UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAROLINE PADOVAN PRADO

Perfil de Idosos Internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário

Ribeirão Preto
2011

CAROLINE PADOVAN PRADO

Perfil de Idosos Internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientador: Profa. Dra. Sueli Marques

Ribeirão Preto
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

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 da Publicação
Serviço de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prado, Caroline Padovan,

Perfil de Idosos Internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário / Caroline Padovan Prado; orientadora Sueli Marques – Ribeirão Preto, 2011.

155 f

Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, 2011.

1. Idoso. 2.Perfil de Saúde. 3. Hospitalização. 4. Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

PRADO, Caroline Padovan

Perfil de Idosos Internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido **Frederico**, pela compreensão, pelo auxílio prestado e presença certa nos momentos difíceis. Se não fosse você o que seria de mim?*

*Ao meu filho **Arthur** que deixei muitas vezes para conclusão deste trabalho. Mesmo longe pensava sempre em você. Mamãe te ama.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pela força, proteção e coragem, por fazer parte da minha vida e estar presente em todos os momentos. Por ter me concedido saúde e perseverança durante toda esta trajetória. Por ter colocado em meu caminho pessoas inigualáveis que nunca esquecerei.*

*À minha família, particularmente, à minha mãe **Arlete**, ao meu pai **Ademir**, a minha irmã **Marcela** e à minha avó **Celly**, que entenderam minha ausência e de alguma forma, contribuíram para que mais este sonho fosse realizado. Vocês são minha estrutura e meu modelo.*

*À minha sogra **Edna**, ao meu sogro **Geraldo**, as minhas cunhadas **Janaina** e **Aline**, ao meu cunhado **Samuel**, e ao meu sobrinho **Dudu**, que me apoiaram durante toda esta caminhada.*

*À **Profa. Dra. Sueli Marques,** minha orientadora, pela paciência e confiança depositada, por todos os ensinamentos transmitidos, mostrando-me carinho, compreensão e profissionalismo em todo o momento. Pelo aconchego e palavras de apoio após as orientações.*

*À **Profa. Dra. Luciana Kusumota**, pela valiosa colaboração no exame de qualificação, oferecendo sua amizade e carinho. Obrigada pelo sorriso, nos momentos em que mais precisei.*

*Ao **Dr. Antonio Pazin**, por participar desta conquista, compartilhando seu conhecimento e pela valiosa colaboração no exame de qualificação.*

*À amiga **Gláucia Costa Degani** pela sincera amizade, companheirismo e auxílio durante toda esta caminhada. Sua contribuição foi de grande valia.*

Aos amigos conquistados durante esta trajetória e que farão parte da minha história: ***Luana Storti, Cibele Peroni*** *e* ***Maria Bernadete Malerbo****.*

As minhas amigas ***Nilce Mara da Silva*** *e* ***Julia Pereira Soares Bitar*** *pelo companheirismo e carinho durante todo este processo. Pela amizade sincera e convívio frequente. Adoro vocês.*

As minhas ***colega****s de trabalho da Unidade Emergência, enfermeiras* ***Beth*** *e* ***Maria Elisa,*** *que me apoiaram e incentivaram.*

Aos meus ***colega****s de trabalho da Clínica Médica da Unidade Emergência, que tentaram compreender meus anseios. Em especial, as enfermeiras:* ***Juliana, Débora, Elisângela, Jucélia****; assistente social* ***Emília****, psicóloga* ***Ana Maria*** *e fisioterapeuta* ***Anália***

A ***Jane****, funcionária do controle de leitos da Unidade de Emergência, pela atenção e presteza em disponibilizar informações, durante a coleta de dados.*

A ***todos*** *que contribuíram de forma direta ou indireta na conclusão deste trabalho.*

Muito obrigado

RESUMO

PRADO, C. P. **Perfil de idosos internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário**. Ribeirão Preto. 2011. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Os objetivos deste estudo foram: caracterizar os idosos internados na Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, segundo: variáveis sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde, acesso aos serviços de saúde e rede de apoio familiar e social; identificar a capacidade cognitiva, a capacidade funcional e a presença de sintomas de depressão desses idosos; verificar a existência de associação entre a variável queda com as variáveis faixa etária, sexo, déficit cognitivo, uso de óculos, hábito de beber e presença de sintomas de depressão; e verificar a existência de associação entre a variável déficit cognitivo com as variáveis faixa etária, sexo e estado conjugal. Trata-se de um estudo não experimental, descritivo e transversal. Realizado com idosos, internados na Clínica Médica, do referido hospital, no período de abril a julho de 2011. Para a coleta de dados, utilizaram-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM), uma readaptação do *Older Americans Resources and Services* (OARS) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Foram estudados 105 idosos, média de idade de 73,8 anos (s=8,9); 59,0% eram homens; 62,9% moravam com esposo(a) ou companheiro(a); 47,6% estudaram de um a quatro anos; 90,5% eram aposentados. Quanto ao estilo de vida, 80,0% não fumavam atualmente; 71,4% consumiam bebida alcoólica; 66,7% não praticavam atividade física. Com relação à saúde, 72,4% a autoavaliaram como “Boa”; 56,2% tinham diagnóstico de hipertensão arterial e 22,9 de fibrilação atrial; para 78,1% todos os medicamentos eram receitados pelo médico; 91,4% avaliaram sua visão como “Boa”; 23,9% faziam uso dos óculos; 39,0% caíram nos últimos 12 meses; 23,8% caíram de três a quatro vezes. Quanto ao acesso aos serviços de saúde e à rede de apoio familiar e social, 96,2% utilizavam Hospital Público e estavam satisfeitos; para 45,7%, o esposo(a) ou companheiro(a) foi a primeira menção para cuidador na presença de incapacidades. Na avaliação cognitiva pelo MEEM, 34,3% apresentaram cognição comprometida. Quanto ao desempenho para as AVDs, no momento da admissão, 81,9% apresentavam algum grau de dificuldade nas ABVDs e 86,7% nas AIVDs; durante a hospitalização, 89,5% e, no momento da alta, 84,8% realizavam as atividades básicas com dificuldades. Os sintomas de depressão estiveram presentes em 54,3% dos idosos, média de 5,4 (s=2,5). Observou-se associação entre a presença de quedas e o uso de óculos ($p<0,01$) e entre a presença de déficit cognitivo e a faixa etária ($p=0,04$). A identificação do perfil e das necessidades dos idosos hospitalizados pode subsidiar o planejamento da assistência, com enfoque multiprofissional.

Palavras-chave: Idoso, Perfil de Saúde, Hospitalização, Enfermagem

ABSTRACT

PRADO, C. P. **Profile of elderly individuals hospitalized in a medical clinic of a tertiary general hospital**. Ribeirão Preto. 2011. 155 f. Thesis (master – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2011.

The objectives of this study were to characterize elderly individuals hospitalized in the medical clinic of a tertiary general hospital in the interior of São Paulo, Brazil according to the following socio-demographic variables: lifestyle, health conditions, access to health services and family and social support network; to identify cognitive and functional capacity and depression symptoms among these patients; to verify potential association between the variable 'fall' with age, gender, cognitive deficit, use of glasses, alcohol consumption, and depression symptoms; and also to verify potential association between the variable 'cognitive deficit' with age, gender and marital status. This non-experimental, descriptive and cross-sectional study addressed elderly individuals hospitalized in the medical clinic of the mentioned hospital from April to July 2011. The Mini-Mental State Examination (MMSE), a re-adaptation of Older Americans Resources and Services (OARS), and the Geriatric Depression Scale (GDS) were used to collect data. A total of 105 elderly individuals aged 73.8 years old in average (s=8.9) participated in the study; 59.0% were men; 62.9% lived with spouses or partners; 47.6% studied from one to four years; 90.5% were retired. In relation to lifestyle, 80.0% did not smoke at the time; 71.4% consumed alcohol; 66.7% did not exercise. In relation to their health condition, 72.4% reported it was "good"; 56.2% had hypertension, and 22.9 had atrial fibrillation; 78.1% had all medications prescribed by a physician; 91.4% reported their eyesight was "good"; 23.9% wore glasses; 39,0% fell in the last 12 months; 23.8% fell from three to four times. In regard to access to health services and family and social support network, 96.2% used public hospitals and were satisfied; 45.7% reported the spouse or partner would be the primary caregiver in case of disability. A total of 34.3% presented compromised cognition in the MMSE cognitive evaluation. In relation to the performance of ADLs at the time of admission, 81.9% presented some level of difficulty in BADLs and 86.7% in IADLs; 89.5% and 84.8% performed basic activities with difficulty during hospitalization and at time of discharge, respectively. Depression symptoms were observed in 54.3% of the elderly individuals, average of 5.4 (s=2.5). Association between falls and the use of glasses ($p<0.01$) and between cognitive deficit and age ($p=0.04$) was observed. The identification of the profile and needs of hospitalized elderly individuals can support planning of care with a multidisciplinary focus.

Keywords: Aged, Health profile, Hospitalization, Nursing

RESUMEN

PRADO, C. P. **Perfil del adulto mayor Internado en la Unidad de Medicina de un Hospital General Terciario**. Ribeirão Preto. 2011. 155 p. Disertación (Maestria) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

Los objetivos de este estudio fueron: caracterizar los adultos mayores internados en el servicio de medicina, de un Hospital General Terciario, del interior paulista, según: variables socio-demográficas, estilo de vida, condiciones de salud, acceso a los servicios de salud y red de apoyo familiar y social; identificar la capacidad cognitiva, la capacidad funcional y la presencia de síntomas de depresión de estos adultos mayores; verificar la existencia de asociación entre la variable caída con las variables rango de edad, sexo, déficit cognitivo, uso de lentes, habito de beber y presencia de síntomas de depresión; y verificar la existencia de asociación entre la variable déficit cognitivo con las variables rango de edad, sexo y estado conyugal. Se trata de un estudio no experimental, descriptivo y transversal. Realizado con adultos mayores, internados en el servicio de medicina, del referido Hospital, en el período de abril a julio de 2011. Para la colecta de datos se utilizo el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), una re-adaptación del Older Americans Resources and Services (OARS) y Escala de Depresión Geriátrica (EDG). Fueron estudiados 105 adultos mayores, con promedio de edad de 73,8 años (s=8,9); el 59,0% eran hombres; el 62,9% vivían con el esposo(a) o compañero(a); el 47,6% estudiaron de uno a cuatro años; el 90,5% eran jubilados. En relación al estilo de vida, el 80,0% no fumaban actualmente; el 71,4% consumían bebida alcohólica; el 66,7% no practican actividad física. Con relación a la salud, el 72,4% autoevaluaron como “Buena”; el 56,2% tenía diagnóstico de hipertensión arterial y el 22,9 de fibrilación atrial; para el 78,1% todos los medicamentos eran recetados por el médico; el 91,4% evaluaron su visión como “Buena”; el 23,9% hacían uso de lentes; el 39,0% cayeron en los últimos 12 meses; el 23,8% cayeron de tres a cuatro veces; en relación al acceso a los servicios de salud y red de apoyo familiar y social, el 96,2% utilizaban Hospital Público y estaban satisfechos; para el 45,7% el esposo(a) o compañero(a) fue la primera mención para cuidador ante la presencia de incapacidades. A la evaluación cognitiva por el MEEM, el 34,3% presentaron cognición comprometida. En relación al desempeño para las AVDs, en el momento de la admisión, el 81,9% presentaban algún grado de dificultad en las ABVDs y el 86,7% en las AIVDs; durante la hospitalización, el 89,5% y, en el momento del alta, el 84,8% realizaban las actividades básicas con dificultades. Los síntomas de depresión estuvieron presentes en el 54,3% de los adultos mayores, con un promedio de 5,4 (s=2,5). Se observo asociación entre la presencia de caídas y el uso de lentes ($p<0,01$) y entre la presencia de déficit cognitivo y el rango de edad ($p=0,04$). La identificación del perfil y de las necesidades de los adultos mayores hospitalizados puede subsidiar el planeamiento de la asistencia, con enfoque multiprofesional.

Palabras clave: Anciano, Perfil de Salud, Hospitalización, Enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo faixa etária, sexo, local de nascimento, estado conjugal, número de filhos e escolaridade, Ribeirão Preto, 2011 51

Tabela 2 Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo a fonte de renda, Ribeirão Preto, 2011 52

Tabela 3 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo atividade profissional exercida anteriormente, Ribeirão Preto, 2011 53

Tabela 4 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo sua percepção da própria situação econômica, em comparação com as pessoas da mesma idade, casa onde mora, com quem mora e com quem compartilha o espaço de dormir, Ribeirão Preto, 2011 54

Tabela 5 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo as variáveis relacionadas à história de tabagismo, Ribeirão Preto, 2011 55

Tabela 6 Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo o hábito de consumir bebida alcoólica, Ribeirão Preto, 2011 56

Tabela 7 Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo prática de atividade física, Ribeirão Preto, 2011 56

Tabela 8 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo a autoavaliação da própria condição de saúde, Ribeirão Preto, 2011 57

Tabela 9 Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo problemas de saúde autorreferidos, Ribeirão Preto, 2011 58

Tabela 10 Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo diagnóstico médico, Ribeirão Preto, 2011 59

Tabela 11 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo número de diagnóstico médico, Ribeirão Preto, 2011 .. 60

Tabela 12 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo uso de medicamentos, Ribeirão Preto, 2011 61

Tabela 13 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo autoavaliação da visão e uso de óculos, Ribeirão Preto, 2011 61

Tabela 14 Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, quanto à interferência das tarefas relacionadas à acuidade visual, Ribeirão Preto, 2011 62

Tabela 15 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo questões relacionadas à saúde bucal, Ribeirão Preto, 2011 63

Tabela 16 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo número de quedas nos últimos 12 meses e suas consequências, Ribeirão Preto, 2011 64

Tabela 17 Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo a frequência e satisfação com relação ao uso e acesso dos serviços de saúde, Ribeirão Preto, 2011 65

Tabela 18 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo vacinas recebidas nos últimos 12 meses, Ribeirão Preto, 2011 66

Tabela 19 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo quem cuidaria dos mesmos, no caso de ficarem doentes ou incapacitados, Ribeirão Preto, 2011 67

Tabela 20 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo a avaliação cognitiva por meio do MEEM, Ribeirão Preto, 2011 68

Tabela 21 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, na admissão hospitalar, Ribeirão Preto, 2011 70

Tabela 22 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo ajuda para a realização das ABVDs e AIVDs, na admissão hospitalar, Ribeirão Preto, 2011 72

Tabela 23 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, durante a internação hospitalar, Ribeirão Preto, 2011 74

Tabela 24 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo ajuda para a realização das ABVDs e AIVDs, durante a internação hospitalar, Ribeirão Preto, 2011 76

Tabela 25 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, no momento da alta hospitalar, Ribeirão Preto, 2011 .. 78

Tabela 26 Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo ajuda para a realização das ABVDs e AIVDs, no momento da alta hospitalar, Ribeirão Preto, 2011 80

Tabela 27 Distribuição dos idosos internados na clínica médica, com e sem sintomas de depressão, segundo as variáveis faixa etária, sexo, déficit cognitivo, hábito de beber e estado conjugal, Ribeirão Preto, 2011 82

Tabela 28 Associação entre a variável queda com as variáveis, faixa etária, sexo, déficit cognitivo, uso de óculos, hábito de beber e presença de sintomas de depressão, dos idosos internados na clínica médica, Ribeirão Preto, 2011 84

Tabela 29 Associação entre a variável déficit cognitivo com as variáveis faixa etária, sexo e estado conjugal, dos idosos internados na clínica médica, Ribeirão Preto, 2011 86

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
DRS	Divisão Regional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Miniexame do Estado Mental
OARS	Older Americans Resources and Services
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS	Organizacíon Mundial de la Salud
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
UE	Unidade de Emergência
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 16
1.1 Transição demográfica e epidemiológica..... 17
1.2 Processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso 23
1.3 Assistência à saúde do idoso 31

2. OBJETIVOS 38

3. METODOLOGIA..... 40
3.1. Delineamento do estudo 41
3.2. Local do estudo 41
3.3. População e amostra do estudo 43
3.4. Procedimentos para a coleta de dados..... 44
3.4.1 Pré-Teste 47
3.4.2 Entrevista..... 47
3.5 Processamento e análise dos dados 48
3.6 Aspectos éticos..... 48

4 RESULTADOS 50
4.1 Características sociodemográficas dos idosos participantes do estudo 51
4.2 Características do estilo de vida dos idosos participantes do estudo 55
4.3 Características das condições de saúde dos idosos participantes do estudo 57
4.4 Características do uso e acesso aos serviços de saúde pelos idosos participantes do estudo..... 65
4.5 Características relacionadas à rede de apoio familiar e social dos idosos participantes do estudo 66
4.6 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo..... 67
4.7 Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos participantes do estudo 68
4.8 Características relacionadas à presença de sintomas de depressão dos idosos participantes do estudo..... 81
4.9 Apresentação das associações entre as variáveis estudadas..... 83

5. DISCUSSÃO 88
5.1 Características sociodemográficas dos idosos participantes do estudo 89
5.2 Características do estilo de vida dos idosos participantes do estudo 95
5.3 Características do uso e acesso aos serviços de saúde pelos idosos participantes do estudo..... 101
5.4 Características relacionadas à rede de apoio familiar e social dos idosos participantes do estudo 102
5.5 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo..... 103
5.6 Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos participantes do estudo 105
5.7 Características relacionadas à presença de sintomas de depressão dos idosos participantes do estudo..... 108

5.8 Apresentação das associações entre as variáveis estudadas 109

6. CONCLUSÕES 113

REFERÊNCIAS 117

APÊNDICES 139

ANEXOS 141

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transição demográfica e epidemiológica

Atualmente, o envelhecimento populacional é uma realidade incontestável, aparentemente irreversível e com impacto nos âmbitos econômico, social e epidemiológico do país. Para Carvalho e Garcia (2003), esse fenômeno não se refere a indivíduos ou gerações, mas sim, à mudança na estrutura etária da população, sendo caracterizado pelo crescimento elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários.

Considerado como um fenômeno mundial, esse processo ocorre tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, acontece de forma gradual e harmoniosa, em meio a favoráveis condições sanitárias e ambientais como, inserção das pessoas no mercado de trabalho e oportunidades educacionais, além de avanços tecnológicos e de saúde (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). Já nos países em desenvolvimento, a população idosa cresce de forma rápida e intensa, desvinculada de uma política social favorável, sem melhorias na qualidade de vida dessa parcela populacional (CARVALHO; GARCIA, 2003). Para Wong e Carvalho (2006, p.4), “envelhecer em um país em desenvolvimento é uma tarefa bastante árdua”.

Brito (2008) ressalta que, no Brasil, esse fenômeno ocorreu de forma brusca, gerando conflitos de ordem previdenciária, econômica e política. Segundo Felix (2007), os países desenvolvidos enriqueceram e depois envelheceram, já os países em desenvolvimento envelheceram antes de enriquecerem.

Ao analisar o envelhecimento populacional de forma demográfica, atribui-se o crescimento da população idosa a dois fatores: a transição demográfica, que corresponde “ao processo gradual pelo qual uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de fecundidade e mortalidade a uma situação de baixas taxas de tais indicadores” (WONG; CARVALHO, 2006) e ao aumento da expectativa de vida, isto é, ao aumento do número de anos de vida de uma pessoa (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Paschoal, Salles e Franco (2005) mencionam que, nos países em desenvolvimento, no início da Era Cristã, a expectativa de vida da população era em média 30 anos, porém com os avanços da tecnologia e da medicina passou de 40 para 62 anos, entre 1940 e 1990. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística - IBGE (2008) no Brasil, observa-se um aumento na longevidade humana, de 1999 para 2009 obteve-se um incremento de 3,1 anos, sendo que a esperança de vida para as mulheres passou de 73,9 anos para 77,6 anos, já para os homens de 66,3 para 69,4 anos. Segundo os dados do IBGE (2008) no Brasil, a expectativa de vida em 2050 será em torno de 81,3 anos, para 2100 será de 84,3 anos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1974), o limite de idade para ser considerado idoso difere entre os países, uma vez que nos países desenvolvidos são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais, enquanto nos em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos aqueles com 60 anos ou mais de idade. A Lei Brasileira n° 8842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu capítulo I, assume a mesma posição, ao considerar o limite de 60 anos ou mais (BRASIL, 1994).

Para Mazo, Lopes e Benedetti (2004), esse limite é baseado na idade cronológica, caracterizando o marco inicial da velhice aos 60 anos de idade. Acrescentam que, embora este marcador seja utilizado pela maioria dos estudiosos da área, é apenas um marco cronológico, o qual, na maioria das vezes, não corresponde à idade biológica do indivíduo.

Segundo dados do IBGE (2002), em 1950, o número de pessoas com idade entre 60 anos e mais, no mundo, era de 204 milhões, passando para 579 milhões em 1990. Já no ano de 2006, o número de idosos aumentou para 650 milhões, no entanto, estima-se que, para o ano de 2025, esse número alcance 1,2 bilhão de idosos, chegando a 2 bilhões no ano de 2050.

Para o Brasil, a estimativa é de que haja um aumento progressivo no quantitativo da população total, passando dos 189,6 milhões de habitantes, no ano de 2008, para 215,3 milhões, em 2050. No entanto, em se tratando do número de idosos, no mesmo período, passará de 18 milhões, correspondente a 9,5% da população total, para 64 milhões, representando 29,8% (IBGE, 2008). No ano de 2010, dos 190.755.799 brasileiros, 20.590.599 deles, possuíam 60 anos ou mais, ou seja, 10,8% da população total (IBGE, 2011).

Torres Junior (2003) menciona que o aumento da população idosa, no Brasil, caracterizou-se pela rapidez com que esse fato ocorreu, uma vez que até os anos de 1960 todos os grupos etários registravam crescimento praticamente idêntico e, a partir daí, o grupo de idosos passou a liderar esse processo. Paschoal, Franco e

Salles (2007) acrescentam que esse crescimento foi predominantemente urbano, resultante do intenso movimento migratório na década de 1960, motivado pela industrialização.

Para Campos e Rodrigues (2004), o crescimento dessa parcela populacional no Sudeste do Brasil tem se mostrado acelerado, especialmente por esta região destacar-se pelo maior desenvolvimento socioeconômico do país. Há previsões de que esta região, em 2050, alcançará um montante de 15 milhões de idosos, sendo assim possuirá a maior proporção deles entre seus habitantes (IBGE, 2008).

Segundo dados do IBGE (2011), o número de idosos no estado de São Paulo no ano de 2010, era de 41.262.199 habitantes, destes 4.771.436 eram idosos, ou seja, 11,6% de toda a população. No município de Ribeirão Preto, a população total contava com, aproximadamente, 604.682 habitantes, sendo que 76.272 (12,6%) eram de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Diante do aumento do número de idosos, o país e a sociedade sofrem uma série de repercussões, tais como, desigualdade social, pobreza, desemprego e aumento da procura pelos serviços de saúde (VERAS, 2007; UCHÔA, 2003). Nesse sentido, Veras et al. (2002) ressaltam que os serviços de saúde não estão preparados para atender a essa clientela, considerando-se aspectos como indisponibilidade de infraestrutura adequada, ausência de profissionais treinados e com formação específica, entre outros.

De acordo com Papaléo Netto, Yuaso e Kitadai (2005), aspectos socioeconômicos repercutem negativamente na vida dessa parcela populacional. A esse respeito, Paz, Santos e Eidit (2006) apontam que acrescido ao fato de o idoso brasileiro viver em condições precárias, o baixo valor das aposentadorias expõe não só o idoso, mas também todo o grupo familiar que, frequentemente, sobrevive com esse recurso, uma vez que os rendimentos desse benefício não conseguem promover adequadas condições de vida ao idoso. Com a aposentadoria, o idoso perde o vínculo profissional e, consequentemente, seu papel social. Como agravante, ocorre considerável diminuição de seus rendimentos, o que acarreta em uma série de privações numa fase da vida em que poderia usufruir o fruto de anos de trabalho.

Para Papaleo Netto, Yuaso e Kitadai (2005, p.601), o termo aposentadoria significa “a saída de um trabalho que vinha sendo regularmente

efetuado durante anos" e geralmente, este termo encontra-se associado à idade acima de 60 anos.

Segundo dados do IBGE (2002), 8,9 milhões (62,4%) dos idosos brasileiros são responsáveis pelos domicílios e possuem, em média, 69 anos de idade. De 1991 para 2000, o rendimento médio desses idosos passou de R$403,00 para R$657,00, sendo que, em média, os homens ganham mais do que as mulheres, R$752,00 e R$500,00, respectivamente.

Outro fato a se destacar é que, em decorrência do envelhecimento populacional, são observadas mudanças nos arranjos familiares. Isso se dá, pelo aumento da proporção de famílias nas quais reside um ou mais idoso, seja(m) eles chefe(s) do domicílio ou em corresidência com os filhos adultos. (ARANTES; CORRÊA; CAMARGOS; MACHADO, 2010). Segundo Ramos (2003), 50% dos idosos brasileiros residem com seus filhos, algumas vezes acompanhados pelos netos. Fato este que pode levar à necessidade de um rearranjo familiar para o enfrentamento dessa situação.

No crescimento da população acima de 60 anos, o aumento da proporção de mulheres se destaca, quando comparado ao dos homens. Em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos; em 2000, passaram para 55,1%. Portanto, no ano de 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens. No Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens (IBGE, 2002). Um estudo realizado na cidade de São Paulo por Lebrão e Laurenti (2005) mostrou que 58,6% da população idosa era representada por mulheres, destas, uma em cada quatro possuía 75 anos ou mais. Em Joinville, Santa Catarina, também foi observado o aumento do número de mulheres na população idosa, cerca de quatro vezes maior que o total de homens (MASTROENI et al., 2007).

Segundo Veras (2001), o predomínio de mulheres entre os idosos pode ser explicado pela menor exposição aos riscos, tais como acidentes domésticos, de trânsito, de trabalho, bem como homicídio e suicídio; menor consumo de tabaco e álcool e maior cuidado com a saúde. Para Camarano (2003), devido à maior longevidade, as idosas estão mais vulneráveis em relação às debilidades físicas, à perda de autonomia, à incapacidade de lidar com as atividades do cotidiano, às dificuldades econômicas, entre outras, além do fato de apresentarem maior probabilidade de ficarem viúvas em relação aos homens.

No estado do Rio Grande do Sul o aumento do número de mulheres se

destaca, e estas apresentam maior frequência de viuvez. Uma razão que poderia explicar essa situação é que as mulheres tendem a se casar com homens mais velhos, o que, associado à maior mortalidade masculina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge; outra explicação é o fato de que os viúvos voltam a se casar, mais do que as viúvas (SALGADO, 2002). Esse fato pode levá-las a vivenciarem uma situação socioeconômica desvantajosa, pois geralmente a maioria das idosas viúvas foi dependente financeiramente dos esposos (CAMARANO, 2003).

Além de as mulheres apresentarem maior frequência de viuvez, outro fator importante, que se destaca nesta parcela populacional, é a baixa escolaridade. Em estudo realizado no município de São Carlos, foi observado que, do total de idosos entrevistados, 50% eram analfabetos, no entanto o analfabetismo e a baixa escolaridade foram maiores entre as mulheres (62,0%) do que entre os homens (50,0%) (FELICIANO et al., 2004). Outro estudo realizado em um município no interior de Minas Gerais demonstrou que, em relação ao número de anos estudados, a maioria das idosas concluiu de 1 a 4 anos de estudo (ARANTES, et.al., 2010).

Segundo dados do IBGE (2002) no país, ainda existem cerca de 5,1 milhões de idosos analfabetos e, em relação ao gênero, os homens continuam sendo, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres, 67,7% e 62,6%, respectivamente. Rosa et al. (2003) referem que nível mais baixo de escolaridade entre os idosos aumenta as chances de estes apresentarem problemas de saúde e como consequência o comprometimento da funcionalidade.

Nesse sentido, há a necessidade de conhecer as mudanças no perfil demográfico da população idosa com a finalidade de planejar ações que possam criar condições favoráveis para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a integração e a participação efetiva dos idosos na sociedade.

As mudanças ocorridas, ao longo do tempo, no perfil demográfico da população, foram acompanhadas por alterações das características de morbimortalidade dos brasileiros, ou seja, as doenças infectoparasitárias, frequentemente, presentes na população infantil foram sendo substituídas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) mais prevalentes em idosos (VRANJAC, 2002). Esse fenômeno é definido por Paschoal, Salles e Franco (2007, p.20) como transição epidemiológica, caracterizada pela “mudança nos padrões de morbimortalidade, principalmente pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e

aumento das doenças crônicas".

Dessa forma, as alterações nos padrões de morbimortalidade acarretam modificações no perfil de saúde da população que, ao invés de processos agudos com resolução rápida, predomina a incidência das DCNTs, implicando em internações prolongadas com altos custos ao serviço de saúde (NASRI, 2008).

Menéndez et al. (2005) consideram que à medida que a população envelhece, ocorre aumento da prevalência de incapacidades e de enfermidades crônicas. Para Duarte (2003), a prevalência de incapacidades está fortemente relacionada ao aumento da incidência de doenças nos idosos.

De acordo com Vranjac (2002), as DCNTs são definidas como afecções de saúde cujo processo de instalação no organismo, frequentemente, se inicia com alterações sem que, muitas vezes, o indivíduo perceba, demorando anos para se manifestar. Apresenta momentos de exacerbação e latência, mas geralmente não há cura, levando às complicações com graus variados de incapacidades e/ou a morte. Acrescenta que as principais DCNTs são as do aparelho circulatório, os diversos tipos de câncer, o diabetes, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, as doenças osteoarticulares, a obesidade e as dislipidemias.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), os principais fatores de risco para essas doenças são: o tabagismo, o consumo excessivo de bebida alcoólica, a obesidade, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, a inatividade física e o estresse.

As DCNTs, quando adquiridas, permanecem por toda a vida e necessitam de assistência continuada, podendo-se amenizar os sinais e sintomas. Atualmente, são responsáveis por 60% das causas de morte em todo o mundo tornando-se um sério problema de saúde, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2002; WHO, 2008). Segundo Yatch et al. (2004), a primeira causa de morte no mundo são as doenças cardiovasculares. Nos países desenvolvidos, a segunda ou terceira posição é ocupada pelo câncer, entre a nona e décima encontra-se o diabetes.

Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde revelam que as doenças do aparelho circulatório e respiratório foram as principais causas de internações hospitalares no ano de 2010 para a população em geral. Entretanto, a pneumonia, a insuficiência cardíaca, a bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas destacaram-se entre as doenças

que mais acometem os idosos (BRASIL, 2011).

Estudos populacionais demonstram que 85% dos idosos brasileiros apresentam uma doença e que, cerca de 10% apresentam, no mínimo, cinco delas (GARRIDO; MENEZES, 2002; MENDES, et al., 2005). Na região Nordeste do país, pesquisa realizada com 667 idosos, mostrou que 92,0% dos idosos entrevistados apresentavam pelo menos uma doença, sendo que 78,0% apresentavam de uma a cinco doenças crônicas (COELHO-FILHO; RAMOS, 1999). Já em estudo realizado nas áreas metropolitanas da região Sudeste foi evidenciado que 86% dos idosos possuíam pelo menos uma doença crônica (RAMOS, 2003). De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) no ano de 2008, dos 59,5 milhões de brasileiros entrevistados, 31,3% deles afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, destacando-se que, entre as pessoas com 65 anos ou mais, 79,1% declararam possuir alguma doença crônica, sendo que, destes, 28,3% possuíam três ou mais delas (BRASIL, 2011).

Diante desse contexto, observa-se que o aumento do número de idosos na população e as mudanças no perfil de morbimortalidade remetem para a necessidade, cada vez maior, de se conhecer a realidade do contexto da saúde, no qual essas alterações são mais observadas, dadas as suas implicações no que se refere à disponibilização de recursos materiais e humanos, adequações nas estruturas, bem como a busca por melhores tecnologias, serviços especializados, entre outros.

1.2 Processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso

O envelhecimento humano é um fenômeno irreversível, resultante do desgaste natural das estruturas orgânicas, desencadeado por mudanças morfofuncionais ao longo da vida. Tais alterações ocorrem após a maturação sexual comprometendo, progressivamente, a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia (JECKEL-NETO; CUNHA, 2002).

Segundo Papaleo Netto (2002, p.3), o “envelhecimento é um processo, a velhice uma fase da vida e velho ou idoso o resultado final”. Sendo assim, Monteiro

(2000, p. 56) ressalta que não se deve confundir velhice com envelhecimento, pois:

> Enquanto o envelhecimento é um processo natural de transformação do ser humano através da temporalidade, a velhice é uma construção social e não uma categoria natural. Contudo, essa produção social irá influenciar diretamente o processo de envelhecimento dos indivíduos, pois ao mesmo tempo em que somos produtores de uma cultura, somos também produtos dela própria.

De acordo com Lessa (1998), o envelhecimento não se inicia aos 60 anos, pois este marco cronológico é apenas um critério para definir intervenções na população. Acrescenta que esse processo consiste no acúmulo de interações nos âmbitos sociais, biológicos e de comportamento durante toda a vida, de modo que um indivíduo com menos de 60 anos pode ser considerado um idoso do ponto de vista orgânico, mental e intelectual, ao passo que um septuagenário ou octogenário que apresente todas essas funções preservadas, será designado idoso apenas por sua idade cronológica. Duarte (2001) complementa que o envelhecimento é um processo que vai sendo construído, no decorrer da existência humana, tornando cada indivíduo um ser único.

Foi a partir do século XX, que o processo de envelhecimento passou a ser explicado não só pela ação dos fatores orgânicos e fisiológicos, mas também pelos fatores psicológicos e sociais (ZIMERMAN, 2000).

Segundo Araujo e Caldas (2002), o envelhecimento pode ser definido como senescência quando ocorre perda gradual das funções orgânicas, porém com manutenção da capacidade intelectual e física, e senilidade quando surgem sinais de degeneração intensa, com modificação da saúde, ocorrendo assim o chamado envelhecimento patológico.

Nesse sentido o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência) o que, em condições normais, não acarreta problemas. Já em condições de sobrecarga, como por exemplo, acidentes, doenças, estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência (senilidade) (BRASIL, 2006).

As alterações fisiológicas, assim como as limitações de algumas funções do organismo decorrentes do avanço da idade quando somadas às tensões emocionais ou físicas, podem levar os idosos a condições patológicas (MARIN et al.,

2004). No entanto, Perracini, Flo e Gerra (2009) sugerem que o idoso adote hábitos saudáveis de vida, eliminando comportamentos nocivos à saúde e evitando, consequentemente, o aparecimento de enfermidades.

Para Ramos (2003), a promoção do envelhecimento saudável, compreende a interação entre a saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, porém, o desequilíbrio ou ruptura de um desses fatores pode comprometer a capacidade funcional do idoso. Montanholi (2006) acrescenta que, para usufruir do envelhecimento saudável, a pessoa, muitas vezes, deve mudar seu estilo de vida, adotando hábitos saudáveis, gerenciando seu estresse, sua tolerância, seu otimismo e sua autoestima.

Segundo Gordilho, et al. (2000 p.48), capacidade funcional é a "capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma". Vale ressaltar que, apesar da presença de doenças nos idosos, muitos mantêm sua capacidade funcional, autonomia e independência preservadas (MARQUES, 2004).

Hogstel e Gaul (1991) definem autonomia como sendo o autogoverno e é expressa na liberdade de agir e tomar decisões próprias de acordo com suas regras e preferências. Acrescentam, ainda, que independência significa ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem ajuda de outra pessoa. Evans (1984) ressalta que a capacidade funcional está fortemente relacionada com a autonomia. A esse respeito, Paschoal (2000) salienta que a autonomia é mais importante que a independência, uma vez que pode ser restaurada mesmo quando o indivíduo continua dependente.

Na medida em que o idoso apresenta algum tipo de comprometimento na capacidade funcional, vai surgindo a dependência para executar as atividades da vida diária (AVDs). Tais atividades são divididas em três categorias: atividades básicas da vida diária (ABVDs), atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e as atividades avançadas de vida diária (AAVDs) (PERRACINI E GAZZOLA, 2009).

As ABVDs indicam o nível mais básico de independência, está relacionada à própria subsistência do idoso e é caracterizada por tarefas referentes ao autocuidado como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle de suas próprias eliminações; as AIVDs indicam tarefas adaptativas ou necessárias para vida independente na comunidade, como, por exemplo,

preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar o telefone, administrar finanças e tomar medicamentos (CALDAS, 2003). Segundo Perracini e Gazzola (2009), as AAVDs denotam atos mais complexos ligados à automotivação como a realização de trabalhos voluntários sociais, ocupacionais ou de recreação.

Estudo populacional revela que cerca de 40% dos idosos acima de 65 anos precisam de alguma ajuda para realizar tarefas do dia a dia, como, fazer compras, cuidar das finanças e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa (10%), requer auxílio para realizar as tarefas básicas, como cuidar da própria higiene, alimentar-se e sentar e levantar de cadeiras ou camas (Ramos et al., 1993).

Para Alves (2007), o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, sistema de saúde e para a própria vida do idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. Para Yang e George (2005, p.265), incapacidade é a "inabilidade ou dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que, normalmente, são indispensáveis para uma vida independente na comunidade".

Tendo em vista que, nos idosos, as condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais expressiva e que frequentemente afetam sua capacidade funcional, comprometendo sua qualidade de vida, faz-se necessária a avaliação de sua funcionalidade que, segundo Kawasaki (2004), tem o intuito de mensurar objetivamente o desempenho da pessoa para realizar as AVDs. Nesse sentido, Alves et al. (2007) acrescentam que as ABVDs, as AIVDs e a mobilidade são medidas, frequentemente, utilizadas para avaliar a capacidade funcional dos idosos.

Existem alguns instrumentos que foram elaborados para avaliar a funcionalidade em idosos e, em geral, avaliam o seu desempenho para execução da atividade (capacidade funcional) e/ou o nível de dificuldade para a realização da mesma (desempenho funcional). A escolha do instrumento a ser utilizado deve ser criteriosa, considerando-se os objetivos a serem alcançados, assim como o ambiente operacional (PAIXÃO JR; REICHENHEIM, 2005).

De acordo com os mesmos autores, esses instrumentos podem ser utilizados como medidas de saúde geral ou específica; servir como instrumentos de pesquisa, triagem ou avaliação clínica; medir grau de dependência mais grave e até

incapacidade para funções físicas e sociais.

Ao considerar os instrumentos que possibilitam a avaliação da funcionalidade do idoso, pode-se destacar o Índice de Katz e a Escala de Lawton. O primeiro foi construído por Sidney Katz e publicado em 1963, atualmente é, frequentemente, utilizado na área de geriatria. Trata-se, segundo Duarte, Andrade e Lebrão (2007), de um instrumento genérico de medida do desempenho para as ABVDs, hierarquicamente organizado para mensurar a independência na execução de tais atividades. O segundo, elaborado por Lawton e Brody (1969), avalia a *performance* para as AIVDs. Os itens são classificados quanto à assistência, à qualidade da execução e à iniciativa.

Em uma revisão da literatura realizada por Duarte; Andrade e Lebrão (2007) para verificar a utilização do Índice de Katz, foi observado que o mesmo é utilizado de diferentes formas, em especial no que se refere à classificação da dependência e independência do indivíduo. Esse instrumento serviu de base para a construção de outros que surgiram desde então (COHEN; MARINO, 2000).

Com relação à Escala de Lawton, esta se configura em um modelo mais complexo de medida genérica que avalia o nível de independência do idoso mediante a atribuição de uma pontuação, segundo a capacidade do mesmo para realizar as AIVDs. De acordo com Freitas, Miranda e Nery (2001), a Escala apresenta boa aplicabilidade, em virtude de sua fácil compreensão, tanto por parte do examinador como do entrevistado e consome pouco tempo em seu preenchimento.

A avaliação da capacidade funcional revela o nível máximo de funcionalidade que uma pessoa pode apresentar em um dado momento, ou seja, retrata a habilidade de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). O que indica que esta avaliação do idoso pode representar uma ferramenta fundamental para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e fazer um julgamento clínico do estado geral de saúde do mesmo, além de auxiliar na adequada seleção de tratamentos e reabilitação (GOMES; DIOGO, 2004).

A relevância da manutenção e da recuperação da capacidade funcional do idoso vem sendo reconhecida entre os profissionais da área da saúde. Nesse sentido, a adequada avaliação funcional desse seguimento da população viabiliza o acesso a informações do estado funcional do idoso com a finalidade de subsidiar

equipes interdisciplinares na construção de planos assistenciais com vistas à promoção da reabilitação e/ou à manutenção da independência e autonomia.

Em se tratando da saúde do idoso, outro aspecto relevante para esta população é a cognição por estar intimamente relacionada com a independência, autonomia e, consequentemente, com a capacidade de cuidar de si mesmo. Para Fernandes da Fonseca (2001), as principais funções psíquicas envolvidas no processo cognitivo são a motivação, a atenção, a aprendizagem, a memória, a linguagem, o raciocínio, a percepção e o pensamento. Assim sendo, uma alteração cognitiva acarreta, muitas vezes, prejuízos irreversíveis que afetam o cotidiano e comprometem significativamente a qualidade de vida do idoso.

A cognição é a compreensão de um conjunto de atos e comportamentos para alcançar determinado objetivo (GRIEVE, 2000). O mesmo autor afirma que, para desempenhar uma atividade, são necessárias ações que envolvem aspectos da cognição, tais como, memória, praxia, atenção, crítica, planejamento, comportamento, raciocínio, entre outros.

Estudo realizado por Steen et al. (2001) evidenciou que a maioria dos idosos com idade entre 85 e 95 anos era dependente para o desempenho das AVDs e apresentava maior prejuízo na cognição, se comparada com os independentes. Dessa forma, acrescentam que o funcionamento cognitivo e a mobilidade são preditores independentes para a dependência funcional na população de idosos com 85 anos e mais de idade.

Para Souza e Chaves (2005), descrever a esfera do funcionamento mental implica em habilidades de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento, assim como em capacidade de produzir respostas às solicitações e aos estímulos externos. Acrescentam, ainda, que a capacidade cognitiva alterada compromete o bem-estar biopsicossocial, impedindo muitas vezes a participação dos idosos na sociedade e, assim sendo, pode ser considerada um indicativo de qualidade de vida prejudicada. A perda de memória recente assim como a inabilidade de fazer cálculos são indicadores de redução da função cognitiva.

A cognição pode ser avaliada e, segundo Folstein et al. (1975), uma avaliação cognitiva pode ser iniciada com testes de rastreio, como é o caso do Miniexame do Estado Mental (MEEM). A avaliação realizada por meio deste teste fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões

agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar as áreas cognitivas, tais como: orientação temporal, orientação espacial, registros de palavras, atenção e cálculo, memória, linguagem e capacidade construtiva visual (GALLO et al., 2000).

No Brasil, o MEEM foi traduzido e adaptado por Bertolucci et al. (1994) e em nosso meio tornou-se uma referência obrigatória, embora não substitua uma avaliação completa e seja pouco sensível para detectar variações sutis na cognição. É amplamente utilizado pelos profissionais da área da geriatria e gerontologia. Segundo Freitas e Miranda (2006), a avaliação cognitiva tem como objetivo auxiliar no rastreio das principais alterações mentais dos idosos como, por exemplo, demência e depressão.

Embora os idosos se apresentem mentalmente saudáveis, podem estar vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos. O estado mental refere-se às características psiquiátricas do indivíduo, podendo também, ser determinadas por fatores genéticos ou pelo meio; a depressão é o distúrbio mais comum que acomete os idosos e pode levá-los ao suicídio (BRASIL, 2006). Está relacionada ao declínio funcional e, consequentemente, à incapacitação, o que gera diminuição da qualidade de vida e, entre os fatores de risco para a depressão estão incluídas algumas doenças, medicações utilizadas pelos idosos e a incapacidade funcional (TOLEDO, SANTOS NETO, 2006), isolamento social, dificuldade de relações interpessoais, conflitos com familiares, bem como as dificuldades econômicas (BRASIL, 2006).

Para Snowdon (2002), a depressão em idosos, geralmente, é ignorada ou subdiagnosticada, uma vez que os profissionais da área da saúde entendem os sintomas depressivos como manifestações comuns ao processo de envelhecimento.

De acordo com Marujo (1994, p.497), a depressão é “um desajustamento psicológico e social, ativado e influenciado por experiências sociais e por acontecimentos de vida difíceis que provocam readaptações ao interagirem com as competências globais do sujeito e com os seus processos de desenvolvimento e maturação”.

Para rastreio da depressão ou verificação de sintomas depressivos, existem algumas escalas disponíveis, no entanto, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é a mais utilizada quando se trata de avaliação da depressão em pessoas idosas (FRANK; RODRIGUES, 2006). Criada por Yesavage et al. em 1983, a EDG passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias

para rastreamento de depressão no idoso (ERTAN; EKER, 2000). No Brasil foi traduzida, adaptada e validada por Stoppe Junior *et al.* (1994). É composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

Em estudo realizado por Almeida e Almeida (1999), para validação da EDG com 15 itens (versão curta), o instrumento foi aplicado em 64 idosos de um ambulatório psiquiátrico, a escala demonstrou-se confiável e válida para ser utilizada com os pacientes do ambulatório especializado, no entanto, sugeriram que fosse aplicada em ambulatórios gerais. Paradelas, Lourenço e Veras (2005) validaram a escala, em um estudo, com 302 idosos de 65 anos ou mais, atendidos em um ambulatório geral, estes evidenciaram que a EDG de 15 itens é um instrumento válido para rastreamento de transtornos de humor. Sugerindo que a mesma pode ser utilizada, na prática clínica, para a identificação de transtornos na população geriátrica ambulatorial brasileira. A inexistência de estudos anteriores em populações geriátricas em ambulatórios no Brasil torna o presente trabalho uma referência importante para os serviços de saúde.

Na população idosa, a depressão encontra-se entre as doenças crônicas mais frequentes que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, desencadeando importante problema de saúde pública, na medida em que inclui tanto a incapacidade individual, quanto problemas familiares em decorrência da doença, o que acarreta alta taxa de utilização de serviços de saúde e a diminuição da qualidade de vida das pessoas (LEITE et al., 2006). De acordo com Duarte e Rego (2007), em virtude de sua alta prevalência e frequente associação com doenças crônicas, a depressão confere impacto negativo na qualidade de vida dos idosos, assim como o risco para o suicídio.

Estudos com idosos que apresentavam morbidades, realizados por Alvarenga et al. (2010), Duarte e Rego (2007), Linhares et al. (2003), encontraram prevalência de depressão de 34,4%, 23,4% e 36,7%, respectivamente. Em estudos realizados em adultos com DPOC por Heckler et al. (1997), 26,9% da amostra (média de idade 61 anos) apresentava depressão; Godoy e Godoy (2002) encontraram 58,8% de homens e 58,3% de mulheres com depressão.

Não há consenso sobre a faixa etária com maior prevalência de depressão (ALEXOPOULOS et al., 2002). Blazer et al. (1991) mencionam que a idade não parece ser fator de risco para sintomas de depressão, consideram que

fatores relacionados com a incapacidade, doença crônica, suporte social, entre outros, são de maior relevância.

Solomon (2002) destaca a necessidade de a depressão ser diagnosticada e tratada, uma vez que é uma doença e não uma manifestação do envelhecimento fisiológico. Para Batistoni, Neri e Cupertino (2007), o fato de o idoso perceber que o declínio é irreversível, tornando-o susceptível à dependência física, cognitiva e social, talvez contribua para a presença de sintomas somáticos e comportamentais indicativos de depressão.

Sob essas perspectivas, considerando os aspectos da doença, da dependência e os sintomas depressivos, evidencia-se a necessidade de maior atenção para a aquisição do envelhecer saudável, objetivando, assim, melhor qualidade de vida.

Sendo assim, medidas de intervenção para identificar causas tratáveis de déficit cognitivo e de perda da independência no dia a dia deveriam ser consideradas prioridades para o sistema de saúde, na perspectiva de reestruturação programática realmente sintonizada com a saúde e o bem-estar da população idosa.

1.3 Assistência à saúde do idoso

Com o aumento do número de idosos na população, mudanças drásticas na sociedade vêm acontecendo e são sentidas no mercado de trabalho, na economia, nos ninhos familiares e principalmente no sistema de saúde, o qual se encontra despreparado para o atendimento dessa clientela. Segundo Veras (2002), a insuficiência de ações preventivas de saúde, o baixo nível socioeconômico e educacional dos idosos aliado às possíveis falhas na avaliação dessas pessoas nos serviços de saúde produzem sérias repercussões para o país. Dessa forma percebe-se que o sistema de saúde enfrenta desafios diários para suprir a demanda de idosos que cresce a cada dia.

Segundo Gordilho et al. (2001), o sistema de saúde encontra-se desestruturado para atender à demanda crescente desse segmento etário. É sabido que os idosos consomem mais dos serviços de saúde, pois suas taxas de internação

são bem mais elevadas e o tempo médio de ocupação do leito é maior quando comparados a qualquer outro grupo etário.

No ano de 2009, na cidade de Ribeirão Preto, segundo dados de BRASIL (2011), o número de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS), para a faixa etária de 60 anos e mais, totalizaram 16.213 e as doenças responsáveis pela maior incidência de internação foram respectivamente: do aparelho circulatório, as neoplasias (tumores), do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, as causas externas e as do aparelho geniturinário.

Para Silvestre (2002), a falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento do idoso aconteça em estágio avançado, aumentando assim os custos com sua saúde e diminuindo as chances de prognóstico favorável.

Segundo Bretas (2003), estudos epidemiológicos têm demonstrado que as doenças e as limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento, mas depende do acesso que o indivíduo tem aos serviços preventivos, os quais orientam para a redução de fatores de risco e levam à adoção de hábitos de vida saudáveis.

Em nossa realidade, o modelo de atenção à saúde caracteriza-se pela fragmentação do cuidado, centralização do poder no profissional médico e dificuldade de acesso da população com menor poder aquisitivo a essa atenção, ou seja, o modelo de saúde vigente é centrado na visão biologicista, ou seja, voltado para as ações curativas, com medicina de alto custo, verticalizada e que não considera as dimensões socioeconômicas e culturais dos indivíduos (TRAD; BASTOS, 1998). Como exemplos, podem ser mencionados os modelos hospitalares e asilares de assistência, os quais correspondem a algumas destas características. Entretanto, vale destacar o modelo pautado em ações preventivas e de promoção à saúde, no qual se destacam os programas de medicina preventiva e os de saúde da família que vêm recebendo cada vez mais atenção (FREIRE, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, apresenta como princípios gerais: a universalidade, a equidade, a integralidade, a resolubilidade, a participação dos cidadãos, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. Sumarizando, possui a finalidade de garantir o acesso de qualquer pessoa a qualquer serviço de

saúde público, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, integralmente, com resolubilidade (SANTINI; GOULART; REIS 1992).

Apesar dos avanços no que se refere aos princípios norteadores do SUS e às estratégias propostas, ainda se enfrenta uma série de dificuldades para implementá-las, tais como, fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (BRASIL, 2006). Dessa forma, mudanças no paradigma de atenção à saúde da população idosa são imprescindíveis, pois os modelos atuais demonstram ineficiência (LOURENÇO et al., 2005).

Segundo Silvestre e Costa Neto (2003), a atenção ao idoso deve ter como foco a abordagem das mudanças físicas normais e a identificação precoce de alterações patológicas.

Nesse sentido, as políticas de saúde específicas refletem o que vem ocorrendo nesse setor. Em 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) foi instituída pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96 que estabelece direitos sociais, garantindo autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania. Possui como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que têm sua capacidade funcional restringida, de modo a exercer suas funções na sociedade de forma independente. As diretrizes dessa política: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, assim como o apoio a estudos e pesquisas (GORDILHO et al., 2001). Rosa, Benicio e Latorre (2003) acrescentam que a manutenção da capacidade funcional possui importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos por estar relacionada com a capacidade dos mesmos em ocupar-se com o trabalho e/ou atividades agradáveis.

O Projeto de Lei n° 3561/1997, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, foi aprovado em setembro de 2003. Enfatiza a interface entre a intersetorialidade e direito à saúde, para reforçar as diretrizes contidas na PNSI, propõe ações voltadas

para prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde. Por intermédio do SUS, assegura a atenção integral à saúde do idoso, garantindo, assim, acesso universal e igualitário, articulado às ações e aos serviços para a prevenção e recuperação da saúde. Incorpora também o conceito de integralidade quando ressalta que o idoso se beneficia de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurando-lhe todas as oportunidades e facilidades para a prevenção de sua saúde física e mental. O capítulo IV do Estatuto dispõe sobre o direito à saúde, em que consta do Art. 18 que "As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda" (BRASIL, 2003).

Para Roach (2003), o cuidado prestado ao idoso exige algumas qualidades, dentre elas a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, buscando a integralidade do ser humano. Para isso, a enfermagem deve conhecer as alterações físicas e psicossociais que ocorrem no processo de envelhecimento, assim como reconhecer as características pessoais de cada idoso, com a finalidade de elaborar um plano individual de cuidados, contribuindo para que esse idoso seja autodirigido e alcance sua capacidade funcional mais elevada.

De acordo com Duarte (2003), o profissional de enfermagem, responsável pelo atendimento aos idosos, deve sistematizar por meio de conhecimento técnico-científico experiências e criatividade às ações de assistir, ajudar, orientar e capacitar o idoso para ser capaz de gerenciar a sua própria independência e saúde.

Na medida em que a enfermagem compreende as alterações biopsicossociais que ocorrem ao longo do envelhecimento, deve aproximar-se deste universo e minimizar as dificuldades e iatrogenias, colaborando para que o idoso se adapte melhor a sua realidade e não deixe de exercer sua cidadania.

Santana e Santos (2002) ressaltam que o enfermeiro deve estar atento a todas as alterações do processo de envelhecimento e não apenas preocupar-se com a doença em si, avaliando o idoso de forma holística para subsidiar a sistematização da assistência a ele prestada. Segundo Collíére (2002), o enfermeiro deve observar e respeitar as capacidades e potencialidades de cada idoso, reforçando seus aspectos positivos e estimulando o autocuidado e a autoestima, atentando para fatores de risco a que normalmente estão sujeitos.

O papel do enfermeiro em relação ao idoso é abrangente, pois engloba a

educação em saúde, a gerência de recursos humanos e de materiais, a da avaliação de forma global e a assistência qualificada, podendo atuar de forma a melhorar a qualidade de vida no envelhecimento (MONTANHOLI et al., 2006).

Para a assistência ao idoso, faz-se necessário o envolvimento de uma equipe interdisciplinar, pois, segundo Brunner e Suddarth (2008), a pessoa idosa não apresenta apenas problemas médicos e de enfermagem, mas sim problemas de âmbito biopsicossocial. Para Feuerwerker; Sena-Chompé (2000), a interdisciplinaridade no campo da saúde possibilita a compreensão integral do ser humano assim como do processo saúde e doença. O objetivo da interdisciplinaridade é compreender a complexidade da realidade, resgatando a centralidade humana.

Sendo assim, Peduzzi (2001) acrescenta que os profissionais que atuam em grupo interdisciplinar devem primeiramente realizar intervenções de suas respectivas áreas, após executar ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos. O desenvolvimento de ações interdisciplinares de atenção à saúde do idoso propicia percepção do mesmo como um ser biopsicossocioespiritual (VAGETTI; WEINHEIMER; OLIVEIRA, 2007).

Diante desse contexto, uma avaliação geriátrica eficiente e completa tem se tornado cada vez mais necessária, não devendo se restringir unicamente à investigação de órgãos, sistemas ou sintomas clínicos, mas sim aos diversos problemas apresentados pelos idosos e às necessidades não satisfeitas (PAIXÃO, REICHENHEIM, 2005). Ainda, de acordo com os mesmos autores, essa avaliação deve ter como principal objetivo o diagnóstico precoce de problemas de saúde e orientações de serviços de apoio, com a finalidade de manter os idosos em seus lares e, para que isso ocorra, a equipe de saúde deve desenvolver conhecimentos, habilidades, capacidade de concentração, tolerância e paciência.

Sendo assim, as múltiplas facetas que caracterizam o processo de envelhecimento geram necessidade de propiciar à pessoa idosa melhor atenção a sua saúde, buscando não somente tratar as doenças, mas sim, melhorar sua qualidade de vida.

Segundo Santos et al. (2002), a qualidade de vida está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrange uma variedade de aspectos como a capacidade funcional, a atividade intelectual, o estado emocional, o nível socioeconômico, a interação social, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio

estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade.

Para Bowling et al. (2005), a participação produtiva e afetiva, com sua família e na sociedade, assim como a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias são fundamentais para que o idoso tenha melhor qualidade de vida.

O cuidado com o idoso envolve intervenções que englobam diferentes níveis de atenção à saúde e espaços institucionais (COELHO FILHO, 2000) que devem considerar a humanização da assistência, a manutenção da capacidade funcional, a assistência integral à saúde do idoso, a necessidade da redução do número de internações, entre outros (BRASIL, 2002).

As doenças que mais acometem as pessoas na fase da velhice resultam em demandas crescentes para os serviços de saúde. Os idosos com múltiplas patologias crônicas que, geralmente, poderão causar incapacidades funcionais e cognitivas, têm maior necessidade de utilizar os serviços de saúde, em especial, as instituições hospitalares (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; COELHO FILHO, 2000). Segundo Arias (2001), na situação de hospitalização ocorre ruptura da rotina, tais como, mudanças de hábitos, costumes e ambientes.

Nesse sentido, a literatura internacional aponta que a capacidade funcional sofre influências de fatores externos, físicos, ambientais e culturais, o que interfere na funcionalidade do indivíduo. Dessa forma, entende-se que a mesma pode sofrer mudanças durante o período de hospitalização do idoso, por configurar-se em um evento complexo que, geralmente, ocorre em um momento de fragilidade e desequilíbrio, em que o idoso é transferido de um ambiente familiar e conhecido para outro considerado desconhecido e hostil (INOUYE et al.,1993; MATEEV et al., 1998).

Estudos como de Sandoval e Sandoval (1998) e Brown; Friedkin e Inouye (2004) mostram que, durante o período de hospitalização, 34 a 50% dos idosos apresentaram declínio funcional, porém não há clareza se este comprometimento é secundário apenas ao processo de hospitalização, já que fatores como gravidade da doença, estado nutricional, terapêutica utilizada, entre outros, podem influenciar esse resultado.

Quando o idoso está hospitalizado, a instituição tem por finalidade prevenir ou retardar a incapacidade e a doença. A enfermagem tem por objetivo fundamental a educação, o cuidado à saúde e com a pessoa, a recuperação do

paciente para que possa reintegrá-lo à vida social, após a alta hospitalar (FREITAS, 2007).

O papel do enfermeiro é intervir na saúde do idoso, objetivando sempre a promoção, prevenção e recuperação da saúde, com ênfase na autonomia e independência para as atividades diárias, ou seja, a manutenção do idoso ativo no meio familiar, associativo e comunidade (SANTOS, 2007).

Diante do exposto, conhecer o perfil dos idosos hospitalizados é importante para planejar ações de saúde, compreender a complexidade da doença, da capacidade cognitiva e funcional do indivíduo (LOYOLA FILHO et al., 2005). Segundo Sales e Santos (2007), delinear o perfil dos clientes é uma sistemática racional e proveitosa, pois norteia as tomadas de decisões, nos campos administrativo e assistencial, o que caracteriza a competência do enfermeiro para implementar a assistência de enfermagem segundo a diversidade de sua clientela. Assim sendo, pretende-se com este estudo identificar o perfil e as necessidades do idoso, com a finalidade de oferecer subsídios à equipe multiprofissional, em especial à enfermagem, para elaborar o planejamento da assistência ao mesmo.

2. OBJETIVOS

- Caracterizar os idosos internados, na Unidade Funcional de Clínica Médica, de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, segundo: variáveis sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde, acesso aos serviços de saúde e rede de apoio familiar e social;
- Identificar a capacidade cognitiva e a capacidade funcional desses idosos;
- Identificar a presença de sintomas de depressão;
- Verificar a existência de associação entre a variável queda com as variáveis, faixa etária, sexo, déficit cognitivo, uso de óculos, hábito de beber e presença de sintomas de depressão;
- Verificar a existência de associação entre a variável déficit cognitivo com as variáveis faixa etária, sexo e estado conjugal.

3. METODOLOGIA

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem metodológica quantitativa por meio de um estudo não experimental, descritivo e transversal.

Nos desenhos de pesquisa não experimental, o pesquisador constrói o quadro de um fenômeno ou explora acontecimentos, pessoas ou situações na medida em que ocorrem naturalmente, possibilitando explorar relações ou diferenças na amostra pesquisada, os resultados obtidos são apresentados em forma numérica (absoluta, proporções ou taxas) que retratam a realidade do universo em questão (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O estudo descritivo tem como objetivo principal a descrição das características de uma determinada população, seu planejamento é flexível e seu delineamento caracteriza-se pela interrogação direta, geralmente feita por amostragem e por questionários padronizados aos indivíduos cujo comportamento deseja-se conhecer (GIL, 2002). Para LoBiondo-Wood e Haber (2001), estudos transversais analisam dados coletados em uma determinada ocasião com os mesmos assuntos, sem período de acompanhamento.

3.2. Local do estudo

O estudo foi realizado com idosos (≥ 60 anos), internados na Unidade Funcional de Clínica Médica, da Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP). Esta instituição tem por finalidade proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas, colaborar para o exercício da medicina preventiva e realizar cursos especializados no campo da saúde (SÃO PAULO, 1979). Possui três unidades de atendimento, sendo elas *Campus*, Centro Regional de Hemoterapia e UE. Na unidade do *Campus*, é realizado atendimento a pacientes de alta complexidade, em nível ambulatorial e hospitalar, já no Centro Regional de Hemoterapia são realizados coleta, processamento e distribuição de sangue e hemocomponentes (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP, 2010).

A UE, local deste estudo, iniciou suas atividades em 31 de junho de 1956, é destinada, prioritariamente, ao atendimento terciário de pacientes em situação de urgência ou emergências médicas, funciona em regime de plantão permanente, é centro de referência municipal e regional para o atendimento de emergências médicas traumáticas, abrangendo toda a região nordeste e parte das regiões norte e sudeste do estado de São Paulo, Triângulo Mineiro e sul de Minas Gerais, com cobertura estimada para dois milhões de habitantes (BRASIL, 2006).

Anteriormente a procura por este serviço ocorria de forma espontânea, gerando, assim, um fluxo de pacientes acima da capacidade de atendimento, acarretando assistência deficiente aos casos mais graves e ocasionando indicadores preocupantes de qualidade hospitalar. Frente a essa realidade, em 2000, foi criado o Sistema de Regulação Médica para hierarquizar os destinos dos pacientes por grau de complexidade, para serem atendidos no local que naquele momento dispunha de maior capacidade para a resolução do problema (SANTOS et al., 2003). Por meio da Resolução 02/2000, publicada no Diário Oficial do município de Ribeirão Preto de 25/01/2000, concretizou-se a união de esforços da Divisão Regional de Saúde (DRS-XIII) para fortalecer a Regulação Médica em âmbito regional, compreendendo os 26 municípios que fazem parte dela (BRASIL, 2006).

Com o Sistema de Regulação Médica, houve diminuição da quantidade de pacientes atendidos na UE, pois os pacientes só poderiam ser encaminhados aos hospitais de referência após atendimento inicial nas Unidades de Saúde de Ribeirão Preto, nos hospitais de pequeno porte das cidades da região ou por atendimento móvel pré-hospitalar, possibilitando assim melhora na assistência à saúde, bem como maior resolubilidade dos problemas.

A estrutura física da UE é constituída por Sala de Estabilização Clínica (5 leitos), Sala de Trauma (5 leitos) e o Box (14 leitos) que compõem a porta de entrada do hospital, Centro de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica (21 leitos), Unidade de Queimados (10 leitos), Semi-Intensivos Médico, Cirúrgico e Neurológico (11 leitos), Isolamentos Médico e Cirúrgico (6 leitos), Clínica Médica (21 leitos), Clínica Cirúrgica (13 leitos), Clínica Neurológica (11 leitos), Clínica Neurocirúrgica (7 leitos), Clínica Ortopédica (10 leitos), Clínica Ginecológica (5 leitos), Clínica Cirúrgica de Cabeça e Pescoço (3 leitos), Clínica Pediátrica (24 leitos), Moléstias Infecciosas Infantis (8 leitos), Clínica Psiquiátrica (6 leitos) e Unidade Coronariana (7 leitos) (USP, 2010).

Esses setores estão localizados em diferentes áreas físicas e se

distribuem em Unidades Funcionais. Cada uma delas possui um Grupo Gestor multiprofissional, que discute as diversas demandas e possíveis intervenções para soluções das mesmas.

A Unidade Funcional de Clínica Médica, local onde foi desenvolvida esta pesquisa, está localizada na área física do segundo andar, bloco A, constituída por oito enfermarias clínicas (205, 207, 209, 202, 204, 206, 208 e 210) com 21 leitos e por duas enfermarias (201 e 203) destinadas a pacientes que necessitam de cuidados semi-intensivos, compostas por 5 leitos.

O atendimento nesta unidade é prestado para pacientes adultos e idosos de diversas especialidades clínicas. É realizado por equipe multidisciplinar, composta por médicos, equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, entre outros.

Os enfermeiros que atuam nessa unidade estão inseridos em diversos grupos de estudo como subcomitê de quedas e flebites, educação continuada, grupo de lesão de pele e outros. São estimulados para participação em eventos científicos, bem como para apresentação de trabalhos.

3.3. População e amostra do estudo

A população deste estudo foi composta pelos idosos (≥60 anos), internados na referida Unidade Funcional, no período de abril a julho de 2011, considerando-se os critérios de inclusão/exclusão preestabelecidos.

Critérios de inclusão:

- Possuir 60 anos ou mais de idade;
- Ambos os sexos;
- Possuir, no momento da entrevista, condições cognitivas para responder às questões e/ou presença de um familiar ou cuidador que possa auxiliar nas respostas. A capacidade cognitiva foi avaliada por meio da aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM).

Critérios de exclusão:

- Idosos internados nas enfermarias destinadas a pacientes que necessitam de

cuidados semi-intensivos devido à condição crítica de saúde destes pacientes;
- Idosos com rebaixamento do nível de consciência por qualquer causa clínica;
- Permanência menor que 72 horas na unidade.

Para a seleção da amostra, foi utilizada a amostragem de conveniência, que é um tipo de amostragem não probabilística, na qual a probabilidade de um indivíduo ser incluído não é conhecida (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

No período da coleta de dados, foram internados na Unidade Funcional de Clínica Médica 183 idosos. Após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, houve perda amostral de 78 sujeitos, sendo que 38 foram excluídos por internação nas enfermarias de cuidados semi-intensivos, 17 por apresentarem déficit cognitivo, evidenciado na aplicação do MEEM e não possuíam familiar/cuidador para auxiliá-los a responder ao questionário, 15 por rebaixamento do nível de consciência devido à sedação (cuidado paliativo) e 08 por rebaixamento do nível de consciência devido a outras causas clínicas. Dessa forma, a amostra foi composta por 105 idosos.

3.4. Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada, pela pesquisadora, no período de abril a julho de 2011, na referida unidade, na própria enfermaria onde o idoso estava internado. Para tanto, foi utilizado um instrumento de coleta contendo 3 (três) partes descritas a seguir:

Parte 1 - Miniexame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A) - pode ser utilizado para detecção de perdas cognitivas, avaliação da evolução de doenças e de resposta ao tratamento (BERTOLUCCI et al, 1994). O questionário possui duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos, e outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOSTEIN et al. 1975). Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Dessa forma, aborda questões referentes à memória recente e ao registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional. Elaborado por Folstein et al.

(1975), no Brasil, foi validado por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003), sendo amplamente utilizado como instrumento clínico e de pesquisa.

Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, já detectada em trabalhos como o de Almeida (1999), outros autores como Bertolucci et al. (1994), Brucki et al. (2003) adotam notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Como não há consenso em relação a essa temática, para este estudo optou-se por empregar a nota de corte de acordo com os níveis de escolaridade descritos por Brucki et al. (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos, considerando-se a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (NITRINI, et al., 2005).

Parte 2 - Questionário estruturado, uma adaptação do *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela Duke University em 1978 e validado para a cultura brasileira por Ramos (1987). Trata-se de um questionário que possibilita obter informações dos aspectos sociodemográficos, avaliar a percepção subjetiva do idoso, o estilo de vida, a saúde física, a independência para as atividades do dia a dia, o suporte social e familiar e a utilização e acesso dos serviços de saúde, com a finalidade de evidenciar um perfil de saúde multidimensional do idoso, identificando quais dimensões se apresentam comprometidas (RAMOS, 2003). Para este estudo, foi utilizada uma readaptação (FARINASSO, 2005) composta por sete partes (ANEXO B):

a) dados de identificação - extraídos do prontuário do idoso e de informações coletadas durante a entrevista, tais como sexo, idade, cor da pele, local de nascimento e de residência, estado civil e número de filhos;

b) perfil social do idoso - escolaridade, fonte de renda e benefícios, atividade profissional, autopercepção da situação econômica e moradia;

c) estilo de vida - uso de bebida alcoólica, tabagismo e prática de atividade física;

d) avaliação funcional - desempenho para as ABVDs e AIVDs. Os dados que compuseram esta parte do instrumento foram coletados em três momentos, na admissão (recordatório), até 48 horas de internação e na alta hospitalar. Acrescenta-se ainda, que durante a hospitalização e no momento da alta os questionamentos para as AIVDs, foram indicados, pela pesquisadora, na coluna não se aplica, uma

vez que foram consideradas atividades com menor possibilidade de serem realizadas no ambiente hospitalar;

e) estado de saúde - percepção da própria saúde, doenças referidas, uso de medicações, limitações físicas e quedas;

f) uso e acesso aos serviços de saúde - quais serviços de saúde utiliza, satisfação com os mesmos;

g) rede de apoio familiar e social - no caso de necessitar de cuidado, quem cuidaria.

Parte 3 - Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (ANEXO C) - construída por Yesavage et al. (1983) com a finalidade de rastrear os transtornos de humor em idosos. Inicialmente foi composta por 30 questões binárias (sim/não) e de fácil compreensão. Posteriormente, foi elaborada a versão reduzida da escala original, com 15 itens, a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (YESAVAGE et al., 1986). A EDG-15 possui uma variação de zero a quinze pontos, sendo zero correspondente à ausência de sintomas depressivos e quinze à pontuação máxima desses sintomas. Segundo Blank et al. (2004), a EDG constitui um dos instrumentos mais utilizados para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas em contextos clínicos.

No Brasil, Almeida e Almeida (1999), ao validar a EDG -15 com 64 idosos de um ambulatório psiquiátrico, obtiveram ponto de corte 5/6 com sensibilidade de 92,7% e especificidade de 65,2%. Concluíram que a escala mostrou-se confiável e válida.

Vários estudos foram realizados no Brasil, empregando-se a EDG nas duas versões (30 e 15 itens) em diferentes contextos clínicos, tanto para idosos atendidos em ambulatórios (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELAS; LOURENÇO; VERAS, 2005) quanto em enfermarias de geriatria (MASCARENHAS,1996). Segundo Paradela, Lourenço e Veras (2005), a EDG-15 é um instrumento muito utilizado para o rastreamento de sintomas depressivos na população idosa, principalmente, em centros especializados.

Para este estudo, será adotado o escore ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos estudados, conforme proposto por Almeida e Almeida (1999).

3.4.1 Pré-Teste

Foi realizado no período de 4 a 8 de abril de 2011 com cinco idosos que não fizeram parte da amostra, internados na Unidade Funcional de Clínica Médica, local de estudo. Para tanto se utilizou o instrumento de coleta de dados, com a finalidade de determinar se o mesmo estava claro, sem parcialidade e se era eficaz na geração das informações às quais se destinava (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Nesse sentido, os objetivos do pré-teste foram verificar a clareza e coerência das perguntas, o entendimento e a compreensão dos entrevistados, a duração das entrevistas, a adequada estruturação dos instrumentos de coleta de dados, considerando a sequência das perguntas, existência de interferência na sequência das respostas dadas e o espaço deixado para as mesmas, além de verificar a aplicabilidade de todos os instrumentos de coleta de dados à população a ser estudada.

Houve a necessidade de alteração na estrutura do instrumento, uma vez que os dados relacionados à avaliação funcional foram coletados em três momentos na admissão, durante a internação e na alta hospitalar. Observou-se, também, que a entrevista deveria ser realizada, preferencialmente, das 14h às 18h00, considerando que nesse período o idoso encontrava-se, na maioria das vezes, acompanhado pelo familiar/cuidador, devido ao horário de visitas.

3.4.2 Entrevista

As entrevistas foram realizadas em todos os dias da semana, das 14h às 18h00. Para tanto, a pesquisadora consultava o censo diário para identificar o nome e a idade dos pacientes internados. Dessa forma, identificavam-se, diariamente, os idosos internados e com possibilidade de participar da pesquisa.

Após esse procedimento, o idoso era abordado na própria enfermaria onde estava internado, quando a pesquisadora se identificava, realizava os devidos esclarecimentos sobre o estudo, apresentava e discutia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Após os esclarecimentos e aquiescência de cada participante, era solicitada a assinatura do idoso ou de seu responsável e entregue uma

cópia do documento aos mesmos. Em seguida, iniciava-se a entrevista, na própria enfermaria, e medidas que pudessem garantir a privacidade e evitar interrupções e ruídos,foram adotadas. Destaca-se que os dados relacionados à avaliação funcional foram coletados em três momentos, já mencionados anteriormente.

Foi solicitado aos enfermeiros da unidade, que comunicassem à pesquisadora nos casos de admissão ou alta hospitalar dos idosos, caso a mesma não se encontrasse no local. Essa medida evitou possíveis perdas amostrais.

3.5 Processamento e análise dos dados

Para o processamento dos dados, foi elaborada uma planilha no programa computacional *Microsoft Excel*, contendo um dicionário (*codebook)* e duas planilhas que foram utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Após a digitação e a validação, os dados foram exportados para o *software* estatístico SAS® 9.0, utilizado para realizar todas as análises estatísticas.

Os dados foram avaliados por meio de uma estatística descritiva. Esta metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores da mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequência e de medidas descritivas.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher (Fisher, 1935). Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

3.6 Aspectos éticos

Conforme a Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde em Pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo, protocolo nº 1260/2011, obtendo aprovação (ANEXO D).

Como parte da documentação prevista na referida legislação, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em linguagem clara, contendo informações relevantes referentes à pesquisa, além de informar que a participação aconteceria por livre e espontânea vontade, com possibilidade de desistência a qualquer momento, bem como a garantia do anonimato. Antes das entrevistas, o termo foi apresentado e discutido com cada um dos participantes da pesquisa. Após os esclarecimentos e aquiescência, foi solicitada a assinatura do idoso ou seu responsável e entregue uma cópia do documento para os mesmos.

O projeto de pesquisa foi também encaminhado para apreciação do Conselho Científico do Centro de Estudo de Emergência em Saúde da UE do HCFMRP/USP, obtendo consentimento para o desenvolvimento do mesmo, com os pacientes internados naquele local (ANEXO E).

4. RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os dados obtidos neste estudo.

4.1 Características sociodemográficas dos idosos participantes do estudo

Participaram do estudo 105 idosos, com 60 anos ou mais de idade, internados na Unidade Funcional de Clínica Médica, da EU do HCFMRP/USP. Das entrevistas, 81 (77,1%) foram realizadas com o idoso e 24 (22,9%), com o idoso auxiliado por um familiar/cuidador.

A distribuição dos idosos, segundo faixa etária, sexo, local de nascimento, estado conjugal, número de filhos e escolaridade, pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo faixa etária, sexo, local de nascimento, estado conjugal, número de filhos e escolaridade, Ribeirão Preto, 2011

Variável	n	%
Faixa etária		
60 - 69	42	40.0
70 - 79	34	32.4
80 - 89	26	24.8
90 +	3	2.9
Sexo		
Masculino	62	59,0
Feminino	43	41,0
Local de nascimento		
Área rural	60	57,1
Área urbana	45	42,9
Estado conjugal		
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	66	62,9
Viúvo	22	21,0
Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	13	12,4
Nunca se casou ou morou com companheiro	4	3,8
Número de filhos		
0	3	2,9
1 a 4	61	58,1
5 a 8	41	39,1
Escolaridade		
Analfabeto(a)/Sabe ler e escrever informal	24	22,9
1 a 4 anos	50	47,6
5 a 8 anos	30	28,6
9 a 11 anos	1	1,0
Mais de 11 anos	0	0,0
TOTAL	**105**	**100**

A idade dos idosos variou entre 60 e 101 anos, com média de 73,8 e desvio- padrão de 8,9 anos, sendo a faixa etária com maior distribuição a de 60 a 69 anos, com 42 (40,0%) participantes. Observou-se maior proporção de homens, 62 (59,0%). Quanto ao local de nascimento, 60 (57,1%) referiram a área rural; 84 (80,0%) relataram residir na cidade de Ribeirão Preto, 19 (18,1%), na região de Ribeirão Preto e 2 (1,9%), fora desta região. O tempo médio que os idosos residiam na cidade atual variou de 3 a 98 anos, com média de 59,1 anos, mediana de 61 e desvio-padrão de 14,3 anos.

Com relação ao estado conjugal, 66 (62,9%) dos entrevistados referiram morar com esposo(a) ou companheiro(a), seguidos de 22 (21,0%) viúvos. O número de filhos por idoso variou entre 0 e 8 com média de 3 e desvio-padrão de 1,7, sendo que 61 (58,1%) deles possuíam de 1 a 4 filhos e 41 (39,1%), de 5 a 8. Evidenciou-se que 99 (94,3%) mencionaram não possuir filhos falecidos e 6 (5,7%) possuíam.

No que se refere à escolaridade, 50 (47,6%) estudaram de dois a quatro anos e 30 (28,6%), de cinco a oito anos. Vale ressaltar que 24 (22,9%) dos idosos ou eram analfabetos ou sabiam ler e escrever informalmente.

Quanto à cor da pele, 94 (89,5%) dos participantes informaram ser da cor branca, 7 (6,7%), da cor parda e 4 (3,8%), da cor preta.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos, segundo a fonte de renda.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo a fonte de renda, Ribeirão Preto, 2011

Fonte de renda	Não tem		Tem	
	n	(%)	n	(%)
Aposentadoria	10	(9,5)	95	(90,5)
Pensão	85	(81,0)	20	(19,1)
Doações (família, amigos)	100	(95,2)	5	(4,8)
Aluguel	103	(98,1)	2	(1,9)
Trabalho próprio	96	(91,4)	9	(8,6)
Outras	105	(100)	0	(0,0)

A maioria dos idosos, ou seja, 95 (90,5%), relatou possuir aposentadoria, 20 (19,1%) eram pensionistas e 9 (8,6%) mencionaram o trabalho próprio como

fonte de renda. Vale ressaltar que os participantes puderam indicar mais que uma fonte de renda. A renda mensal variou entre R$ 250,00 e R$ 1.900,00 reais, com média de R$ 817,64 e desvio-padrão de R$ 338,32.

As principais atividades profissionais exercidas anteriormente pelos idosos podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo atividade profissional exercida anteriormente, Ribeirão Preto, 2011

Atividade Profissional/Ocupação	n	%
Pedreiro/Pintor/Servente de pedreiro	24	22,9
Do lar	23	21,9
Caminhoneiro/Taxista	9	8,6
Passadeira/Faxineira	9	8,6
Bancário/Secretária	9	8,6
Trabalhador rural	8	7,6
Operador de máquinas/Torneiro mecânico/ Mecânico	5	4,8
Açougueiro/Padeiro	4	3,8
Professor/Inspetor de Alunos	4	3,8
Marceneiro	4	3,8
Enfermeiro/Auxiliar de enfermagem	3	2,9
Maquinista de trem	1	1,0
Policial Militar	1	1,0
Balconista	1	1,0
TOTAL	**105**	**100**

Os dados apresentados acima evidenciaram que 24 (22,9%) idosos exerceram atividades profissionais/ocupações como pedreiro/pintor/servente de pedreiro e 23 (21,9%) como “do lar”.

Na Tabela 4, destaca-se a distribuição dos idosos de acordo com a percepção da própria situação econômica para suprimento das necessidades básicas e em comparação com as pessoas da mesma idade, bem como a situação de moradia, com quem mora e com quem compartilha o espaço de dormir.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo sua percepção da própria situação econômica, em comparação com as pessoas da mesma idade, casa onde mora, com quem mora e com quem compartilha o espaço de dormir, Ribeirão Preto, 2011

Variável	Total	
	n	%
Situação econômica		
Muito boa	0	0,0
Boa	21	20,0
Regular	80	76,2
Ruim	4	3,8
Péssima	0	0,0
Situação econômica comparada a outras pessoas		
Melhor	0	0,0
Igual	87	82,9
Pior	18	17,1
Casa onde mora		
Própria quitada	90	85,7
Própria (paga prestação)	13	12,4
Paga aluguel	0	0,0
Cedida (sem aluguel)	0	0,0
Asilo ou casa de repouso	2	1,9
Outro tipo	0	0,0
Com quem mora		
Esposo(a)	47	44,8
Família	29	27,6
Sozinho	27	25,7
Asilados	2	1,9
Acompanhante/outra pessoa	0	0,0
Com quem compartilha espaço de dormir		
Esposo(a)	52	49,5
Não compartilha	32	30,5
Um familiar	20	19,0
Asilado	1	1,0
Dois ou mais familiares	0	0,0
Particular/contratado	0	0,0
TOTAL	**105**	**100**

Quanto à percepção da própria situação econômica atual, 80 (76,2%) participantes a avaliaram como “Regular” e 21 (20,0%), como “Boa”. Ao comparar sua própria situação econômica com a de outras pessoas da mesma idade, 87 (82,9%) a consideraram como “Igual” e 18 (17,1%), como “Pior”.

No que se refere à moradia, 90 (85,7%) possuíam casa própria quitada, 13 (12,4%) pagavam prestação do imóvel. Quanto aos arranjos domiciliares, 47 (44,8%) moravam com o esposo(a) e 29 (27,6%), com a família. Quando indagados com

quem compartilhavam o espaço de dormir, 52 (49,5%) compartilham com o esposo(a), 32 (30,5%) dormem sozinhos e 20 (19,0%), com um familiar.

4.2 Características do estilo de vida dos idosos participantes do estudo

Na Tabela 5, observa-se a distribuição dos idosos, segundo a história de tabagismo e, na Tabela 6, o hábito de consumir bebida alcoólica.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo as variáveis relacionadas à história de tabagismo, Ribeirão Preto, 2011

Variáveis	n	%
Fuma atualmente?		
Sim	21	20,0
Não	84	80,0
Já fumou?		
Sim	8	7,6
Não	76	72,4
Não se aplica	21	20,0
Alguém fuma no trabalho/residência?		
Sim	75	71,4
Não	30	28,6
Total	**105**	**100**

Com relação ao hábito de fumar, dos 105 idosos, 84 (80%) informaram não fumar atualmente, sendo que, destes, 8 (8%) referiram já ter fumado anteriormente. O tempo de tabagismo para os idosos que ainda fumam, 21 (20%), variou entre 35 e 60 anos, com média de 47,0, desvio-padrão 6,9 e o consumo de cigarros por dia variou entre 10 e 35 cigarros, com média de 23,4 e desvio-padrão 8,0. Para os que haviam cessado o hábito de fumar, o tempo de consumo variou entre 15 e 40 anos, com média com 28,1 e desvio-padrão 9,6 e o número de cigarros fumados por dia variou entre 5 e 20 cigarros, com média de 15,8 e desvio-padrão 5,9.

Quando indagados se “alguém em sua residência/trabalho fuma”, 75 (71,4%) mencionaram a existência de fumantes no ambiente familiar e/ou profissional.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo o hábito de consumir bebida alcoólica, Ribeirão Preto, 2011

	Não		Eventualmente		Até 3 x por semana		4 a 7 x por semana	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerveja	66	62,9	12	11,4	17	16,2	10	9,5
Vinho	78	74,3	18	17,1	7	6,7	2	1,9
Licores	94	89,5	8	7,6	1	1,0	2	1,9
Vermutes	94	89,5	11	10,5	0	0,0	0	0,0
Destilados	87	82,9	11	10,5	7	6,7	0	0,0
Outras bebidas	105	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Quanto ao hábito de beber, 75 (71,4%) referiram tal prática, 26 (24,8%) nunca beberam e 4 (3,8%) abandonaram o hábito. O tempo de consumo de bebida alcoólica, para os idosos que bebem atualmente, variou entre 20 e 70 anos, com média de 42,2 e desvio-padrão 9,4 anos. Vale ressaltar que um idoso não soube informar o tempo de consumo de bebida alcoólica, sendo excluído desta análise.

A distribuição dos idosos, de acordo com a prática de atividade física, está descrita na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo prática de atividade física, Ribeirão Preto, 2011

	Não pratica		Eventualmente		Até 2 x por semana		3 a 4 x por semana		5 a 7 x por semana	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dança	95	90,5	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Futebol	93	88,6	0	0,0	12	11,4	0	0,0	0	0,0
Natação	105	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tênis	105	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Basq/Vôlei	105	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Caminhadas	90	85,7	12	11,4	3	2,9	0	0,0	0	0,0
Bocha	104	99,1	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bicicleta	105	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outras	105	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

No que se refere à prática de atividade, 70 (66,7) relataram não praticar nenhuma atividade física e 35 (33,3%) mencionaram tal prática. Os dados da tabela acima revelam que 15 (14,3%) respondentes indicaram a prática de caminhada, porém a maioria, eventualmente e 12 (11,4%) indicaram futebol duas vezes por semana.

4.3 Características das condições de saúde dos idosos participantes do estudo

A seguir, na Tabela 8, serão destacados os resultados da autoavaliação dos idosos quanto à sua condição de saúde.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo a autoavaliação da própria condição de saúde, Ribeirão Preto, 2011

Variáveis	n	%
Saúde em geral		
Péssima	0	0,0
Má	0	0,0
Ruim	12	11,4
Regular	17	16,2
Boa	76	72,4
Ótima	0	0,0
Saúde comparada àquela de 12 meses atrás		
Pior	73	69,5
Igual	26	24,8
Melhor	6	5,7
Saúde comparada a pessoas da mesma idade		
Pior	20	19,1
Igual	75	71,4
Melhor	10	9,5
Total	**105**	**100**

De acordo com a autoavaliação das condições de saúde dos idosos pesquisados, 76 (72,4%) consideraram que, em geral, sua saúde era “Boa” e 17

(16,2%), “Regular”. Quando questionados sobre como comparavam sua saúde atual com aquela de 12 meses atrás, 73 (69,5%) referiram estar “Pior” e 26 (24,8%) estar “Igual”. Ao comparar sua saúde com a de outras pessoas da mesma idade, 75 (71,4%) a consideraram “Igual” e 20 (19,1%), “Pior”.

Os problemas de saúde referidos pelos idosos entrevistados e sua interferência no desempenho das AVDs podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo problemas de saúde autorreferidos, Ribeirão Preto, 2011

Problema de saúde autorreferido	Não tem		Tem e não interfere		Tem e interfere	
	n	%	n	%	n	%
Reumatismo	96	91,4	8	7,6	1	1,0
Artrite/artrose	91	86,7	11	10,5	3	2,9
Osteoporose	77	73,3	27	25,7	1	1,0
Asma/bronquite	83	79,1	12	11,4	10	9,5
Tuberculose	104	99,1	1	1,0	0	0,0
Anemia	90	85,7	13	12,4	2	1,9
Pressão alta	65	61,9	36	34,3	4	3,8
Má circulação (varizes)	102	97,1	3	2,9	0	0,0
Problema cardíaco	83	79,0	22	21,0	0	0,0
Diabetes	82	78,1	20	19,1	3	2,9
Obesidade	96	91,4	9	8,6	0	0,0
Derrame	104	99,1	0	0,0	1	1,0
Parkinson	105	100	0	0,0	0	0,0
Incontinência urinária	98	93,3	7	6,7	0	0,0
Incontinência fecal	103	98,1	2	1,9	0	0,0
Glaucoma	102	97,1	3	2,9	0	0,0
Problema para dormir	95	90,5	8	7,6	2	1,9
Catarata	104	99,1	0	0,0	1	1,0
Prisão de ventre	103	98,1	2	1,9	0	0,0
Problema de coluna	91	86,7	11	10,5	3	2,9
Problema renal	101	96,2	4	3,8	1	1,0
Sequela acidente/trauma	105	100	0	0,0	0	0,0
Tumor maligno	98	93,3	7	6,7	0	0,0
Tumor Benigno	103	98,1	2	1,9	0	0,0
Outras	91	86,7	14	13,3	0	0,0

Evidencia-se que os problemas de saúde mais referidos pelos idosos entrevistados foram: pressão alta 40 (38,1), osteoporose 28 (26,7%), diabetes 23 (22,0%), problema cardíaco 22 (21,0%), asma/bronquite 22 (21,0%). Além desses, foi possível identificar outros problemas de saúde relatados: pneumonia 6 (5,7%), lúpus eritematoso sistêmico 2 (1,9%), cirrose 2 (1,9%), dengue 2 (1,9%), fezes com sangue (melena) 1 (1,0%) e tuberculose 1 (1,0%). O número de doenças referidas por idoso variou entre 1 e 5 doenças, com média de 2,5 e desvio-padrão 1,2.

Com relação à interferência dos problemas de saúde no desempenho das atividades da vida diária, 10 (9,5%) dos idosos indicaram a asma/bronquite.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos idosos quanto aos diagnósticos médicos registrados nos prontuários.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo diagnóstico médico, Ribeirão Preto, 2011

Variáveis	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	59	56,2
Fibrilação atrial	24	22,9
Diabetes *mellitus*	18	17,1
Infarto agudo do miocárdio	18	17,1
Angina Instável (alto risco/alta probabilidade)	15	14,3
Pneumonia	15	14,3
Doença arterial coronariana	13	12,4
Tabagismo	12	11,4
Obesidade	11	10,5
Cirrose hepática	11	10,5
Esofagite erosiva	11	10,5
Reumatismo	10	9,5
Etilismo	9	8,6
Atelectasia	8	7,6
Infecção do trato urinário	7	6,7
Anemia	7	6,7
Insuficiência cardíaca congestiva	7	6,7
Neutropenia febril	6	5,7
Insuficiência renal crônica	6	5,7
Insuficiência respiratória	6	5,7
Plaquetopenia	5	4,8
Osteoporose	5	4,8
Lúpus eritematoso sistêmico	4	3,8
Gota	4	3,8
Câncer de pulmão	4	3,8
Trombo embolismo pulmonar	4	3,8
Miocardiopatia chagásica	4	3,8
Asma	4	3,8
Dengue	3	2,9
Leucemia mieloide aguda	3	2,9

continuação...

Hepatite C	3	2,9
Derrame plural	3	2,9
Litíase renal	3	2,9
Melena	3	2,9
Osteossíntese de fêmur	2	1,9
Mieloma múltiplo	2	1,9
Linfoma não Hodgkin	2	1,9
Cor pumonale	2	1,9
Conjuntivite	2	1,9
Artrite	2	1,9
Incontinência urinária	2	1,9
Sindrome de Guillain Barre	1	1,0
Leucemia linfocitária aguda	1	1,0
Insuficiência renal aguda	1	1,0
Câncer de mama	1	1,0
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	1	1,0
Tuberculose	1	1,0
Amputação de membro inferior	1	1,0
Acidente Vascular Cerebral	1	1,0

conclusão.

A maioria dos idosos, 59 (56,2%), possuía hipertensão arterial sistêmica e 24 (22,9%) possuíam fibrilação atrial. Vale ressaltar que um mesmo idoso poderia apresentar mais que um diagnóstico médico. Dessa forma, na Tabela 11, é possível verificar o número de diagnóstico médico por idoso.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo número de diagnóstico médico, Ribeirão Preto, 2011

Número de doenças por idoso	**n**	**%**
Dois	21	20,0
Três	39	37,1
Quatro	30	28,6
Cinco	8	7,6
Seis	3	2,9
Sete	4	3,8
TOTAL	**105**	**100**

O número de diagnóstico médico por idoso variou entre 2 e 7, com média 3,5 e desvio-padrão 1,9.

Na Tabela 12, pode ser observada a situação do uso de medicamentos referida pelos idosos.

Tabela 12 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo uso de medicamentos, Ribeirão Preto, 2011

Medicamentos que toma	n	%
Todos são receitados pelo médico	82	78,1%
Alguns são sugestões de vizinhos/amigos	20	19,1%
Por conta própria	3	2,9%
Não toma nenhum	0	0,0
TOTAL	**105**	**100**

De acordo com os dados apresentados acima, 82 (78,1%) idosos afirmaram que todos os medicamentos utilizados são receitados pelo médico e 20 (19,1%) indicaram que alguns são indicações de vizinhos/amigos.

A Tabela 13 indica o resultado da autoavaliação dos idosos no que se refere à visão e ao uso de óculos.

Tabela 13 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo autoavaliação da visão e uso de óculos, Ribeirão Preto, 2011

Variável	Total	
	n	%
Autoavaliação da visão		
Boa	96	91,4
Regular	9	8,6
Ruim	0	0,0
Péssima	0	0,0
Ótima	0	0,0
Precisa usar óculos		
Não	76	72,4
Somente para longe	12	11,4
Somente para ler/TV	17	16,2
Sempre	0	0,0
Usa óculos		
Não	80	76,2
Usa sempre	22	21,0
Sim, às vezes	3	2,9
Se não usa e precisa, por que não usa		
Não se aplica	98	93,3
Esquece de usar	2	1,9
Os óculos não estão de acordo	3	2,9
Não tem	2	1,9
TOTAL	**105**	**100**

Observa-se que 96 (91,4%) dos idosos avaliaram sua visão como “Boa”. Vinte e nove (27,6%) referiram precisar de óculos somente para longe ou para

ler/assistir à televisão; 25 (23,9%) informaram fazer uso dos óculos, sendo que, destes, 22 (21,0%) usam sempre e 3 (2,9%), às vezes.

A frequência com que os problemas de visão dificultam a execução de determinadas tarefas/situações está apresentada na Tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, quanto à interferência das tarefas relacionadas à acuidade visual, Ribeirão Preto, 2011

Dificuldade de ver	Nunca		Raramente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%
Ler letreiros de ônibus	88	83,8	17	16,2	0	0,0
Semáforo	81	77,1	24	22,9	0	0,0
Placa de sinalização	93	88,6	12	11,4	0	0,0
Embalagens	81	77,1	24	22,9	0	0,0
Nota fiscal	0	0,0	84	80,0	21	20,0
Bula de remédio	0	0,0	69	65,7	36	34,3
Etiqueta com preço de supermercado	63	60,0	17	16,2	25	23,8
Arrumar a casa	74	70,5	31	29,5	0	0,0
Assistir à TV	82	78,1	23	21,9	0	0,0
Cozinhar	84	80,0	21	20.0	0	0,0

Pode-se observar, na tabela acima, que as leituras de bula de remédio, etiquetas com preço de supermercados e nota fiscal foram indicadas, respectivamente, por 36 (34,3%), 25 (23,8%) e 21 (20,0%) dos idosos como tarefas que “Sempre” são dificultadas pelos problemas de visão.

No que se refere à audição, 105 (100,0%) dos entrevistados relataram não necessitar do uso de aparelho auditivo. Quando indagados se apresentavam dificuldade para conversar com uma só pessoa quando havia algum ruído no ambiente, 54 (51,4%) mencionaram que “Às vezes” sim, 44 (41,9%) nunca e 7 (6,7%) “Sempre” possuíam tal dificuldade.

A Tabela 15 evidencia as questões relacionadas à saúde bucal dos participantes deste estudo.

Tabela 15 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo questões relacionadas à saúde bucal, Ribeirão Preto, 2011

Variável	Total	
	n	%
Possui todos os dentes		
Todos	37	35,5
Nenhum	11	10,5
Sim, só em cima	17	16,2
Sim, só em baixo	7	6,7
Sim alguns (menos da metade)	33	31,4
Tem dificuldade para mastigar		
Sempre para qualquer tipo de alimento	0	0,0
Apenas alimentos duros	18	17,1
Dificilmente/raramente	87	82,9
Não tem	0	0,0
Tem prótese dentária (dentadura, ponte, outros)		
Não tem	39	37,1
Ponte/pivô	15	14,3
Sim, só em cima	7	6,7
Sim, só em baixo	16	15,2
Sim, em cima e em baixo	28	26,7
Tem dificuldade para engolir		
Nunca	84	80,0
Às vezes	21	20,0
Sempre	0	0,0
Sente dificuldade para falar		
Nunca	81	77,1
Às vezes	24	22,9
Sempre	0	0,0
TOTAL	**105**	**100**

Trinta e sete (35,5%) dos idosos referiram possuir todos os dentes, 33 (31,4%) menos da metade e 11 (10,5%) eram edêntulos; 28 (26,7%) possuíam prótese dentária em arcadas superior e inferior; 87 (82,9%) dificilmente ou raramente apresentavam dificuldades para mastigar e 18 (17,1%) relataram dificuldade para mastigar alimentos duros; 21 (20,0%) apresentavam “Às vezes” dificuldade para engolir e 24 (22,9%) dificuldade para falar.

A frequência de quedas, nos últimos 12 meses, e suas consequências estão descritas na Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo número de quedas nos últimos 12 meses e suas consequências, Ribeirão Preto, 2011

Variável	Total	
	n	%
Quedas nos últimos 12 meses		
Nenhuma	63	60,0
1 a 2	15	14,3
3 a 4	25	23,8
5 ou mais	1	1,0
Não sabe	1	1,0
Se houve queda qual a consequência da mais grave		
Sem machucado	10	9,5
Pequeno machucado	11	10,5
Ferimento com ponto	12	11,4
Ferimento com ponto e fratura fechada	3	2,9
Fratura fechada	4	3,8
Fratura exposta	1	1,0
Não se aplica	64	61,0
Se fratura, cite os locais		
Membros superiores	4	3,8
Membros inferiores	2	1,9
Cabeça	0	0,0
Face	0	0,0
Costela(s)	2	1,9
Bacia	0	0,0
Coluna	0	0,0
Não se aplica	97	92,4
A queda afetou sua capacidade de locomoção		
Não	12	11,4
Sim, temporariamente	29	27,6
Sim, de forma definitiva	0	0,0
Não se aplica	64	61,0
TOTAL	**105**	**100**

No que se refere à ocorrência de quedas, nos últimos 12 meses, 41 (39,0%) mencionaram o evento, sendo que 25 (23,8%) caíram de três a quatro vezes e 15 (14,3%), de uma a duas. Como consequência da queda mais grave, 12 (11,4%) relataram o ferimento com ponto, 11 (10,5%), pequeno ferimento e 8 (7,7%), algum tipo de fratura, sendo 4 (3,8%) com fratura em membros superiores. Quando questionados se a queda havia afetado a capacidade de locomoção, 29 (27,6%) informaram que sim e temporariamente.

4.4 Características do uso e acesso aos serviços de saúde pelos idosos participantes do estudo

A distribuição dos idosos quanto à frequência e a satisfação com relação ao uso e acesso dos serviços de saúde podem ser visualizadas na Tabela abaixo.

Tabela 17 - Distribuição dos idosos (n=105) internados na clínica médica, segundo a frequência e satisfação com relação ao uso e acesso dos serviços de saúde, Ribeirão Preto, 2011

Uso e satisfação dos serviços de saúde	Usa e está satisfeito		Usa e às vezes está satisfeito		Não usa	
	n	%	n	%	n	%
Unidade Básica de Saúde	86	81,9	19	18,1	0	0,0
Hospital particular	0	0,0	8	7,6	97	92,4
Hospital público	101	96,2	4	3,8	0	0,0
Convênios	0	0,0	5	4,8	100	95,3
Médico particular	0	0,0	4	3,8	101	96,2

Os dados revelam que 101 (96,2%) dos participantes utilizam o Hospital Público e estão satisfeitos, o que ocorre também, com os 86 (81,9%) que usam a Unidade Básica de Saúde.

Quando questionados se fazem uso de homeopatia, 97 (92,4%) negaram esta prática e 8 (7,6%) usam às vezes. No que tange a resolver os problemas de saúde na farmácia, 95 (90,5%) não possuem este hábito e 10 (9,5%), sim. A maioria, 95 (90,5%), mencionou que na última vez que adoeceram procuraram o médico e 10 (9,5%) recorreram ao farmacêutico.

Em se tratando do tempo que o idoso esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento, 102 (97,1%) responderam que aguardaram por dias, 3 (2,9%) esperaram meses. Quando questionados sobre o tempo que esperou para ser atendido depois que chegou ao serviço de saúde, 99 (94,3%) responderam por minutos e 6 (5,7%) por horas.

Na Tabela 18, destaca-se a distribuição dos idosos, de acordo com as vacinas recebidas nos últimos 12 meses.

Tabela 18 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo vacinas recebidas nos últimos 12 meses, Ribeirão Preto, 2011

Vacina	Total	
	n	%
Nenhuma	13	12,4
Gripe	87	82,9
Tétano	3	2,86
Gripe/Outra	0	0,0
Tétano/Outra	0	0,0
Outra	0	0,0
Recebeu e não lembra	2	1,9
TOTAL	**105**	**100**

Em relação à situação vacinal, 87 (82,9%) referiram ter tomado a vacina da gripe nos últimos 12 meses, porém 13 (12,4%) referiram não ter tomado nenhuma vacina.

4.5 Características relacionadas à rede de apoio familiar e social dos idosos participantes do estudo

A Tabela 19 mostra as indicações dos idosos quanto às pessoas com possibilidade de se tornarem seus cuidadores, no caso de ficarem doentes ou incapacitados.

Tabela 19 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo quem cuidaria dos mesmos, no caso de ficarem doentes ou incapacitados, Ribeirão Preto, 2011

No caso de ficar incapacitado quem cuidaria de você	Primeira menção		Segunda menção		Terceira menção	
	n	%	n	%	n	%
Filho(a)	21	20,0	43	41,0	14	13,3
Esposo(a) ou companheiro(a)	48	45,7	2	1,9	0	0,0
Outros familiares	9	8,6	27	25,7	53	50,5
Amigos ou vizinhos	19	18,1	9	8,6	24	22,9
Profissional contratado	0	0,0	24	22,9	13	12,4
Associação beneficente	8	7,6	0	0,0	0	0,0
Ninguém	0	0,0	0	0,0	1	1,0
TOTAL	**105**	**100**	**105**	**100**	**105**	**100**

Ao serem indagados sobre quem seriam seus cuidadores na presença de incapacidades, considerando a primeira menção 48 (45,0%) indicaram esposo(a) ou companheiro(a), 21 (20,0%), os filhos e 19 (18,1%), amigos e vizinhos.

4.6 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo

O desempenho dos idosos na avaliação cognitiva por meio do MEEM pode ser observado na Tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, segundo a avaliação cognitiva por meio do MEEM, Ribeirão Preto, 2011

Variável	n	%
Memória atual		
Muito boa	3	2,9
Boa	53	50,5
Regular	43	41,0
Ruim	6	5,7
Péssima	0	0,0
Memória comparada àquela de um ano atrás		
Melhor	3	2,9
Igual	78	74,3
Pior	24	22,9
Tem déficit cognitivo?		
Sim	36	34,3
Não	69	65,7
TOTAL	**105**	**100**

O escore bruto do MEEM variou entre 9 e 29 pontos, com média de 24,4 e desvio-padrão de 3,9 pontos.

Com relação à autoavaliação da memória, 53 idosos (50,5%) a consideraram como “Boa” e 43 (41,0%), “Regular”. Quando solicitados a comparar sua memória atual com aquela de um ano atrás, 78 (74,3%) relataram estar “Igual” e 24 (22,9%), “Pior”.

De acordo com a classificação de Brucki et al. (2003) que consideram os escores para analfabetos, 20; para 1 a 4 anos de escolaridade, 25; para 5 a 8 anos, 26,5; para 9 a 11 anos, 28 e para mais de 11 anos, 29, os resultados encontrados evidenciam que 69 idosos (65,7%) não apresentaram capacidade cognitiva comprometida e 36 (34,3%) têm déficit cognitivo.

4.7 Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos participantes do estudo

No que se refere à mobilidade e/ou movimentação dos braços e/ou das mãos para o desempenho das AVDs, 101 (96,2%) idosos referiram não possuir

problema/dificuldade dessa ordem e 4 (3,8%) possuem, porém de baixa intensidade.

Quanto as problemas relacionados à locomoção, 96 (91,4%) participantes não possuíam dificuldades para movimentar os pés e/ou as pernas, 8 (7,6%) referiram problemas com os pés inibindo sua mobilidade (joanetes) e não realizavam terapia, e 1 (1,0%) apresentava ausência de parte do membro inferior direito.

No tocante à utilização de dispositivos de apoio (bengala, muleta, andador, cadeira de roda e prótese) pelos idosos, 82 (78,1%) relataram não necessitar de tais dispositivos, 8 (7,6%) não usavam andador, mas precisavam e 2 (1,9%) usavam às vezes; 6 (5,7%) referiram não usar bengala, mas, precisam, outros 6 (5,7%) referiram não usar muleta, mas necessitam e 1 (1,0%) usava prótese sempre.

A seguir, na Tabela 21, observa-se a distribuição dos idosos, de acordo com suas referências sobre o nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, na admissão hospitalar. Já a Tabela 22 mostra quem o ajuda nessas tarefas.

Tabela 21 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, na admissão hospitalar, Ribeirão Preto, 2011

Atividades de vida	Sem dificuldade		Pouca dificuldade		Muita dificuldade		Só com Ajuda		Não consegue		NS/NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades Básicas da Vida Diária												
Comer	102	97,1	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomar banho	92	87,6	7	6,7	4	3,8	2	1,9	-	-	-	-
Vestir-se	87	82,9	13	12,4	3	2,9	2	1,9	-	-	-	-
Pentear o cabelo	101	96,2	3	2,9	-	-	1	1,0	-	-	-	-
Deitar/levantar da cama	87	82,9	7	6,7	6	5,7	5	4,8	-	-	-	-
Ir ao banheiro em tempo	92	87,6	6	5,7	4	3,8	3	2,9	-	-	-	-
Controle urinário	102	97,1	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Controle intestinal	103	98,1	2	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Andar no plano	86	81,9	9	8,6	4	3,8	6	5,7	-	-	-	-
Subir e descer escadas	80	76,2	9	8,6	7	6,7	5	4,8	4	3,8	-	-
Transportar da cadeira para cama e vice- versa	88	83,8	6	5,7	6	5,7	5	4,8	-	-	-	-
Andar perto de casa	86	81,9	9	8,6	4	3,8	6	5,7	-	-	-	-
Atividades Instrumentais da Vida Diária												
Medicar-se na hora	84	80,0	9	8,6	-	-	12	11,4	-	-	-	-
Fazer compras diversas	86	81,9	-	-	8	7,6	10	9,5	1	1,0	-	-
Preparar refeições	85	81,0	1	1,0	4	3,8	10	9,5	5	4,8	-	-
Cortar a unha dos pés	89	84,8	5	4,8	9	8,6	2	1,9	-	-	-	-
Dirigir condução	51	48,6	7	6,7	15	14,3	-	-	32	30,5	-	-
Uso de transporte (taxi/ônibus)	78	74,3	13	12,4	-	-	11	10,5	3	2,9	-	-
Fazer limpeza na casa	77	73,3	9	8,6	7	6,7	12	11,4	-	-	-	-
Administrar finanças	75	71,4	13	12,4	-	-	12	11,4	5	4,8	-	-
Dificuldade para sair de casa	91	86,7	8	7,6	-	-	6	5,7	-	-	-	-
Uso de telefone	81	77,1	11	10,5	-	-	10	9,5	3	2,9	-	-
Tarefas domésticas	79	75,2	9	8,6	7	6,7	10	9,5	-	-	-	-

A análise dos dados relacionados ao comprometimento da capacidade para o desempenho das AVDs evidenciou que, na admissão, 19 (18,1%) dos idosos referiram desempenhar todas as ABVDs sem dificuldades e 14 (13,3%) as AIVDs. Dessa forma, 86 (81,9%) apresentavam algum grau de dificuldade para executar as ABVDs e 91 (86,7%), para as AIVDs.

Na admissão, as informações recordatórias, de antes da internação, demonstraram que para as ABVDs as atividades de controle intestinal, controle urinário, comer e pentear os cabelos foram indicadas por 98,1%, 97,1%, 97,1% e 96,2%, respectivamente, como realizadas sem dificuldades pelos idosos estudados. Já aquelas como subir e descer escadas, andar no plano, andar perto de casa, vestir-se e deitar/levantar da cama por 23,9%, 18,1%, 18,1%, 17,2% e 17,2%, respectivamente, como sendo realizadas com algum grau de dificuldade.

Quanto às AIVDs, observa-se que 54 (51,4%) dos participantes apresentavam alguma dificuldade para dirigir condução, 30 (28,6%) para administrar finanças e 27 (25,7%) para uso de transporte (taxi/ônibus).

Tabela 22 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo ajuda para a realização das ABVDs e AIVDs, na admissão hospitalar, Ribeirão Preto, 2011

Atividades de vida	Sem ajuda		Pai/mãe/ tio		Irmão/primo /cunhado		Cônjuge		Filho/enteado/ genro/nora		Neto/ bisneto		Amigo/ vizinho		Acomp.		Profissional da saúde		NS/NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades Básicas da Vida Diária																				
Comer	102	97,1	-	-	-	-	-	-	3	2,9	-	0,0	-	0,0	-	-		0,0		
Tomar banho	92	87,6	-	-	-	-	6	5,7	5	4,8	-	0,0	-	0,0			2	1,9		
Vestir-se	87	82,9	-	-	-	-	13	12,4	3	2,9	-	0,0	-	0,0			2	1,9		
Pentear o cabelo	101	96,2	-	-	-	-	3	2,9	1	1,0	-	0,0	-	0,0	-	-		0,0		
Deitar/levantar da cama	87	82,9	-	-	-	-	10	9,5	5	4,8	3	2,9	-	0,0	-	-		0,0		
Ir ao banheiro em tempo	92	87,6					8	7,6	4	3,8	1	1,0		0,0				0,0		
Controle urinário	102	97,1	-	-	-	-	3	2,9	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-		0,0		
Controle intestinal	103	98,1	-	-	-	-	2	1,9	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-		0,0		
Andar no plano	86	81,9		-	-	-	12	11,4	5	4,8	2	1,9	-	0,0	-	-		0,0		
Subir e descer escadas	80	76,2					17	16,2	5	4,8	2	1,9		0,0			1	1,0		
Transportar da cadeira para cama e vice-versa	88	83,8	-	-	-	-	11	10,5	4	3,8	1	1,0	-	0,0	-	-	1	1,0	-	-
Andar perto de casa	86	81,9					9	8,6	4	3,8	3	2,9	2	1,9			1	1,0		
Atividades Instrumentais da Vida Diária																				
Medicar-se na hora	84	80,0	-	-	-	-	11	10,5	7	6,7	1	1,0	-	-	-	-	2	1,9		
Fazer compras diversas	86	81,9	-	-	1	1,0	9	8,6	5	4,8	2	1,9	-	-	-	-	2	1,9		
Preparar refeições	85	81,0	-	-	-	-	6	5,7	11	10,5	1	1,0	-	-	-	-	2	1,9		
Cortar a unha dos pés	89	84,8	-	-	-	-	12	11,4	2	1,9	2	1,9	-	-	-	-	-	-		
Dirigir condução	51	48,6	-	-	-	-	9	8,6	40	38,1	3	2,9	-	-	-	-	2	1,9		
Uso de transporte (taxi/ônibus)	78	74,3	-	-	-	-	2	1,9	21	20,0	2	1,9	-	-	-	-	2	1,9		
Fazer limpeza na casa	77	73,3	-	-	-	-	3	2,9	19	18,1	5	4,8	-	-	-	-	1	1,0		
Administrar finanças	75	71,4	-	-	-	-	5	4,8	24	22,9	1	1,0	-	-	-	-	-	-		
Dificuldade para sair de casa	91	86,7	-	-	1	1,0	3	2,9	8	7,6	2	1,9	-	-	-	-	-	-		
Uso de telefone	81	77,1	-	-	-	-	2	1,9	17	16,2	3	2,9	-	-	-	-	2	1,9		
Tarefas domésticas	79	75,2	-	-	-	-	3	2,9	18	17,1	4	3,8	-	-	-	-	1	1,0		

No que se refere à ajuda para o desenvolvimento das AVDs, observou-se que os idosos recebiam mais ajuda para o desenvolvimento das AIVDs quando comparadas com as ABVDs, e as categorias com maior participação foram os cônjuges para o auxílio nas atividades básicas e os filho/enteado/genro/nora para as atividades instrumentais.

As Tabelas abaixo mostram o nível de dificuldade dos idosos para o desempenho das ABVDs, durante a internação hospitalar e quem ajuda.

Tabela 23 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, durante a internação hospitalar, Ribeirão Preto, 2011

Atividades de vida	Sem dificuldade		Pouca dificuldade		Muita dificuldade		Só com Ajuda		Não consegue		NS/NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades Básicas da Vida Diária												
Comer	96	91,4	4	3,8	1	1,0	4	3,8	-	-	-	-
Tomar banho	78	74,3	14	13,3	6	5,7	7	6,7	-	-	-	-
Vestir-se	73	69,5	22	21,0	6	5,7	4	3,8	-	-	-	-
Pentear o cabelo	98	93,3	4	3,8	1	1,0	2	1,9	-	-	-	-
Deitar/levantar da cama	68	64,8	5	4,8	11	10,5	21	20,0	-	-	-	-
Ir ao banheiro em tempo	87	82,9	8	7,6	7	6,7	3	2,9	-	-	-	-
Controle urinário	101	96,2	2	1,9	2	1,9	-	-	-	-	-	-
Controle intestinal	103	98,1	2	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Andar no plano	81	77,1	12	11,4	4	3,8	8	7,6	-	-	-	-
Subir e descer escadas	72	68,6	13	12,4	9	8,6	7	6,7	4	3,8	-	-
Transportar da cadeira para cama e vice- versa	71	67,6	9	8,6	10	9,5	15	14,3	-	-	-	-
Andar perto de casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Atividades Instrumentais da Vida Diária												
Medicar-se na hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer compras diversas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Preparar refeições	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Cortar a unha dos pés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dirigir condução	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de transporte (taxi/ônibus)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer limpeza na casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Administrar finanças	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dificuldade para sair de casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de telefone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Tarefas domésticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100

Os dados da tabela acima evidenciam que, durante a internação hospitalar, as atividades, deitar/levantar da cama, transportar-se da cadeira para a cama e vice- versa, subir e descer escadas, vestir-se e tomar banho eram executadas, respectivamente, por 37 (35,2%), 34 (32,4%), 33 (31,4%), 32 (30,5%) e 27 (25,7%) dos idosos com algum grau de dificuldade. Destaca-se que, de acordo com o nível de dificuldade para execução dessas atividades, vestir-se, tomar banho, subir e descer escadas e andar no plano eram realizadas com pouca dificuldade por 22 (21,0%), 14 (13,3%), 13 (12,4%) e 12 (11,4%) idosos, respectivamente; deitar/levantar da cama 11 (10,5%), transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa 10 (9,5%), subir e descer escadas 9 (8,6%) eram executadas com muita dificuldade. Vale mencionar ainda que para 21 (20,0%) deitar/levantar da cama, para 15 (14,3%) transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa e para 8 (7,6%) andar no plano, eram atividades só realizadas com ajuda. Durante a hospitalização, 11 (10,5%) dos idosos se mantiveram desempenhando as atividades sem dificuldades.

Ressalta-se que, durante a hospitalização e no momento da alta, os questionamentos para as AIVDs foram indicados, pela pesquisadora, na coluna não se aplica, uma vez que foram consideradas atividades com menor possibilidades de serem realizadas no ambiente hospitalar.

Tabela 24 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo ajuda para a realização das ABVDs e AIVDs, durante a internação hospitalar, Ribeirão Preto, 2011

Atividades de vida	Sem ajuda		Pai/mãe/ tio		Irmão/primo / cunhado		Cônjuge		Filho/enteado/ genro/nora		Neto/ bisneto		Amigo/ vizinho		Acompanhante		Profissional da saúde		NS/NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades Básicas da Vida Diária																				
Comer	96	91,4	-	-	-	-	-	-	3	2,9	-	-	-	-	1	1,0	5	4,8	-	-
Tomar banho	78	74,3	-	-	-	-	-	-	6	5,7	-	-	-	-	3	2,9	18	17,1	-	-
Vestir-se	73	69,5	-	-	-	-	1	1,0	2	1,9	-	-	-	-	3	2,9	26	24,8	-	-
Pentear o cabelo	98	93,3	-	-	-	-	2	1,9	1	1,0	-	-	-	-	2	1,9	2	1,9	-	-
Deitar/levantar da cama	68	64,8	-	-	-	-	-	-	9	8,6	-	-	-	-	4	3,8	24	22,9	-	-
Ir ao banheiro em tempo	87	82,9	-	-	-	-	-	-	5	4,8	-	-			3	2,9	10	9,5	-	-
Controle urinário	101	96,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3,8	-	-
Controle intestinal	103	98,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,9	-	-
Andar no plano	81	77,1	-	-	-	-	-	-	2	1,9	1	1,0	-	-	2	1,9	19	18,1	-	-
Subir e descer escadas	72	68,6	-	-	-	-	-	-	3	2,9	-	-	-	-	7	6,7	23	21,9	-	-
Transportar da cadeira para cama e vice-versa	71	67,6	-	-	-	-	-	-	3	2,9	1	-	-	-	2	1,9	28	26,7		
Andar perto de casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Atividades Instrumentais da Vida Diária																				
Medicar-se na hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer compras diversas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Preparar refeições	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Cortar a unha dos pés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dirigir condução	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de transporte (taxi/ônibus)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer limpeza na casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Administrar finanças	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dificuldade para sair de casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de telefone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Tarefas domésticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100

No que se refere à ajuda para o desenvolvimento das ABVDs, durante a internação, evidencia-se que os idosos receberam maior ajuda dos profissionais da saúde, seguidos dos filho/enteado/genro/nora.

Os idosos foram, também, indagados com relação ao desempenho para as AVDs, no momento da alta hospitalar. Assim, a Tabela 25 evidencia a distribuição dos idosos, de acordo com a capacidade para realizar estas atividades neste momento. A Tabela 26 mostra quem ajuda o idoso.

Tabela 25 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo nível de dificuldade para o desempenho das ABVDs e AIVDs, no momento da alta hospitalar, Ribeirão Preto, 2011

Atividades de vida	Sem dificuldade		Pouca dificuldade		Muita dificuldade		Só com Ajuda		Não consegue		NS/NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades Básicas da Vida Diária												
Comer	98	93,3	4	3,8	3	2,9	-	-	-	-	-	-
Tomar banho	93	88,6	7	6,7	3	2,9	2	1,9	-	-	-	-
Vestir-se	80	76,2	17	16,2	5	4,8	3	2,9	-	-	-	-
Pentear o cabelo	102	97,1	2	1,9	-	-	1	1,0	-	-	-	-
Deitar/levantar da cama	78	74,3	11	10,5	9	8,6	7	6,7	-	-	-	-
Ir ao banheiro em tempo	90	85,7	8	7,6	4	3,8	3	2,9	-	-	-	-
Controle urinário	102	97,1	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Controle intestinal	102	97,1	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Andar no plano	88	83,8	7	6,7	4	3,8	6	5,7	-	-	-	-
Subir e descer escadas	82	78,1	9	8,6	6	5,7	5	4,8	3	2,9	-	-
Transportar da cadeira para cama e vice-versa	82	78,1	9	8,6	7	6,7	7	6,7	-	-	-	-
Andar perto de casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Atividades Instrumentais da Vida Diária						-						
Medicar-se na hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer compras diversas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Preparar refeições	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Cortar a unha dos pés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dirigir condução	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de transporte (taxi/ônibus)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer limpeza na casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Administrar finanças	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dificuldade para sair de casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de telefone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Tarefas domésticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100

A Tabela acima evidencia que, no momento da alta hospitalar, os idosos demonstraram que quanto às ABVDs, tarefas como deitar/levantar da cama 27 (25,7%), vestir-se 25 (23,8%), subir e descer escadas 23 (21,9%), transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa 23 (21,9%) e andar no plano 17 (16,2%) eram realizadas com alguma dificuldade, sendo vestir-se 17 (16,2%), deitar/levantar da cama 11 (10,5%), subir e descer escadas 9 (8,6%) e transportar da cadeira para a cama e vice-versa 9 (8,6%) eram desempenhadas com pouca dificuldade. Ressalta-se que, nesse momento, as ABVDs eram realizadas sem dificuldade por 16 (15,2%) dos idosos.

Tabela 26 - Distribuição dos idosos, internados na clínica médica, segundo ajuda para a realização das ABVDs e AIVDs, no momento da alta hospitalar, Ribeirão Preto, 2011

Atividades de vida	Sem ajuda		Pai/ mãe/ tio		Irmão/ primo/ cunhado		Cônjuge		Filho/ enteado/ genro/nora		Neto/ bisneto		Amigo/ vizinho		Acompanhante		Profissional da saúde		NS/NSA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atividades Básicas da Vida Diária																				
Comer	98	93,3	-	-	-	-	-	-	6	5,7	-	-	-	-	-	-	1	1,0	-	-
Tomar banho	93	88,6	-	-	-	-	4	3,8	6	5,7	-	-	-	-	-	-	2	1,9	-	-
Vestir-se	80	76,2	-	-	-	-	13	12,4	10	9,5	-	-	-	-	-	-	2	1,9	-	-
Pentear o cabelo	102	97,1	-	-	-	-	3	2,9		0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deitar/levantar da cama	78	74,3	-	-	-	-	14	13,3	10	9,5	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Ir ao banheiro em tempo	90	85,7	-	-	-	-	8	7,6	5	4,8	2	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Controle urinário	102	97,1	-	-	-	-	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Controle intestinal	102	97,1	-	-	-	-	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andar no plano	88	83,8	-	-	-	-	6	5,7	8	7,6	3	2,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Subir e descer escadas	82	78,1	-	-	-	-	14	13,3	7	6,7	1	1,0	-	-	-	-	1	1,0	-	-
Transportar da cadeira para cama e vice-versa	82	78,1	-	-	-	-	12	11,4	9	8,6	1	1,0	-	-	-	-	1	1,0	-	-
Andar perto de casa																			105	100
Atividades Instrumentais da Vida Diária																				
Medicar-se na hora	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer compras diversas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Preparar refeições	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Cortar a unha dos pés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dirigir condução	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de transporte (taxi/ônibus)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Fazer limpeza na casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Administrar finanças	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Dificuldade para sair de casa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Uso de telefone	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100
Tarefas domésticas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105	100

Foi possível observar que os idosos reafirmaram os cônjuges, seguidos dos filhos/enteado/genro/nora como pessoas que os ajudam na execução das AVDs.

Sumarizando no momento da admissão, 86 (81,9%) apresentavam algum grau de dificuldade para executar as ABVDs e 91 (86,7%) para as AIVDs; durante a hospitalização 94 (89,5) e no momento da alta 89 (84,8%) realizavam as atividades básicas com dificuldades, ou seja, houve piora na funcionalidade dos idosos, durante a permanência no hospital.

4.8 Características relacionadas à presença de sintomas de depressão dos idosos participantes do estudo

A presença de sintomas de depressão na amostra estudada foi avaliada por meio da aplicação da EDG-15, e como já mencionado anteriormente a pontuação desta escala pode variar de zero a 15 pontos, sendo zero indicativo da ausência de sintomas depressivos e quinze a pontuação máxima desses sintomas. Para este estudo, será considerado o escore ≥ a 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos estudados, conforme proposto por Almeida e Almeida (1999). Dessa forma, o escore total para presença ou não de sintomas de depressão variou entre 0 e 11 pontos, média de 5,4 e desvio-padrão 2,5 pontos. De fato, dos 105 idosos estudados, 57 (54,3%) apresentaram sintomas de depressão e 48 (45,7%) não.

A Tabela 27 evidencia a distribuição dos idosos com e sem sintomas de depressão de acordo com a faixa etária, sexo, déficit cognitivo, hábito de beber e estado conjugal.

Tabela 27 - Distribuição dos idosos internados na clínica médica, com e sem sintomas de depressão, segundo as variáveis faixa etária, sexo, déficit cognitivo, hábito de beber e estado conjugal, Ribeirão Preto, 2011

Variáveis	Sintomas de Depressão		TOTAL
	Sim n (%)	Não n (%)	n (%)
Faixa etária			
60 - 69	23 (21,9)	19 (18,1)	42 (40,0)
70 -79	17 (16,2)	17 (16,2)	34 (32,4)
80 - 89	15 (14,3)	11 (10,5)	26 (24,8)
90 +	2 (1,90	1 (1,0)	3 (2,9)
Sexo			
Masculino	33 (31,4)	29 (27,6)	62 (59,1)
Feminino	24 (22,9)	19 (18,1)	43 (41,0)
Déficit cognitivo			
Tem	21 (20,0)	15 (14,3)	36 (34,3)
Não tem	36 (34,3)	33 (31,4)	69 (65,7)
Hábito de beber			
Bebe atualmente	39 (37,1)	36 (34,3)	75 (71,4)
Nunca bebeu	16 (15,2)	10 (9,5)	26 (24,8)
Parou de beber	2 (1,9)	2 (1,9)	4 (3,80
Estado conjugal			
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	34 (32,4)	32 (30,5)	66 (62,9)
Viúvo(a)	13 (12,4)	9 (8,6)	22 (21,0)
Separado/desquitado/divorciado	8 (7,6)	5 (4,8)	13 (12,4)
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	2 (1,9)	2 (1,9)	4 (3,80
TOTAL	**57 (54,3)**	**48 (45,7)**	**105 (100)**

Os sintomas de depressão estavam presentes em 23 (21,9%) dos idosos na faixa etária de 60-69 anos, seguidos de 17 (16,2%) na de 70-79 anos, em 33 (31,4%) dos homens, em 21 (20%) dos que apresentavam déficit cognitivo, em 39 (37,1%) dos que bebiam atualmente e em 34 (32,4%) dos que moravam com esposo(a) ou companheiro(a).

Vale destacar, também, que com o aumento da idade aumenta a presença desses sintomas, ou seja, para os intervalos de 60-69, 70-79, 80-89 e 90 anos ou mais, as respectivas prevalências foram 23,8%, 50%, 57,8% e 66,7%.

Com relação à presença de sintomas de depressão e os diagnósticos médicos mais prevalentes na amostra estudada, ou seja, hipertensão arterial 59 (56,2%), fibrilação atrial 24 (22,9%), diabetes 18 (17,1%) infarto agudo do miocárdio

18 (17,1%) e angina instável, a prevalência de idosos com os sintomas foram, respectivamente, 54,2%, 54,1%, 50%, 50% e 53,3%.

4.9 Apresentação das associações entre as variáveis estudadas

A associação entre a variável queda com as variáveis, faixa etária, sexo, déficit cognitivo, uso de óculos, hábito de beber e presença de sintomas de depressão dos idosos estudados está apresentada na Tabela 27.

Tabela 28 – Associação entre a variável queda com as variáveis, faixa etária, sexo, déficit cognitivo, uso de óculos, hábito de beber e presença de sintomas de depressão, dos idosos internados na clínica médica, Ribeirão Preto, 2011

Variáveis	Queda					TOTAL	p-valor
	Nenhuma n (%)	1 a 2 n (%)	3 a 4 n (%)	5 a 6 n (%)	Não sabe n (%)	n (%)	
Faixa etária							
60 - 69	26 (24,8)	6 (5,7)	9 (8,6)	1 (1,0)	0 (0,0)	42 (40,0)	0,31
70 -79	21 (20,0)	6 (5,7)	6 (5,7)	0 (0,0)	1 (1,0)	34 (32,4)	
80 - 89	16 (15,3)	2 (1,9)	8 (7,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (24,8)	
90 +	0 (0,0)	1 (1,0)	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,9)	
Sexo							
Masculino	38 (36,2)	8 (7,6)	15 (14,3)	0 (0,0)	1 (1,0)	62 (59,1)	0,83
Feminino	25 (23,8)	7 (6,7)	10 (9,5)	1 (1,0)	0 (0,0)	43 (41,0)	
Déficit cognitivo							
Tem	28 (26,7)	3 (2,9)	5 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	36 (34,3)	0,08
Não tem	35 (33,3)	12 (11,4)	20 (19,1)	1 (1,0)	1 (1,0)	69 (65,7)	
Uso de óculos							
Não	50 (47,6)	5 (4,8)	23 (21,9)	1 (1,0)	1 (1,0)	80 (76,2)	**< 0,01**
Sim, às vezes	0 (0,0)	3 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,9)	
Sim, usa sempre	13 (12,4)	7 (6,7)	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (21,0)	
Hábito de beber							
Bebe atualmente	46 (43,8)	9 (8,6)	19 (18,1)	0 (0,0)	1 (1,0)	75 (71,4)	0,33
Nunca bebeu	15 (14,3)	6 (5,7)	4 (3,8)	1 (1,0)	0 (0,0)	26 (24,8)	
Parou de beber	2 (1,9)	0 (0,0)	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,8)	
Sintomas de depressão							
Sim	33 (31,4)	12 (11,4)	12 (11,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	57 (54,3)	0,08
Não	30 (28,6)	3 (2,9)	13 (12,4)	1 (1,0)	1 (1,0)	48 (45,7)	
TOTAL	**63 (60,0)**	**15 (14,3)**	**25 (23,8)**	**1 (1,0)**	**1 (1,0)**	**105 (100)**	

p-valor* referente ao Teste Exato de Fisher.

Percebe-se que não houve associação entre a variável queda e as variáveis, faixa etária, sexo, déficit cognitivo, hábito de beber e sintomas de depressão ($p \geq 0,05$). Entretanto, foi possível observar que houve associação entre a presença de quedas e o uso de óculos ($p < 0,01$), indicando que há evidências de que o uso de óculos expõe os idosos ao evento.

Evidencia-se, também, que com relação à faixa etária, dos idosos com 80 a 89 anos (n=26), 10 (38,5%) caíram nos últimos 12 meses, a maioria, 8 (30,7%), de uma a três vezes, dos idosos com 90 anos ou mais (n=3), todos (100%) caíram no período de um ano. Quinze (14,3%) dos participantes homens e 10 (9,5%) das mulheres caíram de três a quatro vezes, porém houve maior prevalência de quedas para as mulheres (41,9%), quando comparadas aos homens (38,7%).

O evento quedas na frequência de uma até quatro vezes ao ano foi observado para 28 (37,3%) dos entrevistados que bebem atualmente (n=75) e para 24 (42,1%) dos que apresentavam sintomas de depressão.

A associação entre a variável déficit cognitivo com as variáveis faixa etária, sexo e estado conjugal pode ser observada na Tabela abaixo.

Tabela 29 - Associação entre a variável déficit cognitivo com as variáveis faixa etária, sexo e estado conjugal, dos idosos internados na clínica médica, Ribeirão Preto, 2011

Variável	Déficit cognitivo		TOTAL	p-valor*
	Tem n (%)	Não tem n (%)	n (%)	
Faixa etária				
60 - 69	10 (9,5)	32 (30,5)	42 (40,0)	**0,04**
70 -79	12 (11,4)	22 (21,0)	34 (32,4)	
80 - 89	11 (10,5)	15 (14,3)	26 (24,8)	
90 +	3 (2,9)	0 (0,0)	3 (2,9)	
Sexo				
Masculino	22 (21,0)	40 (38,1)	62 (59,1)	0,84
Feminino	14 (13,3)	29 (27,6)	43 (41,0)	
Estado conjugal				
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	22 (21,0)	44 (41,9)	66 (62,9)	0,80
Viúvo(a)	7 (6,7)	15 (14,3)	22 (21,0)	
Separado/desquitado/divorciado	6 (5,7)	7 (6,7)	13 (12,4)	
Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	1 (1,0)	3 (2,9)	4 (3,8)	
TOTAL	**36 (34,3)**	**69 (65,7)**	**105 (100)**	

p-valor* referente ao Teste Exato de Fisher

Nota-se que não houve associação entre a variável déficit cognitivo e as variáveis, sexo e estado conjugal ($p \geq 0,05$), porém houve associação entre a presença de déficit cognitivo e a faixa etária ($p=0,04$) a um nível mínimo de significância de 5%, indicando que há evidências de que com o aumento da idade aumenta a prevalência de déficit cognitivo. De fato, para os idosos nos intervalos de 60-69 anos, 70-79, 80-89 e 90 anos ou mais, a prevalência de déficit cognitivo foi de 23,8%; 35,2%; 42,3% e 100%, respectivamente. Houve prevalência de homens (35,5%) com déficit cognitivo, se comparados com as mulheres (32,6%) e de idosos separados/desquitados/divorciados (46,2%) seguidos dos que moravam com esposo(a) ou companheiro(a) (33,3%).

5. DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados referentes às características sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde, uso e acesso aos serviços de saúde, rede de apoio familiar e social, capacidade cognitiva e funcional, presença de sintomas de depressão e associações entre as variáveis estudadas.

5.1 Características sociodemográficas dos idosos participantes do estudo

No presente estudo, dos 105 idosos participantes da pesquisa, 77,1% das entrevistas foram realizadas com o idoso e 22,9% com o idoso auxiliado por um familiar/cuidador, indicando que a maioria dos idosos possuía capacidade de compreender as questões do instrumento utilizado no estudo.

A média de idade dos idosos foi de 73,8 anos (s=8,9), sendo que a maioria (40,0%) encontrava-se no intervalo entre 60 e 69 anos. Vale ressaltar que 27,7% dos idosos possuíam 80 anos ou mais. Dados que corroboram os resultados encontrados por Sthal, Berti e Palhares (2010) que caracterizaram os idosos internados na enfermaria de adultos do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu, evidenciando média de idade de 74,3 anos. Estudo realizado por Sales e Santos (2007), com idosos internados em unidade clínica com o objetivo de identificar a dependência dos cuidados de enfermagem na admissão hospitalar, também demonstrou dados semelhantes aos desta pesquisa.

A média de idade elevada dos participantes da pesquisa pode ser explicada devido ao aumento da expectativa de vida e ao fato de o envelhecimento ser uma realidade mundialmente (PAPALEO-NETTO, 2005). Para Santos et al. (2006), a média de idade elevada pode estar relacionada à estrutura etária da sociedade, pois cada vez mais os idosos chegam perto dos 100 anos. Saad (2006) acrescenta que os idosos, que constituem a faixa etária de 80 anos ou mais, apresentam rápido crescimento, sendo que, atualmente, uma em cada dez pessoas idosas pertence a este grupo. Segundo Veras (2009, p. 549), “o Brasil é hoje um país jovem de cabelos brancos”.

Houve predomínio (59,0%) do sexo masculino na população estudada. Dado semelhante ao encontrado por Santos (2007) e Sales e Santos (2007). Santos (2007), ao realizar um estudo com idosos internados em um hospital geral da rede pública na cidade de Belém, evidenciou que 53,1% eram homens.

Esse achado difere do encontrado no estudo realizado por Alvarenga e Mendes (2003) em que investigaram o perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP e encontraram que 62,2%, dos pacientes readmitidos, eram do sexo feminino. Segundo dados do IBGE (2010), para esse grupo etário, a relação entre homens e mulheres, na população brasileira, é de 96 homens para cada 100 mulheres, ou seja, há predomínio do sexo feminino.

Para Feliciano, Morais e Freitas (2004), a presença de maior número de mulheres na composição demográfica do país, para esta faixa etária, se deve a fatores como, maior sobrevivência entre as mulheres, diferenças de exposição de riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças nos estilos de vida quanto ao consumo de álcool e tabaco e maior procura pelos serviços de saúde entre as mulheres.

Outro fator preponderante é que, em geral, as mulheres possuem maior conhecimento sobre as doenças, são mais atentas ao aparecimento de sintomas e procuram mais por atendimento médico do que os homens (PAPALEO-NETTO, 2005). A este respeito, Freire (2009) menciona que a maior procura por serviços de saúde, pelas mulheres, revela a necessidade de estabelecer políticas públicas de saúde direcionadas à população masculina, uma vez que, fatores, como a responsabilidade de execução de trabalho remunerado para o sustento da família, podem gerar restrição de horários disponíveis para o comparecimento aos serviços de saúde. Acrescenta que a falta de unidades específicas de atendimento à saúde do homem pode dificultar a busca destes pelos serviços mencionados.

Nesse sentido, o predomínio de homens neste estudo pode estar relacionado ao fato de que se tratando de idosos internados e considerando que os homens são menos cuidadosos com sua saúde, provavelmente estão mais sujeitos à internação hospitalar.

A maioria dos entrevistados (80,0%) residia na cidade de Ribeirão Preto e 57,1% informaram a área rural como local de nascimento. Camarano (2002) explica que, devido ao processo de urbanização e à consequente modificação do mercado de trabalho, a distribuição da população rural e urbana se alterou, ou seja, o

movimento migratório foi provocado pelo deslocamento da população em busca de melhores condições de vida, em razão das transformações ocorridas no campo, como o desemprego e os baixos salários rurais.

Pessoas que residiram em área rural até os 15 anos de idade podem ter sido privadas de escola, de atenção à saúde e de outros benefícios que a proximidade com a área urbana pode oferecer (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Coelho-Filho e Ramos (1999) mencionam que outras consequências do grande deslocamento de pessoas da zona rural para a urbana, em busca de melhores condições de vida, foram a permanência do idoso no meio rural, com perda de suporte familiar e a migração para os grandes centros urbanos, onde o idoso passou a viver em bairros mais periféricos, em condições mais precárias e na dependência geralmente do cônjuge, filhos ou netos.

Com relação ao estado conjugal, 62,9% dos idosos estudados moravam com esposo(a) ou companheiro(a), seguidos de 21,0% de viúvos. O número de filhos foi em média três por idoso.

Casale (2003), ao caracterizar pacientes idosos atendidos no Centro de Saúde Escola de Botucatu, São Paulo, quanto ao risco de hospitalização repetida, em uma amostra de 305 idosos, encontrou que 53,7% eram casados e 39,7%, viúvos. Já no estudo de Yona et al. (2010), com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico de idosos atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Maceió, dos 63 idosos investigados, 47,6% eram casados e 20,6%, viúvos.

Ao considerar os diferenciais por sexo, o estado conjugal é uma das características demográficas mais expressivas da população, uma vez que, em geral, as mulheres têm esperança de vida maior que a dos homens, que estes se casam mais tardiamente e têm maior facilidade de recasamento, tornando comum, entre os idosos, o predomínio de casados entre os homens e viúvas entre as mulheres (PALLONI; PELÁEZ, 2003).

De acordo com Paschoal, Franco e Salles (2007), no Brasil um quarto dos homens vive em companhia de seu cônjuge, enquanto dois terços das mulheres são viúvas ou separadas. Vale ressaltar, que na prática, observa-se que os homens quando comparados com as mulheres, são mais acompanhados pelos seus familiares, quando necessitam de internação.

Quanto ao número de filhos, estudos como os de Camargos, Machado e Rodrigues (2007) demonstraram a redução no número de filhos entre a população

idosa. Segundo dados do IBGE (2010), nas últimas décadas, as tendências mais marcantes dizem respeito à redução do tamanho da família e do número de casais com filhos, bem como ao crescimento do tipo de família formada por casais sem filhos, resultantes dos processos de declínio da fecundidade e do aumento da esperança de vida ao nascer.

De fato, vem se observando acentuado declínio das taxas de fecundidade no país, o que, em parte, é devido ao processo de urbanização e às crises econômicas, as quais, geralmente, agravam as condições de vida das famílias mais numerosas. Dessa forma, as famílias vêm gerando cada vez menos filhos, o que no futuro pode ocasionar dificuldade para o cuidado familiar ao idoso (SILVA, 2003). Autores como Pedrazzi et al. (2010) acrescentam que o número de membros da família diminui cada vez mais, acarretando o aumento do grupo de pessoas idosas que moram sozinhas o que, consequentemente, diminui a possibilidade de ajuda para o cuidado, quando necessário.

Quanto à escolaridade, houve predomínio (47,6%) dos idosos que estudaram entre um e quatro anos. Vale ressaltar que 22,9% dos pesquisados sabiam ler e escrever informalmente ou eram analfabetos. Em investigação realizada por Varas-Fabra et al. (2006), na Espanha, com 362 idosos de 70 anos ou mais, apenas 3,0% da amostra estudada possuía educação secundária, 33,42% educação primária e a maioria (65,75%) não havia estudado.

Índice maior de analfabetismo também foi encontrado no estudo de Silver (2008) e, segundo o autor, esse fato decorre da dificuldade que os idosos, na idade escolar, enfrentavam para frequentar a escola, devido às condições financeiras precárias ou à falta de acesso e de incentivo dos pais, no entanto, a baixa escolaridade presente na vida do idoso pode fazer com que o mesmo dependa de outras pessoas. Para Rosa et al. (2003), o nível de escolaridade baixo predispõe os idosos a apresentarem maiores problemas de saúde e, como consequência, ocorre o declínio na sua funcionalidade.

Para Degani (2011), a educação se mostra como uma base sólida para a transformação do cenário de saúde e doença da população. Acrescenta, que assim sendo, não há motivos para adiar investimentos na educação dos mais jovens, com a finalidade de proporcionar melhores condições de saúde, de vida e de dignidade para estes que serão os futuros idosos.

Em se tratando da cor da pele, 89,5% dos idosos entrevistados

informaram ser da cor branca, dado que difere do encontrado no estudo de Motta e Hansel (2010) que verificaram o perfil de idosos atendidos em um hospital público, em que evidenciaram 59,1% de entrevistados da cor branca.

Quanto à fonte de renda, foi permitido que os idosos indicassem mais que uma. Assim, 90,5% possuíam aposentadoria e 19,1%, pensão, revelando que a maioria constituiu-se de pessoas que tiveram acesso ao mercado formal de trabalho, dados semelhantes foram encontrados no estudo de Sthal, Berti e Palhares (2010). Camarano (2003) menciona que o fato de as mulheres idosas apresentarem índices elevados de viuvez, leva-as a possuir, em sua maioria, como renda, a pensão do marido.

Uma das principais fontes de rendimentos da população idosa é a aposentadoria, concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da nossa época. Por outro lado, com a aquisição deste benefício o indivíduo entra em uma crise existencial, ou seja, inicialmente a maioria se mostra satisfeita com a condição de poder descansar, porém, aos poucos, descobre que sua vida tornou-se “vazia”. Acresce-se a isso o fato de o idoso também enfrentar visível queda da renda, afetando sua qualidade de vida, bem como sua saúde (MENDES et al., 2005).

A renda mensal dos idosos variou entre R$ 250,00 e R$ 1.900,00 com média de R$ 817,64. Dados que diferem dos encontrados no estudo de Freire (2009) que teve com objetivo caracterizar os idosos atendidos em um Ambulatório Privado de Especialidades Médicas no interior do estado de São Paulo, cuja renda média levantada foi de R$ 1.000,00 por mês. Camargos, Machado e Rodrigues (2007) ressaltam que a tendência do idoso contribuir na renda familiar está aumentando cada vez mais, comprometendo a independência social e financeira do idoso. Lebrão e Laurenti (2005) chamam a atenção para o fato de que a participação do idoso na receita familiar pode chegar até a 45% do orçamento total.

Lima-Costa et al. (2003) referem que a situação econômica influencia na saúde dos idosos, uma vez que, menor renda familiar se associa a piores condições de saúde, menor acesso aos serviços de saúde e maiores prejuízos na função física.

No que se refere à profissão/ocupação exercida anteriormente pelos idosos, destacaram-se as de “pedreiro”, “pintor” e “servente de pedreiro”, com 22,9%, seguido de “do lar” com 21,9%. Tais profissões/ocupações mostram-se

associadas à baixa escolaridade, ou seja, não requerem alto nível de escolarização para sua prática.

Quanto à percepção do idoso em relação a sua situação econômica, 76,2% a consideraram como “Regular” e, quando a compararam com a de outra pessoa da mesma idade, 82,9% a indicaram como “Igual”. Achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Baccan (2009), porém com idosos da comunidade que participavam de programa de integração comunitária.

Estudo realizado por Fiedler e Peres (2008) para estimar a prevalência da capacidade funcional inadequada em idosos de Joaçaba, Santa Catarina, evidenciou que os idosos que consideravam sua situação econômica ruim ou muito ruim apresentaram capacidade funcional inadequada, quando comparados aos que a consideravam boa ou muito boa. Segundo os mesmos autores, a forma de os idosos avaliarem sua vida, suas expectativas e preocupações pode influenciar em sua autonomia assim como em sua saúde.

Em relação à moradia, a maioria (85,7%) referiu possuir casa própria e quitada. Quanto aos arranjos domiciliares, 74,3% dos idosos relataram morar com esposo(a)/companheiro(a) ou com familiares, já 25,7% mencionaram morar sozinhos. Tais arranjos são uma forma importante de transferência e suporte entre gerações.

Estudo realizado por Santos et al. (2002) com 128 idosos, no município de João Pessoa, Paraíba, mostrou que a maioria dos idosos (82%) possui casa própria. Atualmente, para esta parcela da população, algumas ações do governo possibilitam a aquisição da casa própria (FREIRE, 2009).

De acordo com Saad (2003), para os idosos residir junto com seu companheiro e/ou familiar, aumenta a probabilidade de receber ajuda para o autocuidado, o que confere uma espécie de fator protetor contra o risco de dependência para o desempenho das atividades do cotidiano.

Em estudo realizado por Pedrazzi et al. (2010), a conformação dos arranjos domiciliares para 147 idosos, com 80 anos e mais, revelou que a maioria deles morava com o cônjuge, sendo a maior proporção de homens neste arranjo; já as mulheres predominaram nas categorias morar sozinho ou com os filhos. Romero (2002) acrescenta que o padrão familiar dos homens é mais característico de família nuclear tradicional, enquanto o das mulheres divide-se entre morar sozinhas, morar com parentes ou somente com os filhos.

Outro fato importante de ser observado diz respeito ao número de idosos que vivem sozinhos. Segundo dados do IBGE (2002), existe um crescimento importante de domicílios unipessoais, o que significa nesta parcela populacional independência e capacidade de exercer o autocuidado.

Para Camarano e El Ghaouri (2002), o crescimento das famílias unipessoais, ou seja, de idosos morando sozinhos, pode ser explicado, pelo crescimento dos divórcios e da proporção de pessoas que nunca se casaram, além da viuvez. Dessa forma, o estado conjugal, bem como a independência dos filhos, manifestada pela saída de casa é um importante determinante do arranjo familiar. No Brasil, duas tendências parecem que podem ser generalizadas: os idosos estão vivendo mais, e os jovens estão adiando a idade em que saem da casa paterna, o que vem ocorrendo devido à dependência econômica de seus pais, instabilidade do mercado de trabalho, maior tempo despendido na escola e maior instabilidade das relações afetivas.

5.2 Características do estilo de vida dos idosos participantes do estudo

Considerando a história de tabagismo, 80% dos entrevistados referiram não fumar atualmente, destes 7,6% relataram já ter fumado alguma vez na vida. Quando indagados se “alguém em sua residência/trabalho fuma”, a maioria (71,4%) mencionou a existência de fumantes no ambiente familiar e/ou profissional.

Em estudo realizado com a população de 27 capitais do país, a frequência de fumantes foi de 16,2% no conjunto da população adulta, no entanto, o número de fumantes entre indivíduos com 65 anos ou mais é baixo (Moura et al., 2008).

Antigamente o tabagismo era considerado um hábito de vida, mas atualmente reflete uma dependência química e é causador de vários malefícios (IGLESIAS et al., 2007). Segundo a OMS (2004), o tabagismo é a principal causa de morte no mundo, porém pode ser evitada. GUS et al. (2004) acrescentam que além de ser um fator de risco neoplásico, também se associa à morbimortalidade por doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias.

No que se refere ao consumo de bebidas alcoólicas 71,4% referiram tal prática, e 24,8% nunca beberam. O tempo médio de consumo de bebida alcoólica para os idosos que bebem atualmente foi de 42,2 anos Em relação ao elevado uso de bebidas alcoólicas entre os idosos, esta pesquisa se assemelha ao estudo de Reis et al. (2008), ao identificar alguns aspectos sobre as condições de saúde de idosos em tratamento de fisioterapia no setor de ortopedia de uma Clínica Escola de Fisioterapia do sudoeste da Bahia.

Segundo Aertgeerts, Buntinx e Kester (2004), o abuso de bebida alcoólica pelos idosos torna-os mais vulneráveis aos efeitos do álcool, aumentando a suscetibilidade dos mesmos à aquisição de doenças como desnutrição, doenças do pâncreas, estômago e fígado.

Quanto à prática de atividade física, os dados revelam que 14,3% praticavam caminhada e 11,4%, futebol. Segundo Matsudo et al. (2001), evidências epidemiológicas apontam que, com o aumento da idade, há um decréscimo do nível de atividade física, tornando o idoso cada vez mais sedentário, aumentando assim o fator de risco de morbidade e mortalidade durante o envelhecimento. Dessa forma, a atividade física se mostra como um fator determinante para o envelhecer com sucesso, melhorando a mobilidade, a capacidade funcional e até mesmo a qualidade de vida.

No que se refere à autoavaliação das condições de saúde dos idosos, 72,4% consideraram que, em geral, sua saúde está “Boa”.

Segundo Marcellini (2002), a autoavaliação da saúde é a interpretação que uma pessoa faz de seu estado de saúde em relação às experiências no contexto de sua vida diária, ou seja, é baseada na informação e nos conhecimentos disponíveis sobre saúde e doença, bem como pelos contextos social e cultural nos quais o sujeito encontra-se inserido. Acrescenta que as pessoas que consideram sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade em comparação àquelas que percebem a saúde como muito boa.

No tocante à comparação da saúde de hoje com a de 12 meses atrás, 69,5% dos idosos referiram estar “Pior” e quando comparada à de outra pessoa da mesma idade, 71,4% declararam “Igual”. Segundo Lebrão e Laurenti (2005), com o avançar da idade, a autoavaliação da saúde, no que diz respeito a ser muito boa ou boa, diminui.

No que se refere à presença de problemas de saúde autorreferidos pelos

idosos, a pressão alta foi referida por 38,1% dos idosos, seguida por osteoporose (25,7%), problema cardíaco (21,0%) e diabetes (19,1%). A média de problemas de saúde autorreferidos foi de 2,45. Zaitune et al. (2006), em estudo realizado com 426 idosos do município de Campinas, destacaram maior prevalência (51,8%) da hipertensão arterial em sua população. Esses achados também foram encontrados no estudo de Lebrão e Laurenti (2005).

Ao processo de envelhecimento podem estar associadas as DCNTs, as quais determinam o elevado número de casos de morbimortalidade da população brasileira. Dentre elas, há o predomínio das doenças do aparelho circulatório, tanto na população total (MALTA et al., 2006) quanto na de idosos (LOYOLA-FILHO et al., 2004).

Lima-Costa et al. (2000), em um estudo sobre causas de internações hospitalares e mortalidade entre idosos brasileiros, encontraram que, tanto para homens quanto para as mulheres, houve predomínio das doenças do aparelho circulatório com destaque para as doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração.

Estudo realizado por Feliciano, Morares e Freitas (2004) evidenciou que 75,0% dos idosos pesquisados referiram de um a cinco diferentes tipos de problemas de saúde autorreferidos; 20,0% informaram mais que cinco, e os mais citados foram a hipertensão arterial (61,0%), os problemas de coluna (60,0%) e os problemas de má circulação (35,0%).

Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) verificaram em seu estudo que, cerca de 70% dos idosos referiram pelo menos uma condição crônica e a proporção daqueles com alterações de saúde aumentou com o avançar da idade para ambos os sexos.

Com relação à interferência dos problemas de saúde para o desempenho das atividades da vida diária (AVDs), houve maior referência para asma/bronquite, seguido da pressão alta. Estes resultados divergem dos encontrados no estudo de Alves et al. (2007) que não detectaram nenhuma relação deste problema de saúde com a dependência para as AVDs, no entanto, demonstrou que a presença de hipertensão arterial sistêmica aumenta 39% a chance de o idoso ser dependente nas AIVDs, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59%.

Em relação ao diagnóstico médico, o mesmo idoso poderia estar presente em uma ou mais categorias ao mesmo tempo, sendo assim, a maioria, (56,2%),

destacou a hipertensão arterial sistêmica como doença predominante, seguidas de 22,9% fibrilação arterial, 17,1% *diabetes mellitus e* 17,1% infarto agudo do miocárdio. Vale ressaltar que, após a abertura da Unidade Coronariana no Hospital de estudo, a maioria dos clientes que recebem alta desta unidade é transferida para Unidade de Clínica Médica, local da pesquisa.

Resultados do banco de dados do Sistema Único de Saúde, no ano de 2010, confirmam os dados da pesquisa, mostrando a liderança das doenças do aparelho circulatório como principal causa de internações no SUS, seguidas pelas doenças respiratórias e digestivas (BRASIL, 2011).

Jannuzi e Cintra (2006), em estudo realizado com idosos hospitalizados, destacam a hipertensão arterial sistêmica em 22% dos diagnósticos médicos destes idosos. As neoplasias e as afecções endócrinas, nutricionais e metabólicas também chamaram a atenção pelo número elevado de ocorrências. Para Pedrazzi et al. (2007), Rosset-Cruz (2009), Fhon (2011), a morbidade mais referida em seus estudos foi a hipertensão arterial sistêmica.

Em estudo realizado por Zaitune et al. (2006), com 426 idosos do município de Campinas, encontraram prevalência de 51,8% de hipertensão arterial, destacam que variáveis como a desigualdade social podem prejudicar o acesso das pessoas ao conhecimento e à utilização de outras práticas de controle da pressão arterial, como dieta adequada e atividade física, além do tratamento medicamentoso, o que contribui para o aumento da prevalência da doença.

À medida que o indivíduo envelhece, a prevalência da hipertensão arterial aumenta, principalmente no grupo das pessoas com 75 anos ou mais, fato preocupante, uma vez que esta doença é fator de risco para o surgimento de doenças como acidente vascular cerebral, doença da artéria coronária, insuficiência cardíaca e insuficiência renal (LIBERMAN, 2007).

De acordo com Freire (2009, p.80),

> A relevância do fortalecimento de programas para detecção precoce de doenças, que de uma forma ou outra, podem interferir no desempenho funcional dos idosos é indiscutível, uma vez que, a busca pelo envelhecimento com independência física e psicossocial deve ser parte fundamental das ações de saúde, principalmente na atenção primária.

Quanto ao uso de medicamentos, 78,1% dos entrevistados afirmaram que o faziam por ordem médica, 19,1% relataram a prática por sugestão de vizinhos e

2,9% referiram o uso de medicamentos por conta própria, dados que corroboram com os dos estudos de Freitas (2009) e Fanhani (2007). Neste último, verificou-se a tendência de maior utilização de medicamentos prescritos entre as mulheres idosas, com idade mais avançada, com doenças crônicas e que frequentavam com regularidade os serviços de saúde.

A quantidade total de medicamentos consumidos pelos idosos vem crescendo cada dia mais, o que constitui um grave problema; além disso, às vezes os idosos tomam medicação não prescrita pelo médico ou fazem uso indevido de várias delas ao mesmo tempo, causando interações medicamentosas (ROZENFELD, 2003). Loyola Filho et al. (2005) acrescentam que, além de consumirem mais medicamentos, os idosos apresentam-se mais susceptíveis a efeitos colaterais. Barros e Sá, Barros; Sá (2007) ressaltam que a automedicação entre os idosos é uma realidade marcante a qual acontece muitas vezes com a finalidade de aliviar a dor.

Quanto à acuidade visual, 91,4% a consideraram como “Boa” e 8,6% como “Regular”. Além disso, quando questionados sobre a necessidade de utilizar óculos, 27,8% indicaram precisar deles, 21,0% referiram usar sempre e 2,9%, às vezes. Após ter apresentado aos idosos uma lista de tarefas que poderiam ser prejudicadas pela acuidade visual alterada, ler a bula de remédio foi indicada por 34,3% como tarefa que “Sempre” é dificultada pelos problemas de visão, seguidas de etiquetas com preço de supermercado e nota fiscal. Resultado semelhante ao levantado no estudo de Freire (2009).

Farinasso (2005) acrescenta que a diminuição da acuidade visual pode acarretar inúmeros problemas para a qualidade de vida do idoso, dentre eles, quedas, falta de interesse em atividades recreativas e de lazer, erros na medicação diária e traço depressivo devido ao desinteresse e isolamento social.

Segundo Schneider et al. (2008), uma visão adequada é fator importante na qualidade de vida dos idosos, já que influencia no desempenho para a realização das tarefas do dia a dia e, consequentemente, na sua independência e autonomia.

No que se refere à autoavaliação da acuidade auditiva, 100,0% dos entrevistados negaram a necessidade do uso de aparelho auditivo, somente 6,7% referiram “Sempre” ter dificuldade para conversar com uma só pessoa quando há algum ruído no ambiente.

Em relação à autoavaliação da cavidade oral dos sujeitos entrevistados,

35,5% possuíam todos os dentes , no entanto, 54,3% possuíam apenas alguns dentes e 10,5% não possuíam dente algum. Estudo realizado por Reis et al. (2003), ao conhecer a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados na cidade de Goiânia, demonstra que dos 289 idosos, 200 (69,20%) eram totalmente desdentados e 103 não usavam prótese alguma. Outros estudos realizados no estado de São Paulo como o de Reis et al. (2005) e Gaião et al. (2005) também relatam esse quadro precário de saúde bucal na população idosa. Dessa maneira, as perdas dentárias revelam toda uma história da relação do indivíduo com o acesso aos serviços de saúde, em que o modelo tradicional o expõe a uma prática que soluciona apenas a dor momentânea. Narvai e Antues (2003) acrescentam que a falta de dentes é mais frequente nas mulheres quando compradas com os homens.

Para Piuvezam et al. (2006), a boca ocupa um lugar de importância para as pessoas da terceira idade, que expressa, por meio do sorriso, os sentimentos de alegria, de sedução, além de também estar vinculada a uma ideia de sobrevivência e bem-estar pessoal, no entanto, a falta de dentes adquire significados que são interdependentes de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos e fisiológicos.

Em relação às quedas, de acordo com os dados da pesquisa, nos últimos 12 meses, 39,1% dos idosos referiram ter caído e, como consequência, 11,4% referiram ter apresentado ferimento com ponto e 7,7% algum tipo de fratura. Quando questionados se a queda afetou a capacidade de locomoção, 27,6% referiram ter afetado de forma temporária. Dados que se assemelham aos do estudo de Siqueira et al. (2007) e Fabrício et al. (2004).

As quedas são eventos que frequentemente causam lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima de 65 anos (FULLER, 2000).

As quedas podem estar relacionadas à diminuição da acuidade visual e auditiva (RODRIGUES et al., 2001). A instabilidade postural, com ocorrência de quedas, é uma característica do envelhecimento, representando um motivo de preocupação para os idosos, pois pode acarretar incapacidade física e perda da independência.

Para Veras (2007), as principais causas de quedas em idosos estão relacionadas a fatores ligados às próprias alterações do processo de envelhecimento, às doenças associadas, ao uso de medicamentos e ao ambiente em que vivem.

Dessa forma, deve se investir na prevenção das quedas com a finalidade de controlar as ameaças e condições que geram dano físico, psicológico ou material, para preservar a saúde e o bem-estar das pessoas na comunidade (FREIRE, 2009).

Para Francis (2001), medidas defensivas de prevenção de quedas são caracterizadas por programas de exercícios, mudanças ambientais, revisão de medicamentos, uso apropriado de vestimentas, padrões de assistência e programas educacionais.

5.3 Características do uso e acesso aos serviços de saúde pelos idosos participantes do estudo

Devido às necessidades e problemas de saúde das pessoas, estas procuram frequentemente pelos serviços de saúde, dessa forma, o padrão de utilização de um determinado grupo populacional é explicado por seu perfil de necessidade.

Em relação ao acesso e uso aos serviços de saúde, 84,8% dos idosos pesquisados usam a Unidade Básica de Saúde e 96,2% utilizam o hospital público, manifestando satisfação com ambos; 97,1% referiram ter aguardado dias entre a solicitação da consulta e o atendimento, 94,3% referiram ter esperado por minutos até serem atendidos. Isso mostra que, mesmo com todas as dificuldades de um serviço público, a população em geral ainda reconhece este serviço como sendo de alta qualidade.

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 1998 e repetida em 2003, encontra-se um anexo específico sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde que desmistificou questões referentes ao serviço público e privado, com altas taxas de satisfação dos usuários que utilizam o SUS.

Com o acelerado processo de envelhecimento no mundo, maiores desafios no setor da saúde surgem na sociedade. As demandas e necessidades dos idosos cada vez mais estão aumentando. Dessa forma faz se necessária a manutenção da saúde deste grupo etário, permitindo melhor qualidade de vida. Frente a este fato, as questões de vacinação tornam-se indispensáveis para esta população.

Relacionado à situação vacinal dos idosos pesquisados 82,9% referiram ter tomado a vacina da gripe nos últimos 12 meses e 2,6% a de tétano. Isso demonstra a participação ativa dos idosos nas campanhas vacinais.

Com o aumento da expectativa de vida, é inquestionável o papel do controle das doenças imunopreveníveis, sendo assim, a imunização do idoso é de grande importância porque estes têm maior suscetibilidade a doenças infecciosas pelo declínio de suas funções orgânicas e seus mecanismos de defesa (GERONUTTI, et al., 2008). Netto e Ponte (2005) acrescentam que essa parcela populacional apresenta maior susceptibilidade ao adoecimento devido à maior deficiência imunitária.

5.4 Características relacionadas à rede de apoio familiar e social dos idosos participantes do estudo

No que diz respeito a quem cuidaria do idoso na presença de incapacidades, a primeira menção indicou em primeiro lugar o esposo(a) ou companheiro(a), em segundo os filhos e por último os amigos e vizinhos, dessa forma, observa-se que o papel do cuidado é, na maioria das vezes, transferido ao familiar mais próximo, pois é na família que o idoso, na maioria das vezes, encontra um meio de sustentação mais efetivo quando o apoio afetivo e à saúde se fazem necessários e pertinentes. Santos (2003) ressalta que, geralmente, são os familiares que prestam os cuidados e, dessa forma, determina-se um cuidador como oficial e outros como secundários, os quais auxiliaram nas atividades complementares.

Para Cattani e Perlini (2004), o grau de parentesco influencia na escolha de quem irá cuidar, ou seja, quanto mais próxima for a relação familiar, mais chances tem esta pessoa de vir a ser o cuidador do idoso.

Segundo Alvarez e Gonçalves (2001), ao longo da história, o cuidado prestado ao idoso, prioritariamente, é exercido por mulheres, em nosso meio as principais cuidadoras são as esposas, as filhas e as netas. Fato este explicado pela tradição de nosso passado, no qual as mulheres disponibilizavam de mais tempo para o cuidado por não desempenhar outras funções fora de casa.

No estudo de Gonçalves et al. (2006), ao traçar o perfil da família

cuidadora de idosos, observou-se que maioria era do gênero feminino (82,3%) com média de idade de 48,5 anos. Vale ressaltar que houve uma crescente participação de homens no cuidado ao idoso. Isso pode ser explicado, pelo fato de que as mulheres, com os avanços da era da modernidade, estão se inserindo mais no mercado de trabalho e, portanto, reduzindo o tempo dispensado ao cuidado do idoso, devido ao acréscimo de funções fora de casa.

Em um estudo realizado por Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) sobre a saúde de idosos que cuidam de idosos, constataram que o cônjuge é o cuidador de primeira eleição e, na maioria das vezes, ele também é idoso, desempenha outros papéis, possui de uma a quatro doenças crônicas e, portanto, está susceptível ao comprometimento da capacidade funcional, que pode acarretar prejuízos para o cuidado de si mesmo e do outro. Isso reforça a necessidade da implementação de medidas voltadas para a assistência aos cuidadores idosos.

Segundo Marin et al. (2008), o papel da família na hospitalização do idoso é fundamental, muitas vezes ajuda-o a lidar melhor com a doença e com os sentimentos que esta experiência possa causar.

Em adição, os comprometimentos funcionais relacionados à hospitalização indicam que a maioria dos idosos, após a alta e retorno à comunidade, apresenta de alguma forma necessidade de assistência para os cuidados pessoais, mobilidade e locomoção, destacando a importância do papel da família (SIQUEIRA, et al., 2004).

Nesse sentido, Marques (2004) considera que a família possui um importante papel no que se refere ao suporte social e econômico do idoso. No entanto, não existe, ainda, um sistema formal eficiente de amparo à saúde do idoso e ao bem- estar da família.

5.5 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo

O MEEM elaborado por Folstein et al., (1975) é um dos testes que permitem avaliar a função cognitiva assim como rastrear quadros de demência. Vem sendo utilizado em ambientes clínicos para a detecção de declínio cognitivo, no

monitoramento de resposta ao tratamento e também em pesquisas de estudos populacionais.

Segundo Vieira e Koening (2002), a cognição é o termo empregado para descrever todo o funcionamento da esfera mental, isso implica na habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento assim como produzir respostas a estímulos externos.

Em países com índice de analfabetismo elevado, especialmente dentre os mais idosos, os instrumentos de avaliação precisam ser investigados quanto à sua aplicabilidade em diferentes níveis de instrução (FOLSTEIN et al., 1975). Nesta pesquisa foi utilizada a classificação de Brucki et al. (2003) que consideram os escores para analfabetos, 20; para 1 a 4 anos de escolaridade, 25; para 5 a 8 anos, 26,5; para 9 a 11 anos, 28 e para mais de 11 anos, 29. Brito-Marques e Cabral-Filho (2004) ressaltam que indivíduos com maior escolaridade apresentaram melhor desempenho no MEEM.

No presente estudo, com relação à autoavaliação da memória, 50,5% dos idosos consideraram sua memória como “Boa” e 41,0% como “Regular”. Quando solicitados a comparar sua memória atual com aquela de um ano atrás, 74,3% relataram estar “Igual” e 22,9%, “Pior”. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Baccan (2009) no qual, 57,7% dos idosos consideraram sua memória como “Boa” e “Muito Boa” e, 41,5%, “Regular” e “Ruim”. Em relação à comparação de sua memória atual com aquela de um ano atrás; 69,7% relataram estar “Igual” e, somente 18,3%, “Pior”. No entanto, a queixa de dificuldades com a memória é frequente entre os idosos. Há várias evidências de que o desempenho intelectual do idoso apresenta discreta deterioração em tarefas que exigem maior velocidade e flexibilidade no processamento de informações (ALMEIDA, 1998).

Os resultados encontrados demonstraram que 65,7% dos idosos não apresentaram capacidade cognitiva comprometida, no entanto, 34,3% possuíam déficit cognitivo. Lopes (2002) acrescenta que as taxas de prevalência das alterações funcionais e cognitivas, no Brasil, variam de 4,3 a 29,7%, dependendo do perfil da clientela estudada.

Pesquisa realizada por Converso e Lartelli (2007), com objetivo de caracterizar os idosos institucionalizados residentes em três instituições de longa permanência, quanto a sua capacidade funcional e seu estado mental, demonstrou que a maioria dos idosos (76,7%) apresentou déficit cognitivo. Isso segundo

Nakayana et al. (2004) pode ser explicado pelo fato de os pacientes asilados serem diferentes dos hospitalizados, ou seja, normalmente são mais velhos do que os idosos que residem na comunidade e apresentam maior número de doenças assim como dependências físicas e/ou psíquicas.

Segundo Coelho Filho (2000), as hospitalizações, principalmente do idoso, podem resultar em repercussões na capacidade funcional, cognitiva assim como em mudanças em sua qualidade de vida.

5.6 Características relacionadas à capacidade funcional dos idosos participantes do estudo

Segundo Gordilho et al. (2007), capacidade funcional é definida como a capacidade do indivíduo em realizar as atividades de seu cotidiano, mantendo as habilidades físicas e mentais para uma vida autônoma e independente. Para Lima-Costa et al. (2003), é um elemento importante na saúde do idoso, no entanto, a prevalência de dependência para realização das AVDs aumenta com a idade.

Para Rosa et al. (2003), incapacidade funcional caracteriza-se pela dificuldade ou impossibilidade de desempenhar essas atividades. Canonici et al. (2008) ressaltam que o prejuízo dessa capacidade encontra-se fortemente relacionado com a fragilidade, dependência, institucionalização e até mesmo com a dificuldade para se locomover. Essas alterações acarretam complicações a longo período, necessitando de cuidado por tempo indeterminado. A associação entre declínio cognitivo e capacidade funcional faz com que os idosos apresentem maior dependência funcional, deixando gradativamente de realizar suas atividades do cotidiano.

No presente estudo, a capacidade funcional foi avaliada em três períodos: na admissão, durante a hospitalização e na alta.

Em relação ao comprometimento da capacidade para o desempenho das atividades da vida diária antes da internação, foi evidenciado na admissão que a maioria dos idosos, 81,9% e 86,7%, apresentava dificuldade para executar pelo menos uma das ABVDs e das AIVDs, respectivamente. Das ABVDs, as indicadas

com menor frequência foram controle intestinal, controle urinário, comer e pentear os cabelos, já aquelas como subir e descer escadas, andar no plano, andar perto de casa, vestir-se e deitar/levantar da cama, os idosos referiram realizar com algum grau de dificuldade.

Dentre as AIVDs, 51,4% dos participantes apresentavam dificuldades para dirigir condução, administrar finanças e uso de transporte (taxi/ônibus).

Em estudo realizado por Siqueira et al. (2004), com objetivos de descrever as alterações da capacidade funcional de idosos durante a internação hospitalar e o grau de associação dessas alterações na alta, foi observado que, no momento da admissão, os idosos apresentavam graves limitações, com múltiplos fatores determinantes e associados à incapacidade funcional, porém, no momento da alta esses gozavam de suas melhores condições clínicas. Dessa forma verificou-se melhora funcional, dados contraditórios aos do presente estudo.

No que se refere ao comprometimento da capacidade funcional, durante a hospitalização, somente 10,5% dos idosos desempenharam suas atividades sem dificuldades, os dados mostraram que, as atividades: deitar/levantar da cama, transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa, subir e descer escadas, vestir-se e tomar banho eram executadas com algum grau de dificuldade.

No momento da alta hospitalar, evidenciou-se que as atividades como deitar/levantar da cama, vestir-se, subir e descer escadas, transportar-se da cadeira para a cama e vice-versa e andar no plano eram desempenhadas com pouca dificuldade. Apenas 15,2% dos idosos realizaram todas as atividades sem dificuldade. Conclui-se, então, que houve piora na funcionalidade dos idosos, durante a permanência no hospital. Araujo e Ceolim (2007) ressaltam que quando o idoso encontra-se em um ambiente não responsivo e negligenciador, sente-se desamparado e apreensivo, podendo consequentemente desenvolver um comportamento dependente.

Guia et al. (2002) complementam que esta piora no declínio funcional pode ser explicada pelo fato de que, muitas vezes os profissionais das instituições não estimulam os idosos a desenvolver suas atividades, subestimando sua capacidade de cuidar de si mesmos.

Estudo realizado por Kawasaki e Diogo (2005), com objetivo de avaliar a independência funcional de idosos hospitalizados em unidades de clínica médica, demonstrou que grande parte dos idosos acompanhados no estudo apresentou

declínio funcional durante a hospitalização. Vale ressaltar que algumas dificuldades estruturais na instituição também podem potencializar os declínios funcionais dos idosos como, por exemplo, a falta de barras de proteção nos banheiros, entretanto existe a contribuição da equipe de saúde que, muitas vezes, por excesso de zelo e protecionismo estimula a dependência funcional e comportamental do idoso.

A capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos com grande utilidade para identificar resultados clínico-funcionais decorrentes da internação hospitalar e há correlação entre a piora da capacidade funcional e a piora clínica nos pacientes idosos hospitalizados (SIQUEIRA, et al., 2004).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da utilização da avaliação funcional como ferramenta para o planejamento da assistência e para promoção e manutenção da saúde do idoso, pois, de acordo com Scattolin et al. (2007), ela tem sido destacada na literatura como uma estratégia importante para a compreensão da sobrecarga de determinadas doenças no dia a dia das pessoas. Dessa forma, esta avaliação torna-se essencial para estabelecer o diagnóstico, o prognóstico e o julgamento clínico, adequados para embasar as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Para Wilkins, Lan e Lets (2001), a avaliação funcional pode ser uma alternativa para medir, de forma objetiva, os níveis pelos quais uma pessoa é capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno e identificar a presença de dependência, seja esta, parcial (necessidade de assistência, supervisão ou adaptação) ou total.

Galhordas e Lima (2004) sugerem que quando há déficit na capacidade funcional, medidas de restabelecimento devem ser adotadas, dentre elas a reabilitação física/funcional que possibilita a recuperação de incapacidades inserindo novamente o idoso em seus contextos familiares e sociais, mantendo-o ativo, fisicamente e cognitivamente.

No que se refere à ajuda para o desenvolvimento das AVDs, no momento da admissão a categoria que mais se destacou para ajuda das ABVDs foi a do cônjuge diferentemente para as AIVDs que foram filho/enteado/genro/nora. Durante a hospitalização, os profissionais de saúde foram referidos pela maioria, no entanto, na alta, os cônjuges voltaram a ser citados. O que confirma os resultados encontrados neste estudo referentes ao apoio familiar e social e já discutidos anteriormente.

5.7 Características relacionadas à presença de sintomas de depressão dos idosos participantes do estudo

A depressão é um transtorno de humor que pode acarretar manifestações clínicas como: prejuízo da capacidade de sentir alegria ou prazer e perda da reatividade aos estímulos positivos. Os indivíduos que apresentam sintomas de depressão, na maioria das vezes, desenvolvem sentimentos de baixa autoestima, culpa, desesperança, tristeza, apatia e até mesmo fadiga. O pensamento das pessoas com sintomas depressivos fica mais lento assim como o raciocínio, a atenção, a concentração e a memorização. Ideias negativas podem surgir como morte e suicídio. Há uma redução da energia física e psíquica, com perda de iniciativa para realizar as atividades cotidianas (MORENO et al., 2009). Nos idosos, geralmente é ignorada ou subdiagnosticada, pois muitas vezes, os profissionais da saúde entendem os sintomas depressivos como manifestações comuns do processo de envelhecimento (SNOWDON, 2002).

Os sintomas depressivos podem ser desencadeados após mudanças drásticas ocorridas no percurso da vida. Sendo o envelhecimento uma fase da vida em que o indivíduo passa por várias perdas, estima-se que os idosos sejam mais propensos a desenvolver transtornos depressivos (SNOWDON, 2002).

No presente estudo, observou-se que os idosos que apresentaram sintomas depressivos encontravam-se na faixa etária entre 60 e 69 anos, destacaram-se os homens, idosos que possuíam déficit cognitivo e faziam uso de bebida alcoólica. A maior parte morava com esposo(a) ou companheiro(a).

Ferrari e Dalacorte (2007), com objetivo de avaliar a prevalência de depressão em idosos internados em um hospital terciário, por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em versão reduzida (GDS-15), observaram em seu estudo uma prevalência elevada de depressão nos idosos internados em um hospital terciário. Isso pode ser explicado em razão de os idosos doentes e internados se tornarem mais suscetíveis a sintomas depressivos.

Vale destacar que os idosos com depressão e doença crônica podem estar sendo atendidos nos serviços de saúde por médicos não geriatras e não psiquiatras, profissionais teoricamente preparados para investigar a sintomatologia

da depressão (DUARTE; REGO, 2007).

Destaca-se a importância dos cuidados primários para os pacientes com presença de depressão, Roundy et al. (2005), em seu estudo, retrataram esta questão e mencionam que a triagem da doença mental na atenção primária é recomendável, mas pouco se sabe sobre a avaliação, tratamento e processos. Afirmam que a depressão e transtornos de ansiedade são reconhecidos em cerca de metade dos pacientes, no entanto, a avaliação, o tratamento agudo (exceto medicamentos) e a orientação, a longo prazo, raramente ocorrem no contexto dos cuidados primários.

5.8 Apresentação das associações entre as variáveis estudadas

Não houve associação entre a variável queda e as variáveis faixa etária, sexo e déficit cognitivo, hábito de beber e presença de sintomas de depressão. Evidenciou-se, entretanto que, com relação à faixa etária, dos idosos com 80 a 89 anos, 38,5% caíram nos últimos 12 meses, sendo 30,7% de uma a três vezes; e entre aqueles com 90 anos ou mais, todos caíram no período de um ano.

Coutinho e Silva (2002), ao verificar o papel do uso de medicamentos no risco de fraturas decorrentes de quedas em idosos, constataram que o número de idosos que caíram no domicílio aumentou conforme a faixa etária, de 58% para aqueles com até 69 anos, 62,9% para os que se encontravam entre 70 e 79 anos e 84,6% para os com 80 anos ou mais.

Resultados semelhantes foram demonstrados por Menezes e Bachion (2008), evidenciando que, para idosos moradores em instituições de longa permanência na cidade de Goiânia, Goiás, a faixa etária entre 70-79 anos correspondeu a 47,4% das quedas.

O aumento da idade representa um dos fatores de riscos para a ocorrência de quedas, em ambos os sexos e nos diversos grupos étnicos (PEREIRA et al., 2001). Paranhos (2009) menciona que as quedas podem ocorrer em até 32% dos idosos entre 65 e 74 anos, 35% naqueles entre 75 e 84 anos e 51% em pessoas com 85 anos.

Da mesma forma, Barbosa e Nascimento (2001), com o intuito de identificar as causas de quedas em idosos internados em um hospital geral, observaram que, levando-se em consideração idade, à medida que houve o aumento da idade aumentou-se o índice de queda da própria altura, predominando a faixa etária acima de 81 anos.

Além disso, idosos com quedas recorrentes podem ser considerados um grupo de alto risco de sofrer outras quedas e esta aumenta com a idade (CHU; CHI; CHUI, 2005). Ao realizar uma revisão sistemática acerca dos fatores de risco para quedas em ambiente hospitalar, Evans et al. (2001) relataram como um dos fatores mais frequentes para tal evento a idade avançada e a história de queda prévia, acreditando-se que de 16 a 52% dos pacientes com este relato apresentarão um novo episódio, durante o período de internação.

Para Siqueira et al. (2007), o envelhecimento traz perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando as chances para que os idosos caiam. Segundo os mesmos autores, uma das formas de minimizar essa perda decorrente do envelhecimento é a prática de atividades físicas.

Nesse sentido, os profissionais da área da saúde devem ficar atentos para esse fato, uma vez que significativo número de idosos além de não realizarem exercícios físicos regulares, relatam fraqueza muscular. A diminuição da força muscular afeta a capacidade laboral, a atividade motora e a adaptação do idoso ao ambiente, contribuindo para a vigência de quedas (MENEZES; BACHION, 2008).

Em relação ao sexo, na presente pesquisa, 14,3% dos idosos e 9,5% das idosas caíram de três a quatro vezes, com maior prevalência (41,9%) de quedas para as mulheres.

Sabe-se que o sexo feminino constitui fator de risco para as quedas em idosos, sugerindo como causas a maior fragilidade das mulheres em relação aos homens, a prevalência de doenças crônicas, a maior exposição a atividades domésticas e ao comportamento de risco maior (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Miranda, Mota e Borges (2010) propuseram analisar os fatores de risco que levam os idosos que residem no domicílio à queda, bem como as formas de prevenção adotadas. A respeito da recorrência de quedas referem que, por permanecerem mais tempo no domicílio e realizarem atividades domésticas com mais frequência, as idosas tornam-se propensas a elas, incluindo, além daquelas possíveis causas citadas anteriormente, o comprometimento visual.

No estudo, houve evidências de que o uso de óculos expõe os idosos ao evento, com destaque para 21,9% dos idosos que referiram não fazer uso de óculos e apresentaram de três a quatro quedas no último ano.

A visão é um importante fator no equilíbrio e na marcha e, com o avanço da idade, ocorre uma diminuição na quantidade de luz transmitida para a retina. A adaptação à luz e ao escuro é lenta, a claridade não é bem tolerada, e tanto a visão para perto quanto a visão periférica sofrem um declínio. A catarata, o glaucoma e a retinopatia diabética podem intensificar essas limitações. As lentes bifocais, por sua vez, podem elevar o risco de quedas, especialmente ao descer escadas (VERNON, 2001).

Acresce-se ainda que, ao fazer uso de óculos, o mesmo deve melhorar a visão, adequando às necessidades individuais da pessoa. Os déficits visuais ou óculos inadequados, relacionados com a pouca iluminação ambiental, podem predispor a escorregões e tropeços (COSTA et al., 2011).

Outro achado da pesquisa revela que as quedas foram frequentes de uma até quatro vezes ao ano em 37,3% dos entrevistados que bebem atualmente e para 42,1% daqueles com sintomas de depressão.

O uso crônico de álcool por idosos é comum e pode acarretar inúmeras consequências, dentre elas, o aumento da incidência de quedas e acidentes de trânsito, aumento no risco de intoxicação por tal substância, déficits intelectuais e comportamentais, e causar efeitos adversos no organismo ao serem usados concomitantemente com a ingestão de medicamentos (SILVA, 2008).

Kool et al. (2008) revelam que, na Nova Zelândia, 20% das pessoas entre 25 e 60 anos que foram admitidos nas emergências hospitalares por acidentes ou mortes, haviam consumido álcool há pelo menos seis horas antes do acidente.

A associação entre o consumo de álcool e maior gravidade dos acidentes foi identificada por Braga et al. (2008), ao avaliarem 76 casos de vítimas por traumatismos cranioencefálicos após queda da própria altura.

Em se tratando dos sintomas de depressão apresentados (42,1%), resultados semelhantes foram identificados por Menezes e Bachion (2008) em idosos institucionalizados pós-queda, dos quais houve a suspeita de depressão em 37,9%. Já Rubenstein e Josephson (2002) revelaram que idosos com depressão têm 2,2 vezes mais probabilidade de caírem se comparados a idosos que não têm depressão.

Dessa forma, os fatores que determinam a depressão podem ser caracterizados por: antecedentes de depressão pessoal ou familiar, uso abusivo de bebida alcoólica, morte de parentes próximos ou perda de amigos, solidão, privação social por dificuldade econômica, saúde, funcionamento físico deteriorado, pela ingestão de alguns medicamentos, limitações dos movimentos e mudanças ambientais (ZIMERMAM, 2005).

No que se refere ao déficit cognitivo, constatou-se sua associação com o aumento da faixa etária (p=0,04) e sua prevalência em homens e em idosos separados/desquitados/divorciados.

Valle et al. (2009), com o objetivo de examinar fatores associados ao desempenho no teste do MEEM em uma população com baixa escolaridade, concluíram que a idade foi um dos determinantes mais importantes do declínio cognitivo. Para tal estudo, os homens apresentaram piores escores no MEEM, sugerindo que características particulares de cada população possam ter influências na função cognitiva e no sexo. Já a ausência de cônjuge foi outra característica fortemente associada ao pior desempenho no MEEM.

Segundo Canineu, Stella e Samara (2006), o declínio cognitivo que acompanha a idade tem início e progressão variáveis e são dependentes de fatores educacionais, de saúde e de personalidade, além do nível intelectual global e das capacidades mentais específicas do indivíduo.

Argimon (2006) menciona que o declínio cognitivo é decorrente de um aspecto normal do processo de envelhecimento. No entanto, quando há um problema que esteja relacionado com o sistema nervoso central, este pode afetar a cognição e interferir, por exemplo, na capacidade de aprender e lembrar. Assim, o processamento das informações pode torna-se lento e fazer com que pessoas idosas não entendam quando informações são apresentadas muito rapidamente ou sem muita clareza.

Almeida (1998) refere que há evidências de que o desempenho intelectual do idoso apresenta discreta deterioração em tarefas que exigem maior velocidade e flexibilidade no processamento de informações.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou identificar o perfil dos idosos internados, na Unidade Funcional de Clínica Médica, de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, uma vez que foi possível conhecer as características sociodemográficas, o estilo de vida, as condições de saúde, o acesso aos serviços de saúde e a rede de apoio familiar e social desses idosos; além de descrever a capacidade cognitiva e a capacidade funcional, analisando também a presença de sintomas de depressão. Assim, diante dos resultados encontrados, algumas considerações são necessárias.

As características sociodemográficas, o estilo de vida, as condições de saúde, o acesso aos serviços de saúde e a rede de apoio familiar e social; a capacidade cognitiva, a capacidade funcional, assim como a presença de sintomas de depressão são peculiares para a amostra estudada, sendo que generalizações devem ser evitadas para que conclusões precipitadas não ocorram.

Os resultados permitiram verificar que:

- A maioria dos idosos foi de homens, com maior distribuição na faixa etária entre 60 e 69 anos, a maior parte nascida na zona rural, mais da metade era casada ou morava com companheiro e possuía em média três filhos;
- Quase metade dos idosos estudou de um a quatro anos, os aposentados e pensionistas representaram a maior parte dos entrevistados. As atividades ocupacionais indicadas como as mais exercidas anteriormente foram “pedreiro/pintor/servente de pedreiro” e “do lar”;
- A maioria considerou sua situação econômica atual “Regular” e “Igual” a de outras pessoas da mesma idade. Houve predomínio de idosos que possuíam “casa própria quitada” e que residiam com o “esposo(a)” e com a “família”;
- No que se refere aos hábitos de vida, a maioria não fuma, mas possui alguém em sua residência e/ou trabalho que fumava; a maior parte relatou fazer uso de álcool na frequência de eventualmente até diariamente, e mais da metade não praticava qualquer atividade física;
- Houve predomínio daqueles que consideravam, atualmente, sua saúde geral como “Boa”, daqueles que a consideravam “Pior”, quando comparada àquela de um ano atrás e daqueles que a indicaram como “Igual” a de outras pessoas da mesma idade;
- A pressão alta, a osteoporose, o diabetes, os problemas cardíacos e a asma/bronquite foram os problemas de saúde mais referidos pelos idosos; asma/bronquite era o que mais interferia para o desempenho das atividades

diárias; foram evidenciadas, aproximadamente, três doenças por idoso;

- A hipertensão arterial sistêmica e a fibrilação atrial foram os diagnósticos médicos mais prevalentes, e a média de diagnóstico por idoso foi em torno de quatro; a maior parte referiu que todos os medicamentos utilizados eram receitados por médicos;
- A maioria autoavaliou sua visão como boa e sem necessidade de uso de óculos; todos negaram a necessidade de uso de aparelho auditivo; quase a metade relatou que "às vezes" apresentam dificuldade para conversar com uma pessoa, quando havia presença de ruído no ambiente;
- Pouco mais de um terço possuía todos os dentes e pouco menos de um terço possuía menos da metade;
- Mais de um terço apresentou queda nos últimos doze meses; um quarto caiu de três a quatro vezes;
- A maioria utiliza serviços públicos de saúde (Hospital e Unidade Básica de Saúde) e estão satisfeitos; a maior parte dos idosos havia sido vacinada contra a gripe nos últimos doze meses. O cônjuge e os filhos foram os mais mencionados para possíveis cuidadores, caso os idosos necessitassem;
- Quase a metade avaliou sua memória como "Boa" e um terço apresentou déficit cognitivo na avaliação pelo MEEM;
- Quase na totalidade, os idosos negaram problemas de mobilidade e/ou movimentação dos membros, assim como uso de dispositivos de apoio;
- Na admissão, a maioria dos idosos apresenta algum grau de dificuldade para o desempenho das AVDs, com discreto predomínio das AIVDs; notou-se discreto aumento no número de idosos com dificuldade para a realização dessas atividades durante a internação e na alta houve um déficit no número de idosos independentes;
- A maioria apresentou sintomas de depressão, quase um terço era de homens; um quinto tinha déficit cognitivo, pouco mais de um terço bebia e um terço morava com esposo(a) ou com companheiro(a). Foi possível observar que, com o aumento da idade, aumentou a prevalência de presença de sintomas de depressão;
- Houve associação entre a presença de quedas e o uso de óculos, indicando que há evidências de que o uso de óculos expõe o idoso ao evento; da mesma forma observou-se associação entre déficit cognitivo e a faixa etária,

indicando evidências de que com o aumento da idade aumenta a prevalência de déficit cognitivo.

Conhecer o perfil do idoso internado na unidade em questão remete a refletir sobre a diversidade de problemas apresentados por esses idosos, os quais geram dependência da enfermagem para satisfação de suas necessidades de autocuidado e de cuidados com a saúde, o que implica em implementação de assistência sistematizada e individualizada, a partir de diagnósticos e indicadores de intervenções do enfermeiro.

Nesse sentido, os profissionais da área da saúde, em especial o enfermeiro, devem ficar atentos para as mudanças que ocorrem com o processo de envelhecimento humano e, além disso, ter o conhecimento necessário para reconhecê-las, analisá-las e interpretá-las com a finalidade de identificar e diferenciá-las dos processos patológicos, para assim, planejar a assistência melhor direcionada às particularidades do idoso, com enfoque no aspecto biopsicossocial.

É importante o conhecimento prévio das condições pessoal, clínica, física, cognitiva e funcional dos idosos, para que a equipe de profissionais que irá assisti-los possa estabelecer objetivos e ações eficazes para minimizar ou controlar os fatores que podem potencializar o declínio do idoso, durante a hospitalização.

Vale destacar que se faz necessário, também, uma reflexão profunda sobre as responsabilidades de cada um dos profissionais envolvidos na assistência ao idoso, bem como das instituições, no que se refere às demandas dessa parcela da população nas diversas áreas de assistência a ela direcionada, sem perder de foco as famílias e a comunidade, com o propósito de implementar modelos de atenção inovadores e equipamentos sociais de apoio.

Espera-se com este estudo contribuir para a organização e estruturação da assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado, com vistas à qualidade do cuidado a ele dispensado, uma vez que foi possível descrever características relevantes do perfil dessa clientela.

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G. S.; BUCKWALTER, K.; OLIN, J. M.; WAINSCOTT, C.; KRISHNAN, K. R. R. Comorbidity of late life depression: an opportunity for research on mechanisms and treatment. **Biol Psychiatry**, v. 52, p. 543-58, 2002.

ALMEIDA, O. P. Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. **Arq. Neuropsiquiatr**., v. 56, n. 3, p. 412-8, 1998.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatric**, v. 57, p. 421-6, 1999.

ALVARENGA, M.R.M; MENDES, M.M.R. O perfil de readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** São Paulo, v. 3, n. 11 , p. 305-11, maio-junho, 2003.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O.; CERCHIARI, E. A. N.; AMENDOLA, F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm**., v. 15, n. 2, p. 217-24, 2010.

ALVAREZ, A. M, GONÇALVES, L. H. T. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. **Texto Contexto Enferm**. V. 10, n. 2, p. 205-7. 2001.

ALVES, L.; LEIMANN, B.; VASCONCELOS, M.; CARVALHO, M.; VASCONCELOS, A.; FONSECA, T.; LEBRÃO, M.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924 -1930, ago. 2007.

ARANTES, R. C.; CORRÊA, C. S.; CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J. Arranjos domiciliares e saúde dos idosos: um estudo piloto qualitativo em um município do interior de Minas Gerais, Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

ARAÚJO, M. T.; CALDAS, R. N. Exercício físico na melhor idade: uma prescrição com “novos olhares” sobre “velhos conceitos”. **Rev. Baiana Educ. Fís**., v. 3, n. 3, p. 47 - 57, 2002.

ARAÚJO, M. O.P H, CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v 41, n 3, p. 378-85, 2007.

ARGIMON, I. I. L. Aspectos cognitivos em idosos. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, p. 243-5, 2006.

ARIAS, L. M. **Hospitalização guias práticos de enfermagem.** Rio de Janeiro: Graw-Hill, 2001.

BACCAN, A L S. Idosos **participantes do Programa de Integração Comunitária**: conhecimento sobre o exercício físico. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BARBOSA, M. L. J.; NASCIMENTO, E. F. A. Incidência de internações de idosos por motivo de quedas, em um Hospital Geral de Taubaté. **Rev. Biociênc**., v.7, n.1, p.35-42, 2001.

BARROS, J. A. C.; SÁ M. P. B. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro – PE. **Rev Bras Epidemiol**. v. 10, n. 1, p. 75-85, 2007.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validity of the Center for Epidemiological studies. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 1-7, 2007.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini exame do estado mental em uma população geral - impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiátrico**, v. 52, p.1 - 7, 1994.

BLAZER, D. G.; BURCHETT, B.; SERVICE, C.; GEORGE, L. K. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. **J Gerontology**, v. 46, n. 6, M210-215, 1991.

BLANK, K.; GRUMAN, C.; ROBISON, J. T. Case-Finding for Depression in Elderly People: Balancing Ease of Administration With Validity in Varied Treatment Settings. **Journal of Gerontology,** v. 59, n. 4, p. 378–384, 2004.

BOWLING, A.; GABRIEL, Z.; DAKES, J.; DOWDING, L. M.; EVANS, O.; FLEISSIG, A. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. Int. J. Aging. Hum. Dev. v. 56, n. 4, p. 269-306, 2005.

BRAGA, F. M.; ADAM-NETTO, A.; SANTOS, E. R. dos; BRAGA, P. B. Avaliação dos 76 casos de TCE por QPA atendidas na emergência de um hospital geral. **Arq. Catarin. Med**., v. 37, n. 4, p. 35-39, 2008.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, 1994. Disponível em: < http: www.rimviver.org.br/pdf/idoso.pdf>, Acesso em: 10 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, 2003, 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília, 2003. p.104.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Brasília, DF, 2006. 192 p (Série A. Normas e Manuais Técnicos: Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às urgências e emergências**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. **Epidemiológicas e morbidades**. Brasília: Brasil 2011.

BRETAS, A. C. Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.56, n.3, p. 298-301, maio/jun.2003.

BRITO-MARQUES, P.R.; CABRAL-FILHO, J.E. The role education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. **Arq Neuropsiquiatr**; v. 62, p. 206-211, 2004

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 1, p. 5 - 26, 2008.

BROWN C. J, FRIEDKIN R. J, INOUYE S. K. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. **J. Am. Geriatr. Soc**, v. 52, p. 1263 - 70, 2004.

BRUCKI S. M, NITRINI, R, CARAMELLI, P, BERTOLUCCI, P. H, IVAN, H. OKAMOTO, I. H. Sugestões para o Uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, n. 3-B, p. 777-81, 2003

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-81, 2003.

CAMARANO, A A. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. IPEA, Rio de Janeiro, 2002

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, dez. 2003.

CAMARANO, A. A., EL GHAOURI, S. K. **Família com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: IPEA, abr. 2003.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. **R. bras. Est. Pop**.,v. 24, n. 1, p. 37-51, 2007.

CAMPOS, N. O. B.; RODRIGUES, R. N. Ritmo de declínio nas taxas de mortalidade dos idosos nos estados do Sudeste, 1980-2000. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v. 21, n. 2, p. 323 - 342, 2004.

CANONICI, A. P.; TANAKA, K.; FERREIRA, F.; STELLA, F.; GOBBI, S. Análisecomparativa da capacidade funcional de idosos esquizofrênicos institucionalizados. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 11-15, 2008

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725 -733, 2003.

CASALE, I. **Caracterização de pacientes idosos atendidos no Centro de Saúde Escola (Botucatu-SP) quanto ao risco de hospitalização repetida**. (Dissertação) Mestrado. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade do Estado de São Paulo, 2003.

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

CERQUEIRA, A.; OLIVEIRA, N. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol. USP**, v. 13, n.1, p. 1 - 11, 2002.

CHU, L. W.; CHI, I.; CHIU, A. Y. Y. Incidence e predictors of falls in the Chinese elderly. **Ann Acad Med**., Singapore, v. 34, n. 1, p. 60-72, 2005.

COELHO-FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445 - 453, 1999.

COELHO-FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev. Saúde Pública,** v. 34, p. 666-671, 2000.

COSTA, A. G. S.; SOUZA, R. C.; VITOR, A. F.; ARAUJO, T. L. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 3, p. 395-404, 2011.

COHEN, M. E.; MARINO R. J. The tools of disability outcomes research functional status measures. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 81, p. 21 - 9, 2000.

COLLIÉRE, M. **Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Tradução do Francês Maria Abecasis. 5ª ed. Lisboa: Lidel, 2002.

CONVERSO, M. E. R.; LARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007.

COUTINHO, E. S. F.; SILVA, S. D. da. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad. Saúde Pública,** v. 18, n.5, p. 1359-1366, 2002.

DEGANI, G. C. **Trauma em idosos: características e evolução.** 2011. 154 f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

DUARTE, Y. O processo de envelhecimento e a assistência do idoso. In: **Manual de enfermagem - Programa Saúde da Família.** São Paulo: Ministério da Saúde, 2001. p. 185-196.

DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: SABE: Projeto Sabe no município de São Paulo, Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde, 2003.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. Rev. Esc. Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 317 – 25, 2007.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

ERTAN, T.; EKER, E. Reliabity, validity and factor structure of the geriatric depression scale in turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? **Int Psychogeriatric**, v. 12. p. 163-72, 2000.

EVANS, J. G. Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. **Journal Chron. Dis**. v. 37, n. 5, p. 353 - 361,1984.

EVANS, D.; HODKINSON, B.; LAMBERT, L.; WOOD, J. Fall risk factors in the hospital setting: a systematic review. **Inter. J. Nursing Practice**, v. 7, p. 38-45, 2001.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA-JÚNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 93-9, 2004.

FANHANI, H. R.; TAKEMURA, O. S.; CUMAN, R. K. N.; SEIXAS, F. A. V.; ANDRADE, O. G. de. Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná, Brasil. **Rev. Brasil Geriatria e Gerontologia**, n.3, 2007.

FARINASSO, A. D. C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família**. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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

FÉLIX, J.S. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. Trabalho apresentado no **VII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde**, em 2007, realizado na PUC/SP. Disponível em: < http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca>. Acesso em: 22 jan. 2010.

FERNADES DA FONSECA, A. A saúde mental e terceira idade. **Revista de Psiquiatria**, v.33, p. 22-35, 2001

FERRARI, J. F; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe: sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Revista Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5 - 6, mar. 2000.

FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 130f. Dissertação (Mestrado). 2011. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 409-15, 2008.

FISHER, RA. The logic of inductive inference. ***J. R. Statist. Soc***., v.98 n.1 pp. 39-82, 1935.

FOLSTEIN, M. F; FOLSTEIN, S. E; MC HUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiathic Research**, v. 12, p.189 -198, 1975.

FRANCIS, R. M. Falls and fractures. **Age and ageing,** v. 30, p. 25-28, 2001.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L.; Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio, In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 35, p. 376 – 387.

FREIRE, C. C. **Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos**. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

FREITAS, E. V.; MIRANDA R. D. NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. Cap. 72, p. 609 - 617.

FREITAS, E. V.; MIRANDA R. D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITA, E. V.; et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 93, p. 900 – 909.

FREITAS, G. F. A responsabilidade ético legal do enfermeiro. In: Ouguisso, T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2ed. Barueri, SP: Manole, 2007. P. 173-200.

FREITAS, C. P. **A incidência de sintomas depressivos em idosos que foram hospitalizados por acidente vascular cerebral**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

FULLER, G. F. Falls in the elderly. **Am Fam Physician**, v.61, p. 2159-2174, 2000.

GAIÃO, L. R; ALMEIDA, M. E. L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, ceará. **Rev. Bras. Epidemol.**, v.8, n.3, p. 316-323, 2005.

GALHORDAS, J. G.; e LIMA, P. A. T. Aspectos psicológicos na reabilitação. Re(habilitar) – **Revista da ESSA**, v. 0, p. 35-47, 2004.

GALLO, J. J.; FULMER, T.; PAVEZA, G. J.; REICHEL, W. **Mental status assessment.** In: GALLO, J. J. Handbook of geriatric assessment. 3ª ed. Gaithersburg, Md.: Aspen; 2000.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R.; O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatria**, Suplemento 1. v. 24, p.3 - 6, 2002.

GERONUTTI, A. D, MOLINA, A. C, MOLINA, S. A. L. Vacinação de idosos contra de saúde escola do interior do estado de São Paulo. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n. 2, p. 336-41, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: ed. Atlas, 2002, 175p.

GODOY, D. V.; GODOY, R. F. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. **J. Pneumol.**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 120 - 124, 2002.

GOMES, G. C; DIOGO, M. J. D'E. **Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos.** In: DIOGO, M. J. D'E; NERI, A. L.; CACHIORI, M. org. Saúde e qualidade de vida na velhice. São Paulo (SP): Alínea; 2004. p.107 - 32.

GONÇALVES, L. H. T, ALVAREZ, A. M, SENA, E. L. S, SANTANA, L. W. S, VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragiliza contexto sociocultural de Florianópolis. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.4, p. 570-7, 2006.

GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L.; FREIRE, M.; NEIDIL, E.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, Ú. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso. **Bahia Anal. Dados**, v.10, n. 4, p. 138 -153, mar. 2000.

GRIEVE, J. **Neuropsicologia para terapeutas ocupacionales: evaluación de La percepción y cognición.** 2. Ed. Madri: Médica Panamericana, 2000.

GUIA, C. M, LEMOS, R. M, RODRIGUES, H. C, TOLEDO M. A. V. Declínio funcional e cognitivo em idosos após 6 meses de internação em instituição gerontológica. In: Anais do 13º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia; 2002 jun. 19-22; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SBGG-Seção RJ; 2002. p. 348.

HECKLER, M.; WEINGARTNER, R.; MOREIRA, J. S.; PREZZI, S.; TOMBINI, N. Prevalência de depressão maior em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica**. J. Pneumol.,** Brasília, DF, v. 23, n. 5, p. 231 - 236, set.-out. 1997.

HOGSTEL, M. O.; GAUL, A. L. Safety or autonomy – and ethical issue for clinical gerontological nurses. **J. Gerontol. Nurs**., v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991.

JECKEL-NETO, E. A.; CUNHA, G. L. Teorias biológicas do envelhecimento In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 32 - 46, 2002.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 200 - 210, 1987.

KAWASAKI, K. J.; CRUZ, K. C. T. A. Utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) e idosos. **Med. Reabil**., v. 23, p. 57 - 60, 2004.

KAWASAKI, K, DIOGO, M. J. D, Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiatr**. v.12, n. 2, p. 55-60, 2005.

KOOL, B.; AMERATUNGA, S.; ROBINSON, E.; CRENGLE, S.; JACKSON, R. The contribution of alcohol to falls at home among working-aged adults. **Alcohol**, v. 42, p. 383-88, 2008.

IGLESIAS, R. J. H. A.; PINTO, M.; COSTA E SILVA, V. L.; GODINHO, J.. **Controle do tabagismo no Brasil**. Documento de Discussão – Saúde, Nutrição e População (HNP). Washington, DC: Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial/Departamento de Saúde, Nutrição e População. Agosto, 2007.

INOUYE, S. K. ; VISCOLI, C. M. ; HORWITZ ; R. I.; HURST, L. D. ; TINETTI, M. E. A predictive index for functional decline in hospitalized elderly medical patients. **J. Gen. Intern. Med**, v. 8, p. 645-52, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: http: // www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/ perfilidosos 2000. Pdf. Acesso em: 15 set 2011.

_____. IBGE**. Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade**: revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____.IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em: http// www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00. Acesso em: 12 julho 2011.

JANNUZZI, F. F.; CINTRA, F. A. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** , v. 40, n. 2, p. 179-187, 2006.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M.; Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**. p.179 - 186, 1969.

LEBRÃO, M.; LAURENTI, R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**., v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEITE, V. M. M.; CARVALHO, E. M. F. de; BARRETO, K. M. L.; FALCÃO, I. V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à terceira idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 6, n. 1, 2006.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissiveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931 - 943, 1998.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos do impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Rev. Bras. Hipertens**., v. 14, n. 1, p. 17-20, 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M.; GUIMARÃES, R. M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 1, p. 23-41, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745–757, 2003.

LINHARES, C. R. C.; COELHO, V. L. D.; GUIMARÃES, R. M.; CAMPOS, A. P. M.; CARVALHO, N. T. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16, n. 2, p. 319-26, 2003.

LOBIONDO – WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2001.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Arq. Neuropsiquiatr, v. 60, p. 61-9, 2002

LOYOLA-FILHO, A. I. de; MATOS, D. L.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; PEIXOTO, S. V.; LIMA-COSTA, M. F. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do SUS. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229-34, 2004.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda estrutural, **Rev Saúde Publica**, v. 39, n. 2, p. 311-8, 2005.

LOYOLA FILHO, A. I. de; MATOS, D. L.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; PEIXOTO, S. V.; LIMA-COSTA, M. F. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do SUS. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229-34, 2004.

LOYOLA FILHO, A. L.; UCHOA, E, FIRMO, J.O.A, LIMA-COSTA, M.F, Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre os idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Publica, v. 21, p. 545-553, 2005

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS-NETO, O. L. de; SILVA-JÚNIOR, J. B. da. A construção da vigilância e prevenção das DCNT no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MARCELLINI, F.; LEONARDI, F.; MARCUCCI, A.; FREDDI, A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.35, p.181-189, 2002

MARIN, M. J. S.; AMARAL, F. S.; MARTINS, I. B.; BERTASSI, V. C. Identificando os fatores relacionados ao diagnostico de enfermagem “riscos de quedas” entre os idosos. **Rev. Bras. Enferm**., v. 57, n. 5, p. 560 - 564, set/out, 2004.

MARIN, M. J.S.; CECILIO, L. C.O.; RODRIGUES, L. C. R.; RICCI, F. A.; DRUZIAN, S. Diagnósticos de enfermagem de idosos carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). **Esc Anna Nery**. V.12, N.2, p.278-84, 2008.

MARQUES, S. **O idoso após acidente vascular cerebral:** conseqüências para a família. Ribeirão Preto, 2004. 165p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARUJO, H. M. A. **Síndromes depressivas na infância e na adolescência**. Lisboa, 1994. 193p. Tese (Doutorado) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 1994.

MASCARENHAS, A. N, MORAES, M. L, GUIMARÃES, R. M. **Depressão em idoso: elevada prevalência e baixa detecção**. Gerontologia, v.4, p. 30-7, 1996.

MASTROENI, M.; ERZINGER, G.; MASTROENI, S.; SILVA, N.; MARUCCI, M. Perfil demografico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: Estudo de base domiciliar. **Rev. Bras. Epidemiol**., v. 10, n. 2, p. 190-201, 2007.

MATEEV, A.; GASPOZ, J. M.; BORST, F.; WALDVOGEL, F.; WEBWE, D. Use of a short form screening procedure to detect unrecognized functional disability in the hospitalized elderly. **J. Clin Epidemiol**, v. 51, p. 309 - 14, 1998.

MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; ARAÚJO, T.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciênc. Mov**., São Caetano do Sul, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI,T. B. Atividade física e o idoso. **Concepção gerontológica**. 2 ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MENDES, M.; GUSMÃO, J.; FARO, A.; LEITE, R. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul. Enfem**., v. 18, n. 4, p. 422 - 426, 2005.

MENÉNDEZ, J.; GUEVARA, A.; ARCIA, N.; DÍAS, E. M. L.; MARÍN, C.; ALFONSO, J. C. Enfermedades crônicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y El Caribe. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 17, p. 353 - 361, 2005.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 13, n. 4, p. 1209-18, 2008.

MIRANDA, R. V.; MOTA, V. P.; BORGES, M. M. M. C. Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v. 3, n. 1, 2010.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R.; SIMÕES, A. L. A Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm**., v. 15, p. 663 - 671, 2006.

MONTEIRO, P, P. Envelhecimento: Imagem e Transformação Corporal. São Paulo, 2000. 135 f. Tese (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; ZANETTI, M. V. Transtornos do humor. In MARTINS, M. A.; CARRILHO, F. J.; ALVES, V. A. F., et al. **Clínica Médica**: doenças dos olhos, doenças dos ouvidos, nariz e garganta, neurologia, transtornos mentais. Barueri, SP: Manole, v.6, p. 720-33, 2009.

MOTTA, C. C. R.; HANSEL, C. C. G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet], v. 12, n. 3, p. 471-7, 2010.

MOURA, E. C.; MORAIS-NETO, O. L.; MALTA, D. C.; MOURA, L.; SILVA, N. N.; BERNAL, R. Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, 2006. **Rev Bras Epidemiol.** v. 11, p. 20-37**,** 2008.

NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. L. F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **O projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003. p. 121-140.

NASRI, F. Envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein (São Paulo)**, v. 6, p. S4-S6, 2008. Suplemento 1.

NAKAYAMA, L.Y.; ASSEF, K.M.; DELLA TORRE, A, VALENTE, M.; CARMO, F. S.; GORZONI, M. L. Estudo de 93 idosos institucionalizados em unidade de alta dependência. **Gerontologia**. v. 4, p. 12:65, 2004.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C.M.C., DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D., ANGHINAH, R. Critérios diagnósticos e exames complementares. Recordações do Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuropsiquiatr**. v.63, p. 713-719, 2005.

ORGANIZACÍON MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Planificacíon y organizacíon de los servícios geriátricos. **Informe de um Comitê de Expertos**. Genebra, 1974 (Série de Informes técnicos, 548).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Informe sobre la salud en el mundo. 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.** 2001**.** Disponível:< http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>. Acesso: 10 abr 2010.

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

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. Editora Thompson Pioneira. 2006.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M. L. **O Projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS, 2003.

PAIXÃO, C. M. J.; REICHENHEIM, M. E. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 1, jan/feb, p.7-19. 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.1, p. 2 - 12.

PAPALÉO NETO, M.; YUASO, D.; KITADAI, F.; Longevidade: desafio no terceiro milênio. **Mundo Saúde**, v. 9, n. 4, p. 594 - 607, out - set. 2005.

PAPALEO NETTO. M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 01, p. 03-12.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-23, 2005.

PARANHOS, W. Y. Trauma no idoso. In: SOUSA, R. M. C. de; CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y.; MALVESTIO, M. A. **Atuação no trauma**: uma abordagem para a enfermagem. Cap. 26. São Paulo: Atheneu, 2009.

PASCHOAL, S. M. L. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 313 - 323.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap. 2, p.19 - 34.

PASCHOAL, S. M.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALEO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 4, p. 39 - 56.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul. Enferm**. v. 19, n. 3, p. 338 - 342, 2006.

PEDRAZZI, E. C.; MOTTA, T. T. D.; VENDRUSCOLO, T. R. P.; FABRIVIO-WEHBE, S. C. C.; CRUZ, I. R.; RODRIGUES, R. A. P. Household arrangements of the elder elderly. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 18-25, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p.103 - 109, fev. 2001.

PEREIRA, S. R. M.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M.; PY, L.; BARRETO, K. M. L.; LEITE, V. M. M. **Quedas em idosos**. Projeto Diretrizes. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001. p.2-9.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6; p. 709-16; 2002.

PERRACINI, M. R.; FLO, C. M.; GUERRA, R. O. Funcionalidade e Envelhecimento. In: PERRACINI, M. R.; FLO, C. M. **Fisioterapia**: teoria e pratica clinica: funcionalidade do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 1, p. 03 - 22.

PERRACINI, M. R.; GAZZOLA, J. M. Avaliação multidimensional do idoso. In: PERRACINI, M. R.; FLO, C. M. **Fisioterapia**: teoria e prática clinica: funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 2, p. 25 - 50.

PIUVEZAM, G, FERREIRA, A. A. A.; SOARES, S. C. M, SOUZA, D. L. B, ALVES, M. S. C. F. As perdas dentárias sob a ótica do idoso. Odontologia. **Clín.- Científ**., v. 5, n. 4, p. 299-306, 2006.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, L.R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil dos idosos em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.2, p. 87 - 94, 1993.

RAMOS, L.R. **Growing old in São Paulo, Brazil**: assesment of health status and social support of elderly people different sócio-economic sprapa living in the community London, 1987. 325p. Thesis (Doctor) – London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1987.

RAMOS, L. R. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev de Saúde Pública,** v. 27, n.2, p. 87 - 94. 2003.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde. Pública**, v. 19, n. 3, p. 793 - 797, 2003.

REIS, S. C. G. B.; HIGINO, M. A. S. P.; MELO, H. M. D.; FREIRE, M. C. M. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia - GO - 2003., **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, Mar. 2005.

REIS. L. A.; MASCARENHAS, C. H. M.; COSTA, A. N.; LESSA, R. S. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da clinica escola de fisioterapia da Universidade estadual do sudoeste da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n.2, p.322-330, 2008.

ROACH, S. S. **Introdução a Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

RODRIGUES, R. A.; KUSOMOTA, L; FABRICIO, S. C.; MARQUES, S.; CORBACHO, A. C. Quedas com idosas na comunidade: estudo retrospectivo. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 420-424, 2001.

RODRIGUES, S.L.A.; WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 40, n. 4, p.493-500, 2006.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 777-794, 2002.

ROSA, T. E. C.; BENICIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre os idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.37, p. 40 - 48, 2003.

ROSSET-CRUZ, I. **Avaliação Geriátrica Global dos idosos mais velhos residentes em Ribeirão Preto (SP) e Caxias do Sul (RS): indicadores para o envelhecimento longevo**. 156f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009.

ROUNDY, K..: CULLY, J.A.; STANLEY, M. A; VEAZEY, C.: SOUCHEK, J.; WRAY, N. P.; FUNIK, M. E. Are Anxiety and Depression Addressed in Primary Care? **Prim Care Companion j Clin Phychiatry,** v. 7, n. 5, 2005.

RUBENSTEIN, L. Z.; JOSEPHSON, K. R. The epidemiology of falls and syncope. **Clin Geriatr Med,** v. 18, n. 2; p.141-158, 2002.

SAS Institute Inc., ***SAS/STATA®*** *User's Guide, Version 9*, Cary, NC: SAS.

SAAD, P. M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. In: GUIMARÃES, J. R. S. **Demografia dos negócios:** campo de estudo, perspectiva e aplicações. Campinas: ABEP, 2006. p. 153-166. (Demographicas, 3).

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminilização da velhice. **Estud. interdiscip. envelhec.**, v. 4, p. 7 - 19, 2002.

SALES, F. M, SANTOS I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto & Contexto Enferm**.v.16, n. 3, p.495-502, 2007.

SANDOVAL, P.; PALMA, A.; SANDOVAL, F. Variacion de la capacidad funcional em adultos mayores que requerieron de hospitalizacion. **Bol. Hosp S J de Dios.**, v. 45, p. 268 - 272, 1998.

SANTINI, L. A.; GOULART, F. A. A.; REIS, H. C. Fundamentos para a gestão da saúde nos municípios – princípios gerais de operacionalização do SUS. In: _____. **A Saúde no município: organização em gestão**. Cap 2, 2.ª ed. Rio de Janeiro: IBAM ,1992.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I. Como tornar-se idoso: um modelo de cuidar/pesquisar em enfermagem gerontológica. **Texto Contexto Enferm**., v. 14, n. 4, p. 2002-2012, out./ dez. 2005.

SANTOS, S, R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757 - 764, 2002.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador.** Campinas, S P: Alínea; 2003.

SANTOS, J. S.; SCARPELINI, S.; BRASILEIRO, S. L.; FERRAZ, C. A.; DALLORA, M. E L. V.; SÁ, M. F. S. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referencia as Políticas Nacionais de Atenção às urgências e humanização. **Medicina,** Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez. 2003.

SANTOS, L.; CREPALDI, M.; RAMOS, L. Grupos de promoção a saúde no desenvolvimentos da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-345, 2006.

SANTOS, M. O idoso na comunidade: atuação da enfermagem. In Papalélo Netto, Matheus (org). **Tratado de Gerontologia**. 2. Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007, p. 403-413.

SÃO PAULO (Estado). Decreto n. 13.297, de 5 de março de 1979. Dispõe sobre o regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Lex**: coletânea de legislação e jurisprudência, São Paulo, 1979. Disponível em: http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/arqs/pdf/REGULAMENTO_VIGENTE_II.pdf. Acesso em: 25 jul. 2011.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN D.; DALACORTE, R. R.; Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, 2008.

SIQUEIRA, A.B.; CORDEIRO, R. C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n.5, p.687-94, 2004.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V.; HALLAL, P. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p.749-56, 2007.

SILVA, A. A. da. Alcoolismo em idosos. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, n. 10, ano IV, 2008.

SILVA JUNIOR, J. B.; GOMES, F. B. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi. p. 289-311, 2003.

SILVESTRE, J. A. Por uma política publica de saúde dos idosos. In: WONG, L. L. R. (Org.) **O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR: ABEP, 2002. p. 79-96.

SILVESTRE, J..; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idosos em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. v.19, n. 3, p. 830- 847, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. In: _____. Apoio de enfermagem a pessoas idosas. 4ª ed. Rio de Janeiro. Interamericana. 2008, cap. 13, p. 209 - 237.

SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age. **Rev. Bras. Psiquiatr.,** v. 24, p. 42-47, 2002.

SOLOMON, A. **O demônio do meio dia – uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2002

SOUSA, A. I., SILVER, L.D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas. **Esc Anna Nery Ver Enferm, v.** 12, n. 4, p. 706-16, 2008.

SOUZA, J. N.; CHAVES, E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis, **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, p. 13-19, 2005.

STEEN G, SONN U, HANSON AB, STEEN B. Cognitive Function and Functional Ability. A cross-sectional and Longitudinal Study at Ages 85 and 95 in Non-demented Population. **Aging**, v. 13, p. 68 - 77, 2001.

STHAL, H. C, BERTI, H. W, PALHARES, V. C. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto socorro quanto a vulnerabilidade social e programatica. **Esc Anna Nery**, v.14, n. 4. p. 697-704, 2010.

STOPPE JÚNIOR, A. Aspectos clínicos da depressão em idosos**. Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 121-8, 1994.

TOLEDO, M. A. V.; SANTOS NETO, L. S.; Depressão no idoso. In: HARGREAVES, L. H . **Geriatria**. Brasília, 2006. Cap. 45, p. 545 - 552.

TORRES JUNIOR, I. Meio ambiente e envelhecimento: desafio e alternativas para a sociedade. Uma abordagem ecológica. **Rev. Lúmen**, v. 9, n. 20, p. 75 -93, jan./abr. 2003.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 429 - 435, 1998.

UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública,** v.19, n. 3, p. 849 - 853, 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. **Apresentação do Hospital**. Ribeirão Preto: FMRP-USP; 2010. Disponível em: http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpsites/hgxpp001?1,16,62,O,P,0,MNU;E;23;1;24;1;MNU;,. Acesso em: 10 nov. 2010.

VAGETTI, G. C.; WEINHEIMER, M. S.; OLIVEIRA, V. Atendimento integral à saúde do idoso residente em instituição de longa permanência: uma experiência interdisciplinar. **Estud. interdiscip. envelhec**., Porto Alegre, v. 11, p. 53 - 66, 2007.

VALLE, E. A.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J. O. A.; UCHO, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 918-26, 2009.

VARAS-FABRA, F.; MARTÍN, E. C.; TORRES, L. A. P.; FERNANDEZ, M. J. F.; MORAL, R. R.; BERGE, I. E. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. **Aten Primaria**, Barcelona, v. 38, n. 8, p. 450-455, 2006.

VERAS, R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e as suas necessárias transformações. In: **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UERJ, Unati, 2001.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHES, M. A. S.; CHAVES, P. H. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor de saúde: conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil**. 2002. 64p.

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

VERAS. R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 2009; São Paulo, v. 43, p. 548-54, 2009

VERNON, M. S. Acidentes com o idoso. In: GALLO, J. J.; WHITEHEAD, JB; RABINS, P. V.; SILLIMAN, R. A.; MURPHY, J. B. **Reichel assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 61, p. 555-61.

VIEIRA, E.B, KOENIG, A. M. Avaliação Cognitiva. IN: FREITAS, E. V, PY, L, NÉRI, A. L, CANÇADO, F. A. X, GORZONI, M. L, ROCHA, S. M, editores. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 921-8.

VRANJAC, A. **Guia básico para agentes de saúde**: prevenção de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT e de seus fatores de risco. Governo do Estado de São Paulo - Secretaria do Estado de São Paulo - Instituto de Pesquisa Centro de Vigilância Epidemiológica. 2ª ed. São Paulo, 2002.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online],** v. 22, n.2, p. 285-294, 2006.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

WILKINS, S.; LAW, M.; LETS, L. Assessment of functional performance. In: BONDER, B. R.; WAGNER, M. B. **Functional performance in older adults**. Philadelphia: F. A. Davis**,** p. 236-51, 2011.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 23, n. 1, p. 5 - 26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Department of Noncommunicable Disease Preventions & Health Promotion. **World Health Day 2002 "Move for Health**. Disponível em: <http://www.who.int/moveforhealth/introduction/en/print.html> Acesso em: 20 ago. 2006.

_____. WHO. **Chronic diseases.** Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/. Acesso em: 19 jul. 2008.

YANG, Y.; GEORGE, L. Functional disability transition, and depressive symptoms in late life. **J. Aging Health**, v. 17, n. 1, p. 263 - 292, 2005.

YATCH, D.; HAWKES, C.; GOULD, C.L.; HOFFMAN, K.J. Global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. **Journal of the American Medical Association**, v. 291, n. 21, p. 2616 - 2622, 2004.

YESAVAGE, J. A.; BRINK, T. L.; ROSE, T. L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M.; LEIRER, V. O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res.**, v.17, n.1, p. 37 - 49, 1983.

YONA, M. G. O. **Perfil epidemiológico de usuários idosos de um hospital de Maceió avaliados na semana do idoso**. In: Anais de Congresso – geriatria e gerontologia, 2010; 4 (suplemento) 1), 9-71.

APÊNDICE

APÊNDICE - A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do projeto: Perfil de Idosos Internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos realizando um estudo com os idosos internado na Unidade de Clínica Médica deste Hospital. O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil sócio demográfico: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda e de saúde, capacidade em realizar as atividades de vida realizadas no seu dia a dia assim como sua memória, atenção e raciocínio, doenças referidas, uso de medicações, sintomas depressivos e acesso ao serviço de saúde dessa população, tendo como propósito oferecer subsídios para um planejamento local de ações de saúde que visem à melhoria da qualidade da assistência.

Desta forma, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo. A sua participação constará em responder questões, por meio de uma entrevista, a qual será realizada por mim.

O(a) senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo, podendo inclusive, retirar-se do mesmo em qualquer momento, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo.

O(a) senhor(a), também, poderá solicitar novos esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento, se achar necessário. Nosso telefone para contato é 3602-0534/ 36021152.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e os dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua identificação. Sua participação neste estudo não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação.

Acreditamos que este estudo contribuirá para o conhecimento do perfil do idoso, melhorando a qualidade de assistência prestada ao mesmo.

Atenciosamente,
Caroline Padovan Prado (COREn nº 115815)
Telefone: (16) 36021152
Sueli Marques (COREn nº 61337)
Telefone: (16) 36020534

Eu _____ declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ___ de _____ de _____.

ANEXOS

ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1) Como o Sr (a) avalia sua memória atualmente?
(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima (6) não sabe

Total de pontos: ☐

2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:
(1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

Total de pontos: ☐

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:
Anote um ponto para cada resposta certa:

3) Por favor, diga-me:
Dia da semana ( ) Dia do mês ( ) Mês ( ) Ano ( ) Hora aprox. ( )

Total de pontos: ☐

ORIENTAÇÃO ESPACIAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:
Onde estamos: consultório, hospital, residência ( )
Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ( )
Em que bairro estamos: ( )
Em que cidade estamos ( )
Em que estado estamos ( )

Total de pontos: ☐

REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore Mesa, Cachorro.
A ( ) M ( ) C ( )
Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez _____; nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos: ☐

ATENÇÃO E CALCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7;

_____; _____; _____; _____; _____. (93; 86; 79; 72; 65)

Total de pontos: ☐

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A ( ) M ( ) C ( )

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos: ☐

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C ( ) R ( )

Anote um ponto para cada resposta correta: (permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos: ☐

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

"NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ"

Total de pontos: ☐

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: "FECHE OS OLHOS". Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos: ☐

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P ( ) D ( ) C ( )

Total de pontos: ☐

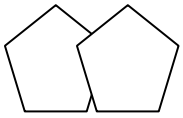
12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). **Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro.** (máximo de trinta segundos).

Total de pontos: ☐

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). **A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.** Anote um ponto se o desenho estiver correto.

Total de pontos: ☐



ANEXO B - Instrumento de coleta de dados

Nº questionário [ ][ ][ ][ ] Data: ___/___/___

Entrevistador:_____

Iniciais do paciente: _____

Entrevistado: Idoso (1) Cuidador (2) Ambos (3)

Data de nascimento ____/____/_____ Idade _____

SEÇÃO A – IDENTIFICAÇÃO

A. 1) Sexo

(1) Masculino (2) Feminino

A. 2) Cor da pele

(1) Branca (3) Amarela (5) Indígena

(2) Parda (4) Preto (88) Não sabe (NS)

A. 3) Local de nascimento

(1) Urbana (2) Rural (88) NS

A. 4) Há quanto tempo está morando na cidade ou região de Ribeirão Preto? (em anos completos) _____ (88) NS

A.5) Qual o seu estado conjugal?

(1) Nunca se casou ou morou c/ companheiro
(2) Mora com esposo (a) ou companheiro(a)
(3)Separado (a), desquitado(a) ou divorciado(a)
(4) Viúvo
(88) NS

A. 6) Quantos filhos teve? _____ (88) NS

SEÇÃO B - PERFIL SOCIAL DO IDOSO

B. 1) Escolaridade (em anos): _____ Sabe ler e escrever ( ) Sim ( ) Não

B. 2) Qual(is) dessas rendas o Sr(a) tem?

(1) Não Tem (2) Tem (88) NS

B. 2a) Aposentadoria ( ) $_____
B.2b) Pensão ( ) $_____
B.2c) Aluguel ( ) $_____
B.2d)Trabalho próprio ( ) $_____
B.2e) Doações (família, amigos, instituições) ( ) $_____
B.2f) Outras _____

B. 3) Principal atividade profissional exercida anteriormente: _____

B. 4) No seu entender de acordo c/ sua situação econômica atual, de que forma o sr(a) avalia suas necessidades básicas (Alimentação, Moradia, Saúde)

(1) Muito boa (3) Regular (5) Péssima
(2) Boa (4) Ruim (88) NS

B. 5) Em geral, em comparação c/ a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que a sua situação econômica é:

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (88) NS

B. 6) A casa onde mora é:

(1) Própria-quitada
(2) Própria-paga (prestação)
(3) Paga aluguel
(4) Cedida – sem aluguel
(5) Asilo ou Casa de repouso
(7) Outro tipo
(88) NS

B. 7) Com quem o sr(a) mora?

(1) Sozinho
(2) Esposo
(3) Familia
(4) Acompanhante particular
(5) Outra pessoa
(6) Asilados

B. 8) Compartilha seu espaço de dormir com outra pessoa no mesmo quarto?

(1) Não
(2) Esposo
(3) Um familiar
(4) Dois ou mais familiares
(5) Particular /contratado
(6) Asilado

C - ESTILO DE VIDA

C.1) O sr (a) fuma?

(1) Sim (2) Não (88) NS

C.1a) Se fuma, há quanto tempo, em anos? (menos de 1 ano considere 01 ano, caso não se lembra, anos aproximado) _____ (88) NS

C.1b) Quantos cigarros fuma por dia? (1maço = 20 cigarros) _____ (88) NS

C.1c) Se não fuma, já fumou alguma vez?

(1) Sim (2) Não (88) NS

C.1d) Se fumou, por quanto tempo, em anos? _____ (88) NS

C.1e) Quantos cigarros fumou por dia? _____ (88) NS

C.1f) Alguém na sua residência / trabalho fuma

(1) Sim (2) Não (88) NS

Para as questões: C.2a a **C.2f**

C.2) Com que freqüência Sr(a) costuma beber?

(1) Não bebe
(2) Eventualmente/raramente
(3) Até 3 vezes por semana
(4) 4 a 7 vezes na semana
(88) NS

C.2a) Cerveja _____
C.2b) Vinho _____
C.2c) Licores _____
C.2d) Vermutes _____
C.2e) Destilada (Pinga/whisky/cognac) _____
C.2f) Outro tipo de bebida _____ _____
C.2g) Se Bebe, Quanto Tempo em anos? _____ (88) NS
C.2h) Se não bebe, já bebeu alguma vez na vida?

(1) Sim (2) Não (88) NS

C.2i) Se sim, quanto tempo bebeu, em anos? _____ (88) NS

Para as questões C.3a a **C.3i**

C.3) Com que freqüência costuma praticar essas atividades físicas?

(1) Não pratica
(2) Eventualmente
(3) Até 2 vezes (fim de semana)
(4) 3 a 4 vezes na semana
(5) 5 a 7 vezes na semana
(88) NS

C.3a) Dança _____
C.3b) Futebol _____
C.3c) Natação _____
C.3d) Tênis _____
C.3e) Basquete/vôlei _____
C.3f) Caminhadas _____
C.3g) Bocha _____
C.3h) Bicicleta _____
C.3i) Outra _____ _____

D - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

AGORA GOSTARIA DE PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES E TAREFAS DO SEU DIA A DIA

Estamos interessados em saber se consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda (citar, quem), ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

Para as questões D.3a a **D.3w**

(1) S/ dificuldade
(2) C/ muita dificuldade
(3) Só com ajuda
(4) Não consegue
(88) NS
(99) NSA

Código de quem ajuda **A**

(1) S/ ajuda
(2) Pai/mãe/tio
(3) Irmão/primo/cunhado
(4) Cônjuge
(5)Filho/enteado/genro/nora
(6) Neto/bisneto
(7) Amigo/conhecido/vizinho
(8) Acompanhante
(9) Outro

Avaliação antes de Internar

		A
D.3a) comer	____	____
D.3b) tomar banho	____	____
D.3c) vestir-se	____	____
D.3d) pentear cabelo	____	____
D.3e) deitar / levantar da cama	____	____
D.3f) ir ao banheiro em tempo	____	____
D.3g) controle urinário	____	____
D.3h) controle intestinal	____	____
D.3i) andar no plano	____	____
D.3j) subir e descer escadas	____	____
D.3k) transporte cadeira p/ cama e vice versa	____	____
D.3l) andar perto de casa	____	____
D.3m) medicar-se na hora	____	____
D.3n) fazer compras diversas	____	____

D.3o) preparar refeições	____	____
D.3p) cortar unhas dos pés	____	____
D.3q) dirigir condução	____	____
D.3r) uso de transporte (taxi / ônibus)	____	____
D.3s) fazer limpeza de casa	____	____
D.3t) administrar finanças	____	____
D.3u) dificuldade para sair de casa	____	____
D.3v) uso de telefone	____	____
D.3w) tarefas domésticas	____	____

Avaliação no Hospital

		A
D.3a) comer	____	____
D.3b) tomar banho	____	____
D.3c) vestir-se	____	____
D.3d) pentear cabelo	____	____
D.3e) deitar / levantar da cama	____	____
D.3f) ir ao banheiro em tempo	____	____
D.3g) controle urinário	____	____
D.3h) controle intestinal	____	____
D.3i) andar no plano	____	____
D.3j) subir e descer escadas	____	____
D.3k) transporte cadeira p/ cama e vice versa	____	____
D.3l) andar perto de casa	____	____
D.3m) medicar-se na hora	____	____
D.3n) fazer compras diversas	____	____
D.3o) preparar refeições	____	____
D.3p) cortar unhas dos pés	____	____
D.3q) dirigir condução	____	____
D.3r) uso de transporte (taxi / ônibus)	____	____
D.3s) fazer limpeza de casa	____	____
D.3t) administrar finanças	____	____
D.3u) dificuldade para sair de casa	____	____
D.3v) uso de telefone	____	____
D.3w) tarefas domésticas	____	____

Avaliação na alta Hospitalar

		A
D.3a) comer	____	____
D.3b) tomar banho	____	____
D.3c) vestir-se	____	____
D.3d) pentear cabelo	____	____
D.3e) deitar / levantar da cama	____	____
D.3f) ir ao banheiro em tempo	____	____
D.3g) controle urinário	____	____
D.3h) controle intestinal	____	____
D.3i) andar no plano	____	____
D.3j) subir e descer escadas	____	____
D.3k) transporte cadeira p/ cama e vice versa	____	____
D.3l) andar perto de casa	____	____
D.3m) medicar-se na hora	____	____

D.3n) fazer compras diversas ____ ____
D.3o) preparar refeições ____ ____
D.3p) cortar unhas dos pés ____ ____
D.3q) dirigir condução ____ ____
D.3r) uso de transporte (taxi / ônibus) ____ ____
D.3s) fazer limpeza de casa ____ ____
D.3t) administrar finanças ____ ____
D.3u) dificuldade para sair de casa ____ ____
D.3v) uso de telefone ____ ____
D.3w) tarefas domésticas ____ ____

E - SAÚDE

E.1) Em geral o(a) sr(a) diria que sua saúde é:

(1) Péssima (3) Regular (5) Ótima
(2) Má (4) Boa (88) NS

E.2) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o (a) sr (a) diria que sua saúde está:

(1) Pior (3) Melhor
(2) Igual (88) NS

E.3) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) sr(a) diria que sua saúde é:

(1) Pior (3) Melhor
(2) Igual (88) NS

Para as questões E.4a a **E.4y**

E.4) O(a) sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde e que pode ou não interferir nas suas atividades diárias?

(1) Não (3) Tem, interfere
(2) Tem, não interfere (88) NS

E.4a) Reumatismo _____
E.4b) Artrite/artrose _____
E.4c) Osteoporose _____
E.4d) Asma/bronquite _____
E.4e) Tuberculose _____
E.4f) Anemia _____
E.4g) Pressão alta _____
E.4h) Má circulação (varizes) _____
E.4i) Problema cardíaco _____
E.4j) Diabetes _____
E.4k) Obesidade _____
E.4l) Derrame _____
E.4m) Parkinson _____
E.4n) Incontinência urinária _____
E.4o) Incontinência fecal _____
E.4p) Glaucoma _____
E.4q) Probl. p/ dormir _____
E.4r) Catarata _____
E.4s) Prisão ventre _____
E.4t) Problema de coluna _____
E.4u)Problema renal _____

E.4v) Sequela acidente./trauma _____
E.4w) Tu. malígnos _____
E.4x) Tu. Benigno _____
E.4y) Outras (gripe, diarréia, dor) Especifique : _____

E.5) Diagnóstico médico na internação: _____

E.6) Dos medicamentos que o (a) sr(a) toma
(1) não toma nenhum
(2) Todos são receitados pelo médico
(3) Alguns são sugestões de vizinhos/amigos
(4) Todos são sugestões de vizinhos/amigos
(5) Por conta própria
(88) NS

E.7) No momento tem problema de braço (mãos) p/ manuseio das AVDs?
(1) Não (3) Tem, muito
(2) Tem, pouco (88) NS

Para as questões E.7a a **E.7e**

E.7) O (a) sr (a), no momento tem alguns destes problema para locomoção?
(1) Não tem (3) Tem e faz terapia
(2) Tem e não faz terapia (88) NS (99) NSA

E.7a) Dificuldades de movimentação de pé _____
E.7b) Dificuldade. de movimentação de pernas _____
E.7c) Paralisia de membros _____
E.7d) Ausência (de parte) de membros _____
E.7e) Problemas c/ os pés inibindo sua mobilidade (joanetes) _____

E.8) Precisa usar óculos?
(1) Sempre (3) Somente para longe
(2) Somente para ler/TV (4) Não (88)NS

E.9) O(a) sr(a) usa óculos?
(1) Não (3) Usa sempre
(2) Sim,às vezes (88)NS

E.10) Se não usa e precisa, por que não usa?
(1) O óculos não está de acordo (3) Esquece de usar
(2) Porque não tem (88)NS

E.11) Como diria que está sua visão no momento? (c/ os óculos, se for o caso)?
(1) Péssima (3) Regular (5) Ótima
(2) Má (4) Boa (88) NS

Para as questões E.12a a **E12j**

E.12) Com que freq. os seus problemas de visão lhe dificultam realizar as seguintes tarefas
(1) Nunca (3) Sempre
(2) Raramente (88) NS (99)NSA

E.12a) Ler letreiros de ônibus _____
E.12b) Semáforo _____
E.12c) Placa de sinalização _____
E.12d) Embalagens _____
E.12e) Nota fiscal (compras _____
E.12f) Bula de remédio _____
E.12g) Etiqueta c/ preço em supermercado _____
E.12h) Arrumar a casa _____
E.12i) Assistir TV _____
E.12j) Cozinha _____

E.13) Com relação à audição, tem aparelho de audição ? usa ?
(1) Não precisa
(2) Não tem, precisa
(3) Tem, quebrado
(4) Tem, não usa
(5) Tem, usa às vezes
(6) Tem, usa sempre
(88) NS

E.14) Tem dificuldade p/ conversar com uma só pessoa quando tem algum ruído no ambiente, como por exemplo uma tv ligada?
(1) Sempre
(2) Ás vezes
(3) Não tem
(88)NS

E.15) Possui os dentes?
(1) Todos
(2) Nenhum
(3) Sim, só em cima
(4) Sim, só em baixo
(5) Sim alguns (menos da metade)
(88) NS

E.16) Tem dificuldades p/ mastigar?
(1) Sempre para qualquer tipo de alimento
(2) Apenas para alimentos duros
(3) Dificilmente/ raramente
(4) Não tem (88) NS

E.17) Tem prótese dentária (dentadura , ponte, etc)?
(1) Não tem
(2) Ausência de dentes
(3) Sim, só em cima
(4) Sim, só em baixo
(5) Sim, em cima e em baixo
(88) NS

E.18) Tem dificuldades para engolir (engasga c/ freq.)?
(1) Nunca
(2) Ás vezes
(3) Sempre
(88) NS

E.19) Sente dificuldade p/ falar?
(1) Nunca
(2) Ás vezes
(3) Sempre
(88) NS

E.20) Quantas quedas sofreu nos últimos 12 meses?
(1) Nenhuma
(2) de 1 a 2
(3) de 3 a 4
(4) 5 ou mais (88) NS

E.21) Se houve queda, quais as conseqüências da mais grave?
(1) Sem machucado
(2) Pequeno machucado
(3) Ferimento com ponto
(88) NS
(4) Ferimento c/ ponto e fratura fechada
(5) Fratura fechada
(6) Fratura exposta
(99) NSA

Para as questões de E.22a a **E.22g**
E.22) Cite os locais de fratura.:
(1) Local citado
(2) Não citado
(88) NS
(99) NSA

E.22a) MMSS _____
E.22b) MMII _____
E.22c) Cabeça _____
E.22d) Face _____
E.22e) Costela(S) _____
E.22f) Bacia _____
E.22g) Coluna _____

C.23) Alguma delas afetou sua capacidade de locomoção?
(1) Não (3) Sim, afetou de forma definitiva
(2) Sim, temporariamente (88) NS (99) NSA

Para as questões de E.23a a **E.23e**
E.24) O(a) sr(a) utiliza:
(1) Não usa- não precisa (4) Usa ás vezes, possui
(2) Não usa- precisaria usar (5) Usa sempre, não possui
(3) Usa ás vezes, não possui (6) Usa sempre, possui (88) NS

E.24a) Bengala _____
E.24b) Muleta _____
E.24c) Andador _____
E.24d) Cadera de Rodas _____
E.24e) Prótese _____

F - USO E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Para as questões de F.1a a **F.1h**
F.1) Quais desses serviços de saúde o sr(a) usa, ainda que eventualmente
(1) Usa e está satisfeito (3) Usa, nunca fica satisfeito
(2) Usa, as vezes fica satisfeito (4) não usa (88) NS

F.1a) UB Saúde _____
F.1c) Hospital Particular _____
F.1d) Hospital Publico _____
F.1e) Convenios _____
F.1f) Méd.Particular _____
F.1h) Outros _____

F.2) Utiliza homeopatia (fitoterapia)?
(1) Não (3) Sim, sempre
(2) Sim,às vezes (88) NS

F.3) Tem hábito de resolver problema de saúde na farmácia?
(1) Não (3) Sim, sempre
(2) Sim,às vezes (88) NS

F.4) Na última vez que o (a) sr(a) ficou doente a quem recorreu?
(1) Médico (4) Naturalista (ervas, chás, etc)
(2) Homeopata (5) Enfermeiro
(3) Farmacêutico (6) Outros (especifique ____)
(7) Ninguém (88) NS

F.5) Quanto tempo esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento?
(1) Dias (88) NS

(2) Meses (99) NSA

F.6) Depois que o sr(a) chegou a um serviço de saúde quanto tempo esperou para ser atendido:

(1) Minutos (88) NS
(2) Horas (99) NSA

F.7) Poderia me dizer se nos últimos 12 meses de atendimento médico recebeu vacina contra :

(1) Nenhuma (4) Gripe/Outra
(2) Gripe (5) Tétano/Outra
(3) Tétano (6) Outra (_____)
(7) Tomou, não lembra (88) NS

G- REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Para as questões de E1a a **E1h :**

G1) No caso de ficar doente ou incapacitado(a) quem cuidaria do(a) sr(a)? (assinale até 3 respostas na ordem em que forem dadas)?

(1) Não mencionou (3) Segunda menção
(2) Primeira menção (4) Terceira Menção (88) NS

G1a) Ninguém _____
G1b) Esposo ou companheiro _____
G1c) Filho(a) _____
G1d) Outros familiares _____
G1e) Amigos ou vizinhos _____
G1f) Prof. contratado (aux. enf., etc) _____
G1g) Associações beneficientes _____
G1h) Outros :_____ _____

ANEXO C - Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) SIM (1) NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM (0) NÃO
D.3. Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM (0) NÃO
D.4) Você se aborrece com freqüência?	(1) SIM (0) NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM (0) NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM (0) NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM (0) NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM (0) NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) SIM (1) NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM (0) NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia?	(0) SIM (1) NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM (0) NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM (0) NÃO

Pontuação: _____

ANEXO D – Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 057/2011

Ribeirão Preto, 04 de março de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 03 de março de 2011.

Protocolo: nº 1260/2011

Projeto: PERFIL DE IDOSOS INTERNADOS NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL GERAL TERCIÁRIO.

Pesquisadores: Sueli Marques
Caroline Padovan Prado

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Sueli Marques
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO D – Centro de Estudos do Hospital das Clinicas da FMRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UNIDADE DE EMERGÊNCIA
CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGENCIA EM SAÚDE

Fone (16) 36021225 / Fax (16) 360221248
cees@hcrp.fmrp.usp.br www.hcrp.fmrpusp.br

Rua Bernardino de Campos, 1000
14015-130 Ribeirão Preto SP

CENTRO DE ESTUDOS DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE DA U.E.- HCFMRP-USP

PARECER

O trabalho intitulado "**PERFIL DE IDOSOS INTERNADOS NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL GERAL TERCIÁRIO**", apresentado sob a responsabilidade da orientadora Profª. Drª. Sueli Marques como Projeto de Pesquisa a ser realizado também na Unidade de Emergência, pela pesquisadora mestranda Caroline Padovan Prado, o referido projeto foi aprovado pelo Conselho Científico do CEES.

Ribeirão Preto, 10 de janeiro de 2011.

Prof. Dr. MARCOS DE CARVALHO BORGES
Coordenador do CEES UE-HCFMRP-USP