

CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM  
SAÚDE - ESCOLA GHC  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE  
DO IDOSO

DANIELA DA MOTTA ESTEVES

**PERFIL DOS IDOSOS INTERNADOS ATRAVÉS DA EMERGÊNCIA  
DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE NO MUNICÍPIO  
DE PORTO ALEGRE-RS**

Porto Alegre

2011

DANIELA DA MOTTA ESTEVES

PERFIL DOS IDOSOS INTERNADOS ATRAVÉS DA EMERGÊNCIA DE  
UM HOSPITAL PÚBLICO DE GRANDE PORTE NO MUNICÍPIO DE  
PORTO ALEGRE-RS

Projeto de Pesquisa apresentado como pré-requisito de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso.

Orientador: Esp. Milton Humberto S. dos Santos

Co-orientador: Ms. Márcio Neres dos Santos

Porto Alegre

2011

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	4
2 OBJETIVOS .....	7
2.1 OBJETIVO GERAL .....	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	7
3 JUSTIFICATIVA .....	8
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
4.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	9
4.2 OS IDOSOS DO BRASIL.....	10
4.3 O ENVELHECIMENTO E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA .....	11
4.4 O MODELO ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO AO IDOSO NO BRASIL.....	12
4.5 LINHA DE CUIDADO DO IDOSO NO GHC.....	12
5 MATERIAL E MÉTODO.....	144
5.1 LOCAL DA PESQUISA.....	144
5.2 UNIVERSO E AMOSTRAGEM .....	155
5.3 TIPO DE ESTUDO.....	155
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	155
5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	155
5.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS .....	166
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS .....	167
7 ORÇAMENTO .....	188
8 CRONOGRAMA.....	199
REFERÊNCIAS .....	20
APÊNDICE A.....	233
ANEXO A.....	25
ANEXO B.....	26

## INTRODUÇÃO

O processo de mudança do perfil demográfico iniciado nos países desenvolvidos e recentemente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, traz consigo algumas características, entre elas o aumento da população idosa. De forma rápida deixamos de ser um “país de jovens” e o envelhecimento passou a ter um destaque para as políticas públicas.

O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) realizado no último ano, mostra que os idosos no Brasil somam 10,7% da população total, e na região Sul chegamos a 11,5%. Na década de 40 representavam apenas 4% da população e a estimativa para o ano de 2025 é que seja alcançado um valor próximo a 15%, momento que o país será o sexto maior em população idosa do mundo (BRASIL, 2003).

O envelhecimento da população se trata de um fenômeno mundial, e tem importantes conseqüências em todos os segmentos: econômico, social e político exigindo ajustes nestas áreas (UNITED NATIONS, 2002).

O aumento exponencial dos idosos associado a situações socioeconômicas incertas e complexas é um desafio para os serviços de saúde e para a seguridade social nas Américas (OPAS, 2009).

Os países desenvolvidos diferentemente dos em desenvolvimento sofreram o processo de envelhecimento populacional de forma mais lenta o que assegurou que conseguissem adaptarem-se as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico. Além disso, o envelhecimento em países em desenvolvimento ocorre em níveis sócio-econômicos muito inferiores aos que existiam nos países desenvolvidos (UNITED NATIONS, 2002).

Considerando que os idosos devido a sua própria faixa etária adoecem com mais frequência, o aumento desse segmento populacional acarretará conseqüentemente um aumento por procura de serviços de saúde. É de se supor que o envelhecimento populacional brasileiro exija mudanças profundas não somente na carga de doenças, mas também no tipo e na quantidade de serviços de saúde oferecidos a essa população (SCHEIN, 2010).

Conforme dados do IBGE (2009), o idoso consome mais os serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes, e o tempo de ocupação do leito é maior devido à

multiplicidade de patologias, quando comparado a outras faixas etárias. Entre os idosos, o custo da internação *per capita* tende a aumentar à medida que a idade aumenta, passando de R\$ 93 por idoso na faixa etária de 60 a 69 anos, para R\$ 179 entre aqueles de 80 anos ou mais.

Os idosos em 1995, 1996 e 1997 foram responsáveis por respectivamente, 16,3%, 15,8% e 18,3% das internações hospitalares do SUS. Em 1996, quando a população idosa representava 7,9% da população do país, 23% do total dos gastos com internações hospitalares foram com idosos (COSTA, 2000).

As causas mais frequentes de internações hospitalares em idosos no Brasil no ano de 2001 foram insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonia, sendo que as doenças do aparelho circulatório e respiratório consumiram cerca de metade dos custos das internações (FILHO, 2004; PEIXOTO, 2004).

Cerca de 29% da população idosa possui plano de saúde, sendo essa clientela composta por idosos com maior poder aquisitivo, ocorrendo o inverso com os que possuem cobertura pelo SUS. Entre os idosos que utilizam o SUS, apenas 5,8% apresentam um rendimento domiciliar de mais de três salários mínimos *per capita*, enquanto que, entre os idosos que possuíam planos privados, esta proporção alcançava 42,8% (IBGE, 2009).

A população em geral, e nisso se incluem os idosos, quando necessita de assistência acaba procurando algum serviço de emergência. Essa procura ocorre por inúmeros motivos, entre eles o resquício do modelo de atenção médico hegemônico e hospitalocêntrico (CAMPOS, 1999).

A falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar no SUS impacta no atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para as especialidades e tecnologias, transformando a emergência em depósito de problemas não resolvidos (O'DWYER, 2009).

A superlotação dos serviços de emergência ocasiona algumas conseqüências, entre elas, a falta de leitos para internação. Lembrando que muitos dos idosos que procuram esse tipo de serviço apenas para uma “consulta” acabam internando, e aguardando leito em condições inadequadas.

Além do tempo de espera por um leito, o idoso é atendido por uma equipe despreparada em um ambiente sem condições físicas e estruturais para esse público.

O desafio de escolher a emergência de um hospital da grande porte como campo de estudo surge da vivência e experiência como profissional nesse cenário. Acredito que para conseguir atender da melhor forma possível o usuário, é importante conhecer indicadores

sobre a situação sócio-econômico-cultural da população atendida. A partir desses dados pode-se traçar um planejamento que atenda as demandas necessárias de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas vigentes.

No Brasil, as informações sobre as condições de saúde da população idosa e suas demandas por serviços de saúde, são praticamente desconhecidas (COSTA, 2000).

Diante do exposto, este estudo pretende conhecer o perfil dos idosos que internaram através do serviço de emergência de um hospital público de grande porte durante o ano de 2010.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Delinear o perfil dos idosos que internam através da emergência do HNSC.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar o número de idosos atendidos na emergência do HNSC no ano de 2010;
- Identificar o número de idosos internados através da emergência do HNSC no ano de 2010;
- Verificar a causa da internação dos idosos;
- Investigar características demográficas e clínicas dos idosos;
- Identificar quais são as principais patologias que acometem essa população que procura este serviço;
- Conhecer quanto tempo os idosos permanecem na emergência aguardando leito;
- Verificar quantas vezes o idoso internou nesse serviço no ano de 2010;
- Identificar dentre os internados os idosos considerados frágeis.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Atualmente as emergências tornaram-se a principal porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde, não sendo diferente o caso da instituição em questão. Para um adequado planejamento institucional é necessário que haja informações sobre os usuários que são atendidos, no caso, os idosos.

No momento não existem informações sobre o perfil dos idosos que são atendidos nesse serviço. Caracterizar essa demanda será fundamental, tanto para os gestores quanto para os profissionais que ali atuam, uma vez que somam 21% dos atendimentos e desses 15% acabam internando (GHC, 2010). Através desses dados será possível identificar dificuldades, gargalos, e então propor a qualificação da atenção voltada para essa população. Cabe lembrar que essa instituição já possui a Linha de Cuidado do Idoso, mas que infelizmente ainda é inexistente na emergência, e que talvez a partir desse estudo possa ser implantada nesse serviço.

Nesse sentido justifica-se a importância desse estudo uma vez que o serviço carece de informações que possam subsidiar ações e avaliações da atenção aos idosos.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecer é a gradual plenificação do ciclo da vida. Ele não precisa ser escondido ou negado, mas deve ser compreendido, afirmado e experimentado como um processo de crescimento pelo qual o mistério da vida lentamente vai se revelando. Sem a presença dos idosos, poderíamos esquecer que estamos envelhecendo. Eles são os nossos **profetas**, no sentido de que nos fazem ver, claramente, neles, o processo do qual todos, sem exceção, participamos (PESSINI, 2006, p.159).

Para compreensão da velhice e do processo de envelhecimento é preciso buscar os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos conhecendo as inúmeras facetas envolvidas. É fundamental que o processo de envelhecimento seja abordado de forma global abrangendo não somente os aspectos biofisiológicos, mas também os ambientais, psicológicos, sociais e econômicos (NETTO, 2006).

Com relação à importância do processo de envelhecimento ser estudado de forma interdisciplinar Netto (2006, p.7) coloca:

[...] a ciência do envelhecimento como campo cujo fundamento é o estudo do fenômeno do envelhecimento sob uma ótica basicamente interdisciplinar. É essa peculiaridade que torna a gerontologia, em todos os seus campos de atuação, como assistência à saúde, pesquisa e ensino, diferente de outras áreas do conhecimento científico. De fato, são essas características que tornam a interdisciplinaridade obrigatória para o estudo de um fenômeno multifacetado em seus aspectos e multifatorial em sua gênese.

Sabemos que ao longo de nossa vida perdemos nossa capacidade física, com diminuição de massa muscular e óssea, além de mudança de textura da pele, cabelo entre outros. Do ponto de vista biológico o termo envelhecimento é usado para :

[...] descrever as mudanças morfofuncionais ao longo da vida que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia (JECKEL-NETO, 2006, p.13).

O critério cronológico é utilizado pelas instituições que fornecem assistência à saúde física, psicológica e social. E também é adotado nas pesquisas científicas devido dificuldades em definir a idade biológica (NETTO, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idosos os indivíduos com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento, e os indivíduos com 65 anos ou mais nos países desenvolvidos. Mesmo critério foi utilizado pelo Brasil conforme a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

A velhice traz consigo além das transformações biológicas, mudanças importantes relacionadas aos aspectos psicossociais e econômicos.

## 4.2 OS IDOSOS DO BRASIL

A transição da fecundidade e a transição da mortalidade são tendências pouco prováveis de mudarem devido aos avanços já sofridos no Brasil. Espera-se que a população de 75 anos e mais tenha um crescimento superior a 4%, durante grande parte da primeira metade do presente século (CARVALHO, 2008).

Em menos de 40 anos o Brasil passou de um quadro de mortalidade típica de uma população jovem para uma situação de doenças crônicas e múltiplas, complexas e onerosas características da velhice. O aumento da população idosa em menos de cinquenta anos foi de 600%, 3 milhões em 1960, 7 milhões em 1975 e 17 milhões em 2006 (VERAS, 2007).

No último censo realizado (IBGE, 2010) a população idosa cresceu em comparação ao censo anterior (2000) 2,1%. E a faixa etária dos indivíduos com mais de 80 anos é o segmento da população que cresce mais rapidamente (LIMA-COSTA, 2003; OMS, 2005).

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população refletem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, semelhante à média de países como Islândia 81,8, Hong Kong, China 82, e Japão 82,6 (IBGE, 2008).

Outra característica da população idosa é o maior número de mulheres. Em estudo realizado na cidade de São Carlos (FELICIANO,2004), foram apontados alguns fatores para isso tais como, diferenças na exposição aos riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças no consumo de tabaco e álcool e procura pelos serviços de saúde com maior frequência.

Com relação às doenças crônicas não-transmissíveis, cerca de 70% dos idosos relatam ter pelo menos uma, sendo esta proporção maior nas mulheres (74,5%) do que nos homens (62,2%). É importante destacar que o aumento da idade é proporcional ao aumento das doenças, e também com o aumento de internações e gastos com medicamentos. Já a procura por atendimento médico não aumenta com a idade (LIMA-COSTA, 2003).

Os motivos que levam os idosos a internarem são as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo (FILHO,2004). Causas dos óbitos são devido à doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório (CAMARANO, 2004; MAIA, 2006).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, 32,5% dos idosos não tinham seu domicílio cadastrado no Programa Saúde da Família nem tinham plano de saúde particular. Essa situação de desproteção era um pouco menor a partir da faixa de rendimento domiciliar *per capita* de 2 salários mínimos ou mais, quando o percentual era de 19,7%.

#### 4.3 O ENVELHECIMENTO E OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A “porta de entrada” principal dos serviços de saúde continua sendo os serviços de urgência/ e emergência. Infelizmente a rede básica não consegue ser a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde, apesar de que grande parte dos problemas possam ser resolvidos no nível das unidades básicas de saúde (CECÍLIO, 1997; 2003).

Outro aspecto importante a destacar é que as urgências/emergências seguem funcionando da mesma forma, com base na queixa-conduta, resultando em um atendimento ineficaz, e nada integral (CECÍLIO, 2003).

Num estudo realizado em Pernambuco (FURTADO, 2004) é encontrado que os atendimentos inadequados chegam a 74,5% no maior serviço de emergência do estado. Ou seja, a emergência serve como uma “válvula de escape” dos serviços de saúde, o que acaba prejudicando os atendimentos considerados adequados.

Em sete dos oito serviços hospitalares de emergência que foram avaliados e que faziam parte do QualiSUS<sup>1</sup>, apenas em um deles havia política de educação permanente (O'DWYER, 2009). Esse resultado acaba refletindo no desempenho da equipe, que demonstra despreparo ao atender o idoso.

---

<sup>1</sup> O Programa QualiSUS é composto por três componentes: (1) qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde; (2) humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde; (3) fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde.

#### 4.4 O MODELO ASSISTENCIAL PARA ATENÇÃO AO IDOSO NO BRASIL

Envelhecer num país com inúmeros problemas sociais, econômicos e estruturais é um grande desafio para todos, sociedade e governo, no sentido de oferecer condições adequadas para o prolongamento da vida (RODRIGUES E RAUTH, 2006).

O crescimento das hospitalizações em longa permanência e a inexistência de ações abrangentes para garantir a qualidade do atendimento prestado reforça a necessidade de ampliar os estudos sobre a atenção oferecida aos idosos pelo SUS (GUERRA, 2002).

No Brasil, o setor saúde está despreparado para a atenção ao idoso, no que tange os recursos humanos, materiais, tecnológicos, e especialmente ao perfil de doenças que acometem essa população (FELICIANO, 2004).

Alguns desafios surgem para a saúde pública com envelhecimento populacional destacando a manutenção da independência e da vida ativa com o envelhecimento; o fortalecimento de políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos; manutenção e melhora da qualidade de vida com o envelhecimento (LIMA-COSTA, 2003).

Em termos de ações, hoje temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), que enfatiza o envelhecimento saudável e ativo abordado de maneira multidimensional, mas na prática isso ainda não é observado “[...] a maioria dos serviços são curativos e tradicionais e argumentam ser difícil mensurar a efetividade para tais programas do ponto de vista financeiro[...]” (VERAS, 2009).

As políticas de saúde devem ser voltadas para todas as idades, com mudança nos paradigmas dos serviços de saúde, estilo de vida saudável, integração familiar e social (CAMARANO, 2004).

#### 4.5 LINHA DE CUIDADO DO IDOSO DO GHC

As Linhas de Cuidado utilizadas no GHC são um modelo de organização dos processos de trabalho baseado no atendimento integral e humanização aos usuários do SUS. Nesse modelo de atendimento o usuário é o eixo central da atenção à saúde.

No ano de 2006 o GHC iniciou com a Linha de Cuidado do Trauma no Idoso destinada a pessoas com mais de 60 anos que sofreram fratura proximal do fêmur. O acesso a essa Linha de Cuidado é através do Serviço de Emergência do Hospital Cristo Redentor, ou por transferência de outros hospitais do Estado. Além da cirurgia e da internação, os pacientes

contam com o Programa de Assistência Domiciliar (PAD) e consultas no ambulatório para a continuidade do tratamento. Todo o atendimento é feito por equipe multiprofissional formada por médicos, equipe de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros (GHC, 2010).

No ano de 2009 o HNSC implantou a Linha de Cuidado do Idoso Frágil. É considerado idoso frágil ter 80 anos ou mais de idade ou ter 60 anos e apresentar uma das seguintes situações: cinco ou mais patologias ou uso continuado de cinco ou mais fármacos, imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, incapacidade cognitiva, reinternação nos últimos seis meses pelo mesmo motivo, dependência para as atividades da vida diária, portador de fratura ou vulnerabilidade social (abandono pela família). Semelhante ao HCR os usuários são atendidos por uma equipe multiprofissional, e se necessário após a alta são encaminhados para o PAD e para o ambulatório (LEMOS, 2009).

## 5 MATERIAL E MÉTODO

### 5.1 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo será realizado no Serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. O GHC é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde, e é constituído por quatro unidades hospitalares: HNSC, Hospital da Criança Conceição (HCC), Hospital Fêmeina (HF) e Hospital Cristo Redentor (HCR); e também pelo Serviço de Saúde Comunitária (SSC), que possui doze (12) Unidades Básicas de Saúde. Estes serviços, que atuam de forma integrada com os serviços locais e regionais de saúde, atendem, cotidianamente, a população de Porto Alegre, da região metropolitana, do interior do Estado e de outros estados do Brasil.

O HNSC possui 842 leitos e é uma das maiores unidades hospitalares do Estado. Oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu Ambulatório, na Emergência e na Internação. Além disto, possui a maior emergência do Rio Grande do Sul, onde são atendidas diariamente cerca de 800 pessoas.

O serviço de Emergência funciona 24 horas e todos os atendimentos são pelo SUS. Inaugurada em abril de 2006, a nova Emergência do Hospital Conceição trabalha com os conceitos de Acolhimento, com classificação de risco, conforme o estado de saúde do paciente, humanização e integralidade a atenção.

Ao todo são disponibilizados 69 leitos para o atendimento de pacientes adultos. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional.

De acordo com o Serviço de Arquivo Médico do HNSC, no ano de 2010 foram realizados 236.198 atendimentos pelo serviço de emergência, sendo que destes 50.168 (21%) foram para pessoas acima de 60 anos, e dos atendidos, 7688 (15%) foram internados.

O Serviço de Emergência do HNSC a partir de fevereiro do presente ano passou utilizar para atendimento dos usuários o Protocolo de Manchester, o qual se baseia na classificação de risco. É utilizado um questionário rápido e breve, em que os pacientes são sinalizados por pulseiras coloridas para direcioná-los à equipe que deverá atendê-los. A classificação é dividida em cinco cores:

Vermelha: risco imediato de perder a vida – atendimento imediato;

Laranja: risco imediato de perder a função de órgãos ou membros;

Amarelo: condição que possa ser agravada se não houver atendimento;

Verde: atendimento pouco urgente, ambulatorial, que pode ser atendido em postos de saúde;  
Azul: atendimento sem urgência deve ser encaminhado para os postos de saúde.

## 5.2 UNIVERSO E AMOSTRAGEM

A população em estudo será dos idosos que foram atendidos através da emergência e após internados no ano de 2010. Serão considerados idosos os pacientes com sessenta anos ou mais de idade utilizando como definição os critérios da OMS e as diretrizes da Política Nacional do Idoso do Ministério da Saúde do Brasil.

A amostra desta pesquisa será constituída por 384 idosos. A amostra foi determinada considerando uma margem de erro absoluta de 5% de forma a maximizar a variância (percentual de 50%) em nível de confiança de 95%.

## 5.3 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal que tem como característica descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

## 5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a obtenção dos dados que possibilitem responder aos objetivos da pesquisa, será utilizado um instrumento com um roteiro de questões fechadas, que deverá ser preenchido durante as pesquisas dos prontuários (APÊNDICE A).

A coleta de dados terá início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar, sendo previsto um prazo de três meses.

## 5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados serão analisados através da análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e média e desvio padrão para as variáveis contínuas com distribuição normal ou mediana e intervalo interquartilico para aquelas com distribuição assimétrica. O programa utilizado será o SPSS 16.0.

Os resultados serão ilustrados na forma de tabelas e gráficos, que se considera ser à maneira de mais fácil visualização, e posteriormente discutidos com base no referencial proposto.

## 5.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS

O projeto foi enviado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição e aprovado (ANEXO A). Após será iniciada a coleta de dados em prontuário. Serão assegurados o sigilo e o anonimato, e o acesso aos resultados obtidos na pesquisa, bem como seu uso exclusivo para fins científicos, conforme a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Por se tratar de um estudo retrospectivo e pela inviabilidade de contatar os pacientes do estudo não será aplicado o termo de consentimento, apenas o termo de compromisso para utilização de dados dos prontuários (ANEXO B).

Os dados coletados serão utilizados somente para essa pesquisa ficando armazenados durante cinco anos pela pesquisadora responsável, e após serão destruídos.

## **6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

De acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os pesquisadores possuem um compromisso ético com os participantes do estudo, respeitando os seus direitos e tendo consciência do dever de retornar os resultados para os mesmos.

Desta forma, os dados coletados neste estudo serão apresentados à equipe do Serviço de Emergência do HNSC. Além disso, esses resultados servirão como base para uma possível implantação da Linha de Cuidado do Idoso na emergência. Também será utilizado para a construção de um artigo e apresentações em eventos científicos.

## 7 ORÇAMENTO\*

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	TOTAL (R\$)
Xerox	300	0,15	45,00
Folha A4	300	0,05	15,00
Tinta para impressora	1	130,00	130,00
Transporte	Será utilizado o mesmo trajeto diário para o trabalho.		
Encadernação	3	60,00	60,00
Total			250,00

---

\*Todos os custos de impressos, fotocópias e transporte serão subsidiados pela própria pesquisadora, não incorrendo em qualquer comprometimento por parte da instituição/campo de pesquisa.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 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 Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

\_\_\_\_\_.Lei n. 10.741 de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 out. 2003.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1439-1454, jul, 2009.

CAMARANO, A.; KANSO,S.;MELO,J.L.E. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? *In*: CAMARANO,A. (Org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.p.77-106.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.393-403,1999.

CARVALHO, J.A.M.; RODRÍGUEZ-WONG. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.597-605, mar., 2008.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul-set, 1997.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *IN* PINHEIRO,R.;MATTOS,R.A. (orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS, **Abrasco**, 2003, p. 197-210.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C.M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1575-1585, nov-dez, 2004.

FILHO, A.L.;MATOS, D.L.;GIATTI, L.;AFRADIQUE, M.E.; PEIXOTO, S.V.;LIMA-COSTA,M.F. Causa das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n.4, p.229-238, 2004.

FURTADO, B.M.A.; ARAÚJO, J.L.;CAVALCANTI,P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n.3, p.279-289, jun. 2004.

GUERRA,H.L. **Internações hospitalares entre idosos: o episódio da Clínica Santa Genoveva e fatores associados à ocorrência de internações em Bambuí, Minas Gerais.** 2002. 99f. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de pesquisas. Departamento de População e Indicadores sociais. **Censos.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em < <http://ibge.gov.br/>>. Acesso em 11 jan.2011.

\_\_\_\_\_. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em < <http://ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>>. Acesso em 17 jan.2011.

\_\_\_\_\_. **Projeção da população do Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em < <http://ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/>>. Acesso em 24 jan.2011.

\_\_\_\_\_. Pesquisa por Amostra dos Domicílios de 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JECKEL-NETO, E.A.; CUNHA,G.L. Teorias biológicas do envelhecimento. *In* Elizabete Freitas (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 13-22.

LEMOS, C.P. **Protocolo de alta do idoso frágil.**2009.14f. Projeto. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, 2009.

LIMA-COSTA, M.F. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e intervenções hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS,** Brasília, Distrito Federal, v.9, n.1, p.23-41, jan/mar, 2000.

\_\_\_\_\_. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, mar., 2003.

MAIA, F.O.M.;DUARTE, Y.A.º;LEBRÃO,M.L. Análise dos óbitos em idosos no estudo SABE. **Revista Escola de Enfermagem USP,** São Paulo, v.40, n.4, p.540-547, 2006.

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. *In* Elizabete Freitas (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.1881-1890,2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de Promoción y Protección de la Salud. Unidade de Envejecimiento y Salud. **Plán de acción sobre la salud de las personas mayores incluyendo el envejecimiento activo y saludable**. Washington: PAHO, 2009.

PESSINI, L. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. *In* Elizabete Freitas (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 154-163.

PEIXOTO, S.; GIATTI, L.; ALFRADIQUE, M.; LIMA-COSTA, M.F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n.4, p.239-246, 2004.

POLIT, D.F., BECK, C.T. E HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

RODRIGUES, N.C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. *In* Elizabete Freitas (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 186-192.

SCHEIN, L. E.; CESAR, J.A. Perfil dos idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n.2, p.289-301, jun. 2010.

UNITED NATIONS. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. POPULATION DIVISION. **World Ageing**: 1950-2050. New York: United Nations, 2002. Disponível em: [www.un.org/esa/population/publications/worldageing/19502050/pdf/052brazi.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing/19502050/pdf/052brazi.pdf). Acesso em: 14 jan.2011.

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

\_\_\_\_\_. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

DATA DA COLETA : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

REGISTRO PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTO Nº: \_\_\_\_\_

#### I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1 – Sexo

1  Masculino

2  Feminino

2 – Idade: \_\_\_\_\_

Faixa etária 1  60-64,9

2  65-69,9

3  70-74,9

4  75-79,9

5  80-84,9

6  85 e +

3 – Escolaridade 1  analfabeto

2  ensino fundamental incompleto

3  ensino fundamental completo

4  ensino médio incompleto

5  ensino médio completo

6  superior incompleto

7  superior completo

8  pós-graduação

4 – Atividade ocupacional  Sim

Não

5- Procedência 1  Porto Alegre

2  Alvorada

3  Viamão

4  Gravataí

5  Outro \_\_\_\_\_

## II – DADOS REFERENTES À INTERNAÇÃO

6 – Data da internação: \_\_\_\_\_

7 – Especialidade que internou 1  clínica

2  cirúrgica

3  ginecológica

4  outra \_\_\_\_\_

8 – Diagnóstico primário da internação: \_\_\_\_\_

Grupo diagnóstico (conforme capítulo do CID-10): \_\_\_\_\_

9 – Permanência na emergência 1  menos de 24 horas

2  1 a 2 dias

3  2 a 3 dias

4  3 a 4 dias

5  4 a 5 dias

6  + de 5 dias

10 – Desfecho 1  encaminhado para unidade de internação

2  UTI/UCC

3  Alta

4  Transferência para outra instituição

5  Óbito Data : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

11 – Havia internado nos últimos seis meses 1  Sim

2  Não

**ANEXO A**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/GHC**



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 526  
CEP 91550-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357 2000  
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rubião, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357 4100  
CNPJ: 92.787.128/0001-76

HOSPITAL FÊMINEA S.A.  
Rua Mostardero, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314 5200  
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 10 de maio de 2011, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 11-028

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

MÁRCIO NERES DOS SANTOS  
THANIZE PRATES  
SOFIA LOUISE SANTIN BARILLI  
DANIELA DA MOTTA ESTEVES  
MILTON HUMBERTO SCHANES DOS SANTOS

**Título:** Perfil dos idosos internados através da emergência de um hospital de grande porte no município de Porto Alegre-rs

Documentação: Aprovados  
Aspectos Metodológicos: Aprovados  
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

**Considerações Finais:**

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados para este CEP.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.

Daniel Demétrio Faustino da Silva  
Coordenador-geral do CEP/GHC

Porto Alegre, 10 de maio de 2011.

**ANEXO B**  
**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E/OU**  
**PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES**

Título do Projeto:

---

---

---

O (s) pesquisador(es) abaixo compromete(m)-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico e dos Hospitais do Grupo Hospitalar Conceição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

NOME DOS PESQUISADORES	ASSINATURA
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	