661050>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. ed. 1, São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. S.; VIVAR, C. G.; SANTOS, J. L. G.; MACIEL, D. G. S.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Significados atribuídos por familiares e pacientes à presença da família em emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1764-1771, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xqgZGSmbvWNWbtSkB6P3sLx/?lang=pt#>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BEAUVOIR, Simone. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F.; GUANILLO, M. C. L. T. U.; PEREIRA, É. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p.1326-30. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DNNmfp9NWtbLcs5WsDwnCrM/>. Acesso em: 11 out. 2021.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/26.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em 06 out. 2020.

_____, **Lei nº 10.741**, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 06 out. 2020.

_____, **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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: 08 out. 2020.

_____, Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf acesso em 30 de out. 2021.

_____, **Portaria nº 2395**, de 11 de Outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 05 nov. 2021.

_____, **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. acesso em: 10 out. 2021

_____, **Resolução nº 510 de 07**, de Abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 05 out. 2020.

_____, **Resolução nº 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 out. 2020.

CAPUCHA, L. Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. **Sociologia, Problemas e Práticas [Online]**, n. 74, 2014. Disponível em: <http://journals.openedition.org/spp/1479>. Acesso em: 24 set. 2020.

COSTA, G. A. P. C.; O'DWYER, G.; CARVALHO, Y. S.; CAMPOS, H. S.; RODRIGUES, N. C. P. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 44, n. 125, p. 400-410, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44n125/400-410/pt>. Acesso em: 28 ago 2020.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**, 2007. Disponível em: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf Acesso em: 16 nov. 2021.

CNDSS, **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf acesso em: 16 nov. 2021.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Equidade – SUS: O que é?**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade#:~:text=Equidade%20%C3%A9%20um%20dos%20princ%C3%ADpios,de%20igualdade%20e%20de%20justi%C3%A7>. Acesso em: 29 set. 2020.

FLORIANO, T. A proteção social nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa em céu azul – PR. Dissertação de Mestrado. Disponível em: http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/5454/2/Tania_Floriano_2021.pdf. Acesso em 10 out. 2021

Gil, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. Análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 67-80.

GUERRA, T. M. S.; COSTA, M. D. H. Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 454-469, 2017. Disponível

em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27353>. Acesso em: 15 out. 2021

HORST, C. H. M.; MIOTO, R. C. T. Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo? **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 40, p. 228-246, fev. 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufop.br/handle/123456789/10725>. Acesso em: 13 jul. 2021

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Emergência**, 2020. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-como-utilizar-nossos-servicos/area-do-paciente-como-utilizar-nossos-servicos-emergencia>. Acesso em: 15 out. 2020

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Relatório Anual de Atividades: Serviço Social Emergência**, 2019a.

HCPA, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado**, 2019b.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Painel de Indicadores**, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/> acesso em 12 set. 2021

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINELLI, M. **Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 09-29.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 16 fev. 2020.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.51-66.

NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B.; VIANNA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. p. 224. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9027/1/Medindodesigualdades.pdf>. Acesso em: 08 out. 2021

PAIVA, S. O. C. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. ed. 1. São Paulo: Cortez, 2014.

SANTOS, M. S.; NASCIMENTO, M. B. O envelhecimento populacional na sociedade capitalista: entre o social e o econômico. **Temporalis**, Brasília, v. 20, n. 39, p. 163-176, jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/27202>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SILVA, C. C.; GOMES, L. G. S.; FREITAS, C. M. S. M.; FRANÇA, I. S. X.; OLIVEIRA, R.C.. Principais políticas sociais, nacionais e internacionais de direito do idoso. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 257-274, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/28351/27657>. Acesso em: 27 set. 2020.

SOARES, E. P.; SCHERER, M. D. A.; O'DWYE, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Rev. Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, Jul./Set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MhJqBNVGg6pqkvF5h78cc9L/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 05 nov 2021.

SOUSA, K. H. J. F.; DAMASCENO, C. K. C. S.; ALMEIDA, C. A. P. L.; MAGALHÃES, J. M.; FERREIRA, M. A. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 01-10, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rngen/a/PX7vJwFyrRTsVm3jgMk8rRN/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2021

TEIXEIRA, S. M. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 135-154, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n137/0101-6628-sssoc-137-0135.pdf>. Acesso em 05 jul. 2020.

TEIXEIRA, S. M. O Envelhecimento e as Reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil Contemporâneo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 126 - 137, jan./jul. 2018. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27635>. Acesso em: 24 set. 2020.

WHITEHEAD, M.. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000. Disponível em: https://www.ausl.re.it/sites/default/files/M.Whitehead_The%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf. Acesso em: 07 set 2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO NORTEADOR PARA FONTE DOCUMENTAL

- 1 Qual a representação da Pessoa Idosa que o documento engloba?
- 2 Que elementos possibilitam refletir sobre aspectos socioeconômicos e culturais transversais ao processo de adoecimento?
- 3 Há elementos que possibilitam refletir sobre as barreiras no acesso à saúde?
- 4 Onde estão localizados estes elementos?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTAS COM OS (AS) PROFISSIONAIS

Nº do (a) participante:

Profissão:

Gênero:

Idade:

Tempo de atuação no Serviço de Emergência:

Possui algum tipo de Pós Graduação? () Sim () Não () Em andamento

Qual modalidade: () *stricto sensu* () *lato sensu*

1 O que você entende por iniquidades em saúde vivenciadas pela Pessoa Idosa?

2 Consegue elencar expressões destas no cotidiano de atuação?

3 O Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado emerge algum destes pontos?

4 O Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado apresenta formas de enfrentamento para as iniquidades?

5 Possui dificuldades em trabalhar com estas demandas?

6 Como você trabalha as iniquidades em saúde vivenciadas pela Pessoa Idosa junto ao restante da equipe?

7 Considerando as discussões até aqui, que observações você possui para o aprimoramento do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AS INIQUIDADES EM SAÚDE VIVENCIADAS PELA PESSOA IDOSA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO SUL DO BRASIL: NOTAS A PARTIR DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO HOSPITALIZADO.

Pesquisador: Rosana Maria de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41484620.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.585.780

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa referente à conclusão do curso de pós-graduação lato-sensu com ênfase no campo Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como pré-requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Resumo:

Observa-se um aumento da expectativa de vida, levando idosos e idosas a acessar de forma mais frequente os serviços de saúde, em especial, os voltados a Rede de Urgências e Emergências, considerada como uma das portas de entrada no Sistema Único de Saúde (COSTA et.al., 2020). Torna-se pertinente problematizar como este ponto de atenção elabora a assistência a esta população, sem ignorar a heterogeneidade do envelhecer no Brasil, marcado por aspectos da estrutura social desigual, resultando nas chamadas iniquidades em saúde. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, desde o ano de 2019, vem imbuindo esforços para qualificação da assistência voltada à Pessoa Idosa engloba-se em especial, a criação do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, a qual atenta para pontos que perpassam a velhice, bem como, sinaliza condutas a serem desencadeadas. O objetivo deste estudo é analisar como este Protocolo incorporado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre contribui no atendimento as

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.585.780

Iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa. Optou-se pelo tipo de pesquisa qualitativa, classificada como exploratória. A coleta de dados será dividida em dois momentos: pesquisa documental, tendo o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado como fonte, e entrevistas semiestruturadas. A análise dos resultados será por meio de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado incorporado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre contribui no atendimento as iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa.

Objetivo Secundário:

- 1 Identificar no Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado aspectos sinalizadores das iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa;
- 2 Elucidar a relação que a equipe assistencial do respectivo Serviço de Emergência estabelece com o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado e as iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa, na sua atuação profissional;
- 3 Reconhecer as ações de enfrentamento, por parte equipe assistencial do respectivo Serviço de Emergência, voltadas as iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são identificados riscos voltados à participação a pesquisa, no entanto, cabe salientar possíveis desconfortos, como é o caso do tempo necessário a prestação da entrevista, ou então, aspectos que envolvem o conteúdo das perguntas.

Benefícios:

A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém possibilitarão a oportuna reflexão e expansão do conhecimento sobre a temática, bem como, fomenta a apreensão teórico-prática, na medida em que pode vir a elencar subsídios às práticas assistenciais tensionadas neste

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.585.780

contexto de atuação. Além disso, compreende-se que parte das contribuições da pesquisa, é poder agregar no processo de discussão e implementação do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

População, amostra e critérios de seleção

O universo de participantes da pesquisa serão os (as) profissionais que desenvolvem a assistência no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A amostra será do tipo não probabilística intencional, isto é, "[...] uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população) [...]" (MARCONI; LAKATOS, 2002, p.41).

Já que, o intuito da pesquisa "[...] não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa" (MARTINELLI, 1999, p.24), a amostra será composta por 8 profissionais, que façam parte da equipe multiprofissional no Serviço de Emergência. Parte-se da perspectiva que a metodologia proposta pela pesquisa qualitativa oportuniza que sejam privilegiadas as narrativas dos sujeitos que compõem o cenário investigativo, o modo como encaram e experienciam suas vivências. Dessa forma:

Como não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivências, não trabalhamos com amostras aleatórias, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa (MARTINELLI, 1999, p. 24).

Ressalta-se que não haverá identificação dos sujeitos participantes, pois o processo de investigação e análise dos dados respalda-se no critério ético de manutenção do sigilo voltado aos respectivos núcleos e/ou categorias profissionais, sem que haja a personificação das opiniões.

Durante a coleta de dados, utilizar-se-á a técnica de saturação, pois compreende-se "que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões" (MINAYO, 2017, p. 10).

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Profissionais que atuam na assistência direta aos pacientes e que pertençam à equipe multiprofissional;
- Profissionais que apliquem o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado nos seus

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.585.780

respectivos processos de trabalho;

- Profissionais que prestem assistência aos (às) pacientes atendidos na especialidade clínica do Serviço de Emergência.

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se:

- Profissionais que não façam parte da escala fixa de trabalho do Serviço de Emergência;
- Profissionais que prestam assistência no turno da noite e aos finais de semana.

Coleta de dados

Para responder ao primeiro objetivo específico, compreende-se a necessidade da usabilidade de pesquisa documental, onde tem como principal característica a fonte de documentos, no qual "não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa" (GIL, 2008, p. 45). Assim, o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado, será a fonte utilizada para parte das contribuições na coleta dos dados, no qual encontra-se disponível no Sistema AGHUse. Para guiar esta coleta, se fará uso de Roteiro Norteador (APÊNDICE A).

Os objetivos específicos, dois e três, serão respondidos a partir do desenvolvimento de Entrevistas, no qual é: entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos. Num primeiro nível, essa técnica se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado dela. Já, num outro nível, serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (NETO, 2002, p. 57).

A entrevista irá constituir-se de forma semi-estruturada (APÊNDICE B), onde englobará um misto de perguntas abertas, e outras, previamente fechadas (NETO, 2002), sendo inicialmente gravadas mediante autorização, para logo após serem transcritas. Diante do atual momento pandêmico causado pela COVID-19, a entrevista irá ocorrer em sala previamente reservada, respeitando a necessidade de distanciamento social entre pesquisadora e participante, bem como, uso obrigatório de máscara e protetor facial. Ademais, salienta-se que caso futuramente haja a impossibilidade de realização presencial, ela irá se dar via plataforma digital Google Meet.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos apresentados estão adequados.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.585.790

Recomendações:

Lembramos que em razão da recente pandemia de COVID-19 as atividades de pesquisa possuem algumas restrições. Em caso de dúvidas, consultar o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para mais informações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 4.509.234 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 24/02/2021. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (projeto versão adicionada em 24/02/2021, TCLE versão adicionada em 24/02/2021 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- Este projeto está aprovado para inclusão de 8 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (2020-0722) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- Deverão ser adicionados relatórios semestrais e um relatório final do projeto no cadastro do mesmo, no Sistema AGHUse Pesquisa.
- Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.585.780

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1684675.pdf	24/02/2021 15:53:23		Aceito
Outros	Carta_ao_Comite_de_Etica.docx	24/02/2021 15:52:31	Rosana Maria de Lima	Aceito
Outros	declaracao_LGPD.pdf	24/02/2021 15:45:04	Rosana Maria de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TERMODECONSENTIMENTO.docx	24/02/2021 15:34:01	Rosana Maria de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	24/02/2021 15:32:47	Rosana Maria de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/12/2020 19:11:27	Rosana Maria de Lima	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.docx	28/12/2020 17:02:29	Rosana Maria de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Março de 2021

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto CAAE: 41484620.3.0000.5327

Título do Projeto: As iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa no Serviço de Emergência de um Hospital Público do Sul do Brasil: Notas a partir do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar como o Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado incorporado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre contribui no atendimento às iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá o fornecimento de entrevista com duração média de trinta minutos, composta por sete perguntas abertas e fechadas, onde serão gravadas mediante sua autorização. Ressalta-se que apenas as pesquisadoras terão acesso às gravações. Será preservada sua identificação enquanto participante, sendo apenas nomeado (a) de acordo com um respectivo número. Após a coleta das falas, estas, serão transcritas e utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa.

Não são identificados riscos voltados à participação na pesquisa, no entanto, cabe salientar possíveis desconfortos, como é o caso do tempo necessário à prestação da entrevista, ou então, aspectos que envolvem o conteúdo das perguntas. A pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém possibilita a oportuna reflexão e expansão do conhecimento sobre a temática, bem como, fomenta a apreensão teórico-prática, na medida em que pode vir a elencar subsídios às práticas assistenciais tensionadas neste contexto de atuação.

Além disso, compreende-se que parte das contribuições da pesquisa, é poder agregar no processo de discussão e implementação do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você possa estabelecer na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 01/06/2020)

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Rosana Maria de Lima, pelo telefone 51 995.980.611 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 01/06/2020)

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

<p>As iniquidades em saúde vivenciadas pela pessoa idosa no Serviço de Emergência de um Hospital Público do Sul do Brasil: Notas a partir do Protocolo de Assistência ao Idoso Hospitalizado</p>	<p>Cadastro no GPPG</p> <p>41484620.3.0000. 5327</p>
--	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, ___ de _____ de 2020.

Nome dos Pesquisadores

Assinatura

Assistente social: Rosana Maria de Lima
Assistente social: Vanessa Soares Patta