UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

NATÁLIA PEREIRA DOS SANTOS SOUZA

**Análise da necessidade do cuidado contínuo à saúde de idosos em risco
de hospitalização acompanhados em um Hospital-Dia Geriátrico**

SÃO PAULO

2020

NATÁLIA PEREIRA DOS SANTOS SOUZA

Análise da necessidade do cuidado contínuo à saúde de idosos em risco de hospitalização acompanhados em um Hospital-Dia Geriátrico.

Versão corrigida

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marisa Accioly Rodrigues da Costa Domingues

SÃO PAULO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)
CRB 8-4936

Souza, Natália Pereira dos Santos

Análise da necessidade do cuidado contínuo à saúde de idosos em risco de hospitalização acompanhados em um Hospital-Dia Geriátrico / Natália Pereira dos Santos Souza ; orientadora, Marisa Accioly Rodrigues da Costa Domingues. – 2020
69 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo
Versão corrigida

1. Saúde do idoso. 2. Idosos. 3. Atenção à saúde. 4. Cuidados integrais de saúde. I. Domingues, Marisa Accioly Rodrigues da Costa, orient. II. Título

CDD 22.ed. – 613.0434

Nome: SOUZA, Natália Pereira dos Santos Souza

Título: Análise da necessidade do cuidado contínuo à saúde de idosos em risco de hospitalização acompanhados em um Hospital-Dia Geriátrico.

Dissertação apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia

Aprovado em: 10 / 07 / 2020

Banca Examinadora

Prof. Dr. Henrique Salmazo da Silva
Universidade Católica de Brasília

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
Universidade Federal de São Carlos

Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTO

Em dois anos acontecessem muitas coisas que podem fazer você duvidar da sua capacidade de chegar até o fim. Por isso, hoje eu agradeço a todos que emanaram energias positivas, que me levantaram, estenderam a mão, ofereceram o coração, que foram apoio e o foco que eu precisava para chegar aqui.

Em especial agradeço a Stéphanie de Souza Costa Viana, que compartilhou comigo uma sala, dois computadores, uma prancheta, conhecimento e amor pela pesquisa.

Agradeço a Bianca Lopes Nichimori e Luilca de Souza Oliveira, pela parceria, por acreditarem na gerontologia e na pesquisa, mesmo nos dias difíceis.

Agradeço a Thais Valério de Oliveira, por ser a veterana que me fez enxergar com outros olhos e a permanecer no caminho da gerontologia.

Agradeço a Helena Malerba do Nascimento e Vinicius Montagner, por além de serem amigos, serem luz e força.

Agradeço ao Prof.^o Dr.^o Marlón Juliano Romero Aliberti e Prof.^o Dr.^o Wilson Jacob pela oportunidade de fazer parte da pesquisa do Hospital-Dia Geriátrico e compartilhar conhecimento.

Agradeço a Prof.^a Dr.^a Marisa Accioly R. C. Domingues, que além de orientadora, foi mentora e amiga, que com muita paciência e dedicação ajudou a fazer acontecer esse trabalho.

Por fim, mas não mesmo importante, agradeço a minha família Hyago Camargo Feitosa dos Santos, Valéria Pereira dos Santos Souza, Leonardo Pereira dos Santos Souza e Marivaldo dos Santos Souza, pelo apoio, pelos abraços-casa, pelo amor incondicional e por entender minhas ausências em detrimento da pesquisa.

Á vocês meus mais sinceros e profundos agradecimentos.

Cada coisa tem a sua hora, cada hora tem o seu cuidado.

(QUEIROZ, [19--?], p. 142)

RESUMO

SOUZA, Natália Pereira dos Santos. **Análise da necessidade do cuidado contínuo à saúde de idosos em risco de hospitalização acompanhados em um Hospital-Dia Geriátrico**. 2020. 69 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Versão corrigida.

Introdução: A celeridade com que transição demográfica ocorre na atualidade nos leva a uma reflexão sobre as condições de vida dos idosos. Atualmente, os serviços destinados à população idosa portadora de condições crônicas de saúde permanecem fragmentados, descontinuadas e imbricadas a modelos de assistência de condições agudas de saúde, transformando o cuidado aos doentes crônicos pouco eficientes. Por isso, é preciso que o cuidado seja articulado e permeie de forma integrada os fatores relacionados à saúde, a fim de diminuir a pressão sobre os serviços que prestam o cuidado, com resoluções mais efetivas, melhor uso dos recursos e um melhor manejo das consequências relacionadas às multimorbidades, principalmente na velhice.

Objetivo: Avaliar as necessidades do cuidado contínuo à saúde de idosos com risco de hospitalização.

Métodos: O estudo tem como base uma pesquisa de coorte prospectiva com inclusão de idosos com risco de hospitalização encaminhados ao HDG por condição clínica aguda, no período de 2016 a 2019, submetidos a uma avaliação inicial e um seguimento telefônico mensal durante 6 meses após alta do atendimento no serviço de saúde para avaliação dos desfechos.

Resultados: Durante o período do estudo foram incluídos 386 participantes, com idade média de 79,68 anos ($\pm 7,5$), maior predominância do sexo feminino (65,9 %), cor branca (53,4 %), escolaridade mediana de 4 anos (IIQ, 2,0 – 7,0) e renda mediana de 2 salário mínimo (IIQ, 1,00 – 3,00), 58,5% possuíam cuidador e 81, 6% morava sozinho. Os participantes foram encaminhados ao HDG em sua maioria por Diabetes Mellitus (13,4%) e Insuficiência Cardíaca (12,4%). O tempo de permanência em média foi de 3,3 atendimentos até a alta do serviço. A comparação entre os grupos hospitalização não programada 6 meses antes e 6 meses após do atendimento no HDG, revelou que a chance da diferença entre as médias ser devido ao acaso é de 0,03% ($\chi^2 = 12.681$, $df = 1$, $p\text{-valor} = 0,0003695$). Após o atendimento no HDG foi possível observar uma diminuição na necessidade e

quantidade de hospitalização não programada de 106 para 64 idosos e um total de 158 para 89 respectivamente. Conclusão: Os resultados desse trabalho evidenciaram a importância de um acompanhamento contínuo de saúde para um controle eficiente da saúde do idoso com DCNTs.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Cuidados integrais à saúde. Planejamento de assistência ao paciente. Assistência a idosos. Envelhecimento da população.

ABSTRACT

SOUZA, Natália Pereira dos Santos. **Analysis of the need for continuous health care for elderly people at risk of hospitalization followed up at a Geriatric Day Hospital.** 2020. 69 p. Dissertation (Master in Sciences) - School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2020. Revision version.

Introduction: The speed with which demographic transition occurs today leads us to a reflection on the living conditions of the elderly. Currently, services for the elderly population with chronic health conditions remain fragmented, discontinued and imbricated to models of assistance for acute health conditions, transforming care for chronic patients with little efficiency. Therefore, it is necessary that care is articulated and permeates health-related factors in an integrated way, in order to reduce pressure on the services that provide care, with more effective resolutions, better use of resources and better management of the consequences related to multimorbidities. **Objective:** To assess the needs of continuous health care for elderly people at risk of hospitalization. **Methods:** The study is based on a prospective cohort survey with inclusion of elderly people at risk of hospitalization referred to GDH for acute clinical condition, in the period from 2016 to 2019, submitted to an initial assessment and a monthly telephone follow-up for 6 months after discharge care at the health service to assess outcomes. **Results:** During the study period, 386 participants were included, with an average age of 79.68 years (+7.5), a greater predominance of females (65.9%), white (53.4%), median education 4 years (IIQ, 2.0 - 7.0) and median income of 2 minimum wages (IIQ, 1.00 - 3.00), 58.5% had a caregiver and 81.6% lived alone. Most participants were referred to GDH for Diabetes Mellitus (13.4%) and Heart Failure (12.4%). The average length of stay was 3.3 calls until the service was discharged. The comparison between the unplanned hospitalization groups 6 months before and 6 months after GDH care, revealed that the chance of difference between the means being due to chance is 0.03% ($\chi^2 = 12,681$, $df = 1$, $p\text{-value} = 0.0003695$). After attending the GDH it was possible to observe a decrease in the need and amount of unscheduled hospitalization from 106 to 64 elderly people and a total of 158 to 89 respectively. **Conclusion:** The results of this work showed the importance of

continuous health monitoring for an efficient control of the health of the elderly with NCD.

Keywords: Health Care. Comprehensive health care. Patient Care planning. Old age assistance. Ageing population.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais motivos de encaminhamento dos idosos ao Hospital-Dia Geriátrico, 2016-2019.....	26
Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas dos idosos comparados entre a ocorrência ou não de hospitalização não programada após 6 meses de atendimento no HDG, 2016-2019.....	27
Tabela 3 – Principais motivos de encaminhamento dos idosos que hospitalizaram após atendimento no HDG, 2016 – 2019.....	28
Tabela 4 – Ocorrência de hospitalização não programadas em seis meses após atendimento no Hospital-dia geriátrico comparado com o índice da TaGA, 2016-2019.....	29
Tabela 5 – Comparação entre ocorrência de hospitalização não programada 6 meses antes e 6 meses após atendimento no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.....	29
Tabela 6 – Ocorrência da quantidade de hospitalizações não programadas 6 meses antes e 6 meses após atendimento no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.....	30
Tabela 7 - Ocorrência de hospitalização em 6 meses comparado com o número de atendimento dos idosos após serem atendidos no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.....	31
Tabela 8 - Ocorrência de mortalidade comparado com o número de hospitalização em 6 meses após atendimento no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

10 TaGA - 10 minute Target Geriatric Assessment

AVD - Atividades de Vida Diária

DCNTs - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

ELSI-BRASIL - Estudo Longitudinal da Saúde e Bem-Estar dos Idosos Brasileiros

HD – Hospital-Dia

HDG - Hospital-Dia Geriátrico

HDG-HCFMUSP – Hospital-DiaGeriátrico do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

IIQ – Interquartil

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

PPSUS – Programa de pesquisa para o Sistema Único de Saúde

SABE - Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA	12
1.1 O envelhecimento da população e a atenção à saúde no Brasil.....	14
1.2 Os serviços de saúde no Brasil e a atenção integral: a importância da continuidade na assistência à saúde	16
1.2.1 Hospital-Dia Geriátrico: O serviço de saúde entre o acompanhamento ambulatorial e a internação.....	17
1.2.2 Os profissionais e a demanda por mudanças no cuidar.	18
1.2.3 A educação interprofissional e os benefícios do profissional Gerontólogo na área de assistência à saúde da população idosa.....	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo principal	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 MÉTODO.....	22
4.1 Delineamento e cenário	22
4.1.1 O Hospital-dia Geriátrico da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo	22
4.2 PARTICIPANTES.....	22
4.2.1 Critérios de inclusão	22
4.2.2 Critério de exclusão	23
4.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	23
4.3.1 Avaliação inicial	23
4.3.2 Ferramenta para aferição do número de consultas	24
4.3.3 Seguimento.....	24
5 TÉCNICA DE AMOSTRAGEM E RECRUTAMENTO	25

6 PLANO GERAL DE ANÁLISE	25
7 ÉTICA E PESQUISA	26
8 RESULTADOS	27
9 DISCUSSÃO.....	35
10 CONCLUSÃO	37
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
12 ANEXOS	50
Anexo A – Ficha de avaliação Admissional.	5050
Anexo B – 10 minute Target Geriatric Assessment (10 – TaGA).....	522
Anexo C – Ficha de seguimento telefônico.....	53
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	65
Anexo E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética (CEP)	68

1 INTRODUÇÃO E RELEVÂNCIA DO TEMA

1.1 O envelhecimento da população e a atenção à saúde no Brasil

Os idosos tem se tornado o grupo etário mais representativo do Brasil. Em 2017, houve um aumento de 18% da população de idosos, que resultou no ganho de 4,8 milhões desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões (PNADC, 2017). A celeridade com que a transição demográfica ocorre na atualidade nos leva a uma reflexão sobre as condições de vida dessa parcela da população, tendo em vista os prováveis impactos na estruturação, principalmente, das redes de assistência à saúde.

Nos últimos anos, essa transição trouxe novas questões e demandas principalmente em relação aos serviços de saúde prestadas à sociedade brasileira, que precisou adaptar-se à atual mudança ligada aos padrões epidemiológicos (RAUPP, et al., 2015), sobretudo na composição de morbimortalidade da população, que reduziu drasticamente as consequências das doenças transmissíveis (infectocontagiosas) e passou a se preocupar com novas situações ligadas a doenças não transmissíveis de longo percurso. Esses resultados surgiram graças ao êxito das ações comunitárias pela saúde e bem-estar, oportunizando que a população passasse a ter mais anos de vida (JÚNIOR & NOGUEIRA, 2002; BARRETO, et al., 1993; ROSEN, 1957).

Apesar dos avanços relacionados à morbidade precoce da população, segundo Camarano (2013), muito ainda precisa ser feito para que a velhice seja associada a uma vida bem cuidada. Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2013) demonstraram que houve uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) em adultos (18 anos e mais) ligados a uma menor prática de atividade física com o passar dos anos e um menor consumo de alimentos saudáveis. Essa pesquisa, ainda constatou que as pessoas que estão envelhecendo no meio urbano tenderiam a necessitar de uma atenção a saúde mais específica por conta do estado de maior vulnerabilidade para o acúmulo de doenças crônicas não transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; CELICH & SPADARI, 2008; ACHUTTI & AZAMBUJA, 2004).

As DCNTs são definidas como doenças de longo curso clínico e irreversíveis, com momentos de piora ou melhora sensível, que podem afetar a funcionalidade no desempenho das atividades de vida diária (AVD), acarretando em problemas não só no aspecto biológico, mas também nos aspectos psicossociais, causados pela combinação de múltiplos fatores biológicos, socioculturais e comportamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; IBGE, 2013). Seu percurso gradativo acaba por gerar necessidade de cuidado prolongado e acompanhamento constante, já que, o acompanhamento inadequado ocasionaria a agudização da doença, refletindo no risco de possíveis incapacidades e maior risco de mortalidade (GRUNDY, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a chance de se ter DCNTs aumenta cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre as pessoas com 90 ou mais anos. Dados preliminares do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) (2018) coletados entre 2015 e 2018 referem um aumento de doenças crônicas e incapacidades em idosos com idade entre 60-64 anos. Ainda, em outra pesquisa, o estudo longitudinal da saúde de idosos brasileiros (ELSI-BRASIL), apontou que 70% da população idosa possui alguma doença crônica incapacitante, o que nos remete a premência da atenção qualificada na saúde. Esses dados acabam por torna-se um indicador de piora da qualidade no processo de envelhecimento em São Paulo. (DUARTE, 2018; GIACOMIN et al., 2018)

À medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Esses serviços acabam por necessitar de mudanças relacionadas à condução da prestação da assistência a saúde de idosos. Hoje, a maior parte dos serviços ainda está centrada na equipe médica e, apenas, na condição clínica do indivíduo. Este cenário leva a uma assistência fragmentada, que resulta em inúmeras consultas médicas, sem compartilhamento de informações ao decorrer da assistência prestada, à prescrição de inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos desnecessários (LYONS & CHAMBERLAIN, 2006). Dessa forma, esse tipo de assistência acaba sobrecarregando o sistema e impede que se consiga obter benefícios significativos para a qualidade de vida dos idosos (VERAS, et al., 2013).

1.2 Os serviços de saúde no Brasil e a atenção integral: a importância da continuidade na assistência à saúde

O campo da saúde é marcado por avanços e retrocessos no Brasil. Atualmente, os serviços destinados à população idosa portadora de condições crônicas de saúde permanecem fragmentados, descontinuadas e imbricadas a modelos de assistência de condições agudas de saúde, transformando o cuidado aos doentes crônicos pouco eficientes.

Esse modelo de assistência restringe os cuidados à saúde da população idosa somente ao controle biológico na prevenção de agravos das DCNTs. A complexidade da saúde vai para além das questões biológicas, que se entrelaçam na saúde física, saúde mental, na independência financeira, na capacidade funcional e no suporte social. Essas características peculiares mostram a necessidade de repensar nos modelos de atenção a esse segmento populacional, inserindo os cuidados organizados de maneira integrada e continuada, colocando o idoso no centro do serviço e do cuidado (VERAS, 2014; MARTÍNEZ, 2016).

A atenção integral à saúde, segundo Camarano (2013), diz respeito ao tratamento integral estabelecido por medidas que visam proporcionar o bem-estar com uma visão a longo prazo. Ainda, de acordo com o artigo 15 do Estatuto do Idoso a atenção integral à saúde é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse modelo de atenção busca superar o modelo biomédico que centra a atenção à saúde apenas na doença. Engel (1977) pontua que as vantagens de um modelo capaz de abranger não só a parte fisiológica, mas também os outros aspectos relacionados à saúde são de extrema importância para o cuidado, pois, permite que a doença seja vista como um resultado da interação fisiológica, interpessoais e ambientais.

Com isso, o estudo de qualquer doença deve incluir o indivíduo, seu corpo e o ambiente no qual está inserido como componentes essenciais da dinâmica quando pensamos em saúde. Os modelos de assistência integrados, ainda, para Fried, et al., (1991), Busetto, et al., (2017) e Blom, et al., (2016) ajudam a esclarecer as doenças e suas consequências de uma forma melhor

que os modelos de saúde tradicionais, uma vez que um modelo integrado de atenção, que visa resultados globais de saúde, é mais adequado do que um modelo destinado principalmente a melhorar os resultados individuais da doença (BLOM, et al., 2016; DE MAESENEER & BOECKXSTAENS, 2011).

Tendo em vista que os componentes biopsicossociais desordenados podem influenciar de maneira importante no desfecho negativo na relação da saúde do idoso (SOUZA, et al., 2018). Hoje, já não bastam mais orientações e cuidados diferenciados para cada problema. É preciso que o cuidado seja articulado e permeie de forma integrada os fatores relacionados à saúde, a fim de diminuir a pressão sobre os serviços que prestam o cuidado, com resoluções mais efetivas, melhor uso dos recursos e um melhor manejo das consequências relacionadas às multimorbidades, principalmente na velhice (TORTAJADA, et al., 2017; GODWIN, et al., 2013). Mas, para isso é preciso fornecer condições, para que seja possível desenvolver uma assistência à saúde mais adequada.

1.2.1 Hospital-Dia Geriátrico: O serviço de saúde entre o acompanhamento ambulatorial e a internação

Segundo Veras, et al., (2018), os novos modelos de atenção à saúde para idosos são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidado, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação das comorbidades, cuidado precoce e reabilitação. Na qual os serviços de cuidado deixaria de ter a doença como o centro do cuidado e passaria a monitorar a saúde como um todo. Assim, a lógica de um acompanhamento contínuo da sua saúde, mesmo que em diferentes níveis, intensidade e cenário de intervenção, seria a melhor estratégia para um cuidado adequado a saúde do idoso. (MARTÍNEZ, 2016; VERAS et al., 2018)

Em uma busca na literatura internacional por redes de atenção à saúde com boa qualidade, realizada por Mendes (2010), encontrou-se evidências de maior efetividade quando sistemas utilizaram a integração entre os níveis de atenção a saúde, além de conseguirem identificar por meio da integração entre a atenção primária e especializada pessoas com alto risco de hospitalização e,

assim reduzir o uso inadequados de serviços especializados, reduzindo custo e produzindo resultados mais positivos à saúde do idoso.

Dessa maneira, o serviço de Hospital-Dia Geriátrico (HDG) vem de encontro com as mudanças necessárias para acompanhar as novas demandas da população idosa. Na qual, a partir do incentivo no âmbito do SUS por meio da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), o Ministério da Saúde (2011), em consonância com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, como um meio para fornecer um melhor acompanhamento à saúde dos idosos, a fim de diminuir os custos relacionados à internação por doenças crônicas descompensadas e vislumbrar um cuidado integral entre a atenção primária e especializada incentivou a criação de diversos serviços, entre eles, o HDG.

O Hospital-Dia (HD), segundo o Ministério da Saúde (2006), é uma estrutura organizacional de saúde com um espaço físico próprio onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados, que fornecem cuidados de saúde de modo programado a pacientes doentes em ambulatório, em alternativa à hospitalização clássica, por um período de até 12 horas. Especializado em cuidados relacionados à velhice, o HDG, torna-se um local de atendimento capaz de diminuir a taxa de internação dos idosos atendidos no pronto socorro, por poder ser o serviço intermediário com o objetivo de ser uma nova possibilidade de tratamento ao idoso ambulatorial que possui uma doença crônica descompensada (IJMS, 2017). Além dos serviços de saúde tradicionalmente oferecidos, como atenção ambulatorial, o HDG está surgindo como uma modalidade intermediária e complementar à assistência anterior e pós-hospitalar, que complementa no atendimento o bem-estar da pessoa idosa com cuidados de uma equipe interdisciplinar, orientações terapêuticas e reabilitação, para que possa voltar ao seu convívio social com independência e menor risco de evolução desfavorável (ALIBERTI et al, 2016).

1.2.2 Os profissionais e a demanda por mudanças no cuidar.

As novas demandas do processo saúde-doença-cuidado, com vistas a contemplar os aspectos epidemiológicos biopsicossociais compreendem um

novo modo de pensar e agir para a obtenção de soluções às questões emergentes na produção do cuidado. Apesar dos estudos apontarem que o cuidado centrado na pessoa idosa, o modelo biopsicossocial e a integralidade do cuidado é o mais adequado para o planejamento do cuidado em saúde, pensando em continuidade do cuidado no processo de envelhecimento, a prática representa um desafio para as equipes de saúde. Sua operacionalização implica em mudanças e (re)organizações dos processos enraizados de trabalhos individuais para trabalho em equipes na produção de cuidados humanizados, éticos e resolutivos (MARTÍNEZ, 2016; MEDEIROS et al., 2016; ZAMBERLAN, et al., 2013).

No Brasil o modelo de formação em saúde ainda é predominantemente caracterizado como uniprofissional, focado em uma educação por disciplinas isoladas, na fragmentação do cuidado e da prática biomédica, sendo totalmente destoante das necessidades da atualidade. Esse tipo de formação acaba por gerar ações multiprofissionais, que apesar de estarem relacionados a um mesmo cuidado não necessariamente ocorrem com a cooperação nas abordagens entre as diversas áreas, levando a fragmentação do cuidar (LIMA, 2018; VASCONCELOS, et al., 2016; PINEAU, 1980; LIMA et al., 2010; PEDUZZI, 1998; SILVA, 2002; COIMBRA, 2000; LEFF, 2002).

As novas demandas da população que envelhece, exigem inovação das equipes e o rompimento de padrões arraigados à assistência de acometimentos agudos. Ou seja, a transformação do processo do cuidar, de um cuidado reativo, que se dá por uma assistência eventual e fragmentada, para uma proativa, sendo mais efetiva na integralidade e garantindo uma atenção contínua (EVERINK, et al., 2011; BLOM, et al., 2016; TORTAJADA, et al., 2017 ; REID, 2005; HEALY, 2004). Desta forma, é preciso repensar nas interações entre os profissionais, para que seja possível buscar transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem na produção do cuidado.

1.2.3 A educação interprofissional e os benefícios do profissional Gerontólogo na área de assistência à saúde da população idosa.

A necessidade por mudança na forma de atuação dos profissionais ressalta a importância em fortalecer o ensino-aprendizagem para qualificar o

cuidado à saúde da pessoa idosa. O cuidado integral advém de um conhecimento com o ponto de vista interdisciplinar, na qual possui os seus princípios alinhados a interatividade e no intercâmbio de conhecimento entre as diferentes áreas do saber. O cuidado interprofissional é um componente importante para a transformação da formação na perspectiva do desenvolvimento do trabalho colaborativo na atenção à saúde. Pesquisas relacionadas ao tema evidenciaram que a colaboração eficaz entre os prestadores é essencial para a oferta de atenção integral, diminuindo ruídos na comunicação e na colaboração nas diferentes ações dos profissionais, dando mais segurança e alta qualidade no cuidado ao paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BARR, et al., 2005; REEVES, 2016).

Nesse contexto, entende-se que as demandas atuais do cuidar, necessitam de um profissional altamente capacitado que possa contribuir no processo de envelhecimento o gerenciamento do cuidado a saúde e possa integrar as equipes dos serviços direcionados a população.

Em 2005, a Universidade de São Paulo (USP) iniciou o curso de Graduação em Gerontologia, que tem como objetivo formar um profissional generalista, com uma visão interdisciplinar e integrada, capaz de compreender o envelhecimento humano e seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais (MELO et al, 2015). O Gerontólogo, profissional vocacionado para a área do envelhecimento, diferente de outras áreas, é formado para compreender, criar, gerir, desenvolver e avaliar formas de apoio ao idoso e seus cuidadores familiares e profissionais, em contextos multiprofissionais e interdisciplinares na perspectiva da gestão da atenção (ALMEIDA, 2013). Salmazo-silva et al., (2012) identificaram que a atuação dos bacharéis em Gerontologia envolve entre muitas outras competências o gerenciamento de serviços na área social e de saúde. Sendo suas principais habilidades mencionadas à escuta, empatia, acolhimento, capacidade de integrar conhecimento biopsicossocial, além do gerenciamento de recursos humanos e materiais, com atuação no planejamento, acompanhamento, execução, supervisão e avaliação das ações.

O Gerontólogo, por tanto, é o profissional que, integrado à equipe multiprofissional, é capaz de atuar de forma generalista, integrada e contínua na gestão da atenção a saúde em diferentes contextos.

2 JUSTIFICATIVA

Apesar de novos serviços e novos profissionais surgirem para atender a crescente demanda vinculada ao processo de envelhecimento, é necessário refletir como os recursos têm suprido as necessidades e interagido a fim de tornar o cuidado mais eficiente.

Hoje, ainda existe uma lacuna de pesquisas e literatura sobre as melhores práticas na gestão do cuidado do idoso, principalmente dos portadores de doença crônica não-transmissível no âmbito da saúde.

Por isso, esse trabalho tem como objetivo elucidar as necessidades do cuidado contínuo à saúde a partir de um serviço de Hospital-Dia Geriátrico, com o intuito de mostrar a dinâmica dos novos recursos no contexto da gestão da saúde de idosos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

Avaliar as necessidades do cuidado contínuo à saúde de idosos com risco de hospitalização.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Analisar a trajetória do idoso com risco de hospitalização atendido em um hospital-dia geriátrico.
- ✓ Descrever o acompanhamento da saúde do idoso em um Hospital-Dia Geriátrico.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento e cenário

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

O estudo tem como base uma pesquisa de coorte prospectiva realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP, na qual os idosos foram avaliados no Hospital-Dia Geriátrico (HDG), situado no prédio dos ambulatórios dessa instituição.

4.1.1 O Hospital-dia Geriátrico da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo

O Hospital-Dia Geriátrico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HDG-FMUSP), está situado no Prédio dos Ambulatórios do Instituto Central do Hospital das clínicas e, atualmente ocupa oito leitos dentre os 25 leitos do Hospital-Dia Clínico-Cirúrgico da instituição.

Esse serviço tem por finalidade oferecer um atendimento intermediário, entre o ambulatório e a internação, para idosos com doença aguda ou crônica agudizada com risco de hospitalização, de curta permanência (acompanhamento de até oito semanas) e com suporte de equipe multiprofissional (Médico Geriatra, Enfermeiro, Farmacêutico Clínico, Fisioterapeuta e Assistente Social).

O encaminhamento para este serviço é realizado pelo médico responsável pelo atendimento ambulatorial dentro do complexo do Hospital das Clínicas e discutido com a equipe médica do HDG para posterior agendamento.

4.2 PARTICIPANTES

4.2.1 Critérios de inclusão

Os Participantes elegíveis para a pesquisa eram idosos com 60 anos ou mais encaminhados ao HDG-HCFMUSP em condição clínica agudizada, que tivessem disponibilidade e meios para contato telefônico mensal.

4.2.2 Critério de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os idosos que não se comunicavam na língua portuguesa, que apresentaram situações que exigiram internação hospitalar ou atendimento em uma unidade de emergência de imediato, tais como: sinais clínicos de gravidade (instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória aguda ou rebaixamento do nível de consciência); exames laboratoriais seriamente alterados (sódio sérico menor que 120mEq/L ou maior que 155mEq/L, potássio sérico menor que 2,5mEq/L ou maior que 6,5mEq/L, cálcio total sérico acima de 12mEq/L); suspeita de doença aguda potencialmente grave (acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, embolia pulmonar, sepse, traumatismo crânio encefálico); planejamento de hospitalização eletiva para os próximos 12 meses; cuidados Paliativos exclusivos.

4.3 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4.3.1 Avaliação inicial

Uma equipe de pesquisa composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, gerontólogos e farmacêuticos, bolsistas financiados pelo Programa de pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), foi treinada para colher informações dos idosos elegíveis, através de uma avaliação (anexo A) na admissão (primeira consulta) no HDG, com duração de até 50 minutos. Dentre os dados coletados, para esse estudo foram utilizados:

- As informações sociodemográficas consistiram em idade, sexo, raça, grau de escolaridade e renda familiar em salários mínimos. Essas informações foram obtidas diretamente com os idosos e/ou acompanhante.
- Dados relacionados ao uso recente e acesso ao sistema de saúde em 6 meses antes do atendimento no HDG.
- Para avaliação de multimorbidades foi utilizado o índice de comorbidades de Charlson (CHARLSON, 1987) para avaliar a sobrecarga de doenças dos idosos. O registro dessas doenças foi

realizado a partir do prontuário do paciente no momento da avaliação e confirmado pelo idoso e/ou acompanhante.

- Os participantes foram submetidos também a uma avaliação geriátrica Compacta de 10 minutos (10 minute Target Geriatric Assessment - 10 TaGA) (anexo B) (ALIBERTI et al., 2016), que avalia o índice de risco de hospitalização contemplando os seguintes domínios: suporte social (arranjo de moradia e auxílio de alguém em caso de necessidade), hospitalização nos últimos seis meses, número de medicamentos em uso contínuo, ocorrência de quedas no último ano, funcionalidade para as atividades básicas de vida diária (índice de Katz), cognição (10-point *Cognitive Screener*), autopercepção de saúde, sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica de 4 itens), estado nutricional (perda de peso no último ano e índice de massa corpórea) e velocidade de marcha. Essa avaliação foi previamente validada com o objetivo de rastrear os diferentes domínios que impactam na saúde dos idosos (ALIBERTI, et al., 2018). Cada domínio possui pontuação de 0,0 - 1,0 e ao final, as perguntas respondidas foram somadas e divididas, resultando e classificando o participante em baixo, médio ou alto risco para hospitalização.

4.3.2 Ferramenta para aferição do número de consultas

Através do PRONTMED, prontuário eletrônico utilizado no HDG-HCFMUSP foi averiguado o número de atendimentos necessários do participante até a alta do serviço.

4.3.3 Seguimento

Os participantes receberam ligações telefônicas mensais e responderam um questionário padronizado (anexo C) com perguntas sobre hospitalização não programada, definida como permanência > 24 horas em uma unidade de saúde. Foi escolhido o intervalo de tempo de seis meses para o seguimento para contemplar o prazo de maior impacto das intervenções do HDG.

As ligações foram realizadas de segunda à sexta-feira (exceto feriados), conforme o dia que os participantes foram incluídos na pesquisa. No caso de falha no contato no dia determinado, as tentativas se prologavam em até 10 dias consecutivos e caso não houvesse o contato, novas tentativas foram realizadas no mês subsequente de acordo com as datas estabelecidas. Perda de contato foi considerada nos casos em que não houve comunicação até o último dia dentre os seis meses definidos na pesquisa.

Ainda, durante o seguimento, houve uma equipe de qualidade composta por médicos e residente de geriatria que avaliavam falhas e inconsistências, sanadas em ligações posteriores dentro do seguimento.

5 TÉCNICA DE AMOSTRAGEM E RECRUTAMENTO

A amostragem ocorreu de maneira consecutiva. Todos os idosos encaminhados ao HDG no período de fevereiro de 2016 a dezembro de 2018 foram recrutados e avaliados quanto à elegibilidade para o estudo. Os idosos excluídos foram registrados o motivo da exclusão, sexo, idade, escolaridade, multimorbidades (índice de Charlson) e internação hospitalar ou visita ao PS. Após a avaliação inicial, independente da pesquisa, os idosos incluídos receberam tratamento habitual pela equipe multiprofissional do HDG.

Os casos excluídos não foram submetidos à avaliação inicial, mas receberam atendimento completo no HDG de acordo as necessidades clínicas particulares de cada caso.

6 PLANO GERAL DE ANÁLISE

Os dados foram tabulados na base de dados REDCap (HARRIS, 2009) e, foram analisados através do software RSTUDIO versão para desktop 1.2.5019 e do software Rsampling Stats.

As características dos participantes foram descritas conforme dados coletados na admissão do HDG e diferenciadas em dois grupos: necessidade

de hospitalização não programada em seis meses antes ou após atendimento, com base nas variáveis (idade, sexo, raça, escolaridade e presença do cuidador) e clínica (índice de comorbidade de Charlson).

Os resultados da análise dos grupos foram apresentados conforme número da ocorrência de hospitalização não programada e descrição do motivo de encaminhamento mais presente.

As variáveis categóricas foram reportadas em número e porcentagem. As variáveis contínuas foram reportadas por médias de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão) ou intervalo interquartil (IIQ), conforme a distribuição da amostra.

Para a comparação das variáveis categóricas foi utilizado teste de chi quadrado (teste T), com intervalo de confiança de 5%. Ainda, para as variáveis dependentes realizou-se distribuição da estatística de interesse, demonstrada em gráfico para mostra a distribuição da estatística após a repetição da randomização realizada dentro de cada linha dos dados, com substituição dos valores de cada linha de forma dependente. Os dados originais foram representados por uma linha vermelha pontilhada e a área cinza delimita os valores das estatísticas sob as quais a hipótese nula deve ser aceita com 5% de chance de erro.

7 ÉTICA E PESQUISA

Ao serem convidados a participar do estudo, todos os idosos receberam uma descrição verbal e escrita sobre a proposta deste estudo. Caso aceitassem o Termo de Consentimento Informado Livre (TCLE) (anexo D) foi assinado antes da inclusão no estudo. No caso de prejuízo cognitivo o consentimento foi obtido do acompanhante do idoso. O Comitê de Ética em Pesquisa (Seres Humanos) foi submetido em 01/09/2014 com o código 37322214.1.0000.0068 e aprovado posteriormente (anexo E).

8 RESULTADOS

Durante o período do estudo foram incluídos 386 participantes, com idade média de 79,68 anos ($\pm 7,52$), maior predominância do sexo feminino (65,9 %), cor branca (53,4 %), escolaridade mediana de 4 anos (IIQ, 2,0 – 7,0) (figura 1) e renda mediana de 2 salário mínimo (IIQ, 1,00 – 3,00) (figura 2), 58,5% possuíam cuidador e 81,6% morava sozinho.

Fluxograma 1 – Participantes incluídos no estudo, 2016-2019.

Figura 1 – Boxplot do interquartil de escolaridade dos idosos encaminhados ao Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Referência: Natália Pereira dos Santos Souza, 2020.

Figura 2 – Boxplot do interquartil do salário mínimo dos idosos encaminhados ao Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Referência: Natália Pereira dos Santos Souza, 2020.

Os participantes foram encaminhados ao HDG em sua maioria por doenças crônicas não-transmissíveis (40,5%) e por doenças neuropsiquiátricas (30,4%). Desses, os principais motivos de encaminhamento foram diabetes descompensado com hemoglobina glicada > 8,5% ou episódios de hipoglicemia (13,4%) e insuficiência cardíaca com classe funcional III ou IV *pela New York Heart Association* (12,4%) (tabela 1).

Tabela 1 – Principais motivos de encaminhamento dos idosos ao Hospital-Dia Geriátrico, 2016-2019.

Motivos de encaminhamento	n (%)
Diabetes descompensado com hemoglobina glicada > 8,5% ou episódios de hipoglicemia	52 (13,4)
Insuficiência cardíaca com classe funcional III ou IV <i>pela New York Heart Association</i>	48 (12,40)
Investigação diagnóstica	39 (10,0)
Crise hipertensiva com PAS > 160 mmHg ou PAD > 100 mmHg	24 (6,2)
Síndrome consumptiva com perda involuntária de peso > que 10% do peso basal.	23 (5,9)
Dor (investigação diagnóstica e tratamento de dor refratária)	15 (3,8)
Insuficiência renal crônica com <i>clearance</i> de creatinina $\geq$ 30 ml/min	13 (3,3)
Investigação e manejo de síncope	13 (3,3)
Investigação diagnóstica de <i>delirium</i>	11 (2,8)
Distúrbios hidroeletrólíticos (hiponatremia, hipernatremia, hipocalcemia e hipercalcemia)	11 (2,8)

Os idosos encaminhados para o HDG tiveram um tempo de permanência em média de 3,3 atendimentos até a alta do serviço (figura 3).

Figura 3 – Boxplot do interquartil do número de atendimento dos idosos encaminhados ao Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Número de atendimento dos idosos encaminhados ao Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019

Referência: Natália Pereira dos Santos Souza, 2020.

Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas dos idosos comparados entre a ocorrência ou não de hospitalização não programada após 6 meses de atendimento no HDG, 2016-2019.

Variáveis	Hospitalização não programada	
	Sim n = 64	Não n = 322
Idade (anos), média (DP)	80,17 (7,2)	79,58 (7,5)
Sexo, n (%)	36 (56,2)	223 (69,2)
Feminino	28 (43,7)	99 (30,74)
Masculino		
Raça Cor, n (%)	35 (54,6)	172 (53,4)
Branca	29 (45,3)	150 (46,5)
Não branca		
continuação		

		conclusão
Escolaridade, mediana (IIQ)	4 (7,0)	4 (7,0)
Presença de cuidador, n (%)	50 (78,1)	180 (55,9)
Índice de comorbidades de Charlson, mediana (IIQ)	3 (4,0)	3 (2,0)

Com base na avaliação inicial realizada na admissão, dentre o grupo de idosos que ocorreu hospitalização não programada nos 6 meses subsequentes ao atendimento no HDG, verificou-se que 78,1% possuía a presença do cuidador (tabela 2).

Tabela 3 – Principais motivos de encaminhamento dos idosos que hospitalizaram após atendimento no HDG, 2016 – 2019.

Motivos de encaminhamento	Hospitalização não programada n (%)
Anemia com redução da massa (ou quantidade) total de glóbulos vermelhos	13 (20,3)
Insuficiência cardíaca com classe funcional III ou IV <i>pela New York Heart Association</i>	11 (17,1)
Diabetes descompensado com hemoglobina glicada > 8,5% ou episódios de hipoglicemia	7 (10,9)
Investigação diagnóstica de <i>delirium</i>	6 (9,3)

A análise verificou que 20,3% das hospitalizações não programadas após atendimento no HDG foram por quadro clínico de anemia e 17,1% por insuficiência cardíaca em sua maioria.

Tabela 4 – Ocorrência de hospitalização não programadas em seis meses após atendimento no Hospital-dia geriátrico comparado com o índice da 10 TaGA, 2016-2019.

Índice 10 TaGA	Hospitalização não programada, n (%) n = 386	
	Sim	Não
TaGA 0,00 – 0,33 (baixo risco)	8 (8,4)	87 (91,5)
TaGA 0,34 – 0,66 (médio risco)	46 (17,4)	218 (82,5)
TaGA 0,67 – 1,00 alto risco)	10 (35,7)	18 (64,2)

A avaliação realizada pela 10 TaGA antes do atendimento no HDG classificou a maior parte dos idosos com um índice de médio risco para hospitalizações não programadas, desses 17,4% hospitalizaram após atendimento (tabela 4).

Tabela 5 – Comparação entre ocorrência de hospitalização não programada 6 meses antes e 6 meses após atendimento no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Tempo	Hospitalização não programada, n (%) n = 386		Chi – quadrado (Teste T) x ² = 12.681 p-valor = 0,0003695
	Sim	Não	
6 meses antes	106 (27,4)	280 (72,5)	
6 meses depois	64 (16,5)	322 (83,4)	

Os dados mostraram que os idosos hospitalizaram mais antes do atendimento no HDG (27,4). Desses, 26 idosos que hospitalizaram antes do atendimento também hospitalizaram após (tabela 5).

A comparação entre os grupos hospitalização não programada 6 meses antes e 6 meses após do atendimento no HDG, revelou que a chance da diferença entre as médias ser devido ao acaso é de 0,03% ($\chi^2 = 12.681$, $df = 1$, $p\text{-valor} = 0,0003695$). A estatística de interesse para os dados apresentados foi de: - 0,109.

Figura 4 – Distribuição da estatística de interesse aleatorizada 7.000 vezes entre ocorrência de hospitalização não programada 6 meses antes e 6 meses após atendimento no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Referência: Natália Pereira dos Santos Souza, 2020.

A análise da média das diferenças dos dados dependentes verificou que o efeito de ter um acompanhamento em HDG é significativo, $p\text{ valor} = 0,0001$.

Tabela 6 – Ocorrência da quantidade de hospitalizações não programadas 6 meses antes e 6 meses após atendimento no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Tempo	Número de hospitalização não programada, n (%)	
	Sim n = 170	Número de hospitalização n = 247
6 meses antes	106 (62,35)	158 (63,96)
6 meses após	64 (37,64)	89 (36,03)

Após o atendimento no HDG foi possível observar uma diminuição na necessidade e quantidade de hospitalização não programada. Uma redução de 106 para 64 idosos e um total de 158 para 89 respectivamente (tabela 6).

Tabela 7 - Ocorrência de hospitalização em 6 meses comparado com o número de atendimento dos idosos após serem atendidos no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Atendimentos	Hospitalização, n (%)	
	n = 386	
	Sim n = 64	Não N = 322
1-2 atendimentos	23 (39,0)	130 (40,3)
<2 atendimentos	41 (64,0)	192 (30,3)

Os dados mostraram que os idosos que mais internaram foram aqueles que tiveram um maior número de atendimento (tabela 7).

Tabela 8 - Ocorrência de mortalidade comparado com o número de hospitalização em 6 meses após atendimento no Hospital-dia Geriátrico, 2016-2019.

Número de hospitalização não programada	Mortalidade, n (%)	
	n = 386	
	Nenhuma hospitalização	≤ 1 hospitalizações
Sim	8 (2,07)	21 (5,4)
Não	315 (81,6)	42 (10,8)

A avaliação do desfecho mortalidade identificou que a ocorrência de hospitalização não programada ocorreu em 5, 4% dos casos (tabela 8).

9 DISCUSSÃO

O Hospital-Dia Geriátrico é um serviço alternativo para a prevenção de problemas biopsicossociais que levam os idosos a internações por longos períodos. Dados coletados ao longo dos anos de 2016 a 2019 evidenciaram a importância do cuidado contínuo no manejo da saúde de idosos com risco de hospitalização.

A amostra estudada é principalmente composta por mulheres (65,9 %), com idade média de 79,68 anos, cor branca (53,4 %), renda mediana de 2 SM (IIQ, 1,00 – 3,00), 58,5% possuíam cuidador e moravam sozinho (81,6%), cujo os principais motivos de encaminhamento para o HDG foram diabetes descompensado com hemoglobina glicada > 8,5% ou episódios de hipoglicemia (13,4%) e insuficiência cardíaca com classe funcional III ou IV *pela New York Heart Association* (12,4%).

Este cenário mostra as novas demandas de uma população que envelhece, na qual o cuidado, precisa ser estruturado visando não só novas ofertas de serviços de saúde, mas também a necessidade de equipes capazes de entender as novas complexidades relacionadas a saúde do idoso. Ainda que a longevidade populacional seja uma grande conquista, também é um grande desafio, pois origina uma série de demandas socioeconômicas na área da saúde (DUARTE, 2017).

Segundo Perez (2008), o custo dos serviços de saúde para o idoso é alto em diversos países, especialmente no Brasil. As DCNTs, por serem doenças em geral de longa duração, estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Em 2002, o Ministério da Saúde estimou que os gastos do SUS com internações relacionadas a DCNTs foi de R\$ 3.738.515.448,92. Ainda, no estudo realizado por Malta, et al. (2017), a presença de doença crônica associou-se ao aumento de internação em 2017, em 1,7 vezes.

Corroborando com a importância dos dados analisado, o estudo ELSI-Brasil (DUARTE, 2018), apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde e que

cerca de 70% dos idosos possuem alguma doença crônica. Com isso, na nova realidade epidemiológica, começam a surgir estudos (TRICCO, et al., 2014; MCCUSKER, et al., 2006; HWANG, et al., 2018) relacionando o acompanhamento contínuo como uma ação efetiva contra o consumo exacerbado de serviços de saúde e longo tempo de permanência no hospital.

Os idosos encaminhados ao HDG permaneceram em atendimento em média 3,3 atendimentos até a alta do serviço. Em contrapartida, estudo realizado em Porto Alegre (SILVA, 2017), analisou que idosos de ambos os sexos permaneceram, em média, 9,7 dias internados na rede pública por DCNT. Ainda, Silveira et al. (2013), em sua análise encontrou que a para idosos da região sudeste do Brasil a média de permanência foi de 8,9 dias e na região norte foi de 5,9 dias para idosos.

Ainda, os dados mostram que os idosos hospitalizaram mais antes do atendimento no HDG (27,4%). Após o atendimento no HDG foi possível observar uma diminuição na necessidade e na quantidade de hospitalização não programada, 106 para 64 e um total de 158 para 89, respectivamente. Estudo realizado por Moorhouse (2017) demonstrou a eficácia a curto e longo prazo em ajudar os idosos a alcançar resultados positivos ao longo dos 6 meses após a alta do HDG.

A avaliação inicial realizada na admissão dentre o grupo de idosos que ocorreu hospitalização não programada nos 6 meses subsequentes ao atendimento no HDG, verificou que 78,1% possuía a presença do cuidador e em sua maioria, as hospitalizações foram por quadro clínico agudo de anemia e insuficiência cardíaca. Esses resultados corroboram com os achados em outros estudos na qual, idosos encaminhados para o HDG tendem a ter um perfil mais frágil, com doenças de maior risco de agravos e por tanto de hospitalizações. (PEREIRA, et al., 2010; MOORHOUSE, et al, 2018;)

Apesar desses resultados e perfil de idosos encaminhados ao serviço de saúde, a TAGa classificou a maior parte dos idosos com um índice de médio risco para hospitalizações não programadas, na qual desses, 17,4% hospitalizaram após o atendimento.

Os resultados do HDG em idosos com risco de hospitalização são animadores, mas ainda é necessário entender qual perfil de idosos se beneficiariam mais desse serviço inovador. Na análise dos resultados, encontramos que 26 idosos que hospitalizaram antes do atendimento também hospitalizaram após e o desfecho mortalidade identificou que a ocorrência de hospitalização não programada ocorreu em 5, 4% dos casos.

Este estudo apresenta como limitação a impossibilidade de realização de uma coorte de seguimento para efetiva comparação entre idosos na mesma condição de risco de hospitalização não utilizando o serviço do HDG e a não intervenção como continuidade do cuidado através das ligações telefônicas. Como força, destacamos o papel de um estudo realizado em uma população de idosos frágeis de um hospital terciário de grande porte em um serviço inovador.

10 CONCLUSÃO

A trajetória do idoso com risco de hospitalização começa no momento que não se tem disponíveis serviços de saúde que acompanhem de forma eficiente a complexidade da saúde de um país que envelhece. Este cenário, leva principalmente idosos a múltiplas reinternações e inúmeros outros problemas acerca do ambiente hospitalar utilizado de forma desnecessária.

Dessa forma, os resultados desse trabalho evidenciaram a importância de um acompanhamento contínuo de saúde para um controle eficiente da saúde do idoso com DCNTs.

Diferente de outros serviços, o HDG possibilita um acompanhamento através de consultas sem a necessidade de internação, com uma equipe multiprofissional coordenada a ter uma visão integral da saúde do idoso. Essas particularidades fazem com que a probabilidade de internação posterior seja drasticamente diminuída e acaba por tornar o acompanhamento mais efetivo e assertivo.

Por tanto, existe uma necessidade emergente da disponibilidade de modelos de serviços de saúde que se baseiam na monitorização e ação precoce das variáveis biopsicossociais que comprometem na estabilização da

DCNT; equipes de saúde com profissionais capacitados e preparados a atender e agir diante da complexidade do processo de envelhecimento, na qual é imprescindível a centralização do cuidado na pessoa e na saúde, para que se possa realizar o planejamento eficiente.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, A. & AZAMBUJA, M. I. R. **Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: Repercussões do Modelo de Atenção à Saúde Sobre a Seguridade Social.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2004.

ALIBERTI, M. J.; et al. **The Geriatric Day Hospital: Preliminary Data on an Innovative Model of Care in Brazil for Older Adults at Risk of Hospitalization.** Journal of the American Geriatric Society. New York, 2016.

_____. **Targeted Geriatric Assessment for Fast-Paced Healthcare Settings: Development, Validity, and Reliability.** Journal of the American Geriatric Society. New York, 2018.

ALMEIDA, E. B.; et al. **Gerontologia: práticas, conhecimentos e o nascimento de um novo campo profissional.** Revista Kairós: Gerontologia. São Paulo, 2013.

BARR H.; Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence. Blackwell. Oxford, 2005.

BARRETO, M. L.; et al . **Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas.** Physis. Rio de Janeiro, 1993.

BLOM, J.; et al. **Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People—the ISCOPE study.** Age and Ageing. Oxford, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília. Senado Federal: Centro Gráfico. Distrito Federal, 1988.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Distrito Federal, 2003.

_____. **Lei nº 8.842, de janeiro de 1994.** Política nacional do idoso. Distrito Federal, 2010.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2013.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2006.

_____. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.** Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2010.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022.** Ministério da Saúde. Distrito Federal, 2011.

BUSETTO, L.; et al. **Implementation of integrated geriatric care at a German hospital: a case study to understand when and why beneficial outcomes can be achieved.** BMC Health Services Research. Londres, 2017.

CAMARANO, A. A. **Estatuto do idoso: avanços com contradições.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 2013.

CELICH, K. L. S.; SPADARI, G. **Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável.** Cogitare Enfermagem. Paraná, 2008.

CHARLSON, M. E.; et al. **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.** Journal of Chronic Diseases, 1987.

COIMBRA, J. A. A. **Considerações sobre a interdisciplinaridade.** Signus. São Paulo, 2000.

DE MAESENEER, J.; BOECKXSTAENS, P. James Mackenzie Lecture 2011: **multimorbidity, goal-oriented care, and equity.** British Journal of General Practice. Londres, 2012

DUARTE, A. O. Y. **Discutindo as condições de vida e saúde das pessoas idosas nessa megalópole – Sabe 2015-2018.** 146 Slides. São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.leg.br/escoladoparlamento/wp-content/uploads/sites/5/2018/08/SABE-2015-2018.pdf>> Acessado em: 05 de novembro de 2018. Acessado em: 06 de junho de 2018.

DUARTE, N. A. S.; et al. **Estudo longitudinal sobre as condições de vida e cuidados de saúde em idosos.** Anais da jornada de pesquisa em psicologia. Santa Cruz do Sul, 2017.

ENGEL, G. L. **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.** Science. New York, 1977. Disponível em: <<http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf>> Acessado em: 05 de novembro de 2018.

EVERINK, I. H. J.; et al. **Process evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for people with complex health problems.** BMC Health Services Research. Londres, 2017.

FRIED, L. P.; et al. **Diagnosis of illness presentation in the elderly.** Journal of the American Geriatric Society. New York, 1991.

FRUMKIN, H.; FRANK, L.; JACKSON, R. **Urban Sprawl and Public Health.** Island Press. Washington D.C., 2004.

GIACOMIN, K. C.; et al. **Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-BRAZIL**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2018.

GOBBI, L. D. **Urbanização brasileira**. Disponível em: <educacao.globo.com/geografia/assunto/urbanizacao/urbanizacao-brasileira.html>. Acessado em: 31 de julho de 2018.

GODWIN, N.; et al. **Co-ordinated care for people with complex chronic conditions**. The King's Fund. Londres, 2013. Disponível em: <<https://www.hqsc.govt.nz/assets/General-NEMR-files-images-/nick-goodwin-co-ordinated-care-kingsfund-Nov-2013.pdf>>. Acessado em: 29 de novembro de 2018.

GRUNDY, E. M. D. **The epidemiology of aging**. In: **Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. Elsevier Science Ltd. Philadelphia, 2003.

HARRISON, C.; et al. **Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australia general practice**. British Medical Association. Londres, 2014.

HARRIS, P. A.; et al. **Research electronic data capture (REDCap) - A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support**. Journal of Biomedical Informatics. San Diego, 2009.

HEALY, J. C. **Integration and Informatics and Communication Technologies (ICT) in the EU national health systems: status and trends**. Swiss Medical Informatics. Zurique, 2004.

IJMS, E. B. OF. **Abstracts of the Congress of Medical Students of Unicamp – Brazil**. International Journal of Medical Students, v. 5, n. 3, p. s39, CoMAU, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Questionário Censo 2010**. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/questionarios.php>. Acessado em 17 de Abril de 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, 2017**. Disponível _____ em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101559_informativo.pdf> Acessado em 02/08/2018.

_____. **Coordenação de População e Indicadores Sociais. – 2. ed (2018)**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>>. Acessado em 1 de novembro de 2018.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde - Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas, 2013**. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>> Acessado em 7 de novembro de 2018

_____. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios, 2002**. Disponível _____ em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>> Acessado em 1 de novembro de 2018

JUNIOR, J. B. R; NOGUEIRA, R. P. **As Condições de Saúde no Brasil**. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

LEEF, E. **Complexidade, interdisciplinariedade e saber ambiental**. Signus. São Paulo, 2000.

LIMA, A. M. M. **Graduação em gerontologia: da inovação pedagógica à formação da identidade profissional do gerontólogo**. Kairós. São Paulo, 2010.

LIMA, R. R. T; et al. **Interprofessional education and aging: analysis of pedagogical health projects.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, 2018.

LYONS, A. C. & CHAMBERLAIN, K. **Health Psychology: A Critical Introduction.** Cambridge University Press. New York, 2006.

MALTA, D. C.; et al. **A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Revista brasileira de epidemiologia. São Paulo, 2015.

MALTA, D. C.; et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil.** Revista Saúde Pública, São Paulo, 2017.

MARTÍNEZ, T. **La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos.** Modelo de atención y evaluación. Madrid, 2016.

MCCUSKER, J.; VERDON, J. **Do Geriatric Interventions Reduce Emergency Department Visits? A Systematic Review.** *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 61, Issue 1, Montreal, 2006.

MEDEIROS, A. C; et al . **Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2016.

MELO, R. C.; et al. **Desafios da formação em Gerontologia.** Revista Kairós : Gerontologia. São Paulo, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde. Distrito Federal, 2012.

MOORHOUSE, P.; et al. **Treatment in a Geriatric Day Hospital improve individualized outcome measures using Goal Attainment Scaling.** BMC Geriatric. United Kingdom, 2017.

NUNES, B. P.; et al. **Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2017.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação.** Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 1998.

PEREIRA, S.R.; et al. **How can we improve targeting of frail elderly patients to a geriatric day-hospital rehabilitation program?.** BMC Geriatric. United Kingdom, 2010.

PEREZ, M. **A população idosa e o uso de serviços de saúde.** Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences. Rio de Janeiro, 2008.

PINEAU, G. **Recherches transdisciplinaires et université.** L' Harmattan. Paris, 2005.

_____. **Qu'est-ce qu'une discipline?.** Faculté de l' éducation permanente. Montreal, 1980.

QUEIROZ, R. Formosa Lindomar. Agir Editora. Rio de Janeiro, [19--?] .

RAMOS, L. R.; et al. **Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira.** Rev. Saúde pública. São Paulo, 1987.

RAUPP, L. M; et al., **Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios**. Physis: Revista de Saúde. Rio de Janeiro, 2015.

RIBEIRO, H.; VARGAS, H. C. **Urbanização, globalização e saúde**. Revista USP. São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115110/112815>>. Acesso em 31 de julho de 2018.

REEVES, S. **Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro**. Interface. Botucatu, 2016.

REID, P.P.; et al. **Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership**. The National Academies Press. Washington, 2005

ROSEN, G. **The History of Public Health**. MD Publications. New York, 1958.

ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. **Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2**. Ciência et Praxis. Minas Gerais, 2009. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: file:///C:/Users/Dados/Downloads/2084-6394-1-PB.pdf.

SALMAZO-SILVA, H. & LIMA, Â.M.M.de. **Gestão da atenção ao idoso: possibilidades e desafios no campo da Gerontologia**. Revista Temática Kairós Gerontologia. São Paulo, 2012.

SANTOS, A. L. & MARCON, S. S. **How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care**. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, 2014. Recuperado em 01 novembro, 2015, de:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200009&script=sci_arttext&tlng=pt.

SILVEIRA, R. et al.; **Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década**. Einstein. São Paulo, 2013.

SILVA, D. J. **O paradigma** transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. Signus. São Paulo, 2002.

SILVA, M. L. **Hospitalizações de idosos na rede pública de porto alegre, 2011-2015**. 2017. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

SOUZA, N. P.S. S.; et al. **O Gerontólogo e as novas necessidades de avaliação da saúde do idoso**. 2018. Em preparação.

SOUZA, R. B. M.; ALVES, S. H. de S. **Percepção do idoso diabético sobre o papel da família no tratamento**. Revista Kairós Gerontologia. São Paulo, 2016.

TORTAJADA, S.; et al. **Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care**. International Journal of Integrated Care. Oxfordshire, 2017

TRICCO, A. C.; ET AL. **Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis.** Canadian Medical Association Journal. Ottawa, 2014.

UNITED NATIONS. **World Urbanization Prospects: The 2018 Revision.** Disponível em: <<https://esa.un.org/unpd/wup/>> Acessado em 31 de julho de 2018.

VASCONCELOS, C. L. B.; et al. **Significados do processo saúde-doenças crônicas-cuidado para enfermeiros que atuam na saúde pública.** Rev. SPAGESP. Ribeirão Preto, 2016.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P; CORDEIRO, H. A. **Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção.** Physis. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009> Acessado em: 04 de setembro de 2018.

VERAS, R. P. **Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 de setembro de 2018.

VERAS, R.P; et al. **Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2014.

VERAS, R. P. e OLIVEIRA, M. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

ZAMBERLAN, C; et al. **Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico**. Revista Brasileira de Enfermagem. São Paulo, 2013.

12 ANEXOS

Anexo A – Ficha de avaliação Admissional.

PROTOCOLO DE PESQUISA - ADMISSÃO

Hospital Dia para idosos com risco de hospitalização

Nº _____ Data ____/____/____ Informante: ☐ paciente ☐ acompanhante _____
Nome _____ Parentesco _____

ETIQUETA

É o cuidador? ☐ Sim ☐ Não
Convívio: ☐ Diária ☐ 2-6x/sem ☐ Sem ☐ 2-3x/mês ☐ Mensal ☐ < 1x mês
☐ Paciente já tinha sido excluído antes, e hoje foi incluído (nº pasta____)
Obs.:
Leito: _____ Período: M () T () Residente:

CRITÉRIOS DA PESQUISA

	SIM	NÃO
1. Possui quadro clínico de ☐ doença aguda ou ☐ crônica descompensada? (opinião do encaminhador)	1	0
2. Apresenta possibilidade de contato telefônico mensal pelo período de 12 meses?	1	0
3. No momento, está em situação de emergência clínica com necessidade de hospitalização agora?	0	1
4. Encontra-se em cuidados paliativos exclusivos?	0	1
5. Realizará tratamento intra-hospitalar eletivo (cirúrgico ou clínico) nos próximos doze meses?	0	1
8. Não falar Língua Portuguesa	1	0

DADOS DO ENCAMINHAMENTO

Procedência: ☐ Ambulatório especialidade ☐ Enfermaria ☐ Pronto-socorro ☐ UBS ☐ Outro: _____

Encaminhado por Residente da Geriatria: ☐ Sim ☐ Não

Se sim para as duas perguntas acima, descreva:

Qual o nome completo do médico residente? _____

Qual a nome/sigla do ambulatório de origem? _____ data encaminhamento: ____/____/____

Motivo Principal do Encaminhamento:

☐ INFECÇÃO: ☐ ITU ☐ Pneumonia ☐ Diarreia ☐ Pele ☐ Outra: _____ ☐ Sob investigação _____

☐ DOENÇA CRÔNICA DESCOMPENSADA:

☐ DM (Há qto tempo? ____ anos) ☐ HAS ☐ DPOC ☐ IRC ☐ ICC ☐ Diarreia Crônica ☐ Polineuropatia ☐ Outra _____

☐ ALTERAÇÃO NEUROPSIQUIÁTRICA:

☐ Delirium ☐ Alteração comportamental ☐ Investigação Decl. Cognitivo ☐ AIT ☐ AVC Recente ☐ Crise Convulsiva

☐ OUTROS:

☐ Investigação Diagnóstica ☐ RAM ☐ Sd. consuptiva ☐ Anemia: ☐ ferro parenteral / ☐ transfusão ☐ Dist. Hidroeletrolít.

☐ Dispneia ☐ Queda ☐ Síncope ☐ TVP ☐ Dor (Local: _____) ☐ Vertigem ☐ Dispepsia

Está relacionado à Queda?: Sim ☐ Não ☐ Se sim, com TCE Sim ☐ Não ☐

☐ Nenhum dos acima _____

Opinião dos médicos responsáveis pelo encaminhamento. Quanto a evolução nos próximos seis meses:

Risco aprox. de internação ☐ <10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ > 90%

Risco aprox. de perda de ABVD ☐ <10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ > 90%

Na ausência do Hospital Dia, encaminharia para? ☐ pronto-socorro ☐ internação ☐ nenhum

DADOS PESSOAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome: _____ RGHC: _____

Gênero: ☐ F ☐ M Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ (anos) Escolaridade: ____ (anos)

Ocupação principal: _____ Aposentado: ☐ Sim ☐ Não. Obs.: _____

Estado Civil: ☐ solteiro ☐ casado/união estável ☐ divorciado ☐ viúvo Mora sozinho: ☐ Sim ☐ Não

Cor: ☐ branca ☐ negra ☐ parda ☐ amarela ☐ indígena

Local de residência: ☐ Alugado ☐ Próprio ☐ ILPI ☐ Outro: _____ Com quem? _____

Possui cuidador? ☐ Sim ☐ Não

Frequência de convívio: ☐ Diária ☐ 2-6x/semana ☐ Semanal ☐ 2-3x/mês ☐ Mensal ☐ < 1x por mensal

TELEFONES

Res. 1 (____) _____ Contato: _____ Parentesco: _____ ☐

Res. 2 (____) _____ Contato: _____ Parentesco: _____ ☐

Cel 1: (____) _____ Contato: _____ Parentesco: _____ ☐

Cel 2: (____) _____ Contato: _____ Parentesco: _____ ☐

RENDA FAMILIAR

Renda familiar (em salários mínimos): _____ Quantas pessoas moram no domicílio? _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Anemia	☐ Sim ☐ Não	12. Hepatopatia Crônica	☐ Sim ☐ Não
2. Artrite Reumatoide	☐ Sim ☐ Não	13. Hipertensão Arterial Sistêmica	☐ Sim ☐ Não
3. Demência	☐ Sim ☐ Não	14. Insuficiência Arterial Periférica	☐ Sim ☐ Não
4. Depressão	☐ Sim ☐ Não	15. Insuficiência Cardíaca Congestiva	☐ Sim ☐ Não
5. Diabetes Mellitus	☐ Sim ☐ Não	16. Insuficiência Coronariana (DAC)	☐ Sim ☐ Não
6. Disfunção Renal Moderada/Grave	☐ Sim ☐ Não	17. Neoplasia, qual? _____	☐ Sim ☐ Não
7. Doença Cerebrovascular	☐ Sim ☐ Não	18. Obesidade	☐ Sim ☐ Não
8. Doença Pulmonar Crônica	☐ Sim ☐ Não	17. Osteoartrose	☐ Sim ☐ Não
9. Doença Refluxo Gastroesofágica	☐ Sim ☐ Não	18. Osteoporose	☐ Sim ☐ Não
10. Estenose Aórtica	☐ Sim ☐ Não	21. Parkinson ou Parkinsonismo	☐ Sim ☐ Não
11. Fibrilação Atrial Crônica	☐ Sim ☐ Não	22. Transtorno de Ansiedade Generalizada	☐ Sim ☐ Não

NÚMERO DE DOENÇAS =Sobre item 8) Doença Pulmonar Crônica, assinale mais detalhadamente: **23. *DPOC:** ☐ Sim ☐ Não **24. *Asma:** ☐ Sim ☐ NãoSobre item 16) Insuficiência Coronariana, assinale mais detalhadamente: **25. *Angina:** ☐ Sim ☐ Não **26. *Infarto:** ☐ Sim ☐ Não**Somatória dos 11 itens* (2, 5, 6, 7, 13, 15, 17, 23, 24, 25, 26) =**

(ATENÇÃO! Se ≥ 5, pontuar FRAIL)

ÍNDICE DE COMORBIDADES DE CHARLSON

DIAGNÓSTICOS	PONTOS
DM	1
<i>Com lesão de órgão alvo?</i>	2
Infarto do Miocárdio	1
Insuficiência Cardíaca	1
Doença Cérebro-Vascular	1
<i>Hemiplegia?</i>	2
Insuficiência Arterial Periférica	1
Neoplasia	2
<i>Metastática?</i>	6
Demência	1
Doença Pulmonar Crônica	1
Doenças do Tecido Conjuntivo	1
Úlcera Péptica	1
Doença Hepática	1
<i>Moderada/Grave?</i>	3
Disfunção Renal Moderada/Grave	2
Leucemia	2
Linfoma	2
SIDA	6

TOTAL =

Anexo B – 10 minute Target Geriatric Assessment (10 – TaGA).

ADMISSÃO 10-minute Targeted Geriatric Assessment (10-TaGA)

Protocolo Nº: _____ Pag. 7 de 7

Nome: _____ Data: ____/____/____
Sexo: ☐ F ☐ M Idade: _____ (anos) Escolaridade: _____ (anos)

Suporte Social	Mora com quem? ☐ Sozinho ☐ Familiar ou cuidador ☐ Institucionalizado	[0,0]	[0,5]
Se ficasse de cama, com que frequência contaria com alguém para ajuda-lo(a)? (apenas para quem mora sozinho)			
☐ Sempre ou ☐ quase sempre ☐ Às vezes ☐ raramente ou ☐ nunca			
[0,5] [1,0]			
Uso Sistema de Saúde	Nenhum ☐ Visita ao Pronto Atendimento apenas ☐ Internação Hospitalar	[0,0]	[1,0]
Nos últimos seis meses			
Quedas	Sem quedas ☐ 1 queda ☐ ≥ 2 quedas	[0,0]	[1,0]
No último ano			
Medicações	< 5 ☐ 5 – 9 ☐ ≥ 10 N. med.	[0,0]	[1,0]
Número em uso contínuo			
Funcionalidade	Avaliação baseada no índice de Katz (atividades básicas de vida diária)		
Tomar banho	Realiza sem assistência ou recebe ajuda apenas para uma parte do corpo.	NÃO	SIM
Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem ajuda, exceto para amarrar sapatos.	1	0
Vaso sanitário	Vai ao banheiro, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar dispositivo de apoio e, urinol à noite).	1	0
Transferência	Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode usar dispositivos de apoio).	1	0
Continência	Controla inteiramente a micção e evacuação.	1	0
Alimentação	Alimenta-se sem ajuda ou recebe assistência apenas para cortar a carne ou passar manteiga no pão.	1	0
[0,0] 0 pontos [0,5] 1 – 2 pontos [1,0] ≥ 3 pontos			
Cognição	Avaliação baseada no 10-Point Cognitive Screener (10-CS)		
Orientação: ☐ dia do mês ☐ mês ☐ ano _____			
Aprendizado: CARRO – VASO – TIJOLO (até 3 tentativas se necessário; não pontua)			
Fluência (animais em 60s): ☐ 0-5 = 0 ☐ 6-8 = 1 ☐ 9-11 = 2 ☐ 12-14 = 3 ☐ ≥ 15 = 4			
1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____			
9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____			
Evocação: ☐ carro ☐ vaso ☐ tijolo _____			
Pontuação Bruta: _____ /10			
Pontuação Ajustada: _____ /10 (+2 se escolaridade = 0; +1 se escolaridade = 1-3 anos; máximo 10)			
[0,0] ≥ 8 pontos [0,5] 6-7 pontos [1,0] 0-5 pontos			
Auto percepção	Como você considera a sua saúde geral?		
☐ Incapaz	Muito ruim ☐ Ruim ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito boa	[1,0]	[0,0]
Sintomas Depressivos	Avaliação baseada na Escala de Depressão Geriátrica de 4 itens (GDS-4)		
☐ Incapaz	Você está satisfeito com a sua vida?	NÃO	SIM
	Você abandonou muitas das suas atividades e dos seus interesses?	1	0
	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
	0	1	
[0,0] 0 – 1 ponto [0,5] 2 pontos [1,0] 3 – 4 pontos			
Nutrição	Perda de Peso (≥ 4,5kg no último ano): ☐ NÃO ☐ SIM Peso último ano: _____ kg		
	Peso atual: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____ kg/m² CP: _____ cm		
Se não for possível utilizar a balança devido à imobilidade, substitua o IMC por Circunferência da Panturrilha (CP), sendo CP < 31 cm alterada.			
[0,0] sem a perda de peso e IMC ≥ 22 [0,5] com a perda de peso ou IMC < 22 [1,0] com a perda de peso e IMC < 22			
Velocidade de Marcha	Caminhar 4,5 metros (2x) e considerar melhor tempo. Obs.:		
	Tempo 1: _____ s Tempo 2: _____ s		
[0,0] ≤ 4,4s (> 1,0m/s) [0,5] 4,5 – 7,5s (0,6 – 1,0m/s) [1,0] ≥ 7,6s (< 0,6m/s) ou ☐ incapaz			
[]	[]	[]	SOMA TOTAL
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO	ÍNDICE 10-TaGA (total dividido pelo nº de itens avaliados)

Anexo C – Ficha de seguimento telefônico.

HOSPITAL DIA GERIÁTRICO PARA IDOSOS COM RISCO DE HOSPITALIZAÇÃO			
AVALIAÇÃO DESFECHOS			Pag. 1 de 12
DEMÊNCIA: ☐ Sim ☐ Não		CIDADE	Protocolo Nº: _____
ETIQUETA	Res.1 ()	Contato:	☐
	Res.2 ()	Contato:	☐
	Cel. 3 ()	Contato:	☐
	Cel. 4 ()	Contato:	☐
	Rec.5 ()	Contato:	☐
CONTATO Nº 1 – 30 DIAS		DATA Estimada: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
Nome: _____		Telefone: _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro			
HOSPITALIZAÇÃO			
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim Se sim, quantas vezes? _____			
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim Nome? _____			
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda? ☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas quedas? _____ vezes		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias? ☐ Não ☐ Sim			
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês? ☐ Não ☐ Sim			
Se sim, para qual contato devo ligar? _____		Tel.: _____	Contato: _____
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário? ☐ Não ☐ Sim			
Se não, qual foi o motivo? _____		Desistência em participar da pesquisa ☐ Ocupado ☐ Entrevistado mal informante ☐	
Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio) ☐ Outro motive ☐ : _____			
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____	Rúbrica: _____
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ _____		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES:			

CONTATO Nº 2 – 60 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Pag. 2 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas vezes? _____ vezes	
		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
		- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____	
		- motivo da internação? _____	
		- qual a data da internação? ____/____/____	
		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas quedas? _____ vezes	
		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
		- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, para qual contato devo ligar? _____	
Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			
☐ Não ☐ Sim		Se não, qual foi o motivo?	
		☐ Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio)	
		☐ Entrevistado mal informante	
		☐ Desistência do paciente ou familiar de participar da pesquisa	
		☐ Outro motivo: _____	
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____		Rúbrica: _____	
		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 3 – 90 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Protocolo Nº: ____ Pag. 3 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente ☐ Não ☐ Sim	Cuidador ☐ Não ☐ Sim		
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim Se sim, quantas vezes? _____			
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim Nome? _____			
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda? ☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas quedas? _____ vezes		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
	SEM AJUDA	COM AJUDA	NÃO REALIZA
BANHO	2	1	0
VESTIR-SE	2	1	0
TOILETE	2	1	0
TRANSFERÊNCIA	2	1	0
COMER	2	1	0
PENTEAR OS CABELOS	2	1	0
ANDAR NO PLANO	2	1	0
IR AO BANHEIRO EM TEMPO (manter a continência)	2	1	0
CORTAR AS UNHAS DOS PÉS	2	1	0
TOMAR OS REMÉDIOS NO HORÁRIO	2	1	0
LOCOMOVER-SE NOS LOCAIS PERTO DE CASA	2	1	0
FAZER AS COMPRAS	2	1	0
PREPARAR AS REFEIÇÕES	2	1	0
SUBIR UM LANCE DE ESCADAS	2	1	0
SAIR DE CONDUÇÃO	2	1	0
FAZER A LIMPEZA DA CASA	2	1	0
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?			☐ Não ☐ Sim
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			☐ Não ☐ Sim
Se sim, para qual contato devo ligar? Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			☐ Não ☐ Sim
Se não, qual foi o motivo? Desistência em participar da pesquisa ☐ Ocupado ☐ Entrevistado mal informante ☐			
Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio) ☐ Outro motive ☐ : _____			
DURAÇÃO			
duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____		Rúbrica: _____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:		Data que conseguiu contato: ____/____/____	

CONTATO Nº 4 – 120 DIAS		DATA: ____ / ____ / ____	
DADOS DO INFORMANTE		Pag. 4 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____ / ____ / ____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____ / ____ / ____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____ / ____ / ____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas quedas? _____ vezes	
		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
		- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, qual a data? ____ / ____ / ____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, para qual contato devo ligar? _____	
Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			
☐ Não ☐ Sim		Se não, qual foi o motivo?	
		☐ Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio)	
		☐ Entrevistado mal informante	
		☐ Desistência do paciente ou familiar de participar da pesquisa	
		☐ Outro motivo: _____	
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____ / ____ / ____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____		Rúbrica: _____	
		Data que conseguiu contato: ____ / ____ / ____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 5 – 150 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Protocolo Nº: ____ Pag. 5 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas quedas? _____ vezes	
		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
		- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?			☐ Não ☐ Sim
Se sim, qual a data? ____/____/____			Cidade: _____
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, para qual contato devo ligar? _____	
Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			
☐ Não ☐ Sim		Se não, qual foi o motivo?	
		☐ Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio)	
		☐ Entrevistado mal informante	
		☐ Desistência do paciente ou familiar de participar da pesquisa	
		☐ Outro motivo: _____	
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____ Rúbrica: _____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 6 – 180 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Pag. 6 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim: - quantas quedas? _____ vezes		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
	SEM AJUDA	COM AJUDA	NÃO REALIZA
BANHO	2	1	0
VESTIR-SE	2	1	0
TOILETE	2	1	0
TRANSFERÊNCIA	2	1	0
COMER	2	1	0
PENTEAR OS CABELOS	2	1	0
ANDAR NO PLANO	2	1	0
IR AO BANHEIRO EM TEMPO (manter a continência)	2	1	0
CORTAR AS UNHAS DOS PÉS	2	1	0
TOMAR OS REMÉDIOS NO HORÁRIO	2	1	0
LOCOMOVER-SE NOS LOCAIS PERTO DE CASA	2	1	0
FAZER AS COMPRAS	2	1	0
PREPARAR AS REFEIÇÕES	2	1	0
SUBIR UM LANCE DE ESCADAS	2	1	0
SAIR DE CONDUÇÃO	2	1	0
FAZER A LIMPEZA DA CASA	2	1	0
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, para qual contato devo ligar? _____		Tel.: _____ Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?		☐ Não ☐ Sim	
Se não, qual foi o motivo?		Desistência em participar da pesquisa ☐ Ocupado ☐ Entrevistado mal informante ☐	
Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio) ☐ Outro motivo ☐ : _____			
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? _____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____ Rúbrica: _____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ _____		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 7 – 210 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Protocolo Nº: ____ Pag. 7 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas quedas? _____ vezes	
		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
		- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?			☐ Não ☐ Sim
Se sim, qual a data? ____/____/____			Cidade: _____
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, para qual contato devo ligar? _____	
Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			
☐ Não ☐ Sim		Se não, qual foi o motivo?	
		☐ Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio)	
		☐ Entrevistado mal informante	
		☐ Desistência do paciente ou familiar de participar da pesquisa	
		☐ Outro motivo: _____	
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____ Rúbrica: _____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 8 – 240 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Pag. 8 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas quedas? _____ vezes	
		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
		- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias? ☐ Não ☐ Sim			
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, para qual contato devo ligar? _____	
Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			
☐ Não ☐ Sim		Se não, qual foi o motivo?	
		☐ Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio)	
		☐ Entrevistado mal informante	
		☐ Desistência do paciente ou familiar de participar da pesquisa	
		☐ Outro motivo: _____	
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____	
Rúbrica: _____		Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____	
		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 9 – 270 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Protocolo Nº: ____ Pag. 9 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim: - quantas quedas? _____ vezes		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
	SEM AJUDA	COM AJUDA	NÃO REALIZA
BANHO	2	1	0
VESTIR-SE	2	1	0
TOILETE	2	1	0
TRANSFERÊNCIA	2	1	0
COMER	2	1	0
PENTEAR OS CABELOS	2	1	0
ANDAR NO PLANO	2	1	0
IR AO BANHEIRO EM TEMPO (manter a continência)	2	1	0
CORTAR AS UNHAS DOS PÉS	2	1	0
TOMAR OS REMÉDIOS NO HORÁRIO	2	1	0
LOCOMOVER-SE NOS LOCAIS PERTO DE CASA	2	1	0
FAZER AS COMPRAS	2	1	0
PREPARAR AS REFEIÇÕES	2	1	0
SUBIR UM LANCE DE ESCADAS	2	1	0
SAIR DE CONDUÇÃO	2	1	0
FAZER A LIMPEZA DA CASA	2	1	0
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, para qual contato devo ligar? _____		Tel.: _____ Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?		☐ Não ☐ Sim	
Se não, qual foi o motivo?		Desistência em participar da pesquisa ☐ Ocupado ☐ Entrevistado mal informante ☐	
Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio) ☐ Outro motivo ☐ : _____			
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____		Rúbrica: _____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:		Data que conseguiu contato: ____/____/____	

CONTATO Nº 10 – 300 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Pag. 10 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas quedas? _____ vezes	
		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
		- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, para qual contato devo ligar? _____	
Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			
☐ Não ☐ Sim		Se não, qual foi o motivo?	
		☐ Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio)	
		☐ Entrevistado mal informante	
		☐ Desistência do paciente ou familiar de participar da pesquisa	
		☐ Outro motivo: _____	
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____	
Rúbrica: _____			
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ _____		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 11 – 330 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Protocolo Nº: ____ Pag. 11 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim: - quantas quedas? _____ vezes	
		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
		- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
▪ Banho	Realiza sem assistência (entra e sai do box, banheira sozinho).		☐ Não ☐ Sim
▪ Vestir-se	Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.		☐ Não ☐ Sim
▪ Toalete	Vai ao banheiro, se limpa e arruma as roupas sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Transferência	Deita e levanta da cama assim como senta e levanta da cadeira sem ajuda de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
▪ Comer	Alimenta-se sem assistência de outra pessoa.		☐ Não ☐ Sim
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?			☐ Não ☐ Sim
Se sim, qual a data? ____/____/____			Cidade: _____
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, para qual contato devo ligar? _____	
Tel.: _____		Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?			
☐ Não ☐ Sim		Se não, qual foi o motivo?	
		☐ Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio)	
		☐ Entrevistado mal informante	
		☐ Desistência do paciente ou familiar de participar da pesquisa	
		☐ Outro motivo: _____	
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? ____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____ Rúbrica: _____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ ____		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

CONTATO Nº 12 – 360 DIAS		DATA: ____/____/____	
DADOS DO INFORMANTE		Pag. 12 de 12	
Nome: _____		Telefone: (____) _____	
Paciente	☐ Não ☐ Sim	Cuidador	☐ Não ☐ Sim
Grau de parentesco: ☐ Nenhum ☐ Esposo ☐ Filho ☐ Neto ☐ Nora/Genro ☐ Sobrinho ☐ Outro: _____			
HOSPITALIZAÇÃO		Data que conseguiu contato : ____/____/____	
O paciente teve atendimento em algum pronto-socorro ou pronto atendimento nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Se sim, quantas vezes? _____	
O paciente necessitou ficar internado por pelo menos 24 horas em um hospital nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim			
Se sim: - quantas vezes? _____ vezes		- permaneceu quantos dias no hospital? _____ dias	
- qual a data da alta hospitalar? ____/____/____		- motivo da internação? _____	
- qual a data da internação? ____/____/____		- qual hospital? _____	
Houve encaminhamento p/ casa de repouso (instituição de longa permanência) nos últimos 30 dias?			
☐ Não ☐ Sim		Nome? _____	
QUEDAS			
Nos últimos 30 dias o paciente apresentou alguma queda?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim: - quantas quedas? _____ vezes		- precisou de atendimento médico devido à queda? ☐ Não ☐ Sim	
- fratura de fêmur? ☐ Não ☐ Sim		- houve trauma com fratura? ☐ Não ☐ Sim	
FUNCIONALIDADE			
O paciente é capaz de realizar essas atividades sem ajuda de outra pessoa?			
	SEM AJUDA	COM AJUDA	NÃO REALIZA
BANHO	2	1	0
VESTIR-SE	2	1	0
TOILETE	2	1	0
TRANSFERÊNCIA	2	1	0
COMER	2	1	0
PENTEAR OS CABELOS	2	1	0
ANDAR NO PLANO	2	1	0
IR AO BANHEIRO EM TEMPO (manter a continência)	2	1	0
CORTAR AS UNHAS DOS PÉS	2	1	0
TOMAR OS REMÉDIOS NO HORÁRIO	2	1	0
LOCOMOVER-SE NOS LOCAIS PERTO DE CASA	2	1	0
FAZER AS COMPRAS	2	1	0
PREPARAR AS REFEIÇÕES	2	1	0
SUBIR UM LANCE DE ESCADAS	2	1	0
SAIR DE CONDUÇÃO	2	1	0
FAZER A LIMPEZA DA CASA	2	1	0
MORTALIDADE			
Ocorreu óbito nos últimos 30 dias?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, qual a data? ____/____/____		Cidade: _____	
- qual a causa? _____			
- qual o local? ☐ hospital ☐ rua ☐ ILPI ☐ casa ☐ outro: _____			
CONTATO TELEFÔNICO			
Há alguma previsão de mudança de telefone para contato no próximo mês?		☐ Não ☐ Sim	
Se sim, para qual contato devo ligar? _____		Tel.: _____ Contato: _____	
Foi possível responder todas as perguntas deste questionário?		☐ Não ☐ Sim	
Se não, qual foi o motivo?		Desistência em participar da pesquisa ☐ Ocupado ☐ Entrevistado mal informante ☐	
Perda do contato (ex: mudança de telefone do paciente sem aviso prévio) ☐ Outro motivo ☐ : _____			
DURAÇÃO			
Qual a duração da entrevista? _____ min		1ª tentativa de contato ____/____/____ Rúbrica: _____	
Nº tentativas ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ _____		Data que conseguiu contato: ____/____/____	
OBSERVAÇÕES GERAIS:			

Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP: TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº APTO:
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

Hospital Dia para Idosos com Risco de Hospitalização.

PESQUISADOR: Márlon Juliano Romero Aliberti

Prof. Dr. Wilson Jacob Filho

CARGO/FUNÇÃO: Coordenador Médico do Hospital Dia do ICHC Nº 117.926

Médico Assistente do Serviço de Geriatria

UNIDADE DO HCFMUSP: Hospital Dia Geriátrico

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	☒	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável.....

Rubrica do pesquisador.....

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Prezado(a) Sr(a)

Gostaríamos de contar com a sua participação em uma pesquisa aqui do hospital. Trata-se de um estudo do **Hospital Dia sobre idosos com risco de internação e dependência de outras pessoas**. Para isto faremos algumas perguntas aqui mesmo durante o seu atendimento médico. As perguntas dizem respeito a sua saúde geral. Além de responder a essas perguntas, você será convidado a fazer algumas tarefas simples como caminhar alguns passos e levantar da cadeira. Não será feita nenhuma medicação para esse estudo e os exames de sangue utilizados serão apenas os do seu prontuário médico aqui do hospital.

- 1- Caso o Sr(a) aceite participar, faremos também ligações de cinco minutos para o telefone da sua preferência. Essas chamadas são para saber como o Sr(a) tem passado e se precisou de alguma internação no hospital. Ligaremos uma vez por mês, por 12 meses seguidos.
- 2- Essas entrevistas podem trazer algum aborrecimento ou cansaço, apesar do nosso esforço para que isso não aconteça em nenhum momento. O benefício dessa avaliação é a possibilidade dos médicos que o atendem descobrirem algum problema que possa vir a prejudicar a sua saúde nos próximos meses, bem como auxiliar outros pacientes.
- 3- Caso decida não participar desse estudo, você continuará com o seu atendimento aqui no Hospital Dia normalmente sem nenhuma perda. Você pode também recusar-se a responder qualquer pergunta ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu atendimento aqui no hospital.
- 4- Os principais médicos desse estudo são o Dr. Márton Aliberti, a Dra. Juliana Melo e Dr. Sileno Fortes, que podem ser encontrados de segunda a sexta-feira das 8 às 18h aqui no Hospital Dia que fica no Prédio dos Ambulatórios, 5º andar, Bloco 7, tel. 2661-7168 ou por e-mail: marlon.aliberti@hc.fm.usp.br.
- 5- Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desse estudo, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 2661-6442 ramal 26 – e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.
- 6- Solicitamos a sua autorização para uso e reprodução de informações que constam nas suas fichas médicas e prontuários aqui do hospital. Pedimos ainda a permissão para que seus dados sejam usados nos estudos atuais e futuros desta pesquisa. Lembramos que, em nenhum momento sua identidade será revelada. Caso depois, o Sr(a) resolva retirar esta permissão, seus dados não serão mais usados a partir de então.
- 7- Caso deseje, você será atualizado sobre os resultados gerais desse estudo e a qualquer momento poderá pedir esclarecimentos sobre os dados relativos à sua própria avaliação.
- 8- Não há despesas pessoais nesse estudo. Você receberá apenas uma ajuda para transporte igual ao valor do metro e ônibus gasto (ida e volta) de sua casa para o hospital para você e seu acompanhante.
- 9- Não há outros benefícios financeiros previstos. Porém, não haverá qualquer prejuízo a seus direitos legais de questionamento, indenização ou outros garantidos pela Constituição brasileira.

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável_____

Rubrica do pesquisador_____

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO-HCFMUSP**

Acredito ter recebido os esclarecimentos necessários a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos desse estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e não inclui remuneração. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

----- Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

----- Data ____ / ____ / ____

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.)

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

----- Data ____ / ____ / ____

Anexo E – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Hospital Dia para idosos com risco de hospitalização

Pesquisador: Wilson Jacob Filho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37322214.1.0000.0068

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO
HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA U S P

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 898.108

Data da Relatoria: 04/11/2014

Apresentação do Projeto:

O Projeto está adequadamente descrito. Trata-se de avaliação objetiva de parâmetros clínicos como preditores de desfecho adverso em idosos atendidos em Hospital Dia

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão claros

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram apontados de maneira adequada

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa não tem limitações do ponto de vista ético. Envolve apenas a aplicação de escalas e questionários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está conciso, objetivo e adequado

Recomendações:

Sem recomendações adicionais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado para execução, sem limitações éticas

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Continuação do Parecer: 898.108

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

SAO PAULO, 04 de Dezembro de 2014

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br