

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO

JACYARA FIGUEIREDO BRITO
MARIA HELENA MADEIRA MENDONÇA
MARINA IZABELA DO CARMO DA SILVA

FATORES INTERVENIENTES PARA O ATENDIMENTO DO IDOSO
NA REDE PÚBLICA

São Luís
2013

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO

JACYARA FIGUEIREDO BRITO
MARIA HELENA MADEIRA MENDONÇA
MARINA IZABELA DO CARMO DA SILVA

**FATORES INTERVENIENTES PARA O ATENDIMENTO DO IDOSO
NA REDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Especialização Saúde do Idoso em Enfermagem da Faculdade Laboro-Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso.

São Luís
2013

JACYARA FIGUEIREDO BRITO
MARIA HELENA MADEIRA MENDONÇA
MARINA IZABELA DO CARMO DA SILVA

FATORES INTERVENIENTES PARA O ATENDIMENTO DO IDOSO
NA REDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Especialização Saúde do Idoso em Enfermagem da Faculdade Laboro-Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso.

Aprovadas em: / /

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Monica Elinor Alves Gana
Doutora em Medicina
Universidade São Paulo - USP

Prof^ª. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo - USP

Dedicamos esse trabalho aos nossos familiares, pela creditação nos dada e por todos os apoios que nos beneficiaram ainda mais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, por ter nos dado todas as oportunidades.

Aos nossos familiares, pela confiança.

A Universidade Estácio de Sá por nos oferecer essa especialização.

Claro que o corpo não é feito só pra sofrer,
mas para sofrer e gozar. Na inocência do
sofrimento como na inocência do gozo, o
corpo se realiza, vulnerável e solene.
Salve, meu corpo, minha estrutura de viver e
de cumprir os ritos do existir! (...)

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Uma das áreas de maior preocupação é como os vários mecanismos de atendimento de saúde estão reagindo ao perfil demográfico dos idosos. É necessário estar atento para o que o idoso fala ou não fala, como se comporta, seus gestos, suas expressões faciais. Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa. O objetivo do estudo foi estudar os fatores intervenientes para o atendimento de idosos em rede pública. Tratou-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, prospectivo com levantamento de dados quantitativos. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde localizada no município de São Luís - MA. A população estudada foi composta por todos os idosos que estavam internados no setor de urgência e emergência da Rede Pública no período do estudo. Foram 125 idosos de ambos os sexos. Constatou-se que 43 (34%) tinham o 1º grau incompleto e apenas 12 (10%) eram analfabetos. O estudo mostra que o idoso é insatisfeito como é tratado em Rede Pública e sugere que os profissionais sejam mais capacitados para que ofereçam melhor atendimento.

ABSTRACT

One of the areas of bigger concern is as the some mechanisms of health attendance are reacting to the demographic profile of the aged ones. It is necessary to be intent for what the aged one speaks or does not speak, as if it holds, its gestures, its face expressions. The basic paper of the socialization gotten in any work in group is distinguished, what by itself, can represent new perspectives for the elderly. The objective of the study was to study the intervening factors for the attendance of aged in public net. One was about a study of the type exploratório-description, prospectivo with quantitative data-collecting. The research was carried through in a Unit of Health located in the city of São Luís - BAD. The studied population was composed for all the aged ones that the urgency sector of and emergency of the Public Net in the period of the study were interned in. The 125 aged of both sexes had been. One evidenced that 43 (34%) had 1° incomplete degree and only 12 (10%) were illiterate. The study sample that the aged one is unsatisfied as it is treated in Public Net and it suggests that the professionals more are enabled so that they offer attendance better.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo avaliação clínica e satisfação do ambiente físico da Rede Pública, no período de janeiro a abril de 2013	26
Tabela 2: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo correlações mais fortes e mais fracas entre as variáveis, no período de janeiro a abril de 2013	27
Gráfico 1: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo idade, no período de janeiro a abril de 2013	22
Gráfico 2: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo sexo, no período de janeiro a abril de 2013	23
Gráfico 3: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo escolaridade, no período de janeiro a abril de 2013	23
Gráfico 4: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo ocupação, no período de janeiro a abril de 2013	24
Gráfico 5: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo número de filhos, no período de janeiro a abril de 2013	25
Gráfico 6: Distribuição dos idosos atendidos em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência em São Luís – MA, segundo estado civil, no período de janeiro a abril de 2013	25

LISTA DE ABREVIATURAS

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HUME - Hospital Municipal de Urgência e Emergência

MA – Maranhão

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA's - Unidades de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
4	METODOLOGIA	20
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
6	CONCLUSÃO	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	31
	APÊNDICES	34
	ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

A população idosa tem-se denominado, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) em uma minoria devido as funções de outras faixas etárias, entretanto, em virtude ao seu crescimento inesperado, essa população passou a ser alvo de preocupação e atenção por parte dos governantes de vários países, estudiosos e pesquisadores, o que tem preocupado muito a população.

Para Cardoso (2007), o envelhecimento trata-se de um processo complexo associado a uma série de agravos, que podem causar incapacidade e conseqüente declínio no grau de dependência funcional, pode ser discutido abrangendo várias vertentes demográficas, epidemiológicas, clínico-funcionais, sócio-familiares e políticas. Esse é o novo desafio da saúde do idoso no Brasil no sentido de articular novas estratégias que produzam maior qualidade de vida satisfatória ao idoso. A educação visa em promover a saúde do idoso, para que este se sinta mais seguro e capaz.

Assim como o sistema econômico está atento a produzir efeitos sobre a preparação para o trabalho, é de principal importância que os nossos governantes se preocupem para construir uma velhice ativa e prazerosa, infundindo novos costumes que agreguem novos valores e olhares sobre um processo cultural que transformou o conceito de velhice (OLIVEIRA, CABRAL, 2004).

De acordo com Cardoso (2007), a sociedade é preconceituosa com as pessoas idosas, e devido a esses preconceitos, o idoso encontra dificuldade para se relacionar socialmente, culturalmente e economicamente. E muitas vezes, por sua incapacidades, este idoso está propício a sujeitar-se a violências de toda categorias, deixando-o ansioso e deprimido.

Para isso, é necessário comentar que o respeito ao idoso é de suma importância. Se quisermos alcançar um conceito de padrão na pós-modernidade e o desenvolvimento transnacionalizado, não basta apenas amparar a infância e a juventude, é imprescindível avançar muito nas políticas de assistência ao idoso. Gerando um padrão de qualidade de vida satisfatório, vida esta que se transforme em longevidade (MOTTA, 2003).

Nada mais justo que considerar o envelhecimento populacional como triunfo conquistado pela humanidade. Mas é fundamental reconhecer que esse triunfo caminha com desafios paralelos individuais e coletivos, que o número crescente de idosos coloca-se na sociedade em que vivemos. É importante trabalhar para manter esse segmento etário, saudável

com qualidade de vida e independente, física, mental e emocionalmente o maior tempo possível (GORZONI, TONIOLO; 2010).

Todos os seres vivos são regidos por um determinismo biológico e sendo assim, o envelhecimento envolve um processo que implica na diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, acompanhada por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais (MENDES *et al*, 2005).

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição. Os países em desenvolvimento enfrentam os maiores desafios, e a maioria deles ainda não possui políticas abrangentes para o envelhecimento (OMS, 2005).

Uma das áreas de maior preocupação é como os vários mecanismos de atendimento de saúde estão reagindo a este emergente perfil demográfico. Às necessidades de saúde do idoso pode se contrapor o desenvolvimento do sistema de atendimento de saúde no Brasil, tipicamente voltado às populações mais jovens, especialmente infantil e crianças. Mesmo que esta ênfase tenha justificativas históricas e se possam observar sucessos com esta perspectiva, se nota que ela está despreparada para o novo perfil demográfico e epidemiológico (GARRIDO; MENEZES, 2002).

Por se tratar de uma pesquisa prospectiva, com variáveis quantitativas, o estudo foi realizado no período de outubro a novembro de 2012. Percebe-se que os fatores acima mencionados fazem insinuações ao assunto em questão, no que tange ao processo de conscientização sobre essa importância de um atendimento qualificado.

Entende-se enfim que é de estima à realização deste estudo, pois os seus resultados podem contribuir para um adequado planejamento de ações à saúde nos serviços preventivos, especialmente voltada ao idoso, com troca de conhecimentos e uma atenção individualizada e integral.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar os fatores intervenientes para o atendimento de idosos em rede pública.

2.2 Específico

- 1) Verificar o perfil sócio-econômico-demográfico dos idosos pesquisados
- 2) Identificar o relato dos idosos sobre o que influencia positiva e negativamente no atendimento.
- 3) Verificar os fatores intervenientes no atendimento dos idosos na visão dos mesmos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O envelhecimento

Muitos adultos na meia-idade fazem parte do que se chama geração sanduíche, recebem esse nome porque estão entre duas gerações que requerem cuidados. Eles são responsáveis pela criação e educação dos filhos e pelo cuidado aos pais idosos. (CABRAL; LISBOA, 2005).

A população mundial está envelhecendo, e o que se espera é que haja alicerce suficiente para corresponder a tamanha demanda. O Brasil, um país reconhecido pelo expressivo número de jovens, na última década depara-se com uma situação totalmente inversa. Em razão de vários fatores de ordem social, econômica, cultural e circunstancial, a população tem atingido faixas etárias cada vez mais elevadas, constatando-se uma sociedade de idosos, com uma mudança considerável no perfil demográfico (GOLDMAN, 2004).

Em virtude dos avanços da saúde pública o idoso tem uma qualidade de vida melhor e longevidade significativa, sendo assim podemos relacionar estes avanços ao controle de doenças, a expansão do campo de geriatria, ao planejamento e controle sanitário, a diminuição da taxa de mortalidade e aos cuidados específicos prestados aos idosos (ROCHA et. al, 2002)

No Brasil, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos crescerá 16 vezes contra cinco vezes a da população total. As últimas projeções para 2025, colocam o Brasil, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. A grande diferença está relacionada às condições nas quais se deu esse envelhecimento. Nos países desenvolvidos, essa transição demográfica ocorreu gradualmente ao longo de um período, conseqüente a um maior desenvolvimento, incluindo o Brasil, essa mudança foi brusca e desesperada (FILHO; NETTO, 2006).

3.2 Problemas vivenciados pelo idoso

A pessoa idosa encontra muitas vezes, dificuldades em verbalizar que sofre maus-tratos, negligência ou alguma outra forma de violência intrafamiliar, em muitos casos, demonstra medo ou ansiedade na presença do cuidador ou de familiar. No entanto, isso pode ser identificado por meio da observação de lesões, equimoses, úlceras de decúbito,

desidratação ou ainda nas demonstrações de não aceitação em responder a perguntas relacionadas ao assunto violência. Isso é uma outra forma de comunicação não verbal que nos alerta das suas dificuldades nas relações familiares. É necessário estar atento para o que o idoso fala ou não fala, como se comporta, seus gestos, suas expressões faciais. Isso pode comunicar muito mais do que somente a avaliação das suas lesões, déficits ou incapacidades e talvez seja essa a única oportunidade de detectar tais situações (PELLANDA, 2004).

O idoso apresenta menos doenças agudas que grupos mais jovens e tem um índice mais baixo de mortalidade por esses problemas. Porém, as pessoas idosas que adquirem doenças agudas requerem períodos mais longos de recuperação e tem mais complicações advindas dessas condições (ELIOPOULOS, 2005).

O processo do envelhecimento vem normalizando a qualidade de vida dos idosos através da definição de metas e lutando para alcançá-las. O Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas mais comuns que afetam as pessoas idosas, estando associada ao aumento de prevalência de problemas micro e macrovasculares nessa população. É considerado um importante problema de saúde, uma vez que frequentemente está associado às complicações que compromete a produtividade, a sobrevivência dos pacientes e o seu bem-estar. A qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus é prejudicada em decorrência da doença. A noção de qualidade de vida engloba os recursos e o direito a "gozar" a vida (FIGUEIREDO *et al.*, 2005).

A Hipertensão Arterial aumenta de acordo com a idade, sendo mais freqüente em indivíduos de meia-idade e idosos, no entanto, encontra-se algumas crianças ou jovens adultos que já apresentam a hipertensão, no qual apresentam alguma cardiopatia ou algum problema sanguíneo de nascença (GARCIA, 2005).

Segundo Mion (2001) a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente em nosso meio, atingindo cerca de 15 a 20% da população adulta com mais de 18 anos, chegando a índice de 50% nas pessoas idosas.

A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle, na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. Porém vários são os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o tabagismo, o estresse, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos (GARCIA, 2005).

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade

física entre os idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão (OMS, 2003).

Segundo Kane *et al* (2004) não está claro ainda qual o melhor tipo e nível de prática corporal/atividade física, uma vez que esses variam acentuadamente em diferentes estudos. Existe discordância sobre qual seria o melhor exercício para provocar efeito benéfico no idoso. De uma forma geral, deve-se procurar desenvolver exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular. A prática corporal/atividade física deve ser de fácil realização e não provocar lesões. Deve ser de baixo impacto e ocorrer em intensidade moderada (percepção subjetiva de esforço, aumento da frequência cardíaca e/ou da frequência respiratória, permitindo que o indivíduo respire sem dificuldade e com aumento da temperatura do corpo). Recomenda-se iniciar com práticas corporais / atividades físicas de baixa intensidade e de curta duração, uma vez que a pessoa idosa, geralmente, não apresenta condicionamento físico e pode ter limitações músculo-esqueléticas.

3.3 A saúde do idoso em Rede Pública

Diante das evidentes necessidades de saúde apresentadas pelos idosos, das políticas e estratégias propostas como formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas e da importância do compromisso dos profissionais de saúde frente a tais propostas, propomos para o presente estudo analisar a percepção de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à saúde do idoso, as ações que vêm sendo desenvolvidas e as perspectivas visando à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação das condições de saúde dessa parcela da população (NORONHA, 2002).

Os profissionais da Atenção Básica/Saúde da família devem dar orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolemia. Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, as equipes do município que possuem nutricionista na Atenção Básica devem desenvolver um planejamento da ação conjunta. Se o município está organizado de forma a ter o nutricionista apenas na atenção especializada, deve, quando necessário, ser garantido ao usuário o atendimento nesse nível de atenção (PAVARINI, 2000).

A comunicação está interligada a assistência de enfermagem, o que nos remete ao cuidado. Para a afirmação Celich (2004), ao colocar que quando se cuida ocorre uma doação e que precisa de empenho e dedicação por parte de quem cuida do paciente além de disposição.

A Estratégia da Saúde da Família é uma proposta do Ministério da Saúde instituída em 1994, que vem sendo apresentada pelo Sistema Único de Saúde institucionalmente como alternativa para mudança de modelo assistencial (COELHO, SANTIAGO, MORAIS; 2006).

Pautada no modelo de Vigilância à Saúde, propõe-se, na década de 1990, a ESF como uma forma de reorientação dos serviços de saúde por meio do fortalecimento de práticas voltadas para a integralidade da atenção e ações intersetoriais, incluindo ações sobre as exposições, vulnerabilidades e necessidades dos indivíduos, o que possibilita aos profissionais da equipe a compreensão ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de intervenção para além das práticas curativas (NORONHA, 2002).

Em relação à promoção da saúde da população idosa as implementações de ações locais deverão ser norteadas pelas estratégias de implementação, contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, tendo como prioridades as seguintes ações específicas:

- a) Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;
- b) Alimentação saudável;
- c) Prática corporal/atividade física;
- d) Prevenção e controle do tabagismo;
- e) Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- f) Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;
- g) Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- h) Promoção do desenvolvimento sustentável.

O trabalho em grupo é uma realidade no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família que desenvolveram grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e de gestantes. Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico. Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade. Faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção Básica/Saúde da Família sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva (LEHMANN SW; RABINS, 2001).

Visando a caminhar na perspectiva de superação destas dificuldades e na direcionalidade dos princípios constitucionais, o Ministério da Saúde aprova em 2006 o “Pacto pela Saúde”, com a finalidade de pactuar novos compromissos e responsabilidades em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e Pacto de Gestão do SUS. Neste documento, ao tratar do Pacto pela Vida, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas (BRASIL, 2006).

Diante das evidentes necessidades de saúde apresentadas pelos idosos, das políticas e estratégias propostas como formas de melhorar a qualidade de vida das pessoas e da importância do compromisso dos profissionais de saúde frente a tais propostas, propomos para o presente estudo analisar a percepção de profissionais que atuam na ESF quanto à saúde do idoso, as ações que vêm sendo desenvolvidas e as perspectivas visando à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação das condições de saúde dessa parcela da população (NORONHA, 2002).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo exploratório-descritivo, prospectivo com levantamento de dados quantitativos.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde localizado no município de São Luís - MA.

O Hospital foi criado através da lei nº 2.579 de 07 de maio de 1962, com o nome de pronto Socorro de São Luís. Em maio de 1982, através da Lei nº 2+579, foi criado uma nova estrutura – Hospital Socorrão I de São Luís, entidade de natureza autárquica, vinculada a Secretaria Municipal de Saúde, tendo como objetivo recuperação e reabilitação para atender a população de São Luís e os interiores do Maranhão.

O Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques (Socorrão I), situado na Rua do Passeio s/nº - Centro, São Luís (MA), atua nas área de Urgência e Emergência, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (criança, adulto e idoso), ao qual recebe uma grande demanda de clientes todos os dias. Trata-se de uma Unidade de Saúde de alta complexidade que oferece diversos tipos de serviços a saúde. A prioridade do Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques (Socorrão I) é oferecer um atendimento de maior qualidade para a toda região da capital e dos interiores do Maranhão.



As atividades de assistência visam assistir os indivíduos em diversas patologias com serviços de urgência e emergência.

4.3 População e amostra

A população estudada foi composta por todos os idosos que estavam internados no setor de urgência e emergência da Rede Pública no período do estudo.

4.4 Instrumento para coleta dos dados

Foi utilizado um questionário, de questões fechadas oferecendo respostas diretas, de acordo com os objetivos propostos.

4.5 Coleta dos dados

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário no período de janeiro a abril de 2013.

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados através do programa Microsoft Excel® versão 2007.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa contemplou os aspectos éticos segundo as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, quando se trata de pesquisa em seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

• Dados demográficos

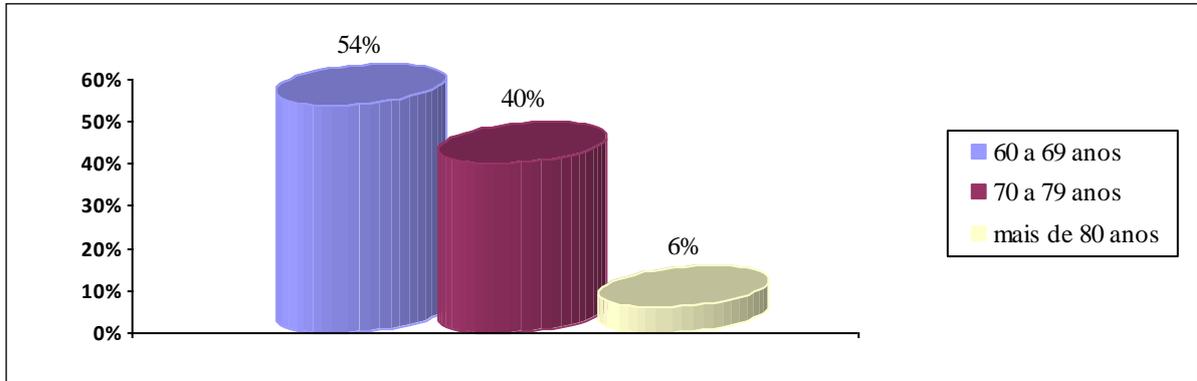


Gráfico 1: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com a faixa etária. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.

Fonte: Própria.

Segundo Baldessin (2002) a velhice pode ser avaliada como o início de um período da vida humana, denominado Terceira Idade. Existem outras denominações para essa faixa etária, porém não se sabe exatamente em que momento da vida essa fase começa. De certa forma, discussões acerca da idade dos indivíduos e classificações quanto a ser idoso ou não se esvaem quando se reflete sobre aqueles que parecem velhos aos 45 anos e outros que são jovens aos 70 anos. Kachar (2003, p. 27) ressalva que “O fator biológico nesta época da vida tem seu valor, mas não é o único aspecto na caracterização do envelhecimento”.

No gráfico 1, pode-se observar que a idade dos pacientes que tiveram atendimento em um Hospital Municipal de Urgência e Emergência (HMUE) em São Luís prevaleceu entre 60 a 69 anos de idade com 67 (54%), 40% entre 70 a 79 anos e apenas 7 (6%) pacientes com mais de 80 anos.

Em estudo realizado por Martins *et al* (2007) tiveram participação de seis pacientes, onde dois tinham a idade entre 70 a 74 anos, dois com idade entre 80 e 84 anos e dois com idade entre 85 e 89 anos. De modo que estes dados caracterizam uma amostragem de indivíduos que, acredita-se, favoreceu a obtenção de uma amostra de idosos portadores de alguma dependência. Estes dados corroboram o crescimento da população idosa no Brasil e, também, a necessidade de estudos para compreendê-los, com vistas a encetar políticas de saúde específicas.

Brasil (2006) observa que em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais, está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas

mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões, no número de pessoas mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

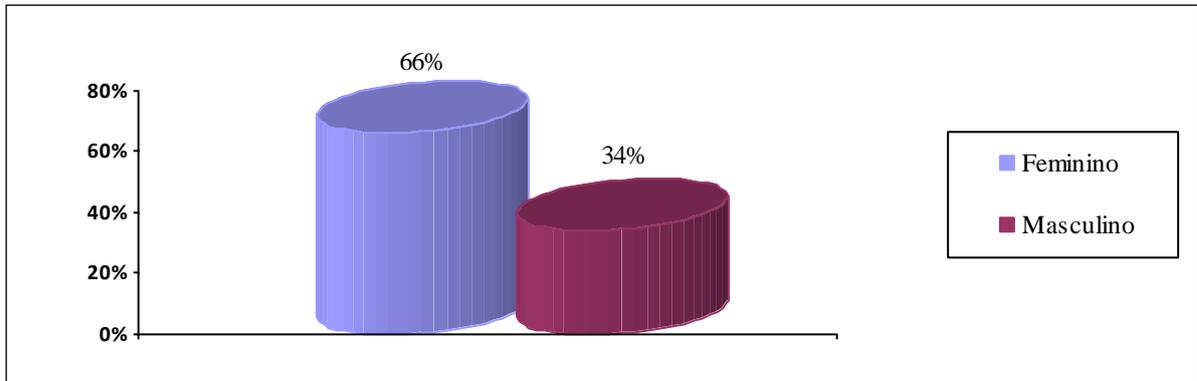


Gráfico 2: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com o sexo. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.

Fonte: Própria.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001) as causas de deficiências na 3ª idade são semelhantes para homens e mulheres, embora as mulheres estejam mais propensas a apresentar problemas músculo-esqueléticos. É o que mostra o gráfico 2 quanto ao sexo dos idosos atendidos em um HMUE em que o sexo feminino prevaleceu na pesquisa com 83 (66%) mulheres acima de 60 anos.

A amostra total (N = 44) do estudo de Mello *et al* (2012) que dos idosos residentes na instituição abrangeu na faixa etária entre 60 e 97 anos, sendo 41 (93,2%) do sexo feminino e três (6,8%) do sexo masculino. Com isso, Vieira (1996) observa que o envelhecimento é visto como um fenômeno do processo da vida que, como a infância, adolescência e maturidade, denotam mudanças biopsicossociais específicas implicadas na passagem do tempo, independente de sexo e raça.

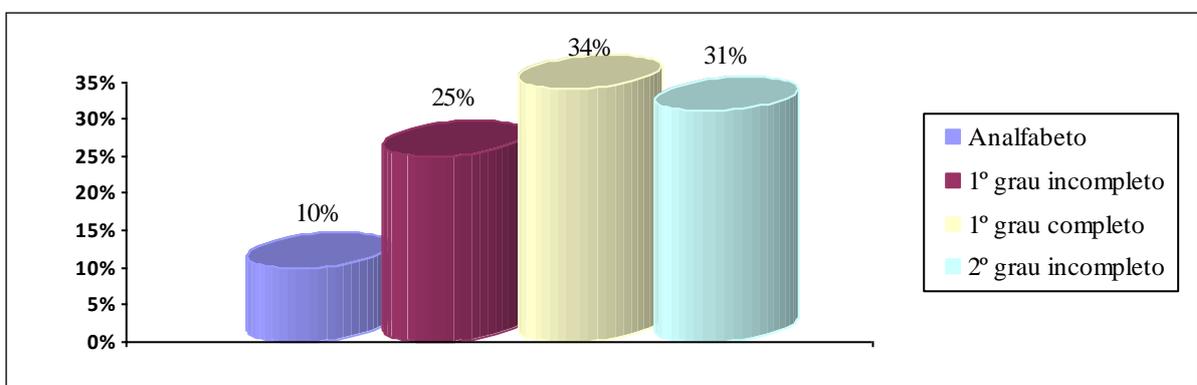


Gráfico 3: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com a escolaridade. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.

Fonte: Própria.

No que diz respeito a escolaridade dos idosos que aceitaram participar da pesquisa, observou-se que grande parte deles eram alfabetizados. Constatou-se que 43 (34%) tinham o 1º grau incompleto e apenas 12 (10%) eram analfabetos.

Estudo realizado por Oliveira *et al* (2006) mostram o contrário, onde segundo os dados da pesquisa, 66,66% nunca estiveram na escola e apenas 27,28% estudou o 1º grau. Porém, muitos deles afirmaram participar de aulas de alfabetização dentro da própria instituição onde frequentavam.

Vários fatores podem desencadear na dificuldade de aprendizado no decorrer do envelhecimento humano, como dificuldades de atenção, percepção e memorização. Esses processos cognitivos, se refletidos no desenvolvimento de interfaces para esses usuários específicos, podem auxiliar no aprendizado no momento da interação. É importante que, sejam criadas interfaces intuitivas, permitindo o reconhecimento de elementos gerais, bem como itens específicos quando se trata de uma tarefa específica (PREECE; ROGERS; SHARP, 2005).

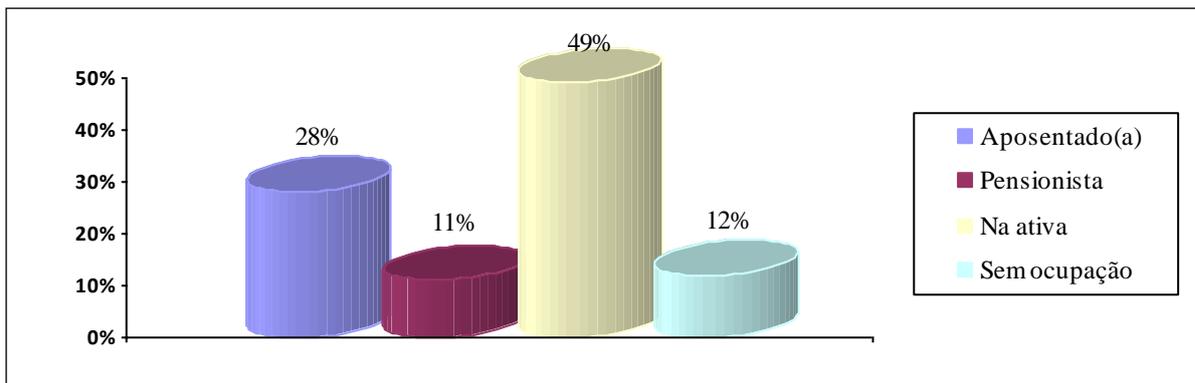


Gráfico 4: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com a ocupação. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.

Fonte: Própria.

O gráfico 4 trata-se da ocupação dos idosos e percebeu-se que 61 (49%) ainda estavam na ativa e 14 (11%) eram pensionistas.

A sociedade mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e por isso, os mais velhos, fora do mercado de trabalho e quase sempre, ganhando uma pequena aposentadoria, podem ser descartados: são considerados *inúteis* ou *peso morto*. A segunda dimensão, aquela que vem da convivência com as pessoas idosas e do conhecimento de sua história considera que há idosos e idosos, distintos em suas características e em suas necessidades (MINAYO, 2003).

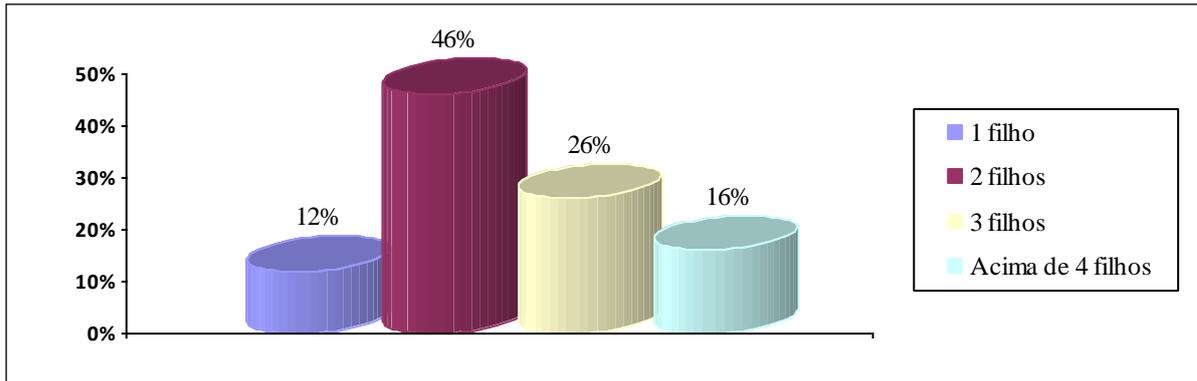


Gráfico 5: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com o número de filhos. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.
Fonte: Própria.

No gráfico 5, pode-se observar que todos os entrevistados tiveram filhos, prevalecendo em 46% com 2 filhos e 12% com apenas 1 filho.

O planejamento para os cuidados e a compreensão das questões psicossociais que a pessoa idosa enfrenta, devem ser realizadas dentro do contexto da família. Se ocorrerem necessidades de dependência, o cônjuge frequentemente assume o papel do cuidador primário. Na ausência do cônjuge um filho assume este papel ou então uma pessoa próxima da família. Sob determinadas circunstâncias de alto risco, as tensões nas relações entre gerações podem resultar no abuso do idoso (SMELTZER; BARE, 2006).

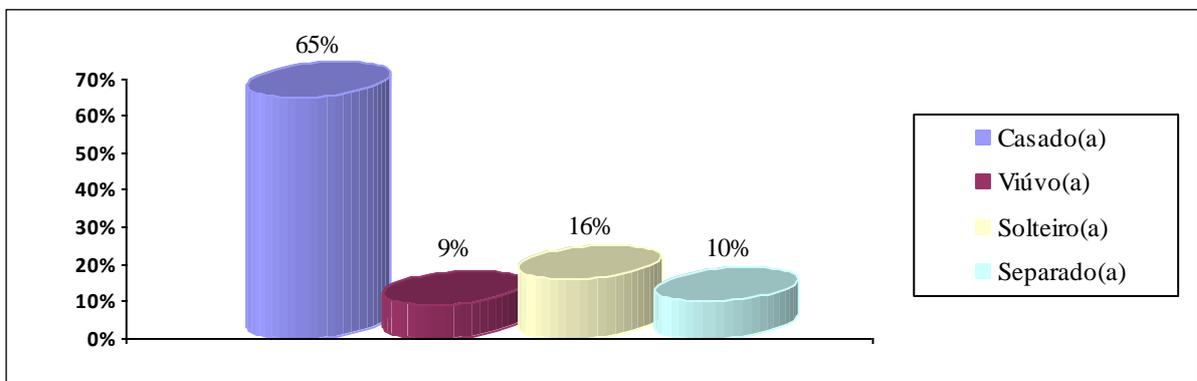


Gráfico 6: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com o estado civil. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.
Fonte: Própria.

No que se refere ao gráfico 6, quanto ao estado civil desses idosos, maior parte deles (65%) são casados.

Os dados acerca do estado civil acompanham o estudo de Veras (1996 *apud* TAVARES; RODRIGUES, 2002) realizado no Brasil. Este mostra que o percentual de mulheres idosas casadas é significativamente menor que o percentual de homens idosos.

- **Fatores que influenciam positiva e negativamente no atendimento**

Tabela 1: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com a avaliação clínica e satisfação do ambiente físico da Rede Pública. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.

	Insatisfeito		Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conforto do ambiente onde realiza a consulta	33	26%	61	49%	31	25%	0	-	125	100%
Condições gerais do ambiente da Rede Pública	63	50%	42	34%	20	16%	0	-	125	100%
Facilidades para transitar dentro das instalações da R. Pública	84	67%	12	10%	26	21%	3	2%	125	100%
Conforto na sala de espera	92	74%	13	10%	20	16%	0	-	125	100%

Fonte: Própria.

Quanto aos dados que influenciam positivamente ou negativamente no atendimento ao idoso, é inacreditável como a população anda insatisfeito com acolhimento relacionado à saúde. No que se refere ao conforto do ambiente onde é realizada a consulta, 61 (49%) dos idosos estão pouco satisfeito e 31 (25%) se satisfazem no ambiente em que se encontram. Entretanto, 63 (50%) dos idosos pesquisados estão insatisfeitos com as condições gerais do ambiente da Rede Pública e apenas 20 (16%) estão satisfeitos. 84 (67%) dos idosos não estão nada satisfeitos com as facilidades em transitar dentro das instalações da Rede Pública, no entanto, encontra-se 3 (2%) idosos que estão muito satisfeitos com essa facilidade ao adentrar nas instalações. Quanto ao conforto na sala de espera, o resultado foi impressionante, pois grande parte dos idosos (74%) estão insatisfeitos com a sala de espera, pois não tem conforto para aguardar o atendimento.

Em uma pesquisa de Vecchia *et al* (2005) sobre a compreensão do que vem a ser qualidade de vida para os idosos, encontraram diversos fatores que influenciaram a vida no sentido de uma boa qualidade. Entre eles estão os relacionamentos interpessoais, boa saúde física e mental, bens materiais (casa, carro, salário e acesso a serviços de saúde) lazer, trabalho, espiritualidade, honestidade e solidariedade, educação e ambiente favorável (sem poluição e sem violência).

Tabela 2: Distribuição percentual de 125 idosos, de acordo com correlações mais fortes e mais fracas entre as variáveis estudadas. Hospital Municipal de Urgência e Emergência. São Luís – MA, Jan-Abr. 2013.

	Insatisfeito		Pouco satisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aprofundamento do tratamento na avaliação do seu problema	37	30%	75	60%	13	10%	0	-	125	100%
O respeito com que você é tratado	65	52%	57	46%	3	2%	0	-	125	100%
Explicações oferecidas com clareza pelo profissional de saúde sobre seu tratamento	65	52%	57	46%	3	2%	0	-	125	100%
Facilidade marcação da consulta	99	79%	26	21%	0	-	0	-	125	100%
Tempo de permanência na sala de espera após o horário marcado	63	50%	42	34%	20	16%	0	-	125	100%
Gentileza dos outros membros da equipe	25	20%	84	67%	10	8%	6	5%	125	100%
Disponibilidade de estacionamento para você	33	26%	61	49%	31	25%	0	-	125	100%

Fonte: Própria.

Na tabela 2, quanto as correlações mais fortes e mais fracas entre as variáveis estudadas, observa-se que 75 (60%) dos idosos se sentem pouco satisfeitos relacionados ao aprofundamento do tratamento na avaliação do seu problema de saúde. 65 (52%) não se sentem nada satisfeitos em relação ao respeito com que é tratado e sobre as explicações recebidas pelo profissional de saúde sobre seu tratamento que é sem esclarecimento. 99 (79%) são insatisfeitos na marcação da consulta, 63 (50%) disseram permanecer muito na sala de espera após o horário marcado. Poucos (67%) se sentem satisfeitos quanto a gentileza de outros membros da equipe, no entanto, 6 (5%) ficaram muito satisfeitos com a gentileza desses profissionais. E em relação a disponibilidade de estacionamento, 61 (49%) não sentem muito satisfeitos com essa disponibilidade.

É inaceitável a discriminação contra qualquer grupo na sociedade. Com o envelhecimento acelerado da população, a prevalência da discriminação relacionada à idade é escalonada. É imperativo, portanto, que as respostas a essa discriminação também aumentem. Tratar os idosos com respeito e em bases iguais aos mais jovens é condição para permitir a todas as pessoas da sociedade participarem e contribuírem com o seu próprio desenvolvimento (DIREITO DO IDOSO, 2013).

- **Fatores intervenientes no atendimento dos idosos na visão dos mesmos**

Os idosos que participaram da pesquisa relataram o que pensavam, como os fatores intervenientes no atendimento, passando por momentos de dificuldades em relação marcação de consulta e/ou demora nos resultados de exame. Outros relataram a importância do cartão do SUS e como facilita sua vida, principalmente no atendimento das Unidades de Pronto Atendimento – UPA’s. Outros relataram a falta de respeito com a idade que carregam nas costas e sugerem maiores comprometimentos da parte de alguns profissionais.

Algumas falas dos idosos foram selecionadas para análise e abaixo seguem, respectivamente, as questões norteadoras da pesquisa:

Concedeu a entrevista o Sr. A. P. J. do sexo masculino, 70 anos, casado, aposentado e 03 filhos, relata sobre sua satisfação que encontra ao deparar-se com o atendimento em uma Rede Pública e sugestão que poderia melhorar nesse atendimento:

O que mais gostei no meu contato com a Rede Pública são as vacinas e os medicamentos que recebo gratuitamente e as UPA’s tem facilitado no atendimento.

Gostaria de sugerir que os profissionais oferecessem mais atenção com a população mais carentes dos interiores que vem para a capital ser atendidos.

T. B. C, 70 anos, 03 filhos, aposentado, pescador e analfabeto, diz que:

Ainda falta muito “pra” gente falar e se sentir satisfação nos serviços públicos, pois a espera por serviços de qualquer serviço é muito demorado. Tem que ter respeito com a vida do ser humano.

A. M. C. B, 70 anos, 08 filhos, casado com escolaridade de 1º grau incompleto disse que o que mais gostou no seu contato com a Rede Pública, foi o bom atendimento nos hospitais e a recepcionista, mas resaltou no que menos gostou quando disse:

Foi em um hospital que houve negligência médica com a minha esposa, “ela deslocou o ombro” e o médico não teve a consciência de repor o mesmo. Sugiro no preparo de pessoas da área de saúde e mais equipamento móvel nos hospitais “ambulâncias”.

A sr^a. F. L. M. 61 anos, aposentada, analfabeta e viúva relata que o cartão do SUS tem sido um bom guia para suas vacinações e marcações de consultas, mas ressalva sua insatisfação nas filas enormes que são formadas:

As filas enormes e o desgaste físico, gerado pela demora no atendimento é o que eu menos gosto em relação a Rede Pública. Acredito que os idosos deveriam ter prioridade para o atendimento nas filas.

Percebeu-se no estudo que a maioria dos idosos gostam da informatização do sistema nos atendimentos, mas as falhas e a falta de informação dos profissionais ainda estão muito a desejar.

Quanto as sugestões para a prestação de um melhor atendimento na Rede Pública, foram inúmeras sugestões, tais como mais hospitais, mais profissionais, melhora na marcação de consulta, melhor estrutura física, respeito com a vida do ser humano, capacitação dos profissionais, serem menos burocráticos, prioridades para o atendimento nos idosos, melhor atenção com a população mais carente, maior comprometimento da parte de alguns funcionários e disponibilização de verbas.

A falta de políticas endereçadas para este assunto está condenando milhões de pessoas idosas a viver na pobreza, ao invés de serem reconhecidas suas contribuições econômicas e sociais ativas às suas famílias, comunidades e sociedades como um todo (DIREITO DO IDOSO, 2013).

Os conhecimentos que fornecem subsídios para o cuidar do idoso incluem o entendimento das necessidades humanas básicas, bem como adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida que, por sua vez, apresentam dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. Consideram-se que ao cuidar do ser idoso não deve-se focar apenas nas ações na patologia, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Respeitar a independência e propiciar a participação do sujeito idoso no processo de cuidado, portanto, pode favorecer a assistência qualificada (MARTINS *et al.*, 2007).

6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos, no estudo, chegou-se as seguintes conclusões:

- A maioria da população estudada esteve na faixa etária entre 60 a 69 anos, sexo feminino;
- Quanto a escolaridade, menos da metade tem o 1º grau incompleto e ainda se encontra na ativa;
- Entre os idosos estudados, quase metade tem 2 filhos e são casados mais da metade;
- Quanto aos fatores que influencia positiva e negativamente no ambiente são menos da metade está pouco satisfeita com as condições gerais do ambiente;
- Mais da metade dos idosos está insatisfeito quanto a facilidade de transitar nas instalações na rede pública;
- A maioria está insatisfeita quanto ao conjunto na sala de espera;
- Quanto as correlações entre as variáveis estudadas, grande parte da população estão pouco satisfeito em relação ao aprofundamento do tratamento na avaliação do problema, como também não se sentem satisfeito com o respeito em que é tratado. A insatisfação está na marcação da consulta, no tempo de permanência na sala de espera, na gentileza da equipe da unidade e na disponibilidade de estacionamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi claro na decepção dos idosos principalmente no atendimento da Rede Pública, mas acreditam que possam melhorar com mais capacitação profissional. Outro fator que não satisfaz os idosos são as dificuldades em transitar dentro das instalações das unidades de saúde, pois a estrutura física não é a mesma feita para um atendimento preferencial.

Muitas das vezes, é negado qualidade no atendimento ao idosos, por falta de qualificação. Para isso a pesquisa pretende uma reflexão na educação continuada resultando na melhoria do processo de cuidar.

É necessário que os profissionais de saúde estejam preparados, de forma técnica e científica, para prestar uma assistência eficaz e segura e para acompanhar as constantes mudanças tecnológicas, econômicas e culturais do campo em que atuam.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T; LOURENÇO, ML. **Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v10, n. 2007
- ASSUNÇÃO MCF, SANTOS IS, GIGANTE DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública** 2001; 35:88-95.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica.
- BRASIL. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Disponível em: URL: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/pacto_portaria_399_06.pdf.
- BRASIL. Projeto de Lei da Câmara nº 57, nº 3.561, de 1997, na casa de origem. **O estatuto do idoso**, de 2004. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/relatórios/destaques/2003057RF.pdf>.
- BRITO, Francisco Carlos de.; NETTO, Matheus Papaléo. **Urgências em Geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- CABRAL, Ivone Evangelista; LISBOA, Márcia Tereza Luz. **Fundamentos da Atenção Gerontológica**. Edit. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro – RJ, 2003.
- CARDOSO, M. A. B. S. **Percepção dos idosos residentes em instituições de longa permanência sobre a prática da gerontologia**. Especialização em Gerontologia, da Escola de Saúde Pública do Ceará, 2007.
- CARRARO, T.E. A Formação de Pediatras e Nutricionistas: a dimensão humana. **Revista de Nutrição**, Campinas, n.14, v.02, p.11-18, 2001.
- CELICH, K.L.S. **Dimensões do Processo de Cuidar: a visão das enfermeiras**. Rio de Janeiro: EPUS, 2004.
- COELHO, L.M.; SANTIAGO, M.P.D.; MORAIS, S.B.; Atuação da fisioterapia na estratégia saúde da família – relato de experiência. **Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Fisioterapia da Universidade Vale do Rio Doce**. Governador Valadares, 2006.
- Direito do Idoso. **Fortalecendo os Direitos das Pessoas Idosas: A Caminho de uma Convenção**. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/direito/direito218.pdf>.
- DUARTE, Y. A. de O; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento Domiciliar, Um Enfoque Gerontológico**, Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 5ª edição. Porto Alegre? Arned, 2005.

FIGUEIREDO, Daniela.; GALANTE, Helena.; SOUSA, Liliana. Qualidade de Vida e Bem-estar dos Idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública de São Paulo**, São Paulo. Vol. 37, 2003.

FILHO, Eurico Tomaz de Carvalho.; NETTO Matheus Papaléo. **Geriatrics**. 2º ed, São Paulo: Atheneu, 2006.

GARCIA, E. **Marketing na Saúde**.. Editora AB. Goiânia. Edição 2002.

GARRIDO R, MENEZES PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr** 2002;24(Suppl 1):45-52.

GOLDMAN, S.N. “As dimensões sociopolíticas do envelhecimento.” Tempo de envelhecer: **percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

GORZONI ML; TONIOLO NETO J. Regras práticas ao prescrever medicamentos para o idoso. In: GORZONI ML; TONIOLO NETO J. Terapêutica clínica no idoso. São Paulo. Sarvier.1995. p.195-7. Atualizado em 2010.

KANE RL; OUSLANDER JG; ABRASS IB. 5a ed. **Geriatrics clínica**. Rio de Janeiro: MacGraw Hill, 2004. p. 137-58.

KATZ, Stephen. Disciplining old age: the formation of the gerontological knowledge. Charlottesville, University Press of Virginia, 1996, 209p.

LEHMANN SW; RABINS PV. Gerontopsiquiatria clínica. In: GALLO JJ ET AL.(EDS) REICHEL **Assistência ao Idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL, NASCIMENTO ERP, BARRA DCC, SOUZA WGA, PACHECO WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 254-62.

MELLO, B. L. D; HADDAD, M. C. L; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, Jan.-June, 2012

MENDES, M. R.S.S. B. M; GUSMÃO, J. L; MANCUSSI, A.C; LEITE, F. R. C. B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**. 2005;18(4):422-6.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos no Brasil: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**,19(3): 783-791, 2003.

MION JR, D.; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento de hipertensão arterial – respostas de médicos a um inquérito. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, V. 47, n. 3, p. 35-42, jul./set. 2001.

MOTTA, A. B. Chegando pra Idade. In: BARROS, M. M. L. de. (Org.) **Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2003, p.223-225.

NORONHA AB. **Graduação: é preciso mudar**. Radis : comunicação em saúde 2002.

OLIVEIRA, C. R. M; SOUZA, C. S; FREITAS, T. M. Idosos e Família: asilo ou casa. 2006. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acesso em: 13 de maio de 2013 às 15:11h.

OLIVEIRA, M. G.; CABRAL, B. E. Lazer nos grupos de convivência para idosos: uma experiência de sociabilidade. **Boletim do CRE**, ano 9, n.07, 2004.

OMS, Organização das Nações Unidas (ONU) (2001). **World Population Prospects. The 2000 Revision**.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Relatório Mundial. Brasília, 2003.

PAVARINI SCI; NERI AL. **Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos**. In: DUARTE YAO; DIOGO MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2000.

PELLANDA LC et al. **Atestados, certificados e registros**. In: DUNCAN BB; SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ. Medicina ambulatorial: conduta de Atenção Primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.p.150-4.

PREECE, J.; ROGERS, Y.; SHARP, H., **Design de interação: além da interação homem-computador**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ROCHA et. al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento

Somos Enfermeiras e estudantes do curso de pós-graduação do curso “Saúde do Idoso” da Universidade Estácio de Sá e estamos realizando uma pesquisa sob supervisão da Profª., cujo objetivo analisar o perfil demográficos, econômicos e sociais dos idosos atendidos em uma Rede Pública no município de São Luís – MA.

Sua participação envolve responder um questionário de múltipla escolha, com duração aproximadamente de 10 minutos e com linguagem fácil para sua compreensão. Será fornecido esclarecimento sobre as questões a qualquer momento que for necessário, e sua participação é voluntária.

Informamos ainda que será garantido o sigilo, quanto à sua identificação e que as informações obtidas através de sua participação serão de conhecimento apenas dos responsáveis pelo estudo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa e não haverá nenhuma forma de remuneração pela sua participação no presente estudo, bem como custos para você, e sempre que desejar terá esclarecimento sobre a presente pesquisa. Caso queira recusar-se a participar do estudo será acatado pela pesquisadora sem nenhuma penalidade ou prejuízo ao participante.

Declaro ter todas as informações necessárias e esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e por estar de acordo assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em nossa posse.

Atenciosamente,

Jacyara Figueiredo Brito

Maria Helena Madeira Mendonça

Marina Izabela Do Carmo Da Silva

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Assinatura da participante

São Luís/MA, ____/____/____

Apêndice B - Questionário

▪ **DADOS SÓCIO-ECONÔMICO-DEMOGRÁFICO**

1. Idade:

- 60 a 69 anos
- 70 a 79 anos
- 80 anos mais

2. Sexo:

- Feminino
- Masculino

3. Escolaridade:

- Analfabeto
- 1º grau incompleto
- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- 3º grau incompleto
- 3º grau completo

4. Ocupação:

- Aposentado(a)
- Pensionista
- Na ativa
- Sem ocupação

5. Número de filhos:

- Sem filhos
- 1 Filho
- 2 Filhos
- 3 Filhos
- Acima de 4 Filhos

6. Estado Civil:

- Casado(a)
- Viúvo(a)
- Solteiro(a)

- **DADOS QUE INFLUENCIAM POSITIVA E NEGATIVAMENTE NO ATENDIMENTO** (Assinale somente uma questão para cada pergunta)

7. Avaliação Clínica e satisfação do ambiente físico da Rede Pública

	 INSATISFEITO	 POUCO SATISFEITO	 SATISFEITO	 MUITO SATISFEITO
Conforto do ambiente onde realiza a consulta				
Condições gerais do ambiente da Rede Pública				
Facilidades para transitar dentro das instalações da R. Pública				
Conforto na sala de espera				

8. Correlações mais fortes e mais fracas entre as variáveis

	 INSATISFEITO	 POUCO SATISFEITO	 SATISFEITO	 MUITO SATISFEITO
Aprofundamento do tratamento na avaliação do seu problema				
O respeito com que você é tratado				
Explicações oferecidas com clareza pelo profissional de saúde sobre seu tratamento				
Facilidade marcação da consulta				
Tempo de permanência na sala de espera após o horário marcado				
Gentileza dos outros membros da equipe				
Disponibilidade de estacionamento para você				

▪ **FATORES INTERVENIENTES NO ATENDIMENTO DOS IDOSOS NA VISÃO DOS MESMOS.**

9. O que mais gostou no seu contato com a Rede Pública?

10. O que menos gostou no seu contato com a Rede Pública?

11. Quais são as suas sugestões para a prestação de um melhor atendimento na Rede Pública?

ANEXOS

Anexo A – Laudo para solicitação/autorização de procedimento ambulatorial

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		<i>fls. 1/2</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					2 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
3 - NOME DO PACIENTE				4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - RAÇA/COR	8.1 - ETNIA
9 - NOME DA MÃE				DDD		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL				DDD		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	17 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			20 - QTDE.	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)							
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			23 - QTDE.	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			26 - QTDE.	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			29 - QTDE.	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			32 - QTDE.	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			35 - QTDE.	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)							
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				37 - CID10 PRINCIPAL		38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES							
SOLICITAÇÃO							
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)							
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					55 - CNES		

Anexo B – Solicitação de Sangue/Hemocomponente



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA MARQUES

SOLICITAÇÃO DE SANGUE / HEMOCOMPONENTE

Nome do Paciente: _____

Nº Prontuário: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

NOME: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator Rh: _____

Diagnóstico: _____

Hemocomponente (s) solicitado (s): (Especificar volume ou quantidade).

Conc.de Hemácias _____ <input type="checkbox"/> Pobre em Leucócitos <input type="checkbox"/> Deleucocitado ou Filtrado <input type="checkbox"/> Lavado <input type="checkbox"/> Irradiado	Conc.de Plaqueta _____ <input type="checkbox"/> Deleucocitado ou filtrado <input type="checkbox"/> Irradiado	Plasma fresco ou congelado _____ <input type="checkbox"/> Crioprecipitado
---	--	--

Dados laboratoriais que justifiquem a indicação da transfusão:

Hb _____ ou Ht: _____	Nº de Plaquetas: _____	TAP _____	TTPA _____	Fibrinogênio _____
OBS: _____				
Transfusões prévias? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Teve reação Transfusional? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Qual tipo? _____				

Tipo da Transfusão:

<input type="checkbox"/> Programada Dia ____ / ____ / ____ Hora: _____
<input type="checkbox"/> Não Urgente (dentro de 24 h)
<input type="checkbox"/> Urgente (dentro de 3 h)
<input type="checkbox"/> De extrema Urgência (qualquer retardo acarretará risco para a vida) → VIDE VERSO

Localização do Paciente:

<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Gineco-Obstetrícia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Emergência / SPA	<input type="checkbox"/> Residência

Data ____ / ____ / 2012

Hora: _____

Assinatura e carimbo do Médico

Uma requisição incompleta, inadequada ou ilegível não deve ser aceita pelo Serviço de Hemoterapia.
As transfusões devem ser realizadas, preferencialmente, no período diurno. – RDC 153 – 14/06/2004.



SÃO LUÍS
PREFEITURA DE SÃO LUÍS
HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA MARQUES

Em cumprimento à Resolução – RDC nº 153, publicada em 14/06/2004 (que substitui a Resolução nº 343/02/MS, é obrigatória a realização dos testes pré-transfusionais (classificação sanguínea ABO + Rh e provas de compatibilidade) para liberação de sangue total ou concentrado de hemácias a ser transfundido. Diante de situações emergenciais, o médico tem autoridade para dispensar a realização dos testes, agilizando a liberação dos produtos. Nesses casos, é IMPRESCINDÍVEL o procedimento do Termo de Responsabilidade abaixo pelo médico responsável.

TERMO DE RESPONSABILIDADE.

Declaro estar ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o (a) paciente em questão, por não serem realizadas as provas imunohematológicas. O paciente está sob minha responsabilidade médica e suas condições clínicas não permitem demora na liberação do hemocomponente solicitado, estando eu de acordo com a transfusão sem as provas de compatibilidade pré/transfusionais.

AUTORIZAÇÃO DE TRANSFUÇÃO COM HEMOCOMPONENTES
HETEROGRUPOS E/OU MENOS INCOMPATÍVEIS

Declaro estar ciente da não responsabilidade em estoque, no momento, do hemocomponente com o mesmo grupo sanguíneo do meu paciente, porém, diante da urgência do caso, autorizo a transfusão de sangue heterogrupo compatível.

Declaro estar ciente do problema imunohematológico no sangue do paciente a quem estou prestando assistência médica, cabendo-me a autorização do sangue menos incompatível pela imperativa necessidade de tratamento que o caso requer.

Data ____ / ____ / 2012. Hora: _____
Assinatura e carimbo do médico

Anexo C – Requisição de Parecer

 **PREFEITURA DE SÃO LUIS**
HOSPITAL MUNICIPAL DJALMA MARQUES

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: _____ ENFERMARIA

A CLÍNICA: _____ LEITO:

MOTIVO DA CONSULTA:

_____/_____/_____
DATA

ASS. DO MÉDICO

PARECER:

_____/_____/_____
DATA

ASS. DO MÉDICO ESPECIALISTA.