

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Avaliação da satisfação do atendimento hospitalar em pacientes idosos

Andréia Schmitz

Passo Fundo
2012

Andréia Schmitz

Avaliação da satisfação do atendimento hospitalar em pacientes idosos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Hugo Roberto Kurtz Lisbôa

Co-orientador:

Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Passo Fundo
2012

CIP – Catalogação na Publicação

S355a Schmitz, Andréia

Avaliação da satisfação do atendimento hospitalar em pacientes idosos / Andréia Schmitz. – 2012.

82 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, 2012.

Orientação: Prof. Dr. Hugo Roberto Kurtz Lisbôa.

Coorientação: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.

1. Envelhecimento humano. 2. Idosos. 3. Saúde. I. Lisbôa, Hugo Roberto Kurtz, orientador. II. Pasqualotti, Adriano, coorientador. III. Título.

CDU: 613.98

Catalogação: Bibliotecária Fernanda Spíndola - CRB 10/2122

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

ANDRÉIA SCHMITZ

Aos vinte e seis dias do mês de abril do ano dois mil e doze às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: **“Avaliação do atendimento hospitalar em pacientes idosos”**, apresentada pela mestranda Andréia Schmitz, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Hugo Roberto Kürtz Lisbôa - orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Adriano Pasqualotti, Helenice de Moura Scortegagna, Júlio César Stobbe e Marlene Doring. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Hugo Roberto Kürtz Lisbôa, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 26 de abril de 2012.

Prof. Dr. Hugo Roberto Kürtz Lisbôa
Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Co-orientador - UPF

Profª. Drª. Helenice de Moura Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF

Prof. Dr. Julio César Stobbe
Universidade de Passo Fundo - UPF

Profª. Drª. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo – UPF

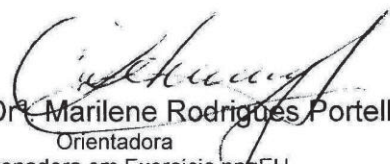
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ADENDO DE ATA

Atendendo a solicitação de correção do título original da dissertação da aluna **Andréia Schmitz**, onde consta "**Avaliação do atendimento hospitalar em pacientes idosos**" passa a ter o seguinte título "**Avaliação da satisfação do atendimento hospitalar em pacientes idoso**". Sendo este último que consta na versão ora enviada para homologação.

Passo Fundo, 14 de junho de 2012.


Prof^ª. Dr^ª Marilene Rodrigues Portella
Orientadora
Coordenadora em Exercício PPGEH

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu filho Lucas Schmitz, hoje com seis anos de vida, que me ilumina a cada amanhecer com seu carinho, com seu amor e com o brilho do seu olhar.

Lucas,

Nem mesmo o céu nem as estrelas

Nem mesmo o mar e o infinito

Não é maior que meu amor

Nem mais bonito....

(Roberto Carlos)

AGRADECIMENTOS

Eis que chegou o momento de expressar sinceros agradecimentos aos adorados familiares e amigos – tanto aos “velhos” e queridos quanto aos que se revelaram ao longo desse tempo.

Bem sei que corro o risco de não dar conta desse “*muitíssimo obrigada*” como é merecido, porque será difícil exprimir a beleza que foi esse movimento de energias e impulsos que foram chegando.

Para maior percepção desse sentido devo contar que esta não foi uma caminhada breve, mas uma travessia que parecia sem fim, principalmente pelas intercorrências pessoais, profissionais e acadêmicas de toda ordem, que me atropelaram. Esses percalços, longe de obscurecerem o trajeto, aumentaram-lhe o brilho. E, ao invés de me deterem, impulsionaram-me com mais força.

Se o desafio era enorme, as motivações eram grandiosas, somadas às espontâneas generosidades que fizeram possível a transformação de instantâneos momentos de angústia e sofrimento em um mar de possibilidades, na direção da atenção mais integral à promoção da saúde do idoso hospitalizado.

Talvez esta tese seja o resultado mais visível desse processo de construção em meio a uma conjuração de afetos e amizades. Dessa forma, dando continuidade à história, dedico algumas palavras àqueles que dela fazem parte direta ou indiretamente ou, ainda, pelo fato de simplesmente existirem.

A meus pais, **Mário** e **Evanir**, os quais me infundiram a confiança necessária para realizar os meus sonhos. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua lembrança significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

Meu esposo **Milton**, companheiro que se renova a cada desafio e que incondicionalmente, participou dessa empreitada. O qual sempre me estimula a crescer científica e pessoalmente, agradeço pelas inúmeras trocas de impressões e comentários ao trabalho. Acima de tudo, pelo inestimável apoio familiar que preencheu as diversas falhas que fui tendo por força das circunstâncias, e pela paciência e compreensão reveladas ao longo destes anos.

Ao nosso amado filho **Lucas**, que traz tanta luz e gosto para minha vida, um amor especial. Você é a lição mais profunda de garra, carinho e amor. Obrigada pelas brincadeiras e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre, com momentos de alegria e lazer que permitiam retornar aos estudos com fôlego novo.

A minha querida e atenciosa amiga “**Preta**”, que com muito carinho sempre teve uma palavra de incentivo, quando as vezes, as dúvidas e incertezas se apresentavam.

Felipe, Juliana e Bruna Schmitz – meu muito obrigada pela compreensão quanto ao afastamento e ausência em momentos especiais. Mesmo à distância fizeram chegar, de diversas formas, seus incentivos e carinhosa preocupação. Pra você Ju... *Thanks for your help!*

Ao meu orientador **Hugo Lisboa**, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser esse trabalho, obrigada pela oportunidade, incentivo e disponibilidade, suas contribuições foram enriquecedoras.

Ao meu coorientador **Adriano Pasqualotti**, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões, bem como agradeço as ricas sugestões a esse trabalho, assim como sua compreensão, que muito me ajudaram a superar as situações-limite de prazo, estimulando-me a seguir em frente.

À **Banca Examinadora**, que com suas considerações enriqueceram e contribuíram significativamente esta pesquisa.

À direção do **Hospital Comunitário de Carazinho**, pois foram extremamente generosos, permitindo meu trabalho, cedendo-me dados, abrindo as portas dos serviços.

Aos **idosos** que contribuíram respondendo as entrevistas no momento da alta hospitalar, só assim foi possível a concretização deste estudo.

Aos meus **amigos, compadres e vizinhos**, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Aos **colegas do Mestrado**, agradeço pelos momentos de alegrias, dúvidas, tristezas, descobertas... Ao grupo apelidado carinhosamente de “O Panelaço” (Andréia Gronevalt, Anelise Almeida, Maira Audino) e reservo um carinho muito especial e profunda gratidão a minha comadre e amiga **Maira**, que me brindou com um afilhado lindo, o amado Rafael, e pela importante colaboração na discussão do trabalho, dosando as críticas com comentários de incentivo.

À **Universidade de Passo Fundo** e aos **professores** do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano, pela dedicação e ensinamentos.

Há muito mais a quem agradecer... A todos aqueles que, embora não nomeados, me brindaram com seus inestimáveis apoios em distintos momentos e por suas presenças afetivas, o meu reconhecido e carinhoso muito obrigada!

RESUMO

Schmitz, Andréia. Avaliação da satisfação do atendimento hospitalar em pacientes idosos. 2012. 82 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

Está havendo um aumento da população idosa no Brasil. Como nesta faixa etária ocorre um maior número de hospitalizações é importante verificar como está a qualidade dos serviços hospitalares oferecidos nesta faixa etária. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a satisfação ao atendimento hospitalar de pacientes idosos internados pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação dos profissionais responsáveis atendimento no hospital. Pretendeu-se avaliar todas as etapas da hospitalização desde a internação até a alta. Verificar a satisfação com a atuação de médicos, enfermeiros e outros funcionários e com o conforto oferecido pelo hospital. Avaliar a dor referida pelo paciente em todas as etapas deste processo. O local do estudo foi o Hospital de Caridade de Carazinho, RS, Brasil e foram entrevistados idosos de ambos os sexos, com internação mínima de três dias. Os dados foram obtidos pela aplicação de um questionário com 33 questões referentes ao perfil do paciente, sequência do atendimento e acompanhamento, nível de dor, hotelaria hospitalar e conceituação geral da internação. O estudo foi realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. Participaram desse estudo 112 idosos, sendo 53,6% do sexo feminino (n = 60). A média da idade dos sujeitos foi de 70 anos. As principais causas de internação foram das doenças respiratórias (16,1%), seguida das cardiovasculares (11,6%), gastrointestinais (9,8%), ginecológicas (9,8%), ortopédicas traumatológicas e reumatológicas (6,3%) e oncológicas (5,4%). Oitenta e seis por cento dos entrevistados eram provenientes da emergência do hospital; 51,8% esperaram entre uma e três horas. Noventa por cento pacientes sentiram dor em alguma etapa da internação, 78% não receberam informações consideradas adequadas pelo médico e 58% não receberam orientações satisfatórias da enfermagem sobre o tratamento. Oitenta e um por cento dos pacientes declararam-se confortáveis no leito e 75% avaliaram a experiência hospitalar como boa. Os resultados evidenciaram que a maioria dos idosos refere dor no processo de hospitalização e a relação médico-paciente e enfermagem não está adequada a boa qualidade oferecida pelo hospital nos serviços prestados aos idosos internados pelo Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: **1. Envelhecimento. 2. Hospitalização do idoso. 3. Dor no idoso. 4. Hotelaria hospitalar. 5. Profissionais de saúde.**

ABSTRACT

Schmitz, Andréia. Avaliação da satisfação do atendimento hospitalar em pacientes idosos. 2012. 82 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

In There has been an increasing of elderly population in Brazil. As in this age group a higher number of hospitalizations happen it is important to check how the quality of hospital services offered in this age group is. The aim of this study was to evaluate the satisfaction of the hospital care of elderly inpatients at the National Health System, and the performance of responsible professional care in the hospital. It was intended to evaluate all stages of hospitalization from admission to discharge. Verify compliance with the performance of doctors, nurses and other staff and the comfort offered by the hospital. Evaluate the pain reported by patients at all stages of this process. The study site was Carazinho's Charity Hospital, RS, Brazil, and both sexes elderly were interviewed, with a minimum stay of three days. The data were obtained using a questionnaire with 33 questions on the patient's profile, following the care and monitoring, pain level, hospitality and general concept of hospital admission. The study was conducted after review and approval by the Ethics Committee in Research of the University of Passo Fundo. 112 seniors participated in this study, 53.6% female (n = 60). The average age of the subjects was 70 years old. The main causes of hospitalization were respiratory diseases (16.1%), followed by cardiovascular (11.6%), gastrointestinal (9.8%), gynecological (9.8%), traumatological and rheumatologic orthopedic (6.3 %) and cancer (5.4%). Eighty-six percent of respondents were from the hospital emergency room, 51.8% waited between one and three hours. Ninety percent of patients experienced pain at some stage of hospitalization, 78% received no information deemed appropriate by the physician and 58% received no satisfactory guidelines on the treatment of nursing. Eighty-one percent of patients reported being comfortable in bed and 75% rated the hospital experience as good. The results showed that most elderly patients referred pain in the process of hospitalization and doctor and nursing -patient relationship is not suitable for the good quality offered by the hospital services provided to elderly residents by the Unified Health System

Keywords: 1. **Ageing**. 2. **Hospitalization of the elderly**. 3. **Pain in the elderly**. 4. **Hospital Hospitality**. 5. **Health professionals**.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das idades dos sujeitos pesquisados.	45
Figura 2 - Distribuição do tempo de internação dos sujeitos pesquisados.	46
Figura 3 - Distribuição dos valores indicados da escala de dor.	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Teste de qui-quadrado categorizando os sujeitos por sexo	48
Tabela 2 - Intensidade da dor categorizada pelo sexo	49

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HCC	Hospital de Caridade de Carazinho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
QUALISUS	Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UPF	Universidade de Passo Fundo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IDOSA	21
2.2. ENVELHECER NOS DIAS DE HOJE	23
2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS	27
2.4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA IDOSOS	31
2.5. HOSPITALIZAÇÃO NA PESSOA IDOSA	34
2.6. DOR NO IDOSO	38
3. MATERIAL E MÉTODOS	42
3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA	42
3.2. LOCAL DO ESTUDO	42
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL	42
3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	43
3.5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	44
3.6. PROCEDIMENTOS BIOÉTICOS	44
4. RESULTADOS	45
5. DISCUSSÃO	50
6. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	65
ANEXO A. TERMO PARA UTILIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS	66
ANEXO B. ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR	68
APÊNDICES	70
APÊNDICE A. QUESTIONÁRIO DESCRITIVO	71
APÊNDICE B. CARTA CONVITE	76
APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	79

1. INTRODUÇÃO

O processo do envelhecimento humano vem despertando o interesse de estudiosos desta fase da vida. Estudos vêm propondo várias interpretações para esta etapa do ciclo vital tentando compreender as características dos idosos, suas circunstâncias e suas relações sociais. O progresso da ciência médica tem proporcionado um crescente aumento nas expectativas de vida em nível mundial, pois, segundo projeções demográficas, até as duas primeiras décadas do século XXI, os idosos serão uma grande parte da população. (SCORTEGAGNA, 2004).

Este aumento da expectativa de vida deveu-se a melhoras nas condições de vida e da saúde da população. Preve-se que o Brasil chegará ao 6º lugar no ranking de países com maior número de idosos do mundo (CARVALHO FILHO, 2005). Isto indicará que o aumento da população de pessoas idosa já não se restringirá a países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento. Este novo perfil populacional será um desafio para o arranjo das classes sociais, etnias e profissões.

Além das modificações populacionais, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade. As doenças infectocontagiosas que representavam 40% das mortes registradas no país em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO et al., 2000).

O processo de envelhecimento é complexo pelo fato de ser único de sujeito para sujeito, de sociedade para sociedade, de ocasião para ocasião; é multivariável e multidimensional, ou seja, não existe uma única dimensão capaz de explicar o processo de envelhecimento num todo. Os países mais desenvolvidos caracterizam como idoso quem tem acima de 65 anos, já os países em desenvolvimento, classificam como idosos quem tem acima de sessenta anos (PASCHOAL, 2002).

Atualmente no Brasil, a qualidade de vida dos idosos é afetada por fatores socioeconômicos, ou seja, conforme as pessoas vão envelhecendo, há uma

transformação no sistema econômico e na própria sociedade na qual estão inseridas. Sob a ótica econômica, o indivíduo começa a ser “classificado” como idoso quando se afasta de maneira significativa do processo produtivo. Em relação à sociedade, é possível citar os processos de aquisição de medicamentos e de acesso aos serviços de saúde, pois existe uma semelhança entre renda e saúde, isto é, quanto maior for a renda, melhor será a condição de acesso, por isso o sujeito acaba utilizando uma parte significativa de sua renda para poder ter assistência nos serviços de saúde e adquirir medicamentos (BÓS; BÓS, 2004).

A constatação da explosão demográfica em nível global e nacional relativa ao envelhecimento humano é situação que instiga o estudo acerca das possibilidades de um novo arranjo social e educacional que permita ao idoso o alcance e a melhoria de sua qualidade de vida. Com essa realidade, as doenças crônicas estão relacionadas ao aumento da expectativa de vida das pessoas, com o qual há também o aumento de incapacidades e limitações em idosos. Assim, a prevenção das doenças crônicas e degenerativas e o cuidado à saúde de pessoas idosas dependentes representam novos desafios para as instituições de saúde.

A velhice não é sinônimo de doença, porém com o avanço da idade não há como não admitir a maior incidência de enfermidades. Quando necessitam de cuidados especializados recorrem a uma instituição hospitalar que dispõem de uma equipe formada por profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros) preparados tecnicamente para a prática da assistência.

Para Palloni e Peláez (2000), de todas as características do envelhecimento populacional, as repercussões no estado de saúde do indivíduo, se afiguram como as de maior impacto no âmbito social. Desse modo, urge o desenvolvimento de propostas que rompam com o enfoque tradicional centrado no tratamento das doenças, e priorizem uma abordagem preventiva com programas abrangentes de educação, com a integralidade do cuidado hierarquizado em níveis de complexidade.

Vilar (2000) estima que cerca de 42 bilhões de dólares sejam gastos com saúde no Brasil em 2000 e, deste total, metade era consumida pelo setor público, por meio dos governos federais, estaduais e municipais. Tais números, apesar de imprecisos,

mostraram um cenário bastante desigual, pois cerca de apenas 20% da população possui seguro privado do setor saúde, mas consome 50% do montante disponível de recursos de saúde. Como não houve alterações significativas nesses números, verifica-se a disparidade de recursos do setor público na comparação com o setor privado. Estes dados expressam uma grande heterogeneidade no acesso e no consumo de recursos do setor privado, quando comparado com o público. Este fato indica a necessidade de se conhecer a distribuição da oferta e demanda dos serviços de saúde.

A questão da organização do sistema de saúde para uma eficiente atenção à população idosa é mais um dos desafios que o segmento da medicina suplementar está tendo de enfrentar. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem demonstrando crescente preocupação com esta parcela da população que, embora numericamente signifique pouco mais de 10% da população brasileira, representa um terço dos gastos de saúde; custo que tende a se ampliar, ao que tudo indica, se nada for feito (VERAS, 2001).

A justificativa desta pesquisa radica na necessidade de investigar a qualidade dos serviços prestados a população idosa quando internada num hospital geral, uma vez que sua recuperação está diretamente ligada às condições de seu tratamento. A partir desta temática, surgiu a questão norteadora, que avaliou a satisfação no atendimento hospitalar prestado aos idosos internados. Assim, deu-se voz aos sujeitos idosos hospitalizados, para que possam nos ajudar a responder e apontar caminhos que contribuam para o planejamento de melhorias nas relações pertinentes ao cuidado humanizado e na qualidade dos serviços prestados a população idosa internada pelo Sistema Único de Saúde.

Para responder as tantas indagações que surgem com o aumento crescente do número de pessoas idosas, muitas vezes associado a uma expectativa de vida acima dos 80 anos, é previsível que os serviços de saúde tenham cada vez mais de centrar as suas respostas a este grupo populacional. Por essa razão que as instituições hospitalares devem conhecer as necessidades no atendimento a esta clientela, bem como promover relações de qualidade satisfatórias, investigando seu processo de internação, avaliando suas instalações físicas, de hotelaria, bem como verificar o atendimento médico e de enfermagem.

A relevância social dessa pesquisa reside, ainda, na necessidade de divulgar em eventos científicos os dados coletados, bem como, os crescentes estudos nesse campo. Acredita-se que a construção de um novo cenário mundial, no qual o idoso seja reconhecido, onde a sociedade desenvolva uma visão mais abrangente na forma de ver e conviver com idoso passa, necessariamente pelas descobertas trazidas pelas pesquisas.

Com relação à estrutura da dissertação, propomos o seguinte arcabouço: o primeiro capítulo diz respeito à parte introdutória do trabalho, trazendo justificativa, questão norteadora, objetivos, relevância social e principais autores que ancoram essa investigação: o segundo capítulo trás o embasamento teórico sobre o envelhecimento humano, sobre o Sistema Único de Saúde e as políticas públicas, bem como a hospitalização e dor na pessoa idosa; o terceiro capítulo procede ao delineamento da pesquisa, população de estudo, técnica utilizada para coletar dados, bem como a análise dos mesmos, e as considerações éticas; no quarto capítulo constam os resultados e discussões, assim determinados: perfil dos sujeitos da pesquisa, análise qualitativa e quantitativa dos dados, no quinto é último capítulo são apresentadas a conclusões a que se chegou com o desenvolvimento deste estudo.

Este trabalho se constitui, portanto, em um desafio que brotou de vivências de de trabalho como psicóloga gestora de recursos humanos e da participação no planejamento estratégico da instituição hospitalar pesquisada, visando melhorias contínuas na prestação de serviços a sua comunidade e região. Assim, esta pesquisa ampara-se em diferentes autores da gerontologia, buscando assuntos pertinentes ao tema como Papaléo Netto (2007), Leme (2007), Paulino et al. (2011), Vieira e Baggio (2009); em relação a hospitalização e dor do idoso, Betinelli et al. (2004) e para contextualizar a análise dos resultados foram utilizados os autores Godoi (2004), Boeger (2003), Motta (2001), que constroem sua produção de conhecimentos relativos ao envelhecimento sob a corrente teórica o qual envolve os novos paradigmas do envelhecimento populacional e suas consequências na saúde pública.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na primeira parte desse capítulo, verificamos os dados sociodemográficos da população idosa; na segunda, apresentamos como é envelhecer hoje; na terceira parte, explanamos sobre o SUS e as políticas públicas voltadas para os idosos; na quinta parte, abordamos sobre a hospitalização e dor na pessoa idosa hospitalizada.

2.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IDOSA

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), o Rio de Janeiro é o estado brasileiro com maior percentual de população com idade superior a 60 anos. O Rio Grande do Sul também merece destaque, com 13,7% da população longeva, seguido por São Paulo (12,2%), Paraná (11,6%) e Santa Catarina (10,9%). Roraima é o estado com menor população idosa, com 4,8%. O grupo de idosos cresceu em 19 dos 27 estados do país.

O processo de transição demográfica, como o que hoje o Brasil atravessa em ritmo acelerado, associou-se, em diversos países, ao aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos e também por serviços de saúde. Com o avanço da idade, podem surgir importantes agravos relacionados à saúde, fazendo com que os idosos necessitem periodicamente de tratamento médico e serviços assistenciais, muitas vezes de alto custo financeiro (WHO, 2005).

Em sua maioria, os idosos estão morando nas cidades, favorecendo, assim, uma assistência à saúde mais adequada. O que demonstra que no Brasil, o envelhecimento é um fenômeno predominantemente urbano, motivado pela industrialização desencadeada pelas políticas desenvolvimentistas resultado, sobretudo, do intenso movimento migratório iniciado na década de 1960. Esse processo de urbanização contribuiu para um maior acesso da população a serviços da saúde e saneamento, o que cooperou para a queda na mortalidade. Permitiu, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma expressiva redução da fertilidade (IBGE, 2000).

Outra informação relevante, segundo pesquisa do IBGE (2000), é a feminilização do envelhecimento no Brasil. Pois, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, numa diferença que fica em torno de sete anos e meio. O número de mulheres idosas, acareado com o de homens com mais de sessenta anos de idade, já é superior a muito tempo. Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera a correspondente aos homens idosos.

Conforme Tourinho Filho e Weber (2005), o envelhecimento acomete a todos os seres humanos, não havendo distinção da progressão do envelhecimento devido à cor, religião, nacionalidade, profissão e poder aquisitivo, constituindo-se em um fenômeno universal, dependente da genética, estilo de vida e fatores externos. Logo, pode-se concluir que o indivíduo, de uma forma ou de outra, experimentará o envelhecimento global, sequencial e irreversível no plano anatômico-funcional, psicológico e social, pois ele não acomete somente alguns, mas todos os indivíduos; alguns antes, outros depois, com doenças ou sem doenças, dependendo de inúmeros fatores contribuintes.

Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE despontam disposições positivas nas categorias de saúde e no uso de serviços de saúde pela população idosa brasileira. Entre 1998 e 2003, atenuou a prevalência dos que haviam estado acamados, melhoraram a autoavaliação da saúde e a capacidade funcional e aumentou o número de consultas médicas (LIMA-COSTA; LOYOLA FILHO; MATOS, 2007).

O IBGE (2007), na Síntese de Indicadores Sociais 2007, revela um Brasil com melhores condições de vida, embora de formato díspar para os dois extremos etários, com mais melhorias para os idosos do que para crianças, adolescentes e jovens, induzindo a crer que o país consegue proporcionar mais saúde aos mais velhos. Para dar conta dessas obrigações, as autoridades sanitárias carecem de reconhecer o real perfil epidemiológico desse estrato populacional. O crescimento da proporção de pessoas que viviam sozinhas (8,3% para 11,1%) é uma tendência verificada desde 1997, fruto da redução das taxas de mortalidade e do aumento da esperança de vida, especialmente para as mulheres. Em 2007, entre cerca de 6,7 milhões de famílias unipessoais existentes no país, 40,8% eram formadas por pessoas de 60 anos ou mais.

O fato de municipalizar as ações de saúde leva os gestores municipais de saúde a contingência de atender a uma grande e crescente demanda de idosos, nos múltiplos enfoques de saúde e bem-estar. Lima-Costa e colaboradores explanam que os subsídios sobre a saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos e sociais são fundamentais para o planejamento da assistência e promoção da saúde; e que, as atuais condições de saúde dessa população são pouco conhecidas no Brasil. Pesquisas epidemiológicas de base populacional, que analisam idosos residentes na comunidade, forneceriam essa informação; porém, não são muito comuns no país (LIMA-COSTA; 2000).

2.2. ENVELHECER NOS DIAS DE HOJE

O envelhecimento é um assunto complexo, situado na interface entre as ciências biológicas, sociais e humanas. Configura-se em um tema que estimula pesquisas e impulsiona a revisão de conceitos e teorias, como na psicologia do desenvolvimento, no sentido de acompanhar o contexto psicossocial e tecnológico, trazendo implicações que revertam na melhoria nas condições vitais dos indivíduos.

No Brasil, conforme dados do IBGE, pela sinopse do censo demográfico de 2010, a taxa de crescimento populacional brasileiro do ano de 2000 para 2010 é de 1,17%. Dividindo-se o Brasil em regiões, a região sul é a que apresenta a menor taxa: 0,87% e dentre os três estados que compõe essa região, o Rio Grande do Sul é o detentor da menor taxa de crescimento populacional sendo de 0,49% (IBGE, 2010).

O envelhecimento progressivo da população constitui um fato com implicações médicas, econômicas, sociais e políticas. No processo de envelhecimento, o idoso sofre modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas necessitando, portanto, de atenção especial. No entanto, as particularidades da idade não podem determinar que o idoso seja caracterizado como um ser doente e sim que tais modificações podem ser adaptáveis a uma vida ativa e saudável. Torna-se essencial que os profissionais de saúde tomem consciência dos fatores determinantes desse processo, compreendendo sua complexidade e magnitude, atuando em prol da promoção da saúde desses idosos (PENA; SANTOS, 2006).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (CAMPOS, 2004).

De uma perspectiva desenvolvimental, a dificuldade em conceituar a velhice deve-se, em parte, a arbitrariedade que é característica dos critérios etários. Sobre esse aspecto, Neri (1995) argumenta que são as interações com os eventos do mundo biológico, ecológico, social, cultural e psicológico, mediadas pela própria subjetividade do sujeito, que determinam as mudanças ao longo da vida. Em concordância, Vargas (1994) acrescenta que não há unanimidade a respeito do conceito de velhice. Diz que é um estado dinâmico, subentendendo atividade e mudança contínuas, refletindo a responsabilidade criativa do organismo global aos desafios ambientais e biopsicológicos. Assim, o processo de envelhecimento leva em conta as condições genéticas e do meio ambiente natural e social, estabelecendo ritmos diferentes de pessoa para pessoa, dependendo de variáveis materiais, sociais e culturais.

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno relevante, ao qual mesmo os países desenvolvidos ainda estão tentando se adaptar. O que era no passado uma marca de alguns poucos países passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo, tornando-se um problema social com importantes repercussões: seja na formulação de políticas sociais, haja vista, que já se possui no país uma lei específica para tratar dos direitos dos idosos (BRASIL, 1994) e um Estatuto do Idoso promulgado recentemente (BRASIL, 2003); nas reformulações das políticas previdenciárias e na forma de cálculo dos benefícios dos segurados, tanto do setor público como privado, que levaram em consideração os fatores que afetam a transição demográfica que passa o país (IBGE, 2000; US CENSUS BUREAU, 2003).

Há indicações de que, em média, o idoso está em melhor condição financeira do que o jovem. A renda média dos maiores de 60 anos é maior que a daqueles com menos de 30 anos. Além disso, a proporção de chefes idosos que moram em casa própria é mais elevada do que a dos jovens. É crescente a proporção de famílias que têm idosos como chefes e filhos morando junto, o que pode ser efeito da crise econômica

que leva os filhos a saírem de casa mais tarde e/ou retornarem depois de casados, estejam separados ou não (RODRIGUES; TERRA, 2006).

Segundo dados de 2005, 65,4% dos idosos brasileiros são chefes e sustentam as famílias. Embora, as pensões de aposentadoria pagas pelo INSS na sua grande maioria são insuficientes para cobrir as necessidades básicas do aposentado, essa renda regular concedida a quem nunca teve isso está mantendo o núcleo familiar do idoso. O salário mínimo mensal concede poder econômico e respeito familiar inédito aos idosos que atravessaram a vida sem saber o que é estabilidade (LEMOS et al., [s.d.]).

Segundo Rodrigues (2001), por disposição ou necessidade tem crescido a participação ativa do idoso no mercado de trabalho e investimentos do capital previdenciário. Muitos aposentados, no entanto, não se conformam com a simples “aposentadoria-lazer”. Alcançar a aposentadoria pode significar algo ruim e gerar impactos negativos para muitas pessoas: a) há uma ruptura com seu ambiente de trabalho; b) dependência em relação ao sistema previdenciário; c) ausência de papéis sociais significativos; d) ociosidade; e) marginalização social.

Atualmente, os pesquisadores reconhecem que os avanços médicos contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população; todavia, a razão principal para essa ampliação está associada à elevação da qualidade do nível de vida. Apesar de muito longe do ideal, se compararmos hoje com trinta ou quarenta anos atrás percebe-se uma melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências muito mais adequadas que anteriormente (VERAS, 1988).

O mesmo autor relata que no Brasil, esse conjunto de fatores levou a uma acentuada redução nas taxas de mortalidade, particularmente nos primeiros anos de vida. Entretanto, mais do que a diminuição da mortalidade, a explicação para o crescimento da população com mais de sessenta anos está na drástica redução nas taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos. No Brasil, as razões para a mudança do padrão reprodutivo são várias. De um lado, fruto do intenso processo de urbanização da população brasileira, há uma necessidade crescente de limitação da família ditada pelo *modus vivendi* dos grandes centros urbanos (principalmente em um contexto de crise econômica), caracterizado, entre outras coisas, por uma progressiva

incorporação da mulher à força de trabalho, e também pelas mudanças de padrões sócio-culturais decorrentes da própria migração e da ação massificadora dos meios de comunicação (sobretudo a televisão), que, por sua vez, veiculam um padrão de vida caracterizado, principalmente, por famílias pequenas. Associada a esse contexto, pode-se observar uma crescente difusão de meios contraceptivos no Brasil.

Na sociedade atual convive-se com diferentes tempos: o tempo do indivíduo e o tempo social. As regras sociais determinam o tempo para ir à escola, começar uma carreira, casar, ter filhos, ter netos e se aposentar. As pessoas procuram estar dentro do tempo social, sentindo-se mal quando estão atrasadas ou adiantadas. O tempo social é imposto às crianças, adolescentes, adultos e idosos e é um modelo linear de desenvolvimento do qual não se pode fugir. Ele define também em que momento as pessoas são consideradas velhas. Desta forma, a velhice é uma construção social e cultural, sustentada pelo preconceito de uma sociedade que quer viver muito, mas não quer envelhecer. Neri (2001) define a idade psicológica como uma forma do sujeito se avaliar quanto à presença ou ausência de marcadores biopsicossociais sobre a sua idade, tendo como referência os mecanismos de comparação social mediados por normas etárias.

Ser uma pessoa longeva e saudável torna-se um desafio para a comunidade em geral e para as lideranças de saúde, é uma meta a ser alcançada pelos governantes, e profissionais de saúde, sendo necessário fortalecer este paradigma no sentido de criar uma perspectiva de futuridade positiva para a grande legião de idosos. A terceira idade, quando saudável, é uma etapa natural da vida, com características próprias nas quais existem várias possibilidades de mudanças e realizações, porém quando necessita de cuidados especiais na saúde, o processo necessita de maior atenção, adequação e aprendizagem de novas habilidades.

A taxa de morbidade hospitalar e mortalidade é relativamente alta nos primeiros cinco anos de vida, mais precisamente no primeiro ano, no primeiro mês e, principalmente, na primeira semana dos nascidos vivos (MARANHÃO, et al., 1999). O período dos cinco aos 44 anos de idade é normalmente denominado de período saudável do ciclo vital. Embora o processo natural de envelhecimento e morte se inicie no

nascimento, é só a partir dos 45 anos que o envelhecimento é acompanhado por uma elevação significativa das taxas de morbimortalidade da população (ALMEIDA, 1998).

Estudar a velhice e o envelhecimento nos dias atuais é se debruçar sobre questões as mais diversas, que entre outros fatores envolvem: os direitos sociais, como acesso à saúde e ao lazer; a aposentadoria e o sistema de idades no qual estão fundamentadas as gerações dos atuais idosos; o modo de vida, bem como as atividades assumidas no período que ronda a aposentadoria.

2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS

O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico.
Gro Harlem Brundtland, Diretor-Geral, OMS, 1998.

As políticas públicas desempenham um papel essencial na sociedade atual. Assim, o termo política diz respeito a um conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação governamental e condicionam sua execução. Política pública é a expressão atualmente utilizada nos meios oficiais e nas ciências sociais para substituir o que até a década de setenta era chamado planejamento estatal. (BORGES, 2002). Desse modo, de acordo com Souza (2006, p. 4), uma política pública pode ser definida como:

[...] um conjunto de ações exclusivas do Estado, dirigidas a atender às necessidades de toda=sociedade a fim do bem comum. Estas políticas trazem em si linhas de ação que buscam satisfazer o interesse público. É função delas articular as ações da iniciativa privada e a comunidade, informar, fomentar pesquisas e, de um modo geral, atender aos anseios da sociedade, cuidando assim da população de determinado local.

Conforme verificamos, a percepção do problema social da velhice e a proposta de políticas públicas são resultantes de um processo de negociação em que se realiza o diálogo entre os sujeitos do problema (a sociedade e o movimento social dos idosos) e os agentes das políticas (Estado e instituições) na busca de responsabilidade democrática pela preservação dos direitos e garantias sociais (PAZ, 2002).

Outro aspecto relevante em relação às políticas públicas de saúde e ao aumento da expectativa de vida da população é que os gastos com saúde per capita tornam-se cada vez maiores com o passar do tempo. As pessoas da terceira idade, conforme sabemos, em geral estão mais sujeitas a acidentes e, segundo Passarelli (1997), às

doenças crônicas e degenerativas, em razão do déficit ou falência das suas percepções sensoriais e do desgaste físico natural da velhice. Por outro lado, o gasto para recuperação da saúde de cada idoso também é maior, posto que sua fragilidade orgânica aumenta com o passar do tempo, o que implica, por fim, num maior período de permanência em tratamento, em regime de internação ou não.

A Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994, criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei (BRASIL, 1994). Assim, o Programa Nacional para Saúde das Pessoas Idosas, foi criado para visar à manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas por meio de uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004). As diretrizes da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994, [s.p]) são:

- I - Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
- II - Participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- III - Priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
- IV - Descentralização político-administrativa;
- V - Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;
- VI - Implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;
- VII - Estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- VIII - Priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;
- IX - Apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Para que os idosos enfrentem menos problemas a medida que envelhecem e possa diminuir os gastos públicos com assistência médica foram criados programas de envelhecimento ativo, o qual se define, como um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005, p. 13). Desse modo, a estrutura política proposta ao envelhecimento ativo requer ações baseadas em três pilares básicos:

- a) *Saúde*: quando os fatores de riscos de doenças crônicas e declínio funcional são mantidos baixos e os fatores de proteção, elevados;
- b) *Participação*: quando o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas apoiam a participação integral em atividades socioeconômicas culturais e espirituais;
- c) *Segurança*: quando os programas e políticas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira. (WHO, 2005).

Na 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa foi discutido sobre as prioridades que precisam ser consideradas em um pacto responsável por uma velhice digna e saudável para todos os brasileiros. As diretrizes definidas por Giacomini (2010, p. 62) foram:

- a) Garantir o financiamento nas três esferas do governo para atenção à saúde do idoso, buscando atender os artigos 15¹ e 16² do estatuto do idoso com eficiência e transparência;
- b) Implementar e fortalecer a Educação Permanente para os profissionais e os gestores nas questões do envelhecimento e do cuidado à saúde da pessoa idosa em todos os níveis do sistema de saúde;

¹Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

²Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

- c) Implementar e fortalecer a Renadi³ garantindo a descentralização das ações, serviços e equipamentos da saúde com a definição de indicadores, fluxos assistenciais, monitoramento e informatização, para favorecer o acesso do idoso em todos os níveis da atenção.
- d) Garantir a integralidade do cuidado, incluindo ações de promoção, prevenção, reabilitação e assistência à saúde do idoso, inclusive os institucionalizados, com ênfase em acessibilidade, transporte sanitário, regularidade e revisão da cesta básica de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusão das dietas e fraldas geriátricas entre os insumos fornecidos pelo SUS, garantia da tecnologia assistiva e do cuidado hospitalar, além de garantir a prioridade do atendimento ao idoso na rede CAPS (Centro de Assistência e Promoção Social), em todos os municípios e a criação de CAPS para atenção ao idoso nos municípios com mais de 100 mil habitantes.
- e) Revisar, atualizar e assegurar o cumprimento de todas as Portarias relacionadas à saúde do idoso.

Para Camacho e Coelho (2010, p. 282), o envelhecimento é, hoje uma realidade que “não pode ser ignorada na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais”, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades. Desse modo, segundo Audino (2011, p. 25) percebe-se que os meios “preventivos e terapêuticos disponíveis nas diretrizes são insuficientes para o fiel cumprimento da proposta da lei, ou seja, necessita-se de estratégias a serem construídas e implantadas de maneira participativa e reivindicatória”. Por fim, verificando o desenvolvimento e as mudanças nas políticas públicas para amparar de forma adequada o idoso, há necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, investindo-se principalmente na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde.

³Renadi é a finalização da organização do conjunto articulado e descentralizado dos serviços que garantam os direitos das pessoas idosas, fruto do esforço de todas as unidades do território nacional.

2.4. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA IDOSOS

O Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema dito único pelo fato de seguir os mesmos preceitos em todo o território nacional brasileiro. Este constitui um órgão público cuja finalidade é cuidar da saúde de toda a população, promovendo-a, e com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros que dependem desse sistema para cuidar de sua saúde. Esse sistema é recente, criado para suprir a carência de efetivação dos direitos da população à cidadania, devido à dificuldade que encontram para ter acesso a serviços de saúde. A criação do SUS é resultado de muitas mobilizações para unir esforços para atender um número significativo de cidadãos. Conforme Rosa (2006, p. 5) foram igualmente necessárias:

Grandes mobilizações populares junto aos constituintes para que as deliberações desta conferência (8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986) fossem legalmente conquistadas na Constituição de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

O Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), é um banco de dados administrativos, coletados a partir das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), também é uma fonte importante de dados que pode fornecer um diagnóstico da saúde em nível local ou nacional, porém, no Brasil este banco de dado ainda não é adequadamente explorado (SÁ et al., 2001).

O SUS é coadministrado pelos governos federal, estaduais e municipais. Em locais onde não existem serviços públicos, o SUS deve providenciar a contratação de serviços de hospitais ou laboratórios particulares, para que não falte assistência às pessoas. Desse modo, essas instituições também se integram à rede, devendo seguir seus princípios e diretrizes. O SUS constitui-se, ainda, por várias unidades interligadas, que obedecem a uma hierarquia, cada qual com suas atribuições específicas. No nível primário, estão os centros de saúde, em todos podem procurar diretamente; a seguir, existem estabelecimentos que oferecem serviços mais complexos, tais como as policlínicas e os hospitais, para onde as pessoas devem ser encaminhadas, sempre pelos centros de saúde. A fim de atender os casos de urgência e emergência, deve haver um pronto-socorro a recebê-los (BRASIL, 1988).

O SIH-SUS foi concebido para operar o sistema de mapeamento de internações dos hospitais contratados e tem apresentado melhoras gradativas ao longo de sua existência. Sua abrangência limita-se às internações no âmbito do SUS, excluindo as que são custeadas diretamente ou cobertas por planos de Saúde, esse sistema reúne informações sobre cerca de 70% das internações hospitalares do país (MELLO; KOIZUMI, 2004).

Em 2001 o SIH-SUS registrou 12.227.465 internações hospitalares no âmbito do SUS. Os idosos, que representavam 8,5% da população geral, responderam por 18,3% das hospitalizações e foram gastos um bilhão duzentos e dezessete milhões de reais, com as internações hospitalares de idosos pelo SUS, sendo que a população de 0 a 14 anos consumiu 922 milhões sendo composta por 29,6% da população total brasileira, tendo em vista que os idosos somavam apenas 8,6%, gerando um grande impacto na saúde e, sobretudo para o sistema hospitalar que nem sempre proporciona aos idosos uma abordagem médica e psicossocial adequada (BRASIL, 2003).

A ausência de serviços preventivos domiciliares e ambulatoriais apropriados faz com que o primeiro atendimento à saúde aconteça em estágio adiantado do quadro e no hospital, aumentando os custos e o número das admissões e enfraquecendo a probabilidade de prognósticos mais favoráveis. Em ano de 1997 no Brasil, as taxas de admissão hospitalar e o tempo médio de ocupação do leito por idosos são mais expressivos quando confrontados aos distintos grupos etários, exceto às decorrentes do parto e suas complicações (SILVESTRE, 1999).

É sabido que o idoso expõe peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e que sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de enigmas subjacentes à queixa principal, compreendendo as avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que intervêm diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência. A ausência de uma avaliação geriátrica exata está inteiramente ligada ao retorno à internação e ao maior uso de serviços de saúde analisados. Conforme o Ministério da Saúde, estudos realizados têm demonstrado que estes fatores não são analisados, não havendo atenção para a identificação das síndromes geriátricas. Foi observado, em trabalho citado pelo Ministério da Saúde, realizado no Rio Grande do Sul, que a incontinência urinária não foi registrada em

78,2,% nos prontuários; a instabilidade postural presente em 18,8% dos pacientes não foi diagnosticada; a imobilidade apesar de identificada em 31,8% dos casos recebeu tratamento adequado em somente a metade; a demência, presente em 5% dos pacientes, não foi diagnosticada, assim como o delirium, presente em 6,1%, também não foi diagnosticado, e a depressão maior teve uma prevalência de 10,1%, sendo avaliada em somente um caso, sem ser instituído tratamento adequado. Esta situação identificada reflete o fato de que o gasto do setor saúde no atendimento à pessoa idosa, apesar de grande, não representa benefícios reais para a sua saúde (MOTTA, 2001).

Estatísticas revelam que na rede hospitalar do Brasil 80% dos hospitais têm convênio com o SUS, alcançando 91% no sul. Proporcionalmente, existem mais hospitais no sudeste (33%) e nordeste (30%). A classificação dos hospitais em relação ao número de leitos mostra que, de forma geral, 50% dos hospitais têm menos de quarenta leitos. Na região sudeste está concentrado o maior número de hospitais, com mais de quinhentos leitos. Em relação ao tipo de oferta de serviço de saúde, a rede pública é composta principalmente por unidades de atenção básica (95%) e serviços de emergência (65%). Já a rede privada é composta por atenção especializada (74%) e atenção hospitalar (79%). Conseqüentemente existe uma maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda, sugerindo menor acesso à atenção adequada. Essa falta de acesso à atenção ambulatorial especializada à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos (ALMEIDA, 2000).

A prestação de serviços em melhores patamares de qualidade é uma preocupação explicitada na política de saúde do atual governo federal e tem sido objeto de reflexão e investimento dos profissionais, gestores e grupos de avaliadores, especialmente nas décadas de oitenta e noventa. Para a estimativa da qualidade dos serviços, a opinião dos usuários é indispensável. A partir da pesquisa Saúde na Opinião dos Brasileiros, realizada em 2002 por solicitação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), foram diagnosticadas as principais causas de descontentamento da população com os serviços de saúde. Muitas das queixas diziam respeito aos serviços de emergência (baixa capacidade instalada, pouco acolhimento, entre outras). A

consequência da pesquisa serviu de parâmetro para a elaboração do Quali-SUS⁴, que é um conjunto de modificações que visa ajustar maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção mais efetiva pelos profissionais de saúde e menor tempo de permanência no hospital. Além de uma reforma mais estrutural dos hospitais, é criado um grupo de humanização do atendimento e há uma reorganização da oferta de leitos com priorização para a emergência, relevante porta de entrada para o sistema hospitalar. Na sua concepção teórica, o Quali-SUS é composto por três componentes: i) qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde; ii) humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde; iii) fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde (O'DWYER; OLIVEIRA; HORSTH, 2009).

Além do investimento do Ministério da Saúde na atenção hospitalar, grande empenho foi concentrado na reorganização da atenção básica, através da estratégia Saúde da Família. Espera-se que a atenção básica se transforme na principal porta de entrada do sistema de saúde e que garanta acesso universal à saúde básica para a população brasileira. A melhora no acesso ao sistema e o aumento da resolutividade da assistência pretendido pelo Programa Saúde da Família (PSF) deve amenizar a busca de atendimento na emergência, especialmente por problemas de alcance da atenção básica.

2.5. HOSPITALIZAÇÃO NA PESSOA IDOSA

O Brasil encontra-se em um processo de transição demográfica com aumento progressivo da população idosa, cujo número passou de três milhões em 1960, para sete milhões em 1975, e 14 milhões em 2002. Estima-se que alcançará 32 milhões em 2020, e que em 2050, uma pessoa em cada cinco terá 60 anos de idade ou mais.

O envelhecimento populacional produz impacto direto nos serviços de saúde, uma vez que os idosos apresentam mais problemas de saúde, especialmente de longa duração. O conhecimento do perfil de hospitalização dessa população é importante para o planejamento das ações de saúde (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

⁴ Portal da Saúde - www.saude.gov.br - Projeto BRA 98/006 – edital 22/04.

A participação dos idosos no conjunto da sociedade brasileira passou de 6,1% para 8,6% entre os anos de 1980 e 2000. O Brasil, à semelhança de diversos países em desenvolvimento, está envelhecendo rapidamente. A população idosa, considerada como aquela com 60 ou mais anos de idade, é o segmento populacional que cresce mais rapidamente no país. Essa população praticamente quintuplicou entre 1960 e 2000 (passou de 3 para 14 milhões), estimando-se que, em 2020, o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas (Brasil, 2004).

As doenças que comumente ocorrem no envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. O idoso utiliza mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se compara comparado a outras faixas etárias. A transição demográfica e o envelhecimento populacional introduzem grandes desafios às políticas públicas, em particular nos grandes centros urbanos. Nestes, em especial, convive-se com altos graus de pobreza e desigualdades, baixa escolaridade e arranjos domiciliares pouco continentos. Isso gera necessidade de intervenções mais rápidas e equânimes, além de respostas às novas demandas assistenciais que transcendem os núcleos familiares e os possíveis cuidadores familiares ou não (LOUVISON, 2008).

Estima-se que 75,5% da população total e 73,1% da população idosa são SUS-dependentes emuitas das hospitalizações dessa população ocorrem na sequência de problemas agudos de saúde, porconsequência de algumas patologias crônicas, ou devido a situações agudas que se podem complicar pelas co-morbilidades desses indivíduos, como pelas próprias circunstâncias do internamento. Para além da redução da reserva funcional e da capacidade de adaptação a meios não familiares, as pessoas deste segmento etário sofrem de múltiplos e complexos problemas médicos, frequentemente estão poli medicadas e são as mais vulneráveis a complicações médicas e iatrogênicas (BAHIA et al., 2002).

O índice de hospitalizações é acentuadamente mais alto entre idosos. As moléstias do aparelho circulatório, respiratório e digestivo são responsáveis por 60% das internações entre os idosos, enquanto que entre os mais jovens essas causas simularam 38% das hospitalizações. As três causas mais frequentes de internações entre idosos, de ambos os sexos, são insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema e outras

doenças pulmonares obstrutivas crônicas, seguidas pelas pneumonias. Como repercussões, a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis. Conforme dados do SIH-SUS (GORZONI, 1995).

A internação hospitalar associa-se a diversos problemas e riscos específicos para população idosa, principalmente porque o envelhecimento enfraquece diversos mecanismos fisiológicos protetores e está associado ao aparecimento de dores e limitações funcionais. A dor persistente compromete a qualidade de vida do geronte ao induzir ou agravar as anormalidades do sono e do apetite, a depressão, as restrições para execução nas atividades de vida diária e a imobilidade. De fato, dor é uma das queixas mais comuns de idosos durante consultas médicas. Pacientes com mais de 60 anos se queixam duas vezes mais de dor que aqueles com idades inferiores. Estudos sugerem que 25% a 50% de idosos morando nas comunidades sofrem de dor crônica e 45% a 80% de pacientes institucionalizados apresentam dor substancial. (THOMAS et al., 2004).

As alterações no compasso e contexto de vida inerente as internações hospitalares acabam por ter efeitos mais graves, como as quedas que passam a ser mais frequentes, em consequência da diminuição da visão periférica e pela dificuldade em encontrar os óculos num contexto diferente do habitual; o ciclo de descanso e sono é alterado e o idoso sente-se desorientado. Em resultado, a depressão é comum, mesmo nos pacientes que não se apresentam deprimidos, porque o novo ambiente acentua a sensação de incompetência e pode decorrer uma diminuição do funcionamento cognitivo, devido à desorientação que os novos ritmos hospitalares e diferentes medicações causaram no idoso. Além disso, muitos idosos chegam ao hospital com problemas de autoestima, pois algumas instabilidades da vida são fonte de depressão e sentido de inutilidade, por exemplo: a reforma e a perda de um papel social ativo; a orientação social para a juventude e a falta de respeito pela experiência de vida criam no idoso a ideia de que ele não serve mais para a sociedade (COELHO FILHO, 2000).

A investigação tem levado a evidenciar que as crenças sociais sobre a velhice tendem a ser negativas (caracterizando o idoso como doente, senil e incapaz). Estes entendimentos podem enviesar a forma como é interpretado o que o idoso diz, assim

muitas vezes esses são julgados (por comparação com doentes mais novos) como tendo menos competências cognitivas, por isso as suas queixas podem ser desvalorizadas e atribuídas a diminuição cognitiva. Uma hospitalização reforça os sentimentos negativos do idoso e tende remetê-lo para uma postura mais passiva e regressiva. Esta situação pode acentuar-se se os profissionais de saúde reforçar a ideia de que o idoso é incompetente (CARVALHAIS; SOUSA, 2007).

Segundo Winograd et al. (1991), 2/3 dos idosos internados são tão independentes que não necessitam de avaliação geriátrica. Uma questão discutida por esse autor é a identificação dos idosos internados que necessitam de uma abordagem diferenciada, a qual inclui a avaliação geriátrica ampla, cuidados geriátricos e intervenções visando a redução de incapacidades após a internação, menor asilamento, maior sobrevida, melhora do estado funcional e cognitivo e menor uso de drogas na alta.

Segundo Llera (1994), a hospitalização faz parte da assistência geriátrica, a qual se define como o conjunto de níveis de assistências, hospitalares e extra-hospitalares, sanitários e sociais que devem dar uma resposta escalonada nas diferentes situações de enfermidade ou necessidade que permeiam o cuidado integral à saúde do idoso. Esta assistência deve ser setorizada e integrada em todos os seus níveis como na atenção primária a saúde com equipes de atenção primária e domiciliar; na atenção hospitalar com a consulta de avaliação geriátrica, a unidade de agudos, a unidade de média permanência, de longa permanência, as psicogerítricas, o hospital-dia e a atenção domiciliar; e os serviços sociais com os cuidados na comunidade, no domicílio e nas residências de anciãos. Não se deve confundir a assistência a situações agudas de enfermidade, que tem clara indicação de atenção hospitalar especializada, com as situações de cronicidade e incapacidade que devem ter vias assistenciais alternativas.

Segundo Winograd et al. (1991), a proporção de idosos internados apropriados para consulta geriátrica deve estar entre 18 a 24%. Os critérios para a eleição de idosos internados que se beneficiam de abordagem diferenciada são: os maiores de 85 anos por ser o grupo que contém o maior percentual de idosos frágeis (44% das pessoas acima de 85 anos tem pelo menos uma limitação nas atividades de vida diária em comparação com 7% dos entre 65 e 74 anos); presença de déficit funcional, o que já foi relatado ser importante fator determinante do tempo de internação, mortalidade e asilamento;

presença de condições geriátricas como incontinência, quedas, confusão, depressão, déficits sensoriais, polifarmácia, imobilidade; doenças físicas crônicas passíveis de reabilitação, múltiplas desordens e condições psicossociais como viver só, viuvez recente, precários recursos financeiros.

2.6. DOR NO IDOSO

A dor é um fenômeno expresso por uma sensação somada a uma reação, essa sensação é medida pelos sistemas nervoso periférico e central e a reação representa a experiência subjetiva que o indivíduo apresenta. É necessário examinar ambos os componentes da definição a dor para compreender a percepção do paciente. A sensação dolorosa pode ser classificada em aguda e crônica, assim, a dor pode ser percebida de maneiras diferentes pelos indivíduos, uma vez que experiências sensoriais e emocionais desagradáveis podem ser associadas a estímulos resultantes de lesões reais ou potenciais (BOND, 1986). A dor crônica é fator limitante de funções, aumenta a agitação, o risco de estresse emocional e de mortalidade, afetando parte do corpo, ou regiões, e limitando o funcionamento físico dos indivíduos idosos. A literatura aponta o impacto da dor nas atividades diárias e a influência dos altos níveis de inabilidade funcional na maior fragilidade e níveis aumentados de comorbidades nesses pacientes. (GOLD; ROBERTO, 2000).

A Organização Mundial de Saúde estima que 25% dos indivíduos acima de 65 anos sofrem de dor e incapacidade associados a perda funcional (ALVES et al., 2007). A dor pode estar associada a imagens negativas, tais como sofrimento prolongado, transtornos psiquiátricos, inexistência de tratamento e abuso de medicamentos, tornando-se um problema para o indivíduo, a família e a sociedade, uma vez que direciona e limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbidade e onerando o Sistema de Saúde (EPPS, 2001; GOLD; ROBERTO, 2000). A dor é conceituada como uma percepção desagradável, que varia desde desconforto leve a excruciante, agregada a um método destrutivo atual ou potencial dos tecidos que se propaga pelo meio de uma reação que pode ser orgânica ou emocional. A literatura afirma que a alta prevalência de dor em idosos está associada a desordens crônicas, particularmente doenças musculoesqueléticas como artrites e osteoporose. Além disso, o aumento na incidência de câncer, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, as

úlceras de pressão e as doenças cardiovasculares contribuem para o aumento das queixas algicas nesse grupo etário (HERR et al., 1998; KEDZIERA, 2001).

Em indivíduos idosos a dor é um sério problema de saúde pública, que necessita ser diagnosticado, mensurado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais de saúde, minimizando a morbidade e melhorando a qualidade de vida. Requer estratégia para avaliação precisa e tratamento adequado, porém, instrumentos de avaliação e mensuração raramente são usados para monitorar tal experiência (GOLD; ROBERTO, 2000). A dor pode ser classificada em aguda e crônica, como se segue: Dor aguda: está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias; há expectativa de desaparecimento após a cura da lesão; a delimitação têmporo-espacial é precisa; há respostas neurovegetativas associadas (elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipnéia, entre outras); ansiedade e agitação psicomotora são respostas freqüentes e têm a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão. Dor crônica: é aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. Não tem mais a função biológica de alerta, geralmente não há respostas neurovegetativas associadas ao sintoma, é mal delimitada no tempo e no espaço e ansiedade e depressão são respostas freqüentemente associadas ao quadro clínico (FERNANDES et al., 1981).

Segundo Ricci, Kubota e Cordeiro (2005), o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

A dor é sempre particular. Cada sujeito apreende a aplicação da expressão através de experimentos vivenciados com lesões sofridas já nos primários anos de vida. A mensuração exata dessa experiência pode contribuir para que esse impacto seja minimizado, evitando sofrimento desnecessário. Para que esta mensuração seja feita existe a escala analógica visual que consiste freqüentemente em uma linha reta, de 10 cm, que simula o contínuo dor, ancorada pelas palavras sem dor e pior dor. Todavia, pode ser uma linha vertical ou curva, de diferentes comprimentos. Solicita-se que o

indivíduo marque na linha o lugar que representa a intensidade da dor sentida. O observador deve aferir, em centímetros, a distância entre a extremidade ancorada pelas palavras sem dor e a marca feita pelo paciente, que corresponderá à amplitude de sua dor. A escala analógica visual requer nível maior da função cognitiva. Determinadas variações têm sido indicadas para remediar esses entraves. A utilização desta escala pode ser inadequada se utilizada em pacientes com baixos graus de educação e com alterações cognitivas e visuais (PIMENTA; CRUZ, 1998).

Devido ao fato de muitos idosos passarem grande parte do seu tempo de vida com dor, ela está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do idoso, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para stress e o isolamento social. Sendo assim, uma internação hospitalar é um momento difícil para o doente e seus familiares. Na velhice assume contornos mais complexos pela associação à morte, dependência e doença, por isso é vivido com elevados níveis de stress e ansiedade. O enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo acompanha o doente no contexto hospitalar (WALDOW, 1998).

A enfermagem desempenha papel fundamental como integrante da equipe multidisciplinar, frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital, pois seu desempenho é capaz de influenciar e comprometer todo o trabalho da equipe. Em virtude disso, faz-se necessária a conscientização de toda equipe de enfermagem, quanto à importância de seu comprometimento, para que juntos, com os demais membros da equipe multidisciplinar, possam trabalhar alcançando sucesso no controle e manejo da dor. Sendo assim, é imprescindível o despertar da enfermagem quanto à aquisição de conhecimento e treinamento, para que possam desempenhar seu papel de forma eficaz, conduzindo assim para o sucesso na administração da dor (FONTES; JAQUES, 2007)

O atendimento do paciente que padece de dores crônicas, inúmeras vezes só é entendido pelo profissional da saúde, que vigia com zelo do doente, conhecendo-o em sua intimidade e quando capacitado, entende as ações, atitudes e alterações nos pacientes ao delinear seu plano de cuidados por meio de uma coleta de dados planejada e completa, oferecendo maior chance de obter seus objetivos, implementando suas ações e julgando-as em momento posterior. Constituir relacionamento expressivo com o paciente é um dos papéis fundamentais da comunicação na assistência de enfermagem.

É por meio desse relacionamento que o enfermeiro acolhe o paciente, absorve dados fidedignos sobre ele, sua doença, suas necessidades, sentimentos e pensamentos, e oferece elementos para que amplie capacidades para sua recuperação e posteriormente realização de atividades de vida diária (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Dor em indivíduos idosos é um sério problema de saúde pública, que necessita ser diagnosticado, mensurado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais de saúde, minimizando a morbidade e melhorando a qualidade de vida. Requer estratégia para avaliação precisa e tratamento adequado, porém, instrumentos de avaliação e mensuração raramente são usados para monitorar tal experiência. Embora todos os instrumentos apresentem limitações nas populações em que são validados e refinados é imperativo o uso deles para o controle adequado da dor. A Escala Numérica mostrou-se fidedigna quando utilizada para mensuração da intensidade de dor entre idosos. A dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do indivíduo idoso, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social. A mensuração precisa dessa experiência pode contribuir para que esse impacto seja minimizado, evitando sofrimento desnecessário (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006).

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo é do tipo transversal, com perspectiva quantitativa. Tendo como objetivo geral, avaliar a satisfação com o atendimento hospitalar em pacientes idosos. E como objetivos específicos, verificar: os dados demográficos, a adequação do processo de internação – sequência do atendimento, a adequação da área física (conforto e higiene das instalações), a alimentação (horário, qualidade e quantidade), a atenção do médico e enfermagem e a atuação dos profissionais responsáveis pelo cuidado humanizado no hospital e avaliar a hotelaria hospitalar.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Caridade de Carazinho (HCC). O hospital é uma associação civil sem fins lucrativos, de utilidade pública, filantrópica e beneficente, fundado em 27 de janeiro de 1935. Mensalmente são atendidos em média 120 idosos, sendo possível observar um número significativo de pacientes que necessitam de cuidados especiais precisando ficar internados por muitos dias, ou precisam de internações recorrentes. No hospital está disponível uma ficha que os pacientes internados, denominado Avaliação dos Serviços, podem utilizar para registrar sua avaliação do hospital e registrar suas sugestões.

3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO E PROCEDIMENTO AMOSTRAL

A amostra foi constituída por 112 pacientes com idade igual ou maior que 60 anos que estiveram internados no Hospital de Caridade de Carazinho (HCC), por no mínimo três dias, no período de março a maio de 2011⁵. Foi uma amostragem consecutiva que consiste em recrutar cada paciente que preencher os critérios de inclusão dentro de um intervalo de tempo especificado. Quanto aos critérios de inclusão, participaram do estudo os pacientes que tinham idade igual ou maior que 60 anos e que ficam pelo menos dois dias internados. Participaram todos os pacientes que tiveram alta hospitalar após o início do estudo até completar o número previsto de cem indivíduos.

⁵ Foi encaminhado um ofício para solicitação, ao diretor do HCC para autorização de realização da pesquisa.

Com relação aos critérios de exclusão, não participaram do estudo os pacientes com doenças neurológicas ou psiquiátricas que impediram o entendimento do questionário.

3.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista com a aplicação de um questionário (Apêndice A), com perguntas abertas e fechadas, referentes ao atendimento recebido pelo paciente no período de sua internação. Para avaliar o entendimento das questões foi aplicado um questionário preliminar em dez pacientes todos estes acharam compreensíveis. Posteriormente acrescentaram-se perguntas de questionário usado para o mesmo fim, do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro por parecer ser mais abrangente. Esta nova versão, com 27 itens, foi aplicada a outros dez pacientes aleatórios no dia da alta hospitalar e, novamente, todos declararam ter compreendido as questões.

Este questionário foi aplicado pela mesma entrevistadora, autora deste estudo, que se apresentava com roupas usuais que não a caracterizassem como funcionária do hospital para que o entrevistado ficasse mais a vontade em conceituar o hospital nas respostas ao questionário. Procurou-se aplicar ao questionário da mesma forma sem dar ênfase a uma ou outra questão. A entrevistadora identificava-se como participante de um estudo e explicava o objetivo da pesquisa. O motivo da internação era perguntado ao paciente e depois se verificou o diagnóstico registrado no prontuário. (Anexo A). Procurou-se caracterizar os diagnósticos através do Código Internacional de Doenças - CID. A dor porventura sentida era avaliada em três momentos; dor prévia a internação, durante a internação e se foi causada pela doença ou por procedimentos diagnósticos invasivos.

Foi utilizada a escala visual analógica da dor (Anexo B), na qual através de uma linha horizontal de 10 cm sem nenhuma numeração em papel branco, e em cada extremidade havia as possibilidades da dor. Numa extremidade dor máxima e na outra nenhuma dor. O paciente marcava na linha sua impressão. O local marcado era medido com uma régua e se obtinha o resultado em centímetros. Desta maneira uma sensação subjetiva estava transformada em uma variável numérica.

3.5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para comparação de variáveis paramétricas foi usado o teste Mann-Whitney e para variáveis qualitativas o teste do qui quadrado com o teste de Fischer quando indicado. Foi considerado significativo quando o valor de $p \leq 0,05$.

3.6. PROCEDIMENTOS BIOÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UPF certificado pelo protocolo 195/2010. Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C). A pesquisa seguiu as normas da resolução 196/96-CNS. O estudo seguiu, portanto, os preceitos da ética: i) estudo foi realizado mediante a apresentação de seus objetivos aos colaboradores convidados a participar da pesquisa, dando-lhes a oportunidade de aceitarem participar ou não; ii) em todas as etapas do estudo, foram respeitados os direitos dos indivíduos colaboradores, no sentido de dar-lhes o direito de optar por continuar ou desistir das demais etapas do estudo; iii) durante todo o estudo, houve a preocupação constante em não expor os indivíduos colaboradores, garantindo o seu direito ao anonimato.

4. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 112 idosos, sendo 53,6% do sexo feminino (n = 60). A idade média dos sujeitos foi de $70 \pm 6,4$ anos (media \pm desvio padrão) variando entre 60 e 88 anos (Figura 1).

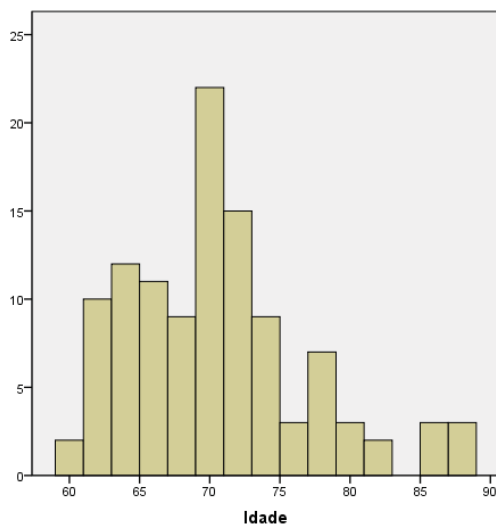


Figura 1 - Distribuição das idades dos sujeitos pesquisados.

Apenas a dor pela demora na medicação possuía uma distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov) e, desta forma, usou-se o teste de Mann-Whitney para dados não paramétricos.

A maioria dos pacientes possuía baixa escolaridade, sendo que 87,4% indicaram ter o primeiro grau completo e/ou incompleto; 62,5% declararam receber entre um e três salários mínimos; quanto à cor autodeclarada, 75,5% (n = 77) se declararam ser de cor branca e 18,8% de cor negra (n = 21) - dez pacientes não responderam essa questão; e a maioria (83,0%) era procedente do município de Carazinho.

Quanto às principais causas de internação, segundo CID-10, os maiores escores foram das doenças respiratórias (16,1%), seguida das cardiovasculares (11,6%), gastrointestinais (9,8%), ginecológicas (9,8%), ortopédicas traumatológicas e reumatológicas (6,3%) e oncológica (5,4%). Dos entrevistados, 86,5% eram provenientes da emergência do hospital, por esta ser a porta de entrada pelo SUS. Com relação ao tempo de espera para chegar ao leito, 51,8% dos idosos esperaram entre 1 e 3

horas, e, 45,5% esperaram menos de 1 hora. Quanto ao tempo de internação, a média foi de 5,8 dias, com um desvio padrão de 1,6 dias, sendo o menor tempo foi três dias e o maior dez dias (Figura 2).

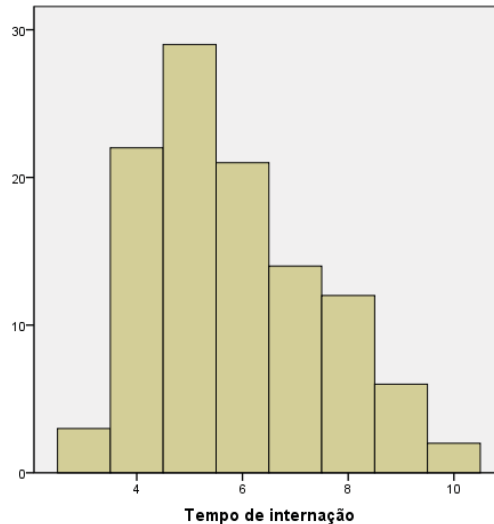


Figura 2 - Distribuição do tempo de internação dos sujeitos pesquisados.

Oitenta e nove por cento dos pacientes recebeu visita do médico diária enquanto o restante recebeu visitas esporádicas. Cerca de dois terços (60,7%) lembrava-se que o médico havia se identificado e 78% relataram que receberam informações incompletas sobre suas dúvidas sobre sua doença. O atendimento da enfermagem foi melhor avaliado quando 88% dos pacientes relataram ser prontamente atendidos quando solicitado. Cinquenta e oito por cento disseram não ter recebido informação esclarecedoras sobre o tratamento e 70% declararam não ter conhecimento sobre a medicação usada. Novamente, cerca de dois terços (63%) tiveram explicação sobre os exames que seriam submetidos.

A presença da dor durante os dias que ficaram internados foi referida em 90,2% dos idosos entrevistados. Com relação à dor (pela doença, pelos exames, pela demora na medicação e antes da internação), o valor médio encontrado a partir da indicação dos sujeitos pesquisados na escala de dor pela doença foi de $5,8 \pm 2,8$ (média \pm desvio padrão); já a dor pelos exames, o valor médio foi de $1,9 \pm 1,9$; no tocante à dor pela demora na medicação, o valor foi de $4,0 \pm 2,2$; e a dor sentida antes da internação foi de $5,5 \pm 2,6$ (Figura 3).

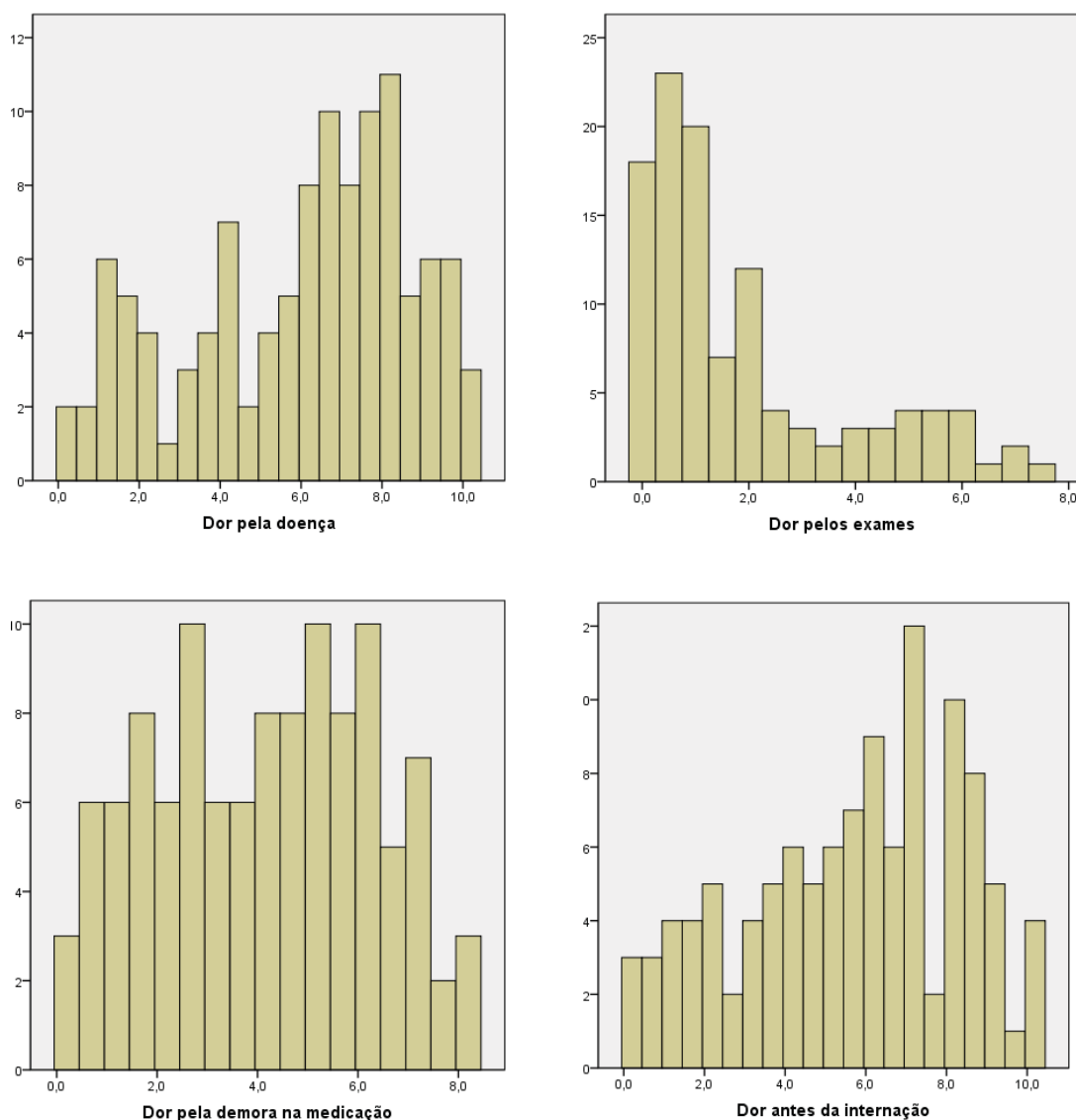


Figura 3 - Distribuição dos valores indicados da escala de dor.

Realizamos o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade de distribuição da escala de dor. Os resultados da avaliação subjetiva da escala da dor dos quatro indicadores avaliados pelos sujeitos pesquisados indicaram que apenas a dor pela demora na medicação possui uma distribuição normal ($p > 0,05$).

No tocante a hotelaria hospitalar, no que se refere ao conforto do leito, 81% da amostra, mostrou-se satisfeito, bem como com a frequência da troca de lençóis, 80% dos pacientes tiveram trocas diárias. Com relação ao horário da alimentação a maioria achou que não estava adequado, porém quando relacionado à qualidade e a quantidade dos alimentos os idosos consideraram satisfatória 83,9%, e 70,5% respectivamente. A

maioria dos pacientes teve permissão para ter acompanhantes no quarto (94,6%) e 52,7% dos entrevistados afirmaram que seus acompanhantes tiveram tratamento adequado. No tocante à conceituação do hospital, na avaliação geral da experiência hospitalar, 63,4 % avaliaram como muito bom e 11,6% como bom. Com relação ao entendimento das perguntas, 97,3% declararam ter compreendido todas as questões. A Tabela 1 apresenta os resultados do teste de qui-quadrado para as variáveis ingresso no hospital, tempo de espera, visitas, orientações dos médicos, chamadas à enfermagem atendida e orientações das enfermeiras, analisadas categorizando os sujeitos por sexo.

Tabela 1 - Teste de qui-quadrado categorizando os sujeitos por sexo

Variáveis	Categorias	Sexo		p
		Feminino	Masculino	
Ingresso no hospital	Chamado pelo setor de internações	2	5	0,364
	Consultou emergência	52	44	
	Veio direto do consultório médico	5	3	
Tempo de espera	Menos de 1 h	26	25	0,254
	Entre 1 e 3 h	31	27	
	Entre 3 e 5 h	3	0	
Visitas	Sim	56	44	0,137
	Não	4	8	
Orientações dos médicos	Sim	26	27	0,546
	Não	19	16	
	Não recebeu	15	9	
Chamadas à enfermagem atendidas	Sim	51	48	0,229
	Não	9	4	
Orientações das enfermeiras	Sim	23	24	0,403
	Não	37	28	

Teste de qui-quadrado para um $p \leq 0,05$.

Os resultados mostraram que não havia diferença entre os sexos em nenhuma variável analisada. Já a Tabela 2 a dor pela doença, pelos exames, pela demora na medicação e antes da internação, novamente analisadas categorizando os sujeitos por sexo.

Tabela 2 - Intensidade da dor categorizada pelo sexo

Dor	Sexo	Medidas		p
		Média	Desvio padrão	
Pela doença	Feminino (n = 60)	5,8	2,5	0,717
	Masculino (n = 52)	5,9	3,0	
Pelos exames	Feminino (n = 59)	1,7	1,8	0,336
	Masculino (n = 52)	2,1	2,2	
Pela demora na medicação	Feminino (n = 60)	3,7	2,1	0,138
	Masculino (n = 52)	4,4	2,2	
Antes da internação	Feminino (n = 59)	5,4	2,5	0,456
	Masculino (n = 52)	5,7	2,9	

Teste de Mann-Whitney para um $p \leq 0,05$.

Os resultados mostram que novamente não havia diferença entre os sexos.

5. DISCUSSÃO

O aumento da expectativa de vida, devido à diminuição da mortalidade infantil e melhor acesso aos recursos médicos e ao desenvolvimento científico fez com que o número de pessoas idosas venha aumentando progressivamente. Neste grupo etário são mais prevalentes as doenças crônico-degenerativas e as neoplasias. Estas podem resultar na necessidade de internação hospitalar, dependência e acompanhadas pela dor.

Um estudo de Glashan (1999) realizado na cidade de São Paulo, com sessenta e oito idosos, obteve dados semelhantes encontrados neste estudo, onde 78% destes não haviam completado o ensino fundamental, 89,5% referiam dor, 62% desconheciam o diagnóstico e as queixas eram respiratórias e pulmonares.

Conforme Brasil (2003) mais de 85% de nossos idosos apresenta pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de 20%, apresentam pelo menos cinco. Alguns indivíduos podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde e sem nenhuma doença crônica, mas infelizmente isso acontece com um número muito pequeno de idosos.

No Brasil, ocorre uma grande inversão no processo de atendimento médico, no qual grande parte dos pacientes, que poderia ser assistida nos ambulatórios dos postos e centros de saúde, acorre ao setor terciário, especialmente para os serviços de emergência hospitalar, que funcionam 24 horas por dia disponibilizando exames e medicamentos. Nos hospitais gerais, o atendimento às emergências vem ganhando prioridade, em detrimento do atendimento ambulatorial que, por várias limitações, repassa sua demanda aos serviços de emergência. A intensificação da população idosa no país agravou ainda mais as já precárias condições das emergências, também afetadas pelo sucateamento generalizado dos serviços de saúde. Assim, à enorme demanda com necessidade real de cuidados médicos emergenciais, vem se juntar uma clientela oriunda dos ambulatórios que não teria esta urgência.

A relação médico/paciente, de acordo com Maslow (2000), enquadra-se nas necessidades de segurança, a partir do momento em que é a partir desta relação que o indivíduo conseguirá atingir o seu segundo nível de necessidade, ou seja, a segurança e também o terceiro nível, onde estão as necessidades de afeto.

Os idosos entrevistados, em sua maioria apresentaram expectativas de serem diretamente informados e esclarecidos a respeito de suas condições de saúde, manifestando insatisfação com a qualidade e o grau de informação recebida pela equipe médica e de enfermagem. Estes dados vão ao encontro àqueles observados numa revisão da literatura sobre a forma como os doentes definem a qualidade dos cuidados de saúde onde mostrou que as dimensões relativas aos cuidados de enfermagem e que estes mais valorizam são: comunicação, informação, cortesia, apoio emocional, qualidade dos cuidados técnicos, cuidado centrado no paciente e disponibilidade (SOFAER; FIRMINGER, 2005).

Segundo Jaspers (1991), a tecnologia foi se incorporando no exercício da profissão de medicina, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação. Enquanto os avanços tecnológicos mostravam-se significativos, não se percebiam mudanças correspondentes nas condições de vida, como também, não se verificava o aperfeiçoamento das práticas de saúde, como práticas compostas pela comunicação, pela observação, pelo trabalho de equipe, por atitudes fundamentadas em valores humanitários sólidos. Atualmente, existem recursos para lidar com cada fragmento do homem, mas falta ao médico a habilidade para dar conta do mesmo homem em sua totalidade (CAPRARA; RODRIGUES, 2004)

Dados de Sofaer e Firminger (2005) vão ao encontro dos achados no presente estudo, os quais mostram que a qualidade da comunicação e informação inclui a competência de escuta, capacidade para explicar informação técnica complexa de forma acessível e clara. Ainda o mesmo autor, afirma que a cortesia e o apoio emocional associam-se a sensibilidade, carinho, apoio emocional (também à família e amigos), empatia e atitude positiva; incide, ainda, na capacidade de estabelecer uma relação que alivie os medos e a ansiedade relativa ao estado de saúde. A qualidade dos cuidados técnicos envolve conhecimento, formação e experiência; essencialmente, os pacientes valorizam o apoio diligente em atividades de vida diária e a execução dos procedimentos técnicos garantindo o conforto físico e psicológico. Ressalta ainda que os cuidados centrados no paciente caracterizam-se por serem individualizados, respeitando as preferências e valores dos pacientes, respondendo às suas necessidades físicas e emocionais, envolvendo-os nas decisões, garantindo e protegendo a privacidade.

A presença da dor foi referida em 90,2% dos pacientes internados. Estudos referem que a dor nos idosos, pode estar associada a imagens negativas, tais como sofrimento prolongado, transtornos psiquiátricos, inexistência de tratamento e abuso de medicamentos, tornando-se um problema para o indivíduo, a família e a sociedade, uma vez que direciona e limita as condições e o comportamento daquele que a vivencia, aumentando a morbidade e onerando o SUS (EPPS, 2001; GOLD, 2000).

Dor em indivíduos idosos é um sério problema de saúde pública, que necessita ser diagnosticado, mensurado, avaliado e devidamente tratado pelos profissionais de saúde, minimizando a morbidade e melhorando a qualidade de vida. Requer estratégia para avaliação precisa e tratamento adequado, porém, instrumentos de avaliação e mensuração raramente são usados para monitorar tal experiência (GOLD; ROBERTO, 2000).

Estudo realizado por Yates (1998) mostrou que 45 a 75% de pacientes hospitalizados têm dor, com intensidade de moderada a severa. Em outra investigação, os mesmos autores, identificaram a prevalência de 78,6% de dor, em 205 pacientes internados, dentre os quais 33,5% com intensa magnitude. A dor, quando não tratada adequadamente, afeta a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores em todas as dimensões: físicas, psicológica, social, espiritual, bem como em todos os casos, o tratamento deve ser individualizado, de acordo com as necessidades do utente e dirigido, se possível, à causa desencadeante de dor (FERRELL; RHINER; ALLETTO, 1991).

Embora todos os instrumentos apresentem limitações nas populações em que são validados e refinados é imperativo o uso deles para o controle adequado da dor. Cabe ressaltar que poucos profissionais prescrevem um anti-hipertensivo sem monitorar a pressão arterial, não obstante, prescrevem analgésicos sem monitoramento da dor por meio de instrumentos válidos e precisos (GOLD; ROBERTO, 2000).

A humanização do ambiente físico hospitalar, ao mesmo tempo em que colabora com o processo terapêutico do paciente, contribui para a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos profissionais envolvidos. A natureza transversal dessa política envolve todos os atores e pode ser colocada em prática de imediato, porque exige apenas decisão de mudar a forma de ver o outro.

A hotelaria hospitalar procura inserir a hospitalidade no ambiente hospitalar, trazendo para dentro do hospital serviços semelhantes aos prestados na hotelaria convencional. A elevada necessidade de dispor de um bem-estar físico e emocional, depende também das condições do ambiente onde o paciente está inserido e isto parece ser comparável com os achados prévios de Boeger (2003, p. 54) que conceitua hospitalidade como “o ato ou efeito de hospedar, é a qualidade do hospedeiro [...]”. Também, Godoi (2004, p. 20) “por mais estranho que pareça, a hospitalidade é essencial dentro do ambiente hospitalar, pois vai estar vinculada durante todo o processo de internação à melhora do paciente, e conseqüentemente à satisfação dos seus familiares e amigos”.

De acordo com Dias (2003), a hotelaria hospitalar pode ser considerada como toda infra-estrutura do hospital voltada para o conforto, segurança e bem estar do cliente externo e interno, buscando transformar o ambiente para torná-lo mais acolhedor. Essa proposta engloba o compromisso de amenizar os sentimentos negativos que os clientes possam ter, proporcionando conforto, bem estar e segurança a todos os envolvidos no processo de hospitalização e cuidados humanizado ao paciente idoso.

No tocante ao atendimento nutricional a ser oferecido por uma instituição deve, por meio da alimentação, amenizar o sofrimento da doença e da internação, reduzir a incidência de deficiências nutricionais, por ser fator de aumento de complicações e de mortalidade, identificar oportunamente pacientes candidatos a receberem um apoio nutricional especializado e individual e oferecer um leque de dietas de composição normal e especial, além de preparações que possam cumprir objetivos nutricionais específicos. A amostra deste trabalho comportou-se de forma bastante semelhante a de Garcia (2006), sobre a alimentação em pacientes hospitalizados, com a implementação do suporte nutricional por via oral, diversificando o leque de preparações e alimentos para esse fim, certamente é uma estratégia para garantir a melhora nutricional do paciente por meio de uma atenção que leve em conta os referenciais alimentares do mesmo. Avaliar como ele está se alimentando pode, inclusive, ser um indicador de seu estado geral, e pode orientar a necessidade de mudanças na alimentação.

A dieta hospitalar garante o aporte de nutrientes ao paciente internado e, assim, preservar seu estado nutricional, pelo seu papel coterapêutico em doenças crônicas e

agudas e também por ser uma prática que desempenha um papel relevante na experiência de internação, uma vez que, atendendo a atributos psicossensoriais e simbólicos de reconhecimento individual e coletivo podem atenuar o sofrimento gerado por esse período em que o sujeito está separado de suas atividades e papéis desempenhados na família, na comunidade e nas relações de trabalho e encontra-se ansioso dado o próprio adoecimento, e pela disciplina e procedimentos hospitalares, muitas vezes pouco compreendidos, tais como o horário destinado para alimentação dos pacientes (DICKINSON et al., 2005).

A experiência hospitalar para os entrevistados foi apontada como positiva, estes dados vão de encontro com os achados de Almeida (2000), onde aponta que o hospital quando prima pela qualidade nos serviços prestados e observa o idoso em sua integralidade e atende suas necessidades mais urgentes, faz com que esse paciente aponte como positivo o atendimento que recebeu enquanto internado, reiterando a importância da equipe multidisciplinar identificar e compreender as relações entre as diferentes necessidades básicas neste período da vida do sujeito, o que é na verdade, cuidado fundamental para esse grupo. A avaliação de clientes idosos envolve aspectos complexos e variados, assim, o importante é identificar os aspectos positivos, as limitações e os aspectos subjetivos que interferem na qualidade dos serviços prestados durante a hospitalização do idoso.

Os aspectos encontrados neste estudo se assemelham a uma sequência de 10 investigações realizadas no sistema nacional de saúde da Inglaterra em 2011 sobre o cuidado do idoso hospitalizado. O controle da dor, auxílio na alta, a comunicação com os pacientes e seu parentes e a alimentação foram considerados bastante inadequados. Estes achados, vindos de países desenvolvidos, indicam que há áreas do atendimento hospitalar em idosos que devem ser melhorados em ambos os contextos. (KMIETOWICZ, 2011)

Um resumo destes dados será entregue a médicos, enfermeiros, equipe de enfermagem e administração do HCC com vistas ao desenvolvimento de políticas institucionais que venham melhorar as áreas ainda com dificuldades.

6. CONCLUSÃO

Os pacientes idosos avaliados no Hospital de Caridade de Carazinho mostraram-se satisfeitos sendo que 75% consideram os aspectos conjuntos da sua internação como muito bom e bom.

As falhas na comunicação com pacientes, informação sobre procedimentos a serem realizados, horário das refeições e melhor tratamento da dor devem ser melhorados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. *Texto para discussão n° 599*. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendência da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998. Disponível em: <www.ipea.gov.br/pub/td/td_599.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

ALMEIDA, C. et al. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *International Journal of Health Services*, United States, v. 30, n. 1, p. 129-162, 2000.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, jan./ago. 2007.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271-276, mar./abr. 2006.

AUDINO, M. C. F. *Formação sobre envelhecimento humano e percepção das tecnologias de informação e comunicação como uma forma de reabilitação do sujeito idoso*. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano), Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

BAHIA, L. et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.

BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. O cuidado no ambiente hospitalar na perspectiva dos auxiliares de enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 219-230, ago, 2004.

BOEGER, M. A. *Gestão em hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas, 2003.

BOND, M. R. *Dor: natureza, análise e tratamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Colina, 1986.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. A participação dos idosos gaúchos no mercado de trabalho e a forma de relação renda/saúde. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 48-56, jan./jun. 2004.

BORGES, C. M. M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1037-1041.

BRASIL. Congresso. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, ano. 132, n. 3, 5 jan. 1994. Seção 1, p. 77. Disponível em: <www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=05/01/1994>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. Constituição Federal, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal/Centro Gráfico, 1988.

_____. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. *Movimento de autorização de internação hospitalar* – janeiro a dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. CD- ROM.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1-6. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 2 abr. 2011.

_____. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. *Informações de saúde*. 2004 Brasília: Ministério da Saúde Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 28 mar. 2012.

CAMPOS, M.A. *Musculação: diabéticos, osteoporóticos, idosos, crianças, obesos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2004.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, mar./abr. 2010.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 596-616, 2007. Disponível em:

<www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/7444/5278>. Acesso em: 28 mar. 2012.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 139-146, 2009.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 666-671, dez. 2000.

COSNIER, J.; GROSJEAN, M.; LACOSTE, M. *Soins et communication: approches interactionniste des relations de soins*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon, 1994.

DIAS, M. A. *Hospitalidade: um novo conceito na especialização do enfermeiro*. 2003. Disponível em: <www.etur.com.br/conteudocompleto.asp?idcontudo=1778>. Acesso em: 03 set. 2009.

DICKINSON, A. et al. Hospital mealtimes: action research for change? *The Proceedings of the Nutrition Society*, v. 64, n. 3, p. 269-75, Aug. 2005.

EPPS, C. D. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatric Nursing*, New York, v. 22, n. 2, p. 71-79, Mar./Apr. 2001.

FERNANDES, R. A. Q. et al. Anotações de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 63-68, abr. 1981.

FERRELL, B. R. et al. Pain management as a quality of care outcome. *Journal of Nursing Quality Assurance*, v. 5, n. 2, p. 50-58, Jan. 1991.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. Papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciência Cuidado e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 481-487, 2007.

GARCIA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 2, p. 129-144, mar./abr. 2006.

GIACOMIN, K. Eixo 3: atenção à saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2, 2010, Brasília, DF. *Anais eletrônicos...* Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2010. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/idoso/anais_cndi_2.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2011.

GLASHAN, R.Q., SANTOS, M.C., OLIVEIRA A.P. Perfil do idoso internado em unidade clínica de um hospital geral universitário da grande São Paulo, com vistas à enfermagem. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 94-106, 1999.

GOLD, D. T.; ROBERTO, K. A. Correlates and consequences of chronic pain in older adults. *Geriatric Nursing*, v. 21, n. 5, p. 270-273, Sept./Oct. 2000.

GODOI, A. F. *Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais: pensando e fazendo*. São Paulo: Ícone, 2004.

GORZONI, M. L.; LIMA, C. A. C. Análise dos parâmetros clínicos de idosos internados em enfermaria de clínica médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 227-232, maio/jun. 1995.

GORDILHO, A. et al. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde nas políticas de cuidado integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. 92 p.

HERR, K. A et al. Evaluation of the faces pain scale for use with the elderly. *The Clinical Journal of Pain*, v. 14, n. 1, p. 29-38, Mar. 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000: Características da População. Resultados da amostra*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2010.

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico_conteudo.php?codmun=431410>. Acesso em: 25 jan. 2011.

_____. *Educação melhora, mas ainda apresenta desafios*. 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1233&>. Acesso em: 28 mar. 2012.

_____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: <biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2007.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2012.

_____. *Primeiros dados do Censo 2010*. Dados Rio Grande do Sul. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo_2010.rs.php2>. Acesso: 28 mar. 2012.

JASPERS, K. *Il medico nell'età della tecnica*. Milão: Raffaello Cortina Editore, 1991.

KEDZIERA, P. L. Easing elders' pain. *Holistic Nursing Practice*, v. 15, n. 2, p. 4-16, Jan. 2001.

KMIETOWICZ, Z. "Harrowing accounts" show how NHS fails to meet basic standards of care of elderly people. *BMJ.*, v. 342, p. d1064, Febr., 2011.

LEME, L. E. G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

LEMOS, D. et al. *Velhice*. E-psico/UFRGS, Porto Alegre, [s.d.]. Disponível em: <www6.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/um_tempo_para_tempo_index.html>. Acesso em: 31 mar. 2012. Online.

LIMA-COSTA, M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (1998, 2003). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2467-2478, out. 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, mai./jun. 2003.

LLERA, F. G.; MARTÍN, J. P. M. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.

MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. *Radis*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 6-17, fev. 1999.

-
- MASLOW, A. H. *Maslow no gerenciamento*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.
- MOTTA, L. B. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, p. 47-77, 2001.
- NERI, A. L. O desenvolvimento integral do homem. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 10, p. 4-8, 1995.
- NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: _____. (Org.). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas: Papirus, 2001. p. 11-52.
- O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, nov./dez. 2009.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Population ageing: a public health challenge*. Geneva: World Health Organization Press Office, 1998.
- PAZ, S. F. A situação de conselhos e fóruns na defesa dos direitos dos idosos. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1042-1047.
- PALLONI, A.; PELÁEZ, M. *SABE: Survey on health and well-being of elders: preliminary report*. Washington, D. C.: Pan-American Health Organization; 2002.
- PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 26-43.
- PASSARELLI, M. C. G. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 208-212, jul./ago. 1997.
- PAULINO, L. F.; SIQUEIRA, V. H. F.; A produção de conhecimentos e intervenção nos campos da saúde e da educação: deslocamentos e contribuições para o estudo sobre a velhice. In: DIEHL, A.; VIEIRA, P. S.; BERTOLIN, T. E.; *Envelhecimento humano: experiência, diálogo e conflito*. Passo Fundo: Editora UPF, 2011.
- PENNA, F. B.; SANTOS, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 17-24, 2006.

PIMENTA, C. A. M.; CRUZ, D. A. L. M.; SANTOS, J. L. F. Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 15-24, mar. 1998.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores e dados básicos*. Brasília: RIPSA, 2006.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores demográficos*. Brasília: RIPSA, 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/a14uft.htm>>. Acesso em: 31 mar. 2012.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, ago. 2005.

RODRIGUES, N. C. Política nacional do idoso – retrospectiva histórica. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

RODRIGUES, N. C.; TERRA, N. L. *Gerontologia social para Leigos*. Porto Alegre: Edipucrs, 2006. 94p.

ROSA, M. B. Fragmentos da história da educação em saúde no Brasil. XI ENCONTRO GAÚCHO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM. *Anais...* Ijuí: Unijuí, 2006.

SÁ, D. A. et al. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais do SUS: Brasil, 1995 e 1998. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 1, n. 1, p. 45-52, jan./abr. 2001.

SCORTEGAGNA, H. M. A educação gerontológica aplicada a escolares: o olhar da enfermeira. In: PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BETTINELLI, L. A. (Org.). *Envelhecimento humano: desafios e perspectivas*. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo Editora Universitária, 2004, p. 46-72.

SILVESTRE, J. A. *Programa de Saúde do Idoso*. Programas e Projetos. 1999. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 out. 1999.

SOFAER, S.; FIRMINER, K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, v. 26, p. 513-559, Apr. 2005.

SOUZA, T. R. Lazer, turismo e políticas públicas para a terceira idade. *Revista Científica Eletrônica Turismo*, Garça, ano 3, n. 4, p. 1-6, jan. 2006.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2005.

THOMAS, E. et al. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*, v. 110, n. 1-2, p. 361-368, July 2004.

TOURINHO FILHO, H.; WEBER, A. A percepção do idoso sobre a prática de atividades físicas: uma visão do meio rural. In: BOTH, A. et al. *Envelhecer: estudos e vivências*. Passo Fundo: UPF, 2005.

UNITED STATES CENSUS BUREAU. *Aging and Pension Benefits*. Washington: US Government Printing Office, 2011. Disponível em: <<http://lehd.did.census.gov/led/research/apbresearch.html>>. Acesso em: 5 ago. 2003.

VARGAS, H. S. *Psicogeriatría geral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. *Revista USP*, São Paulo, n. 51, p. 72-85, set./nov. 2001.

VERAS, R. P. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 382-397, out./dez. 1988.

VIEIRA, P. S.; BAGGIO, A. O envelhecimento sob o paradigma da corporeidade. In: SANTIN, J. R.; BERTOLIN, T. E.; DIEHL, A. *Envelhecimento humano: saúde e qualidade de vida*. Passo Fundo: Editora UPF, 2009.

VILAR, J. M. A crise no setor saúde e o ranking da OMS. *Revista Brasileira de Home Care*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 22, 2000.

WALDOW, R. V. *O cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

WHO. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. [Trad. Suzana Gontijo]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2011.

WINOGRAD, C. H. et al. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 39, n. 8, p. 778-784, Aug. 1991.

YATES, P. et al. The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. *Journal of Clinical Nursing*, v. 7, n. 6, p. 521-530, Nov. 1998.

ANEXOS

Anexo A. Termo para utilização de prontuários

Termo de compromisso

Utilização de prontuários e base de dados do Hospital De Caridade De Carazinho

Avaliação do atendimento hospitalar em pacientes idosos

O pesquisador do presente estudo, abaixo listado, compromete-se a preservar a privacidade dos dados e identidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Caridade de Carazinho.

Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, sendo que só poderão ser divulgadas de forma anônima, sem qualquer identificador como data de nascimento, número de prontuário ou outro que possibilite o reconhecimento do paciente.

NOME DO PESQUISADOR	ASSINATURA	DATA
ANDRÉIA SCHMITZ		

Anexo B. Escala visual analógica da dor

Escala visual analógica da dor

1. Pela doença

NADA
DE DOR ----- MAIOR
DOR

2. Por algum exame

NADA
DE DOR ----- MAIOR
DOR

4. Por demora na medicação para a dor

NADA
DE DOR ----- MAIOR
DOR

5. Antes da internação

NADA
DE DOR ----- MAIOR
DOR

APÊNDICES

Apêndice A. Questionário descritivo



Questionário descritivo

Avaliação da satisfação com o atendimento hospitalar em pacientes idosos

1. PERFIL DO PACIENTE

1.1. Sexo

- Feminino
 Masculino

1.2. Idade: _____ anos

1.3. Tempo de internação: _____ dias

1.4. Em virtude de que doença (s) o senhor (a) está internado aqui?

1.5. Diagnóstico provável (pelo prontuário ou contato com médico):

1.6. Grau de instrução

- Analfabeto
 1º Grau completo/incompleto
 2º Grau completo/incompleto
 Superior completo/incompleto

1.7. Renda familiar

- Até 1 salário mínimo
 Entre 1 e 3 salários mínimos
 Entre 3 e 5 salários mínimos
 Acima de 5 salários mínimos

1.8. Local de procedência

- Pessoa de Carazinho
 Pessoa de outra cidade
 Pessoa de outro estado

1.9. Cor autodeclarada

- Branco
 Negro
 Mulato
 Oriental
 Outra

2. SEQUENCIA DO ATENDIMENTO

2.1. Forma de ingresso no hospital:

- Chamado pelo setor de internações
- Consultou na Emergência
- Veio direto do consultório médico

2.2. Ao chegar no hospital para internar, o tempo de espera para chegar ao leito foi de:

- menos de 1 hora
- entre 1 e 3 horas
- entre 3 e 5 horas
- mais de 5 horas

3. SEQUENCIA DO ACOMPANHAMENTO

3.1. Recebeu visita médica diariamente:

- Sim
- Não

3.2. As informações/orientações prestadas pelo médico sobre o tratamento foram esclarecedoras:

- Sim
- Não
- Não recebeu informações completas
- Não recebeu orientação/informação

3.3. Conhecimento da medicação que está tomando:

- Sim
- Não

3.4. O médico identificou-se:

- Sim
- Não
- Não lembra

3.5. Suas chamadas foram atendidas prontamente pela enfermagem:

- Sim
- Não

3.6. As informações/orientações prestadas pela enfermagem sobre o tratamento foram esclarecedoras:

- Sim
- Não

3.7. Foi explicado a finalidade dos exames realizados:

- Sim
- Não
- Não realizou exames

3.8. Sentiu dor durante os dias que esteve internado:

Sim

Não

4. HOTELARIA

4.1. Foi efetuada troca de roupa de cama diariamente:

Sim

Não

Não sabe

4.2. É realizada a limpeza dos banheiros diariamente:

Sim

Não

Não sabe

4.3. A cama é confortável:

Sim

Não

5. ALIMENTAÇÃO:

5.1. Horário adequado:

Sim

Não

Não sabe

5.2 . A qualidade é adequada:

Sim

Não

Não sabe

5.3. A quantidade é satisfatória:

Sim

Não

Não sabe

6. ACOMPANHANTE

6.1 . Teve permissão para acompanhante?

Sim

Não

Não sabe

6.2 . O acompanhamento foi tratado adequadamente:

Sim

Não

Não sabe

7. CONCEITUAÇÃO DO HOSPITAL:

7.1 . Avaliação geral da experiência hospital:

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Muito ruim

8. ENTENDIMENTO:

8.1 . Todas as perguntas foram compreendidas:

- Sim
- Não

Apêndice B. Carta convite



Passo Fundo, ____ de ____ de ____.

Ao Sr. Helio Lutz

Administrador do HCC

Ilmo. Sr.

Ao cumprimentá-lo, dirigimo-nos a Vossa Senhoria para sondar a possibilidade de realizarmos uma pesquisa com os pacientes idosos desta instituição da qual o senhor é o administrador. O estudo intitulado “Avaliação do Atendimento Hospitalar em Pacientes Idosos” tem como objetivo avaliar a satisfação com o atendimento hospitalar por pacientes idosos com alta hospitalar.

A pesquisa vincula-se ao estudo desenvolvido como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Esse estudo será desenvolvido pela aluna Andréia Schmitz, sob a orientação do professor Dr. Hugo Roberto Kurtz Lisbôa e co-orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti. Com o desenvolvimento da pesquisa, buscamos responder a seguinte questão: Como está a satisfação dos idosos internados em unidade hospitalar, referente aos cuidados prestados pela assistência, bem como referente ao ambiente físico das instalações e serviços oferecidos.

O projeto, depois da autorização para realização da pesquisa com os pacientes idosos, será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. Portanto, a pesquisa atenderá às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, no que se refere ao consentimento, sigilo, anonimato, benefícios e propriedade intelectual.

Para maiores esclarecimentos, encaminhamos em anexo o projeto da pesquisa que pretendemos desenvolver com os pacientes idosos com alta hospitalar. Entendemos que o desenvolvimento do estudo se justifica pela necessidade de avaliar a satisfação dos idosos referente aos serviços prestados pelo hospital, uma vez que esta relaciona-se diretamente à eficiência no atendimento prestado à população idosa.

Agradecemos, desde já, sua colaboração, e colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Hugo R. Kurtz Lisbôa
Rua Teixeira Soares, 885/806
Passo Fundo - RS
Fone: (54) 3311-6499

Andréia Schmitz
Rua Marcilio Dias, 662
Carazinho - RS
Fone: (54) 3329-2388

Pronunciamento da Instituição

Pelo presente manifesto, autorizo a realização da pesquisa intitulada “Avaliação do Atendimento Hospitalar em Pacientes Idosos”, estudo desenvolvido pela aluna Andréia Schmitz, sob a orientação do professor Dr. Hugo R. Kurtz Lisbôa e coorientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti como exigência para obtenção do grau de mestre do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, junto aos pacientes idosos com alta hospitalar.

Data: ____ / ____ / _____

Administrador Hélio Lütz

Apêndice C. Termo de consentimento livre e esclarecido



Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “*Avaliação do atendimento hospitalar em pacientes idosos*”, que estamos desenvolvendo com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços prestados pela instituição hospitalar durante sua internação.

Buscamos, dessa forma coletar informações sobre suas características, como foi a sequência do atendimento e do acompanhamento. Há perguntas sobre sua opinião sobre higiene, limpeza, conforto, alimentação e será pedido no final uma avaliação geral sobre sua permanência no hospital durante a internação. Também gostaríamos da sua opinião se entendeu as perguntas que lhe serão feitas com facilidade.

A sua participação não implicará em risco algum e os benefícios da sua participação na pesquisa será a possibilidade de adequar os serviços oferecidos pelo hospital.

As informações obtidas serão confidenciais e será mantido sigilo da sua participação. Os depoimentos serão divulgados de modo que não permitam a sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa⁶. Caso não queira participar não haverá nenhuma mudança no seu tratamento ou na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mesmo que você aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento.

Para qualquer esclarecimento ou dúvida acerca do desenvolvimento do estudo você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo para esclarecimentos de dúvidas e informações sobre a pesquisa pelo telefone (54) 3316-3670.

Andréia Schmitz
Carazinho – RS
Fone (54) 3329-2388

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do entrevistado ou responsável

Assinatura do entrevistado ou Resp.

