

*PERFIL E REDE DE APOIO DE IDOSOS  
INTERNADOS NA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL  
DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE*

Vanessa da Cunha Silveira<sup>1</sup>

Lisiane Paskulin<sup>2</sup>

resumo

Este estudo teve como objetivo identificar o perfil, a trajetória de atenção nos serviços e a rede de apoio de idosos hospitalizados na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS). Trata-se de um estudo transversal, realizado com idosos internados no Serviço de Emergência e residentes da região Glória, Cruzeiro e Cristal. A primeira etapa do estudo consistiu na revisão de prontuários de 170 idosos a fim de identificar dados demográficos e motivo de atendimento na Emergência; a segunda etapa consistiu em entrevistas realizadas com 43 idosos, a fim de obter informações referentes às condições socioeconômicas, utilização prévia de serviços de saúde e rede de apoio por meio do Mapa Mínimo de Relações do Idoso. Dos 170 idosos, 51,2% eram do sexo feminino, 39,4%

---

1 Graduada em Serviço Social. Especialista em Paciente Adulto Crítico, pela Residência Integrada Multiprofissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: nessa\_rdc@yahoo.com.br

2 Graduada em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul da Escola de Enfermagem. E-mail: paskulin@orion.ufrgs.br

encontravam-se na faixa etária entre 60-69 anos e 35,9% foram classificados como de risco laranja. Entre os 43 idosos entrevistados, 62,8% não procuraram um serviço de saúde anterior ao atendimento na emergência, no entanto, 83,7% realizavam acompanhamento em saúde. Todos os idosos entrevistados possuíam um cuidador, sendo o filho o mais referenciado (65,1%) e 97,6% residiam acompanhados. Com relação aos anos de estudo, 76,7% possuíam até oito anos, em relação à moradia, 88,3% residiam em casa própria, e, quanto à renda, 79,6% eram aposentados. No que concerne à rede de apoio dos idosos, estes tiveram uma rede considerada de tamanho médio, com mínimo de dois e máximo de nove componentes. Constatou-se que as equipes devem trabalhar com as especificidades deste grupo etário, buscando compreender a funcionalidade familiar e a rede composta pelos diversos setores, implementando linhas de cuidado entre os diferentes níveis de atenção.

palavras-chave

Idoso. Envelhecimento. Apoio Social. Rede Social. Perfil de Saúde. Serviço Hospitalar de Emergência.

## 1 Introdução

A transição demográfica e epidemiológica pela qual o Brasil vem passando implica em maiores períodos de utilização dos serviços de saúde e internações hospitalares frequentes. Entretanto, observa-se que os serviços seguem uma lógica contraditória à transição epidemiológica, visto ainda estarem estruturados para realizar atendimento a doenças agudas, baseadas na pontualidade e imediatidade (MENDES, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria trabalhar em rede e atender os usuários idosos conforme o nível de complexidade. Entretanto, muitos serviços que comporiam a rede de atenção ao idoso são praticamente inexistentes e outros nem sempre resolutivos, fazendo com que a população idosa recorra diretamente aos serviços de emergência (SE) de maior complexidade, a fim de ter seu problema em saúde solucionado.

Os SE têm sido uma grande porta de entrada para realização dos cuidados em saúde do sistema e apresenta dificuldades em atender este público diante da sobrecarga de demanda, principalmente daqueles que são portadores de danos crônicos. Observa-se, ainda, que o enfoque da atenção nos SEs é pouco

resolutivo, pois o idoso necessita ser acompanhado e atendido em suas necessidades específicas (SERBIM, 2013).

Veras, Ramos e Kalache (1987), há mais de duas décadas, já alertavam para as modificações da estrutura demográfica e epidemiológica, bem como para a necessidade de instrumentalizar os serviços de saúde e de capacitar os profissionais para lidar com este grupo populacional. Cuidar do idoso requer a compreensão de aspectos sociais, econômicos e ambientais e uma rede diferenciada de atenção. Rede esta que deve facilitar acesso por meio do acolhimento nos serviços de atenção básica. O atendimento destas particularidades envolve ainda a oferta de atendimento domiciliar, conforme a necessidade, e a compreensão de aspectos sociais do idoso por parte da equipe de saúde. No que tange aos atendimentos de urgência (BRASIL, 2010), os idosos devem ser atendidos nos vários pontos da rede, de acordo com o grau de complexidade do seu problema de saúde.

Nos vários serviços que compõem a rede de atenção, o entendimento de variáveis como o apoio familiar e redes de apoio social devem ser analisados para se compreender as condições de vida e de risco da população idosa. De acordo com Rosa (2004, p. 211), a falta de integração social do idoso pode estar associada a questões de saúde e ao agravamento de doenças, “onde cada indivíduo e seu relacionamento dentro de uma rede social representam um sistema dinâmico e complexo”. A compreensão e a apreensão dos vínculos sociais dos idosos e a rede social (tamanho da rede) são fundamentais para intervenções efetivas, que visem à saúde deste grupo etário.

A rede de apoio social pode ser compreendida por dois eixos conceituais. O primeiro eixo refere-se à rede de relações formais, constituída por diferentes profissionais, serviços, políticas públicas direcionadas à população idosa, ou ainda, mantida pela posição e papel frente à sociedade. O segundo eixo compreende a rede de relações informais que se caracteriza pela constituição de relações afetivas tidas como de maior importância na vida pessoal do sujeito do que as relações formais, no qual são compostas pela família, amigos, vizinhos, comunidade, entre outras (ROSA, 2004).

Neste contexto, no ano de 2008, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) uniram esforços para implantar o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde). O PET Saúde compreende em sua estruturação o planejamento das ações de saúde, a qualificação dos serviços prestados e a integração ensino-serviço (UFRGS, 2011).

Em outubro de 2011, no SE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), foi instituído um projeto vinculado a este Programa, o qual prevê a identificação, acompanhamento e contrarreferência dos usuários em atendimento na Emergência,

moradores da região da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), pelos profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), da ênfase Adulto Crítico do HCPA. Durante o acompanhamento na internação são identificadas necessidades de saúde dos usuários, a fim de, na alta hospitalar, qualificar a contrarreferência. Salienta-se que, conforme definido pelo gestor municipal, o HCPA é referência para atendimento em saúde desta gerência.

Após identificação das necessidades de saúde dos usuários e intervenção específica no contexto hospitalar, os profissionais envolvidos no atendimento realizam contato com as unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que fazem parte da região, contrarreferenciando os usuários para seguirem acompanhamento, a partir das demandas em saúde apresentadas durante o período de internação. Este projeto parte da premissa da formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com a atenção primária, pela centralidade nas necessidades em saúde da população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Portanto, a tentativa de viabilizar o trabalho em rede torna-se um dispositivo de intervenção essencial no cuidado em saúde da população idosa, articulando diferentes saberes no atendimento individual ou coletivo de determinada população. Logo, não deve ser entendida como uma transferência de responsabilidade, e sim uma construção compartilhada de saberes entre os profissionais e sujeitos que estimula o trabalho em rede.

O presente estudo foi realizado no intuito de caracterizar a população idosa que é internada no SE, partindo do pressuposto que conhecendo o perfil deste grupo ampliam-se as possibilidades de intervenção em saúde das equipes da rede hospitalar e de atenção primária, de potencialização do cuidado integral à população idosa, de promoção de um espaço de construção e articulação de saberes e de atendimento às necessidades específicas deste grupo populacional.

Teve por objetivo o de identificar o perfil, a trajetória de atenção nos serviços e a rede de apoio de idosos que estiveram hospitalizados na Emergência do HCPA, residentes da região Glória, Cruzeiro e Cristal do município de Porto Alegre.

## 2 Métodos

O estudo teve abordagem transversal (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). Fizeram parte do estudo todos os idosos com 60 anos ou mais que

utilizaram o SE do HCPA, no período de outubro de 2011 até agosto de 2012, moradores da região GCC.

O período de realização do estudo foi definido em função da data de início do Projeto PET – Saúde e de prazo viável para finalização da coleta de dados para o trabalho de conclusão de residência. O projeto foi desenvolvido em duas etapas: na primeira, fizeram parte do estudo 170 idosos atendidos no SE e moradores da região GCC. Na segunda, a investigação foi desenvolvida através de amostra intencional de 43 idosos.

O cálculo amostral do estudo, para a segunda etapa, se deu com base na prevalência das variáveis de 56,25%, com erro de 15% e nível de confiança de 95%, totalizando 43 sujeitos. Os critérios de exclusão foram não ter condições de comunicação e não ter cuidador responsável. Dentre esses 43 sujeitos, 12 idosos tiveram condições de responder à entrevista. Quanto aos demais sujeitos (31), os responsáveis foram entrevistados. Foram excluídos deste estudo dois usuários.

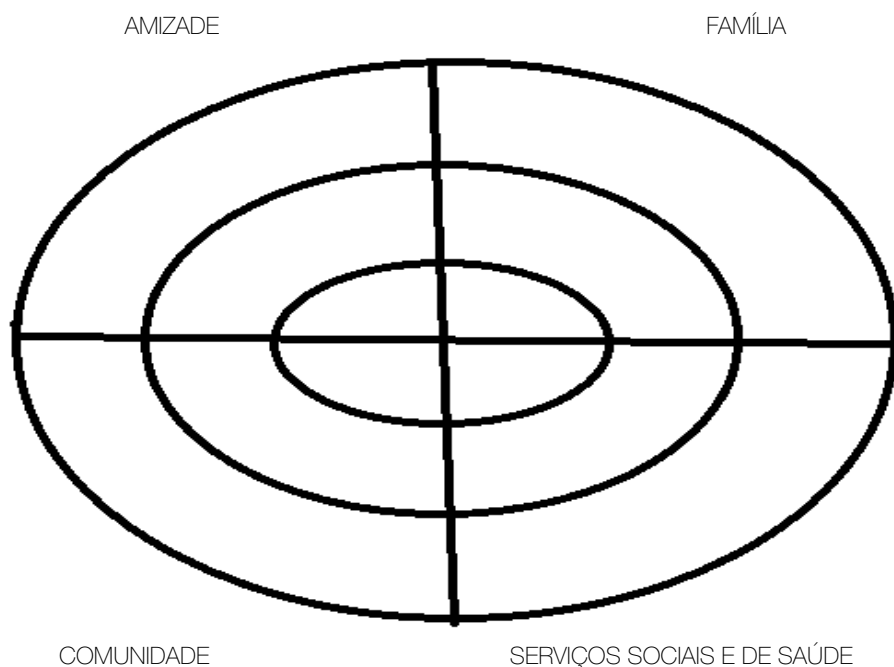
O estudo foi realizado no HCPA, instituição pública de direito privado, vinculada ao Ministério de Educação e academicamente à UFRGS. Referência em atendimento à saúde no Estado, o hospital realiza assistência nos níveis de média e alta complexidade. O SE possui capacidade para atender 49 pacientes adultos e é composto pelas seguintes áreas assistenciais: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco; Unidade de Observação Pediátrica; Unidade de Observação Verde; Unidade de Observação Laranja; Unidade de Internação e Unidade Vascular. A Classificação de risco consiste no processo utilizado no SE para acolher e avaliar a gravidade do paciente na sua chegada ao serviço. Neste serviço é utilizado o Protocolo de Manchester (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010) a fim de classificar o risco, que possui cores para estabelecer os parâmetros de gravidade e atendimento: vermelho para atendimento imediato; laranja, alto risco; amarelo, risco intermediário; verde e azul, baixo risco.

Na primeira etapa do estudo, por meio de listagem dos pacientes residentes na região GCC, levantados no sistema informatizado do hospital, foram identificadas nos prontuários dos mesmos as variáveis referentes ao sexo, à idade, o local de moradia, o motivo de atendimento no serviço e a classificação de risco do paciente. O endereço do paciente foi utilizado para verificar no site da Prefeitura de Porto Alegre a unidade de saúde de referência. O motivo de atendimento foi levantado no registro do atendimento médico inicial, na emergência, por meio do CID, e classificado de acordo com os grupos de causas.

Na segunda etapa, os usuários idosos ou os responsáveis dos idosos que estiveram internados no SE a partir de maio/2012, foram contatados pela pesquisadora e convidados a participar do estudo. Nesta etapa, a coleta dos dados foi

realizada por meio de entrevista e teve duração média de 30 minutos. Os dados permitiram identificar a situação socioeconômica e a trajetória do usuário até o serviço. Durante a entrevista, foi aplicado também o Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI) para conhecer a rede de apoio do idoso. O Mapa Mínimo de Relações foi formulado por Sluzki (1997) e validado e alterado por Domingues, Derntl e Ourique (2005) para aplicação com a população idosa brasileira, titulado como MMRI. Conforme apresentado na Figura 1, esta consiste de quatro quadrantes, onde cada um representa: (1) amigos, (2) família, (3) comunidade, (4) relações com os serviços sociais e de saúde.

Figura 1 – Mapa Mínimo de Relações do Idoso



Além da composição da rede nos quadrantes, o MMRI ainda possui três círculos que representam a proximidade de relações do indivíduo e a frequência com que elas ocorrem. O círculo interno representa relações mais próximas, cujo contato ocorre pelo menos uma vez na semana. Já o círculo intermediário de relações, o encontro que ocorre pelo menos

uma vez ao mês; e o círculo externo, as relações menos próximas, onde o contato acontece pelo menos uma vez ao ano.

O tamanho da rede é categorizado de acordo com o número de registros no MMRI. A rede *pequena* de relação irá contar com a presença de até duas pessoas no primeiro círculo; a *média*, entre três e cinco pessoas, e a *grande* acima de seis pessoas nesse mesmo círculo (ALVARENGA, 2008). Após a identificação da composição da rede e frequência de contatos, o instrumento ainda prevê a realização de perguntas referentes a visitas, companhia, ajuda doméstica, cuidados pessoais e ajuda financeira, com o intuito de identificar quais as funções desempenhadas pelos indivíduos que compuseram o mapa.

Anterior ao início da coleta de dados foi realizado um teste piloto com dois usuários hospitalizados no SE, a fim de identificar se as questões formuladas estavam adequadas para atender os objetivos do estudo. Nenhuma alteração foi necessária.

Os dados referentes à caracterização dos usuários e rede de apoio foram analisados por meio de estatística descritiva, por frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão, com o apoio do Programa SPSS 18.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em abril de 2012 (n. 12-0020). A pesquisadora e orientadora assinaram termo de autorização para coleta de dados no prontuário do usuário. Para as entrevistas, os idosos e/ou responsáveis assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 3 Resultados

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas identificadas nos prontuários dos 170 idosos. Verificou-se que 87 (51,2%) indivíduos eram do sexo feminino; também se verificou que, do total de idosos, 67 (39,4%) pertenciam ao grupo etário entre 60 e 69 anos.

Quanto aos serviços de atenção básica de referência, observou-se que 109 (64,2%) usuários eram moradores da área de abrangência de unidades básicas de saúde e 41 (24,3%) da área de unidades de ESF. Destaca-se que, de acordo com os endereços cadastrados nos prontuários dos pacientes, não foram identificadas unidades correspondentes para 20 idosos (11,8%), conforme informações fornecidas pela Secretaria de Saúde do Município.

Quanto à Classificação de Risco, verificou-se que 61 idosos (35,9%) foram classificados como laranja. Identificou-se que 81 idosos (47,6%) tiveram

seus motivos de atendimento classificados na consulta médica no grupo de sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, conforme apresentado na Tabela 2.

Na segunda etapa da investigação, dos 170 pacientes que fizeram parte da fase inicial, 43 foram entrevistados. Quanto à trajetória do usuário até o serviço de emergência identificou-se, conforme Tabela 3, que 27 entrevistados (62,8%) não procuraram outros serviços de saúde anterior ao atendimento no SE do HCPA. Entre os que procuraram atendimento, observou-se que estes tiveram uma trajetória variada, sendo que quatro idosos (25%) recorreram aos serviços de Pronto Atendimento, três (19%) a ESF e hospitais. Destes 16 idosos que procuraram atendimento, 15 foram orientados a buscar atendimento na Emergência do HCPA, segundo relato em entrevista. Somente um idoso buscou outro serviço de emergência hospitalar, onde, durante entrevista, relatou não ter recebido encaminhamento.

Entre os respondentes, 36 (84%) relataram utilizar outro serviço da rede de saúde para acompanhamento. Os serviços citados com maior frequência foram o ambulatório do HCPA com 13 idosos (36%), seguidos das unidades básicas de saúde com 10 (27%) idosos e sete (18,9%) nas unidades de ESF.

Quanto às características socioeconômicas, de acordo com Tabela 4, 42 entrevistados (98%) moravam acompanhados, sendo que 30 (39,5%) relataram residir com os filhos.

No que se refere à rede de apoio informal, 43 idosos (100%) referiram possuir um cuidador. Destaca-se o núcleo familiar como principal suporte de cuidados, no qual 28 (65%) dos entrevistados recebem suporte do filho e 12 (28%) do cônjuge.

Quanto à renda dos usuários, 34 (79,6%) idosos recebiam aposentadoria. No que diz respeito aos anos de estudo, 33 (77%) idosos possuíam até oito anos. Ressalta-se que cinco (12%) possuíam mais de oito anos e cinco (12%) eram analfabetos. Com relação ao tipo de residência, 38 idosos (88%) residiam em casa própria.

O tamanho da rede social dos idosos (Tabela 5) foi identificado como médio, pois o primeiro círculo teve uma média de 4,65 membros (DP=1,74), com mínimo de dois e máximo de nove. Já a soma dos três círculos obteve uma média de 7,20 membros (DP=2,24).

Com relação à frequência de contatos dos idosos, observou-se pelo total pontuado no primeiro círculo a participação de 43 (100%) filhos(as), 24 (55,8%) netos (as) e também 24 (55,8%) vizinhos e 19 (44,1%) amigos. Destaca-se que no círculo intermediário, 33 (76,7%) idosos relataram receber suporte de serviços sociais e de saúde, 16 (37,2%), de membros da família e 13(30,2%), da comunidade.



Por função desempenhada, no que se refere às visitas semanais no primeiro círculo, a média foi de quatro contatos (DP= 1,25), com mínima de dois e máxima de oito, considerada então uma rede de apoio média. No círculo intermediário os respondentes obtiveram uma média de 3,51 contatos (DP=1,63), com mínimo de um e máximo de oito. Já no último círculo a média foi de 0,51 (DP=0,7) com mínimo de zero e máximo de três.

Quanto à função de companhia, os idosos tiveram uma média de 3,65 contatos (DP=1,7), com máximo de zero e mínimo de oito, considerada uma rede apoio média e 3,12 contatos (DP= 0,86) no círculo intermediário e no último círculo uma média de 0,02 contatos (DP=0,152).

Com relação à ajuda doméstica recebida por estes idosos, os mesmos possuem uma rede pequena de apoio, com uma média de 1,37 (DP= 0,578), com mínima de um e máxima de três, no primeiro círculo. Os resultados foram semelhantes no círculo intermediário. No último círculo não foi registrado nenhum contato da rede aos idosos.

Observou-se também uma rede pequena de apoio no primeiro círculo, no que se refere ao auxílio com os cuidados pessoais do idoso, com média de 1,37 contatos (DP=0,691), com máxima de um e mínima de quatro. No círculo intermediário foi identificada uma média de 0,33 contatos (DP= 0,474), com mínimo de zero e máximo de um contato. Já no último círculo a média foi de 0,16 contatos (DP=0,433), com mínima de zero e máximo de dois.

No que se refere à ajuda financeira a rede de apoio também foi considerada pequena, com média de 0,79 contatos (DP=0,559), com mínimo de zero e máximo de dois. Já no círculo intermediário a média foi de 0,02 (DP=0,152), com mínimo de zero e máximo de um contato. No último círculo não se obteve nenhum registro de contato.

#### 4 Discussão

De acordo com os dados coletados, no que se refere ao grupo etário e sexo, os achados se assemelham a estudos populacionais regionais (PICCINI et al., 2006; PASKULIN; VIANNA, 2007). Houve predominância de idosos jovens com idade entre 60-69 anos. Em 2010, no estado do Rio Grande do Sul, 9,3% dos gaúchos tinham idade acima de 65 anos, com predominância de idosos de até 70 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2012). A pirâmide etária do município de Porto Alegre cada vez mais apresenta forma retangular, em consonância com a perspectiva de mudança demográfica brasileira.

De acordo com o sexo, apesar dos resultados apresentarem pequena diferença, houve predominância do feminino. Apesar de ser bastante divulgada a questão da feminização do envelhecimento (SALGADO, 2002), verifica-se no presente estudo que o número de homens que necessitaram de cuidados de saúde se sobressaiu. É possível que os homens idosos só procurem os serviços de saúde quando suas necessidades de saúde são mais complexas.

Os idosos entrevistados possuíam pouca escolaridade e baixa renda, e muitos informaram receber somente a aposentadoria. Nessa perspectiva, entende-se que a redução na participação deste grupo populacional no processo produtivo do mercado, bem como incapacidades causadas pela idade e pelas condições de saúde, levam os idosos a não possuir outras formas de renda.

Observou-se um número importante de hospitalizações em que os motivos por busca de atendimento, conforme os grupos de causas, foram o aparelho circulatório e o respiratório. No entanto, ressalta-se que o número de idosos internados por sintomas e achados clínicos foi maior que os citados acima. Acredita-se que pela tecnologia oferecida em ambiente hospitalar é possível a realização de diferentes exames clínicos, o que estimula a busca por serviços de maior complexidade. Relaciona-se também este grupo de causa, por ser um diagnóstico realizado na chegada do usuário ao serviço, que frequentemente enfrenta processos de agudização de doenças crônicas que deverão ser investigadas (SIQUEIRA et al., 2004; AMARAL et al., 2004).

A maior utilização dos serviços hospitalares por idosos repercute em maior ocorrência de doenças e condições crônicas nessa fase da vida, muitas vezes com maior intensidade e gravidade. Os riscos de hospitalização da população idosa são acentuadamente mais altos quando comparados com a população de adultos. São também diferenciados os motivos diagnósticos que causaram a internação (LOYOLA FILHO et al., 2004).

No que se refere à classificação de risco dos idosos que fizeram parte do estudo, em comparação aos indicadores de todos os pacientes adultos atendidos no SE em maio de 2012, verificou-se que os classificados como laranjas representaram 15%, enquanto que 2,2% eram vermelhos, 27,4% amarelos e 36,3% verdes. Observou-se que os idosos entrevistados neste estudo obtiveram uma classificação laranja superior à média geral. Vislumbra-se que muitos dos usuários que buscam o SE já se encontram em estágio avançado de doença e/ou maior dependência, sendo considerados graves e de maior complexidade.

Verificou-se uma maior proporção de idosos, que foram encaminhados formalmente ao SE do HCPA, ao se comparar com os resultados de estudo realizado anteriormente no acolhimento do SE do HCPA com idosos (GONÇALVES,

2011). Entretanto, salienta-se que a maioria das referências foi feita verbalmente. No estudo citado, foi identificado que estes recorrem à emergência, visto já terem procurado atendimento em outros serviços e não tiveram continuidade no acompanhamento pela ausência de profissionais, como também por falta de recursos materiais e pela dificuldade de acesso nos serviços de atenção básica. Durante as entrevistas realizadas para a presente investigação, também se observou nos depoimentos a preferência por buscar o SE, mesmo possuindo vínculo prévio com a rede básica de saúde, em função da facilidade de acesso e maior disponibilidade de recursos diagnósticos para resolução de suas demandas.

Acredita-se que apesar da existência de políticas públicas direcionadas à população idosa, as evidências apontam que estas ainda não são operacionalizadas, conforme previsto. É preciso uma mudança no cuidado ao idoso em todos os níveis de atenção à saúde, para que englobe as singularidades desta população e atenda às suas necessidades.

Com relação à rede de apoio dos idosos, verificou-se que estes possuem uma rede de relações de apoio informal significativa, com a participação de familiares, estendendo-se para a comunidade com o apoio de vizinhos e amigos. De acordo com Rosa (2004), aspectos sociais e de saúde apresentados por idosos podem estar associados à forma de como este interage socialmente, onde o tamanho da rede apresenta-se como elemento fundamental para desfechos positivos em saúde. No entanto, com relação à rede de relações capazes de auxiliar o idoso em seus cuidados pessoais, esta se mostrou pequena, uma vez que foi identificada a dependência destes em diferentes aspectos, como ajuda financeira, doméstica e também para afazeres diários.

O cuidador familiar revelou-se um importante ator social, destacando-se os filhos(as) e cônjuges. No que tange aos filhos, esta pode ser uma atribuição recebida tanto pela estrutura da família como influenciada por questões culturais, como de dever com seus entes (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009). Com relação aos cônjuges, ainda é possível identificar mais uma particularidade do processo de envelhecimento, qual seja, a dos idosos cuidando de idosos. Este achado deve ser observado e compreendido pelos profissionais e serviços de saúde, a fim de avaliar as condições deste cuidador para assumir tal responsabilidade. Novas demandas de atenção profissional podem surgir a partir desta investigação pelos profissionais de saúde.

Com relação à constituição familiar, a maior parte dos idosos informou residir com os filhos, caracterizando-se por um arranjo o definido por Szumanski (2002) como sendo de famílias extensas, no qual a família é formada por três ou quatro gerações.

No processo de envelhecimento, destacam-se questões em que se acredita que devem ser observadas no desenvolvimento e planejamento de políticas públicas para idosos. Não há dúvidas quanto às modificações presentes no contexto familiar desenvolvido ao longo desse processo, onde ocorreu acentuadamente a queda de natalidade, diminuindo o número de pessoas no contexto familiar, como também a entrada da mulher no processo produtivo do mercado. Estas transformações implicam alterações relativas ao funcionamento da família, em que os idosos contam com um número menor de membros na composição da rede de apoio, visto a diminuição do tamanho da família, bem como nos remete a falta da presença feminina nos lares, sendo a mulher entendida culturalmente como provedora de cuidados. É possível que, no caso dos idosos estudados, o fato de estes conviverem com famílias extensas ainda permita uma maior disponibilidade de cuidadores informais.

Dentro deste contexto, ressalta-se que a família acaba por assumir sozinha, cada vez mais, os cuidados do idoso, mesmo não apresentando condições para tal. Parte-se do pressuposto que diante do Estado Mínimo, se dilui a responsabilidade estatal com relação ao provimento da proteção social, transferindo atribuições às famílias e sociedade na garantia de provisão do bem-estar social (NOGUEIRA; PFEIFER, 2012). Faz-se necessário, portanto, também apreender aspectos relacionados ao contexto familiar e social, diante da escassez de recursos socioassistenciais e de políticas pragmáticas.

## 5 Conclusões

A maior parte dos idosos investigados era jovem, do sexo feminino, foi classificada como laranja e possuía baixo poder aquisitivo, residindo com duas ou três gerações. Os idosos possuíam rede de apoio informal composta predominantemente pela família, amigos e comunidade, também possuíam rede de apoio formal pouco atuante.

No que tange à rede de apoio informal, a ajuda predominantemente era dos filhos(as) para afazeres domésticos, bem como para cuidados diários. Com relação ao apoio formal, a rede de saúde foi a mais citada pelos entrevistados dentre outros serviços, no entanto, não se mostrou próxima dos idosos.

O Mapa Mínimo de Relações do Idoso foi um instrumento que possibilitou a fácil visualização da composição da rede de apoio formal e informal do idoso, no entanto, mostrou-se de difícil categorização através dos círculos e quadrantes que compõem o mapa.

Entende-se que as equipes assistenciais que prestam atendimento à população de idosos e os serviços de saúde necessitam de instrumentalização para trabalhar com as particularidades e especificidades deste público, buscando compreender a funcionalidade familiar e a rede composta pelos diversos setores, implementando linhas de cuidado nos diferentes níveis de atenção.

Apreendendo as relações formais e informais do idoso, os profissionais de saúde podem auxiliar o idoso a ser protagonista no enfrentamento de doenças e agravos, bem como aproximá-lo e vinculá-lo com as equipes assistenciais, entendendo que esta postura interfere diretamente no processo de saúde e doença deste grupo etário.

A necessidade de um trabalho com as famílias cuidadoras também se faz necessário frente a este contexto de saúde do idoso, sendo esta a principal fonte de atenção para a promoção de ações integradas. Nesse sentido, acredita-se que a rede básica de saúde, devido a sua proximidade com a comunidade, constitui-se como um serviço estratégico no enfrentamento de questões relacionadas ao envelhecimento populacional. O trabalho voltado à assistência à saúde do idoso requer uma articulação entre as redes de apoio formais e informais. Um olhar além dos sujeitos envolvidos, que compreenda a complexidade do contexto social em que estes se inserem, tornando-se um dispositivo para modelos de atenção que visem à promoção da saúde deste grupo populacional, a prevenção de complicações e a possibilidade de tratamento e reabilitação mais efetivos.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos hospitalizados no Serviço de Emergência da Região moradores da região Glória, Cruzeiro e Cristal quanto ao sexo e grupo etário. Porto Alegre, 2012.

<b>Características</b>	<b>n (170)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	87	51,2
Masculino	83	48,8
<b>Grupo etário</b>		
60 a 69 anos	67	39,4
70 a 79 anos	54	31,8
80 anos ou mais	49	28,8

Tabela 2 – Motivo de atendimento na Emergência, segundo os grupos de causas (CID-10) e classificação de risco, dos idosos da região Glória, Cruzeiro e Cristal. Porto Alegre, 2012.

	n (170)	%
<b>Grupos de causa - CID</b>		
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte	81	47,6
Doenças do Aparelho Circulatório	30	17,6
Doenças do Aparelho Respiratório	14	8,2
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	8	4,7
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	8	4,7
Doenças do Aparelho Digestivo	6	3,5
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6	3,5
Neoplasias [tumores]	6	3,5
Doenças do Aparelho Geniturinário	5	2,9
Doenças do Sistema Nervoso	3	1,8
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Transtornos Imunitários	1	0,6
Transtornos Mentais e Comportamentais	1	0,6
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo	1	0,6
Total	170	100,0
<b>Classificação de risco</b>		
Laranja	61	35,9
Amarelo	57	33,5
Verde	30	17,6

Continua...

## Continuação

Vermelho	20	11,8
Azul	1	0,6
Branco	1	0,6
Total	170	100,0

Tabela 3 – Trajetória dos usuários entrevistados quanto à procura por outro serviço de saúde antes do atendimento no serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2012.

	n	%
<b>Procuraram atendimento em outro serviço (43)</b>		
Não	27	62,8
Sim	16	37,2
Total	43	100,0
<b>Local onde procurou atendimento (16)</b>		
Pronto Atendimento	4	25,0
Ambulatório de Centro de Saúde	2	12,5
Ambulatório hospitalar	2	12,5
Unidade de ESF	2	12,5
Hospital	3	19,0
UBS	1	6,0
SAMU	1	6,0
Atendimento particular	1	6,0
Total	16	100,0

Tabela 4 – Características socioeconômicas dos idosos entrevistados. Porto Alegre, 2012.

	n (43)	%
<b>Reside com alguém</b>		
Acompanhado	42	98,0
Sozinho	1	2,0
<b>Familiares com quem os idosos residem *(n 41)</b>		
Filho	30	39,5
Cônjuge	18	23,7
Neto	14	18,4
Irmão	2	2,6
Contratado	2	2,6
Outros parentes	10	13,1
<b>Possui cuidador</b>		
Sim	43	100,00
<b>Quem são</b>		
Filho	28	65
Cônjuge	12	28
Irmão	3	7
<b>Fonte de renda</b>		
Aposentado	34	79,1
Pensionista	2	5
Nenhum	2	5
Outros	5	12
<b>Anos de estudo</b>		
Até 8 anos	33	76,7

Continua...



## Continuação

Mais de 8 anos	5	12
Analfabeto	5	12

**Tipo de residência**

Casa Própria	38	88
Alugada	1	2
Cedida	2	5
Instituição	2	5

\*O número de respostas foi maior que o número de sujeitos, porque alguns idosos relataram residir com mais de uma pessoa.

Tabela 5 – Valores obtidos quanto ao tamanho da rede social dos idosos entrevistados e por função desempenhada. Porto Alegre, 2012.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<b>Tamanho da rede</b>				
1º Círculo	4,65	1,74	2	9
Total	7,20	2,24	2	13
<b>Função desempenhada</b>				
<b>Visita</b>				
1º Círculo	4,00	1,25	2	8
2º Círculo	3,51	1,63	1	8
3º Círculo	0,51	0,70	0	3
<b>Companhia</b>				
1º Círculo	3,65	1,70	0	8
2º Círculo	3,12	0,86	1	8
3º Círculo	0,02	0,15	0	1

Continua...

## Continuação

<b>Ajuda doméstica</b>				
1º Círculo	1,37	0,57	1	3
2º Círculo	1,37	0,57	1	3
3º Círculo	0	0	0	0
<b>Cuidados Pessoais</b>				
1º Círculo	1,37	0,69	1	4
2º Círculo	0,33	0,47	0	1
3º Círculo	0,16	0,43	0	2
<b>Ajuda Financeira</b>				
1º Círculo	0,79	0,55	0	2
2º Círculo	0,02	0,15	0	1
3º Círculo	0	0	0	0

PROFILE AND SUPPORT NETWORK  
OF ELDERLY PEOPLE HOSPITALIZED  
IN THE EMERGENCY DEPARTMENT  
OF CLINICAS HOSPITAL  
OF PORTO ALEGRE

## abstract

This study aimed to identify the profile, the trajectory of care services and support network of the elderly hospitalized in the Emergency Department (ED) of the Porto Alegre Clinicas Hospital. It was a cross sectional study conducted with elderly patients admitted at the ED and residents on Glória, Cruzeiro and Cristal areas. The first phase of the study consisted of 170 elderly records review to identify demographic data and the reason for attendance in the ED and on the second phase, 43 interviews were developed to obtain information regarding socioeconomic conditions, previous use of health services and support network through the Minimum Relationships

Map for the elderly. Among the 170 seniors, 51.2% were female, 39.4% were between 60 and 69 years-old, 35.9% were classified as orange risk, 62.8% did not seek a health service prior to hospitalization, but 83.7% underwent prior health monitoring. All respondents had a caregiver, their offspring was the most referenced (65.1%) and 97.6% live together with other persons. The majority (76.7%) had up to eight years of study, 88.3% lived in their own house, and 79.6% were retired. Regarding the support network of the elderly, they had a network of medium size with a minimum of two to a maximum of nine components. The health care teams and health care services must work on the specific characteristics of this population, seeking to understand the familiar functionality and services network by implementing care connections in the different attention levels.

#### keywords

Aged. Aging. Social Support. Social Networking. Health Profile. Emergency Service Hospital.

#### referências

AIRES, Marinês; PAZ, Adriana Aparecida; PEROSA, Cleci Terezinha. Situação de Saúde e Grau de Dependência de Pessoas Idosas Institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492-499, set. 2009.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins. *Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na atenção básica*. 2008. 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

AMARAL, Ana Cláudia Santos et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov./dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). MS, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 18 nov. 2012.

DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues; DERNTL, Alice Moreira; OURIQUE, Sérgio A. M. Mapa Mínimo de Relações: Adaptação de um instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. *Jornal Brasileiro de Odontogeriatría*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 8-18, abr./jun. 2005.

GONÇALVES, Ana Valéria Furquim. *Avaliação do Acolhimento no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na Perspectiva da Pessoa Idosa*. 2011. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. *Sistema de Manchester de Classificação de Risco*. Belo Horizonte: Editora Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de; MATOS, Divane Leite; GIATTI, Luana; AFRADIQUE, Maria Elmira; PEIXOTO, Sérgio Viana; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 229-238, dez. 2004.

MENDES, Eugênio Vllaça. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PFEIFER, Mariana. O Papel do Estado e o "Welfare Mix". *Revista Emancipação*, Ponta Grossa, v. 5, n. 1, p. 143-160, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/viewArticle/65>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

PICCINI, Roberto Xavier et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, jul./set. 2006.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Perfil Sociodemográfico e Condições de Saúde Auto-referidas de Idosos de Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, abr./maio 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. *Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul*: Um Atlas para pensar e entender o Rio Grande. Porto Alegre: SCP, 2002. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/default.asp#>>. Acesso em: 18 nov. 2012.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Redes de Apoio Social. In: LITVOC, Julio; BRITO, Francisco Carlos de. *Envelhecimento: Promoção e Prevenção da Saúde*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 209-218.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. *Epidemiologia & Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2013.

SALGADO, Carmem Délia Sánchez. Mulher idosa: Feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SERBIM, Andreivna Kharenine. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 55-63, mar. 2013.

SIQUEIRA, Ana Barros; CORDEIRO, Renata Cereda; PERRACINI, Monica Rodrigues; RAMOS, Luiz Roberto. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, out. 2004.

SLUZKI, Carlos E. *A rede social na prática sistêmica*: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SZUMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafio de um mundo em mudanças. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano 23, n. 71, p. 9-25, set. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-SAÚDE*. Porto Alegre: UFRGS, 2008. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/projetos/pet-saude>>. Acesso em: 1 nov. 2011.

VERAS, Renato; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987.

Recebido em: 02/06/2013  
Aceite Final: 16/09/2014