

Características sócio-demográficas do atendimento ao idoso após alta hospitalar na Estratégia da Saúde de Família

SOCIAL DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND THE ELDERLY CARE AFTER HOSPITAL DISCHARGE IN THE FAMILY HEALTH SYSTEM

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA Y DE LA ATENCIÓN AL ANCIANO DESPUÉS DE LA ALTA HOSPITALARIA EN LA ESTRATEGIA DE LA SALUD DE FAMILIA

Maria José Sanches Marin¹, Fernanda Crizol Bazaglia², Aline Ribeiro Massarico³, Camila Batista Andrade Silva⁴, Rita Tiagor Campos⁵, Simone de Carvalho Santos⁶

RESUMO

Este estudo teve por objetivo verificar o perfil sócio-demográfico dos idosos e a assistência que recebem após a alta hospitalar da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo descritivo, e a coleta de dados foi realizada com 67 idosos que receberam alta nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2007, residentes na área de abrangência da ESF do município de Marília (SP). Para apresentação dos dados, utilizou-se a estatística descritiva simples. A maioria dos idosos é do sexo feminino, e foi internada por encaminhamento do Pronto Socorro e, ao apresentar complicação, procurou o hospital. Mais de dois terços deles afirmaram ter recebido visita de profissionais da equipe da ESF, principalmente do Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas sugeriram um acompanhamento mais frequente da equipe. Depreende-se que é preciso avançar na construção de um novo modelo de atenção ao idoso, após alta hospitalar.

DESCRITORES

Idoso.
Saúde do idoso.
Saúde da família.
Alta do paciente.
Assistência domiciliar.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the sociodemographic profile of the elderly and the health care service they receive from the Family Health Strategy (FHS) after their discharge. This is a descriptive study, and data collection was performed with 67 aged individuals who were discharged in October, November and December, 2007, and lived in the area covered by the FHS of Marília (São Paulo state). Simple descriptive analysis was used for the presentation of data. The majority of the elderly are female, and their hospitalization occurred as a referral of the Emergency Room due to complication. More than two thirds report they were visited by FHS team professionals, mainly the Community Health Agent (CHA), but they suggested the team should follow up closer. In conclusion, it is necessary to develop a new health care model for the elderly after hospital discharge.

KEY WORDS

Aged.
Health of the elderly.
Family health.
Patient discharge.
Home nursing.

RESUMEN

En este estudio se propone verificar el perfil socio-demográfico de los ancianos y la atención que reciben luego del alta hospitalaria por parte del equipo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF). Se trata de un estudio descriptivo, la recolección de datos fue realizada a partir de 67 ancianos residentes en el área de influencia de la ESF del municipio de Marília que habían recibido alta en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2007. Para el tratamiento de los datos, se utilizó la estadística descriptiva simple. La mayoría de los ancianos es de sexo femenino y, al experimentar complicaciones, se presentó en el hospital. Más de dos tercios de ellos afirmaron haber recibido visita de profesionales del equipo de ESF, en particular del Agente Comunitario de Salud (ACS), y sugirieron un seguimiento más frecuente del equipo. Se desprende que es preciso avanzar en la construcción de un nuevo modelo de atención.

DESCRIPTORES

Anciano.
Salud del anciano.
Salud de la familia.
Alta del paciente.
Atención domiciliar de salud.

¹ Doutora em Enfermagem. Pós-Doutoranda da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. marnadia@terra.com.br ² Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. fer@famema.br ³ Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. aliner@famema.br ⁴ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. cbas@famema.br ⁵ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. rita.tc@uol.com.br ⁶ Especialista em Saúde da Família. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família de Marília. Marília, SP, Brasil. simoneenf@flash.tv.br

INTRODUÇÃO

Profundas mudanças vêm ocorrendo na estrutura etária da população, culminando em considerável aumento de pessoas idosas no mundo todo. Os idosos, mesmo os que têm boa saúde, debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas com o avanço da idade, predispondo-os a frequentes alterações no estado de saúde. Este fato tem levado a modificações epidemiológicas caracterizadas pelo aumento de doenças crônico-degenerativas que demandam, para atendimento adequado, grande quantidade de recursos materiais e profissionais devidamente preparados para lidar com essa realidade⁽¹⁾.

As pessoas envelhecidas são aquelas que mais utilizam os serviços de saúde e verifica-se que a estimativa média de custo com sua saúde poderia cobrir o custo de saúde de três pessoas de menos idade⁽²⁾. O idoso também requer com frequência a hospitalização, tanto por doenças crônico-degenerativas quanto agudas e traumáticas, e tem maior risco de permanecer hospitalizado por longo tempo⁽³⁾.

Acrescenta-se que a assistência oferecida no ambiente hospitalar cria dependências que dificultam o retorno ao lar. Assim, o propósito fundamental da atenção ao idoso traduz-se em manter a pessoa idosa em seu domicílio. Se, por causa de uma enfermidade, o idoso precisa ser hospitalizado, o hospital deve prepará-lo o mais breve possível para que ele possa retornar ao lar em condições físicas, psíquicas e sociais de independência⁽⁴⁾.

Ao verificar as alterações da capacidade funcional de idosos durante a internação hospitalar e o grau de associação dessas alterações na alta, descrevem que 25,6% obtiveram melhora na capacidade funcional, 34% não sofreram alterações funcionais, 19,1% pioraram funcionalmente e 21,3% faleceram durante o período. Tais dados confirmam a fragilidade do idoso que, ao passar pela hospitalização, ocasião em que sofre uma alteração aguda no seu estado de saúde, enfrenta a possibilidade de complicações e até mesmo de morte⁽⁵⁾.

Pesquisa em que foram caracterizados os problemas dos idosos no momento da alta hospitalar constatou que muitos deles vão para casa sem condições até mesmo para realizar cuidados considerados básicos na continuidade do tratamento, como utilização de medicamentos, alimentação e adequada realização de atividade física. Assim também acontece em situações que demandam cuidados especiais, como nos casos de ostomias, feridas e uso de sondas. Isso ocorre, quase sempre, por falta de orientação e de suporte social e familiar⁽⁶⁻⁷⁾.

Além disso, quem normalmente assume a continuidade dos cuidados é algum membro da família do idoso. Visto que

essa pessoa não participou da assistência prestada no hospital e desconhece as alterações ocorridas no estado de saúde do idoso e os cuidados necessários, apresenta dificuldades para a tomada de decisões, e a realização das ações necessárias a seu atendimento ficam prejudicadas.

Acreditamos que a assistência à saúde do idoso hoje deve ser baseada na continuidade, uma vez que o atendimento médico individual esporádico e restrito às complicações não tem atendido às necessidades dessa população. Para atingir a meta da continuidade da assistência, os profissionais de saúde precisam, portanto, desvencilhar-se do padrão de cuidado isolado, paternalista e autoritário, renovar o método de trabalho e adotar, como filosofia, o trabalho em equipe interdisciplinar, com visão de totalidade do ser humano, de forma que o idoso seja visto como um todo, considerando seu contexto social.

Como uma alternativa de mudança no modelo de atenção à saúde, na última década vem sendo implantada em todo o país a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa a reorientar a atenção básica e o atual modelo de atenção à saúde⁽⁸⁾. A atenção, agora centrada na família, considera o ambiente físico e social, o que possibilita aos profissionais da equipe uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que se situa além das práticas curativas⁽⁹⁾.

Espera-se da equipe de saúde da família, ao atuar em uma área adscrita, que desenvolva ações de saúde dirigidas às famílias e ao seu ambiente, com ênfase nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, articulados com outros setores que contribuem para melhoria das condições de saúde⁽¹⁰⁾. A ESF elege, então, como ponto central, o estabelecimento de vínculo e a criação de laços

de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população⁽¹¹⁾.

Referindo-se à qualidade da atenção à saúde do idoso na ESF, identificam-se na literatura poucos estudos que abordam o tema, pois trata-se de uma estratégia recente que ainda vem tentando se organizar do ponto de vista estrutural e de preparo dos profissionais para atuarem segundo a lógica da vigilância à saúde.

Em estudo que busca analisar as concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde na atenção à saúde do idoso, destacam-se a citação de dificuldades dos agentes na resolutividade das queixas e uma prática preponderantemente voltada para a marcação de exames e consultas, reforço da consulta médica e de enfermagem e controle da medicação e do tratamento⁽¹²⁾.

Após uma década de implementação da ESF, portanto, observa-se a existência de uma lacuna na produção científica que pode evidenciar como se encontra o cuidado aos

Referindo-se à qualidade da atenção à saúde do idoso na ESF, identificam-se na literatura poucos estudos que abordam o tema, pois trata-se de uma estratégia recente que ainda vem tentando se organizar do ponto de vista estrutural e de preparo dos profissionais...

grupos com maior risco de adoecer e morrer. Sendo assim, julgamos ser o momento de evidenciar a sua efetividade na atenção à saúde dessa população, em especial no que se refere à população idosa, após a alta hospitalar, quando se encontra em situação de grande vulnerabilidade e com necessidades especiais, demandando, na maioria das vezes, assistência profissional.

Diante do exposto, propomos para o presente estudo os seguintes objetivos:

- Descrever o perfil sócio-demográfico dos idosos residentes na área de abrangência coberta pela ESF do município de Marília após alta hospitalar.
- Caracterizar a assistência recebida pelos idosos após alta hospitalar, suas dúvidas e dificuldades.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritivo, o que permite identificar a existência de necessidades e proporcionar dados básicos para futuros estudos ou ações⁽¹³⁾.

O estudo foi realizado com idosos que receberam alta do Hospital das Clínicas de Marília e pertencem à área de abrangência das 28 (vinte e oito) Unidades de Saúde da Família do Município. Tais unidades, implantadas no período de 1998 a 2005, localizam-se em áreas onde a população apresenta maior carência sócio-econômica e, conseqüentemente, menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde e maior exposição aos riscos de adoecer e morrer. A cidade de Marília conta atualmente com uma estimativa (IBGE 2.000) de 204.957 habitantes, sendo que aproximadamente 84.000 habitantes são atendidos pelas USF. De maneira geral, as unidades cumprem os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à estrutura física, composição da equipe mínima, desenvolvimento dos programas nacionais básicos e organização do trabalho em equipe. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea (com consultas marcadas com o médico, odontologista e enfermeiro), com visitas domiciliares aos usuários incapacitados e atividades grupais. Realizam-se, ainda, reuniões semanais de equipe e reuniões mensais com a comunidade.

O Hospital de Clínicas de Marília é um hospital-escola da Faculdade de Medicina de Marília e destina-se principalmente ao atendimento terciário, servindo como referência a toda região (DIR-Marília). No ano de 2006 tiveram

alta 2959 pacientes, sendo que 1151 (38,8%) eram idosos. Destes, 828 residiam no município de Marília e 349 pertenciam à área de abrangência das Unidades de Saúde da Família. Considerando tais dados e a necessidade de se obter uma amostra representativa, realizou-se cálculo de tamanho de amostra aleatória simples para erro amostral tolerável igual a 5%⁽¹⁴⁾, obtendo-se um resultado de aproximadamente 50 pessoas idosas.

Para se chegar a uma amostragem aproximada do cálculo realizado, foi estudada a totalidade de idosos que receberam alta do Hospital das Clínicas nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2007. A partir da lista fornecida pelo Núcleo de Informação da instituição, foi identificado um total de 96 idosos que residiam na área de abrangência das USF da cidade de Marília, sendo 33 idosos no mês de outubro, 39 idosos no mês de novembro e 24 idosos no mês de dezembro. Entre eles, 67 foram entrevistados. Quanto aos demais, 18 não foram encontrados no endereço ou o endereço não foi encontrado, nove haviam falecido e dois haviam sido reinternados.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de questões referentes aos dados sócio-demográficos, às condições gerais de saúde (idade, sexo, estado civil, escolaridade, motivo da internação referido e tempo da internação), às dúvidas e dificuldades encontradas após a alta, à satisfação e ao apoio que o idoso recebeu da equipe da USF.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso pelas pesquisadoras, após decorrido aproximadamente um mês da alta hospitalar. Do total de entrevistas, 54 foram realizadas com o próprio idoso e 13 com familiares. Os dados foram agrupados e apresentados em tabelas, com o uso da estatística descritiva simples.

O projeto contou com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília - protocolo nº 580/06. Aos idosos ou responsáveis foi esclarecidos quanto à finalidade do estudo e, para participarem, foi assinado por eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na Tabela 1 constata-se que 42 (62,7%) dos idosos entrevistados são do sexo feminino e 25 (37,3%) do sexo masculino, com predomínio de idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade. Destacam-se, ainda, o número de mulheres que vivem sem o companheiro (50,7%) e a quantidade de idosos analfabetos (27 - 40,3%).

Tabela 1 - Distribuição dos dados sócio-demográficos e o tempo de internação dos idosos estudados de acordo com sexo - Marília - 2008

Dados sócio-demográficos	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
60-69 anos	09	13,4	18	26,8	27	40,3
60-69 anos	13	19,4	13	19,4	26	38,8
80 anos ou mais	03	4,5	11	16,4	14	20,9
Total	25	37,3	42	62,7	67	100
Estado Civil						
Com companheiro	21	31,3	8	11,9	29	43,2
Sem companheiro	04	5,9	34	50,7	38	56,7
Total	25	37,3	42	62,7	67	100
Escolaridade						
Analfabeto	07	10,4	20	29,8	27	40,3
1º grau incompleto	11	16,4	14	20,8	25	37,3
1º grau completo	04	6,0	05	7,4	09	13,4
Superior	01	1,5	01	1,4	02	2,9
Não relatou	02	3,0	02	3,0	04	6,0
Total	25	37,3	42	62,7	67	100
Atividade que realiza						
Nenhuma	15	22,3	24	35,8	39	58,2
Dona de casa	-	-	07	10,4	07	10,4
Trabalhador rural	03	4,4	05	7,4	08	11,9
Faxineira	-	-	03	4,4	03	4,4
Comerciante	04	10,4	-	-	04	6,0
Outros	03	4,4	03	4,4	06	9,0
Total	25	37,3	42	62,7	67	100
Tempo de internação						
1 - 5 dias	09	13,4	20	29,8	29	43,2
6 - 10 dias	09	13,4	12	17,9	21	31,3
11 - 15 dias	02	3,0	03	4,4	05	7,4
16 dias ou mais	05	7,4	07	10,4	12	17,9
Total	25	37,3	42	62,7	67	100

Quanto ao tempo de internação, constatou-se que 29 idosos (43,2%) ficaram internados de um a cinco dias, 21 (31,3%) de cinco a dez dias, cinco ficaram internados de 11 a 15 dias e os demais, dezesseis dias ou mais.

Na Tabela 2, pode-se observar que o serviço de saúde que mais encaminhou idosos para internação foi o Pronto-Socorro, em 56,7% dos casos.

Tabela 2 - Distribuição dos serviços de saúde que encaminharam os idosos para internação hospitalar - Marília - 2008

Serviço de Saúde	N	%
Pronto-Socorro	38	56,7
Equipe da USF	13	19,4
Ambulatório de Especialidades	05	7,5
Outros	11	16,4
Total	67	100

As doenças que, segundo os idosos, foram motivos das internações, agrupadas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças - CID - 10, encontram-se distribuídas na Tabela 3, podendo-se observar que as doenças mais frequentes são aquelas relacionadas ao sistema cardiovascular, seguidas pelas doenças do sistema nervoso e do sistema digestório.

Tabela 3 - Distribuição das doenças referida pelos idosos estudados como motivo da internação, agrupadas de acordo com CID - 10 - Marília - 2008

Diagnóstico médico referido para internação	N	%
Doenças do Aparelho Cardiovascular	13	19,4
Doenças do Sistema Nervoso	13	19,4
Doenças do Aparelho Digestório	12	17,9
Neoplasias	10	14,9
Doenças do Sistema Osteomuscular e Conjuntivo	10	14,9
Doenças do Aparelho Respiratório	7	10,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	6	9,0
Doenças do Aparelho Geniturinário	5	7,5
Doenças do Olho e Anexos	2	3,0

Entre os 67 idosos estudados, 21 (31,3%) apresentaram complicações após a alta hospitalar e demandaram nova assistência dos serviços de saúde. Ao serem questionados quanto aos serviços de atenção à saúde procurado por eles, pode-se constatar que oito procuraram o hospital, seguidos de cinco (7,5%) que procuraram a ESF, quatro (6%) que procuraram o ambulatório de especialidades, dois (3%) o Programa Interdisciplinar de Internação Hospitalar (PROIID), entre outros serviços.

Para verificar a assistência aos idosos após a alta hospitalar, alguns questionamentos foram realizados. Na Tabela 4 pode-se observar que apenas 19 (28,4%) foram contra-

referenciados para a USF de origem e quase 30% tiveram dúvidas ou dificuldades na continuidade dos cuidados após a alta. A maioria deles afirmou ter recebido atendimento dos profissionais da equipe; no entanto, foi o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o elemento mais citado. Os idosos do estudo foram questionados se, na alta hospitalar, estavam satisfeitos com o atendimento recebido e mais de 70% deles responderam que sim.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos idosos estudados, de acordo com alguns aspectos indicativos da continuidade da assistência após a alta hospitalar - Marília - 2008

Aspectos indicativos da continuidade	N	%
Teve dúvidas/dificuldades após a alta?	20	29,9
Foi encaminhado à USF de origem após a alta?	19	28,4
Recebeu atendimento da equipe da USF após a alta?	49	73,1
Está satisfeito com o atendimento da USF?	48	71,6

Ao serem questionados sobre as possíveis contribuições da ESF após a alta hospitalar, quase a metade dos idosos e/ou familiares afirma que deve ser realizado acompanhamento mais frequente, enquanto outros anseiam por especialistas, por realização de cuidados específicos e pelo fornecimento de materiais para procedimentos. Houve também aqueles que disseram que a equipe da ESF não teria nada mais a oferecer (29 - 30,8%), conforme se observa na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das respostas dos idosos quanto aos aspectos com que a USF poderia contribuir após a alta - Marília - 2008

Em que a USF poderia contribuir após a alta?	N	%*
Acompanhamento mais frequente	31	46,26
Especialistas	6	8,95
Realização de cuidados	6	8,95
Fornecimento de materiais	5	6,6
Em nada	29	30,85
Outros	10	14,92

*Os idosos tinham a possibilidade de uma ou mais respostas.

DISCUSSÃO

Entre as limitações do estudo há de se considerar as próprias de um estudo transversal e descritivo, tais como a falta de controle da qualidade das informações prestadas e de cruzamentos entre as variáveis. Os dados apresentados também podem não representar a dimensão de todos os problemas e dificuldades que os idosos possam enfrentar após a alta hospitalar. Além disso, a falta de estudos que retratem a situação do idoso após a alta hospitalar dificulta uma análise comparativa dos dados aqui apresentados. Mesmo assim, acredita-se que tais dados possam contribuir para a caracterização de aspectos que precisam ser evidenciados na busca de melhoria da qualidade do cuidado.

No presente estudo, as características sócio-demográficas dos idosos estudados indicam condições importantes

para se proporem intervenções nas condições de saúde, visando à melhoria das condições de vida dessas pessoas. Os dados apontam para a maior quantidade de mulheres (62,7%), sendo que o predomínio do sexo feminino também é retratado nos estudos epidemiológicos sobre o processo de envelhecimento⁽¹⁵⁾ e tentativas têm sido feitas para explicar essa diferença. Algumas hipóteses sugerem que os homens têm taxas mais altas de mortalidade relacionadas à violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas. Já as mulheres têm as taxas de morbidade mais altas em quase todas as doenças crônicas não fatais. Além disso, elas são mais inclinadas a prestar atenção aos sinais e sintomas e a procurar assistência mais frequentemente que os homens.

Acrescenta-se que, entre as mulheres idosas do estudo, 34 (50,7%) vivem sem o companheiro. Isso as torna altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento social, o que possivelmente se deve à discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, medidas de seguro social e poder político⁽¹⁶⁾.

O analfabetismo ou a baixa escolaridade é característica da maioria dos idosos entrevistados, o que representa um sério fator de risco diante da complexidade dos cuidados de que eles frequentemente necessitam ao receberem alta.

Ao serem questionados quanto ao serviço de saúde responsável pela internação, a maioria dos idosos e/ou familiares (38 - 56,7%) afirmou ter sido o pronto-socorro, sendo a equipe da ESF responsável por apenas 19,4% dos encaminhamentos. Dessa constatação, pode-se inferir que os idosos foram internados por situações de emergência ou que a população, ao adoecer, procura o serviço de pronto socorro em busca de uma resolução mais imediata para o problema. Parece corroborar tal inferência, o fato de que grande número de idosos, ao apresentarem complicação após a alta hospitalar, também procuram o hospital.

Tal ocorrência merece estudos mais detalhados, incluindo conhecer até que ponto tem sido possível para as equipes da ESF serem atendidas nos encaminhamentos de situações que demandam cuidado nos níveis de atenção à saúde de maior complexidade.

A maioria dos idosos permaneceu internada por um período de um a dez dias, podendo-se compreender que, ao retornar ao domicílio, ainda não estivesse completamente restabelecida a alteração sofrida no seu estado de saúde, demandando, portanto, cuidados profissionais. Além disso, os idosos apresentam vulnerabilidade no seu estado de saúde devido às mudanças sofridas durante a vida, tanto do ponto de vista físico como social e emocional. Assim, ao sofrerem uma alteração em seu estado de saúde, demandam maior tempo para se restabelecer e, muito frequentemente, apresentam necessidades complexas.

As doenças cardiovasculares foram as mais citadas pelos idosos como causa de internação, seguidas das doenças do sistema nervoso e do sistema digestório. A maioria

dessas enfermidades, por serem crônicas, demanda alto custo na assistência à saúde, além de propiciar o surgimento de complicações com grande interferência no grau de dependência e qualidade de vida das pessoas. Frente a tal situação, a atuação da equipe da ESF, na perspectiva da vigilância da saúde, representa um recurso necessário no apoio e acompanhamento dessas pessoas.

A presença de doenças crônico-degenerativas associada à vulnerabilidade de sofrer alterações no estado de saúde levou idosos e familiares a apresentarem dúvidas e/ou dificuldades que revelam a complexidade de cuidado de que eles necessitam. Acrescente-se que o profissional da equipe da ESF que mais frequentemente prestou atendimento ao idoso foi o ACS.

O ACS, embora exerça importante papel de ligação entre a comunidade e equipe e possa contribuir no encaminhamento das necessidades da população, tem limitações na avaliação e compreensão da complexidade dos problemas que idosos e familiares podem vivenciar neste momento de vulnerabilidade.

Merece ser considerado o fato de a maioria dos idosos não ter contado com o encaminhamento do hospital para a USF de origem. Esse aspecto deve ser considerado pelos serviços de saúde uma vez que, com o funcionamento do sistema de referência e contra-referência com mecanismos de troca de informações, evitar-se-ia a duplicação de esforços e, conseqüentemente, haveria melhora na qualidade da assistência e redução dos custos.

Quanto às respostas dos idosos e/ou familiares referentes aos aspectos com que a ESF poderia contribuir após a alta hospitalar, quase a metade afirma que deveria haver um acompanhamento mais frequente. Por outro lado, 29(30,85) idosos afirmam que a equipe da USF não teria no que ajudá-los, o que também parece preocupante, pois pode revelar o desconhecimento dessas pessoas quanto ao papel da equipe frente a tal situação. Desta forma, pode-se considerar que esses usuários carecem de assistência profissional; além disso, depreende-se que a proposta de atendimento das necessidades de saúde aos grupos de risco de uma área adscrita, conforme proposto pela ESF, ainda precisa ser aprimorada.

REFERÊNCIAS

1. Silva Júnior JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.
2. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
3. Gutierrez Gambaro A. Atención y cuidado de enfermería en el paciente senescente. Rev Sanid Def Nac (Santiago de Chile). 1987;4(4):366-71.
4. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saúde Pública. 2004;38(5):687-94.
5. Waters KR. Discharge planning: an exploratory study of the process of discharge planning on geriatric wards. J Adv Nurs. 1987;12(1):71-83.
6. Marin MJS. Preparando o idoso para alta hospitalar [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.

No entanto, a necessidade de acompanhamento de grupos vulneráveis a alterações no estado de saúde após a alta hospitalar, não se restringe aos idosos. Ao ser realizada vigilância pós-alta de pacientes cirúrgicos, foi demonstrada a existência de altas taxas de infecção do sítio cirúrgico, o que leva ao entendimento da necessidade de redirecionar as políticas de prevenção e controle das complicações após a alta⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados aqui evidenciados parecem constituir um instrumento que pode auxiliar na gestão do serviço de saúde, visto que a população de idosos se encontra em situação de fragilidade e, portanto, demanda ações de promoção da saúde e prevenção de danos, com a finalidade de contribuir para a melhoria de suas condições de vida.

A situação dos idosos revela-se preocupante, pois a complexidade e a multiplicidade dos problemas que eles apresentam, especialmente em situação que os expõe a maior fragilidade, como é o caso dos idosos que tiveram alta hospitalar, demandam atuação interdisciplinar, o que exige a mudança de postura dos profissionais frente aos problemas de saúde.

Diante dos dados apresentados no presente estudo, pode-se afirmar que a ESF ainda precisa avançar na construção do novo modelo de atenção à saúde, visto que, embora ele esteja estruturalmente implantado, ainda não desenvolveu o processo de cuidado com vista a um atendimento integral, pautado no vínculo e na responsabilização.

Acredita-se, no entanto, que, com os investimentos na formação e qualificação dos profissionais de saúde e por meio das mudanças curriculares nos cursos de graduação e da educação permanente e continuada, exista a possibilidade de enfrentamento da situação, podendo-se vislumbrar um novo contexto de atenção à saúde.

Além disso, é preciso considerar a necessidade de continuidade do estudo, com vistas a ampliar as variáveis que possam evidenciar o que a ESF está efetivamente proporcionando para a melhoria das condições de vida das pessoas idosas.

7. Bull MJ, Jervis LL. Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughters in managing posthospital care. *J Adv Nurs*. 1997;25(3):541-7.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. Saúde dentro de casa. Brasília; 1994.
9. Noronha AB, Sophia D, Machado K. Graduação: é preciso mudar: transformações dependem de políticas de educação e de saúde. *Radis*. 2002;(5):9-16.
10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. Os desafios postos pela atenção gerenciada para pensar uma transição tecnológica do setor saúde; p. 67-92.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1998.
12. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(5):809-15.
13. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
14. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 3ª ed. Florianópolis: Ed. UFSC; 1999.
15. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Esperança de vida aumenta e diferença entre gêneros diminui. Queda de homicídios em jovens poupa vidas e explica avanço masculino [texto na Internet]. 2006. [citado 2007 maio 31]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/espvida/espvida_jan2006.pdf
16. Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
17. Oliveira AC, Ciosak SI, D`Lorenzo C. Vigilância pós-alta e seu impacto na incidência da infecção do sítio cirúrgico. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):653-9.

Financiamento

Financiado pelo Programa Pró-Saúde do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília.