

## **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE UM GRUPO DE IDOSAS E CUIDADORES COM O PLANEJAMENTO DE ALTA**

**ASSESSMENT ON THE SATISFACTION OF A GROUP OF ELDERLY WOMEN AND CARETAKERS REGARDING A DISCHARGE PLANNING**  
**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE UN GRUPO DE ANCIANAS Y CUIDADORES RESPECTO A LA PLANIFICACIÓN DE ALTA**

*Maria José Sanches Marin<sup>1</sup>*  
*Emília Luígia Saporiti Angerami<sup>2</sup>*

---

**RESUMO:** Seja qual for a proposta de melhoria da qualidade de assistência, faz-se necessária a implementação de formas de avaliação. O presente estudo propõe-se, pois, após implementar o planejamento de alta a um grupo de 50 idosas hospitalizadas em Unidade de Clínica Médica de Urgência e Emergência, avaliar o grau de satisfação da idosa e ou cuidadores com a assistência prestada, a percepção sobre a capacidade de dar continuidade à assistência e quais informações são consideradas mais importantes. A análise dos resultados permite afirmar que tanto as idosas como os cuidadores manifestaram alto grau de satisfação com a assistência prestada, a maioria afirma sentir-se em condições de dar continuidade à assistência e as informações que consideraram mais importantes são aquelas relacionadas com o principal problema apresentado pela idosa. Depreende-se que o planejamento de alta deve ser utilizado pelos profissionais da área hospitalar.

**PALAVRAS CHAVE:** avaliação, cuidador, idoso, planejamento de alta

---

### **O IDOSO E A ALTA HOSPITALAR**

Tem-se constatado que as pessoas envelhecidas, mesmo as que têm boa saúde, debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limitam as funções do organismo, tomando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida. Com isso, também se tornam mais suscetíveis a doenças e, como consequência, vem a hospitalização.

A hospitalização, por sua vez, tem resolvido apenas os problemas mais agudos, e os pacientes recebem alta assim que os problemas mais emergentes são resolvidos devido à necessidade de redução dos custos, a grande demanda pelos leitos hospitalares e aos riscos que a hospitalização pode causar, retornando para as famílias e para a comunidade ainda com uma gama de problemas, muitas vezes complexos, necessitando de assistência adequada. A rotina de alta hospitalar, como feita hoje, revela que a responsabilidade da equipe acaba no momento em que os papéis estão preenchidos e a receita está nas mãos do idoso e/ou família (Marin, 1995).

Além disso, no modelo atual de assistência à saúde, o hospital tem-se caracterizado como o principal provedor de assistência. A proposta do SUS que prevê, entre outras coisas, a

---

<sup>1</sup>*Enfermeira Docente Assistencial do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília e Doutoranda em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto.*

<sup>2</sup>*Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.*

utilização adequada de recursos, enfrenta dificuldades para se efetivar devido à ineficiência das políticas nos diversos níveis administrativos. Assim, ao idoso e seus familiares resta, como alternativa, agir segundo suas condições e conhecimento e aguardar a ocorrência de uma complicação para poder retornar ao hospital.

Na ocasião da alta hospitalar, torna-se mais evidente a necessidade de melhorar a qualidade de vida daqueles que, já numa fase onde as alterações funcionais, psicológicas, sociais e econômicas estão presentes e freqüentes, vivem um momento de grande vulnerabilidade por terem sofrido uma alteração aguda no seu estado de saúde. Inúmeros estudos demonstram ser este um momento de estresse, de preocupação e de tomada de decisões para as quais, muitas vezes, se necessita de preparo adequado, tanto do idoso como da família para que rapidamente se tornem responsáveis e aptos para uma assistência tão complexa.

O preparo do paciente para alta hospitalar tem sido considerado como uma maneira de melhorar o estado de saúde, a satisfação do idoso e, conseqüentemente, diminuir o número de reinternações (Haddock, 1991, Blaylock; Cason, 1992).

Pelo visto, é certo que o planejamento de alta hospitalar contribui para que a família e o paciente sejam capazes de dar continuidade à assistência para manutenção ou melhoria no estado de saúde e, assim, enfrentarem os efeitos da doença e alterações sofridas, criando possibilidades de torná-los tão independentes quanto suas condições permitirem.

## A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Está claro, para nós, os profissionais de saúde, que o lidar com pacientes idosos hospitalizados visa colocá-los em melhores condições de saúde, através do atendimento de suas necessidades básicas afetadas e assim proporcionar-lhes melhor qualidade de vida.

Nossa prática profissional, no entanto, revela que a assistência, como está organizada, tem deixado uma lacuna importante a ser preenchida, comprometendo, assim, a qualidade da mesma.

Ao referir-se à qualidade da assistência prestada ao paciente, constata-se que ela tem assumido diversos significados, dependendo do contexto compreendido. É consenso, porém, que ao desejar incrementos na sua melhoria, o ponto crucial é a "avaliação".

Segundo Santos (1986), qualidade do cuidado significa a melhor forma para atender às condições do paciente, através dos cuidados prestados a ele, levando-se em conta os objetivos, as estratégias e os recursos disponíveis.

Ao referir-se à avaliação da assistência em saúde, parece existir dificuldades na decisão dos pontos a serem avaliados.

Alguns autores como Gomez Gomez (1989); Silva (1993); Closs e Tierney (1993) apontam o quadro conceitual mais utilizado para avaliação dos serviços de saúde, estabelecido por Donabedian (1986), que propõe estratégias direcionadas à mensuração do alcance dos padrões estabelecidos para as áreas de estrutura, processo e resultado, assim entendidas: **estrutura** - avalia o ambiente no qual se desenvolve a assistência e os instrumentos utilizados, referindo-se portanto às características mais estáveis e invariantes de como se estabelece a direção da atenção à saúde (pessoal, instalações e equipamentos); **processo** - avalia a dinâmica de assistência ao paciente, ou seja, o que fazem os profissionais da saúde do ponto de vista técnico na condução da atenção e enquanto sua intenção com os pacientes; **resultado** - examina o resultado da atenção ao paciente, são as conseqüências da atenção (ou a falta dela) na saúde de quem a recebe.

O autor considera a avaliação de estrutura um instrumento capaz de orientar apenas grandes tendências, no sentido de que uma boa estrutura poderia sugerir a probabilidade, mas não a garantia, de um desempenho de qualidade nas áreas de processo e resultados. Salienta que, embora a avaliação de resultados possa ser mais motivadora por delinear um perfil final, a prestação de serviços de saúde é constituída, essencialmente, pelo processo que busca a

melhoria do desempenho em suas instituições.

*Thomas e Bond (1991)* revisaram a literatura em enfermagem referente ao assunto e concluíram que a mensuração de resultados mais comumente usada foi a satisfação do paciente; mas, apesar de largamente usada, existe pequena explicação e consenso geral a respeito do conceito de satisfação do paciente. Além disso, identificaram cinco outras medidas de resultados, incluindo a capacidade do paciente para o autocuidado, seu bem-estar, e seu estresse, tempo de internação e o número de complicações.

*Greeneich (1993)* acreditando que a satisfação do cliente como resultado de assistência à saúde é um indicador importante de qualidade e que, a nível hospitalar, a enfermagem é o elemento chave desta satisfação, elaborou um modelo teórico de satisfação do cliente específico para enfermagem. Tal modelo apresenta três dimensões sendo: o enfermeiro (envolvendo as características de personalidade, característica da assistência de enfermagem e habilidade); o paciente (referindo-se às suas expectativas); as condições organizacionais (envolvendo o ambiente físico e condições de organização). Acrescenta, também, que a satisfação traz implicações para a prática da enfermagem na medida em que sua satisfação estará de acordo com a forma pela qual ocorreu a interação da enfermagem com as necessidades, desejos e decisões da saúde.

Nesse sentido, conhecer as expectativas do paciente é crítico para o processo de satisfação. Em termos administrativos, a satisfação do cliente representa a mensuração da efetividade da organização. Sendo assim, recomenda que seja incorporada aos currículos de enfermagem a satisfação do cliente como um resultado esperado da assistência da enfermagem e, para pesquisa, que sejam desenvolvidos instrumentos para sua mensuração

*Oliveiras (1992)* analisa o conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian, em que o autor aponta quatro componentes que influenciam na qualidade (acesso, continuidade, coordenação e a satisfação do cliente). Acerca da importância da satisfação do cliente Donabedian diz: "...de fundamental importância como uma medida de qualidade da atenção, porque proporciona informações sobre a capacidade do provedor em alcançar os valores e expectativas do paciente, que são assuntos sobre os quais eles são as autoridades. A medição da satisfação é um instrumento valioso para a investigação administração e planejamento".

Ainda o autor acima apresenta duas limitações da satisfação do paciente enquanto medida de qualidade: 1 - os pacientes possuem compreensão incompleta da ciência e tecnologia da atenção, podendo emitir um juízo inadequado. 2 - nem sempre as expectativas do paciente em relação ao profissional são corretas.

Apesar das limitações, a verificação da satisfação do usuário vem sendo cada vez mais utilizada e acredita-se que ganhará força quanto mais consciente de seus direitos for a população.

## **A DELIMITAÇÃO DO OBJETIVO**

Considerando, então, a importância atribuída ao planejamento de alta para a assistência ao idoso, a necessidade de avaliar as ações implementadas com o propósito de melhorar a qualidade das mesmas e o valor atribuído à avaliação da satisfação do paciente como instrumento de verificação da efetividade da assistência, o presente estudo propõe, após implementar um programa de planejamento de alta à idosas hospitalizadas, avaliar a satisfação da idosa e/ou cuidador com a assistência prestada, bem como a percepção a respeito da capacidade em dar continuidade na assistência no domicílio e as orientações que julga mais importante na alta hospitalar.

## **A TRAJETÓRIA DO ESTUDO**

### **LOCAL DO ESTUDO**

A presente pesquisa foi realizada na unidade de Clínica Médica e Cirúrgica Feminina (ala D) do Hospital de Clínicas I da Faculdade de Medicina de Marília, a qual conta atualmente com 16 leitos.

O Hospital das Clínicas I conta atualmente com 148 leitos de internação, distribuídos entre as subunidades de pediatria, berçário, UTI, MI, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia, clínica médica e cirúrgica, geral e especializada. Do total de leitos, 86 são destinados a pacientes clínicos e cirúrgicos, no atendimento geral e especializado e encontram-se distribuídos nas subunidades A, B, C, e D, as quais se caracterizam pelo atendimento de grande quantidade de idosos.

## POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo contou com a participação de idosas que residiam em Marília e se encontravam internadas na unidade referida acima, no período de abril a junho de 1998 e, sempre que necessário, acompanhadas de seus respectivos cuidadores.

Seguindo-se os critérios estabelecidos, o planejamento de alta foi iniciado para 76 idosas, sendo que 50 foram incluídas no estudo por ter sido possível concretizar com elas todas as fases propostas.

Os cuidadores participaram do processo de planejamento de alta sempre que a idosa apresentava algum grau de dependência. Tivemos apenas 8 idosas, entre as estudadas, que tinham condições de assumir toda a responsabilidade pelo cuidado.

## A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO DE ALTA ÀS IDOSAS HOSPITALIZADAS

Ao implementar o planejamento de alta, de forma a garantir a qualidade da assistência, foi necessário, inicialmente a reorganização da estrutura da unidade de internação onde o estudo se realizou, considerando-se a disponibilidade de recursos humanos, materiais e de área física disponíveis na instituição. Tal reorganização constituiu-se em: 1 – elaboração de protocolos e manuais de orientação para as alterações mais comuns que acometem ao idoso hospitalizado (cuidados com a pele do paciente idoso, cuidados com o idoso que sente dor, cuidados com o idoso demenciado, prevenção de quedas, atividade física no idoso, cuidados com o acamado, cuidados com diabetes e cuidados com a hipertensão arterial). 2 – treinamento do pessoal que presta assistência de enfermagem quanto às alterações do processo de envelhecimento, importância do planejamento de alta, utilização dos protocolos de atendimento e manuais de orientação dos pacientes e cuidadores. 3 - Promoção do envolvimento da equipe multiprofissional, da seguinte forma: reunião para discutir a finalidade do trabalho a ser desenvolvido com nutricionista, fisioterapeuta e assistente social que atuam na unidade de internação. Quanto à equipe médica, por ser numerosa e de diferentes especialidades fornecia-se informações aos elementos durante as visitas diárias. 4 - Criação de instrumentos de registro das informações colhidas e das atividades desenvolvidas.

Para avaliação do estado de saúde do idoso, elaborou-se um instrumento de acordo com a teoria das necessidades humanas básicas de *Maslow* (1970), onde identifica-se em cada uma das necessidades os aspectos que segundo a literatura de geriatria e gerontologia mais interferem na qualidade de vida dos idosos.

Após a coleta de dados, o método de solução de problemas proposto por *Walter et al.* (1976), através de suas fases (identificação de problemas, estabelecimento de metas, condutas e avaliação dos resultados da assistência), guiaram a implementação do processo de assistência aos idosos hospitalizados visando o preparo para a continuidade da assistência no domicílio.

O processo de assistência, então, teve início desde o momento da internação. A coleta de dados possibilitou a identificação de problemas atuais e potenciais e as condutas foram

direcionadas de forma que o idoso e, sempre que necessário o cuidador adquirissem habilidade e conhecimento para prestar a assistência necessária após a alta hospitalar. Na implementação do plano de alta foram priorizados aspectos como o uso de múltiplos medicamentos, dieta, mobilização e atividade física, prevenção de quedas e cuidados especiais com a patologia e alterações fisiológicas, os quais representam pontos críticos para o estado de saúde dos idosos.

## **O PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS**

A avaliação da satisfação foi realizada através de uma entrevista com o idoso e/ou cuidador, na qual seguia-se um roteiro previamente elaborado no momento da alta hospitalar. Esse instrumento de coleta de dados foi aplicado por alunas do 3º ano do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, monitoras da Disciplina de Enfermagem Clínica, as quais não participavam do processo de assistência, pois tínhamos alguma interferência caso o questionamento fosse realizado pelas pessoas que participavam do mesmo.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Para efetivar a coleta de dados foi solicitada autorização à comissão de ética da FAMEMA, a qual manifestou-se favorável.

Antes de iniciar a coleta de dados as idosas e/ou cuidadores foram orientados quanto à finalidade, ao procedimento e informados de que estariam livres para participar ou não do estudo. Quando houve interesse em participar, solicitou-se a assinatura da pessoa para o termo de consentimento.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão serão apresentados em forma de quadros e análise descritiva, conforme segue.

### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS IDOSAS**

Entre as idosas em estudo, treze (26%) pertenciam à faixa etária dos 70 a 74 anos, doze (24%) à faixa etária entre 60 e 64 anos, dez (20%) à faixa etária entre 65 e 69 anos, sendo que apenas quatro (8%) delas tinham 90 anos ou mais. A faixa de idade a que o idoso pertence tem sido vista na literatura como um aspecto importante a considerar devido ao maior risco de adoecer e de apresentar maior grau de dependência, quanto mais avançada ela se apresenta.

Quanto ao grau de comunicação, trinta e cinco (70%) das idosas apresentaram-se em boas condições de comunicação verbal, expressando dessa forma seu modo de pensar e sentir, enquanto cinco delas (10%) eram pouco comunicativas, respondendo apenas o que lhes era questionado e manifestavam, ao mesmo tempo, expressão facial triste, mantendo-se isoladas. Ainda cinco (10%) idosas eram confusas e outras cinco (10%) não apresentavam condições de comunicação verbal, devido à demência senil ou a conseqüências de alterações orgânicas diversas comuns entre elas.

Quanto à escolaridade, trinta e uma (62%) das idosas eram analfabetas, dezesseis (32%) tinham o primeiro grau incompleto e apenas três (6%) tinham o primeiro grau completo. Das idosas em estudo, apenas seis (12%) ficaram de 1 a 5 dias internadas; vinte e duas (44%) ficaram um período de 6 a 10 dias e as demais por tempo mais longo, sendo que quatro (8%) delas permaneceram por mais de 30 dias hospitalizadas. Esses dados demonstram que, apesar da concentração de esforços para desocupar os leitos hospitalares, as idosas tiveram longos períodos de internação, o que pode estar relacionado com a dificuldade de

restabelecimento das funções do organismo. Consta-se que o período de hospitalização foi suficiente para envolver idosos e cuidadores nos cuidados e avaliar sua capacidade em dar continuidade à assistência, rever e modificar estratégias caso fosse necessário. Nesse sentido, portanto, o planejamento de alta precisa ser iniciado sempre no momento da internação.

#### DADOS DOS CUIDADORES

Quanto à faixa etária dos cuidadores, observa-se que dezesseis (32%) situam-se na faixa etária dos 31 ao 40 anos de idade, dez (20%) na faixa dos 41 aos 50 anos e nove (18%) são indivíduos com idade entre 61 e 70 anos, o que demonstra muitos idosos sendo cuidados por outros.

Dos cuidadores dos idosos, dez (23,8%) eram do sexo masculino, a maioria sendo o próprio companheiro. Já 32(76,2%) eram do sexo feminino, quase sempre a filha; encontraram-se, porém, idosas que eram cuidadas pela irmã, sobrinha ou nora. Quanto à escolaridade, treze (31%) tinham o primeiro grau completo; dez (23,8%), o primeiro grau incompleto; três dos cuidadores (7,1%) eram analfabetos, e os demais tinham o segundo grau completo ou o terceiro grau.

#### AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA IDOSA E/OU CUIDADOR COM A ASSISTÊNCIA PRESTADA E A PERCEPÇÃO DA CAPACIDADE EM DAR CONTINUIDADE NOS CUIDADOS NO DOMICÍLIO

O questionário formulado, foi respondido pelas idosas, pelos cuidadores ou pelos dois juntos, dependendo da situação de cada um deles. As respostas emitidas encontram-se nas tabelas 1 e 2 conforme segue:

TABELA 1 - Distribuição das idosas e cuidadores quanto à satisfação com o atendimento durante a hospitalização e ao preparo para alta hospitalar, Marília, 1999.

Questões	nº	%
O pessoal de enfermagem foi atencioso	49	98
Recebeu ajuda nos aspectos que precisava	48	96
O pessoal de enfermagem transmitiu segurança	47	94
Sentiu-se mais seguro após receber as orientações	49	98
As orientações estavam de acordo com suas condições de realização	46	92
Sente-se em condições de dar continuidade na assistência após a alta	46	92
As orientações foram realizadas de forma clara e compreensível	47	94
Acha necessário receber orientações para alta hospitalar	50	100

Na Tabela 1 onde se encontram as respostas das idosas e/ou cuidadores quanto à satisfação com a assistência prestada e ao preparo de alta recebido, observa-se que a maioria deles manifestou estar satisfeita com a atenção recebida do pessoal - quarenta e nove (98%), sendo encontradas as seguintes verbalizações: "não me faltou nada, senti que somos uma família", "foram atenciosos tanto comigo como com minha mãe", "o pessoal é muito bom, estou saindo contente". Além de menções à equipe de enfermagem, houve idosos que mencionaram também a presença da nutricionista e da fisioterapeuta como um aspecto positivo na assistência.

Sentir-se mais seguro após receber as orientações foi declaração de quarenta e sete idosas (94%) e/ou cuidadores, quarenta e seis (92%) disseram que as orientações estavam de acordo com suas condições de realização, alguns afirmaram necessitar de ajuda dos familiares para realizar os cuidados propostos e outros que não tinham condições financeiras para isso.

Dos idosos e cuidadores, quarenta e sete (94%) afirmaram que as orientações foram passadas de forma clara e compreensível e todos eles acharam necessário receber orientações

na alta hospitalar. A manifestação do grau de satisfação da idosa e/ou cuidador com o atendimento recebido deixa, por um lado, satisfação com o resultado atingido, já que representa um indicador da qualidade da assistência; porém, por outro lado, se alguns questionamentos são necessários para uma análise mais aprofundada dessa questão. Será que esses indivíduos envolvidos no planejamento de alta tinham consciência de seus direitos de trabalhador, de contribuinte do sistema de saúde e de seus direitos enquanto cidadãos? Pareceu-nos que, quando se trata de um atendimento público considerado "gratuito", as ações oferecidas têm conotação de "favor" e não de "obrigação" do sistema em prestar assistência com qualidade.

Além disso, o planejamento de alta oferecido a essas pacientes pareceu representar um aspecto que foi além das expectativas apresentadas na internação. O simples fato de o familiar ser autorizado a entrar no hospital fora do horário de visita ou permanecer como acompanhante significou motivo de muita gratidão.

TABELA 2- Distribuição das idosas e/ou cuidadores de acordo com as orientações que consideraram mais importantes na alta hospitalar, Marília, 1999.

Orientações	nº	%
Atividade física	10	20
Dieta	10	20
Uso dos medicamentos	07	14
Cuidados com lesão	07	14
Prevenção de quedas	06	12
Prevenção de úlcera de pressão	04	08
Cuidados com a pele	04	08
Cuidados com a sonda nasogástrica	03	06
Cuidados com o acamado	03	06
Higiene	02	04
Todas	04	08
Outras	04	08

As idosa e/ou cuidadores emitiram mais de uma resposta

Quando questionados quanto às orientações que consideraram mais importantes para continuidade da assistência no domicílio, as respostas pareceram estar relacionadas com a principal alteração que o idoso estava apresentando naquele momento. Conforme Tabela 2, a dieta e atividade física foram citadas por dez (20%) das idosas e ou cuidadores.

A dieta é fator que preocupa tanto as idosas como os cuidadores, uma vez que implica mudança de hábitos arraigados durante toda a vida. Ainda no Tabela 2, sete (14%) das idosas e/ou cuidadores afirmaram que a orientação mais importante refere-se ao uso de medicamentos, destacando-se a aplicação de insulina, uso correto de antibiótico, não parar o medicamento, os efeitos adversos da medicação e outros. Os cuidados com a lesão de pele foram referidos como as mais importantes por sete (14%) das idosas e/ou cuidadores. Para sete (14%), a prevenção de quedas representou aspecto importante na orientação de alta. Outras orientações também foram consideradas por eles como importantes: cuidados com a pele, higiene, prevenção de úlcera de pressão e cuidados com o acamado.

No hospital os pacientes têm passado de forma rápida quando apresentam complicações agudas no seu estado de saúde. Os profissionais da saúde, por sua vez, não se encontram instrumentalizados para lidar com essa realidade e garantir a continuidade da assistência no domicílio que tanto se faz necessária, na medida que se deseja obter maior resolutividade dos problemas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que durante a hospitalização o idoso e família se encontrem respaldados por recursos humanos e materiais necessários ao atendimento de suas necessidades, ao receber alta hospitalar ficam desprovidos de qualquer assistência. A rede básica de saúde, que deveria

funcionar como sistema de contra referência para os pacientes após a alta hospitalar, não tem atendido a essa necessidade, principalmente quando o idoso necessita de cuidados no domicílio.

Ao idoso são necessárias medidas que possibilitem a utilização do seu potencial, a realização de atividades diversas, estímulo à criatividade, de forma a manter o sentimento de utilidade e bem-estar. Caso contrário é possível que, dentro de pouco tempo, a situação torne-se ainda mais crítica devido ao aumento crescente da população idosa.

Vivemos em uma realidade onde parece haver se cristalizado a situação de exclusão do idoso, como se nada de muito significativo pudesse ser feito frente à crise e à situação de descaso em que ele se encontra, o que traz como consequência a baixa qualidade de vida. Aos idosos, não dispendo de recursos necessários para a manutenção da saúde e da vida, resta-lhes como possibilidade a assistência hospitalar, quando a situação se agrava. Como essa assistência demanda alto custo para sua operacionalização e atende apenas às necessidades de maior risco, aos idosos faltam recursos financeiros, programas de auxílio domiciliar e organização comunitária para seu atendimento.

No hospital os pacientes têm passado de forma rápida quando apresentam complicações agudas no seu estado de saúde. Os profissionais da saúde, por sua vez, não se encontram instrumentalizados para lidar com essa realidade. A alta precoce é uma possibilidade a ser considerada em nosso meio, uma vez que o sistema de saúde atual visa essencialmente à desospitalização. Com isso é preciso criar estratégias adequadas para contemplar o atendimento das necessidades da população. Aos profissionais que atuam na área hospitalar cabe, então, adotarem mediadas que possibilitem o envolvimento do idoso e cuidador na assistência prestada, de forma a garantir a continuidade da assistência, aumentando assim a satisfação dos mesmos, já que isso representa um indicativo de assistência com qualidade.

O planejamento de alta ao idoso, ao nosso ver, representa um trabalho amplo e dinâmico que necessita ser incrementado à filosofia institucional de forma a propiciar também um trabalho interdisciplinar, o qual é indispensável pelas múltiplas alterações que acometem o estado de saúde dos idosos.

---

**ABSTRACT:** Independently of the type of quality assistance improvement model chosen in a health institution, the implementation of ways of assessing it is also necessary. This study analyze the degree of satisfaction among a group of 50 hospitalized elderly women and/or caretakers after the implementation of a discharge planning in a Emergency Medical Clinic Unit. The present paper also investigates the need for continued assistance and points out which information is considered the most important by the patient. Results show that both the elderly and caretakers were highly satisfied with the assistance provide, most of which felt confident about their ability to continue it and that the most important information was that related the main health problem of elderly patient. It is inferred from this study that a discharge planning should be adapted by the health professionals in the hospital.

---

**KEYWORDS:** caretaker, elderly, discharge planning.

---

**RESUMEN:** Sea cual fuere la propuesta para mejorar la calidad de asistencia, se hace necesaria la implementación de formas de evaluarla. El presente estudio se propone así, después de implementar la planificación de alta a un grupo de 50 ancianas hospitalizadas en la Unidad de Clínica Médica de Urgencia y Emergencia, evaluar el grado de satisfacción de las ancianas y de los cuidadores respecto a la asistencia ofrecida; la percepción sobre la capacidad de dar una continuidad a la asistencia y qué informaciones se consideran más importantes. El análisis de los resultados permite afirmar que tanto las ancianas como los cuidadores manifestaron un alto grado de satisfacción con la asistencia prestada; la mayoría afirma que se siente en condiciones de dar continuidad a la asistencia.

Las informaciones que consideran más importantes son las que se refieren al problema principal de la anciana. Se infiere que la planificación de alta debe ser utilizada por los profesionales del área hospitalar.

---

**PALABRAS CLAVE:** evaluación, cuidador, anciano, planificación de alta

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLAYLOCK, A.; CASON, C.L. Discharge planning predicting patients needs. *J. Gerontol. Nurs.*, v.18, n.7, p.5-10, 1992.
- CLOSS, S.J.; TIERNEY, A.J. The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *J. Adv. Nurs.*, v.18, n.8, p.1279-1287, 1993.
- DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB Qual. Rev. Bull.*, v.12, n.3, p.99-108, 1986.
- GÓMEZ GÓMEZ, E. *Marco conceptual y consideraciones metodológicas preliminares para el desarrollo de un protocolo de investigación sobre evaluación de la calidad de la atención de la salud en un grupo de países americanos*. Washington, OPS/Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, 1989. 56p. (Borrador para discusión).
- GREENEICH, D. The link between new and return business and quality of care: patient satisfaction. *ANS Adv. Nurs. Sci.*, v.16, n.1, p.62-72, 1993.
- HADDOCK, K.S. Characteristics of effective discharge planning programs for the frail elderly. *J. Gerontol. Nurs.*, v.17, n.7, p.10-14, 1991.
- MARIN, M.J.S. *Levantamento de problemas dos pacientes idosos no momento da alta hospitalar*. Ribeirão Preto, 1995. 130p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MASLOW, A.H. *Motivation and personality*. 2.ed. New York: Harper & Row, 1970. 305p.
- OLIVEIRAS, C. G. *Análise do conceito de satisfação do usuário na obra de Donabedian*. Rio de Janeiro, UERJ/IMS, 1992. 36p. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.20)
- SANTOS, L.A. *Instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados físicos de enfermagem: proposta fundamentada na administração por objetivos*. Ribeirão Preto, 1986. 226p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SILVA, S.H. *Controle da qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo*. São Paulo, 1993. 243p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo.
- THOMAS, L.H.; BOND, S. Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. *Int. J. Nurs. Stud.*, v.28, n.4, p.291-314, 1991.
- WALTER, J.B.; PARDEE, G.P.; MOLBO, D.M. *Dinamics of problem-orientated approaches: patient care and documentation*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1976.

---

*Recebido em junho de 2000*  
*Aprovado em novembro de 2000*