

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO ACADÊMICO**

ANDREIVNA KHARENINE SERBIM

**REDES E APOIO SOCIAL PERCEBIDO POR IDOSOS USUÁRIOS DE UM  
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Porto Alegre  
2012

**ANDREIVNA KHARENINE SERBIM**

**REDES E APOIO SOCIAL PERCEBIDO POR IDOSOS USUÁRIOS DE UM  
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

Dissertação de Mestrado desenvolvida junto à área de concentração Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem e à linha de pesquisa Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Porto Alegre

2012

#### CIP - Catalogação na Publicação

Serbim, Andreivna Kharenine  
Redes e apoio social percebido por idosos  
usuários de um serviço de emergência / Andreivna  
Kharenine Serbim. -- 2012.  
122 f.

Orientadora: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Apoio Social. 2. Serviço Hospitalar de  
Emergência. 3. Pessoa Idosa. 4. Enfermagem. 5. Saúde  
do Idoso. I. Manganelli Girardi Paskulin, Lisiane,  
orient. II. Título.

**ANDREIVNA KHARENINE SERBIM**

**Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

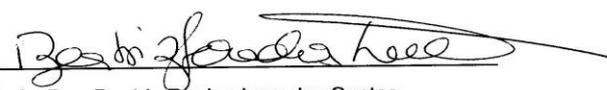
Aprovada em Porto Alegre, 05 de março de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Lidiane Rosset Cruz  
Membro da banca  
EENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Beatriz Regina Lara dos Santos  
Membro da banca  
PUCRS

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos idosos e acompanhantes que concordaram em participar do estudo, pela paciência e generosidade em responder a entrevista. Àqueles que me receberam em suas casas, agradeço pela simpatia e cordialidade.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lisiane Manganelli Girardi Paskulin por toda paciência, dedicação, carinho, por todos os momentos de aprendizado e principalmente, pelo apoio para que eu atingisse os meus objetivos.

À Equipe de Enfermagem do Serviço de Emergência do HCPA, especialmente as Enfermeiras Ana Valéria Gonçalves, Lurdes Busin e Simone Schenatto, pela acolhida, disponibilidade e auxílio no período da coleta de dados.

Às acadêmicas de enfermagem que auxiliaram na coleta de dados: Laura Fonseca, Camille Zimpel, Jennifer Hochnadel e Grasiela Vidor, obrigada pela disponibilidade e dedicação.

Às professoras Stela Meneghel, Idiane Rosset e Eliane Pinheiro de Moraes, integrantes da banca de qualificação, pela participação e contribuição para o desenvolvimento do estudo.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Família e Comunidade (NEESFAC), que me apoiaram na trajetória e construção do projeto.

Ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e CAPES, pelo auxílio financeiro no custeio da minha bolsa de mestrado.

Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE), pelo auxílio financeiro para o desenvolvimento deste estudo.

Às colegas de mestrado, principalmente Daiany Valer, Andria Machado e Camila Remor, pelo auxílio e por se mostrarem grandes companheiras nessa caminhada.

Ao meu padrasto, José Augusto, pelo apoio, paciência e pelas caronas intermináveis.

À minha mãe, Gilvania, por fazer com que tudo fosse possível na minha formação, pela dedicação, apoio e principalmente, pelo amor incondicional.

## RESUMO

Os objetivos deste estudo longitudinal foram: analisar a rede de apoio formal e informal e o apoio social percebido por idosos usuários do serviço de emergência do HCPA; caracterizar a amostra segundo aspectos sociodemográficos, de saúde e de apoio; identificar as fontes de apoio e tipo de relacionamento do idoso com a fonte; verificar associações entre a média do apoio social percebido e as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, número de filhos vivos, número de pessoas residentes no domicílio, estado conjugal e arranjo familiar; comparar a rede de apoio e o apoio social recebido e fornecido, citados pelos idosos que permaneceram hospitalizados, no momento do atendimento na emergência e duas semanas após a alta hospitalar. A amostra foi de 220 idosos, que utilizaram o serviço de emergência do HCPA. Para a coleta de dados, foram utilizados o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS) e um questionário estruturado que caracterizava os aspectos sociodemográficos, de saúde e apoio social. Entre os respondentes 51,8% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 71,6 anos (DP=8,1), 57,3% eram procedentes do município de Porto Alegre, 42,7% eram casados, 68,2% eram aposentados, 40,9% tinham até 4 anos de estudo e 64,6% tinha renda familiar de até 2 salários-mínimos. Os idosos tinham 3,5 filhos e 2,9 pessoas na residência em média, 76,3 % vivia com a família. Os respondentes declararam ter 1,8 morbidades em média, 48,6% relataram ter a saúde ruim ou muito ruim e 43,6% citaram as doenças do aparelho circulatório como grupo de morbidades. Entre os idosos, 90,2% relataram receber apoio da família, 81,5% relataram fornecer apoio para a família e 72,3% recebiam apoio de uma instituição formal. O tamanho da rede de apoio foi de 4,8 em média e o escore de apoio social percebido foi de 4,2 (DP=0,4). A avaliação da rede de apoio permitiu conhecer os vínculos e as relações que constituem as redes de apoio dos usuários, em um momento de agravo nos quais mais necessitavam de apoio de uma rede formal e informal, propiciando aos profissionais de saúde explorar esses recursos. Estudos sobre redes de apoio podem auxiliar o planejamento em saúde no sentido de propiciar a reorganização dos sistemas, visualizando quais pessoas e instituições fazem parte dessa rede e como os usuários idosos percebem o apoio social.

**Palavras-chave:** Apoio Social. Serviço Hospitalar de Emergência. Pessoa Idosa. Enfermagem. Saúde do Idoso.

## ABSTRACT

The objectives of this longitudinal study were: to analyze the formal and informal network and social support perceived by elderly users of emergency department at HCPA; characterize the sample according to sociodemographic characteristics, health and support; identifying the sources of support and type of relationship with the source of the elderly; examine associations between the average of the perceived social support and the following sociodemographic variables: age, sex, education, number of children, number of people living in the household, marital status and living arrangements; to compare the social network and social support received and provided, cited by the elderly who remained hospitalized at the time of emergency care and two weeks after hospital discharge. The sample consisted of 220 elderly, who visited the emergency department at HCPA. For data collection, were used the Mini-Mental State Examination (MMSE), the Social Support Network Inventory (SSNI) and a structured questionnaire that characterized sociodemographic, health and social support of the elderly. Among the respondents 51.8% were female, mean age was 71.6 years (SD = 8.1), 57.3% were from Porto Alegre, 42.7% were married, 68.2% were retired, 40.9% had up to four years of study and 64.6% had family incomes of up to two minimum wages. The elderly had 3.5 children and 2.9 persons in the residence an average and 76.3% lived with their family. Respondents reported having an average 1.8 comorbidities, 48.6% reported having fair or poor health and 43.6% cited the diseases of the circulatory system as a group of morbidity. Among seniors, 90.2% reported receiving support from family, 81.5% reported providing support for their families and 72.3% received support from a formal institution. The size of the social network was 4.8 on average and perceived social support score was 4.2 (SD = 0.4). The evaluation of the social network allows us to know the links and relationships that constitute the support networks of elderly which most need the support of a formal and informal network, allowing health professionals to exploit these resources. Studies of social networks may assist health planning in order to facilitate the reorganization of the systems, viewing people and institutions which are part of this social network and how elderly perceive the social support.

**Keywords:** Social Support. Emergency Service, Hospital. Aged. Nursing. Health of the Elderly.

## RESUMEN

Los objetivos de este estudio longitudinal fueron: analizar la red de apoyo formal e informal y el apoyo social percibido por los usuarios ancianos del servicio de emergencia del HCPA; caracterizar la muestra de acuerdo con las características sociodemográficas, de salud y de apoyo; identificar las fuentes de apoyo y el tipo de relación con la fuente de los ancianos; examinar las asociaciones entre el promedio de apoyo social percibido y las variables sociodemográficas: edad, sexo, educación, número hijos, el número de personas que viven en el hogar, estado civil y arreglos del hogar; comparar la red apoyo social y apoyo recibidos y prestados, citado por los ancianos que permanecen hospitalizados en el momento de la atención en emergencia y dos semanas después del alta hospitalaria. La muestra estuvo conformada por 220 ancianos, que buscaban el servicio de emergencia del HCPA. Para la recolección de datos, se utilizó el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), el Inventario de la Red de Apoyo Social y un cuestionario estructurado que caracterizan aspectos sociodemográficos, de salud y del apoyo social. Entre los ancianos, 51,8% eran mujeres, edad media fue de 71,6 años (DE = 8.1), 57,3% eran de Porto Alegre, 42,7% estaban casados, 68 2% eran jubilados, 40,9% tenían hasta cuatro años de estudio y 64,6% tenían ingresos familiares de hasta dos salarios mínimos. Los ancianos tenían en promedio 3,5 hijos y 2,9 personas en la residencia, 76,3% vivía con su familia. Los ancianos informaron tener un promedio de 1,8 comorbilidades, 48,6% informó tener una salud mala o muy mala y 43,6% citó las enfermedades del sistema circulatorio como un grupo de morbilidad. Entre las personas mayores, 90,2% informó haber recibido apoyo de la familia, 81,5% reportó el apoyo a las familias y 72,3% recibió el apoyo de una institución formal. El tamaño de la red de apoyo fue de 4,8 en la puntuación media y de apoyo social percibido fue de 4,2 (DE = 0,4). La evaluación de la red de apoyo nos permite conocer los vínculos y relaciones que constituyen las redes de apoyo de los ancianos en un momento en que más necesitan el apoyo de una red formal e informal, permitiendo a los profesionales de la salud explotar estos recursos. Redes de apoyo a los estudios pueden ayudar a la planificación de la salud con el fin de facilitar la reorganización de los sistemas, ver a las personas e instituciones que forman parte de esta red y cómo los ancianos perciben el apoyo social.

**Palabras-clave:** Apoyo Social. Servicio de Urgencia en Hospital. Anciano. Enfermería. Salud del Anciano.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Valores possíveis a serem obtidos no IRSS e valores obtidos na avaliação da percepção de apoio social no presente estudo. Porto Alegre, 2011.	48
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Grau de parentesco dos acompanhantes dos idosos como informantes substitutos. Porto Alegre, 2011.	38
Tabela 2 -	Caracterização dos idosos participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, 2011.	39
Tabela 3 -	Idosos do serviço de emergência segundo número de filhos e arranjo familiar. Porto Alegre, 2011.	42
Tabela 4 -	Estado de saúde autorreferido, número de morbidades e grupos das morbidades autorreferidas dos idosos que utilizaram o serviço de emergência. Porto Alegre, 2011.	43
Tabela 5 -	Características de apoio recebido e fornecido de idosos usuários do serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2011.	46
Tabela 6 -	Tamanho da rede de apoio dos idosos usuários do serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2011.	48
Tabela 7 -	Principais fontes de apoio citadas pelos sujeitos da pesquisa. Porto Alegre, 2011.	49
Tabela 8 -	Média do instrumento IRSS por fonte de apoio citada. Porto Alegre, 2011.	50
Tabela 9 -	Média geral do IRSS aplicado no idoso e no informante substituto. Porto Alegre, 2011.	51
Tabela 10 -	Correlação do apoio social percebido de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse. Porto Alegre, 2011.	52
Tabela 11 -	Tamanho da rede e apoio recebido e fornecido dos idosos antes e depois da internação. Porto Alegre, 2011.	55
Tabela 12 -	Apoio de instituição formal no momento do atendimento e duas semanas após a alta hospitalar. Porto Alegre, 2011.	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variâncias
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Estratégia Saúde da Família
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRSS	Inventário da Rede de Suporte Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MMRI	Mapa Mínimo das Relações do Idoso
MOS	Medical Outcomes Study
NEESFAC	Núcleo de Estudos em Saúde, Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial da saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
RS	Rio Grande do Sul
RJ	Rio de Janeiro
SE	Serviço de Emergência
SIG	Sistema de Informações Gerenciais
SM	Salário Mínimo
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
<b>3</b>	<b>CONTEXTO TEÓRICO</b>	<b>20</b>
3.1	O envelhecimento populacional e as políticas públicas brasileiras	20
3.2	Rede e apoio social	24
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>29</b>
4.1	Tipo de estudo	29
4.2	Campo do estudo	29
4.3	População e amostra	30
4.4	Coleta de dados	31
4.5	Análise dos dados	35
4.6	Aspectos Bioéticos	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>38</b>
5.1	Características sociodemográficas, de saúde e tipo de apoio recebido e fornecido pelos idosos do estudo	38
5.2	Resultados do instrumento Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS)	47
5.3	Resultados da rede de apoio e apoio recebido/fornecido duas semanas após a alta do idoso	54
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>57</b>
6.1	Caracterização da amostra segundo aspectos sociodemográficos, de saúde e com relação ao tipo de apoio recebido e fornecido	58
6.2	Análise do instrumento Inventário da rede de Suporte Social (IRSS)	71
6.3	Análise da rede de apoio e apoio recebido/fornecido duas semanas após a alta do idoso	80
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE DADOS</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE B – PLANILHA PARA REGISTRO DOS ENTREVISTADOS</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS IDOSOS</b>	<b>100</b>

<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO INFORMANTE SUBSTITUTO</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DE APOIO SOCIAL</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO B – INVENTÁRIO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL (IRSS)</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS/COMPESQ</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO D – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE/ HCPA</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO IRSS (VERSÃO TRADUZIDA E ADAPTADA)</b>	<b>122</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado tem como objeto de estudo as redes de apoio e o apoio social percebido por pessoas idosas. A dissertação está vinculada à área de concentração de “Políticas e Práticas de Saúde e Enfermagem” e na linha de pesquisa “Promoção, Educação e Vigilância em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e foi desenvolvida junto do Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Família e Comunidade (NEESFAC). Está inserida no projeto maior “Acesso, Acolhimento e Redes de Atenção de usuários idosos em Serviço de Emergência” que tem como objetivo geral analisar avanços, lacunas e desafios existentes na articulação da atenção em saúde à pessoa idosa e das intervenções de enfermagem inseridas neste contexto, tendo como base os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O envelhecimento populacional é uma realidade no cenário mundial. Projeções demográficas apontam que o Brasil será, até 2025, o sexto país do mundo em número de idosos, um contingente estimado em 32 milhões de pessoas (OMS, 2005). Essas mudanças no padrão demográfico acarretam importantes implicações sociais, especialmente na área da saúde.

O envelhecimento associa-se a uma maior prevalência de doenças crônicas e mais incapacidades. Por essa razão, caracteriza-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar. Para Louvison (2008), as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. Em 2004, segundo Peixoto (2004), a taxa de hospitalização no SUS foi de 41,8 internações por 1.000 habitantes no ano para o segmento de 0 a 14 anos, de 61,2 para o segmento de 15 a 59 anos e de 143,3 para o grupo de 60 anos ou mais. Além disso, para Camarano (2004), a taxa de utilização da internação na faixa de 80 anos é três vezes maior que a da faixa etária de 55 a 59 anos.

Além de internações mais frequentes e tempo de ocupação dos leitos por um período maior, o custo das internações também é mais elevado. Investigação realizada por Peixoto (2004), que avalia os custos de internações hospitalares entre idosos, evidenciou que no período de 2001 a 2004, o custo com hospitalização

cresceu 7% para cada indivíduo da faixa de 0 a 14 anos, 9% na faixa de 15 a 59 anos e 13% na faixa de 60 ou mais.

Em estudo de Góis (2010), também se verificou que o custo médio mais elevado ocorria na faixa etária de 60 a 69 anos, tornando-se decrescentes com a idade. O estudo mostra ainda que, pelo menos no que se referia ao Sistema Único de Saúde (SUS), a elevação do custo com atenção hospitalar aos idosos não estava relacionada ao aumento do custo dos procedimentos.

Segundo Veras (2007), a utilização dos serviços de saúde tem um padrão de distribuição segundo a idade, ou seja, as pessoas no início da vida e, sobretudo, no final apresentam mais problemas de saúde e utilizam mais os serviços. A grande diferença é que as doenças da faixa jovem, na maioria das vezes, são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as dos idosos são crônicas e de custo mais elevado. Considerando a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira, foco especial deve ser dirigido ao cuidado do idoso e aos portadores de doença crônica, que são os que mais demandam por serviços de saúde.

Nesse contexto, a prevalência de doenças crônicas determina o surgimento de novas demandas. Portanto uma grande preocupação dos gestores e profissionais de saúde é como os vários mecanismos de atendimento de saúde estão reagindo a este emergente perfil demográfico. Para Bós (2004), o desenvolvimento do sistema de assistência à saúde no Brasil, tipicamente voltado às populações mais jovens, pode se contrapor às necessidades de saúde do idoso.

Nessa perspectiva, os idosos utilizam os serviços de emergência em uma taxa mais elevada, as visitas têm um maior nível de urgência e eles têm longas estadias no serviço. De acordo com McCusker (2006), os idosos possuem frequentemente comorbidades, apresentam maior comprometimento cognitivo e funcional, além dos problemas sociais.

De acordo com dados de um levantamento realizado no Sistema de Informações Gerenciais (SIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), foi identificado que em 2007, a taxa de idosos que utilizaram o serviço de emergência foi de 33%. Já em 2008 as pessoas idosas representaram 35% dos atendimentos do serviço e em 2009 representaram 44% dos mesmos. Considerando as internações hospitalares no HCPA, no período de janeiro a outubro de 2011, os idosos representaram 21,5% das internações (GONÇALVES, 2012).

Em estudo transversal de Carret (2007), realizado em um serviço de emergência de um hospital no município de Pelotas, com a população em geral, foram levantados os fatores que podem levar à procura deste serviço: o desejo de receber atendimento no mesmo dia, a possibilidade de realizar exames laboratoriais (entre outros exames) e a crença de que os serviços de emergência podem resolver qualquer problema de saúde. No mesmo estudo, a proporção de idosos com mais de 65 anos que utilizou o serviço de emergência foi de 17%.

Em estudo de Bianco (2003), realizado em um serviço de emergência de um hospital público da Itália, os autores identificaram que mais de 29% da população que utilizou aquele serviço era de indivíduos com mais de 65 anos. As possibilidades de buscar atendimentos sem caráter de urgência eram maiores para aqueles pacientes que não eram referenciados pelos serviços de saúde e que tinham doenças crônicas. O principal motivo que levou à procura do serviço é que os pacientes acreditavam que o seu problema era uma situação de emergência.

Em todos os níveis de atenção tem se observado que os profissionais de saúde não estão preparados para trabalhar com o indivíduo idoso, pois o foco das atenções ainda permanece na queixa principal e no tratamento da doença. Na atenção básica, os programas dão enfoque às doenças crônicas não transmissíveis, como o Hiperdia\*. Para Góis (2010), na atenção de maior complexidade, prevalece uma grande quantidade de internações hospitalares e muitas vezes sem resolutividade. O mesmo autor sugere como alternativas concretas os programas de saúde em domicílio e a internação domiciliar, reduzindo assim as taxas de utilização dos serviços hospitalares, de forma que o paciente volte menos vezes ao hospital.

---

\*O Hiperdia é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. Além do cadastro, permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, definindo o perfil epidemiológico desta população, e o consequente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2011a).

Percebe-se, em suma, um aumento da utilização de serviços pelas pessoas idosas, de modo impactante nos serviços de emergência, e que o enfoque da atenção está no tratamento das doenças crônicas agudizadas por meio de internações hospitalares. Este padrão é pouco resolutivo tanto no processo de trabalho institucional como no cotidiano do idoso. Por isso, identifica-se a necessidade de melhorar a interface entre as redes de apoio social, visando um cuidado contínuo à saúde do mesmo por meio da proposição e desenvolvimento de estratégias de apoio tanto para os profissionais que acompanham esses idosos como para a família.

O conceito de rede de apoio social adotado neste estudo, de acordo com o instrumento a ser utilizado, se refere à rede de relacionamentos e elos sociais que, para Flaherty (1983), pode ser mensurada pelo número de indivíduos ao redor de uma pessoa. A rede social, nessa perspectiva, segundo Sluzki (1997), possui características estruturais tais como: número e tipo de relações, frequência e duração dos contatos, densidade e homogeneidade. Essas características serão detalhadas na seção sobre contextualização teórica.

A rede de apoio social é composta por uma rede de relações formais e informais. Segundo Rosa (2004), a rede de apoio formal é composta pelas políticas públicas direcionadas à população idosa em geral, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros. A rede de apoio informal é definida pela espontaneidade e reciprocidade que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar. Considera-se como rede informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos. Em todo o mundo, e inclusive no Brasil, essa é a forma prevalente de cuidado. “É estimado que cerca de 90% dos idosos que necessitam de cuidados dependam da família para terem suas necessidades atendidas” (LEMES; MEDEIROS, 2006, p.1227).

O apoio social é considerado um dos mais importantes preditores da saúde física e do bem estar, desde a infância até a senilidade, e para Rosa (2004), compreende um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais, com o intuito de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem e, desta forma, enfrentar novas situações. O conceito do apoio social é multidimensional e para Thoits (1995) inclui a

intensidade, os tipos (emocional, prático) e as fontes de apoio que podem ser o cônjuge, os amigos, os parentes, os colegas, entre outros.

No apoio social, alguns aspectos são considerados importantes: a disponibilidade, a reciprocidade, o apoio prático, o apoio emocional e o tipo de evento ocorrido para o qual há necessidade de um determinado apoio. O apoio emocional refere-se a expressões de amor e afeição, enquanto que o apoio prático refere-se à ajuda para trabalhos práticos, ajuda financeira e provimento de necessidades materiais em geral. Para Rosa (2004), a disponibilidade e a reciprocidade estão associadas às trocas sociais, no sentido de receber e oferecer o apoio. Segundo House (1987), o tipo de evento refere-se à percepção do indivíduo sobre como uma doença/agravo ou outro evento pode afetar o tamanho da rede e o tipo de apoio.

A literatura também destaca o conceito de “apoio social percebido”, que para Barrera (1986), é considerada uma avaliação cognitiva do indivíduo, na qual ele se vê seguramente conectado a outras pessoas e se sente amado e estimado pelos outros.

No contexto da rede de apoio formal, é importante o desenvolvimento de modelos de atenção voltados às necessidades da pessoa idosa, que possibilitem a identificação de demandas, a criação de serviços, o estabelecimento de ações intersetoriais e a gestão integrada dos cuidados crônicos. De acordo com Louvison (2008), a efetiva implementação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, com coordenação pela atenção básica, permite a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade. Para Lavall (2009), a identificação da rede de apoio formal e informal possibilita sua utilização como um recurso no cuidado, facilitando uma parceria entre equipe de saúde e família na atenção ao indivíduo.

Visando contribuir para o desenvolvimento de estratégias nos serviços de emergência e para o planejamento em saúde local de idosos do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a questão que irá nortear este estudo será: quais as redes e o apoio social percebido por idosos usuários do serviço de emergência do HCPA? Pretende-se ainda, associar o apoio social percebido dos idosos com as principais variáveis sociodemográficas. Questiona-se também se a rede de apoio e o apoio social recebido e fornecido por idosos modificam-se na ocorrência de um agravo acompanhado de internação hospitalar. Este questionamento tem por base

as afirmações de Sluzki (1997), que diz que a rede de apoio social pessoal é um sistema dinâmico que evolui com o tempo e com as circunstâncias. Acredita-se que esta rede deva sofrer alterações neste período.

Existem fortes evidências de que uma pessoa estável e ativa conta com uma maior rede de apoio social. Esta rede funciona como agente de ajuda, afeta a pertinência e a utilização dos serviços de saúde e melhora o tratamento e a sobrevivência do indivíduo. Já uma pessoa doente e instável, especialmente a portadora de uma doença de curso prolongado, conta com uma menor rede de apoio. Este fato por sua vez, "... terá impacto negativo sobre a saúde do indivíduo ou do grupo íntimo, coisa que, por sua vez, aumentará a retração da rede, e assim por diante, em espiral de deterioração recíproca" (SLUZKI, 1997, p. 67).

O presente estudo proporciona uma avaliação da rede de apoio formal e informal e suas fragilidades. Permite desvelar quem são as pessoas, os profissionais, os grupos ou os serviços que fornecem apoio aos indivíduos idosos, dependentes ou não, mas que buscam o serviço de emergência para a resolução de seus problemas de saúde. Permite ainda pensar a utilização do serviço de emergência numa perspectiva mais ampla, para além do dano crônico agudizado, como já relatado anteriormente.

Os idosos hoje são uma parcela importante que procuram o serviço de emergência e observa-se empiricamente que os mesmos são usuários frequentes, com várias demandas, mas que acabam sendo atendidos sob o ponto de vista clínico emergencial e sendo encaminhados a buscar outros serviços. Acredita-se que a atenção em rede é um dos grandes problemas do SUS, pois o usuário é responsável por estabelecer estas conexões, quando na verdade a rede formal deveria organizar os nexos entre os serviços e dar suporte à rede informal.

Nesse sentido, investigar pessoas idosas que procuram um serviço de emergência numa situação de agravo à saúde pode contribuir, segundo Ballani (2007), para determinar aspectos nas condições de vida e da assistência em saúde e permite compreender a vulnerabilidade das redes de apoio nessa fase da vida.

A análise das redes de apoio formais e informais pode ainda demonstrar fragilidades do Sistema Público de Saúde brasileiro. O presente estudo buscará identificar as lacunas existentes no sistema de saúde que, ao mesmo tempo, sobrecarregam determinados serviços.

Nessa perspectiva, enfatiza-se o papel do enfermeiro como elo entre o usuário e as redes de apoio social, que para Hutchison (1999), tem o papel de identificar os recursos de apoio disponíveis às pessoas, por meio de intervenções tanto na rede de apoio social quanto na equipe de saúde.

De acordo com Lavall (2009), a avaliação dessa rede permite conhecer os vínculos e as relações que constituem as redes de apoio dos usuários, em um momento de agravo nos quais mais necessitam de apoio de uma rede formal e informal, propiciando aos profissionais de saúde explorar esses recursos. Assim, estudos sobre redes de apoio social podem auxiliar o planejamento em saúde no sentido de propiciar a reorganização dos sistemas, visualizando quais pessoas e instituições fazem parte dessa rede e como os usuários idosos percebem esse apoio.

## 2 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

### 2.1 Objetivo geral

Analisar a rede de apoio formal e informal e o apoio social percebido por idosos usuários do serviço de emergência do HCPA.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra segundo aspectos sociodemográficos, de saúde e com relação ao tipo de apoio recebido e fornecido;
- Identificar as fontes de apoio e tipo de relacionamento do idoso com a fonte;
- Verificar associações entre a média do apoio social percebido e as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, número de filhos vivos, número de pessoas residentes no domicílio, estado conjugal e arranjo familiar;
- Comparar a rede de apoio e o apoio social recebido e fornecido, citados pelos idosos que permanecerem hospitalizados, no momento do atendimento na emergência e duas semanas após a alta hospitalar.

### 3 CONTEXTO TEÓRICO

A seguir, é apresentado o contexto teórico que embasou a construção deste estudo a partir dos seguintes assuntos: o envelhecimento populacional e as políticas públicas brasileiras e rede e apoio social.

#### 3.1 O envelhecimento populacional e as políticas públicas brasileiras

O Brasil, segundo Kalache (1987), vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade, observando-se um declínio de mortes por doenças infecciosas e um concomitante aumento por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas. Este processo é conhecido por fenômeno de transição epidemiológica, que para Terra (2007), ocorre em todos os países hoje desenvolvidos, nos quais a população de idosos é cada vez mais expressiva.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. Acrescenta-se a este desafio o pequeno número de profissionais de saúde capacitados e a falta de alternativas mais eficientes ao atendimento à saúde desta população (BRASIL, 2002).

O envelhecimento populacional é um desafio para as sociedades, principalmente para as que não estão preparadas para lidar com essa nova realidade. No Brasil, desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, garantiu-se em lei uma política de assistência que pela primeira vez contempla o segmento idoso. No entanto, somente a partir da implantação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993 (BRASIL, 1993) e posteriormente da Política Nacional do Idoso (PNI) em 1994 (BRASIL, 1997), iniciou-se, de fato, um movimento mais efetivo no sentido de assegurar a essa população alguns direitos.

Na trajetória para consolidação desse movimento, foi sancionado em 1º de outubro de 2003 o Estatuto do Idoso. Em seu título II, cap 47, “Do Direito à Saúde”, garante o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003a).

No Estatuto do Idoso (Brasil, 2003a), a prevenção e a manutenção da saúde do idoso são efetivadas por meio de: cadastramento da população idosa em base

territorial; atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios; unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, incluindo a internação domiciliar (no meio urbano e rural) e reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

No Brasil, em dezembro de 1999, o ministro da Saúde, considerando a necessidade do setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999). A mesma foi atualizada em 2006 assumindo que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 2006a) tem como objetivo principal a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para a execução das diretrizes desta Política, no que se refere à assistência e reabilitação da saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde conta com as Equipes de Saúde da Família na atenção básica, Hospitais Gerais e Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002).

Considerando a necessidade de promover ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da população idosa, em conformidade com o estabelecido na Política Nacional do Idoso, foram implantadas as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002) visando à organização, habilitação e cadastramento dos Centros de Referência que integrarão estas redes. Os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso fazem parte, juntamente com os Hospitais Gerais, da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso e dos mecanismos de organização e implantação desta rede.

O Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso diz respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestar assistência à saúde do idoso, de forma

integral. Deve dispor, além de internação hospitalar, ambulatório especializado em saúde do idoso, hospital-dia geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade, e a capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002). Embora a legislação ainda seja vigente, poucos foram os centros de referência instalados no Brasil. O Rio Grande do Sul deveria dispor de cinco centros e hoje apenas um encontra-se em funcionamento, sem contemplar todas as atividades assistenciais propostas.

Para isso, a equipe de saúde da família é considerada como porta de entrada na Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser uma estratégia eficiente no sentido de articular os recursos de saúde para o paciente idoso e sua família.

O cuidado comunitário ao idoso deve basear-se na atenção básica de saúde, que, idealmente, representa para o idoso o vínculo com o sistema de saúde. Para Silvestre (2003), os cuidados de uma pessoa idosa devem visar à manutenção de seu estado de saúde, como uma expectativa de vida máxima possível, com independência funcional e autonomia, junto aos seus familiares.

Nesse contexto, para Mendes (2008), a atenção primária deve ser reformulada para cumprir três papéis essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução, sendo capaz de solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a coordenação, sendo capaz de orientar os fluxos e contra fluxos de pessoas e produtos entre os componentes das redes; e a responsabilização, sendo capaz de acolher a população. Os pontos de atenção secundária e terciária, que são os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas. Contudo, na perspectiva das redes de atenção à saúde, não há, entre elas, relações hierárquicas, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das redes de atenção à saúde.

Mattos (2007) relata que é essencial a ampliação das portas de entrada do sistema de saúde em contraposição à definição que vem sendo estabelecida da atenção básica como única porta de entrada. A princípio isso parece uma forma de organização dos fluxos de pessoas entre os níveis de atenção, entretanto, muitas vezes, os casos de muitos usuários não são considerados, como as situações agudas, em que o atendimento na atenção básica não seria o mais adequado.

No contexto do trabalho em rede, de acordo com Cecílio (1997), verifica-se que os hospitais necessitam atender uma crescente demanda, acima de suas capacidades, em especial nos setores de urgência e emergência, onde há superlotação, filas, pouca responsabilização com o cuidado, falta de informações a pacientes e familiares, e de integração com as demais redes de serviços.

A atenção às urgências e emergências passou a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde, desde 1999, estabelecendo princípios e diretrizes para reestruturação destes serviços. Em 2002, foi implementado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergências (Brasil, 2006b), ordenando o acesso à assistência às urgências através do acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para os casos de menor gravidade e realizando a referência de forma adequada aos usuários de maior gravidade, por meio de acionamento e intervenções de Regulação Médica.

Em 2003, foi publicada a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2003b), que propõe que a atenção às urgências aconteça em todos os níveis de atenção, organizando a assistência desde as unidades básicas de saúde até os cuidados pós-hospitalares. Esta política prima pela humanização, estruturação das redes assistenciais, estratégias de promoção à saúde, regionalização médica de urgências, qualificação e educação dos trabalhadores. Uma vez que o SUS preconiza, dentro de suas premissas que as ações em saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências deve ser constituída de: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e a implementação de Núcleos de Educação em Urgências para capacitação dos trabalhadores.

Em julho de 2011, a Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011b) reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, considerando necessária a decisão política dos gestores do SUS, para organização e implantação das Redes de Atenção à Saúde, com vistas a uma cooperação entre os diversos serviços para a garantia de investimentos e recursos necessários para que esta rede flua de forma estruturada e coordenada pela atenção primária. Esta portaria estabelece ainda que os serviços de urgência também sejam porta de entrada do sistema de saúde, ampliando a rede de atenção.

Essa Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar.

### 3.2 Rede e apoio social

Quando surgem as doenças crônicas e as funções se deterioram, as dificuldades e as demandas por cuidados de saúde são cada vez mais intensos e contínuos. As redes de apoio social são ferramentas importantes para o cuidado da pessoa idosa.

Conforme já citado na introdução e que embasa o instrumento a ser utilizado no presente estudo, as redes de apoio social envolvem, segundo Flaherty (1983), a rede social pessoal de cada sujeito que pode ser definida como a soma de todas as relações consideradas significativas ou diferenciadas na sociedade. “Corresponde ao nicho interpessoal do sujeito e contribui para o reconhecimento do indivíduo e de sua autoimagem” (SLUZKI, 1997, p 41).

De acordo com Lemes (2006) existe a rede de apoio formal (serviços de atendimento ao idoso que incluem hospitais, atendimento domiciliar, instituições de longa permanência e programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento da população) e a rede de apoio informal, que são redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos. A rede formal aqui é entendida segundo Souza (2011a), na perspectiva da integralidade como uma rede de cuidados, que se preocupa, ocupa e apoia, não apenas como uma rede de serviços assistenciais.

Para o atendimento às necessidades específicas da população idosa, os sistemas de suporte social são fundamentais. A rede de apoio formal do idoso está prevista na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1997) e descritas no Decreto de sua regulamentação através do Art 4º. Conforme já descrito na Política, destacam-se as seguintes definições para modalidades não asilares de atendimento:

- Centro de cuidados diurnos (hospital dia e centro dia): Para Lemes (2006), são locais destinados à permanência diurna do idoso dependente ou que possua

deficiência temporária e necessidade de assistência médica ou de assistência multiprofissional.

- Atendimento domiciliar: é o serviço, segundo Lemes (2006), prestado ao idoso que é dependente parcial ou totalmente dependente, a fim de suprir as suas necessidades de vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área da saúde ou por pessoas da própria comunidade. Os programas de atendimento domiciliar, segundo Papaléo Netto (1996), não se propõem a prestar completa, diária e contínua assistência ao idoso, e sim acompanhar o paciente em seu domicílio, orientar os familiares, avaliar a qualidade dos cuidados prestados, prescrever tratamentos e auxiliar a organizar o ambiente, em visitas programadas de acordo com as necessidades dos idosos e dos cuidadores informais.

O retorno aos cuidados domiciliares, não tem como finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades, mas proporcionar que o indivíduo idoso possa ser cuidado junto de seus familiares. De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a) a assistência domiciliar ao idoso, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende também do apoio informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS.

Embora a Política Nacional de Saúde do Idoso priorize o atendimento oferecido pelas famílias, em detrimento do atendimento asilar, Lemes (2006) relata que as casas de repouso e os asilos constituem alternativas de cuidados para aqueles idosos que, por várias razões, não vivem em suas residências.

A família modificou-se muito a partir do processo de industrialização, urbanização e modernização. Segundo Rosa (2004) a estrutura familiar sofreu transformações em relação à composição, ao tamanho, aos papéis sociais tradicionais e a algumas funções familiares. Uma vez que a mulher passa a ingressar no mercado de trabalho, a configuração do ambiente doméstico se modifica com a sua ausência.

Quando os idosos são acometidos por doenças incapacitantes, que podem causar dependência em alto grau observa-se que o cuidado tem sido prestado pela

rede de apoio informal, em especial nos países em desenvolvimento. Esse sistema inclui cuidadores que para Caldas (2003), podem ser familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade cujas atividades são, em geral, prestadas voluntariamente, sem remuneração. A família e os amigos são a primeira fonte de cuidados.

Observa-se que a família vem progressivamente se tornando a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente quando a sua aposentadoria não é suficiente para englobar todos os gastos necessários. A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado para os familiares, pois, atualmente, segundo Caldas (2003) nenhum sistema de atenção à saúde prevê uma oferta suficiente dos serviços necessários a uma população portadora de dependências com crescimento exponencial. Para Domínguez (2009), um recurso que pode amenizar esses impactos é a existência das redes de apoio social, dentro das quais os familiares encontrem auxílio e ajuda para satisfazerem as necessidades em situações cotidianas e de crise.

A assistência ao idoso dependente funcional segundo Domínguez (2009) demanda recursos econômicos, tempo, organização familiar e pessoal que, somados às outras exigências que os cuidadores têm nos seus diferentes papéis sociais, gera uma sobrecarga de tarefas que pode repercutir negativamente na saúde do cuidador.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a) determina a efetividade de um sistema de apoio e desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador, para o enfrentamento das necessidades do idoso, especialmente daquele com prejuízo da sua capacidade funcional. Para Fernandes (2005), a capacidade do cuidador em atender as necessidades do idoso tende a se fragilizar frente à falta de orientação, acolhimento e vínculo com os sistemas formais de apoio.

Tem se observado que os idosos dispõem de poucos recursos pessoais e sociais. Embora possuam poucos recursos, Domínguez (2009) destaca familiares, amigos e grupos religiosos, ou seja, formas de apoio não visíveis de imediato, mas presentes nas dificuldades cotidianas, cumprindo o difícil papel de tecer a rede de cuidados, muitas vezes improvisados, que fornece algum suporte àqueles que necessitam de cuidados.

Entre os diferentes conceitos descritos na literatura para o termo “apoio social”, procurou-se apresentar aqueles de maior coerência entre si, em relação aos

conceitos utilizados pelos autores que desenvolveram o instrumento utilizado nesta investigação.

O apoio social, como já mencionado na introdução, tem sido definido como a totalidade de recursos oferecidos por outras pessoas. De acordo com Rosa (2004), são trocas mútuas nas quais tanto aquele que recebe quanto o que oferece o apoio é beneficiado por dar um maior sentido na vida. O apoio social é composto por uma estrutura e uma função, as quais são aspectos e fenômenos distintos.

O apoio social tem como função fornecer às pessoas os recursos emocionais e práticos de que elas precisam. Para Gomes Vilas-Boas (2009), receber afeto, assistência e informação e manter relações de companheirismo faz com que as pessoas se sintam amadas, cuidadas e seguras. Esses fatores exercem um efeito de proteção da saúde e do bem-estar. A estrutura das relações sociais, ou seja, a rede de apoio social, segundo Sluzki (1997), refere-se à organização do vínculo das pessoas umas com as outras e pode ser descrita sob diferentes aspectos: número de relações que uma pessoa tem (tamanho); densidade (conexão entre membros independente do informante) e homogeneidade demográfica e sociocultural entre os membros da rede. Para Rosa (2004), a possibilidade de se medir a rede de apoio social frequentemente captura o nível ou o grau de isolamento/integração social do indivíduo.

Para a avaliação do apoio social, House (1987) destaca que quatro dimensões são relevantes: o apoio emocional, o apoio prático, o apoio de informação e o apoio de avaliação, a saber:

- Apoio emocional: demonstração de afeto, preocupação, empatia e disponibilidade para ouvir;
- Apoio prático: fornecimento de auxílio financeiro, material e nas atividades diárias;
- Apoio de informação: fornecimento de informação, orientação e aconselhamento;
- Apoio de avaliação: consiste em afirmar/reforçar atitudes e comportamentos adequados.

Apesar da existência de muitas definições para o termo apoio social, para Saborit (2003), existe um consenso que o mesmo possui uma estrutura definida pelas características quantitativas e objetivas da rede de apoio social (tamanho e tipo de vínculos). Existe consenso também que o apoio social pode ser mensurado

pelos efeitos ou conseqüências que acarreta nos indivíduos, ou seja, a qualidade de apoio existente tem a ver com a sua disponibilidade e com a percepção subjetiva de quem o recebe (apoio percebido *versus* apoio recebido), e o grau de satisfação com o mesmo. A mesma autora ainda salienta que o apoio social sofre influências de acordo com a etapa da vida da pessoa, o tipo de problema enfrentado e as condições socioeconômicas e culturais.

Além disso, ao se analisar a rede de apoio social de um indivíduo idoso, Sluzki (1997) enfatiza algumas características, tais como:

- a rede social do indivíduo idoso se contrai, ou seja, o número de vínculos existentes se reduz por morte, migração ou enfraquecimento dos membros;
- as oportunidades para renovar a rede social assim como a motivação para renová-la diminuem progressivamente;
- os processos de manutenção da rede se tornam mais difíceis à medida que a energia necessária para manter ativos os vínculos diminui e a acuidade sensorial se reduz (requerem-se maiores esforços para obter menos resultados).

Refletir sobre as redes de apoio segundo Lemes (2006) implica preparar, acompanhar e amparar a família, a comunidade e os grupos de voluntários que se envolvem na tarefa de cuidar de idosos. Significa também gerar locais, equipamentos e técnicas que favoreçam o bem-estar dos idosos e dos que respondem por eles.

Em qualquer dos sistemas de suporte, seja formal ou informal, a identificação da rede de apoio e do apoio social do idoso é fundamental. A partir do conhecimento dessa rede e apoio, Sluzki (1997) relata que é possível mensurá-los e planejar as ações com base concreta, auxiliando os profissionais que atuam nessa área.

## 4 MÉTODOS

Nesta seção, serão descritos os métodos do presente estudo.

### 4.1 Tipo do estudo

Esta investigação foi observacional, longitudinal e prospectiva. Para Rouquayrol (2003), qualquer tipo de seguimento em uma escala temporal define o caráter serial de um dado estudo, empregando-se o termo longitudinal para essa designação.

### 4.2 Campo do estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O HCPA é uma Empresa Pública de Direito Privado que faz parte da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, estando ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A Emergência do HCPA atende mais de cinco mil pacientes por mês, provenientes de diferentes locais do Estado e até de outros Estados. O atendimento se baseia em situações de emergência, triagem com classificação de risco, suporte básico a pacientes críticos com risco de vida e cumprimento de protocolos assistenciais padronizados (HCPA, 2010).

O SE do HCPA, aberto ao público desde 1976, é referência para as seguintes especialidades: clínica geral, cirurgia, pediatria e ginecologia. O HCPA tem cadastrado junto ao gestor municipal 49 leitos adultos e 15 pediátricos e a unidade de emergência atualmente está estruturada da seguinte forma: acolhimento com avaliação e classificação de risco, pediatria, sala de internação breve, sala de observação adulto 1, sala de observação adulto 2 e unidade vascular (HCPA, 2010). A média de permanência dos usuários era de três dias em 2010, segundo informações do SIG (GONÇALVES, 2012).

Desde 2005 o SE do HCPA utiliza o Protocolo de Avaliação com Classificação de Risco, o mesmo possui cores para parâmetros de gravidade e atendimento: roxo para atendimento imediato; vermelho, alto risco, com atendimento em até dez minutos; amarelo, risco intermediário, com atendimento em até sessenta minutos;

verde, baixo risco, com atendimento em até seis horas. Este protocolo tem por finalidade priorizar o atendimento por nível de gravidade, diminuir filas e determinar tempos de espera para o atendimento (HCPA, 2010). Em setembro de 2011, o protocolo de Manchester passou a ser adotado na instituição. O objetivo do protocolo é estabelecer um tempo de espera a partir da queixa do usuário e não de estabelecer diagnóstico (SOUZA, 2011b). Entretanto, no período da coleta de dados do presente estudo, a classificação anterior ainda era utilizada.

#### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelos idosos que utilizaram o Serviço de Emergência do HCPA. Não há estudos já realizados com o instrumento de avaliação proposto com pessoas idosas. Assim, o cálculo amostral foi baseado nos resultados obtidos em estudo populacional de Souza (2010), com idosos no qual foi identificado que 29,3% dos respondentes perceberam ter recebido algum tipo de apoio. Foi considerada uma margem de erro de seis pontos percentuais e um nível de significância de 95%. Deste modo, a amostra foi de 220 idosos.

Os critérios de inclusão da amostra foram: ser usuário com 60 anos ou mais que procurou o serviço de emergência; obter 13 pontos ou mais no Mini exame do Estado Mental (MEEM). No caso de o idoso obter 12 pontos ou menos no MEEM foi utilizado o informante substituto para realização da entrevista (CERQUEIRA, 2003). O objetivo do presente estudo foi também analisar a rede e o apoio social dos idosos que não puderam responder os instrumentos, devido ao déficit cognitivo ou por maior fragilidade. Considerou-se importante analisar a rede e o apoio social dos idosos mais dependentes, que são os que mais necessitam de uma rede de apoio fortalecida, optando-se por assumir o viés de realizar a coleta de dados com o acompanhante.

Para os idosos que permaneceram internados na instituição foi realizada uma visita no domicílio duas semanas após a alta, tendo como critério de inclusão: ter permanecido por mais de 72 h na instituição, residir no município de Porto Alegre e aceitar receber a visita da pesquisadora no domicílio. O critério para a visita na residência em Porto Alegre foi estabelecido por circunstâncias logísticas e considerando que 70% dos usuários do serviço são procedentes de Porto Alegre.

Os critérios de exclusão da amostra foram: idosos sem condições de responder à entrevista ou com 12 pontos ou menos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e que estivessem sem acompanhante; idosos que foram à obito ou transferidos para outros locais imediatamente após sua admissão no Serviço de Emergência. Também foram excluídos da coleta de dados no domicílio os idosos que não foram localizados após três tentativas de contato telefônico, em diferentes horários e dias da semana.

#### 4.4 Coleta de dados

A coleta foi realizada num período de 60 dias, em todos os dias da semana (inclusive feriados), durante os meses de maio, junho e julho. Foram entrevistados os seguintes números de pacientes por turno, a fim de garantir a aleatoriedade da amostra:

- 8h-12h (manhã): 1 paciente;
- 14h-18h (tarde): 2 pacientes(horário de maior demanda de pacientes);
- 19h-23h (noite): 1 paciente.

Os horários, dentro de cada um dos 3 turnos, também foram alternados de modo sistemático. Por exemplo, no primeiro dia a coleta iniciava às 8h no turno da manhã, às 14h no turno da tarde e às 19h no turno da noite. No segundo dia a coleta de dados iniciava às 9h no turno da manhã, às 15h no turno da tarde, às 20h no turno da noite e assim sucessivamente nos outros dias da semana. O horário das 23h até 8h não foi utilizado em função do pequeno número de pacientes que procuram o serviço neste horário, conforme levantamento realizado pelo Sistema de Informações Gerenciais do HCPA. Foram treinadas quatro estudantes de graduação da área da saúde com o objetivo de parrear a coleta de dados, conforme roteiro de orientação para coleta de dados (APÊNDICE A) e planilha de registro dos entrevistados (APÊNDICE B).

No presente estudo, seis idosos não aceitaram participar do estudo e houve quatro perdas, que foram recuperadas acrescentando mais um dia no período da coleta de dados. As perdas foram de usuários classificados como vermelho ou roxo, no qual um foi a óbito, dois tiveram alta antes das 24h preconizadas para a entrevista e o outro idoso que não tinha condições de responder a entrevista e houve dificuldade para localizar os familiares. Além disso, houve cinco casos de

repetição, no qual o idoso destinado para a coleta de dados já havia sido entrevistado, evidenciando que estavam utilizando o serviço mais de uma vez. Nesse caso, o próximo idoso que procurasse atendimento no serviço foi convidado para participar da pesquisa.

A coleta de dados dos usuários idosos classificados como baixo risco (verde) e de risco intermediário (amarelo) foi realizada no setor de classificação de risco do SE, no consultório de semiologia (consultório utilizado por estudantes de medicina) ou no consultório verde do SE, por serem espaços que garantiam a privacidade e por serem menos utilizados. Os pacientes classificados como graves (classificação de risco roxo) e de alto risco (classificação de risco vermelho) foram identificados pela pesquisadora e a entrevista foi realizada com o idoso ou acompanhante, 24 h após a chegada ao SE. Neste caso a entrevista foi realizada nas mesmas salas já citadas ou em outro local disponível que pudesse garantir uma maior privacidade.

Os idosos/acompanhantes foram convidados a participar do estudo de forma voluntária por convite individual. Os dados foram coletados através de entrevista estruturada realizada com o próprio idoso, exceto quando este não apresentasse condições para responder. Neste caso, ela foi realizada com o acompanhante. A leitura dos instrumentos foi em voz alta, para facilitar o entendimento, principalmente daquelas pessoas com dificuldades visuais ou com baixa escolaridade.

Os idosos receberam as informações referentes aos passos do estudo proposto, e, caso aceitassem, era fornecido, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) para a assinatura do mesmo. Caso a entrevista fosse realizada com a acompanhante, era fornecido, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) específico para o acompanhante que respondia a entrevista no lugar do usuário idoso. Logo após, eram aplicados os instrumentos.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS) e um questionário estruturado que caracterizava os aspectos sociodemográficos do idoso (e do acompanhante, se fosse o caso), de saúde e apoio social (apoio recebido/fornecido).

Inicialmente foi aplicado o MEEM (ANEXO A). Este instrumento avalia as condições cognitivas e foi desenvolvido por Folstein et al (1975), validado no Brasil por Bertolucci et al (1994). As questões são agrupadas em 7 categorias, como

orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (8 pontos), totalizando 30 pontos (FOLSTEIN, 1975; BERTOLUCCI, 1994). Quanto maior a pontuação, maior a capacidade cognitiva. O ponto de corte para incapacidade cognitiva é de 12 pontos ou menos, conforme estabelecido por Cerqueira (2003).

Para avaliação da rede e do apoio social percebido foi utilizado o IRSS (ANEXO B) na versão traduzida e adaptada para a cultura brasileira do instrumento *The Social Support Network Inventory* (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

A adaptação transcultural e a validação do instrumento foram realizadas em uma amostra de 120 mulheres brasileiras em tratamento para o câncer de mama, mostrando uma boa consistência interna com um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,95 (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005). O mesmo coeficiente para o instrumento original foi de 0,82 (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

O IRSS é um instrumento composto por cinco subescalas de dez itens cada, as quais avaliam tanto variáveis da rede social (fonte e tipo de contato), quanto componentes específicos do apoio social como a disponibilidade, a reciprocidade, o apoio prático, o apoio emocional e o evento relacionado ao apoio (FLAHERTY; GAVIRIA; PATHAK, 1983).

O respondente elege pessoas ou grupos de pessoas (que podem também ser serviços) com as quais ele considera ter maior proximidade. Desta lista inicial, o respondente deve escolher cinco pessoas ou quatro pessoas e um grupo/serviço, das quais ele percebe receber mais apoio. Os autores limitaram a indicação de cinco membros da rede social para cada respondente por não terem encontrado evidência consistente, na literatura, que indicasse uma relação linear entre o tamanho da rede social e a quantidade de apoio recebido. Outra razão foi reduzir o tempo despendido para completar o instrumento, evitando ausência de respostas e/ou respostas incompletas (FLAHERTY, 1983; LIMA, 2005).

Em cada escala, o respondente identifica uma pessoa da sua rede social (parcial), indicando também o tipo de relacionamento. A seguir, o respondente, ao relacionar cada item da escala com a pessoa escolhida, indica a alternativa que melhor responder (LIMA; NORMAN; LIMA, 2005).

Dos dez itens que compõem cada escala, sete apresentam um padrão de resposta que vai de “nunca” ou “quase nunca” até “sempre”, com escores de um a

cinco, respectivamente. Os outros três itens apresentam um padrão de resposta com enunciados diferentes, porém segue a mesma pontuação dos demais. O escore de valor cinco indica elevada percepção de apoio social, e o de valor um nenhum apoio percebido. Não há ponto de corte para esse instrumento (FLAHERTY, 1983; LIMA, 2005).

Para cada escala, somam-se os escores e divide-se o resultado pelo número de itens (dez). Este será o grau de apoio percebido (em média), fornecido pela pessoa identificada pelo respondente em cada escala. Para saber o grau de apoio total percebido, ou seja, de todos os membros da rede social parcial, somam-se as médias de cada escala e divide-se pelo número de escalas (cinco) (FLAHERTY, 1983; LIMA, 2005).

Também foi aplicado um questionário estruturado sobre características sociodemográficas, de saúde e apoio social (apoio recebido/fornecido) dos idosos participantes da pesquisa (APÊNDICE E), para obter maiores detalhes sobre a amostra estudada. As seguintes variáveis foram utilizadas no estudo: idade, sexo, procedência, escolaridade, ocupação, renda familiar, estado conjugal, com quem mora, número de filhos vivos, número de pessoas residentes no domicílio, estado de saúde autorreferido, morbidade autorreferida, tipo de apoio recebido da família, se fornece apoio à família, se recebe ajuda de alguma instituição formal, o tipo de auxílio e a frequência do auxílio da instituição formal. Foi questionado ainda o grau de parentesco do acompanhante, quando era ele quem respondia à entrevista. Para a variável idade, optou-se pela divisão do segmento em três grupos etários proposta por Veras (2002): jovens idosos (60 a 69 anos); meio idosos (70 a 79 anos) e idosos (a partir dos 80 anos). A variável com quem mora foi categorizada em viver só, com familiares, outros parentes ou institucionalizados. Para os idosos que viviam com familiares, foi utilizada a classificação de Ramos (1993): domicílio unigeracional (morava apenas com o cônjuge); domicílio com duas gerações (presença de filhos e/ou genros, noras), domicílio com três gerações (presença de netos).

Foi realizada visita ao domicílio dos idosos que contemplaram os critérios de inclusão, duas semanas após a alta, para identificar se a rede e o apoio recebido/fornecido que foram relatados pelos idosos ou acompanhantes no serviço de emergência mantiveram-se ou modificaram-se. Para tanto, as questões A15 até A20 e C1 até C5 foram aplicadas novamente, referindo-se ao período da internação

e das últimas duas semanas. O idoso/acompanhante que participou da entrevista no hospital foi o mesmo respondente da entrevista no domicílio.

Da amostra estudada (n=220), 126 (57,3%) idosos residiam no município de Porto Alegre e destes, 34 (26,9%) permaneceram mais de 72 horas hospitalizados. Dos 34 idosos, foi possível realizar 29 visitas no domicílio, pois três idosos foram à óbito, um idoso não foi encontrado e o outro ainda permanecia internado no término da coleta de dados, aguardando institucionalização.

Os bairros mais visitados para realizar as entrevistas foram: Centro, Floresta, Jardim Botânico e Menino Deus, pertencentes à gerência distrital Centro; Glória, pertencente à gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal; Mario Quintana e Bom Jesus, pertencentes à gerência distrital Leste/Nordeste; Rubem Berta e Sarandi, pertencentes à gerência distrital Norte/Eixo Baltazar; Partenon e Agronomia, pertencentes à gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro; Belém Novo, pertencente à gerência distrital Restinga/Extremo Sul; Cavalhada, Nonoai, Tristeza, Assunção, Guarujá, Ipanema, Hípica, e Aberta dos Morros, pertencentes à gerência distrital Sul/Centro Sul.

#### 4.5 Análise dos Dados

Os dados coletados foram armazenados no programa *Excel*. Posteriormente, o banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, para armazenamento, gerenciamento e análise dos dados. Para a análise descritiva dos dados, as variáveis categóricas foram expressas como frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas foram expressas como média±desvio padrão, para aquelas com distribuição normal. As variáveis sociodemográficas selecionadas para a análise bivariável foram: idade, sexo, escolaridade, número de filhos vivos, número de pessoas residentes no domicílio, estado conjugal e arranjo familiar. Essas variáveis foram escolhidas, pois se considera que podem influenciar na percepção do apoio social. Para comparar as médias de apoio social percebido considerando as variáveis sociodemográficas escolhidas, foi utilizado o teste t de Student, análise de variâncias (ANOVA) e coeficiente de correlação de Pearson. Para a análise comparativa da rede de apoio e do apoio recebido e fornecido duas semanas após a alta, foi utilizado o teste t de Student para amostras emparelhadas, analisadas em momento diferentes. O apoio

fornecido e o apoio recebido foram avaliados por número de itens do instrumento (A15 e A16), ou seja, foi realizada uma média de quantos itens de apoio o respondente citou antes e depois da alta. Para a análise comparativa do apoio recebido de instituição formal duas semanas após a alta foi utilizado o teste de McNemar, que segundo Calegari-Jaques (2005), é um teste para variáveis categóricas e para duas amostras pareadas, analisadas em momentos diferentes. Foram considerados significativos os resultados com  $p \leq 0,05$

#### 4.6 Aspectos Bioéticos

Este estudo seguiu as orientações da resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), referente à pesquisa em seres humanos, sendo que a coleta dos dados somente foi realizada após a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ANEXO C) e do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO D), conforme cartas de aprovação em anexo.

O respeito às diretrizes propostas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Neste sentido, os sujeitos do estudo foram informados dos objetivos e da metodologia da pesquisa; das finalidades de sua participação enquanto sujeitos; das garantias do anonimato; da confidencialidade; da privacidade e do direito de declinar de sua participação a qualquer momento, se assim o desejarem por desconforto em participar da entrevista.

A participação do idoso foi registrada por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), em duas vias de igual teor, previamente apresentado ao entrevistado, como sugere Goldim (2000). A participação do acompanhante também foi registrada por meio de outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) específico para o mesmo. Uma das vias desse consentimento ficou de posse do entrevistado e a outra de posse dos autores do projeto. Os dados da pesquisa serão armazenados pelo período de cinco anos.

Para a utilização do instrumento Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS) foi solicitada a autorização prévia da autora da versão traduzida e adaptada conforme e-mail em anexo (ANEXO E).

## 5 RESULTADOS

A seguir serão descritos os resultados obtidos no estudo.

### 5.1 Características sociodemográficas, de saúde e tipo de apoio recebido e fornecido pelos idosos do estudo

Na amostra de idosos estudada (n=220), a média do MEEM foi 18,1 pontos (DP=10,4 pontos). Dos 220 entrevistados, 160 (72,7%) eram idosos e os outros 60 (27,3%) eram acompanhantes que participaram do estudo como informante-substitutos. Dos 60 idosos que não puderam responder à entrevista, 40(66,6%) estavam sem condições de responder à entrevista e 20(33,3%) apresentaram um escore  $\leq 12$  pontos no MEEM. Na Tabela 1 é apresentado o grau de parentesco dos acompanhantes dos idosos, destacando-se os filhos (63,3%), os cônjuges (18,3%) os amigos, os vizinhos e outros familiares (18,3%).

Tabela 1 – Grau de parentesco dos acompanhantes dos idosos como informantes substitutos. Porto Alegre, 2011. (n=60)

<b>Grau de parentesco do acompanhante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Filho	38	63,3
Cônjuge	11	18,3
Amigo, vizinho ou outro familiar	11	18,3

Fonte: Autora

Com relação à classificação de risco dos idosos do estudo, 31 (14%) foram classificados como verde, 174 (79%) foram classificados como amarelo, 11 (5%) foram classificados como vermelho e 4 (1,8%) idosos tiveram a classificação de risco roxa.

Os resultados relacionados às características sociodemográficas da amostra de idosos são apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Caracterização dos idosos participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, 2011. (n=220)

(continua)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	106	48,2
Feminino	114	51,8
<b>Idade</b>		
60-69 anos	99	45,0
70-79 anos	82	37,3
80 ou mais	39	17,7
<b>Procedência</b>		
Porto Alegre	126	57,3
Região metropolitana	64	29,1
Outro município	30	13,6
<b>Estado Conjugal</b>		
Casado ou vivendo maritalmente	94	42,7
Viúvo	75	34,1
Divorciado, separado ou desquitado	39	17,7
Solteiro (nunca casou)	12	5,5
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	150	68,2
Pensionista	36	16,4
Não trabalha	20	9,1
Serviços domésticos	14	6,3

Tabela 2 – Caracterização dos idosos participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas. Porto Alegre, 2011. (n=220)

Características	(conclusão)	
	n	%
<b>Escolaridade</b>		
Sem instrução	40	18,2
Até 4 anos de estudo	90	40,9
Até 8 anos de estudo	60	27,3
Até 11 anos de estudo	14	6,4
Mais de 11 anos	16	7,3
<b>*Renda Familiar</b>		
Até 1 S.M	53	24,1
De 1 até 2 S.M	89	40,5
De 3 até 4 S.M	65	29,5
Acima de 5 S.M	13	5,9

Fonte: Autora

\*Considerou-se o valor de 545,00 reais (desde 01/03/2011) do salário mínimo referente aos meses de maio, junho e julho de 2011, quando ocorreu a coleta de dados (BRASIL, 2011c).

Na amostra de idosos estudada (n=220), conforme a Tabela 2, 106 (48,2%) era do sexo masculino e 114 (51,8%) do sexo feminino. A idade dos idosos variou entre 60 a 101 anos. A média de idade foi de 71,6 (DP=8,1 anos). O percentual de idosos jovens (60-69 anos) foi de 45%, de meio idosos (70-79 anos) foi de 37,3% e em menor proporção, os idosos de 80 anos ou mais com 17,7% dos participantes.

Conforme a mesma Tabela observou-se que quanto à cidade de origem, predominaram os idosos do município de Porto Alegre (57,3%), seguidos da região metropolitana (29,1%) e de outros municípios (13,6%). Dentre estes, uma idosa do estado do Paraná e outros 29 idosos que vinham de municípios do interior do Rio Grande do Sul para utilizar o serviço de emergência, tais como: Santana do Livramento, São Gabriel, Lajeado, Tramandaí, Rio Pardo, Cachoeira do Sul, Santa Rosa, Camaquã, Arvorezinha, Guaporé, entre outros.

Entre os idosos, 94 (42,7%) eram casados ou viviam maritalmente. Uma grande parcela, ou seja, 75 (34,1%) entrevistados eram viúvos, 39 (17,7%) eram desquitados, divorciados ou separados e somente 12 (5,5%) idosos eram solteiros (nunca casaram).

No que se refere à ocupação, 150 (68,2%) idosos eram aposentados, 36 (16,4%) eram pensionistas, 20 (9,1%) não trabalhavam e não recebiam aposentadoria e os demais 14 (6,3%) realizavam trabalhos domésticos tais como: serviços, biscates e faxinas. Uma das idosas entrevistadas relatou ainda trabalhar como cuidadora de idosos. Com relação ao nível de instrução, os idosos obtiveram uma média de 4,4 anos de estudo (DP=3,8 anos). Os resultados mostram uma grande porcentagem de idosos sem instrução (18,2%) e que tinham até quatro anos de estudo (40,9%). Dos idosos da amostra, 60 (27,3%) tinham até oito anos de estudo, 14 (6,4%) tinham até 11 anos de estudo e 16 (7,3%) tinham mais de 11 anos de estudo.

Quanto à renda familiar dos idosos, 53 (24,1%) famílias recebiam até um salário mínimo, 89 (40,5%) famílias recebiam de um até dois salários mínimos e 65 (29,5%) recebiam de 3 até 4 salários mínimos 65 (29,5%). A renda familiar acima de 5 salários mínimos foi relatada por apenas 13 idosos (5,9%).

De acordo com a Tabela 3, os idosos tiveram em média 3,5 filhos (DP= 2,46), com uma amplitude de 0 a 14 filhos. Verificou-se ainda que 38 (16,9%) idosos moravam sozinhos. Entre os idosos que residiam com familiares (76,3%) verificou-se que 46 (21%) destes moravam com o cônjuge (domicílio unigeracional), 60 (27,4%) idosos moravam com filhos e genros ou noras (domicílio com duas gerações) e 61 (27,9%) idosos moravam com netos e bisnetos (domicílio com três gerações ou mais). Em menor frequência, destacaram-se 12 (5,5%) idosos que moravam com outros parentes (mãe, sobrinho, irmão), cuidadores, amigos e empregados. Apenas 3 (1,4%) idosos eram institucionalizados. O número de pessoas residentes no domicílio em que o idoso morava teve como média 2,9 indivíduos (DP= 1,7) com uma amplitude de 1 a 12 pessoas.

Tabela 3 – Idosos do serviço de emergência segundo número de filhos e arranjo familiar. Porto Alegre, 2011. (n=220)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de filhos</b>		
0	15	6,8
1	25	11,4
2	52	23,6
3	37	16,8
4	28	12,7
5	20	9,1
6	15	6,8
7 ou mais	28	12,7
<b>Com quem mora</b>		
Com familiares	167	76,3
Só	38	16,9
Outros parentes/amigos/cuidador/empregados	12	5,5
Institucionalizados	3	1,4
<b>*Número de pessoas no domicílio</b>		
1	38	18,6
2	71	32,3
3	39	17,7
4	34	15,5
5	23	10,5
6 ou mais	12	5,5

Fonte: Autora

\* Não foi possível categorizar os três idosos que eram institucionalizados, no item “número de pessoas no domicílio”.

Os resultados relacionados às características de saúde e apoio recebido e fornecido da amostra de idosos são descritos a seguir e sintetizados nas tabelas 4 e 5.

Ao questionar o estado de saúde autorreferido dos idosos, 53 (24,1%) respondentes relataram ser muito ruim, 54 (24,5%) relataram ser ruim, 69 (31,4%) relataram ser regular, 35 (15,9%) relataram ser boa e apenas 9 (4,1%) respondentes referiram ter a saúde muito boa, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 - Estado de saúde autorreferido, número de morbidades e grupos de morbidades autorreferidas dos idosos que utilizaram o serviço de emergência. Porto Alegre, 2011. (n=220)

(continua)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado de saúde autorreferido</b>		
Muito Ruim	53	24,1
Ruim	54	24,5
Regular	69	31,4
Bom	35	15,9
Muito Bom	9	4,1
<b>Nº Morbidades</b>		
Nenhuma	16	7,3
1 Morbidade	72	32,9
2 Morbidades	73	33,3
3 ou mais	58	26,5
<b>*Grupos das Morbidades Autorreferidas</b>		
Doenças do aparelho circulatório	152	43,6
Neoplasias	72	20,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	44	12,6
Doenças do aparelho respiratório	24	6,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	18	5,2
Transtornos mentais e comportamentais	10	2,9
Doenças infecciosas e parasitárias	9	2,6
Doenças do sistema nervoso	8	2,3

Tabela 4 - Estado de saúde autorreferido, número de morbidades e grupos de morbidades autorreferidas dos idosos que utilizaram o serviço de emergência. Porto Alegre, 2011.

(n=220)  
(conclusão)

Características	n	%
<b>*Grupos das Morbidades Autorreferidas</b>		
Doenças do aparelho digestivo	6	1,7
Doenças do aparelho geniturinário	6	1,7

Fonte: Autora

\* Mais de uma resposta

Os idosos da amostra referiram serem portadores de em média 1,8 morbidades (DP=1,0). Na Tabela 4 ainda, observa-se que, 32,9% relataram ter uma morbidade, 33,3% dos idosos referiram possuir duas morbidades, 26,5% referiram possuir três ou mais morbidades e apenas 7,3% declararam não possuir nenhuma morbidade.

Na mesma Tabela, são apresentados os grupos das morbidades autorreferidas pelos idosos do estudo, categorizadas de acordo com o grupo de causas do CID-10 (OMS, 1996). Constatou-se que 43,6% dos entrevistados citaram serem portadores de doenças do aparelho circulatório, 20,6% referiram possuir alguma neoplasia e 12,6% dos idosos relataram ter doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Na Tabela 5 estão descritas as principais formas de apoio recebidas e fornecidas pelos idosos estudados. No que se refere ao apoio que os idosos recebiam da família, 132 (29,4%) idosos relataram receber cuidado pessoal. Como cuidado pessoal foram categorizadas respostas como cuidados com os medicamentos, cuidados com a higiene pessoal, preparo de refeições, companhia para consultas médicas, entre outros. Da amostra estudada, 103 (23,6%) idosos relataram receber auxílio para se locomover, 75 (16,7%) idosos relataram receber dinheiro para sua manutenção e 61(13,6%) entrevistados residiam em moradia de outras pessoas. Observou-se durante as entrevistas que os idosos relataram morar na residência de filhos, irmãos, sobrinhos, netos e amigos.

Foram relatados ainda, em menor frequência o recebimento de alimentos (1,3%), medicamentos (1,1%) e companhia (1,1%). Destaca-se ainda que 45 (9,8%) idosos relataram não receber nenhum apoio da família. No que se refere ao apoio que o idoso fornecia à família, 93 (26,1%) idosos relataram fornecer dinheiro, 76 (21,3%) idosos forneciam moradia e 63 (17,6%) cuidavam dos netos. Observou-se também que a frequência de itens referidos pelos idosos como apoio fornecido foi menor do que o apoio recebido e que não foram citadas outros itens que pudessem ser adicionados na questão “forneceu apoio à família”.

Quanto ao apoio formal, na amostra estudada, 159 (72,3%) idosos relataram receber apoio de uma instituição formal. Destes que recebiam apoio de uma instituição formal, 151 (83%) entrevistados referiram um serviço de saúde como principal fonte de apoio formal. Durante as entrevistas observou-se que a maior parte referiu como serviço de saúde uma unidade de atenção básica, sendo citada ainda a farmácia de medicamentos especiais, vinculada ao Governo do Estado do RS e a farmácia popular. Em menor frequência foram citadas a Igreja (2,2%), uma escola (0,5%) e uma associação de apoio à pacientes portadores de esclerose lateral amiotrófica (0,5%). Em relação ao tipo de apoio recebido de uma instituição formal, 152 (83,1%) idosos relataram receber medicamentos como auxílio de uma instituição formal. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Assistência Social foi referido por 9 (4,9%) idosos, a cesta básica foi citada por 6 (3,3%) idosos e o recebimento de produtos hospitalares por 6 (3,3%) idosos também. Como produtos hospitalares foram categorizados respostas como fraldas, sondas, dietas para sonda, bolsas para pacientes estomizados e oxigênio domiciliar. Foi relatado ainda, em menor frequência, o auxílio-doença por 4 (2,2%) idosos, a bolsa família por 3 (1,6%) idosos, o transporte de prefeitura por 2 (1,1%) idosos e a educação de jovens e adultos (EJA) por uma idosa (0,5%). Com relação à frequência do apoio formal oferecido, todos os 159 sujeitos (100%) referiram receber apoio mensal das instituições formais.

Tabela 5 – Características de apoio recebido e fornecido de idosos usuários do serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2011. (n=220)

(continua)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>*Apoio recebido da família</b>		
Cuidado pessoal	132	29,4
Auxílio para se locomover	103	23,6
Dinheiro	75	16,7
Moradia	61	13,6
Transporte	15	3,3
Alimentos	6	1,3
Medicamentos	5	1,1
Companhia	5	1,1
Não recebe	45	9,8
<b>*Apoio fornecido para a família</b>		
Dinheiro	93	26,1
Moradia	76	21,3
Cuidar de neto	63	17,6
Serviços	59	16,5
Não fornece	67	18,5
<b>Recebe apoio de instituição formal</b>		
Sim	159	72,3
Não	61	27,7
<b>*Fonte do apoio recebido</b>		
Serviço de Saúde	151	83,0
Governo Federal	16	8,8
Governo Municipal	5	2,7
Igreja	4	2,2

Tabela 5 – Características de apoio recebido e fornecido de idosos usuários do serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2011. (n=220)

(conclusão)

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>*Fonte do apoio recebido</b>		
Governo Estadual	4	2,2
Escola	1	0,5
Associação	1	0,5
<b>*Tipo de apoio recebido</b>		
Medicamentos	152	83,1
BPC	9	4,9
Cesta básica	6	3,3
Produtos hospitalares	6	3,3
Auxílio- doença	4	2,2
Bolsa família	3	1,6
Transporte	2	1,1
EJA	1	0,5

Fonte: Autora

\*Mais de uma resposta

## 5.2 Resultados do instrumento Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS)

Ao responderem ao Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS) os participantes listaram pessoas, grupos ou serviços de saúde que forneciam algum suporte e apoio durante a experiência de enfermidade. As fontes de apoio citadas pelos respondentes e as características da rede de apoio e do apoio social total percebido da amostra de idosos são descritos a seguir e sintetizados nas Tabelas de 6 a 10.

Para as variáveis relacionadas à rede de apoio e ao apoio social percebido, o tamanho amostral foi de 219 sujeitos, devido a um idoso ter referido “ausência total de apoio social” e, por esta razão, não foi incluído nas análises destas variáveis.

Na amostra estudada (n=219), o tamanho médio da rede de apoio foi de 4,8 pessoas, grupos ou serviços (DP=2,9). O número mínimo citado foi de 1 e o máximo foi de 19 pessoas, grupos ou serviços de saúde citados na rede de apoio do indivíduo idoso, conforme a Tabela 6.

Tabela 6 – Tamanho da rede de apoio dos idosos usuários do serviço de emergência do HCPA. Porto Alegre, 2011. (n=219)

<b>Número de pessoas/grupos/serviços</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1	18	8,2
2	27	12,3
3	35	16,0
4	40	18,3
5	28	12,8
6	17	7,7
7	8	3,6
8	18	8,2
9	12	5,5
10 ou mais	16	7,4

Fonte: Autora

Ao se analisar as principais fontes de apoio citadas pelos idosos, 398 (47,8%) eram filhos, 103 (12,4%) eram sobrinhos ou netos, 74 (8,9%) eram irmãos ou cunhados, 68 (8,2%) eram genros ou noras. Os entrevistados relataram que 65 (7,8%) cônjuges eram considerados fontes de apoio e em menor frequência foram relatados 57 (6,9%) amigos, 36 (4,3%) vizinhos, 8 (1,0%) outros familiares e 7 (0,8%) cuidadores de idosos. Destaca-se que a rede de serviços formais foi citada por apenas 16 (1,9%) entrevistados, como demonstra a Tabela 7. Foram categorizadas como rede formal as respostas referentes às unidades de saúde, igrejas, associações, HCPA e profissionais médicos e dentistas.

Tabela 7 – Principais fontes de apoio citadas pelos sujeitos da pesquisa. Porto Alegre, 2011. (n=219)

<b>*Fontes de apoio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Filho(a)	398	47,8
Sobrinho(a)/neto(a)	103	12,4
Irmão(a)/cunhado(a)	74	8,9
Genro/nora	68	8,2
Cônjuge	65	7,8
Amigo(a)	57	6,9
Vizinho(a)	36	4,3
Rede formal	16	1,9
Outros familiares	8	1,0
Cuidador de idoso	7	0,8

Fonte: Autora

\*mais de uma resposta

A fim de esclarecer o leitor no Quadro 1 é apresentada uma descrição dos aspectos que foram avaliados no instrumento IRSS e os resultados obtidos tais como: número de itens por fonte de apoio indicada (número de questões) ou seja, 10 questões; o número total de itens do instrumento (50); o intervalo possível das respostas, com um escore de 1 a 5; o intervalo obtido; a média, o desvio padrão e a mediana. Em relação ao apoio social, a avaliação da percepção de apoio poderia alcançar um valor de 1 a 5, na qual escores mais altos indicariam uma maior percepção de apoio. Observou-se um intervalo de 2,5 a 5,0 no apoio total percebido da amostra estudada. A média geral do apoio total percebido do instrumento IRSS foi de 4,2 (DP= 0,4) e a mediana foi 4,3.

Quadro 1 – Valores possíveis a serem obtidos no IRSS e valores obtidos na avaliação da percepção de apoio social no presente estudo. Porto Alegre, 2011. (n=219)

<b>Dimensões</b>	<b>IRSS</b>
Número de itens por fonte de apoio indicada	10
Número total de itens do instrumento	50
Intervalo possível	1-5
Intervalo obtido	2,5 – 5,0
Média ± desvio padrão obtido	4,2±0,4
Mediana obtida	4,3

Fonte: Adaptado de Gomes Villas Boas, 2009.

Na Tabela 8 apresenta-se o apoio percebido parcial (de cada fonte de apoio) citado no instrumento IRSS. Observou-se que as médias foram diminuindo da primeira fonte de apoio citada até a quinta e última fonte de apoio dos idosos estudados. Observa-se ainda, que grupos ou serviços só apareceram na quinta posição.

Tabela 8 – Média do instrumento IRSS por fonte de apoio citada. Porto Alegre, 2011. (n=219)

<b>Fonte de apoio</b>	<b>média ± desvio padrão</b>
Pessoa 1	4,4±0,5
Pessoa 2	4,2±0,5
Pessoa 3	4,1±0,6
Pessoa 4	4,0±0,6
Pessoa 5 ou grupo/serviço de saúde	3,8±0,6

Fonte: Autora

A Tabela 9 apresenta o apoio social total percebido pelos idosos e pelos informantes substitutos. Optou-se por analisar separadamente a média geral do instrumento IRSS respondido pelos idosos e pelos informantes substitutos, para ver se o escore de apoio social percebido tinha alguma diferença. Ao se realizar teste t de Student observou-se que as médias tiveram diferenças estatisticamente significativas, com valor de  $p=0,020$ .

Tabela 9 – Média geral do IRSS aplicado no idoso e no informante substituto. Porto Alegre, 2011. (n=219)

<b>Respondente</b>	<b>média±desvio padrão</b>	<b>* (p-valor)</b>
		0,020
Idoso	4,2±0,4	
Informante substituto	4,1±0,4	

Fonte: Autora

\* Significância estatística se valor de  $p \leq 0,05$ .

Na Tabela 10 estão descritas as associações entre a média geral do apoio social percebido dos idosos, de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse: sexo, idade, escolaridade, arranjo familiar, estado conjugal, número de pessoas na residência e número de filhos vivos. As mulheres obtiveram um apoio social percebido de 4,2 (DP=0,4) e os homens 4,1 (DP=0,4). Os idosos com 60-69 anos obtiveram um apoio social percebido de 4,2 (DP=0,4), os com 70-79 anos tiveram um apoio de 4,1 (DP=0,4) e os idosos com 80 anos ou mais apresentaram um apoio social de 4,2 (DP=0,3). Com relação à escolaridade, os idosos sem instrução obtiveram uma média de apoio social de 4,2 (DP=0,2), os que tinham até quatro anos de estudo tiveram um apoio de 4,1 (DP=0,5), os que tinham até oito anos de estudo obtiveram uma média 4,3 (DP=0,4) os que tinham até onze anos de estudo 4,1 (DP=0,3) e os idosos que tinham mais de onze anos de estudo apresentaram uma média de 4,2 (DP=0,4). Observou-se que os idosos que moravam sozinhos e os que tinham apenas uma pessoa na residência tiveram o menor apoio social percebido, pois obtiveram uma média de 3,9 (DP=0,5), dados estes que tiveram significância estatística. Optou-se por analisar os idosos que moravam sozinhos junto com os idosos institucionalizados, pois estes não viviam com suas famílias. Observou-se que os idosos casados e viúvos tiveram uma média

de 4,2 (DP=0,4), os solteiros tiveram média de 4,1 (DP= 0,3) e os divorciados tiveram uma média de 4,0 (DP=0,5), dados estes com significância estatística. Com relação ao número de filhos vivos, os idosos que não tinham filhos e também aqueles que tinham mais de sete filhos, tiveram uma média de apoio social percebido de 4,0 (DP=0,5). Com relação ao número de pessoas na residência, os idosos que tinham mais de seis pessoas em sua residência apresentaram um apoio social percebido de 4,3 (DP=0,3). Os valores foram considerados estatisticamente significativos se  $p \leq 0,05$ .

Tabela 10 – Correlação do apoio social percebido de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse. Porto Alegre, 2011. (n=219)

(continua)

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>média±desvio padrão</b>	<b>*(p-valor)</b>
<b>Sexo</b>		**0,3
Feminino	4,2±0,4	
Masculino	4,1±0,4	
<b>Idade</b>		***0,8
60-69	4,2±0,4	
70-79	4,1±0,4	
80 ou mais	4,2±0,3	
<b>Escolaridade</b>		***0,5
Sem instrução	4,2±0,2	
Até 4 anos de estudo	4,1±0,5	
Até 8 anos de estudo	4,3±0,4	
Até 11 anos de estudo	4,1±0,3	
Mais de 11 anos	4,2±0,4	
<b>Com quem mora</b>		****0,002
Só	3,9±0,5	
1 geração	4,2±0,4	
2 gerações	4,3±0,4	

Tabela 10 – Correlação do apoio social percebido de acordo com as variáveis sociodemográficas de interesse. Porto Alegre, 2011. (n=219)

(conclusão)

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>média±desvio padrão</b>	<b>*(p-valor)</b>
<b>Com quem mora</b>		****0,002
3 gerações	4,2±0,3	
Outros	4,1±0,4	
<b>Estado conjugal</b>		**** 0,02
Casado ou vivendo maritalmente	4,2±0,4	
Viúvo	4,2±0,4	
Solteiro (nunca casou)	4,1±0,3	
Divorciado, desquitado ou separado	4,0±0,5	
<b>Número de filhos</b>		***0,85
0	4,0±0,5	
De 1 a 4	4,2±0,3	
5	4,1±0,3	
6	4,2 ±0,4	
7 ou mais	4,0±0,5	
<b>Número de pessoas na residência</b>		***0,04
1	3,9±0,5	
2	4,2±0,4	
3	4,2±0,3	
4	4,3±0,3	
5	4,2±0,3	
6 ou mais	4,3±0,3	

Fonte: Autora

\* Significância estatística se valor de  $p \leq 0,05$ . \*\* Utilizado teste t de Student. \*\*\* Utilizada correlação de Pearson. \*\*\*\* ANOVA.

### 5.3 Resultados da rede de apoio e apoio recebido/ fornecido duas semanas após a alta do idoso

Para os idosos que permaneceram internados na instituição foi realizada uma visita no domicílio, duas semanas após a alta.

Da amostra estudada (n=220), 126 (57,3%) idosos residiam no município de Porto Alegre e destes, 34 (26,9%) permaneceram mais de 72 horas hospitalizados. Como já descrito na seção sobre métodos, dos 34 idosos, foi possível realizar 29 visitas no domicílio, pois três idosos foram a óbito, um idoso não foi encontrado e o outro ainda permanecia internado ao término da coleta de dados, aguardando institucionalização.

Das 29 visitas domiciliares 18 (62,1%) entrevistas foram realizadas com os usuários idosos e 11 (37,9%) entrevistas com o informante substituto, sendo o mesmo respondente que participou do estudo no serviço de emergência.

Os dados a seguir são referentes à comparação da rede de apoio e o apoio social fornecido e recebido, citados pelos idosos ou informantes substitutos no momento do atendimento na emergência e duas semanas após a alta.

Na Tabela 11, o tamanho da rede de apoio dos idosos do estudo foi comparado no momento da internação e duas semanas após a alta. Ao se realizar teste t de Student, observou-se que o tamanho médio da rede de apoio dos 29 idosos era de 3,7 pessoas/grupos/serviços (DP=1,3) no momento da internação e diminuiu para 3,3 pessoas/grupos/serviço (DP=1,3) duas semanas após a alta.

O apoio recebido e fornecido dos idosos foi avaliado por número de itens do instrumento, citados pelos sujeitos do estudo e analisado por meio do teste t para amostras emparelhadas. No apoio recebido pela família, observou-se que a média de itens aumentou significativamente de 2,2 (DP=1,4) para 3,4 (DP= 1,5) itens duas semanas após a alta. Ao se analisar o apoio do idoso fornecido para a família no momento do atendimento e duas semanas após a alta, observou-se que a média de itens diminuiu significativamente, de 1,5 (DP=1,2) para 0,9 (DP=0,9), considerando um valor de  $p \leq 0,05$ .

Tabela 11- Tamanho da rede e apoio recebido e fornecido dos idosos antes e depois da internação. Porto Alegre, 2011. (n=29)

<b>Características</b>	<b>média±desvio padrão</b>	<b>(p-valor)*</b>
<b>Tamanho da rede</b>		0,056
No momento do atendimento	3,7±1,3	
Duas semanas após a alta	3,3±1,3	
<b>Apoio recebido da família</b>		< 0,001
No momento do atendimento	2,2±1,4	
Duas semanas após a alta	3,4±1,5	
<b>Apoio fornecido para a família</b>		0,007
No momento do atendimento	1,5±1,2	
Duas semanas após a alta	0,9±0,9	

Fonte: Autora

Utilizado teste t para amostras emparelhadas. \*Significância estatística se  $p \leq 0,05$

Ao se analisar se os idosos do estudo recebiam auxílio de alguma instituição formal, observou-se que dos 29 idosos, 24 (82,1%) referiram receber apoio enquanto os outros 5 (17,9%) referiram não receber auxílio, quando entrevistados no serviço de emergência, conforme a Tabela 12. Ao se realizar o Teste de Macnemar para comparar os dados no momento da internação e duas semanas após a alta, observou-se que dos 24 idosos que recebiam apoio formal, 4 (14,3%) idosos não referiram mais receber apoio de uma instituição formal enquanto que os outros 20 (67,9%) continuaram relatando recebimento de apoio duas semanas após alta. Dos 5 idosos que referiram não receber apoio de uma instituição formal durante atendimento na Emergência, apenas 1 (3,6%) idoso citou que passou a receber apoio de uma instituição formal duas semanas após a alta. Os tipos de apoio recebidos pelas instituições formais e a frequência do auxílio permaneceram os mesmos. Os resultados não tiveram significância estatística.

Tabela 12 – Apoio de instituição formal no momento do atendimento e duas semanas após a alta hospitalar. Porto Alegre, 2011. (n=29)

	Ajuda de instituição formal		*(p-valor)
	Sim	Não	
<b>Entrevista</b>			0,3
Serviço de Emergência	24	5	
Visita Domiciliar	20	4	

Fonte: Autora

\*Significância estatística se  $p \leq 0,05$ .

## 6. DISCUSSÃO

Apresenta-se a seguir a discussão sobre os dados obtidos nesse estudo, através da estatística descritiva e inferencial. A discussão dos dados obedecerá à mesma sequência de apresentação dos resultados, contemplando os objetivos propostos pelo estudo. Na primeira parte serão discutidos os dados referentes à caracterização da amostra segundo aspectos sociodemográficos, de saúde e com relação ao tipo de apoio recebido e fornecido pelos sujeitos do estudo. Na segunda parte serão discutidos os aspectos envolvidos no IRSS; como principais fontes de apoio, tamanho da rede, apoio social total percebido e a correlação do apoio social com as principais variáveis sociodemográficas. Na terceira e última parte será discutida a análise que compara o tamanho da rede, o apoio recebido e fornecido, o auxílio de instituições formais e os tipos de apoio no momento do atendimento no serviço de emergência e duas semanas após a alta hospitalar do idoso.

O presente estudo teve como limitação a utilização de um instrumento que não permitiu realizar a análise da contribuição dos domínios do IRSS. O mesmo possui domínios com apenas uma questão, o que comprometeria a análise dos dados. Além disso, nos estudos que utilizavam o IRSS, incluindo o artigo original, não foi realizada a análise dos dados a partir dos domínios disponibilidade, reciprocidade, apoio prático, apoio emocional e evento relacionado ao apoio, não sendo possível realizar a comparação dos resultados. Acredita-se que esta análise seria importante para identificar se os idosos da amostra recebiam mais apoio prático ou emocional; se o apoio percebido no momento do agravo era significativo e se os idosos da amostra estariam conseguindo retribuir esse apoio, possibilitando visualizar quem fornecia mais apoio: o idoso ou a rede de apoio ao seu redor.

## 6.1 Caracterização da amostra segundo aspectos sociodemográficos, de saúde e com relação ao tipo de apoio recebido e fornecido

Verificou-se que os idosos que foram representados por um informante substituto quando os mesmos apresentaram 12 pontos ou menos no MEEM, ou que não tinham condições de responder à entrevista, foi por estarem num estado de saúde mais crítico. A maior parte dos idosos classificados como vermelho (alto risco) e roxo (grave) tiveram os seus acompanhantes como respondentes do estudo. Salienta-se que a participação dos acompanhantes no estudo era como informante substituto, ou seja, o acompanhante se colocou no lugar do idoso e respondeu às perguntas como se fosse ele.

O grupo familiar e a comunidade são lugares naturais de proteção. Para Lemes (2006), é na casa e na família, com vizinhos e amigos que o indivíduo idoso constrói relações primárias que constituem a sua base de sustentação para o enfrentamento das dificuldades cotidianas. No Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os idosos estavam em busca de uma solução para os seus problemas de saúde e permaneciam frequentemente acompanhados por pessoas pertencentes a sua rede informal de apoio: filhos, cônjuges, sobrinhos, cunhados, netos, irmãos, genros, noras, amigos e até vizinhos. Os filhos e os cônjuges destacaram-se por serem os acompanhantes mais frequentes dos idosos no serviço de emergência que participaram como respondentes no estudo proposto. Chama a atenção à ocorrência de amigos e vizinhos, que estavam, na maioria das vezes, acompanhando idosos que moravam sozinhos ou idosos que não tinham um familiar disponível para acompanhá-los naquele momento.

Em relação à caracterização dos idosos, observou-se que o número de idosas foi ligeiramente superior aos homens. Sabe-se que o número de idosas é superior ao número de idosos e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011a) estas aumentam anos aos grupos etários de pessoas mais velhas.

Para Veras (1987), as mulheres têm maior índice de sobrevivência do que os homens e têm maior possibilidade de ficarem sozinhas, sendo o elemento de referência familiar. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), as mulheres têm maior probabilidade de enviudar numa idade menos avançada, com

muitos anos de vida ainda pela frente, indicando a importância do apoio social necessário nessa fase da vida com vistas ao cuidado da saúde da mulher idosa.

Além disso, segundo Veras (1987), são as mulheres que procuram mais os serviços de saúde do que os homens como indica também a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios em que mulheres idosas têm um maior número de consultas médicas que homens idosos (IBGE, 2010a). Em estudo de Oliveira (2011), que realizou um perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada, mostrou que mulheres idosas frequentam mais o serviço de emergência que homens idosos, semelhante aos resultados do presente estudo. É possível que a diferença entre mulheres e homens não tenha sido tão grande na amostra em estudo por se tratarem de idosos mais jovens.

Com relação à idade, como já comentado, a proporção de jovens idosos foi predominante. Destaca-se ainda uma quantidade significativa de idosos com 80 anos ou mais que pode estar associada ao aumento da população idosa do município de Porto Alegre. As pessoas com 60 anos ou mais aumentaram 32% em 2010, com relação ao ano 2000 neste município (PORTO ALEGRE, 2011). Além disso, o Rio Grande do Sul é um dos estados com maior expectativa de vida, que em 2007, era de 75 anos de acordo como IBGE (2008). Acredita-se que os serviços de saúde terão que se preparar também para atender essa parcela da população considerada vulnerável, na qual se observa com maior frequência o aparecimento da Síndrome da Fragilidade\*.

---

\*A Síndrome da Fragilidade é caracterizada, segundo Fried (2001), por diminuição da reserva homeostática e redução da capacidade de o organismo resistir ao estresse, resultando em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e efeitos adversos, que exigem uma visão ampliada e uma atenção diferenciada dos profissionais de saúde.

Com relação à procedência dos idosos do estudo, destacaram-se os usuários moradores do município de Porto Alegre. Em contrapartida, uma grande porcentagem de idosos de outros municípios utilizou o serviço de emergência do HCPA. Dados semelhantes foram encontrados em estudos realizados com usuários adultos de serviços de emergências em Florianópolis (SILVA, 2007), São Paulo (VALERA, 2008) e Campinas (OLIVEIRA, 2011) no qual a maior parte dos usuários era procedente da cidade na qual se situava o serviço de emergência, mas com uma quantidade significativa de usuários de outras cidades. Apesar de não terem sido formuladas questões específicas sobre o motivo de busca por atendimento em Porto Alegre, durante as entrevistas, observou-se que os idosos frequentemente relataram que no SE do HCPA os problemas de saúde eram resolvidos e que nos outros municípios onde os idosos viviam, o atendimento dos serviços de saúde era precário e de baixa qualidade.

Quanto ao estado conjugal, os idosos casados predominaram neste estudo, seguidos pelos viúvos, como encontrado em outros estudos populacionais realizados no município de Porto Alegre (BRAGA, 2004; PASKULIN, 2007). Destaca-se também o número de idosos que se declararam divorciados ou separados no estudo, que segundo Camarano (2004), vem aumentando nas últimas décadas. Sabe-se que a separação ou divórcio e a viuvez trazem perdas de vários vínculos e projetos e, para Sluzki (1997), deve-se acrescentar ainda uma perda vincular central, ou seja, a perda do cônjuge. A rede de apoio do indivíduo pode ser influenciada, segundo Price (2010), pelo estado conjugal do indivíduo e o perfil de quem oferece e recebe ajuda pode ser afetado significativamente quando as pessoas vivem sozinhas, são solteiras, viúvas ou divorciam-se anos mais tarde.

Em relação à ocupação e aposentadoria, verificou-se que a maior parte dos idosos estudados era aposentada. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Alvarenga (2011), que descreveu o perfil sociodemográfico e a rede de suporte social de idosos assistidos por uma Estratégia de Saúde da Família de Dourados (MS). No presente estudo, 6,3% dos idosos trabalhavam, seja por necessidade financeira, ou como um modo de ocupação do tempo livre e de manter-se em atividade. Além disso, deve-se considerar o empobrecimento e principalmente o baixo nível de renda familiar da amostra estudada, fazendo com que os idosos do estudo perpetuem a sua participação no mercado de trabalho formal ou informal. Romero (2002) relata que, os idosos acabam contribuindo na economia das famílias,

passando, em muitos casos, a sustentar outros membros jovens e adultos e proporcionando apoio financeiro para outras gerações.

Em relação à escolaridade, a maior parte da amostra de idosos possuía até 4 anos de estudo, seguida dos idosos com até oito anos de estudo e quase um quinto dos idosos não tinham instrução. A média de anos de estudo dos idosos do presente estudo foi de 4,4 anos, um pouco mais alta que a média dos idosos brasileiros em 2009, que foi de 4,2 anos (IBGE, 2010a). Os dados do censo de 2010 (IBGE, 2011b) apontam que 39,2% dos idosos brasileiros não sabem ler nem escrever. No RS a taxa de analfabetismo é de 13,5% e em Porto Alegre é de 5,5% para pessoas com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2011b). No presente estudo, destaca-se a proporção significativa de idosos sem instrução e chama a atenção ainda que quase 40% dos idosos estudados tinham mais de oito anos de estudo, sendo que segundo o IBGE (2011b), somente 17,4% dos idosos do Rio Grande do Sul têm mais de oito anos de estudo.

A escolaridade dos idosos também é um aspecto que pode influenciar no tamanho da rede de apoio e no apoio social percebido. Em estudo de Griep (2005), na qual verifica a validade de um constructo de uma escala de apoio social utilizada em um estudo de coorte de trabalhadores de uma universidade do Rio de Janeiro, a autora identificou que percepções de apoio social são mais altas entre indivíduos com níveis mais altos de escolaridade e renda.

Na amostra estudada, predominaram os idosos com renda familiar de até 2 salários-mínimos. De acordo com o IBGE (2010b), dentre os idosos brasileiros, predominavam os aposentados, com baixa renda mensal e per capita. As aposentadorias, pensões ou benefícios dos idosos do presente estudo eram rendas que contribuíam para o suporte material e financeiro das famílias. A participação dos idosos responsáveis por domicílios está aumentando, principalmente nos estratos de renda mais baixos, e para Soares (2006), houve redução da desigualdade de renda no Brasil entre 1995 e 2004, com diminuição da pobreza, em decorrência dos programas de transferência de renda, tais como a Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada, benefícios estes, recebidos por alguns idosos do presente estudo. No entanto, os rendimentos dos idosos não estão sendo suficientes, pois muitos declararam receber apoio financeiro da família, e, mesmo com o baixo nível de renda familiar, muitos idosos também declararam fornecer apoio financeiro para a

família, evidenciando a transferência de apoio, como foi apresentado na seção dos resultados.

Identificou-se que os participantes da pesquisa tinham em média 3,5 filhos vivos e a moda do número de filhos era de 2, seguido de 3 filhos. Em estudo de Paskulin (2007), realizado por meio de inquérito domiciliar com idosos pertencentes a um Distrito Sanitário de Porto Alegre, a média do número de filhos foi de 2,9 e a moda foi de 2 filhos, seguidos por três e quatro filhos, dados um pouco inferiores aos obtidos no presente estudo. O baixo índice pode ser resultado da redução da taxa de fertilidade em todo o mundo (OMS, 2005), o que se assemelha a resultados desse estudo. Fica evidente que o número de filhos vem reduzindo, pois segundo o IBGE (2011b) os índices das taxas de fecundidade vêm diminuindo no Brasil. Em Porto Alegre, segundo informações do último censo demográfico, à medida que a população idosa aumentou a população jovem (zero a 24 anos) da cidade apresentou um decréscimo de 13,68% com destaque para o número de crianças de zero a quatro anos que diminuiu quase 25% (PORTO ALEGRE, 2011). Como consequência mais clara desta modificação estrutural na composição populacional porto-alegrense, a pirâmide etária da cidade tem uma forma cada vez mais retangular. Os filhos são componentes importantes da rede de apoio informal e ter menos filhos pode significar uma diminuição da rede de apoio e do apoio recebido pela família, e como consequência dessa redução da taxa de fecundidade, segundo os dados do censo 2010 do IBGE, as famílias estão diminuindo e mais pessoas estão morando sozinhas (IBGE, 2011a).

A família tem especial relevância, por ser o contexto social mais próximo no qual os indivíduos estão envolvidos, e, os relacionamentos mantidos por corresidentes em seus arranjos familiares têm implicações positivas para a saúde. Para Rosa (2005), foca-se o arranjo familiar pela necessidade de conhecer o processo social pelo qual as novas estruturas familiares dos idosos demandam e fornecem sistemas de apoio formal e informal. A família tem contribuição especial na participação dos cuidados de saúde dos idosos e conhecer os arranjos familiares dos idosos do presente estudo permite analisar quem são as pessoas que fazem parte da rede informal do idoso e se esses membros da família fornecem alguma forma de apoio para os idosos.

Ao analisar os arranjos familiares dos idosos estudados, observou-se a prevalência de idosos que moravam em domicílio com três gerações, seguidos de

domicílio com duas gerações e de domicílio com uma geração. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos populacionais realizados no município de Porto Alegre. No estudo de Paskulin (2007) e de Braga (2004) as pesquisadoras identificaram que 27,4% e 27,7% dos idosos, respectivamente, viviam em domicílios com duas gerações. Em estudo de Braga (2004) a proporção de idosos que moravam em domicílio com três gerações foi prevalente, como no presente estudo. Destaca-se entre a amostra estudada uma grande proporção de idosos morando com filhos, netos e bisnetos, caracterizando a coresidência e esses domicílios como Inter geracionais. Atualmente, segundo Rodríguez (2000), as famílias estão menores que antigamente, mas possuem mais gerações representadas, com muitos idosos exercendo papel de sogros, avós, pais, tios, no qual a família possui determinada responsabilidade.

Muitas vezes, a família é vista como a fonte de apoio informal mais direta e como única alternativa de apoio à população idosa. Isso tem se dado tanto pela coresidência como pela transferência de bens e recursos financeiros, surgindo uma gama variada de arranjos familiares. Por outro lado, segundo Camarano (2004), em quase todo o mundo tem crescido o período de tempo em que os filhos passam como economicamente dependentes de seus pais, sendo atribuído à instabilidade do mercado de trabalho, ao maior tempo despendido na escola e à maior fragilidade das relações afetivas.

Embora com a longevidade a estrutura familiar mais frequentemente encontrada seja a família multigeracional, não há garantia de que nesse contexto as famílias estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora do idoso. De acordo com Cattani (2004) as principais limitações frente à necessidade de cuidar de idosos no contexto da familiar estão relacionadas aos aspectos de ordem financeira, pessoal e social. É preciso considerar que os idosos estão frequentemente acometidos por doenças crônicas que muitas vezes prejudicam a sua capacidade funcional, independência e até a autonomia. Por isso é importante que a família esteja preparada para lidar com os problemas de saúde que acometem a população idosa sendo essencial que o idoso seja assistido pela rede de apoio informal, por meio do apoio emocional e prático. Esse apoio para a família deve ser fornecido pela rede de apoio formal, exigindo profissionais capacitados e comprometidos no cuidado da saúde do idoso e da família. Cabe salientar que os idosos que frequentam os serviços de emergência, mesmo após a alta, necessitam de uma

assistência contínua e integral, com uma maior integração entre os serviços de atenção básica e os de maior complexidade.

Pode-se notar a redução do tamanho das famílias da amostra estudada em relação aos dados brasileiros no ano 2000, pois segundo Camarano (2000), o tamanho médio de domicílios com idosos era de 4,9 e o tamanho médio de domicílios de idosos era de 3,2. O arranjo familiar de idoso é quando o idoso é o chefe ou cônjuge, e a família com idoso é onde o idoso vive na condição de parente do chefe ou do cônjuge. No presente estudo, não foi avaliado se o idoso era responsável por sua família, no entanto a média de pessoas por domicílio foi de 2,9, evidenciando uma diminuição no número de pessoas no domicílio, podendo estar associado à diminuição dos índices de fecundidade e ao número de idosos morando sozinhos.

Destaca-se ainda, na amostra estudada, que 16,9% dos idosos moravam sozinhos. Resultado semelhante foi encontrado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio no qual 15,3% dos idosos da região Sul morava em domicílios unipessoais (IBGE, 2010a). Idosos que vivem sozinhos estão associados a altos níveis de mortalidade e morbidade, o que provoca grandes demandas para os serviços de saúde e de assistência social. Em estudo comparativo de Sok (2011), realizado na Coréia, em que comparou a saúde física, a autoestima, o suporte familiar e a promoção de comportamentos saudáveis entre viver sozinho e viver com a família, demonstrou que idosos que viviam com a família exibiam melhores condições de saúde física, autoestima, suporte familiar e comportamentos saudáveis do que os idosos que residiam sós. No mesmo estudo, os idosos que moravam sozinhos representavam 18,7% da população de idosos total da Coréia.

Em estudo transversal de Bilotta (2010), realizado com 302 idosos usuários de um ambulatório de geriatria na Itália, com o objetivo de determinar as principais características sociais, funcionais e clínicas de idosos e encontrar correlatos de fragilidade nesta população, foi identificado que os idosos que viviam sozinhos eram mais velhos, recebiam menos auxílio de cuidadores informais e formais, tinham piores condições de vida, um melhor estado cognitivo e funcional, mas um pior estado emocional. Um terço dos idosos que viviam sozinhos era frágil.

Apesar de o número de domicílios unipessoais não ser expressivo em relação aos demais arranjos domiciliares de idosos, cresce, segundo Camarano (2004), a quantidade de idosos brasileiros morando sozinhos. De forma geral, pode-se

observar que nem todos os idosos vivem com suas famílias. Por opção ou por necessidade, Camargos (2007) salienta que os idosos que vivem sozinhos podem se tornar cada vez mais comuns na sociedade brasileira e cabe a essa, juntamente com o Estado e a família, dar o suporte necessário para que este tipo de arranjo domiciliar não se torne um risco para a saúde e a qualidade de vida dessas pessoas. Essas informações podem ter implicações para os serviços de emergência, à medida que idosos que moram sozinhos e recebem menos apoio, podem se envolver em situações ou agravos à saúde em que necessitem utilizar mais os serviços de emergência, como quedas ou até a agudização de problemas crônicos. Idosos que não moram sozinhos têm uma rede de apoio mais presente e talvez tenham maior apoio de seus familiares no que tange os cuidados de saúde e tratamento para doenças crônicas

Salienta-se ainda, que da amostra estudada, 1,4% dos idosos eram institucionalizados. Para Tsai (2010) estes podem ter comprometimento no estado de saúde e na qualidade de vida, dependendo da instituição e da rede de apoio envolvida para o cuidado dos mesmos. Um aspecto importante do apoio social para os idosos institucionalizados segundo Maas (2004) é o envolvimento contínuo dos membros da família. No entanto, Tsai (2010) relata que um terço dos residentes de lar de idosos têm poucos visitantes, e seis meses após mudança para uma casa de repouso, eles têm menor frequência de visitas. Com isso, os serviços de emergência estão acolhendo e atendendo um usuário idoso cuja família não participa ativamente como rede de apoio e como consequência disso, pode não fornecer o apoio e a atenção necessários para o idoso que está envolvido em um processo de enfermidade e nas situações relacionadas com ela. Além disso, profissionais e instituições de longa permanência, muitas vezes, não estão qualificadas e organizadas numa lógica de cuidado contínuo e integral à saúde, sugerindo que esses idosos, quando utilizam um serviço de emergência, necessitam de um olhar mais ampliado no que se refere a questão da rede de apoio social.

Políticas de cuidados em instituições de longa permanência não constituem uma prática comum nos países do hemisfério sul. Esse cuidado tem recaído mais sobre as famílias, o que em parte, para Camarano (2004) resulta em co-residência, que acaba sendo uma forma importante de transferência de apoio entre gerações.

Com relação ao estado de saúde autorreferido, destaca-se que quase a metade relatou ter a saúde ruim ou muito ruim e um terço relatou ter a saúde

regular. Esses dados divergem dos estudos populacionais realizados por Braga (2004) no qual 59,9% dos idosos referiram ter a saúde boa ou muito boa e por Feliciano (2004) no qual 44% dos idosos de baixa renda do município de São Carlos (SP) referiram ter a saúde boa ou muito boa. É importante considerar que as entrevistas deste estudo foram realizadas em um serviço de emergência, lugar que os idosos escolheram ou precisaram buscar para resolver os seus problemas de saúde. Nos outros estudos, as entrevistas foram na própria comunidade e os idosos não estavam necessitando do atendimento de um serviço de saúde de maior complexidade. Por outro lado, segundo Jóia (2008), a auto percepção pelo idoso do seu estado de saúde desponta como indicador relevante de seu bem-estar, útil para avaliar suas necessidades de saúde e para prever sua sobrevivência. Não existem estudos que falem sobre o estado de saúde autorreferido de idosos em serviços de emergência, dificultando a comparação dos resultados, mesmo assim, nos estudos populacionais a auto percepção de saúde é superior ou mais positiva do que no presente estudo, o que era esperado e pode estar relacionado ao fato que os idosos estão buscando o serviço por estarem ou sentirem-se doentes.

Com relação às morbidades autorreferidas citadas pelos idosos do estudo, destaca-se a predominância dos grupos de doenças de causa cardiovascular, seguidas das neoplasias e das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. A transição epidemiológica apresenta um quadro de morbimortalidade em que as doenças cardiovasculares representam atualmente mais de 40% das mortes registradas no país (IBGE, 2008). As doenças de causa cardiovascular e as neoplasias são as principais causas de mortalidade no Brasil e no Rio Grande do Sul também. (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Deve-se considerar ainda que os grupos de morbidades mais citados pelos participantes da pesquisa são danos crônicos que para Gruneir (2011), sugerem uma complexidade de necessidades de saúde que vão além dos cuidados médicos imediatos.

Em relação ao número de morbidades autorreferidas, um terço dos idosos referiu ter uma doença e os demais referiram ter duas doenças ou mais. Os resultados do estudo se assemelham das frequências nacionais. De acordo com os dados da PNAD, quase um terço dos idosos referiram ter uma doença, e o restante duas ou mais doenças (IBGE, 2010a). Em contrapartida, 24,9% dos idosos da PNAD declararam não possuir nenhuma patologia evidenciando a diferença entre os dados coletados na comunidade e em um serviço de emergência, demonstrando que os

idosos, como relata Gruneir (2011), apresentam muitas vezes doenças agudas que necessitam de cuidados de alta intensidade no momento em que buscam um serviço de emergência, buscando a resolução dos seus problemas de saúde. Além disso, chama atenção que 7,3% dos entrevistados relataram não possuir nenhuma doença e mesmo assim, estavam procurando o serviço de emergência. No presente estudo, não foram investigados as causas de procura do serviço, dado que seria importante para inferir sobre os motivos que levaram esses entrevistados a procurar o serviço.

Com relação ao apoio recebido da família, cerca de 90% dos idosos que declararam receber apoio da família, predominaram aqueles que recebiam cuidado pessoal, seguido do auxílio para se locomover, dinheiro e moradia. Em menor proporção, foram citados ainda o apoio para transporte, fornecimento de alimentos, medicamentos e companhia. Portanto, o apoio recebido pelos idosos foi, em sua maioria, de ordem prática. Em estudo de Souza (2010), no qual avaliou a percepção de 329 idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro, sobre o tipo de apoio recebido e oferecido à família, destaca-se que apenas 29,3% das idosas declararam receber apoio da família, contrastando com os dados do presente estudo. No que se refere ao recebimento de cuidado pessoal, auxílio para se locomover e moradia, os resultados foram semelhantes com o presente estudo. Além disso, no mesmo estudo também foram citados alimentos e medicamentos como tipo de apoio recebido da família, mas também em menor proporção.

No estudo de Saad (2004), que analisa o intercâmbio de apoio inter geracional nos municípios de São Paulo e Fortaleza, o tipo de apoio mais frequentemente fornecido por filhos adultos a pais idosos foi o material, seguido pelo instrumental (atividades instrumentais de vida diária) e posteriormente o funcional (atividades de vida diária). O cuidado pessoal, que se destacou como sendo a forma de apoio recebido da família mais citada pelos respondentes do presente estudo, se equivaleria ao apoio instrumental e funcional do estudo de Saad. As categorias utilizadas foram diferentes das utilizadas no presente estudo, mas mesmo assim, fica evidente que os idosos que utilizaram o serviço de emergência tinham maior necessidade em receber da família o cuidado pessoal, por estarem apresentando um problema de saúde e por necessitarem de cuidados. Observa-se, no presente estudo, que essas transferências de apoio inter geracionais não ficaram restritas apenas à co-residência. Para Saad (2004), elas incluem outros aspectos, tais como transferência de renda, bens e recursos, entre os quais uma parcela não desprezível

de idosos refere-se ao apoio emocional, cuidados pessoais e outros recursos intangíveis.

Além disso, salienta-se que quase 10% dos idosos declararam não receber nenhum tipo de apoio da família. Para Ramos (2002) as redes sociais formadas por familiares e amigos reduzem significativamente os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos, pois oferecem apoio na forma de amor, afeição, preocupação e assistência. Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse do que aquelas pessoas que têm o suporte social. Normalmente a ausência de parentes, especificamente parentes mais próximos tais como o cônjuge ou os filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas.

O apoio social inadequado, segundo a OMS (2005), ou a falta de apoio está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e bem-estar em geral. O rompimento de laços pessoais, solidão e interações conflituosas são as maiores fontes de estresse, enquanto relações sociais animadoras e próximas são fontes vitais de força emocional. É possível até que os idosos do presente estudo, que não recebiam apoio da família procurassem mais o serviço de emergência, por possuírem maiores necessidades de saúde ou até buscassem que o serviço de saúde preenchesse um espaço que a família não conseguia suprir. Outras pesquisas são necessárias para buscar associar quais são os motivos do idoso não receber apoio da família e se os idosos que não recebiam apoio são os mesmos que não forneciam.

Com relação ao apoio fornecido pelos idosos do estudo, destaca-se que a maior parte dos idosos estudados relatou oferecer algum tipo de apoio. Os idosos forneciam dinheiro, seguidos de moradia, cuidar dos netos e fornecer serviços. Da amostra estudada, ainda, 18,5% declararam não fornecer nenhum tipo de apoio para a família. Em estudo de Souza (2010), realizado com mulheres idosas, somente 58,3% das idosas relataram oferecer algum tipo de apoio, divergindo dos resultados do presente estudo. No entanto, resultados semelhantes foram encontrados no fornecimento de dinheiro como forma de apoio aos seus familiares. Quanto ao apoio fornecido pelos idosos, cabe mencionar, que à medida que cuidam dos seus netos, possibilitam que seus filhos trabalhem o que contribui para o aumento da renda familiar. Em alguns casos, segundo Camarano (2004), a própria casa do idoso ou

mesmo seus diminutos rendimentos de pensão ou aposentadoria estariam se transformando em valiosos, se não únicos, proventos familiares.

Outros resultados frequentes na literatura sobre transferências de apoio familiar se referem à importância dos recursos físicos e financeiros e da coabitação, no que diz respeito ao balanço nas trocas de apoio entre o idoso e a família. De acordo com Saad (2003), quanto menor a renda e piores as condições de saúde dos idosos, maiores as chances de receber ajuda informal e, logicamente, menor a sua habilidade em prover algum tipo de apoio. Por outro lado, a co-residência aparece, como fator determinante do intercâmbio de certas ajudas, principalmente aquelas que mais claramente demandam a presença física de uma ou outra geração. Os idosos do presente estudo estão caracterizados pela co-residência e principalmente pela baixa renda familiar, pois 64,1% das famílias dos idosos possuíam renda de até dois salários mínimos, evidenciando a importância das transferências de apoio entre as gerações.

Um ponto importante que vem sendo observado em estudos recentes sobre a população idosa brasileira, segundo Camarano (2004), é a existência de um importante e crescente fluxo de apoio no sentido que vai do idoso à família, fluxo este que, muitas vezes, chega a se equiparar em intensidade ao fluxo no sentido inverso. O presente estudo identificou que, apesar das relações de trocas entre os idosos e suas famílias ocorrerem nos dois sentidos, o fluxo foi maior no sentido das famílias para os idosos do que o contrário. Esse fluxo se dá provavelmente porque os idosos que chegaram ao SE eram mais dependentes e apresentavam um maior número de comorbidades do que os idosos da comunidade, evidenciando que estes idosos necessitam de um maior apoio da rede formal e informal.

Um aspecto que deve ser levado em conta quando se discutem as transferências de apoio inter geracionais é que as trocas sociais, ou seja, receber apoio, oferecer apoio e a reciprocidade são pontos críticos para o bem-estar do idoso. Para Rosa (2004), encorajar o idoso a adotar o papel de provedor pode ser uma maneira efetiva de reduzir a angústia psicológica, tal como prover apoio mediante atividades voluntariadas e atividades produtivas. Quando a ajuda é oferecida para o idoso, não deve ser excessiva para não resultar em angústia. Por isso que Rosa (2004) relata que deve ser dada a chance da reciprocidade para o idoso, mas, por outro lado, não se pode gerar estresse para o indivíduo idoso quando ele não pode ofertar apoio ou quando esta oferta não puder ser mantida.

Com relação ao apoio formal, quase três quartos dos idosos relataram receber apoio de alguma instituição formal. Como fonte de apoio formal, os idosos declararam receber apoio de um serviço de saúde, seguidos do Governo Federal, do Governo Municipal, da Igreja e do Governo Municipal. Os principais tipos de apoio recebidos pelos idosos foram os medicamentos, o Benefício de Prestação Continuada e a cesta básica. Em estudo de Souza (2010) no qual avaliou a percepção apoio de 329 idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro, apenas 20% declararam receber apoio formal e somente 2,7% recebiam medicamentos de uma instituição formal, contrastando com os resultados do presente estudo. Entretanto, o apoio do Governo Municipal e da Igreja predominou e os tipos (cesta básica e cheque cidadão) foram declarados pela maior parte das idosas de baixa renda do município do Rio de Janeiro, resultados que diferem dos encontrados no presente estudo. Os idosos do presente estudo, que apresentaram uma renda familiar considerada baixa, ainda assim possuíam uma renda familiar maior do que as idosas do estudo de Souza (2010) indicando os motivos delas dependerem em maior proporção do fornecimento de cesta básica e do cheque cidadão, programa de transferência de renda exclusivo do Estado do RJ.

Na amostra de idosos estudada, observou-se que foi citada apenas a distribuição de medicamentos como tipo de apoio oferecido pelos serviços de saúde e não foram citados outros serviços que são oferecidos pela rede de serviços de saúde, como visitas domiciliares, consultas de enfermagem e médicas, grupos, atendimentos com nutricionistas e assistentes sociais, sugerindo que essa população que utilizou o serviço de emergência talvez não utilizasse com tanta frequência os serviços da atenção básica. Sugerem ainda que o tipo de apoio recebido pareceu estar mais relacionado a ações pontuais do que ações de cuidado profissional. Em estudo de Alvarenga (2011) em que avaliou a rede de suporte social de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família, identificou que o sistema provedor mais presente era o familiar e que a participação da rede formal também era incipiente. No presente estudo, os únicos serviços de saúde citados foram o próprio hospital e uma Unidade Básica de Saúde, evidenciando o vínculo estabelecido entre os usuários idosos e o HCPA. É importante considerar que de acordo com o relatório gerencial de 2010 do HCPA, em torno de 70% das consultas do SE eram de pacientes com vínculo já estabelecido com o ambulatório do HCPA (GONÇALVES, 2012). Esta realidade, para Gonçalves (2012), acaba muitas vezes

descaracterizando o propósito do atendimento, prejudicando a assistência, gerando sobrecarga para a equipe de trabalho e uma atenção deficitária aos usuários. Outro aspecto a ser pensado é a questão da integralidade e da própria função da rede de apoio que se mostrou muito mais pontual com ações voltadas para fornecimento de renda ou produtos do que as ações de apoio. O suporte financeiro ou de produtos é importante, mas não pode ser o único.

Destaca-se a importância do profissional de saúde, presente nos serviços de saúde e que esteja na linha de frente no cuidado dos usuários idosos, seja na atenção básica ou nos outros níveis de atenção. Os serviços de saúde estão começando a sentir o impacto deste grupo populacional e por isso, modalidades alternativas de atenção à saúde são necessárias com profissionais que façam a ligação do usuário e as redes de apoio, formais ou informais. De um lado, há o profissional; de outro, uma relação que se estabelece, de proximidade entre as pessoas em geral: amigos, familiares, vizinhos.

Estas ideias vão ao encontro das proposições de Martins (2011), para quem os mediadores são essenciais para que as redes de apoio social funcionem adequadamente. As redes de mediadores colaboradores são conjuntos sistêmicos envolvendo usuários, agentes de saúde e profissionais especializados nas unidades (médicos e enfermeiros principalmente) que são responsáveis pelas mobilizações cívicas, humanitárias, culturais, políticas, administrativas e jurídicas que apoiem a mudança de modelo assistencial.

## 6.2 Análise do instrumento Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS).

Como já discutido na introdução e na revisão de literatura, a rede social para Flaherty (1983), se refere à rede de relacionamentos e elos sociais e pode ser mensurada pelo número de indivíduos ao redor de uma pessoa. O apoio social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos, grupos ou serviços) para o indivíduo em determinadas situações da vida. Entretanto, para Martins (2005), a subjetividade e a individualidade do apoio social dependem da percepção pessoal de cada indivíduo, enfatizando-se assim a importância dos aspectos cognitivos e da própria personalidade.

Vários questionários foram propostos com o objetivo de medir a rede e o apoio social, refletindo uma diversidade de conceitos e definições subjacentes, o que

dificulta a comparação dos resultados das investigações conduzidas em diferentes populações. Para Griep (2005), é desejável a utilização de instrumentos de medida adaptados para utilização em contextos diversos daqueles para os quais foram inicialmente concebidos. Torna-se igualmente importante a avaliação das propriedades de mensuração desses instrumentos de medida adaptados aos novos contextos. Ainda que estes instrumentos não possam dar conta da totalidade do objeto em estudo, podem contribuir para a compreensão deste fenômeno bastante complexo e novo no Brasil.

Como já apresentado, dos 219 respondentes do IRSS, o tamanho médio da rede de suporte social foi de 4,8 pessoas/grupos/serviços (DP=2,9). Destaca-se que um terço dos idosos estudados tinha uma rede composta entre quatro e cinco pessoas, considerada de tamanho médio. Em contrapartida, foi expressiva a proporção de sujeitos, pouco mais de um terço dos respondentes, com um a três pessoas pertencentes à sua rede de apoio social, considerada de tamanho pequeno. Além disso, um terço dos usuários idosos possuía uma rede de apoio com seis ou mais pessoas, sendo considerada uma rede numerosa. Resultados diferentes foram encontrados em estudo de Gomes Villas-Boas (2009), que utilizou o IRSS com adultos usuários em atendimento ambulatorial por Diabetes Mellitus e encontrou uma rede de apoio social com quatro a cinco participantes em 82,6% dos entrevistados. Esses resultados são contrastantes, pois no presente estudo, os idosos poderiam relatar quantas pessoas/grupos e serviços eles achassem relevantes como sendo pertencente a sua rede de apoio. No estudo de Gomes Villas-Boas (2009), os respondentes só poderiam citar até 10 pessoas como pertencentes à rede de apoio, para após citar cinco pessoas ou quatro pessoas e um grupo/serviço. Por isso, o tamanho da rede do presente estudo foi heterogêneo, variando entre 1 e 19 pessoas/grupos/serviços. Nos estudos originais de Flaherty (1983) e Lima (2005), realizados com aplicação da escala, o número de sujeitos citados inicialmente não foi delimitado, apenas na próxima etapa do instrumento, em que o respondente deveria escolher 5 pessoas ou 4 pessoas e 1 grupo/serviço, para avaliar o apoio percebido, sendo o mesmo realizado no presente estudo.

Em estudo de Robles (2000), que utilizou um questionário estruturado para analisar a composição das redes e o apoio social de idosos internados em um hospital em Guadalajara, no México, a rede de apoio dos idosos, citada pelos mesmos, teve um número de 7,5 pessoas em média e um intervalo de 2 a 16

peessoas no máximo. Comparando com os resultados da presente investigação, observa-se que a média do estudo mexicano foi superior, entretanto a amplitude no presente estudo foi maior.

Considerando a heterogeneidade no tamanho da rede de apoio do indivíduo idoso no presente estudo, destaca-se que as redes de tamanho médio, para Flaherty (1983) e Sluzki (1997), são mais efetivas do que as pequenas ou muito numerosas. As redes mínimas são menos efetivas em situações de sobrecarga ou tensão de longa duração, principalmente em situações de agravo do indivíduo idoso. As redes muito numerosas, por sua vez, correm o risco de não funcionar, baseada na suposição de que alguém “já deve estar cuidando do problema”. (SLUZKI, 1997, p 45).

Ao se analisar as principais fontes de apoio dos idosos estudados, observou-se a predominância dos filhos, seguidos por sobrinhos/netos, irmãos/cunhados e genros/noras. Em menor proporção destacaram-se os cônjuges, os amigos, os vizinhos e os cuidadores. A rede formal foi incipiente, sendo citada por apenas 1,9% dos idosos.

Alvarenga (2011) utilizou o Mapa Mínimo das Relações do Idoso (MMRI), instrumento que identifica a rede de suporte social do idoso, e os autores verificaram que no primeiro círculo de proximidade, os filhos também tiveram uma maior participação na rede de apoio dos idosos, com 48,8% das respostas, proporção semelhante aos do presente estudo. Em estudo de Noriega (2005) que avaliou a estrutura e as funções das redes de apoio social de idosos mexicanos, por meio da Escala de Bem-Estar Subjetivo, o autor também constatou que a família (filhos e cônjuge), amigos e vizinhos são os provedores mais frequentes de cuidados. Em seguida, apareceram os membros de grupos religiosos e, por último, os profissionais da saúde. No presente estudo, o cônjuge não foi a fonte de apoio mais citada e sim, sobrinhos, netos, irmão, cunhados, genros e noras. Foi possível observar que alguns idosos casados não citavam o seu cônjuge como parte da rede de apoio, ou por problemas de relacionamento com o cônjuge, ou pelo fato de que o mesmo era um idoso dependente, que necessitava de cuidados e que não poderia fornecer apoio para o respondente. Em estudo de Robles (2000), as principais fontes de apoio foram multi geracionais, aparecendo em maior proporção os filhos, seguido das noras, genros, netos, amigos, irmãos e os sobrinhos, semelhantes também aos resultados do presente estudo.

Como já discutido, as relações de troca e ajuda mútua entre pais e filhos, segundo Camarano (2004), é o principal fator que tem assegurado, ao longo da história, a sobrevivência nas idades mais avançadas. Nos países menos desenvolvidos, a família (em especial os filhos) continua representando a fonte primordial de assistência para uma parcela significativa da população idosa, devido às deficiências do setor público, particularmente nas áreas de saúde pública e seguridade social. Embora entendendo que o apoio familiar não deva substituir o papel do Estado no que se refere à atenção ao idoso, os resultados encontrados neste estudo evidenciam que as famílias dos idosos entrevistados constituem fonte primordial de assistência, como esperado em países como o Brasil.

Em função disso, para Sluzki (1997), as pessoas mais velhas se veem cada vez mais recolhidas nas relações familiares – que carregam consigo suas próprias histórias de lealdades, de dívidas e esperanças de retribuição, de compromissos e ciúmes, de paixões escondidas. Simultaneamente, contam com menos amigos e companheiros, que, em muitos casos, poderiam operar como neutralizadores ou contrapeso dos processos determinados pelas relações familiares. Os efeitos positivos do suporte social, segundo Ramos (2002), estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família, amigos, grupos ou serviços: emocional ou prático.

Destaca-se ainda a importância dos amigos e vizinhos, que são outras fontes de apoio informal, citados por 6,9% e 4,3% dos idosos respectivamente. Os amigos são mais propensos a serem capazes de influenciar as práticas de saúde e muitas vezes são a melhor fonte de apoio emocional. Para Chappell (2007), as amizades são caracterizadas pelos laços afetivos e por menor obrigação que têm os laços de parentesco. Os vizinhos são os mais próximos geograficamente e podem ser a melhor fonte de apoio em alguma emergência. De acordo com Rodríguez (2000) os profissionais da saúde e familiares podem reforçar o papel dos amigos e vizinhos na vida dos idosos, compartilhando informações, afirmando a contribuição, ajudando-os a estabelecer limites e coordenar os seus esforços com as outras fontes de apoio. Ramos (2002) relata que as relações entre amigos são normalmente voluntárias, baseadas em trocas informais calcadas no interesse mútuo e necessidades sociais. Estas relações apresentam maiores níveis de reciprocidade que as relações de parentesco.

Do mesmo modo como as redes de apoio sociais influenciam as condições de saúde e mortalidade da população em geral, a presença de apoio social para Pinto (2006) tem sido fortemente associada com desfechos positivos, também, para idosos. Além disso, ao buscar um serviço de emergência, numa situação de doença ou agravo, o apoio social pode facilitar a tomada de decisão do idoso no que se refere o cuidado em saúde e em todo processo de recuperação da enfermidade. Os idosos do presente estudo recebiam apoio da rede informal, no entanto, o apoio da rede formal ainda precisaria ser mais efetivo para que o idoso não buscasse o SE somente na agudização de seu problema crônico de saúde, mas que ele fosse direcionado para um serviço da rede de apoio que desse conta das reais necessidades de saúde do mesmo.

O número de cuidadores pagos foi pouco citado no estudo. É possível que pelo baixo poder aquisitivo dos idosos estudados, o cuidado ao indivíduo idoso ficasse sob responsabilidade da família e principalmente daqueles que co-residem com os idosos.

Com relação à rede formal, citada por apenas 1,9% dos respondentes, observou-se que os idosos não citaram postos, unidades, centros de saúde, agentes comunitários, profissionais da atenção básica ou outros serviços ou profissionais da rede especializada. O município de Porto Alegre possui uma rede de suporte social reduzida ante a significativa demanda de idosos que necessitam de atenção especializada, tanto na área social quanto na de saúde. Durante a realização das entrevistas, verificou-se que os idosos que utilizavam o serviço de emergência estavam frequentemente procurando aquele serviço novamente, sugerindo um forte vínculo com aquele serviço de saúde. Durante as entrevistas observou-se que os idosos estavam habituados a buscar aquele serviço para a resolução dos problemas de saúde, sem considerar a complexidade dos mesmos.

Apesar do Sistema Único de Saúde propor o atendimento hierarquizado e regionalizado, Rodríguez (2001) relata que os serviços de emergência de hospitais terciários, principalmente os de ensino, deparam-se diariamente com longas filas para o atendimento. A busca por esse tipo de serviço não necessariamente relaciona-se à complexidade dos problemas de saúde da clientela. Muitas vezes, este viés no atendimento decorre de fatores como o desconhecimento sobre os verdadeiros objetivos e funções dos serviços de urgência e quando se deve buscar o serviço de emergência, a insatisfação da população com a atenção recebida no nível

de atenção primária à saúde, acrescida das dificuldades em se obter um atendimento na rede pública.

O perfil da demanda dos serviços de emergência pode também refletir a baixa resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde ao serem procurados muitas vezes por clientes para resolução de problemas simples. Acredita-se ainda que a falta de uma rede de atenção de média complexidade que possa dar conta de danos crônicos já instalados seja outro fator que interfira nesse perfil. Para Valera (2008) as alterações demográficas e a ampliação de condições de risco ligadas ao aparecimento das doenças crônico-degenerativas levam a um número expressivo de pacientes aos serviços de urgência-emergência com problemas clínicos agudos. A alta demanda nestes serviços prejudica diretamente sua resolutividade, implicando em uma dificuldade na assistência ao doente, falta de instalações ideais para o atendimento, número insuficiente de profissionais, recursos materiais e equipamentos limitados. Essa baixa resolutividade é influenciada e influencia o trabalho em rede organizada e sistematizada, na utilização das ferramentas de referência e contra referência, em mecanismos de pós-alta hospitalar e principalmente na atenção ao idoso e sua família, que necessitam de apoio prático e de apoio de informação.

Nesse sentido, observa-se que os sistemas de atenção à saúde estão voltados para o tratamento das condições agudas e funcionam isolados e sem comunicação entre eles. Para Mendes (2008), a atenção primária não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis não se comunicam com a atenção terciária nem com os sistemas de apoio. Por isso a importância da articulação dos serviços de saúde, para que a população idosa, com a maior prevalência de doenças crônicas e incapacidades tenha um atendimento em saúde contínuo e integrado, com acesso a outras modalidades de apoio formal e evitando assim, as visitas repetidas aos serviços de emergência, internações hospitalares e principalmente, que o estado de saúde do idoso não se agrave.

Com isso, Mattos (2007) observa a necessidade de uma organização em rede entre os serviços de saúde, considerando a regionalização e a hierarquização, como diretrizes que pressupõem a diferenciação de vários níveis de atenção, cada qual oferecendo um conjunto de procedimentos e apresentando um conjunto distinto de recursos tecnológicos. Na descrição tradicional do modelo de rede regionalizada e hierarquizada, a atenção básica aparece como a única porta de entrada do sistema

de saúde. Porta de entrada deveria se referir aos locais de busca de ajuda quando alguém necessita de um cuidado de saúde qualquer. Cecílio (1997) pensa o sistema de saúde como um círculo, ou seja, de organizar os sistemas de saúde de forma horizontalizada, onde haja múltiplas alternativas de entrada e saída do sistema, abrindo possibilidades ao usuário. O ideal seria qualificar todas as portas de entrada, para que estas possam realizar um acolhimento adequado, identificar populações mais vulneráveis e garantir que cada pessoa acesse o atendimento mais adequado ao seu caso e que o usuário utilize de fato, a rede de serviços disponibilizada.

O serviço de emergência encontra-se em um nível de atenção no qual é necessário superar a fragmentação das ações e serviços de saúde. De acordo com a Rede de Atenção às Urgências no SUS (2011b), é importante qualificar a gestão do cuidado, garantir a implantação de um modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado. A articulação e integração desses diversos serviços e modalidades compreende uma das responsabilidades do serviço de emergência no qual os serviços de saúde têm conexão entre os diferentes pontos de atenção.

Para Sluzki (1997), a colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde podem constituir um componente importante da rede de muitos idosos com doenças crônicas e com declínio funcional. As autoridades, serviços de saúde, organizações não governamentais e indústrias privadas, segundo a OMS (2005), podem ajudar a promover redes de contatos para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, monitoramento e visitas em parceria, cuidadores familiares e programas que promovam a interação entre as gerações. Esta é uma visão que precisa ser trabalhada no nosso contexto, passando pela formação dos profissionais de saúde, na organização da rede de serviços e na iniciativa de diversos setores, como saúde, educação e serviço social.

No Quadro 1 foram demonstrados os valores possíveis a serem obtidos no IRSS e os valores obtidos na avaliação da percepção de apoio social no presente estudo. O intervalo obtido no apoio teve uma pontuação mínima de 2,5 e máxima de 5,0 pontos. A média foi de 4,2 (DP=0,4) e a mediana foi de 4,3, demonstrando uma

elevada percepção de apoio social dos participantes, em uma escala pontuada de 1 a 5, onde escores mais altos indicam maior apoio. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Gomes Villas-Boas (2009), no qual a autora relacionou o apoio social, utilizando o IRSS, e adesão ao tratamento de pacientes diabéticos em acompanhamento ambulatorial no município de Ribeirão Preto. Esse estudo teve como intervalo mínimo 2,8 e um máximo de 5,0 pontos. A média geral foi de 4,3 (DP=0,4) e a mediana de 4,4.

No estudo original de Flaherty (1983), que avaliou as propriedades psicométricas do IRSS, na cidade de Chicago, foi realizado um teste em uma amostra de 206 sujeitos: 100 estudantes de medicina, 74 membros de um bairro urbano e 32 membros de uma comunidade religiosa. Ao comparar as médias de apoio social percebido entre os três grupos, a comunidade religiosa teve a média mais alta (4,4) do apoio social percebido, com relação à comunidade urbana (3,9) e os estudantes de medicina (3,8). Comparando com os dados do presente estudo a média ficou entre a comunidade religiosa e a urbana. Parece assim que os entrevistados avaliaram o apoio social como adequado, ainda que o instrumento não forneça pontos de corte e categorias que apoiem esta inferência.

Ao se analisar o apoio percebido parcial, de cada uma das cinco fontes de apoio, citadas pelos respondentes, observou-se que as médias foram diminuindo ao se comparar a primeira fonte citada com a quinta fonte citada. Observou-se que a média do apoio percebido da primeira fonte de apoio foi de 4,4 e da quinta e última fonte foi de 3,8. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Flaherty (1983), no qual os pesquisadores esperavam que a primeira pessoa citada na lista tivesse o maior escore de apoio social parcial para os dez itens do questionário. Como observado, as médias de cada fonte de apoio diminuíram como previsto. No estudo original, a média do apoio percebido da primeira fonte foi de 4,4 e da quinta e última fonte foi de 3,1, ou seja, a média da primeira fonte do presente estudo foi semelhante a investigação citada, mas da última fonte foi bastante inferior. Deve-se considerar que o IRSS permite que o respondente opte por listar cinco indivíduos ou quatro indivíduos ou um grupo/serviço. Ao analisar os dados com maior atenção, observou-se que poucos sujeitos listaram um grupo ou serviço, e a sua quinta fonte de apoio, como já previsto pelos autores, tinha a menor média de apoio social percebido. Isso nos permite refletir que os respondentes da pesquisa já listam os membros da sua rede de apoio em ordem decrescente de apoio, ou seja, o primeiro

indivíduo fornece maior apoio e o último indivíduo citado fornece o pior escore de apoio social.

Quando comparadas as médias gerais do apoio social percebido entre os respondentes da amostra, idosos e informantes substitutos, com a intenção de analisar se haveria diferenças das respostas entre os mesmos, verificou-se que a média geral do apoio percebido dos idosos foi de 4,2 (DP=0,4) e que nas respostas dos informantes substitutos, a média geral de apoio percebido foi de 4,1 (DP=0,4), com diferença estatisticamente significativa. É possível que os idosos percebam contar com mais apoio do que os acompanhantes. Acredita-se, entretanto que a utilização dos informantes substitutos no presente estudo permitiu avaliar a rede e o apoio social dos que eram aparentemente os idosos mais dependentes e fragilizados da amostra.

Na Tabela 10 são apresentadas as correlações realizadas do apoio social percebido com as principais variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, arranjo familiar, estado conjugal número de filhos e número de pessoas na residência. Os resultados da associação do apoio social com as variáveis sociodemográficas, arranjo familiar, estado conjugal e número de pessoas na residência apresentaram significância estatística, com um valor de  $p \leq 0,05$ . Esses resultados reforçam a relação entre o apoio social, o estado conjugal, o arranjo familiar e a co-residência como componentes importantes na percepção de apoio social do idoso. Em estudo de Pinto (2006), no qual descreveu as características do apoio social e identificou associações entre as variáveis sociodemográficas e categorias de suporte social em uma população rural, o autor identificou que nas residências multi geracionais o idoso percebia um maior apoio prático. Idosos com maior probabilidade de apresentar alguma inadequação de apoio social predominavam entre os analfabetos, os solteiros e os de menor renda.

Além disso, no presente estudo, as mulheres, os idosos que viviam com 2 gerações, os que tinham até oito anos de estudo, os casados e viúvos apresentaram os maiores escores de apoio total percebido.

Como já discutido na análise descritiva, para a OMS (2005), em muitas sociedades, homens têm menos chance do que as mulheres de obter redes de apoio social. No estudo de Robles (2000) o tamanho da rede e o apoio social percebido por mulheres são maiores, assim como nos idosos casados e viúvos, resultados semelhantes aos do presente estudo. Em estudo de Rosa (2007) na qual

utilizou os índices de frequências e diversidade de contatos, o status de coabitação e a situação conjugal para investigar as redes sociais e a disponibilidade de apoio de 1568 idosos no município de São Paulo, demonstrou que o estado civil influenciou o tamanho da rede, pois mulheres e homens solteiros apresentavam frequência de contatos mais baixas. Homens e mulheres na condição conjugal solteiro experienciaram piores níveis de apoio social no que diz respeito à frequência de contatos, à diversidade desses contatos e ao apoio recebido e prestado.

As pessoas idosas, segundo a OMS (2005), apresentam maior probabilidade de perder parentes e amigos, de serem mais vulneráveis à solidão, ao isolamento social e de ter menor grupo social. O isolamento social e a solidão na velhice estão ligados a um declínio de saúde tanto física como mental. No presente estudo fica evidente que residir com familiares, de qualquer geração, confirma uma maior percepção de apoio social, que pode ser de ordem emocional ou prática.

Em estudo de Griep (2005) no qual verificou a validade de um constructo de uma escala de apoio social utilizada em um estudo de coorte de trabalhadores de uma universidade no Rio de Janeiro, foram encontrados resultados que confirmam que pessoas casadas apresentavam maior chance de perceber níveis mais altos de apoio, quando comparados aos não casados. No presente estudo observou-se que os idosos solteiros, os divorciados e os que moravam sozinhos apresentaram as piores médias de apoio social percebido, resultados semelhantes aos estudos apresentados.

### 6.3 Análise da rede de apoio e apoio recebido/ fornecido duas semanas após a alta do idoso

Com relação ao tamanho da rede dos idosos da amostra (n= 29), verificou-se que os sujeitos da pesquisa declararam menos pessoas na sua rede de apoio, em um momento em que estavam se recuperando de uma internação hospitalar, duas semanas após a alta. Com isso, confirma-se que a rede de apoio é dinâmica e pode se contrair, principalmente em um momento em que o idoso necessita de auxílio e amparo. Chama a atenção ainda que, no presente estudo, o tamanho da rede foi de 4,8 em média, enquanto que para esses idosos que permaneceram hospitalizados a média já era inferior (3,7) na sua chegada à emergência. Para Rosa (2004) cada indivíduo e seu relacionamento dentro de uma rede social representam um sistema

dinâmico e complexo, portanto não é surpreendente que tal sistema engendre uma complexa relação com desfechos em saúde.

Para Sluzki (1997) a presença de uma doença – especialmente quando se trata de uma doença crônica, debilitante ou isolante, produz um impacto nas interações entre os indivíduos (e sua família imediata) e a rede social mais ampla, por meio de diferentes processos inter-relacionados. As doenças possuem um efeito interpessoal aversivo, ou seja, geram nos outros condutas evitativas. Os pacientes acabam se sentindo colocados numa espécie de bolha de isolamento, expressa não somente em termos de distância interpessoal, mas também numa maior inércia ou resistência à ativação do contato por parte da rede social.

Em uma situação de emergência, pela qual os idosos do presente estudo estavam passando, o apoio social é um elemento de extrema importância para que os indivíduos consigam enfrentar esta situação de estresse em um ambiente hospitalar. A família é um componente importante na recuperação e manutenção da saúde do indivíduo idoso e ainda pode amenizar com carinho, atenção e cuidado – todo o processo de internação hospitalar, no entanto, são os mais vulneráveis que parecem contar com uma rede menor (comparando com a média geral do estudo) e com menor apoio.

Em relação ao apoio recebido pelos idosos, verificou-se que o mesmo aumentou de 2,2 itens para 3,4 itens, com diferença estatisticamente significativa. Nas visitas aos domicílios dos idosos ainda, observou-se que alguns idosos não estavam completamente recuperados da internação hospitalar e muitos estavam precisando de cuidados dos familiares. Este fato mostra a vulnerabilidade dos mesmos e demonstram que os idosos do estudo receberam mais apoio da família nas duas semanas após a alta hospitalar, pois muitos precisaram de medicamentos, caronas, dinheiro, cuidados pessoais e até mesmo auxílio para se locomover. Essas informações vão de encontro das afirmações de Siqueira (2004) que relata que hospitalização do idoso desencadeia uma cascata de eventos que freqüentemente culmina na diminuição da capacidade funcional e da qualidade de vida. Assim, para Dutra (2011), a hospitalização não resulta em melhora de saúde; pelo contrário, há correlação com aumento da taxa de mortalidade e morbidade, piora do prognóstico e predisposição ao processo de fragilização do idoso.

Por outro lado, esses dados também mostraram e confirmaram que a família ainda é a principal fonte de apoio dos idosos do estudo. Para a OMS (2005), nos

países em desenvolvimento, os idosos que precisam de assistência tendem a confiar na ajuda da família, em transferências de serviços informais e em economias pessoais e o apoio formal ainda é incipiente.

Em relação ao apoio oferecido pelos idosos da amostra, verificou-se que o mesmo diminuiu com significância estatística, de 1,5 itens para 0,9 itens. O apoio fornecido pelos idosos, que já era em menor proporção se comparado com o apoio oferecido pela família, ficou ainda menor duas semanas após a alta hospitalar. Esses achados confirmam os resultados já apresentados, demonstrando que os idosos estavam sem condições de prover o apoio que era oferecido anteriormente à internação no serviço de emergência. Mesmo sem avaliar a capacidade funcional dos idosos do estudo, percebeu-se que os mesmos estavam mais debilitados e precisando de auxílio de uma rede formal, evitando assim as utilizações repetidas do serviço de emergência e as reinternações hospitalares. É por isso que os idosos deixaram de cuidar dos netos, realizarem serviços ou até mesmo contribuir com dinheiro, pois estavam em um processo de recuperação (ou não) de uma enfermidade. À medida que os idosos adoecem a maior parte destas ajudas fornecidas por eles se reduzirão e aumentará a necessidade de serem cuidados por seus familiares. Para Dalbosco (2009), existem chances de que o sistema psicológico do idoso que estava hospitalizado fique abalado, pois, além das questões orgânicas, ele estava em um contexto que o privava de seu conforto do lar, do contato com os familiares, amigos, o que o impossibilitava de seguir a sua rotina diária, necessitando, muitas vezes receber mais apoio da família do que conseguindo oferecer apoio para ela.

É importante citar ainda que três idosos foram a óbito no período das duas semanas após a alta hospitalar, o que só foi descoberto quando a pesquisadora foi fazer o contato para realizar a visita no domicílio. Este achado demonstra como esse período após a alta hospitalar é crítico e como é importante que o idoso esteja recebendo apoio dos sistemas de suporte formais e informais.

Os sistemas de saúde atuais, segundo a OMS (2005), estão organizados com base em cuidados na fase aguda das doenças, por isso a importância do trabalho em rede dos serviços de saúde, que inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento apropriado de doenças crônicas, a provisão equânime de apoio comunitário e cuidados paliativos e de longo prazo durante todos os estágios da vida.

Na Tabela 12, observou-se que as maiorias dos idosos que recebiam apoio de uma instituição formal continuaram recebendo e que apenas um idoso que não recebia apoio de uma instituição formal, passou a receber apoio formal duas semanas após a alta. Os resultados não tiveram significância estatística. Nesses casos o único tipo de apoio identificado foi o fornecimento de medicamentos pelos serviços de saúde. Não foram relatados pelos respondentes outras modalidades de atenção, como por exemplo, a visita domiciliar, instrumento de trabalho importante a ser utilizado após um período de hospitalização.

## 7 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu identificar o perfil sócio-demográfico, de saúde, de apoio recebido e fornecido, a rede formal e informal e o apoio social percebido dos idosos que utilizaram o serviço de emergência do HCPA. Além disso, permitiu realizar associações do apoio social percebido com as principais variáveis sociodemográficas do estudo.

Os idosos que participaram deste estudo eram na sua maioria, do sexo feminino, procedentes do município de Porto Alegre e encontravam-se na faixa etária dos 60 aos 69 anos. Com relação ao estado conjugal dos idosos, predominaram os que eram casados, seguidos pelos viúvos. A maior parte dos idosos era aposentada, possuía até 4 anos de estudo e uma renda familiar de até 2 salários mínimos.

Identificou-se que os participantes tinham em média 3,5 filhos e a média de pessoas no domicílio do idoso foi de 2,9. A maior parte dos idosos morava com os familiares, caracterizando a co-residência e domicílios intergeracionais. Por outro lado, chamou a atenção que 16,9% dos idosos moravam sozinhos.

Com relação às características de saúde dos respondentes, quase a metade referiu ter a saúde ruim ou muito ruim e os grupos de morbidades autorreferidas predominantes eram cardiovasculares, neoplasias e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Destacaram-se também os usuários idosos do serviço de emergência que relataram não serem portadores de nenhuma doença crônica.

Com relação ao apoio recebido da família, a maior parte dos idosos declarou receber apoio da família, para o cuidado pessoal, o auxílio para se locomover, o dinheiro e a moradia. Com relação ao apoio fornecido pelos idosos do estudo, a maioria também relatou oferecer algum tipo de apoio, destacando-se o dinheiro, cuidado dos netos e serviços.

Apesar das relações de troca terem ocorrido nos dois sentidos, o fluxo foi muito maior no sentido da família para os idosos do estudo. Por isso, alternativas de apoio devem ser buscadas para dar suporte ao idoso e seus familiares também. Nesse contexto, é importante que seja oferecido suporte formal àqueles que desempenham o papel de cuidadores dos idosos que dependem exclusivamente do suporte informal. Essas ações devem objetivar a prevenção de doenças e a promoção da saúde, que poderiam ser planejadas com o apoio das unidades

básicas de saúde sob a Estratégia Saúde da Família. Isso não exclui os serviços de saúde de maior complexidade, como os serviços de emergência, que podem se envolver na continuidade da assistência ao idoso, por meio de programas de pós-alta hospitalar ou até mesmo realizando a contra referência do usuário, fazendo a conexão do idoso com outros serviços de saúde existentes na rede de cuidados à saúde.

As relações de solidariedade e confiança entre as pessoas, grupos e comunidades são fundamentais para a promoção e a proteção da saúde do indivíduo idoso e a coletividade. Ter uma rede de apoio e perceber o apoio recebido de seus componentes proporciona a melhoria das condições de saúde e bem-estar, e como consequência disso, possibilita que os idosos sejam participantes ativos no seu modo de produzir saúde.

Considerando o apoio de uma instituição formal, quase três quartos dos idosos declararam receber apoio de uma instituição, com destaque para os serviços de saúde, Governo Federal e Governo Municipal. Os principais tipos de apoio recebidos foram os medicamentos, o BPC e a cesta básica, o que se considera aquém do necessário.

Ao analisar os resultados do IRSS, o tamanho da rede de apoio dos idosos foi em média de 4,8 pessoas/grupos/serviços, mas a distribuição do tamanho da rede foi bastante heterogênea: Um pouco mais de um terço tinha uma rede pequena, um terço tinha uma rede média (considerado o ideal) e o outro terço tinha uma rede denominada numerosa. As principais fontes de apoio dos idosos estudados foram os filhos, seguidos dos sobrinhos e netos, irmãos e cunhados e genros e noras. A rede formal citada foi incipiente. Destacou-se ainda, a importância dos amigos e dos vizinhos, que são também fontes de apoio informal.

Algumas questões que não foram respondidas no final deste estudo: Porque os idosos que não declararam nenhuma morbidade estavam buscando o SE? Porque o HCPA foi uma das únicas instituições citadas da rede formal? Porque a atenção básica e as ações de cuidado prestadas por ela foram raramente citadas? Porque o fornecimento de medicamentos foi um dos únicos serviços lembrados pelos usuários como fornecimento de apoio de uma instituição formal? Onde estão os profissionais de saúde e o vínculo estabelecido (ou não) com o idoso? Estas são questões que ficam para reflexão e que podem apoiar os gestores de saúde no planejamento de suas ações, bem como suscitar novos projetos de pesquisa.

Os usuários idosos não pensaram em outras possibilidades da rede, ou talvez visualizassem aquele serviço como única alternativa para a resolução de seus problemas de saúde. Isso mostra possíveis fragilidades no sistema de saúde, pois os usuários acreditam que irão resolver os seus problemas de saúde, com um atendimento, um exame ou uma prescrição médica, quando na verdade os doentes crônicos necessitam de uma assistência contínua.

A organização dos serviços de saúde em rede pode melhorar a qualidade dos serviços, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. As políticas, programas, portarias, estatutos e até normas para a regulação e estabelecimento das redes de atenção ao idoso já estão dadas e são conhecidas por gestores e profissionais de saúde. Para atingir os objetivos da Política Nacional de Saúde do Idoso, os protocolos estabelecem a implantação das redes de atenção ao idoso, permitindo um envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, sua autonomia e mantendo o nível de qualidade de vida. Por isso é importante que se coloque em prática o estabelecimento das redes de apoio e o fortalecimento da organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos mais vulneráveis de idosos. Acredita-se que se faz necessário o fortalecimento das redes, a implantação de modalidades de atenção alternativas e a articulação das políticas de saúde às várias dimensões do cuidado.

É importante também, apostar no vínculo entre o profissional de saúde e usuário. Esse vínculo pode contribuir no entendimento da família com os aspectos do envelhecimento e dependência e pode estimular a participação da mesma no cuidado ao indivíduo idoso.

O apoio social total percebido dos idosos da amostra teve uma média de 4,2 (DP= 0,4) e a mediana de 4,3, demonstrando elevada percepção de apoio social dos participantes. Ao analisar o apoio percebido parcial, de cada uma das cinco fontes de apoio, observou-se que as médias foram diminuindo ao se comparar a primeira fonte com a quinta fonte de apoio citada. Além disso, com a utilização dos informantes substitutos no presente estudo foi permitido avaliar a rede e o apoio social dos que eram aparentemente os idosos mais dependentes e fragilizados da amostra.

O apoio social é um constructo multidimensional, que tem diferentes conceitos e tipos, sendo difícil, portanto de avaliar esse conceito. No presente estudo, o IRSS

capturou avaliações subjetivas do indivíduo em relação ao apoio social de acordo com a ajuda recebida ou até, um apoio que o indivíduo esperava dos outros.

O IRSS revelou-se um instrumento de fácil aplicação, sendo possível ser utilizado pelos profissionais da área da saúde e espera-se que os resultados deste estudo ofereçam subsídios para a elaboração de protocolos de avaliação das redes de apoio e do apoio social dos idosos, em todos os níveis de atenção e para os serviços de emergência.

Os resultados deste estudo sugerem também que os conhecimentos sobre as redes e o apoio social em idosos poderiam ser melhorados por estudos que incluam as dimensões do apoio social e também por avaliações qualitativas e subjetivas do apoio social, incluindo aspectos negativos como conflitos, tensões, funcionalidade da rede familiar, sobrecarga do cuidador, componentes estes, que não foram abrangidos no presente estudo, mas que foram percebidos pela pesquisadora no período da coleta de dados.

Ao analisar as médias do apoio social percebido e relacionar com as variáveis de interesse, identificou-se que os idosos que viviam com 2 gerações, os casados e viúvos e os que tinham quatro ou seis pessoas na residência apresentaram maior percepção de apoio. Esses dados tiveram significância estatística, evidenciando a importância da co-residência e da convivência entre as gerações na percepção do apoio para o indivíduo idoso.

Ao analisar a rede de apoio e o apoio recebido/fornecido duas semanas após a alta hospitalar identificou-se que o tamanho da rede de apoio social diminuiu, porém sem significância estatística, que o apoio recebido da família aumentou significativamente e que o apoio oferecido pelo idoso para a família diminuiu, também com significância estatística.

Foi avaliado o apoio recebido e fornecido em dois momentos: no momento da internação e duas semanas após a alta hospitalar. Nesse sentido, foi possível captar as influências de um evento vital na percepção de apoio, que foi um agravo à saúde acompanhado de hospitalização dos idosos do estudo.

Por isso, é essencial conhecer os laços de parentesco e de amizade dos idosos e buscar todo tipo de informação pertinente que possa auxiliar na construção de seu perfil. Buscar dados sobre os membros pertencentes à rede de apoio do indivíduo idoso é de grande importância para aproveitar adequadamente os recursos que ela pode proporcionar.

Além disso, os profissionais de saúde necessitam direcionar o seu olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente assistencial para o alcance do sucesso terapêutico. Isso significa trabalhar articulando os dois sistemas de suporte do idoso: o formal e o informal.

É preciso dar destaque para o crescimento da população idosa e suas necessidades, pois se considerarmos a crescente demanda de atenção a essa população, da utilização dos serviços de saúde, com o aumento das doenças crônicas e o declínio da capacidade funcional, o desafio para a família será ainda maior do que já é para os profissionais de saúde. Por isso as pesquisas na área devem ser incentivadas, a fim de ampliar as análises das redes e as relações entre o apoio social e as variáveis sociodemográficas, bem como estudar as influências das intervenções de enfermagem na percepção do apoio social.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.R.M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611. 2011.

BALLANI, T.S.L.; OLIVEIRA, M.L.F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.5, p. 488-494. 2007.

BARRERA, J.R. Distinctions between social support concepts, measures and models. **Am J Community Psychol.**, Washington, v. 14, n.5, p. 413-45. 1986.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 52, p. 1-7. 1994.

BIANCO, A.; PILEGGI, C.; ANGELILLO, I.F.; Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. **Public Health.**, v. 17, p. 250-55. 2003.

BILOTTA, C. et al. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. **Aging & Mental Health.**, v.14, n.8, p. 1024–1036. 2010.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.25, n.1, p. 44-55. 2004.

BRASIL. **Lei 8742, de 07 de dezembro de 1993.** Lei Orgânica de Assistência Social. Brasília, 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996.** Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2010.

BRASIL. **Lei 8842, de 04 de janeiro de 1994, e Decreto 1948, de 03 de julho de 1996.** Política Nacional do Idoso. Brasília: MPAS/SAS, 1997. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>>. Acesso em: 10 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 09 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 237-E, p.21, 13 de dezembro, seção 1, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes estaduais de atenção à saúde do idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto do Idoso. Brasília: Casa Civil, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações. HIPERDIA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id\\_area=807](http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807)>. Acesso em: 17 de janeiro de 2011.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Brasília: Ministério da saúde, 2011b.

BRASIL. Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de fevereiro, 2011c.

BÓS, A.M.G.; BÓS, A.J.G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 38, n.1, p. 113-20. 2004.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-781. 2003.

CALLEGARI-JAQUES, S.M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGOS, M.C.S.; MACHADO, C.J.; RODRIGUES, R.N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37-51, jan./jun. 2007.

CARRET, M.L.V.; FASSA, A.G.; KAWACHI, I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Serv Res.**, v.7, n.131, p. 1-9. 2007.

CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 6, n. 2, p. 254-271. 2004.

CHAPPELL, N.; MCDONALD, L.; MICHEL, S. Social support and caregiving. In: CHAPPELL, N.; MCDONALD, L.; MICHEL, S. **Ageing in contemporary**. 2. Ed. Toronto: Pearson Education, 2007

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

CERQUEIRA, A.T.A.R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. São Paulo: OPAS, 2003. p. 145-65.

DALBOSCO, S.N.P. **O idoso hospitalizado: perspectivas do próprio sujeito a respeito de si mesmo, dos familiares e dos profissionais cuidadores**. (Dissertação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

DOMÍNGUEZ, M.T. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v.21, n.2, p. 242-9. 2009.

DUTRA, M.M et al. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.45, n.1, p. 106-112. 2011.

FERNANDES, M.G.M.; FRAGOSO, K.M. Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. **Revista de APS.**, Juiz de Fora, v. 8, n.2. 2005.

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. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1575-1585. 2004.

FLAHERTY, J.A.; GAVIRIA, F.M.; PATHAK, D.S. The measurement of social support: the Social Support Network Inventory. **Compr Psychiatry.**, Philadelphia v.24, n.6, p. 521-9. 1983.

FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr.**; n.12, p. 189-198. 1975.

FRIED, L.P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W.R. et al. **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 5 ed. New York: MacGraw-Hill, p. 1487-502. 2003.

GÓIS, A.L.B.; VERAS, R.P. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.6, p. 2859-69. 2010.

GOMES-VILLAS BOAS, L.C. et al. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes *mellitus*. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n.3, p. 390-6. 2009.

GOLDIM, J.R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GONÇALVES, A.V.F. **Avaliação do acolhimento à pessoa idosa no serviço de emergência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. (Dissertação) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

GRIEP, R.H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.21,n.3, p. 703-714. 2005.

GRUNEIR, A.; SILVER, M.J.; ROCHON, P.A. Emergency Department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness and consequences of unmet health care needs. **Med Care Res Rev.**, v.68,n.2, p. 131-155. 2011.

HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de Emergência**. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/453/684/>>. Acesso em: 27 de outubro de 2010.

HOUSE, J.S. Social support and social structure. **Sociological Forum.**, v.2, n.1, p. 135-146. 1987.

HUTCHISON, C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. **J Adv Nurs.**, v.29, n.6, p. 1520-6. 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um panorama da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do Censo Demográfico 2010. [Censo Demográfico 2010] Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011b.

JÓIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M.R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude.**, Brasília, v.17, n.3, p. 187-194. 2008.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.21, n.3, p. 200-10. 1987.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.2, p. 198-205. 2009.

LEMES, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte Social ao idoso dependente. In: FREITAS, E.V., et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1227-33.

LIMA, E.D.R.P.; NORMAN, E.M.; LIMA, A.P. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. **J Nurs Scholarsh.**, v. 37, n.3, p. 258-60. 2005.

LOUVISON, M.C.P.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v.42, n.4, p. 733-4. 2008.

MAAS, M.L. et al. Outcomes of family involvement in care intervention for caregivers of individuals with dementia. **Nursing Research.**, Chapell Hill, v. 53, p. 76-86. 2004.

MARTINS, R.M.L. A relevância do apoio social na velhice. **Educação, ciência e tecnologia.**, Viseu, p. 128-134. 2005.

MARTINS, P.H.; PINHEIRO, R. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/LAPPIS, 2011.

MATTOS, R.A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A.(Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. CEPESC: ABRASCO, 2007.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais.**, Belo Horizonte, v.18, n.4, p. 3-11. 2008.

MCCUSKER, J.; VERDON, J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. **J Gerontol Med Sci.**, Washington, v.61, n.1, p. 53-62. 2006.

NORIEGA, J.A.V.; QUINONES, T.I.S.; GUEDEA, M.T.D. Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. **Rev Intercont Psicol Educ.**, Cidade do México, v.7, n.2, p. 57-78. 2005.

PORTO ALEGRE. **OBSERVAPOA**. Observatório da cidade de Porto Alegre. Prefeitura de Porto Alegre: 2011. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php>> Acesso em: 13 de janeiro de 2012

OLIVEIRA, G.N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.19, n.3. [09 telas]. 2011.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 3ª ed. rev. São Paulo: Edusp, 1996.

PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-68. 2007.

PAPALÉO NETTO M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PEIXOTO, S.V. et al . Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-46. 2004.

PINTO, J.L.G. et al. Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 753-764. 2006.

PRICE, B. How to map a patient's social support network. **Nursing Older People.**, v. 23, n.2, p. 28-35. 2011.

RAMOS, L. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 27, n.2, p. 87-94. 1993.

RAMOS, M.P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias.**, Porto Alegre, v.4, n.7, p. 156-175. 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 23/09/2011. Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação Cidadã. Disponível em: <<http://www.scp.rs.gov.br/atlas/default.asp>>. Acesso em 20 de janeiro de 2012.

ROBLES, L. et al. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 557-560. 2000.

RODRIGUEZ, J.D. Family and community-based care: the supports for care plan implementation. In: OSTERWEIL, D., BRUMMEL- SMITH, K., BECK, J. **Comprehensive Geriatric Assessment**. New York: McGraw-Hill, 2000.

RODRIGUEZ, J.P. et al. Filtro sanitário en la urgencias médicas: Un problema a reajustar. **Revista Cubana de Med.**, Cuba, v.40, n.3, p. 181-8. 2001.

ROMERO, E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, vol.7, n.4, p. 777-794. 2002.

ROSA, T.E.C. Redes de apoio social. In: LITVOC, J.; BRITO, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 203-217.

ROSA, T.E.C. **Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida** (Tese) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ROSA, T.E.C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2982-2992. 2007.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SAAD, P.M. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.) **SABE: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. São Paulo: OPAS, 2003. p. 203-210.

SAAD, M.P. Transferência de apoio Inter geracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A (Org.) **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

SABORIT, A.R. **Apoio social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiênci renal crônica en hemodiálisis**. (Dissertação). Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba, 2003.

SILVESTRE, J.A.; COSTA, M.M.N. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 839-847. 2003.

SILVA, V.P.M. et al. Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina.**, Florianópolis, v.36, n.4. 2007.

SIQUEIRA, A.B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Publica.**, São Paulo, v. 38, n.5, p. 687-94. 2004.

SOARES, F.V. et al. **Programas de transferências de renda no Brasil: impacto sobre a desigualdade**. Brasília: IPEA, 2006. (Texto para discussão, n. 1228).

SOUZA, A.I.; SILVER, L.D.; GRIEP, R.H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.23, n.5, p. 625-631. 2010.

SOUZA, M.A.A.; PEIXOTO, M.L.; MACEDO, A.G. Idosos mediadores do cuidado de si: resistência e subjetivação em redes de interação no cuidado da saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H (Org.) **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/LAPPIS, 2011a.

SOUZA, C.C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, [08 telas], jan-fev. 2011b.

SOK, S.R.; YUN, E.K. A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea. **J Clin Nurs.**, Oxford, v. 20, p.1606-1612. 2011.

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

TERRA, N.; SILVA, R.; SCHIMEDT, O. **Tópicos em geriatria II**. Porto Alegre: Edipucrs, 2007.

THOITS, P.A. Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? **J Health Soc Behav.**, (spec n), p.53-79. 1995.

TSAI, H.H. et al. Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. **Aging & Mental Health.**, v.14, n.8, p. 947-954. 2010.

VALERA, R.B.; TURRINI, R.N.T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Ciencia y Enfermeria.**, Concepción, v.15, n.2, p. 87-95. 2008.

VERAS, R. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALÉO NETTO (Org.). **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento numa visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. P. 383-393.

VERAS, R.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento na população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 225-33. 1987.

VERAS, R.; PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2479-89. 2007.

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

- 1) No horário estipulado, o primeiro usuário com idade igual ou superior a 60 anos a ser atendido no acolhimento após realização da classificação de risco pela enfermeira, será convidado a participar da pesquisa;
- 2) Apresentar-se para o usuário;
- 3) Dirigir-se ao consultório de semiologia ou sala de coleta de escarro para realizar a entrevista com o usuário (ou um lugar que garanta privacidade);
- 4) A coleta de dados será realizada no turno da manhã (1 usuário), no turno da tarde ( 2 usuários) e turno da noite ( 1 usuário);
- 5) As entrevistas dos dois usuários do turno da tarde serão realizadas sucessivamente;
- 6) Caso o primeiro usuário do horário seja encaminhado diretamente ao BOX de urgência e a classificação de risco seja roxa (atendimento imediato) ou vermelha (alto risco), a entrevista será realizada com o idoso ou acompanhante, **24 horas após** a chegada no serviço de emergência. Anotar o nome e número do prontuário, combinar com o familiar um horário e comunicar (por e-mail) a pesquisadora que estará presente no dia seguinte e realizará a pesquisa;
- 7) Ao realizar a coleta dos usuários classificados como roxo e vermelho (no dia seguinte), realizar a entrevista com o usuário do dia anterior e o usuário do turno vigente;
- 8) Explicar os objetivos da pesquisa;
- 9) Fornecer o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Caso o usuário apresente dificuldade de comunicação ou apresentar o MEEM < 12, a entrevista será realizada com o acompanhante e este deve assinar o termo de consentimento (do acompanhante) com o nome do usuário. Registrar na planilha a presença do acompanhante. Uma cópia do TCLE deve ficar com o entrevistado e a outra com o pesquisador;
- 10) Investigar os critérios de inclusão:
  - a) Usuário com idade igual ou superior a 60 anos,
  - b) Obter 13 pontos ou mais no MEEM (Mini exame do estado mental),
  - a) Caso o idoso apresente 12 pontos ou menos no MEEM, entrevistar o acompanhante.

- 11) Investigar os critérios de exclusão:
  - a) Idoso sem condições de responder à entrevista ou com 12 pontos ou menos no MEEM e que esteja **sem** acompanhante,
  - b) Usuário transferido para outros locais imediatamente após sua admissão no serviço de emergência,
  - c) Idosos que forem à óbito,
  - d) Registrar na planilha qual o motivo da exclusão.
- 12) Caso o usuário não aceitar participar do estudo, registrar na planilha e abordar o próximo usuário a ser entrevistado;
- 13) Realizar a entrevista:
  - a) Inicialmente deve ser aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM),
  - b) Após será aplicado o Inventário da Rede de Suporte Social (IRSS),
  - c) E por fim, será aplicado um questionário estruturado sobre características sócio-demográficas, de saúde e apoio social dos idosos participantes da pesquisa.
- 14) A leitura do instrumento será em voz alta, para facilitar o entendimento, principalmente daquelas pessoas com dificuldades visuais ou com baixa escolaridade.

## APÊNDICE B

### PLANILHA PARA REGISTRO DOS ENTREVISTADOS

	<b>Redes e apoio social percebido por idosos usuários de um serviço de emergência</b>
<b>MÊS:</b>	
<b>PERGUNTAS</b>	
1. Entrevistado:	<input type="checkbox"/> 1.1 PACIENTE <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 1.2 ACOMPANHANTE</span>
2. Prontuário:	<input type="checkbox"/> 2.1 PRONTUÁRIO NÚMERO: <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 2.2 BOLETIM ATENDIMENTO NÚMERO:</span>
3. Motivo da exclusão:	<input type="checkbox"/> 3.1 ENCAMINHADO AO PRONTO ATENDIMENTO INTERNO <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 3.2 DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO SEM ACOMPANHANTE</span>
	<input type="checkbox"/> 3.3 ÓBITO <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 3.4 NÃO ACEITOU PARTICIPAR DA PESQUISA</span>

DATA	COLETA	RESPOSTAS
	Manhã 9h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
	Tarde 15h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
Noite 20h	Pesquisador:	
	1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4	
	Manhã 10h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
	Tarde 16h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
Noite 21h	Pesquisador:	
	1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4	
	Manhã 11h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
	Tarde 17h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
Noite 22h	Pesquisador:	
	1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4	
	Manhã 8h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
	Tarde 14h	Pesquisador:
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
		1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4
Noite 19h	Pesquisador:	
	1. <input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 2. <input type="checkbox"/> 2.1 <input type="checkbox"/> 2.2 3. <input type="checkbox"/> 3.1 <input type="checkbox"/> 3.2 <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.4	

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “REDES E APOIO SOCIAL PERCEBIDO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA”. O objetivo da pesquisa é conhecer quem são as pessoas e serviços/instituições que auxiliam e apóiam o idoso que está sendo atendido no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Será realizada uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos.

Caso o senhor (a) resida no município de Porto Alegre, a pesquisadora solicita autorização para realizar uma visita na sua residência após contato telefônico, duas semanas após o seu atendimento ou internação. Na sua residência, algumas perguntas da primeira entrevista serão repetidas.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será em duas vias, ficando uma via com o Sr(a) e outra com a pesquisadora responsável. As informações coletadas no decorrer da presente pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa, e serão divulgadas em trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária e lhe será garantido o direito de desistir dela a qualquer momento em que assim o desejar. Sua desistência não trará nenhum prejuízo no atendimento no HCPA. A participação nesta entrevista não oferece riscos para a sua saúde, apenas um desconforto em relação ao tempo para realização da mesma. A pesquisa é realizada pela enfermeira Andreivna Kharenine Serbim, mestranda do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da professora e enfermeira Lisiane M. Girardi Paskulin e as pesquisadoras estão à disposição para esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa do estudo. A pesquisa traz como benefício conhecer as redes de apoio dos usuários idosos, em um momento de agravo nos quais mais necessita de apoio de uma rede formal e informal, auxiliando o planejamento em saúde.

Assim, declaro que estou ciente dos objetivos, justificativa e benefícios da pesquisa em questão e concordo em participar da mesma. Fui também informado: da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida, da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para mim ou a pessoas a qual acompanho, da segurança de que não serei identificado e que será mantida a confidencialidade das informações relacionadas à minha pessoa.

Nome do participante: \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/2011.

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável: \_\_\_\_\_

Telefone contato: 9361-7526/3012-8282 Telefone Comitê de Ética em Pesquisa: 3359-7640

**APÊNDICE D**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “REDES E APOIO SOCIAL PERCEBIDO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA”. O objetivo da pesquisa é conhecer quem são as pessoas e serviços/instituições que auxiliam e apóiam o idoso que está sendo atendido no serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Será realizada uma entrevista com duração aproximada de 30 minutos.

Caso o idoso não tiver condições de responder à entrevista, a mesma será realizada com o acompanhante, que participará da pesquisa. Pedimos que você tente se colocar no lugar do idoso que está acompanhando e responda às perguntas como se fosse ele. Em nenhum momento seu nome ou do idoso que você acompanha aparecerá nos resultados apresentados.

Caso o idoso resida no município de Porto Alegre, a pesquisadora solicita autorização para realizar uma visita na residência após contato telefônico, duas semanas após atendimento ou internação. Na sua residência, algumas perguntas da primeira entrevista serão repetidas.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação neste estudo. A assinatura será em duas vias, ficando uma via com o Sr(a) e outra com a pesquisadora responsável. As informações coletadas no decorrer da presente pesquisa servirão para compor o relatório da pesquisa, e serão divulgadas em trabalhos científicos. Em nenhum momento seu nome aparecerá nos resultados apresentados. Sua participação é voluntária e lhe será garantido o direito de desistir dela a qualquer momento em que assim o desejar. Sua desistência não trará nenhum prejuízo no atendimento no HCPA. A participação nesta entrevista não oferece riscos para a sua saúde, apenas um desconforto em relação ao tempo para realização da mesma. A pesquisa traz como benefício conhecer as redes de apoio dos usuários idosos, em um momento de agravo nos quais mais necessita de apoio de uma rede formal e informal, auxiliando o planejamento em saúde.

A pesquisa é realizada pela enfermeira Andreivna Kharenine Serbim, mestranda do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob orientação da professora e enfermeira Lisiane M. Girardi Paskulin e as pesquisadoras estão à disposição para esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa do estudo.

Assim, declaro que estou ciente dos objetivos, justificativa e benefícios da pesquisa em questão e concordo em participar da mesma. Fui também informado: da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida, da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para mim ou a pessoas a qual acompanho, da segurança de que não serei identificado e que será mantida a confidencialidade das informações relacionadas à minha pessoa.

Nome do idoso: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/2011.

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Nome do acompanhante: \_\_\_\_\_

Assinatura do acompanhante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável: \_\_\_\_\_

Telefone contato: 9361-7526/3012-8282 Telefone Comitê de Ética em Pesquisa: 3359-7640

**APÊNDICE C**

**QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO SOBRE CARACTERÍSTICAS  
SÓCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E APOIO SOCIAL DOS IDOSOS PARTICIPANTES  
DA PESQUISA.**

<p>A1)Entrevista realizada com: (1) idoso  (2) acompanhante</p>	<p>AENTREV __</p>
<p>A2) Se acompanhante, qual o grau de parentesco/relacionamento?</p> <p>(1) amigo (a)                      (5) neto (a) (2) vizinho (a)                      (6) sobrinho (a) (3) cônjuge                          (7) outro _____ (4) filho (a)</p>	<p>APARENT __</p>
<p>A3) Idade __ (anos completos)  Dia/Mês/Ano de nascimento __/__/__</p>	<p>AIDADE __ __ __  AMANO__ __ __ __</p>
<p>A4) Sexo (1)masculino  (2) feminino</p>	<p>ASEXO__</p>
<p>A5) Procedência: (1) Porto Alegre (2) Região metropolitana (3) outro município do RS____ (4) outro estado_____</p>	<p>APROCED _____</p>
<p>A6) Escolaridade (em anos):  _____anos</p>	<p>AESCOLA _____</p>
<p>A7) Ocupação atual: (1) aposentado (2) pensionista</p>	<p>AOCUPA _____</p>

<p>(3) dona de casa  (4) não trabalha/desocupado/biscates  (5) outro _____</p>	
<p>A8) Estado conjugal (1) casado  (2) viúvo  (3) divorciado, separado ou desquitado (sem companheiro atualmente)  (4) solteiro (nunca casou)</p>	<p>AESTCIV _____</p>
<p>A9) Renda familiar (Salário-mínimo)</p> <p>(1) sem rendimentos  (2) até 1 S.M  (3) de 1 até 2 S.M  (4) de 3 até 4 S.M  (5) de 5 até 6 S.M  (6) de 7 até 8 S.M  (7) de 9 até 10 S.M  (8) acima de 10 S.M</p>	<p>ARENDAF _____</p>
<p>A10) Com quem mora?</p> <p>(1) só  (2) cônjuge  (3) filhos  (4) netos  (5) outros _____</p>	<p>AMORA _____</p> <p>Mais de 1 opção:</p> <p>AMORA1 _____</p> <p>AMORA2 _____</p>
<p>A11) Número de filhos (vivos)</p> <p>(0) nenhum _____ - filhos</p>	<p>AFILHO _____</p>
<p>A12) Número de pessoas residentes no domicílio</p> <p>_____</p>	<p>ARESID _____</p>

<p>A13) Estado de saúde auto-referido</p> <p>(1) muito ruim</p> <p>(2) ruim</p> <p>(3) regular</p> <p>(4) bom</p> <p>(5) muito bom</p>	<p>AESTSAU ____</p>
<p>A14) Morbidade autorreferida</p> <p>_____</p>	<p>AMORBID ____</p>
<p>A15) Tipo de apoio recebido da família</p> <p>(1) dinheiro</p> <p>(2) cuidado pessoal</p> <p>(3) auxílio para se locomover</p> <p>(4) moradia</p> <p>(5) não recebe</p> <p>(6) outros_____</p>	<p>APRECEB____</p> <p>Mais de 1 opção:</p> <p>APRECEB1____</p> <p>APRECEB2____</p>
<p>A16 ) Forneceu apoio à família</p> <p>(1) cuidar de neto</p> <p>(2) moradia</p> <p>(3) dinheiro</p> <p>(4) serviços</p> <p>(5) não fornece</p> <p>(6)outros____</p>	<p>AFORN ____</p> <p>Mais de 1 opção:</p> <p>AFORN1____</p> <p>AFORN2____</p>
<p>A17) Recebe ajuda de alguma instituição formal?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p>	<p>ARECEB ____</p>
<p>A18) Se recebe, qual a fonte do apoio formal?</p>	<p>AFONTE____</p>

<p>(1) Governo municipal</p> <p>(2) Igreja</p> <p>(3) Governo Estadual</p> <p>(4) Escola Pública</p> <p>(5) Serviço de Saúde</p> <p>(6) Outro _____</p>	
<p>A19) Tipo</p> <p>(1) Cesta Básica</p> <p>(2) Benefício Prestação Continuada</p> <p>(3) Medicamentos</p> <p>(4) Moradia</p> <p>(5) Outro _____</p>	<p>ATIPO_____</p>
<p>A20) Frequência</p> <p>(1) Mensal</p> <p>(2) Temporário</p>	<p>AFREQ_____</p>

## ANEXO A

## MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

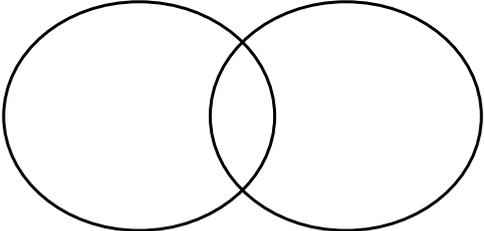
Pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Turno/horário: \_\_\_\_\_

Nº instrumento: \_\_\_\_\_ Nº prontuário: \_\_\_\_\_

<p>B1) Orientação Temporal – Anote 1 ponto em cada resposta correta e 0 nas incorretas</p> <p><i>Por favor, diga-me:</i></p> <p>Dia da semana (_____)</p> <p>Dia do mês(_____)</p> <p>Mês(_____)</p> <p>Ano(_____)</p> <p>Hora aproximada (_____)</p> <p>Total (_____) (codificar somente o valor total)</p>	<p>BORITEM__</p> <p>BORITEM1__</p> <p>BORITEM2__</p> <p>BORITEM3__</p> <p>BORITEM4__</p>
<p>B2) Orientação Espacial - Anote 1 ponto em cada resposta correta e 0 nas incorretas</p> <p><i>Onde estamos? (residência, hospital) (_____)</i></p> <p><i>Em que lugar estamos? (sala, cozinha, pátio) (_____)</i></p> <p><i>Em que bairro estamos? (_____)</i></p> <p><i>Em que cidade estamos? (_____)</i></p> <p><i>Em que estado estamos?(_____)</i></p> <p>Total (_____) (codificar somente o valor total)</p>	<p>BORIESP__</p> <p>BORIESP1__</p> <p>BORIESP2__</p> <p>BORIESP3__</p> <p>BORIESP4__</p>
<p>B3) Registro – Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote – Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo cinco repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e 0 para os que não foram.</p> <p><i>Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O(a) senhor (a) tem alguma dúvida?</i></p>	<p>BREGTOT1__</p> <p>BREGTOT2__</p> <p>BREGTOT3__</p> <p>BNUMREP__</p>

<p>Lembrou=1 Não lembrou=0</p> <p>Árvore (___)</p> <p>Mesa (___)</p> <p>Cachorro (___)</p> <p>Total (___) (codificar valor total)</p> <p>Número de repetições (___) (codificar total de repetições)</p>	
<p>B4)Atenção e Cálculo – Marcar um ponto para cada cálculo ou letra correta</p> <p><i>Vou dizer alguns números e gostaria que contasse de trás para frente</i></p> <p><b>1 3 5 7 9</b></p> <p>(___) (___) (___) (___) (___) Resposta: 9,7,5,3,1</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p><i>Soletre de trás para frente a palavra MUNDO:</i></p> <p>M U N D O</p> <p>(___) (___) (___) (___) (___)</p> <p>Pontuação total: (___) (codificar somente pontuação total)</p>	<p>BATCATOT1__</p> <p>BATCATOT2__</p> <p>BATCATOT3__</p> <p>BATCATOT4__</p> <p>BATCATOT5__</p>
<p>B5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO – Marca um ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem.</p> <p><i>Há alguns minutos, li uma série de palavras de três palavras e o (a) senhor (a) as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.</i></p> <p>Árvore (___)</p> <p>Mesa (___)</p> <p>Cachorro (___)</p> <p>Total (___) (codificar somente pontuação total)</p>	<p>BMEMEVO1__</p> <p>BMEMEVO2__</p> <p>BMEMEVO3__</p>
<p>B6)LINGUAGEM – Marcar um ponto para cada resposta correta</p>	<p>BLINGEM1__</p> <p>BLINGEM2__</p>

<p>Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los (permita 10 segundos para cada objeto)</p> <p>Caneta (___)</p> <p>Relógio (___)</p> <p>Total (___) (codificar somente pontuação total)</p> <p>B7) <i>Repita a frase que vou lhe dizer</i> (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale um ponto.</p> <p>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p> <p>Pontuação (___)</p>	<p>BREPFRA__</p>
<p>B8) Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes, <b>FECHE OS OLHOS</b>, diga-lhe:</p> <p><i>Leia este papel e faça o que está escrito</i> (permita 10 segundos).</p> <p>Pontuação (___) A resposta correta vale um ponto.</p> <p>Diga ao idoso (a):</p> <p><i>Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.</i> (Marcar um ponto para cada resposta correta)</p> <p>Pegar (___)</p> <p>Dobrar (___)</p> <p>Colocar no chão (___)</p> <p>Total (___) (codificar somente pontuação total)</p>	<p>BVISA0__</p> <p>BATIVI1__</p> <p>BATIVI2__</p> <p>BATIVI3__</p>
<p>B9) Diga ao idoso (a):</p> <p><i>O(a) senhor (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha?</i> Contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: “<i>Isto é uma frase?</i>” e permita-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro (Max 30 segundos)</p> <hr/> <hr/>	<p>BFRASE__</p>

<p>Pontuação (___)</p> <p>B10) Diga ao idoso (a): <i>Por favor, copie este desenho</i></p> <p>Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver dois círculos interseccionados.</p>  <p>Pontuação (___)</p> <p>PONTUAÇÃO TOTAL MEEM: (___/30)</p>	<p>BDESEN__</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Some as respostas corretas anotadas nas perguntas B1 a B10 e anote o total. A pontuação máxima é de 30. Se a soma for igual a 12 pontos ou menos, solicite que o acompanhante responda a entrevista.



Da lista acima, por favor, escolha **5** pessoas que lhe dão mais suporte/apoio. Se você preferir, pode escolher **4** pessoas e **1** grupo/serviço

Se o apoio que você recebe é **de menos de 5 pessoas**, liste apenas estas pessoas.

PESSOA/RELACIONAMENTO
C1.
C2.
C3.
C4.
PESSOA ou GRUPO/SERVIÇO (por favor, mencione o nome do grupo)
C5.

Responda agora uma série de **10** questões sobre o suporte que você recebe destas **5** pessoas (ou **4** pessoas e **1** grupo)

Escreva o nome da pessoa no espaço providenciado, e o relacionamento desta pessoa com você.

Se você escolheu **4** pessoas e **1** grupo, use a série de questões nº **5** para indicar o suporte do grupo.

PESSOA #1 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

<p>C6. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?</p> <p>A. Uma vez por ano ou menos    B. Poucas vezes por ano    C. Uma vez por mês</p> <p>D. Uma vez por semana    E. Quase todo dia</p>	CFREQ1__
<p>C7. Quanto esta pessoa é disponível para você?</p> <p>A. Quase nunca    B. Muito pouco    C. Algumas vezes</p> <p>D. Muitas vezes    E. Sempre</p>	CDISP1__
<p>C8. Quanto você é chegada a esta pessoa?</p> <p>A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.</p> <p>B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.</p> <p>C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.</p> <p>D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.</p> <p>E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições</p>	CCHEG1__
<p>C9. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CASSPR1__
<p>C10. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CDARAS1__
<p>C11. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CAPEMO1__
<p>C12. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CDARAP1__

<p>C13. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	CAPREC1 —
<p>C14. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	CAJUDA1 —
<p>C15. 10. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?</p> <p>A. Não entrei em contato com esta pessoa.</p> <p>B. O apoio não ajudou</p> <p>C. Não senti apoio</p> <p>D. Senti um pouco de apoio</p> <p>E. Senti um bom apoio</p> <p>F. Senti muito apoio</p>	CENF1 __

PESSOA #2 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

<p>C16. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?</p> <p>A. Uma vez por ano ou menos      B. Poucas vezes por ano      C. Uma vez por mês</p> <p>D. Uma vez por semana      E. Quase todo dia</p>	CFREQ2__
<p>C17. Quanto esta pessoa é disponível para você?</p> <p>A. Quase nunca      B. Muito pouco      C. Algumas vezes</p> <p>D. Muitas vezes      E. Sempre</p>	CDISP2__
<p>C18. Quanto você é chegada a esta pessoa?</p> <p>A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.</p> <p>B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.</p> <p>C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.</p> <p>D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.</p> <p>E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições</p>	CCHEG2__

<p>C19. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CASSPR2_</p> <p>—</p>
<p>C20. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CDARAS2</p> <p>—</p>
<p>C21. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAPEMO2</p> <p>—</p>
<p>C22. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CDARAP2</p> <p>—</p>
<p>C23. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAPREC2</p> <p>—</p>
<p>C24. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAJUDA2</p> <p>—</p>
<p>C25. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?</p> <p>A. Não entrei em contato com esta pessoa.</p> <p>B. O apoio não ajudou</p> <p>C. Não senti apoio</p> <p>D. Senti um pouco de apoio</p> <p>E. Senti um bom apoio</p> <p>F. Senti muito apoio</p>	<p>CENF2 __</p>

PESSOA #3 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

<p>C26. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?</p> <p>A. Uma vez por ano ou menos    B. Poucas vezes por ano    C. Uma vez por mês</p> <p>D. Uma vez por semana    E. Quase todo dia</p>	CFREQ3__
<p>C27. Quanto esta pessoa é disponível para você?</p> <p>A. Quase nunca    B. Muito pouco    C. Algumas vezes</p> <p>D. Muitas vezes    E. Sempre</p>	CDISP3__
<p>C28. Quanto você é chegada a esta pessoa?</p> <p>A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.</p> <p>B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.</p> <p>C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.</p> <p>D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.</p> <p>E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições</p>	CCHEG3__
<p>C29. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CASSPR3__
<p>C30. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CDARAS3__
<p>C31. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CAPEMO3__
<p>C32. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CDARAP3__

<p>C33. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	CAPREC3 —
<p>C34. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	CAJUDA3 —
<p>C35. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?</p> <p>A. Não entrei em contato com esta pessoa.</p> <p>B. O apoio não ajudou</p> <p>C. Não senti apoio</p> <p>D. Senti um pouco de apoio</p> <p>E. Senti um bom apoio</p> <p>F. Senti muito apoio</p>	CENF3 __

PESSOA #4 \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

<p>C36. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?</p> <p>A. Uma vez por ano ou menos      B. Poucas vezes por ano      C. Uma vez por mês</p> <p>D. Uma vez por semana      E. Quase todo dia</p>	CFREQ4__
<p>C37. Quanto esta pessoa é disponível para você?</p> <p>A. Quase nunca      B. Muito pouco      C. Algumas vezes</p> <p>D. Muitas vezes      E. Sempre</p>	CDISP4__
<p>C38. Quanto você é chegada a esta pessoa?</p> <p>A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.</p> <p>B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.</p> <p>C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.</p> <p>D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.</p> <p>E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições</p>	CCHEG4__

<p>C39. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CASSPR4_</p> <p>—</p>
<p>C40. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CDARAS4</p> <p>—</p>
<p>C41. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAPEMO4</p> <p>—</p>
<p>C42. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CDARAP4</p> <p>—</p>
<p>C43. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAPREC4</p> <p>—</p>
<p>C44. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAJUDA4</p> <p>—</p>
<p>C45. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?</p> <p>A. Não entrei em contato com esta pessoa.</p> <p>B. O apoio não ajudou</p> <p>C. Não senti apoio</p> <p>D. Senti um pouco de apoio</p> <p>E. Senti um bom apoio</p> <p>F. Senti muito apoio</p>	<p>CENF4 __</p>

PESSOA #5 ou GRUPO \_\_\_\_\_ RELACIONAMENTO \_\_\_\_\_

**Leia cada questão e circule a letra que melhor a responde:**

<p>C46. Com qual frequência você fala ou encontra com esta pessoa?</p> <p>A. Uma vez por ano ou menos    B. Poucas vezes por ano    C. Uma vez por mês</p> <p>D. Uma vez por semana    E. Quase todo dia</p>	CFREQ5__
<p>C47. Quanto esta pessoa é disponível para você?</p> <p>A. Quase nunca    B. Muito pouco    C. Algumas vezes</p> <p>D. Muitas vezes    E. Sempre</p>	CDISP5__
<p>C48. Quanto você é chegada a esta pessoa?</p> <p>A. Me sinto desconfortável em discutir qualquer coisa com esta pessoa.</p> <p>B. Me sinto desconfortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa.</p> <p>C. Posso discutir algumas coisas com esta pessoa.</p> <p>D. Me sinto confortável em discutir a maioria das coisas com esta pessoa, mas não tudo.</p> <p>E. Posso discutir qualquer coisa com esta pessoa, inclusive meus pensamentos, medos e ambições</p>	CCHEG5__
<p>C49. Com qual frequência você recebe assistência prática desta pessoa? Assistência prática se refere a coisas como empréstimo de dinheiro, caronas, ajuda para conseguir um trabalho ou lugar para morar, roupas, ou qualquer outra ajuda a um problema prático.</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CASSPR5__
<p>C50. Com qual frequência você tem oportunidade de dar alguma assistência prática a esta pessoa?</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CDARAS5__
<p>C51. Com qual frequência você recebe apoio emocional desta pessoa? Apoio emocional se refere a ser ouvido, conversar, ser confortado, ou apenas estar com a pessoa.</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CAPEMO5__
<p>C52. Com qual frequência você tem oportunidade de dar apoio emocional para esta pessoa?</p> <p>A. Nunca    B. Quase nunca    C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência    E. Sempre</p>	CDARAP5__

<p>C53. Com qual frequência esta pessoa faz você se sentir apreciado ou valorizado?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAPREC5 —</p>
<p>C54. Com qual frequência esta pessoa o ajuda a esclarecer seus alvos ou direção na vida, ou com qual frequência você espera receber este tipo de ajuda desta pessoa, se precisar?</p> <p>A. Nunca      B. Quase nunca      C. Algumas vezes</p> <p>D. Com frequência      E. Sempre</p>	<p>CAJUDA5 —</p>
<p>C55. Quanto apoio você recebe desta pessoa nesta atual enfermidade e nas situações relacionadas com ela?</p> <p>A. Não entrei em contato com esta pessoa.</p> <p>B. O apoio não ajudou</p> <p>C. Não senti apoio</p> <p>D. Senti um pouco de apoio</p> <p>E. Senti um bom apoio</p> <p>F. Senti muito apoio</p>	<p>CENF5 __</p>

## ANEXO C

CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA UFRGS – COMPESQCOMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

## CARTA DE APROVAÇÃO

**Projeto PG. MS. : 57/2010****Versão: 01/2011****Pesquisadores:** Andreivna Kharenine Serbim e Profa. Lisiane Manganelli Girardi  
Paskulin**Título:** REDES E APOIO SOCIAL PERCEBIDO DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM  
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 20 de Janeiro de 2011.

**Eliane Pinheiro de Moraes**  
Coordenadora Compesq  
EEnf - UFRGSProf. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora da COMPESQ/EENF

## ANEXO D

## CARTA DE APROVAÇÃO COMISSÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 110023

**Versão do Projeto:** 14/04/2011

**Versão do TCLE:** 26/04/2011

**Pesquisadores:**

ANDREIVNA KHARENINE SERBIM

LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN

**Título:** Redes e apoio social percebido de idosos usuários de um serviço de emergência

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 02 de maio de 2011.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

**ANEXO E**  
**AUTORIZAÇÃO PARA USO DO INSTRUMENTO IRSS**  
**(VERSÃO TRADUZIDA E ADAPTADA)**



Andreivna Serbim <kharenine@gmail.com>

---

## Autorização

Elenice D r p Lima <edl213@nyu.edu>

4 de janeiro de 2011 18:03

Para: Andreivna Serbim <kharenine@gmail.com>

Oi Andreivna

Desculpe a demora em te responder. Como estou de férias, estava checando os emails só de vez em quando.

Entrei em contato com o dr. Flaherty (autor do inventário de suporte social) pedindo autorização para continuar usando o inventário. Ele respondeu que eu tenho a permissão dele para usar a minha versão em português. O único pedido dele foi para que as fontes originais sejam sempre citadas:

- Flaherty, J.A., Gaviria, F.M., Pathak, D.S. (1983). The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 521-529.

- Lima, E. D. R. P., Norman, E. M., Lima A. P. (2005) Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *Journal of Nursing Scholarship* 37(3):258-60.

Voce pode, então, utilizar o inventário em sua pesquisa. Pode me escrever em caso de qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Elenice Lima  
Escola de Enfermagem da UFMG

[Texto das mensagens anteriores oculto]

---