

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

THABATA CRUZ DE BARROS

Gerenciamento de caso: estratégia de atuação para a efetividade do cuidado integrado

São Paulo

2017

THABATA CRUZ DE BARROS

Gerenciamento de caso: estratégia de atuação para a efetividade do cuidado integrado

Versão original

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

Área de Concentração:

Gestão Gerontológica

Orientadora:

Profa. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

São Paulo

2017

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

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO

(Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Biblioteca)

Barros, Thabata Cruz de

Gerenciamento de caso : estratégia de atuação para a efetividade do cuidado integrado / Thabata Cruz de Barros ; orientadora, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez. – 2017
145 f. : il.

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

1. Assistência a idosos. 2. Saúde do idoso. 3. Capacidade funcional. 4. Avaliação de risco. 5. Envelhecimento. I. Gutierrez, Beatriz Aparecida Ozello, orient. II. Título

CDD 22.ed. – 362.6

Dissertação de autoria de Thabata Cruz de Barros, sob o título "**Gerenciamento de caso:** estratégia de atuação para a efetividade do cuidado integrado", apresentada à Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Gerontologia, aprovada em ____ de _____ de _____ pela comissão julgadora constituída pelos doutores:

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Presidente

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Agradecimentos

Primeiramente, é fundamental ressaltar a importância de dizer “obrigado”. Esse termo tem um significado muito grandioso e é necessário valorizar isso. Ele tem o poder de transformar as vidas das pessoas e a maneira como elas são percebidas pelas outras pessoas. O agradecimento é um momento único. O agradecimento mostra de forma sublime o seu reconhecimento por alguém tê-lo feito feliz. Por isso, é essencial dizer “obrigado”. Obrigada a todos que me acompanharam nestes momentos únicos e tão importantes para a minha trajetória profissional, em especial:

A minha **família** por todo momento de compreensão que tiveram comigo. “Pai, mãe, Lucas, Thalita e Thales. Amo vocês incondicionalmente!

A **Gabriela Barom** e a **Melissa Messias**, amigas incondicionais. Por todos os momentos que passamos juntas. Por todos os momentos de desabafos. Por todos os momentos de risada. Por todos os momentos de companheirismo. Vocês estiveram presentes em momentos importantes da minha vida e além de simplesmente estarem presentes, posso dizer que sem vocês não teria conseguido. Obrigada pela amizade verdadeira. Obrigada por terem me proporcionado amizade para a vida inteira.

Aos **participantes do estudo e aos seus familiares** por aceitarem colaborar na realização do estudo. Sem vocês não teríamos a finalização deste trabalho.

A Profa. Dra. **Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez**, por ser mais do que orientadora. Por ser amiga e confidente. Por sempre ter me apoiado e incentivado. Por sempre ter ideias incríveis. Por enriquecer esse trabalho com suas contribuições iluminadas.

A Dra. **Bernardete Weber** por ter aceitado participar da qualificação deste projeto, disponibilizando seu tempo e valioso conhecimento para apreciação do mesmo.

A Profa. Dra. **Ruth Melo** por ter participado da qualificação e da defesa deste projeto, suas contribuições críticas e enriquecedoras foram fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

A Dra. **Tatiana Novato** por ter participado deste projeto, disponibilizando sua enriquecedora experiência, como enfermeira e pesquisadora, para apreciação, contribuição e avaliação do mesmo.

A Profa. Dra. **Ana Paula Curi** pelo apoio durante a execução do trabalho.

Ao Prof. **Dr. Egídio Dorea Lima** pela contribuição e incentivo na idealização do tema de estudo.

Aos **profissionais do Hospital do Coração – Hcor**, representados pelas maravilhosas especialistas Rita Coli, Aparecida Bernardes, Malu Dias Braz e Silvia Cury, por terem participado do processo de adaptação transcultural realizada neste estudo.

Ao **Hospital do Coração – Hcor**, por permitir a participação de seus colaboradores nas atividades desenvolvidas durante este estudo.

Ao **Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**, nas pessoas da Dra. Ana Lucia Mendes e do Prof. Dr. Waldyr Antônio Jorge, por terem autorizado a realização deste estudo nas dependências institucionais do hospital.

Aos **profissionais do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo**, representados pela enfermeira Márcia de Souza Campos, por terem facilitado o processo de coleta de dados realizada neste estudo.

Aos amigos **Cleide, Douglas e Lucas**, estudantes de graduação do curso de gerontologia, por terem realizado a coleta de dados deste estudo. Obrigada pela dedicação e empenho de vocês durante todo o processo.

As amigas do mestrado (**Glaucia, Bruna, Patricia e Tassia**) e a **todos os docentes da Universidade de São Paulo** que me acompanharam nesse processo de aprendizado e amadurecimento científico. Obrigada pelas ricas experiências compartilhadas.

Ao amigo **Rodrigo Manuel Pereira de Jesus**, pela contribuição no desenho e desenvolvimento do fluxo apresentado neste trabalho. Obrigada pelo apoio.

A amiga **Kassia Fernandes** pelo apoio e sugestões para a elaboração desse estudo.

Simplemente, obrigada.

RESUMO

BARROS, Thabata Cruz de. **Gerenciamento de caso:** estratégia de atuação para a efetividade do cuidado integrado. 2017. 145 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Versão original.

A longevidade pode acarretar complicações na condição de saúde do idoso compreendida em seus aspectos biopsicossociais. Essas complicações geram maior utilização dos recursos assistenciais, principalmente os hospitalares. Frente a essa problemática, este estudo teve como objetivos propor ferramentas para avaliação de risco de internação hospitalar de idosos e para gestão do cuidado, realizar adaptação transcultural das ferramentas *Identification of Seniors At Risk* (ISAR) e *Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk* (SEISAR) com a tradução para o idioma português falado no Brasil, realizar a validação de conteúdo e verificar a sensibilidade e a especificidade da ferramenta ISAR, correlacionar o escore da ISAR aos indicadores de qualidade assistencial e propor um processo de trabalho para a utilização da avaliação em duas etapas. O estudo foi realizado em quatro etapas. Durante a primeira etapa foi realizada a adaptação transcultural das ferramentas ISAR e SEISAR com a participação de um grupo de especialistas em saúde do idoso. Na segunda etapa desenvolveu-se a validação de conteúdo da ISAR, apresentando 100% de concordância entre os juízes. Já na terceira etapa foi realizada a coleta de dados na triagem do pronto socorro do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e esse momento contou com a participação de 120 idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Por fim, a quarta etapa deste estudo possibilitou a formulação de uma proposta para a implementação da avaliação em duas etapas (ISAR-SEISAR), partindo das premissas da *design science research*. Os resultados demonstraram que adaptação transcultural realizada permitiu a utilização das ferramentas no local de estudo, respeitando a concepção das ferramentas em sua origem. Também demonstrou a existência de correlação entre a ISAR, número de internações e a utilização recorrente de serviços hospitalares, visto que parte significativa da amostra possuía risco para diminuição da capacidade funcional. Tal fato desperta a preocupação com a saúde precária da população idosa assistida no HU-USP, predizendo a necessidade de ações mais eficazes relacionadas à promoção de saúde destes indivíduos.

Palavras-chave: Idoso. Integralidade. Gestão de risco. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

BARROS, Thabata Cruz de. **Case Management:** a strategy of action for the effectiveness of integrated care. 2017. 145 f. Dissertation (Master of Science) - School of Arts, Sciences and Humanities, University of São Paulo, São Paulo, 2017. Original version.

Longevity can bring health problems for older people considering biopsychosocial aspects. These problems increase the use of healthcare resources, especially hospital care.. In this regard, the objectives of this study were to propose tools for assessment of hospitalization risk among the elderly and for care management; to perform the transcultural adaptation of the following tools: Identification of Seniors At Risk (ISAR) and Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk (SEISAR), by their translation into Brazilian Portuguese; to perform content validation and to evaluate the sensibility and specificity of the ISAR tool; to analyze the correlation between the ISAR score and healthcare quality indicators; and to propose a workflow to use the assessment in two steps. This study was performed in four stages. First of all, the transcultural adaptation of ISAR and SEISAR tools was performed, with the participation of a group of experts on Older People's Health. Secondly, ISAR content was validated, and 100% of agreement among the judges was achieved. Thirdly, data collection was carried out at the emergency unit of the University Hospital of the University of Sao Paulo (HU-USP), with the participation of 120 seniors aged 65 or above. Finally, a proposal for the assessment in two steps was developed (ISAR-SEISAR), based on design science research. The results showed that the transcultural adaptation made it possible to use the tools in the study site, in accordance with the original conception of the tools. Moreover, they also showed that there are a correlation among the ISAR, the number of hospitalizations, and the repeated use of hospital services, considering that a significant part of the sample presented a risk of functional decline. This fact raises the concern about the poor health of the elderly population being treated in the HU-USP, predicting the need for more effective actions for the health promotion of the elderly.

Keywords: Elderly. Integrality. Risk management. Continuity of patient care.

Sumário

1	Introdução	12
1.1	<i>Envelhecimento: doenças crônicas e os serviços de saúde</i>	14
1.2	<i>A integralidade do cuidado prestado ao idoso.....</i>	22
1.3	<i>Instrumentos para avaliação multidimensional do idoso.....</i>	29
1.4	<i>Continuidade e longitudinalidade do cuidado e a rede de atenção à saúde.....</i>	38
1.5	<i>Objetivos.....</i>	44
1.5.1	<i>Objetivo Geral</i>	44
1.5.2	<i>Objetivos Específicos</i>	44
2	Percurso metodológico	46
2.1	<i>Desenho de estudo.....</i>	46
2.2	<i>Local de estudo.....</i>	46
2.2.1	<i>Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.....</i>	46
2.3	<i>Aspectos éticos.....</i>	46
2.4	<i>População.....</i>	47
2.4.1	<i>Critérios de inclusão</i>	47
2.4.2	<i>Critérios de exclusão.....</i>	47
2.4.3	<i>Amostra.....</i>	47
2.5	<i>Instrumentos de coleta de dados.....</i>	47
2.5.1	<i>As ferramentas ISAR e SEISAR</i>	47
2.6	<i>Processo de coleta de dados.....</i>	49
2.6.1	<i>Primeira etapa: adaptação transcultural das ferramentas ISAR e SEISAR</i>	49
2.6.2	<i>Segunda etapa: validação de conteúdo da ferramenta ISAR</i>	51
2.6.3	<i>Terceira etapa: a utilização da ISAR e da PRA</i>	51
2.6.4	<i>Quarta etapa: Design Science Research</i>	53
2.7	<i>Análise dos dados</i>	56
2.7.1	<i>Tratamento e análise dos dados: a adaptação transcultural da ISAR e SEISAR.....</i>	56
2.7.2	<i>Tratamento e análise dos dados: validação de conteúdo da ISAR</i>	56
2.7.3	<i>Tratamento e análise dos dados: utilização da ISAR e da PRA</i>	57
2.7.4	<i>Design Science Research</i>	58

3 Resultados.....	64
<i>3.1 Adaptação transcultural e validação de conteúdo da ISAR.....</i>	<i>64</i>
3.1.1 Adaptação transcultural	64
3.1.2 Validação de conteúdo.....	66
<i>3.2 Adaptação Transcultural da SEISAR</i>	<i>68</i>
<i>3.3 Informações advindas da coleta de dados.....</i>	<i>89</i>
<i>3.4 Design Science Research.....</i>	<i>100</i>
4 Discussão.....	110
5 Limitações.....	124
6 Conclusão	127
Referências	130
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	138
Anexo A – A ferramenta ISAR	139
Anexo B – A ferramenta SEISAR	140
Anexo C – Email de autorização dos autores das ferramentas ISAR e SEISAR.....	141
Anexo D – A ferramenta PRA	142
Anexo E – A ferramenta ISAR adaptada para o português do Brasil	143
Anexo F – A ferramenta SEISAR adaptada para o português do Brasil	144



Introdução

1 Introdução

Com o aumento da expectativa de vida e da longevidade da população brasileira, nota-se que o estudo do envelhecimento e da velhice tornaram-se temáticas fundamentais. A preocupação com a velhice teve merecido destaque quando se evidenciou o aumento de diferentes demandas decorrentes do envelhecimento, inclusive as necessidades referentes ao setor saúde, pois as pessoas envelhecidas, mesmo com boas condições gerais de saúde, apresentam alterações fisiológicas que as fragilizam paulatinamente (SIQUEIRA et al., 2004).

Esse processo de fragilização deixa os idosos predispostos a apresentarem dificuldades, e até mesmo dependência, para a realização das atividades básicas de vida diária (AVD), com consequente perda da autonomia, diminuição da percepção de qualidade de vida, maior número de comorbidades e risco aumentado para repetidas hospitalizações (CARRETTAL et al., 2011).

Essas questões relacionadas ao déficit da capacidade funcional, muitas vezes, são decorrentes do processo de envelhecimento. Por esta razão a avaliação funcional deve ser abrangente o suficiente para detectar o processo de fragilização de idosos que podem apresentar diferentes problemas de saúde e condições crônicas que acarretam limitações significativas ou dependências funcionais (CARRETTAL et al., 2011).

Com isso, a avaliação funcional bem conduzida pode fornecer informações relevantes para o prognóstico e evidenciar déficits que geralmente ficam ocultos perante os exames clínicos convencionais. Esta avaliação no âmbito hospitalar tem custo-benefício positivo, pois, na maioria das vezes, são realizadas com instrumentos de medida simples e baratos fundamentados em questionários e testes de desempenho observáveis que podem prever a incidência de óbitos em hospitais. Assim, a avaliação do estado funcional é considerada uma medida importante como fator de prognóstico hospitalar (SIQUEIRA et al., 2004).

Então, frente ao envelhecimento da população brasileira e ao consequente déficit da capacidade funcional, evidencia-se a relevância de se pensar a respeito da estruturação de serviços e de programas de saúde que possam satisfazer ou suprir as necessidades e demandas emergentes do novo perfil epidemiológico, visto que os idosos passam a utilizar os serviços hospitalares com maior frequência (GUERRA e RAMOS-CERQUEIRA, 2007).

Assim, as repetidas hospitalizações representam preocupações quando se trata de idosos, visto que a hospitalização implica em tratamento mais prolongado com recuperação mais lenta e complexa que corrobora para a diminuição da capacidade funcional e mudanças na percepção de qualidade de vida (GUERRA e RAMOS-CERQUEIRA, 2007).

Nessa abordagem, a hospitalização é considerada um grande risco, especialmente para as pessoas mais idosas, pois a hospitalização representa para elas prejuízos às condições de saúde associados ao aumento da taxa de mortalidade e morbidade, sendo, portanto, fundamental a identificação dos fatores de risco que influenciam o uso elevado de serviços hospitalares (SIQUEIRA et al., 2004).

BOULT et al. (1993) identificaram em estudo de coorte, fatores de risco que estão atrelados às hospitalizações, sendo eles: idade superior a 75 anos; sexo masculino; ausência de cuidador; autopercepção de saúde como ruim; presença de doença cardiovascular; presença de diabetes mellitus; hospitalização nos últimos 12 meses e mais de seis consultas médicas nos últimos 12 meses. Esses fatores de risco também possibilitam identificar idosos frágeis e realizar a predição de risco de admissão hospitalar (BERTOLUCCI et al., 1994).

Nesse mesmo sentido, encontra-se na literatura a ferramenta *Identification of Seniors at Risk* – ISAR (anexo A). A ISAR possibilita identificar idosos que possuem risco de declínio funcional, morte, institucionalização e de alto índice de hospitalizações repetidas. Essa ferramenta foi desenvolvida no Canadá por pesquisadores da St. Mary's Research Center e da Universidade McGill. A identificação do idoso em situação de risco surge a partir de respostas sim ou não às perguntas contidas na ferramenta, podendo ser respondida pelo idoso, cuidador ou profissional treinado. Cabe salientar que esta ferramenta foi desenvolvida para ser utilizada para rastreio em serviços de emergência. Quando o risco é evidenciado deve-se iniciar uma avaliação mais abrangente do idoso (VERDON e MCCUSKER, 2014).

Nesse contexto, o grupo de pesquisadores que desenvolveu a ISAR também formulou um instrumento para avaliar as necessidades não atendidas, a *Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk* – SEISAR (anexo B). Essa avaliação mais abrangente é de responsabilidade do profissional da saúde especializado, pois contém os aspectos biopsicossociais que envolvem o processo de envelhecimento (VERDON e MCCUSKER, 2014).

Dessa maneira, a identificação do risco (ISAR) é complementada pela avaliação (SEISAR) que compreende um processo de intervenção ao dimensionar a identificação de necessidades, o planejamento de ações, a implementação e o acompanhamento dessas propostas, ou seja, a continuidade do cuidado.

Assegurar o planejamento das ações em saúde centrado nas necessidades dos pacientes fortalece a integralidade e continuidade do cuidado a partir do desenvolvimento da atuação interprofissional da equipe de saúde com destaque nas atividades assistenciais devido principalmente à transição demográfica e ao envelhecimento populacional, sendo esses os

fatores preponderantes para despertar a necessidade do cuidado integrado no ambiente hospitalar (WEBER, 2012).

Pensando assim, uma das estratégias para promover esta integralidade e continuidade de cuidado é o gerenciamento de caso, importante ferramenta de trabalho quando se pretende inovar a organização da atenção nos hospitais, visto que esta, atualmente, está centrada em especialidades, procedimentos e/ou setores da instituição hospitalar. Esse cenário resulta principalmente, na fragmentação da assistência, como também na falta de responsabilização pelo paciente em sua integralidade e na ausência de avaliação de riscos e vulnerabilidades do paciente e sua família (SÁ et al., 2008).

Dessa forma, devido à relevância de estudar os fatores de riscos de internação apresentados por idosos visando nortear outras pesquisas que abordem ações de prevenção e promoção da saúde para a continuidade do cuidado no domicílio, este estudo realizou a adaptação transcultural das ferramentas ISAR e SEISAR para o português falado no Brasil; a validação de conteúdo da ISAR para sua utilização com pacientes idosos atendidos em Pronto Socorro (PS); verificou a sensibilidade e a especificidade da ferramenta ISAR, correlacionando o escore da ISAR aos indicadores de qualidade assistencial; e, por fim, idealizou um processo de trabalho para a utilização da avaliação em duas etapas (ISAR e SEISAR).

Nessa linha de pensamento pergunta-se: a ferramenta ISAR é sensível para detectar o risco de internação de idoso atendido em pronto socorro?

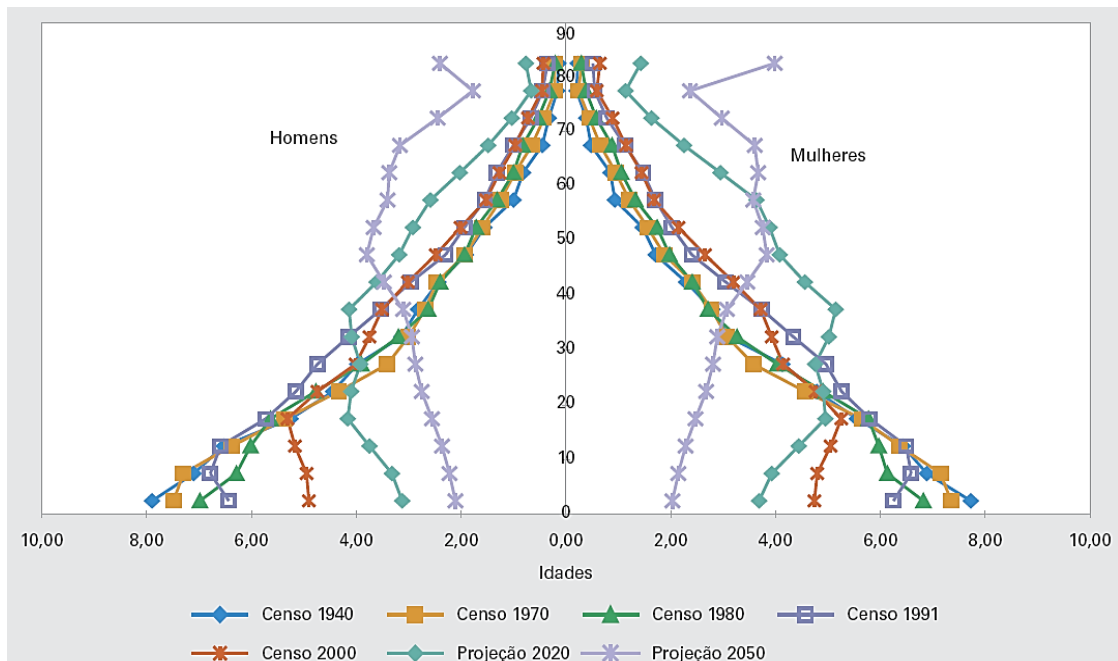
1.1 Envelhecimento: doenças crônicas e os serviços de saúde

O envelhecimento populacional, marcado pelo aumento do número de pessoas em idade ativa e de idosos, representa a transformação do padrão demográfico e, conseqüentemente, a relevante alteração estrutural da sociedade. Nesse sentido, evidencia-se que a proporção de idosos, em todos os países, aumenta mais rapidamente em comparação a qualquer outra faixa etária. Dessa maneira, a previsão é de que ocorra o aumento de 223% de número de idosos no mundo entre o período de 1970 a 2025. Isto significa que em 2025 estima-se que a população de idosos seja o equivalente a 1,2 bilhões de pessoas (MOTTA e AGUIAR, 2007)

Esse cenário é representativo também para o Brasil, já que a projeção é que a população idosa atinja o número de 28,3 milhões de pessoas no ano de 2020 e 64 milhões de

peças no ano de 2050, representando o total de 28,8% da população brasileira, conforme informações do IBGE (2008) contidas na figura 1.

Figura 1 - Estrutura relativa, por sexo e idade – Brasil – 1940/2050



Fonte: IBGE, 2008

Este contexto é um alerta para todos os setores da sociedade, visto que a preocupação com o envelhecimento da população deve ultrapassar a ideia de que as necessidades dos idosos são apenas determinadas por condições de saúde/doença, pois estas são também determinadas pelo contexto social e ambiental nos quais as pessoas estão inseridas, pelas diferentes percepções culturais e disponibilidade de serviços e legislação (GEIB, 2012).

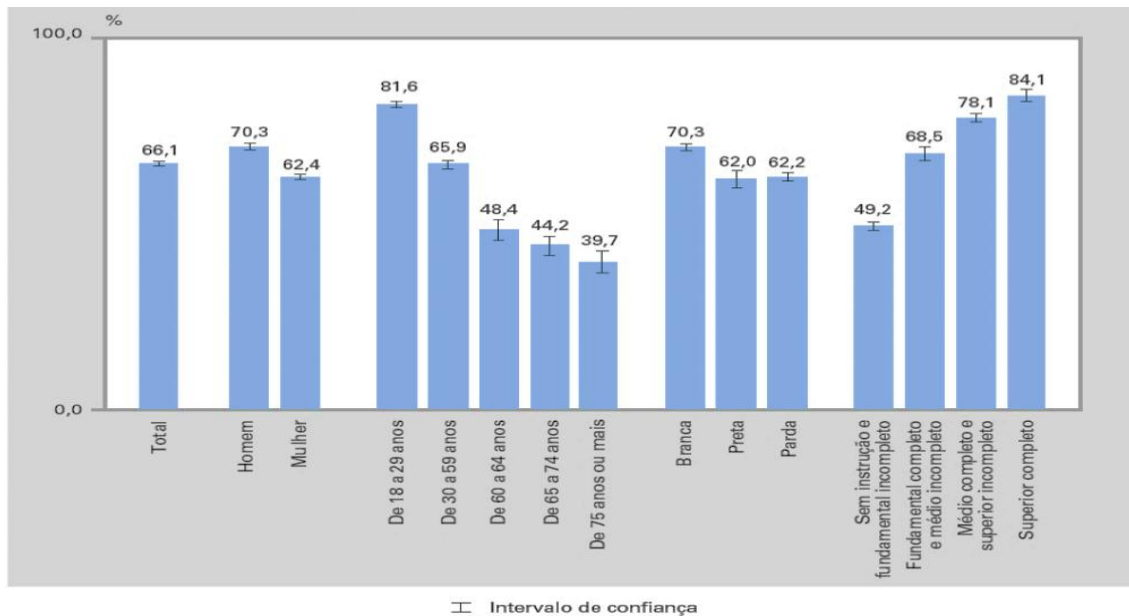
Neste sentido, estas alterações estruturais da sociedade evidenciam a necessidade de formulação de políticas públicas que considerem as especificidades dos segmentos etários, possibilitando discussão acerca de temáticas como emprego, previdência social e necessidades sociais em saúde, visto que a longevidade representa o crescente grau de complexidade nestas questões. Em relação à saúde, a longevidade da população tem representado a alta prevalência de fragilidade em idosos acima de 85 anos que vivem na comunidade (entre 10 e 25% em idosos acima de 65 anos e 46% nos acima de 85 anos) (BRASÍLIA, 2006).

A fragilidade faz muitos idosos necessitarem, cada vez mais, de cuidados específicos e a utilização crescente dos serviços de saúde e, por isso, a fragilidade tornou-se um conceito

importante para a geriatria e a gerontologia (MIRANDA et al., 2016). Para além, a fragilidade é considerada como sendo um fator de risco significativo para queda, incapacidades, hospitalizações e morte entre idosos, por isso é fundamental analisar as condições de saúde da população idosa brasileira. Para isso, existem indicadores que possibilitam esta análise, dentre estes se destacam a autoavaliação do estado de saúde e o uso de serviços de saúde (PNAD, 2013).

A autoavaliação de saúde representa a percepção do indivíduo em relação à própria condição de saúde. Este indicador engloba sensações físicas, dor, desconforto, aspectos sociais e psicológicos de enfermidades, componentes físicos, emocionais, aspectos de bem-estar e satisfação com a vida (PNAD, 2013). O estudo realizado pela PNAD (2013) revelou que em relação à idade, indicador “autoavaliação de saúde” apresenta os menores percentuais para os indivíduos mais velhos, ou seja, dentre as pessoas com 75 anos ou mais de idade, 39,7% consideraram saúde como boa ou muito boa, enquanto que para as pessoas com idade entre 18 e 29 anos este percentual ficou em 81,6%, conforme pode ser verificado na figura 2.

Figura 2 - Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com autoavaliação de saúde boa ou muito boa, segundo o sexo, grupo de idade, cor ou raça e nível de instrução.



Fonte: IBGE, 2013

De acordo com os dados apresentados na figura 2, observa-se o declínio da boa percepção da condição de saúde conforme ocorre o aumento dos anos de vida. Esta situação pode estar atrelada às precárias condições e falta de organização política para o processo de envelhecimento, fazendo com que muitos indivíduos dessa coorte etária vivenciem o processo de fragilização que impõem ao indivíduo determinadas condições de vida que prejudicam sua autopercepção de saúde e aumentam, cada vez mais, a procura destes por serviços/equipamentos de saúde.

Assim, outro indicador importante refere-se ao uso de serviços de saúde e neste aspecto pode-se destacar o número de consultas médicas e as taxas de hospitalizações no âmbito do SUS. Este indicador torna-se particularmente importante, visto que as necessidades em saúde possuem um padrão de distribuição, segunda a idade, em “J”, ou seja, as pessoas no início e no final da vida apresentam mais problemas de saúde que demandam maior utilização dos recursos de saúde (MANSO e LOPES, 2008). Em relação à velhice evidencia-se a maior prevalência de doenças crônicas que desencadeiam a ampliação do número de consultas, maior consumo de medicamentos, mais exames complementares e hospitalizações (MANSO e LOPES, 2008).

Nesse contexto, atualmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, representando 70% das causas de mortes no Brasil (BRASÍLIA, 2011). As principais DCNT como as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, enfermidades respiratórias crônicas e doenças neuropsiquiátricas são as responsáveis pelo número elevado de mortes antes dos 70 anos de idade e diminuição da qualidade de vida, causando incapacidades e alto grau de limitação dos idosos (BRASÍLIA, 2011).

Na tabela 1 há uma pequena série histórica das internações e das doenças que desencadearam as maiores taxas de internações entre idosos do município de São Paulo no período de 2010 a 2016, publicadas no Sistema de Informação de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS, 2017). Ressalta-se que foram elencadas apenas as condições de saúde (morbidades) que mais apareceram e, por isso, o número apresentado pode estar incompatível com o total de internações.

Tabela 1 - Número de internações por morbidades no município de São Paulo de 2010 a 2016.

Condições Internações	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Neoplasias	18642	19366	23199	24715	26133	27621	26123
Doenças Endócrinas nutricionais, Metabólicas	3727	3891	3799	3626	3419	3436	3512
Doenças do Sistema nervoso	3257	3015	3035	3139	3493	3864	4073
Doenças do Aparelho circulatório	41423	42032	41038	41581	41214	39649	42198
Doenças do Aparelho respiratório	13859	13916	13428	14125	13944	13703	15007
Doenças do Aparelho Digestivo	14664	15109	15572	15750	15871	15195	17363
Doenças do Aparelho geniturinário	11142	11517	11980	12063	13269	13937	14563
Total de Internações	145868	150307	153665	160471	164489	164989	173325

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2017

Os dados contidos na tabela 1 mostram que o município de São Paulo registrou o total de 1.113.114 internações no período de 2010 a 2016, passando de 145.868 para 173.325 internações. Dentre as morbidades elencadas, destacaram-se aquelas relacionadas às doenças do aparelho circulatório seguidas das neoplasias.

Segundo as informações da tabela 2, dentre as doenças mais prevalentes do aparelho circulatório está a hipertensão essencial, o infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e outras doenças isquêmicas do coração. No período, essas condições não apresentaram aumento significativo em internações, passando de 41.423 para 42.198 internações. Todavia, revela que essa condição ainda é prevalente e que é necessário verificar e analisar o que contribui para que esse alto número de internações se mantivesse durante esse período, pois as

altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Portanto, trate-se de um indicador valioso para monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde, capaz de nortear a formulação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos para o enfrentamento dessas morbidades (ALFRADIQUE et al., 2009).

Tabela 2 - Internações por lista CID-10 no município de São Paulo entre 2010 a 2016.

CID	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Diabetes mellitus	2259	2286	2163	2211	1937	1884	1922
Acidente vascular cerebral isquêmico/síndrome coronariana	689	583	540	602	730	795	769
Hipertensão essencial (primária)	3097	2980	2832	2551	2264	1737	1633
Infarto agudo do miocárdio	4053	4354	4504	4612	4570	4795	5136
Outras doenças isquêmicas do coração	8894	8786	8934	8538	8724	7708	8467
Transtornos de condução/Arritmia cardíaca	3266	3374	3348	3412	3381	3311	3228
Insuficiência cardíaca	7417	7600	7017	7449	7301	6769	7194
Outras doenças do coração	1197	1258	1204	1174	1253	1206	1230
Infarto cerebral	1234	1057	857	861	816	827	782
Acidente vascular cerebral (hemorrágico ou isquêmico)	3760	3939	3881	4081	4135	4451	4950
Pneumonia	8342	8177	7852	8625	8505	8149	9481
Bronquite, enfisema outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	2036	2346	2138	2267	2195	2296	2325
Insuficiência renal	2560	2715	2740	2585	2790	2765	3110
Outras doenças do aparelho urinário	3376	3439	3917	3997	4354	4828	4831
Total de internações	52180	52894	51927	52965	52955	51521	55058

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2017

Entende-se por internações por causas sensíveis à atenção primária aquelas internações que possuem como causas as condições mais sensíveis à efetividade da atenção básica e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidados desenvolvidas nesse nível de atenção à saúde (BRASIL, 2008). O quadro 1 apresenta a lista de diagnósticos considerados sensíveis à atenção primária. Esta lista é composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10.

Quadro 1 - Lista de diagnósticos considerados sensíveis à atenção primária.

Diagnóstico CID 10	Códigos Selecionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0; A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3; J15.4; J15.8; J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças Pulmonares	J20; J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69; G45 a G46
13. Diabetes <i>melitus</i>	E10.0; E10.1; E11.0; E11.1; E12.0; E12.1; E13.0; E13.1; E14.0; E14.1; E10.2 a E10.8; E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9; E11.9; E12.9; E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlceras gastrointestinal	K25 a K28; K92.0; K92.1; K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35

Nesse contexto, é evidente a importância da atenção básica para o sistema de saúde. A atenção básica compreende uma série de ações desenvolvidas no âmbito individual e coletivo com o objetivo de fortalecer a atenção integral à saúde e de respeitar o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. Assim, a atenção básica abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, impactando a situação/condição de saúde e autonomia das pessoas ao incidir sobre os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência (PNAB, 2012).

A Atenção básica se caracteriza por ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, por estar próxima do território e da vida das pessoas, favorecendo o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais sendo, portanto, o contato preferencial dos usuários aos serviços, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a atenção básica é fundamental para possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação destas à rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2012).

Desses princípios, destaca-se que o desenvolvimento de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população são fundamentais para possibilitar a garantia da continuidade das ações de saúde e da longitudinalidade/continuidade do cuidado, evitando, com isso, a perda de referências que contribuirão para a diminuição dos riscos de agravos e de iatrogenia, decorrentes do desconhecimento das histórias de vida das pessoas e da falta de coordenação do cuidado.

Nessa linha de pensamento, destaca-se sobre a necessidade da coordenação do cuidado que significa realizar a gestão do cuidado integral do paciente e coordenar o seu acompanhamento na rede de atenção à saúde, possibilitando maior tempo de autonomia e qualidade de vida que contribuirão para a redução da utilização dos serviços de emergência por causas sensíveis à atenção básica e, assim, garantir a integralidade do cuidado em seus vários aspectos.

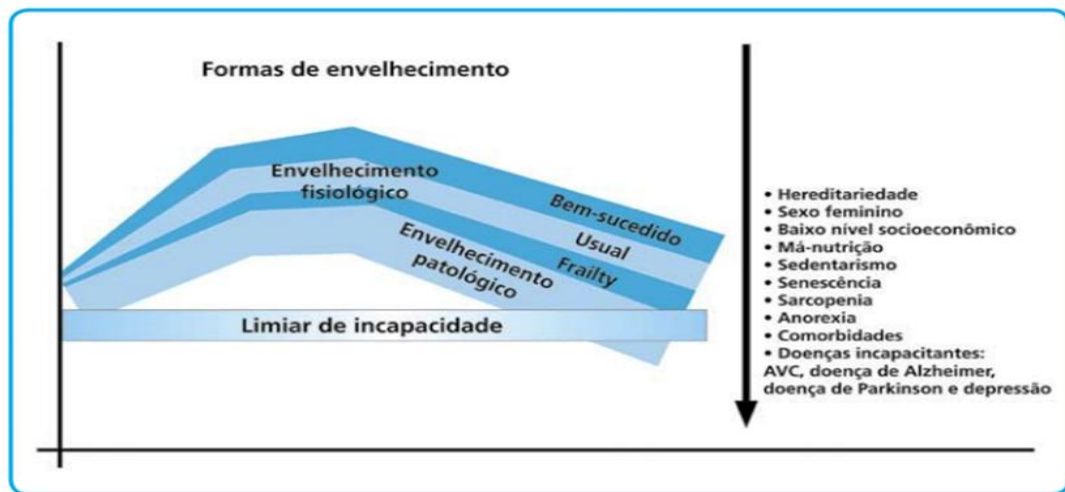
1.2 A integralidade do cuidado prestado ao idoso

O processo de envelhecimento é marcado por um conjunto de alterações biopsicossociais que influenciam a percepção de qualidade de vida dos indivíduos, visto que tais alterações estão associadas às limitações, incapacidades, declínios funcionais ou doenças que podem acarretar impotência, dependência e insegurança, além de sintomas como angústias e medos. Essa situação é preocupante, pois ao longo do tempo, limitam a autonomia e a independência do idoso, impactando negativamente na realização das suas atividades de vida diária de forma independente (SANTOS et al; 2010).

É importante compreender que o declínio físico ou a diminuição da capacidade funcional e ainda, algumas vezes, o declínio cognitivo podem influenciar diversos aspectos da vida do indivíduo, inclusive aumentar a possibilidade de isolamento social do idoso em decorrência de questões interacionais e de relacionamento. Nesse sentido, é fundamental entender que o idoso é um indivíduo biológico, psíquico, social, afetivo e racional e que estes aspectos estão fortemente interligados, principalmente quando se trata do processo de saúde e doença que envolve o envelhecimento e a velhice (SANTOS et al; 2010).

Todavia, percebe-se que esta visão holística do indivíduo, que necessita de cuidados integrais à saúde, ainda é incipiente, ou seja, os aspectos da saúde do idoso são abordados e acompanhados separadamente por profissionais diferentes. Por esta razão, os idosos estão susceptíveis à multiplicidade de diagnósticos de saúde e tratamentos inadequados (ARMENDARIS e MONTEIRO; 2012). Dessa forma, deve-se buscar a atenção integral à saúde do idoso, sendo esta iniciada pelo respeito às singularidades e às particularidades, conforme apontado na figura 3, decorrentes do processo de envelhecimento e por um processo de avaliação que aborde os aspectos multidimensionais do idoso.

Figura 3 - Formas de envelhecimento.



Fonte: Moraes, 2008.

Para Sirena (2002),

“A avaliação multidimensional do idoso é processo utilizado para avaliar a saúde do idoso a partir do esforço sistemático de organizar o grande número de informações advindas do processo investigativo, com a intenção de manejar apropriadamente um paciente idoso com seus complexos e interativos problemas, proporcionando um plano de atenção à saúde dirigido para a otimização do desempenho do idoso” (SIRENA, 2002. p.33).

É importante ressaltar que a avaliação multidimensional do idoso tem como fonte de investigação as suas condições individuais, familiares e sociais, ou seja, é necessária uma perspectiva global e integral do idoso e de sua rede de apoio formal e informal para se definir os problemas a serem abordados e as intervenções que devem ser implementadas (Sirena, 2002). Assim, a avaliação multidimensional possibilita a definição de diagnósticos diferenciais e o levantamento de possíveis déficits nas atividades de vida diária que impactam a manutenção do autocuidado (ARMENDARIS e MONTEIRO; 2012).

Nessa abordagem, a avaliação multidimensional do idoso é uma importante ferramenta para a atuação na gerontogeriatría/cuidado, além de ser considerada a medida de investigação mais apropriada quando se trata de pacientes idosos, pois este tipo de instrumento possibilita a avaliação da capacidade funcional e de diversos aspectos que influenciam a saúde do idoso, tais como a saúde física, a saúde mental, os recursos sociais, os recursos econômicos e as atividades de vida diária (PATINO et al, 1996; RODRIGUES, 2009; SANTOS et al; 2010).

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de nova abordagem à saúde do idoso centrada nas necessidades das pessoas. Para isso, é importante que os profissionais envolvidos na atenção à saúde do idoso obtenham informações a partir da abordagem multidimensional (RODRIGUES, 2009).

Para BOULT e WIELAND (2010) a atenção à saúde dos idosos deve contemplar quatro condições fundamentais que garantem qualidade da assistência, resolutividade, custo-benefício favorável e a superação do simples diagnóstico e tratamento das doenças. Estas condições são:

- Avaliação multidimensional – possibilidade do reconhecimento das necessidades biopsicossociais do idoso e registrar informações importantes a respeito do indivíduo, tais como seus valores, crenças, sentimentos e preferências para o cuidado;
- Elaboração, implementação e monitoramento do plano de cuidado – o plano de cuidado deve ter registro de intervenções preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. A definição do plano de cuidado deve ser feita pela equipe multiprofissional envolvendo o paciente e sua família neste processo;
- Comunicação e coordenação do cuidado – todos os profissionais e serviços envolvidos no cuidado ao idoso devem ter acesso à informação contida no plano de cuidado. Dessa maneira, pretende-se garantir a transição e continuidade do cuidado;
- Engajamento do idoso e sua família – a participação do paciente e de seus familiares no processo do cuidado à saúde, inclusive na formulação do plano de cuidado, é primordial para assegurar a adesão adequada ao tratamento.

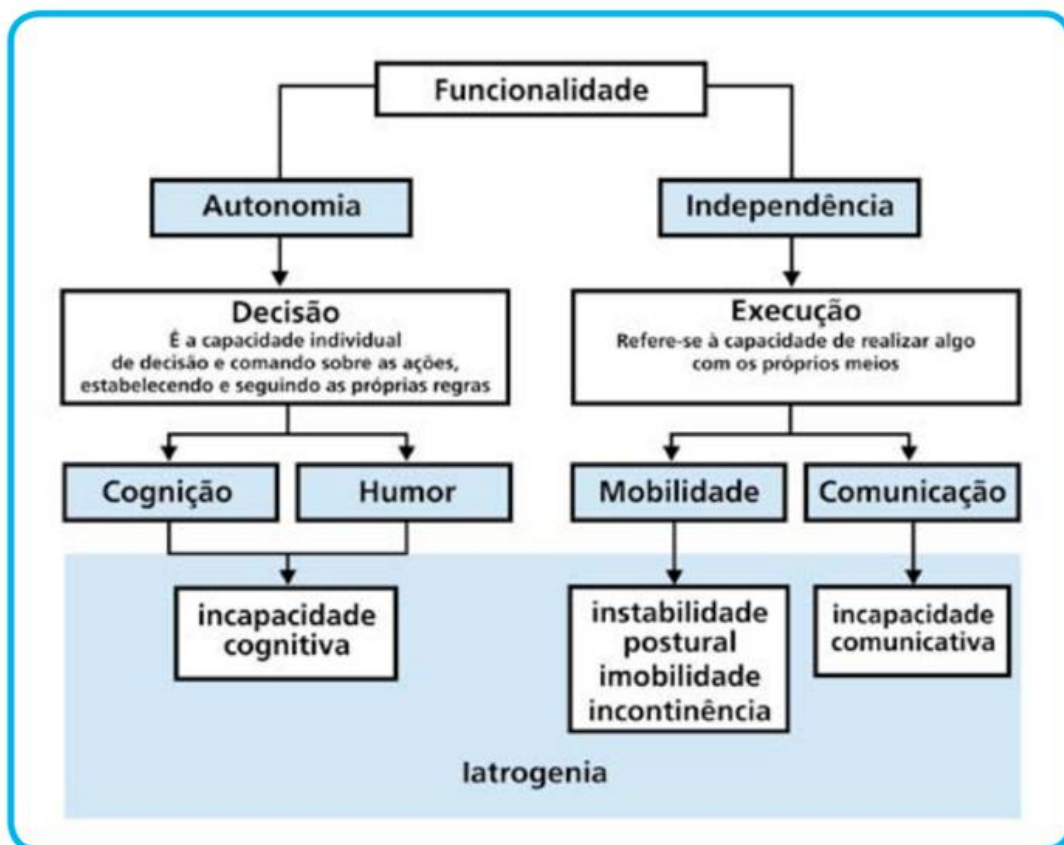
Contudo, é preciso ressaltar a dificuldade de estabelecer um processo de avaliação multidimensional do paciente idoso que englobe estas quatro condições e, por esta razão muitos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, estabeleceram um processo de triagem, baseado na idade cronológica, pouco adequado e incapaz de evidenciar os idosos que necessitam de cuidados da atenção especializada (BOULT e WIELAND, 2010).

Assim, percebe-se a ocorrência de encaminhamentos inadequados, pois os idosos que são considerados robustos podem ser acompanhados unicamente pela atenção primária, evitando-se, portanto, a sobrecarga dos serviços especializados na atenção ao idoso. Para

tanto, faz-se necessário que o processo de avaliação multidimensional possa evidenciar as condições de incapacidades funcionais do idoso, já que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doenças” (BRASIL, 2006).

Entende-se que a incapacidade funcional é um fenômeno social de abordagem médica caracterizada pela dificuldade na realização de atividades fundamentais para a manutenção de uma vida independente, tais como autocuidado e tarefas domiciliares. Nesse contexto, percebe-se que o declínio/ incapacidade funcional é um indicador sensível para a identificação de vulnerabilidades do idoso. Sendo assim, a funcionalidade, conforme entendimento apresentado na figura 4, é um elemento importante de triagem para o direcionamento ideal de ações que possibilitem a abordagem multidimensional compatível com as necessidades apresentadas pelo indivíduo.

Figura 4 - Funcionalidade.



Fonte: MORAES, 2008.

Dessa maneira, é possível inferir a demanda de serviços e desenvolver ações preventivas e de continuidade do cuidado a partir da avaliação multidimensional em diversos níveis de atenção à saúde do idoso, inclusive no âmbito hospitalar.

Nessa perspectiva, é também responsabilidade da instituição hospitalar estabelecer critérios para o reconhecimento do processo de perda ou diminuição da capacidade funcional do idoso e desenvolver intervenções efetivas, antecipadas e integradas com a atenção primária, propiciando ao idoso a recuperação e manutenção da saúde e qualidade de vida (MALAGUTTI e BERGO, 2010). Assim, entende-se que este reconhecimento pode ser realizado a partir do cuidado entendido como “tentativas intersubjetivas e transpessoais para proteger, melhorar e preservar a humanidade”, com isso auxiliar o paciente a significar o processo de saúde e doença, o sofrimento, a dor e a existência, fazendo com que a pessoa tenha condições para obter autoconhecimento, autocontrole e autocura (SILVA et al., 2008).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da interação entre o profissional de saúde e o paciente e seus familiares como estratégia fundamental para conhecimento do histórico do paciente e identificação de problemas e necessidades a serem abordadas, pois por meio do diálogo e da escuta sensível, o profissional de saúde utiliza seus conhecimentos e habilidades para o favorecimento da ação terapêutica (SILVA et al., 2008).

A valorização do cuidado e da interação afetiva entre profissionais de saúde e pacientes são essenciais no acolhimento e desenvolvimento de vínculos entre as pessoas envolvidas no processo de cuidar. Esta abordagem terapêutica, denominada de tecnologia leve, passou a ser reconhecida como importante estratégia para o desenvolvimento de avaliações multidimensionais nos diferentes equipamentos de saúde, inclusive no ambiente hospitalar (SILVA et al., 2008).

Na área da saúde, o termo tecnologia relaciona-se tanto aos equipamentos tecnológicos quanto ao “saber fazer” e, isso demonstra que no campo da saúde as tecnologias se articulam fazendo com que a lógica do “trabalho morto” (baseado unicamente nos equipamentos e saberes estruturados) não prevaleça (SILVA et al., 2008).

Nesta linha de pensamento, as tecnologias que englobam as relações, a produção de comunicação, do acolhimento, de vínculos e de autonomização são classificadas de tecnologias leves. Além desta tecnologia, voltada para as relações humanas, há também as tecnologias duras que estão atreladas aos equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e

estruturas organizacionais. Por fim, há também as tecnologias leve-duras que englobam todos os saberes estruturados envolvidos no processo de cuidado à saúde (SILVA et al., 2008).

Desta forma, as três categorias de tecnologias existentes no processo de cuidado à saúde que se interrelacionam e se complementam. Todavia, vale ressaltar que a tecnologia leve é a que mais beneficia os profissionais de saúde e os pacientes, pois o ser humano necessita das relações capazes de propiciarem o acolhimento e empatia, fundamentais para a melhor qualidade de assistência à saúde (SILVA et al., 2008).

Assim, evidencia-se que a melhor qualidade assistencial, a recuperação e manutenção das boas condições de saúde são favorecidas a partir do desenvolvimento de vínculos entre profissionais e pacientes. No entanto, estes vínculos dependem das relações humanas, ou seja, a utilização das tecnologias leves se mostra fundamental e se apropriam da dimensão do cuidado em si.

Nesse contexto, as avaliações multidimensionais devem considerar as essências das relações humanas, tais como o diálogo, o saber escutar, o toque, o respeito pela tomada de decisão compartilhada, a demonstração de afeto e demais aspectos do cuidado holístico e integrado. Portanto, é oportuno ressaltar que o objeto deste estudo, caracterizado pela avaliação do idoso utilizando-se as ferramentas *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) e a *Standardized Evaluation and Intervention for Seniors at Risk* (SEISAR) vai ao encontro com o discorrido anteriormente.

A ISAR, instrumento inicial para triagem de pacientes idosos, que procuram serviços hospitalares, em risco de perda funcional, é constituída por seis questões autoadministradas. Esta triagem possui questões que estão relacionadas aos aspectos multidimensionais do idoso, tais como necessidade de ajuda para atividades diárias, número de hospitalizações, problemas visuais e de memória e quantidade de medicações utilizadas diariamente (VERDON e MACCUSKER, 2014).

A partir da identificação do idoso em risco, inicia-se a segunda etapa de avaliação do paciente. Esta etapa é realizada por profissional da saúde que tenha, preferencialmente, domínio dos aspectos multidimensionais do processo de envelhecimento. Para esta avaliação utiliza-se um instrumento norteador, a SEISAR, que possibilita a identificação de vulnerabilidades não avaliadas anteriormente e que são fundamentais para o planejamento e continuidade do cuidado no pós alta hospitalar (VERDON e MACCUSKER, 2014).

A SEISAR é uma ferramenta que auxilia na avaliação global, curta e padronizada,

composta por um checklist multidimensional para verificação de problemas geriátricos, identificando as demandas e, sendo, portanto, o ponto de partida para o acompanhamento do cuidado e intervenções apropriadas para possibilitar a redução da taxa de declínio funcional dos idosos avaliados visando à manutenção da independência e autonomia dos idosos no pós alta hospitalar. Esta avaliação multidimensional aborda os principais aspectos da funcionalidade do idoso, sendo eles: comunicação, cognição, nutrição, mobilidade, atividades de vida diária, medicação, comportamento/afeto, co-morbidades, manejo da dor e suporte social (VERDON e MACCUSKER, 2014).

Após a identificação das demandas é fundamental a definição de intervenções e tomada de decisão para o planejamento do cuidado. É importante que o profissional utilize suas habilidades e práxis profissionais, utilizando recursos de tecnologia leve, para organizar e orientar a continuidade do cuidado, envolvendo pacientes e seus familiares.

A prática e tomada de decisão compartilhada entre profissionais de saúde e paciente/familiares é fator de segurança e proteção aos pacientes, pois a cogestão dos projetos terapêuticos proporciona maior interação, entendimento do processo saúde e doença e maior adesão ao tratamento, portanto é relevante a utilização dos recursos relacionados à tecnologia leve. Dessa forma, o trabalho em saúde deve ser pensado sob a mesma ótica da práxis a partir da valorização do conhecimento das relações e experiências humanas (CAMPOS, 2011).

Todavia, é necessário considerar que as tecnologias leves e a práxis precisam se complementar para garantir a melhor qualidade assistencial. De acordo com CAMPOS (2011):

“O professor Mario Testa adverte que, no campo social, o saber fazer cotidiano necessita ser pensado por referência a uma percepção teórica compreensiva sobre o campo de saber e de práticas em questão, e também sobre o conjunto de valores e interesses dos sujeitos envolvidos. A noção de tecnologia leve, portanto, não assegura um importante pré-requisito para a práxis, a saber, o agente da prática necessita de um referencial teórico-conceitual para auxiliá-lo a julgar e a decidir, durante o processo de trabalho, sobre a aplicação de técnicas, sejam elas leves ou duras. Julgamento e decisão que devem ser tomados de modo dialógico com outros sujeitos implicados no processo, considerando-se também valores e objetivos políticos e eticamente construídos” (CAMPOS, 2011. p 3038)

Destarte, o trabalho em saúde, em especial a avaliação multidimensional do paciente idoso, necessita da lógica da *práxis* e da utilização de recursos de tecnologia leve para ir ao

encontro com a hegemonia biomédica e alcançar efetivamente o saber compreensivo, valorizando o conhecimento técnico especializado e a existência das relações humanas, sociais e políticas que possibilitará o conhecimento das especificidades contidas em cada caso (CAMPOS, 2011).

Por fim, o reconhecimento das demandas de cada idoso, das possibilidades/limites de seus familiares para contribuir no suprimento destas necessidades e a gestão do cuidado dependem da habilidade de observação do contexto, da escuta e da interação com pacientes e familiares, pois, para além de escutar, a abordagem multidimensional do paciente idoso implica na arte de compartilhar decisões e engajar a tríade paciente/família e equipe interprofissional.

1.3 Instrumentos para avaliação multidimensional do idoso

Conforme descrito no tópico anterior, a avaliação multidimensional do idoso é uma abordagem que utiliza os princípios da tecnologia leve em saúde e por isso, pode ser realizada a partir de instrumentos de triagem rápida de vulnerabilidades entre os idosos. A utilização de instrumentos de triagem é considerada importante perante o contexto do progressivo envelhecimento populacional e da crescente demanda da população idosa com risco de adoecimento visto que estes instrumentos podem ser utilizados para a tomada de decisão no que se refere à implementação de ações assistenciais e preventivas (ESTRELLA et al., 2009)

A previsão dos riscos que podem desencadear acometimentos para a saúde do idoso é fundamental para o sistema de saúde, já que estes devem ser estruturados para satisfazer a demanda dos idosos que possuem acometimentos/doenças próprias do processo de envelhecimento e, conseqüentemente utilizarão com mais frequência os serviços de saúde, aumentando os gastos sem, muitas vezes, resultar na recuperação da saúde com qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2014).

A utilização com mais frequência dos equipamentos de saúde, principalmente os hospitais, é mais uma das inúmeras repercussões para o sistema de saúde. Também, é importante salientar que as repercussões se tornam mais alarmantes quando se trata de hospitalização de idosos, pois a internação pode desencadear a espiral negativa de fragilização que resulta na diminuição da capacidade funcional e aumento da vulnerabilidade desses idosos (OLIVEIRA et al., 2014).

Na busca pela detecção precoce de idosos sob risco de (re)hospitalização, alguns estudos descreveram e validaram ferramentas de previsão de risco, que buscaram, por meio da detecção precoce do risco, diminuir o risco o número de (re)hospitalizações em idosos, fornecer orientação para atividades preventivas e intervencionistas entre os mais necessitados, diminuir os custos com hospitalizações evitáveis, assim como servir de medida de qualidade dos serviços de atenção aos idosos (ESTRELLA et al., 2009).

Tendo em vista a gama de possibilidades de intervenções e o custo-benefício positivo em relação à utilização de instrumentos de triagem, apresenta-se o quadro comparativo (quadro 2) elaborado por CARMO et.al. (2014), dos principais instrumentos de triagem em idosos. Neste quadro, os autores, compararam 17 instrumentos de triagem, sendo eles: Vulnerable Elders Survey (VES-13); Probability of Repeated Admission; Sherbrooke Portal Questionnaire (SPQ); Program on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy (Prisma-7); Tilburg Frailty Indicator (TFI); Survey of Health Ageing and Retirement in Europe – Frailty Instrument (SHARE-FI); Groningen Frailty Indicator; The Screening Letter; Screening Package; Elderly at Risk Rating Scale; The Screening Instrument; The Strawbrige Questionnaire; Frail Elderly Functional Assessment; Brief Risk Identification of Geriatric Health Toll (Bright); Marigliano-Cacciafesta Poly Pathological Scale; Identification of Seniors at Risk (ISAR); IVCF-20

O quadro 2 apresenta os aspectos fundamentais que um instrumento de triagem deve conter para o melhor encaminhamento do plano de cuidado do paciente idoso, assim, é possível verificar o perfil de cada instrumento, levando em consideração os seguintes aspectos: principal desfecho investigado, possuir caráter multidimensional, tempo de aplicabilidade por profissionais de nível médio, definição de propriedades psicométricas, estratégia instrumental e validação para o Brasil.

Quadro 2. Aspectos fundamentais, dos instrumentos de triagem, para o encaminhamento do plano de cuidado do paciente idoso

	Defeito Principal				Caráter Multidimensional	Exigência de instrumental específico	Rápida Aplicação por profissional de nível médio	Definição das propriedades psicométricas (SE/APP e VPX)	Validação no Brasil
	Fenótipo da Fragilidade	Maior utilização do sistema de saúde	Avaliação Geriátrica Ampla	Mortalidade e declínio funcional					
1. VES-13	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
2. Probability of Repeated Admission	NÃO	SIM (risco de internação hospitalar)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
3. Sherbrooke Postal Questionnaire	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
4. Program on Research for Integrating Services for the Maintenance of Autonomy –PRISMA-7	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
5. Tilburg Frailty Indicator – TFI	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM
6. Survey of Health Ageing and Retirement in Europe- Frailty Instrument – SHARE-FI	SIM	-	-	-	SIM	SIM	NÃO	SIM	NÃO
7. Groningen Frailty Indicator	-	-	-	-	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
8. The Screening Letter	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
9. Screening Package	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
10. Elderly at Risk Rating Scale	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
11. The Screening Instrument	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
12. The Strawbridge Questionnaire	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
13. Frail Elderly Functional Assessment	-	-	-	-	-	-	-	-	NÃO
14. Identification of Seniors at Risk	-	-	-	-	-	-	-	-	NÃO
15. Brief Risk Identification of Geriatric Health Tool – BRIGHT	-	-	-	-	-	-	-	-	NÃO
16. Mangiano-Caccialasia Polypharmological Scale	-	-	-	-	-	-	-	-	NÃO
17. IVCF-20	SIM	Não avaliado	SIM	Não avaliado	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM

O *VES-13* é um instrumento para ser utilizado para a identificação do idoso vulnerável residente na comunidade. Ele pode ser preenchido pelo próprio idoso ou por familiares/cuidadores, já que o questionário é de fácil aplicação e composto por componentes como idade, autopercepção da condição da condição de saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. O processo de adaptação transcultural para a língua portuguesa mostrou que este é um questionário confiável em relação à estabilidade e consistência interna de suas medidas (MAIA et al., 2012).

A *PRA* é uma escala utilizada para a avaliação do risco de internação hospitalar em idosos. Dentre uma série de fatores de risco estudados por BOULT et al. (1993), as condições consideradas como melhores preditores para internação hospitalar foram: autopercepção do estado de saúde, número de pernoites hospitalares, número de visitas médicas nos últimos 12 meses, presença de doença cardíaca, sexo, presença de Diabetes Mellitus, presença de cuidador ou suporte social e faixa etária (BOULT et al., 1993). Com isso, foi elaborado um questionário que pode evidenciar o grupo de idosos em risco. Para a realidade brasileira, houve a proposta da estratificação mais detalhada das variáveis, visando a priorização de atendimento para aqueles idosos com maior risco de adoecimento e admissão. Esta estratificação de risco foi: baixo risco, médio risco, médio-alto risco e alto risco (ESTRELLA et al., 2009).

O *SPQ* é um instrumento com o objetivo de prever o declínio funcional de idosos residentes na comunidade. A utilização é considerada universal, visto sua possibilidade de grande abrangência ao ser enviado por meio postal. Os itens que constituem o instrumento são: distúrbios de visão, distúrbios de audição, problemas de memória, uso de mais de três medicações por dia, uso de algum dispositivo para auxílio de marcha/locomoção e morar sozinho. O idoso que está em risco, após ser identificado, é recebe uma avaliação multidimensional de um profissional especializado e é inserido em programa de vigilância à saúde (METZELTHIN et al., 2010).

O *PRISMA-7* é um instrumento composto por sete perguntas, com respostas dicotômicas (sim ou não), que avaliam os seguintes componentes: idade, sexo, limitação funcional, necessidade regular de ajuda para as atividades de vida diária, presença de suporte social, presença de problemas de saúde que restrinjam o idoso no domicílio e a utilização de dispositivos de auxílio de marcha/locomoção. O idoso que é considerado frágil por este instrumento deve ser encaminhado para a realização de uma avaliação geriátrica ampla

(RAÏCHE et al., 2008).

O TFI é composto por duas partes, sendo que uma delas avalia os determinantes da fragilidade e a outra propõe a identificação da fragilidade a partir da avaliação dos domínios físico, psicológico e social. O TFI é considerado um bom instrumento para o reconhecimento do fenótipo da fragilidade, todavia não considera a existência da dependência funcional (GOBBENS et al., 2010).

A *SHARE-FI* possibilita a identificação do grau de fragilidade em adultos com idade a partir de 50 anos. A avaliação é composta por um instrumento que possui seis questões e um teste de força de pressão. É considerada uma avaliação simples e de fácil aplicação, sendo, portanto, viável para a utilização geral de profissionais da saúde (ROMERO-ORTUNO et al., 2013).

O GFI constitui-se por um instrumento de carácter multidimensional, investigando os domínios biológico, psicológico e social do idoso. Pode ser utilizado em diversos equipamentos de saúde, tais como: instituições de longa permanência para idosos, unidades de urgência/pronto atendimento, unidades cirúrgicas e clínicas geriátricas. O instrumento possui 15 perguntas norteadoras que direcionam a avaliação para aspectos funcionais e para realização de atividades de vida diária (PETERS et al., 2012).

The Screening Letter é um questionário para triagem e rastreio de fragilidade para ser utilizado com idosos com idade a partir de 70 anos. Os eixos de investigação e acompanhamento deste instrumento abordam tópicos como autonomia, percepção da condição de saúde, visão, audição e história prévia de hospitalização (BARBER et al., 1980).

Screening Package é um instrumento que possibilita identificar condições da saúde do idoso que imponham situações de risco e/ou vulnerabilidade. Este instrumento possui 16 itens que possibilitam a identificação de problemas que classificam o idoso de risco, tais como: desnutrição, perda de peso, perda visual, auditiva ou cognitiva, incontinência urinária, depressão, perda da capacidade física e da mobilidade (MOORE e SIU, 1996).

O instrumento *Elderly at Risk Rating Scale* contém 20 questões que abordam sete aspectos da saúde do idoso, sendo eles: função sensorial, condição mental, mobilidade, condição física, continência, envolvimento social e utilização de medicamentos (DONALD, 1997).

The Screening Instrument investiga os seguintes aspectos: queda, depressão, incontinência urinária, declínio funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária e, também, para atividades sociais. É um instrumento simples para ser utilizado em ambiente comunitário. Foi considerado um marcador capaz de identificar idosos em risco de fragilidade e que demandem a avaliação geriátrica mais abrangente e completa (MALY et al., 1997).

The Strawbridge Questionnaire é constituído por 16 itens para a investigação da condição de saúde do idoso. Este é um instrumento autoaplicável e abordam os aspectos sensoriais (visão e audição), cognição, nutrição e desempenho físico. É uma ferramenta de rastreio simples que apresentou potencial para validade para identificar pacientes que necessitem avaliações funcionais mais detalhadas (MATTHEWS et al., 2004).

Frail Elderly Functional Assessment é um instrumento que contém 19 itens capazes de detectar mudanças funcionais em idosos frágeis. É considerado de fácil aplicação, visto que ele foi elaborado para ser utilizado à distância, administrado por telefone ou respondido pelo cuidador do idoso (GLOTH et al., 1999).

O questionário *Brief Risk Identification of Geriatric Health Toll* (BRIGHT) é formado por onze itens e possui carácter autoaplicável. É utilizado para a identificação de idosos, residentes na comunidade, com declínio/diminuição da capacidade funcional. Os onze itens levantam aspectos como autonomia, independência para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, locomoção, quedas, cognição, função executiva, suporte social, humor e autopercepção da condição de saúde (KERSE et al., 2008).

Marigliano-Cacciafesta Polypathological Scale indaga a presença de comorbidades dos sistemas respiratórios, gastrointestinal, nervoso, cardiovascular, renal e locomotor. O questionário também contempla os aspectos sensoriais (visão e audição), as funções cognitivas, a condição nutricional e presença de tumores (AMICI et al., 2008).

O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20) é o primeiro instrumento desenvolvido no Brasil utilizado para a identificação rápida do idoso frágil. Este instrumento possui carácter multidimensional que pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde e também pelo próprio idoso e seus familiares, pois é simples e de rápida aplicação, além de válido e confiável. O IVCF-20 possibilita reconhecer o idoso em risco e indicar intervenções que podem ser realizadas independentemente da implementação de uma avaliação geriátrica-gerontológica especializada (IVCF-20, 2017).

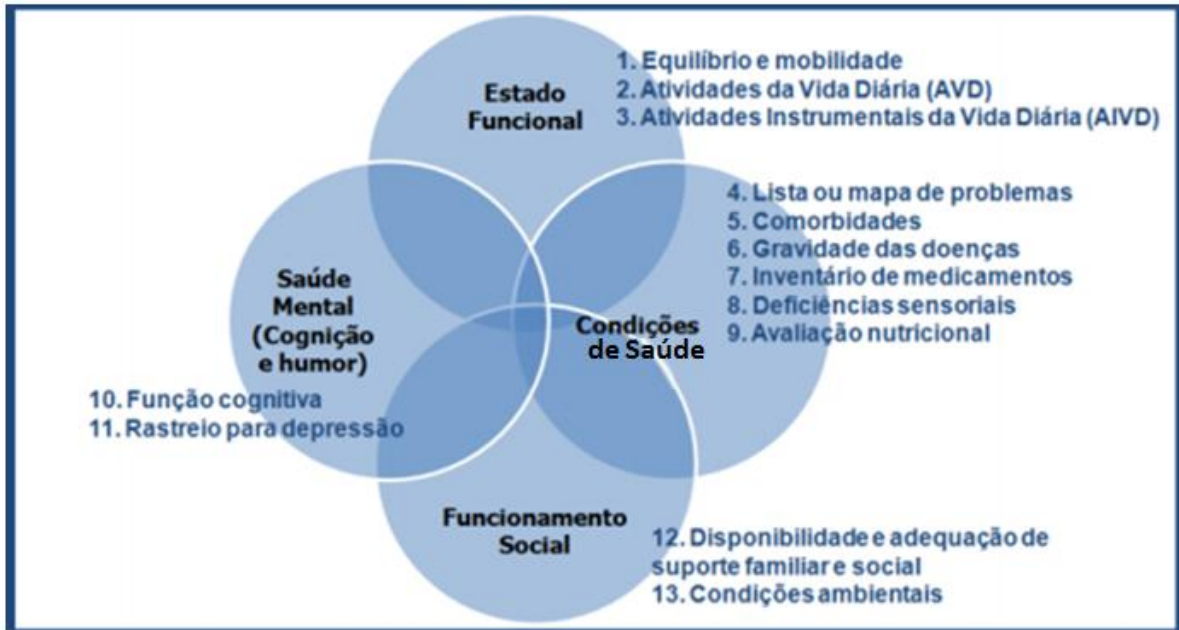
A ISAR, foco deste estudo, é um questionário constituído por seis perguntas cujas respostas dicotômicas (sim ou não) permitem a investigação de fatores de risco para eventos adversos após a procura do idoso por serviços hospitalares de urgência (pronto atendimento) que investiga seis domínios: declínio funcional, comorbidades, hospitalização prévia (últimos seis meses), déficit visual, alterações significativas de memória e poli farmácia (VERDON e MACCUSKER, 2014). O instrumento, em seu estudo original, mostrou validade preditiva moderada e correlação significativa para recorrências em urgência, hospitalização, declínio funcional e mortalidade (ARAUJO et al., 2015).

Conforme já discutido anteriormente, a utilização de instrumentos de triagem é essencial para assegurar a melhor assistência e cuidado ao idoso levando em consideração o custo-benefício envolvido nesse processo. Todavia, a partir da identificação de vulnerabilidade ou demandas não satisfeitas, é primordial a continuidade do cuidado e o acompanhamento do caso e, para isso avaliações multidimensionais contribuem para o planejamento, organização e monitoramento das ações, ou seja, para a gestão do caso (COSTA e MONEGO, 2003).

Dentre as possibilidades de avaliação multidimensional do idoso pode-se destacar a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), frequentemente utilizada no Brasil. Por definição, a AGA é entendida como um processo diagnóstico multidimensional, que pode ser realizada de forma interprofissional, com a intenção de identificar deficiências biopsicossociais para fundamentar um plano terapêutico e de acompanhamento, coordenado e integrado, a longo prazo a fim de garantir a recuperação e /ou a manutenção da capacidade funcional do idoso (COSTA e MONEGO, 2003).

Assim, a AGA avalia a capacidade funcional e saúde física do idoso, como também a função cognitiva, o estado emocional e as condições socioambientais, a partir da definição de quatro dimensões (Saúde Mental, Estado Funcional, Condições de Saúde e Funcionamento Social), conforme apresentado na figura 5.

Figura 5. Adaptação das dimensões e subdimensões da AGA



Fonte: Adaptado de COSTA, 2005; PAIXÃO e REICHENHEIN, 2005

Devido ao carácter multidimensional, a AGA tem por objetivos: orientar a priorização de intervenções; identificar idosos em risco de agravos; prever desfechos e monitorar alterações clínico-funcionais. Todavia, a AGA não tem padronização para aplicação, fazendo com que o profissional de saúde tenha que escolher quais instrumentos utilizar (PAIXÃO e REICHENHEIN, 2005).

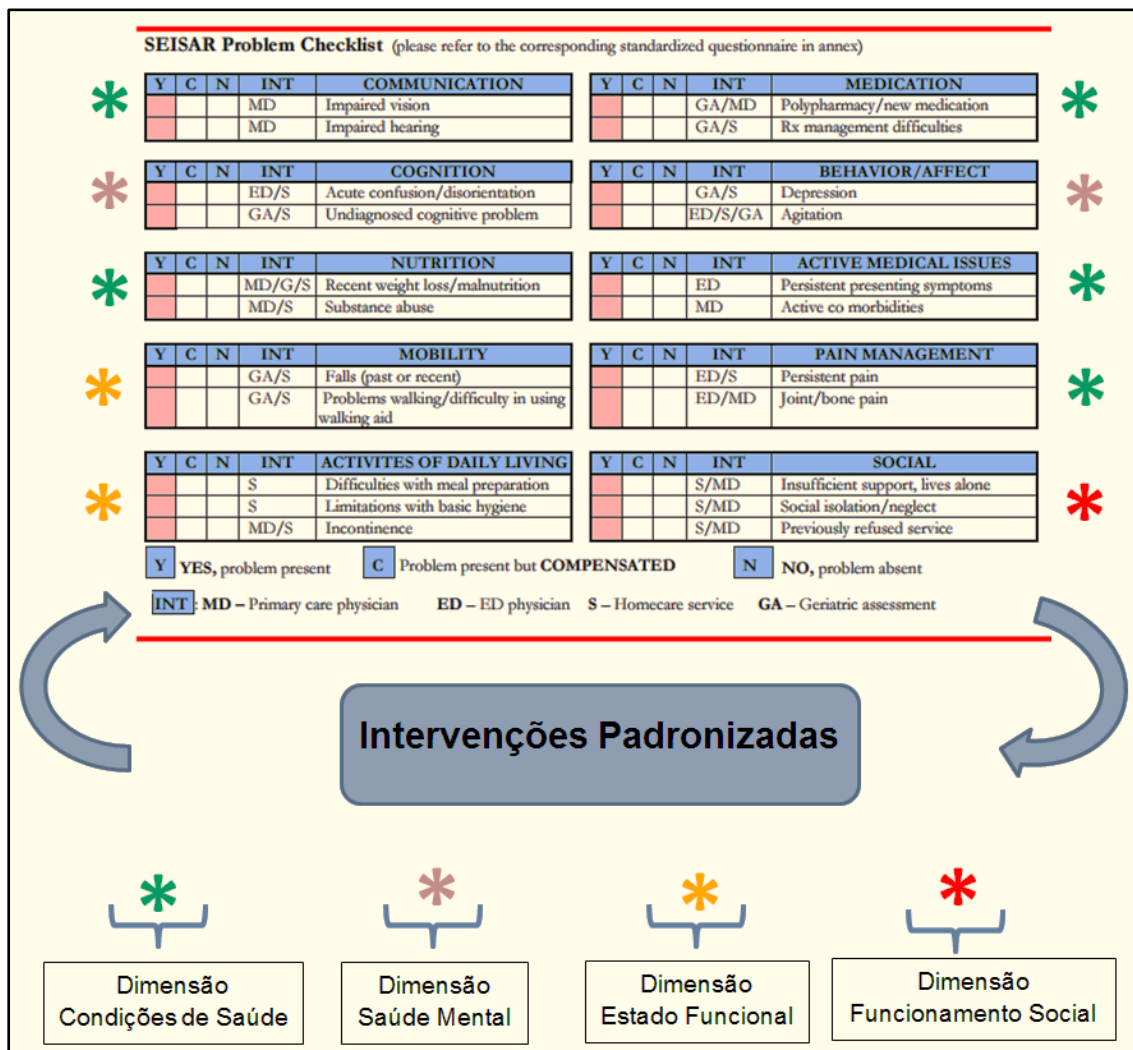
A escolha para o instrumento depende de diversos fatores e por isso, é fundamental que o profissional tenha o conhecimento necessário para tal. O instrumento a ser utilizado deve ser compatível com o ambiente operacional (ILPI, hospital, ambulatório e etc.), com os objetivos a serem atingidos (acompanhamento clínico, estudos e pesquisas, estratificação de risco), com o tempo ideal e disponível para a avaliação, com a forma de aplicação (entrevista com paciente, entrevista com cuidador e autopreenchimento), com a validade e confiabilidade cientificamente comprovadas (PAIXÃO e REICHENHEIN, 2005).

Nesse contexto, a utilização de instrumento padronizado, tal como a SEISAR, para a avaliação multidimensional do idoso poderia facilitar a aplicabilidade e efetividade da utilização dos instrumentos de triagem em diferentes ambientes operacionais/ serviços de saúde. A SEISAR é utilizada como proposta de avaliação multidimensional daqueles idosos considerados em “risco” pelo instrumento de triagem ISAR, ou seja, o idoso que apresentar

pontuação maior do que dois permite inferir que o mesmo possui maior vulnerabilidade e que precisa ter o manejo de caso realizado de forma interprofissional associado à proposta de seguimento padronizado com a aplicação da SEISAR (VERDON e MCCUSKER, 2014).

A SEISAR é um instrumento padronizado que contempla todas as dimensões e subdimensões da AGA, conforme representação abaixo:

Figura 6 - Identificação das dimensões adaptadas da AGA no instrumento SEISAR.



Fonte: Adaptado de VERDON e MCCUSKER, 2014.

Pela figura 6, é possível verificar que as quatro dimensões da AGA estão contidas nos eixos de investigação da SEISAR, sendo que a última ainda propõe encaminhamentos intervenções e encaminhamentos padronizados, de acordo com a necessidade não satisfeita (demanda) evidenciada. A identificação das necessidades é feita a partir de um roteiro de

perguntas e pela indicação de testes específicos para serem utilizados conforme demanda identificada pelo profissional da saúde responsável pela aplicação da SEISAR. Para além, a partir da definição das necessidades, é indicada a categoria profissional que deve ter incisiva atuação, como também, prioriza-se a organização e o compromisso da rede de serviços disponíveis (VERDON e MCCUSKER, 2014)

Assim, a utilização de instrumentos de triagem que possibilitem a avaliação multidimensional do idoso, de forma padronizada, torna-se interessante, à medida que, consolida o planejamento do cuidado do idoso de forma integrada, continuada e longitudinal desde a atenção primária até a atenção quaternária, favorecendo, portanto, a efetivação da rede de atenção à saúde, identificando e priorizando os idosos mais fragilizados (PAIXÃO e REICHENHEIN, 2005).

1.4 Continuidade e longitudinalidade do cuidado e a rede de atenção à saúde

A garantia e ampliação do acesso, da continuidade e da longitudinalidade do cuidado é essencial para a melhoria da eficiência da atenção à saúde da população. Para atingir tal melhoria, os países da América Latina implementaram a formação de Redes de Serviços de Saúde, sendo estas responsáveis por proporcionar a ampliação do acesso, da continuidade/longitudinalidade do cuidado (BRITO et al.,2012).

A definição de continuidade do cuidado ou continuidade assistencial é de difícil elaboração, pois este é um conceito multidimensional e que ainda, inexiste um consenso na literatura. Muitos autores consideram que a definição deste termo deve estar centrada em componentes como a transferência de informação, a relação interpessoal e a coordenação da atenção com o objetivo de assegurar a conectividade entre as partes. Nesse contexto, para a continuidade do cuidado acontecer efetivamente é imprescindível que a assistência seja oferecida de forma individualizada e mantida ao longo do tempo (STARFIELD, 2002; LAMB, 1997).

CUNHA e GIOVANELLA (2011) consideraram que é possível compreender a continuidade do cuidado a partir do termo longitudinalidade, visto que estes termos, muitas vezes, são utilizados com significado e sentido semelhantes. Contudo, STARFIELD (2002) considerou que os termos longitudinalidade e continuidade do cuidado possuem sentidos e significados distintos, principalmente no que se refere ao estabelecimento de uma relação de

confiança entre profissionais de saúde e pacientes ao longo do tempo.

STARFIELD (2002) definiu a longitudinalidade como o acompanhamento do paciente de forma contínua e ao longo do tempo, sendo que este acompanhamento deve abranger episódios de doenças, cuidados preventivos e ser realizado por profissionais de saúde que compõem a Atenção Primária de Saúde (APS). Enquanto que a continuidade do cuidado, para a referida autora, engloba um problema de saúde específico e acontecimentos de intercorrências/eventos de saúde entre consultas, estabelecendo mecanismos de transferência de informações necessárias para a tomada de decisão do profissional perante ao tratamento do paciente, todavia a relação terapêutica ao longo do tempo é desvalorizada ou não é atribuída a importância necessária (STARFIELD, 2002).

Nesse mesmo sentido, PASTOR-SÁNCHEZ et al. (1997) também consideraram a existência de diferenças de sentido e significado para as definições de longitudinalidade e continuidade do cuidado. Por longitudinalidade os autores destacaram o acompanhamento de diferentes problemas de saúde por um mesmo médico e entenderam como continuidade do cuidado o acompanhamento, por um mesmo médico ou não, de um problema de saúde específico do paciente. Dessa forma, afirmaram que a continuidade do cuidado não é um componente exclusivo da atenção primária e também não preconizaram a existência da relação de confiança entre o profissional e o paciente, já que bons registros e transferência da informação podem garantir o acompanhamento adequado de uma determinada patologia (PASTOR-SÁNCHEZ et al., 1997).

O termo longitudinalidade é pouco utilizado na literatura especializada brasileira e os trabalhos que possuem como base teórica este conceito utilizaram palavras como vínculo e continuidade ao se referirem à longitudinalidade (CUNHA e GIOVANELLA, 2011). Enquanto que a continuidade do cuidado pode ser compreendida como “o grau de coerência e união das experiências na atenção”. É importante que a continuidade assistencial deve ser percebida pelo paciente e compatível com suas necessidades de saúde e contexto social no qual o indivíduo está inserido (REID et al., 2002).

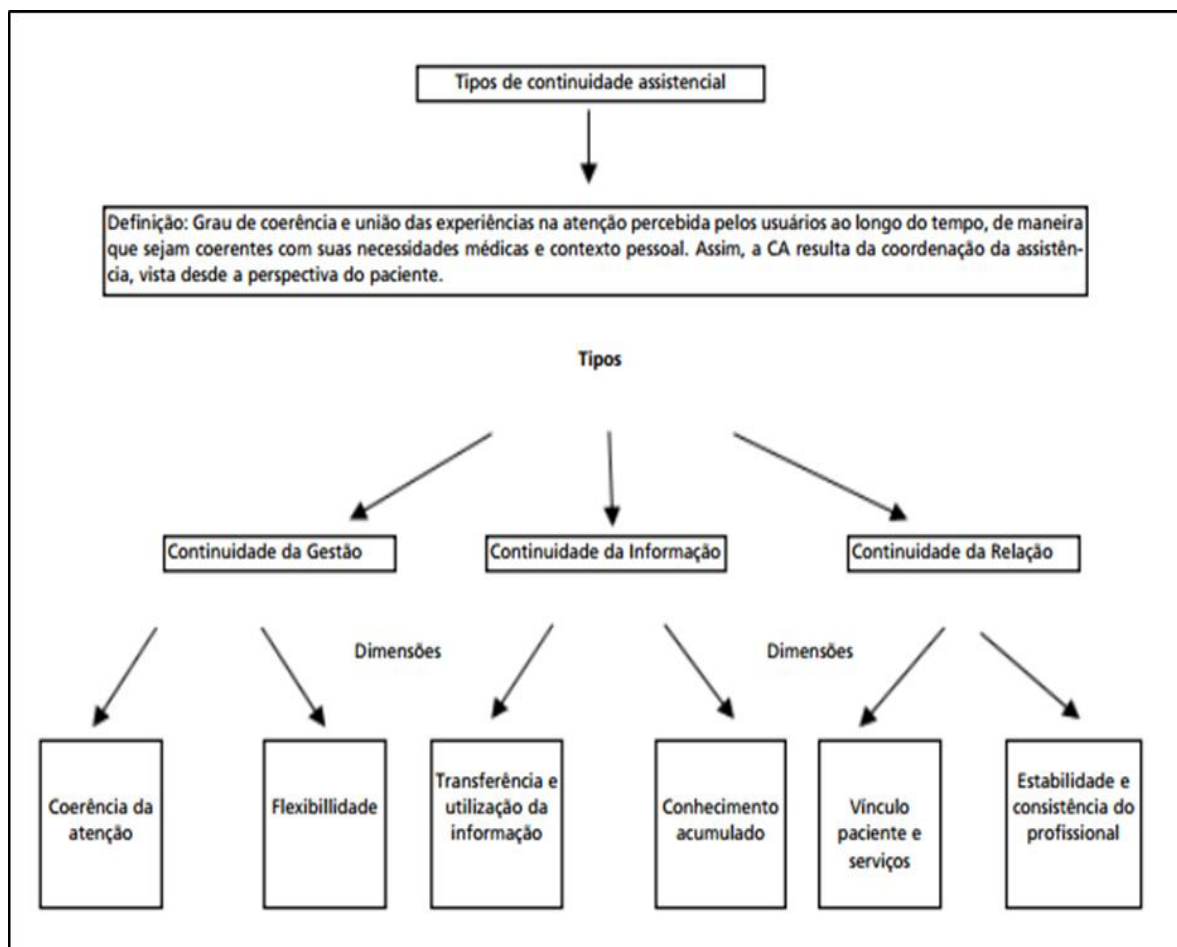
Para REID et al. (2002), a continuidade do cuidado assistencial é definida em três categorias:

- 1- Continuidade da gestão – compreende a coordenação da atenção, possibilitando a provisão de diferentes tipos de assistência à saúde do indivíduo, sendo que estes tipos de assistência se complementam e não se duplicam.

- 2- Continuidade da informação – aborda a disponibilidade das informações do paciente, garantindo que os profissionais da saúde possam analisar e interpretar as ocorrências anteriores que acometeram o paciente.
- 3- Continuidade da relação – requer a existência da relação de confiança entre os profissionais de saúde e o paciente, já que os profissionais têm como responsabilidade o cuidado desse paciente ao longo do tempo.

A figura 7 apresenta os tipos e dimensões de continuidade do cuidado assistencial a partir da classificação desenvolvida por REID et al. (2002).

Figura 7 - Tipos e dimensões de continuidade segundo a classificação de REID et al. (2002).



Fonte: BRITO et al., 2012 apud REID et al. (2002).

Observa-se na figura 7 que a categoria “continuidade da gestão” estabelece duas dimensões: a consistência do cuidado ou coerência da atenção e a flexibilidade nos planos de cuidado. A primeira dimensão refere-se à compreensão do paciente de que existe ligação harmoniosa entre os objetivos de saúde a serem atingidos e os tratamentos realizados por

diferentes serviços, assegurados pela utilização de protocolos e planos de cuidados. A segunda dimensão aborda a flexibilidade nos planos de cuidado, ou seja, possibilita que sejam realizadas as alterações necessárias nos planos de tratamento acordados com a intenção de adequar o acompanhamento para suprir as necessidades biopsicossociais dos pacientes (BRITO et al., 2012; REID et al., 2002).

Já a categoria “continuidade da informação” também constituída por duas dimensões: transferência/utilização da informação e o conhecimento acumulado. A primeira dimensão, transferência/utilização da informação, discorre a respeito da importância do acesso às informações do paciente por parte de cada profissional envolvido no cuidado. É fundamental que o paciente perceba que o profissional tem acesso às informações sobre a atenção prestada com antecedência e que englobe a evolução da doença. Já, a segunda dimensão, conhecimento acumulado, prioriza a necessidade do profissional de saúde conhecer valores e preferências do paciente para o planejamento do tratamento ou plano de cuidado. Ressalta-se que para o sucesso do planejamento do tratamento ou plano de cuidado é primordial o compromisso do paciente e sua família neste processo (BRITO et al.; 2012; REID et al.; 2002).

Por fim, a categoria “continuidade da relação” agrega duas dimensões: o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde e a estabilidade e consistência do profissional. O desenvolvimento do vínculo entre o paciente e o serviço de saúde é influenciado pela duração e pelo tipo de cuidado abrangido, ou seja, evento agudo ou doença crônica de longa duração. Salienta-se que o vínculo estabelecido entre o paciente e o profissional de saúde possibilita o reconhecimento de problemas, diagnósticos mais precisos e melhor adesão ao plano de cuidado. Para além, os benefícios abrangem a confiança, o entendimento, a comunicação efetiva e a responsabilidade. A dimensão estabilidade e consistência do profissional antepõe a importância da permanência do profissional de saúde durante a assistência, mesmo que a expectativa da manutenção da relação ao longo do tempo seja pequena, conforme acontece no acompanhamento de patologias agudas. Nestas situações, evidenciam-se a responsabilidade e confiança estabelecidas entre os envolvidos (BRITO et al.; 2012; REID et al.; 2002).

Para a avaliação e o entendimento de todo o espectro da continuidade do cuidado ou da continuidade assistencial é imprescindível que sejam consideradas todas as dimensões anteriormente apresentadas e, é importante verificar a possibilidade de se analisar alguns elementos da continuidade do cuidado sob o prisma de outros autores e, com isso adicionar informações e elementos que possam melhorar a assistência (BRITO et al., 2012).

BRITO et al. (2012) exemplificaram tal afirmação da seguinte forma:

“(...) na continuidade da gestão, analisar a adesão a protocolos específicos, o planejamento da alta e a atenção compartilhada por profissionais de distintos níveis; na continuidade da informação, obter evidências do conhecimento e utilização de informações por parte dos profissionais de diferentes serviços; e, na continuidade da relação, identificar elementos atribuídos por profissionais que influenciam o vínculo. Deste modo, a inclusão de opiniões de diferentes atores envolvidos na atenção à saúde permite a triangulação de informações, o que imprime consistência aos resultados, ao mesmo tempo em que permite identificar as lacunas e fortalezas ao longo da atenção à saúde” (BRITO et al., 2012 p.414)

Neste estudo, é utilizado o termo continuidade do cuidado, a partir da definição elaborada por REID e col. (2002), por compreender que as categorias que definem o termo contemplam as definições e diferenças existentes entre a continuidade e longitudinalidade do cuidado, abordadas anteriormente.

É importante ressaltar que existem diferenças significativas entre continuidade do cuidado e a longitudinalidade, todavia este último termo é pouco usual na realidade brasileira e apenas por esta razão não será utilizado, mas é primordial para este estudo, visto que a utilização da avaliação em duas etapas de pacientes idosos (ISAR-SEISAR) preconiza a articulação da rede de APS do idoso.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram desenvolvidas com a intenção de garantir a integralidade da atenção. Em busca de atender a esse objetivo, entende-se por RAS a articulação entre ações, organizações e serviços que são vinculados por finalidades congruentes e pela atuação cooperativa e interdependente, coordenada pela APS (MENDES, 2010).

Segundo CARMO (2014), deve-se destacar algumas das características das RAS, devido à importância atribuída a estas. Sendo estas:

- A relação recíproca e constante de seus recursos;
- A relação horizontal e igualitária entre todos os equipamentos/serviços de atenção à saúde;
- A continuidade da atenção em todos os níveis de atenção (primário, secundário, terciário e quaternário);

- A integralidade da atenção, visando o desenvolvimento de ações e intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas;
- A otimização da atenção, com ações oportunas e eficientes, em tempo e locais adequados, de acordo com as evidências disponíveis;
- O direcionamento das ações para o ciclo completo de atenção atrelado a uma determinada condição de saúde;
- O desenvolvimento de valor e significado para a sua população.

Apesar da proposta do desenvolvimento da RAS ter iniciado no ano de 1920, com a publicação do Relatório Dawson no Reino Unido, no Brasil, a temática começou a ser abordada recentemente, todavia, de forma exponencial (CARMO, 2014). A Portaria 4.279, assinada em 30 de dezembro de 2010, é o marco para a organização da RAS, pois estabelece as diretrizes a serem seguidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Em relação à saúde da população idosa, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de uma Rede de Atenção específica que promova o cuidado continuado e a assistência multidisciplinar integrada, pois as políticas de atenção à saúde do idoso estão efetivas de maneira desarticuladas e, muitas vezes, efêmeras. Tal fato dificulta atingir as estratégias de manutenção da funcionalidade, da saúde e da qualidade de vida dos idosos (CARMO, 2014; MORAES, 2012).

Assim, a atenção à saúde dos idosos deve ser centrada no indivíduo, isso significa a necessidade de se planejar a atenção à saúde a partir das necessidades específicas de cada pessoa, a partir das características clínico-funcionais, sociais e familiares. Nesse sentido, entende-se que a atenção à saúde deve ser integrada de forma que a coordenação/gestão do cuidado, ao longo do tempo, esteja integrada e articulada em forma de rede (VERAS et al., 2014).

Ademais, uma rede de atenção à saúde pode ser insuficiente para suprir as necessidades biopsicossociais do indivíduo e por isso, a assistência deve ser complementada e continuada pela articulação das redes, percurso este denominado de “linha de cuidado”. Esta abordagem possibilita a integralidade e a continuidade do cuidado, que acontecem, no Brasil, ainda de forma tímida e irregular (SANTOS et al., 2016).

Atingir o fortalecimento desta abordagem é imprescindível a existência do afinamento das relações entre as RAS, principalmente no que se refere a transição do cuidado e ao

acompanhamento do idoso na comunidade, ou seja, o sistema de referência e contrarreferência (repasso de informações) que possibilita a atenção integral do indivíduo (SANTOS et al., 2016).

Nesse sentido, entende-se como essencial a utilização de instrumentos que desencadeiam a continuidade do cuidado, possibilitando a elaboração do plano de cuidado do idoso, abordando qual a condição a ser acompanhada, a partir da definição de metas terapêuticas e intervenções apropriadas (preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas) em modalidades de atendimento/assistência adequados, tal como propõe a avaliação do paciente idoso em duas etapas – ISAR e SEISAR.

1.5 *Objetivos*

Essa pesquisa teve como objetivos:

1.5.1 Objetivo geral

- Propor ferramentas para avaliação de risco de internação hospitalar de idosos e para gestão do cuidado.

1.5.2 Objetivos específicos

- Realizar adaptação transcultural das ferramentas *Identification of Seniors At Risk* (ISAR) e *Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk* (SEISAR) com a tradução para o idioma português falado no Brasil;
- realizar a validação de conteúdo da ferramenta ISAR;
- verificar a sensibilidade e a especificidade da ferramenta ISAR;
- correlacionar o escore da ferramenta ISAR aos indicadores de qualidade assistencial;
- propor um processo de trabalho para a utilização da avaliação em duas etapas - ISAR e SEISAR.



Percurso metodológico

2 Percurso metodológico

2.1 Desenho de estudo

Trata-se de pesquisa quantitativa seguida de *designer science research*. Para contemplar a vertente quantitativa realizou-se um estudo observacional e analítico com a finalidade de efetivar a adaptação transcultural de instrumento, conforme a metodologia proposta por BEATON et al. (2000), e a sua validação de conteúdo para viabilizar a sua utilização em idosos atendidos em pronto socorro. Posteriormente, foi desenvolvido proposta de processo de trabalho seguindo a metodologia do *Design Science Research* (DSR).

2.2 Local de estudo

2.2.1 Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), pertencente à rede pública estadual, está localizado na Cidade Universitária, região oeste da cidade de São Paulo e abrange a região centro-oeste. Além de ser um centro de ensino, o Hospital Universitário tem como objetivo produzir assistência e pesquisa tanto à comunidade USP quanto à população da região do Butantã. Possui ao todo, 235 leitos distribuídos em quatro especialidades relacionadas ao nível secundário: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Para este estudo, os dados foram coletados no Pronto Socorro (PS) do HU-USP, após a avaliação de triagem. A triagem possui cinco consultórios para realização de atendimentos distribuídos em três especialidades médicas: clínica cirúrgica, clínica médica e ortopedia.

2.3 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi autorizada pelos autores da ferramenta e representantes da St. Mary's Research Centre (anexo C). Além dessa autorização, ressalta-se que este estudo respeitou todas as orientações éticas (autonomia garantida aos participantes, beneficência dos pacientes, não maleficência e relevância social com justiça e equidade) que envolvem pesquisas realizadas com seres humanos, conforme Resolução nº 466/12. Assim, salientamos que todos os participantes, ou familiares perante a impossibilidade do participante, assinaram o TCLE (apêndice A).

Esse projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP e do Hospital Universitário da USP com número de processo 016492/2016 e CAAE: 53923415.2.0000.5390.

2.4 População

2.4.1 Critérios de inclusão

- Idade igual ou acima de 65 anos;
- A participação ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por pacientes ou responsável legal.

2.4.2 Critérios de exclusão

- Pacientes sem condições de comunicar-se verbalmente que no momento da pesquisa estavam desacompanhados;
- Pacientes com alterações do estado mental ou cognitivo, identificados por perguntas simples de tempo e espaço, que no momento da pesquisa estavam desacompanhados;
- Pacientes admitidos na sala de emergência (cor vermelha segundo sistemas Manchester de classificação de risco).

2.4.3 Amostra

A amostra foi constituída por conveniência e contou com a participação de 120 idosos.

2.5 Instrumentos de coleta de dados

2.5.1 As ferramentas ISAR, SEISAR e PRA

A ferramenta *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) é um instrumento para rastreamento que pode identificar rapidamente idosos que possuem a necessidade de uma avaliação mais completa ou ampla.

A ISAR possui seis questões que podem ser respondidas pelo próprio paciente, por familiares ou ainda, por profissionais de diferentes especialidades. Estas seis perguntas

referem-se à necessidade apresentada pelo paciente para atividades de vida diária antes do momento da hospitalização, se precisará de auxílio após a hospitalização, problemas relacionados à acuidade visual, problemas percebidos de memória, número de hospitalizações no último semestre e número total de medicações por dia. Estas perguntas possuem respostas dicotômicas (sim/não) e uma pontuação atribuída a cada resposta. A pontuação a partir de dois representa que o idoso em questão apresenta risco e mediante tal situação algumas sugestões de encaminhamentos são orientadas pelos autores. Dentre essas sugestões destacam-se a notificação de familiares e médico responsável pelo paciente, a realização de uma avaliação do paciente idoso por profissionais especializados e, por fim, a utilização da ferramenta para seguimento, ou seja, a segunda etapa com a SEISAR (VERDON e MCCUSKER, 2014). Ressalta-se que a ISAR não é uma ferramenta de avaliação geriátrica e por isso, não engloba todos os aspectos e problemas geriátricos.

A ferramenta *Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk* (SEISAR) é uma proposta padronizada para avaliação e intervenção perante as demandas dos idosos identificadas como “em risco” pela ISAR. Esta ferramenta contempla uma relação de problemas geriátricos comuns: problemas relacionados à comunicação (visão e audição), aspectos de cognição (confusão aguda ou desorientação e problemas cognitivos não diagnosticados), questões relacionadas à nutrição (perda de peso ou desnutrição e abuso de substâncias/ingestão alimentar excessiva), mobilidade (quedas e dificuldades de locomoção), atividades de vida diária (preparo de refeições, limitações no autocuidado e incontinência), medicação (polifarmácia e dificuldades no manejo e organização das medicações) comportamento/aspectos emocionais (depressão e agitação/ansiedade), problemas de saúde (sintomas persistentes e comorbidades), dor (dor persistente e dores articulares/ossos) e rede de suporte social (suporte insuficiente, isolamento social e serviço social recusado) (VERDON e MCCUSKER, 2014).

Por apresentar questões mais específicas de problemas geriátricos essa ferramenta deve ser administrada por um profissional da saúde qualificado, capaz de identificar as necessidades não satisfeitas dos idosos e a partir destas sugerir intervenções adequadas. Salienta-se que, assim como a ISAR, deve-se notificar familiares e médicos dos pacientes que tiverem problemas evidenciados pela SEISAR para que todas as demandas desses pacientes possam ser compensadas e o cuidado possa ser continuado no pós alta hospitalar, evitando-se com isso o risco de reinternação (VERDON e MCCUSKER, 2014).

Por fim, a ferramenta PRA, considerada como padrão ouro deste estudo, foi

desenvolvida por BOULT et al. (1993) que identificaram oito fatores de risco para uso elevado de serviços hospitalares por idosos: idade superior a 75 anos, sexo masculino, disponibilidade de cuidador, autopercepção do estado de saúde como ruim, portador de doença cardiovascular, portador de diabetes mellitus, hospitalização nos últimos 12 meses e mais de seis consultas médicas nos últimos 12 meses. Conforme a presença ou não dos fatores de risco, o modelo de regressão logística aplicado à PRA resulta um valor de 0 a 1, sendo que quanto mais elevado é esse valor caracteriza maior risco de internação.

2.6 *Processo de coleta de dados*

Para contemplar os objetivos específicos propostos, esta pesquisa foi elaborada em quatro etapas:

2.6.1 Primeira etapa: adaptação transcultural das ferramentas ISAR e SEISAR

A adaptação transcultural é um processo importante para garantir com rigorosidade a equivalência entre o idioma original, no caso inglês, e a tradução para o português do Brasil. Além da tradução, é necessário realizar a adaptação transcultural para assegurar a validação do instrumento em relação aos seus padrões de medidas que podem ter conotações diferentes em culturas distintas (BEATON et al., 2000). Esse aspecto, segundo GUILLEMIN (1995) também deve ser respeitado para os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença, pois a cultura local influencia a percepção e expressão destes. Assim, a realização da adaptação transcultural prevê o cumprimento de duas etapas, sendo elas: tradução e ajuste cultural do instrumento e sua validação.

Nesse contexto, salienta-se que nesta fase da pesquisa utilizou-se o método (guidelines) proposto por BEATON et al. (2000) que orienta o processo de adaptação transcultural com base em cinco fases, descritas a seguir:

- Fase 1: tradução – realizar duas traduções do instrumento original por tradutores brasileiros independentes, pois é preciso que o processo de tradução seja desenvolvido por profissionais cuja língua-mãe e cultura sejam aquelas para as quais se está realizando a tradução. Ressaltamos que um dos tradutores deve ter formação e conhecimento no tema de estudo (T1) e o outro não (T2).

- Fase 2: síntese – desenvolver uma versão final das traduções (síntese – T3) subsidiado pela ferramenta original e pelas duas traduções realizadas anteriormente (T1; T2). As discrepâncias observadas nas duas traduções devem ser analisadas e resolvidas mediante consenso entre o pesquisador e os tradutores.
- Fase 3: retrotradução (back translation) – nesta etapa, a versão síntese T3 será retrotraduzida por dois tradutores independentes que possuem língua-mãe igual a da ferramenta original e que tenha domínio do português. Além disso, é importante que os tradutores desconheçam a ferramenta em sua versão original.
- Fase 4: avaliação por um grupo de juízes – neste momento deve-se consolidar todas as versões da ferramenta para a formulação da versão pré-final da mesma. O grupo de juízes constituído por especialistas das áreas relacionadas ao tema de estudo – assistência e gerenciamento em saúde. Estes profissionais recebem todas as versões da ferramenta, assim como o manual de utilização do instrumento. É de responsabilidade dos especialistas alcançarem a equivalência entre a ferramenta original e a versão pré-final para ser testada em quatro aspectos: equivalência semântica e idiomática (significado das palavras e ao uso de expressões nas duas línguas); equivalência experiencial (capturar a experiência na vida cotidiana daquilo a que se refere ao instrumento); e equivalência conceitual (conceitos apresentados no instrumento que correspondem aos utilizados no contexto da cultura local).
- Fase 5: pré-teste – Segundo recomendações dos autores dos *guidelines* a aplicação do pré-teste deve ser realizada com um grupo de 30 a 40 indivíduos que possuem características semelhantes do público-alvo do instrumento original. É importante salientar que após o preenchimento da ferramenta, cada indivíduo é entrevistado para expressar seu entendimento a respeito de cada item contido na ferramenta e com isso será possível obter sugestões para reformulações que favoreçam o entendimento da questão, caso se faça necessário. Se necessário, estas possíveis sugestões serão encaminhadas para o grupo de especialistas para discussão e definição de alterações para a formulação da versão final da ferramenta.

2.6.2 Segunda etapa: validação de conteúdo da ferramenta ISAR

O processo de validação consiste em verificar e analisar a precisão de inferências realizadas por resultados de um teste. Em relação aos objetivos dos testes há alguns aspectos que devem ser verificados e validados, tais como conteúdo, critério e construto (RAYMUNDO, 2009). Este estudo trata-se apenas da validação de conteúdo da ferramenta ISAR.

A validação de conteúdo é um processo fundamental para a adaptação transcultural de instrumentos de medida já validados em outras realidades. Esta validação marca o início das estratégias utilizadas para relacionar conceitos abstratos a indicadores observáveis e mensuráveis (RAYMUNDO, 2009).

A validação de conteúdo pode ser entendida como o processo de julgamento, realizado por especialistas, dos itens de um instrumento com a intenção de analisar e medir se a construção teórica do instrumento representa, de fato, as dimensões mais importantes do constructo/conceito a ser medido e também verificar se a extensão em que os itens de uma medida determinam o mesmo conteúdo (RAYMUNDO, 2009).

De forma mais abrangente, a validação de conteúdo possibilita analisar o grau de relevância e representatividade de cada item de um instrumento de medida e, por isso se torna fundamental para a sua adaptação transcultural. Todavia, há limitações por representar um processo subjetivo e, assim a validação de conteúdo ainda necessita ser complementada por outras medidas psicométricas adicionais a esse processo (RAYMUNDO, 2009).

2.6.3 Terceira etapa: a utilização da ISAR – sensibilidade, especificidade e correlação

Para o alcance do terceiro objetivo específico proposto neste estudo, que foi verificar a sensibilidade da ISAR para a aplicação em idosos atendidos em PS, os pesquisadores envolvidos foram treinados para a aplicação das ferramentas ISAR e PRA. Para este treinamento, foi realizada leitura prévia do manual ISAR/SEISAR disponibilizado pelos autores. Após o treinamento, cada entrevistador foi encaminhado para o local de estudo e apresentado à equipe interprofissional do setor envolvido. A aplicação dos questionários foi realizada pela pesquisadora e por dois estudantes de graduação treinados para utilização da ISAR e da escala de Predição de Risco de Admissão Hospitalar (PRA) (anexo D).

Salienta-se que os profissionais que atuavam no PS durante a coleta de dados foram esclarecidos sobre os objetivos e propósitos do desenvolvimento desta pesquisa. Para a coleta

de dados, os entrevistadores identificaram, por busca ativa, os pacientes que aguardavam o atendimento médico após a triagem realizada pela enfermeira do setor. Os pacientes que foram convidados a participarem dessa pesquisa aguardavam atendimento médico nos setores laranja, amarelo e verde, conforme sistema Manchester de classificação de risco. Ressalta-se que foi excluído o setor de espera “azul”, pois o idoso assistido na instituição não é classificado nesta categoria por ser considerado vulnerável devido à idade.

Esse sistema é constituído por perguntas específicas baseadas em sintomas. Isso possibilita a classificação dos pacientes segundo grau de risco e a partir disso são identificados por cores que correspondem a determinado tempo de espera. Para os pacientes que se encontram em situação mais grave, é atribuída a cor vermelha, a qual recebe atendimento imediato. Aos muito urgentes, a cor laranja que caracteriza um tempo de espera de dez minutos. Para os casos urgentes é atribuída a cor amarela, com um tempo de espera de sessenta minutos. Aos casos de menor gravidade, a cor verde e azul, pouco ou não urgente, caracterizando tempo de espera de duas a quatro horas (SANTOS et al., 2014).

Após a classificação de risco do paciente foi realizada a entrevista com paciente/família/cuidadores para o preenchimento do instrumento de coleta de dados, mediante autorização oficializada pela assinatura do TCLE.

O processo de coleta, tratamento e análise de dados teve duração de seis meses (junho a dezembro de 2016). O instrumento de coleta de dados foi composto pelo instrumento adaptado ISAR, pela escala PRA e por dados socioeconômicos, tais como: nome, número de identificação do paciente, sexo/gênero, data de nascimento, estado civil, cor auto referida, ocupação, rendas individual e familiar em salários mínimos, autopercepção do estado de saúde, religião e queixa principal para a procura pelo atendimento no PS do HU-USP.

Essas informações foram registradas em banco de dados do programa Excel. Nesse banco, foram acrescentados tópicos para registro posterior, utilizando como fonte de informação o sistema de prontuário eletrônico do HU-USP, possibilitando o acompanhamento do paciente, ao verificar a ocorrência de internação, alta para residência e transferência de setores intra hospitalar. Para além, a pesquisadora também identificou a ocorrência de retorno ao PS e de internação hospitalar após três meses da primeira avaliação.

Os resultados obtidos pela ISAR também foram comparados aos resultados advindos da aplicação da PRA. Destacamos que a PRA é utilizada na realidade brasileira desde 2003 (DUTRA et al., 2011). Para esse estudo, também foi utilizada a estratificação de risco, utilizada por DUTRA et al. (2011), apresentada no quadro 3.

Quadro 3 - Apresentação da estratificação de risco.

Nível de Risco	Risco de fragilização	Estratificação de risco
0	< 0,300	Baixo
1	0,300 - 0,399	Médio
2	0,400- 0,499	Médio-alto
3	> 0,500	Alto

Fonte: VERAS, 2003.

Segundo VERAS (2003) o instrumento mostrou-se eficaz na avaliação de risco de idosos com maior risco de hospitalização. No entanto, essa ferramenta é menos abrangente que ISAR e SEISAR, pois não propõe ações de continuidade do cuidado. Após três meses da alta hospitalar dos pacientes, foi verificado o retorno destes ao PS do HU-USP por meio dos dados registrados nos prontuários eletrônicos existentes na instituição.

2.6.4 Quarta etapa: Designer Science Research

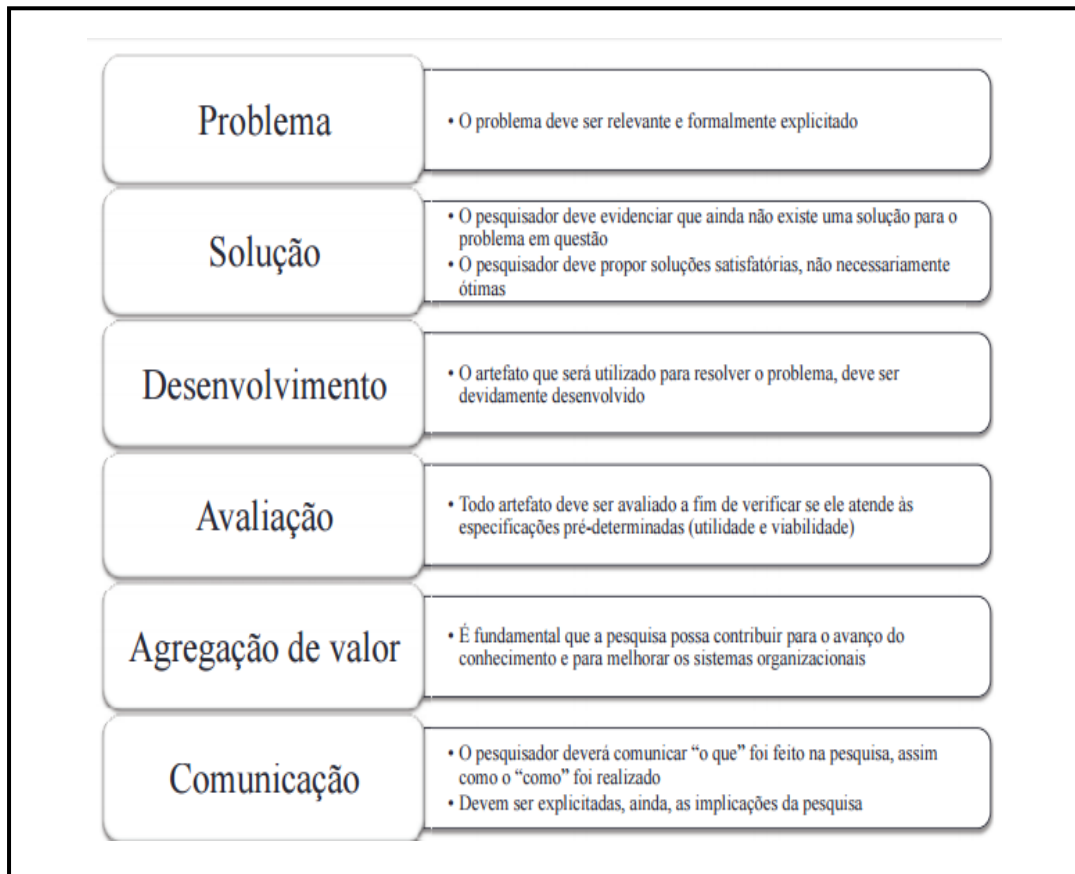
As investigações e estudos desenvolvidos na área da gestão devem evidenciar sua relevância para o cotidiano das organizações, tanto de forma teórica quanto prática. Para demonstrar tal relevância, os métodos de pesquisa podem ser baseados no paradigma da *Design Science*. A *Design Science*, apresentada por Herbert Simon em 1969, é a ciência utilizada para projetar e prescrever soluções para problemas reais e, por isso, pode ser aplicada nas esferas acadêmica e institucional e em áreas como medicina, engenharia e gestão (DENYER et al., 2008; PANDZA, THORPE, 2010; SIMON, 1996).

Entre os métodos de pesquisa que podem ser fundamentados na *Design Science*, evidencia-se o “*Design Science Research*” (DSR). O DSR é um método de pesquisa utilizado para o desenvolvimento de estudos que possuem como objetivo explorar, descrever ou explicar um determinado fenômeno e, com isso, projetar ou prescrever soluções para o problema escolhido, interferindo na realidade e, conseqüentemente, possibilitando o desenvolvimento de melhorias para as situações investigadas (SIMON, 1996).

Destaca-se que as pesquisas que utilizam o Design Science Research como método são direcionadas para a resolução de problemas específicos em uma determinada realidade e, por isso, buscam uma solução satisfatória para o contexto (DRESCH, 2015). Com isso, pode-se

inferir sobre a contribuição desse método para a redução do distanciamento entre teoria e prática, por meio de pesquisas que resultem em prescrições, para além das descrições, explicações e predições (BAYAZIT, 2004). Para isso, os pesquisadores devem considerar cinco elementos, apontados por MARCH e STOREY (2008) e apresentados na figura 8.

Figura 8 - Elementos essenciais para a adequada condução da *Design Science Research*.



Fonte: DRESCH et al., 2015.

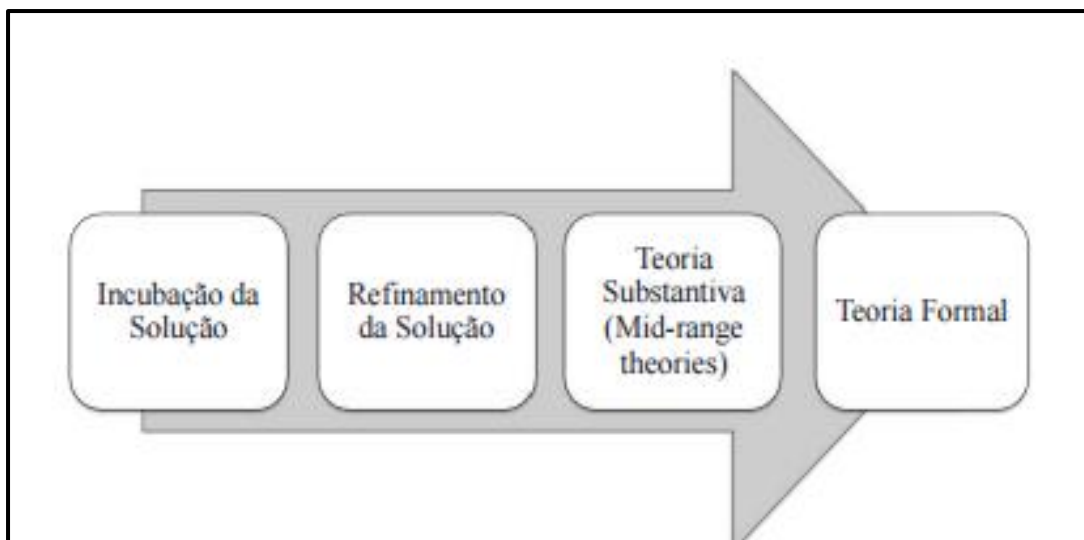
O primeiro elemento é a identificação do problema relevante. O segundo elemento trata da justificativa para a realização da pesquisa, evidenciando a inexistência de soluções para resolver o problema identificado. O terceiro elemento refere-se ao desenvolvimento de uma estratégia ou artefato para solucionar o problema. O quarto elemento corresponde ao processo de avaliação das estratégias elaboradas. O quinto elemento considera que a pesquisa deve contribuir para o avanço do conhecimento geral e para a melhor prática nas organizações. Por fim, recomenda-se a publicação das implicações dos resultados da pesquisa para o campo prático e acadêmico (MARCH e STOREY, 2008).

Ressalta-se que o desenvolvimento do artefato é insuficiente para caracterizar uma

investigação como *Design Science Research*, pois é necessário demonstrar que esta estratégia atingiu os objetivos do estudo. O *Design Science Research* tem em vista a solução satisfatória para os problemas estudados e, por isso, a definição da solução deve ser passível de generalização para determinados problemas. Essa generalização visa o desenvolvimento de teorias que permitem a utilização do conhecimento gerado por outros pesquisadores e profissionais (LACERDA, 2013; SEIN, 2011; VAN AKEN, 2005).

Segundo HOLMSTRÖM et al. (2009) o desenvolvimento de teorias, a partir da utilização do *Design Science Research*, acontece em quatro etapas conforme figura 9.

Figura 9 - Fases para o desenvolvimento de teorias.



Fonte: DRESCH et al., 2015.

- Primeira etapa - “incubação da solução”: Essa primeira etapa objetiva materializar uma estrutura que represente o problema em investigação. Com isso, o pesquisador deverá ter condições de sugerir possíveis soluções para o problema em questão.
- Segunda etapa - “refinamento da solução”: Nesta etapa as soluções formuladas são testadas em um ambiente real, com o intuito de verificar se a solução proposta atende aos critérios estabelecidos para a resolução do problema.
- Terceira etapa - “teoria substantiva”: Essa etapa tem o propósito de buscar relevância, do ponto de vista prático e acadêmico, para o conhecimento gerado nas etapas anteriores. Nessa etapa podem ser executadas atividades como a avaliação do artefato sob a ótica da teoria. É válido frisar que as teorias substantivas são dependentes do

contexto em que as soluções foram desenvolvidas, portanto, ainda não podem ser consideradas teorias gerais.

- Quarta etapa - “teoria formal”: Refere-se ao desenvolvimento de teorias que podem ser empregadas independente do contexto. Nessa última etapa, a contribuição científica é mais importante do que a relevância prática, pois, as teorias formais costumam ser passíveis de generalização.

Nesse sentido, esclarece-se que a utilização do método *Design Science Research* trouxe relevância para este estudo, pois possibilitou tangibilizar a utilização das escalas ISAR e SEISAR na realidade vivenciada no PS do HU-USP.

2.7 Análise de dados

Para melhor compreensão do conteúdo a ser apresentado, optou-se por discorrer sobre a temática em subtópicos.

2.7.1 Tratamento e análise dos dados: a adaptação transcultural ISAR e SEISAR

Ao que tange a adaptação transcultural os instrumentos ISAR e SEISAR, foi utilizada a metodologia de tratamento de análise de dados proposta por BEATON et al. (2000). Nesse sentido, seguiram-se, com rigor científico, todas as etapas descritas pelos autores, conforme descrito anteriormente.

2.7.2 Tratamento e análise dos dados: validação de conteúdo da ISAR

Para a validação de conteúdo da ferramenta ISAR, utilizou o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC é um método com grande utilização na área da saúde e possibilita medir a proporção de juízes que estão em concordância a respeito dos itens apresentados dos instrumentos/ferramentas de medida, ou seja, permite realizar a análise de cada item individualmente do instrumento e deste como um todo (ALEXANDRE e COLUCI, 2011).

Para realizar a validação de conteúdo por este método é utilizada uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro, conforme apresentado a seguir:

- Não relevante ou não representativo – pontuação 1;
- Item necessita de grande revisão para ser representativo – pontuação 2;
- Item necessita de pequena revisão para ser representativo – pontuação 3;

- Item relevante ou representativo – pontuação 4.

Dessa forma, os juízes participantes do estudo devem pontuar cada item do instrumento de acordo com o que foi apresentado e com as respostas é possível realizar o escore do índice a partir da somatória dos tópicos do instrumento que foram pontuados com “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens pontuados com “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados (ALEXANDRE e COLUCI, 2011).

Assim, a fórmula para o cálculo do IVC é:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas “3” ou “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para o cálculo do IVC em relação aos itens do instrumento deve-se levar em consideração o número total de juízes participantes, assim, quando o grupo de juízes é composto por cinco ou menos participantes, todos devem pontuar “3” ou “4” para o item ser representativo. Quando o grupo é composto por seis ou mais juízes, a taxa deve ser superior a 0,78 (ALEXANDRE e COLUCI, 2011). O critério utilizado para este estudo foi aquele relacionado para a participação de cinco ou menos juízes.

2.7.3 Tratamento e análise dos dados: a utilização da ISAR e da PRA

Para o tratamento dos dados advindos da utilização da ISAR e da PRA foi elaborado um dicionário de variáveis que norteou a padronização das informações. Os dados advindos da aplicação da ISAR e da PRA foram compilados no programa Excel e para a análise estatística dos dados foram utilizados os programas SPSS (Special Package for Social Science) versão 21 e Medcalc versão 16.8.4.

Os participantes do estudo foram caracterizados por uma análise descritiva, apresentando a média e o desvio padrão para variáveis quantitativas e número de participantes e percentuais para variáveis qualitativas.

A amostra do estudo foi classificada em estratos conforme pontos de corte sugeridos pela ISAR: pacientes em risco de internação (ISAR > 2 pontos) e pacientes sem risco de internação (ISAR < 2 pontos e ISAR = 2 pontos).

Foram correlacionados os dados advindos da aplicação da ISAR aos resultados da PRA, já que a última foi considerada o padrão ouro deste estudo. Para isso, aplicou-se testes

estatísticos de correlação de Spearman.

Também foi realizada a investigação a respeito da admissão hospitalar ou alta do paciente durante a primeira aplicação da ISAR. Estes dados foram verificados a partir da análise de frequência e testes de correlação.

Além disso, foi investigada a ocorrência de retorno a instituição e internação hospitalar nos três meses seguintes à aplicação do questionário. Como a ISAR é uma ferramenta capaz de prever o risco de retorno ao pronto socorro e internação hospitalar para pacientes idosos, destaca-se que foram desconsideradas as internações por causas não relacionadas às condições crônicas de saúde, causas médicas de pequena repercussão clínica e internações para procedimentos cirúrgicos eletivos.

Para estimar a média das frequências de retorno ao pronto socorro e de hospitalização de acordo com o estrato de risco apresentado pelo idoso foram calculadas estatísticas descritivas e o intervalo de confiança estipulado foi de 95%.

Com a finalidade de aferir a sensibilidade da ISAR para a predição de retorno ao PS e de hospitalização em três meses, assim como a sensibilidade e especificidade do ponto de corte, foi construída a curva Receiver Operating Characteristics (ROC).

2.7.4 Tratamento e análise dos dados: *Design Science Research*

Partindo da premissa que PLATTS (1993), STARKEY e MANDAN (2001) e FORD et al. (2003) salientaram sobre a necessidade de maior destaque das pesquisas na área da gestão e ainda, a necessidade das organizações melhorarem os seus processos, pois nem sempre os métodos de pesquisas tradicionais utilizados proporcionam melhorias dos resultados. Nessa abordagem, optou-se como método neste estudo a utilização do *Design Science Research (DSR)* e como forma de análise dessa proposta realizou-se a descrição das atividades desenvolvidas embasadas nas etapas de condução da DSR.

Assim, esclarece-se que o objetivo central da DSR é a elaboração de conhecimentos para o desenvolvimento de artefatos que são definidos como:

“[...] objetos artificiais que podem ser caracterizados em termos de objetivos, funções e adaptações. São normalmente discutidos, particularmente durante a concepção, tanto em termos imperativos como descritivos [...] Assim, [...] o cumprimento de um propósito, ou adaptação a um objetivo, envolve uma relação de três elementos: o propósito ou objetivo; o caráter do artefato; e o ambiente em que ele funciona” (SIMON, 1996, p. 29).

Pensando assim, como proposta de avaliação das atividades desenvolvidas durante o *Design Science Research*, MANSON (2006) e, posteriormente, LACERDA et.al.(2013) apresentaram etapas para a condução e saídas da DSR, sendo estas descritas no quadro 4.

Quadro 4 - Condução da pesquisa no contexto do método *Design Science Research*.

Etapa de condução	Saídas da DSR	Pontos a explicitar
Conscientização	Proposta	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenciar a situação problemática • Explicitar o ambiente externo e seus principais pontos de interação com o artefato • Explicitar as métricas e os critérios para a aceitação da solução artefato (quando for possível a obtenção de uma solução ótima) • Explicitar os atores que se interessam pelo artefato • Explicitar as Classes de Problemas, os artefatos existentes e suas limitações
Sugestão	Tentativa	<ul style="list-style-type: none"> • Explicitar as premissas e requisitos para a construção do artefato • Registrar todas as tentativas de desenvolvimento do artefato • Registrar as razões que fundamentaram a exclusão da tentativa de artefato do desenvolvimento • Verificar possíveis implicações éticas da aplicação do artefato
Desenvolvimento	Artefato	<ul style="list-style-type: none"> • Justificar a escolha das ferramentas para o desenvolvimento do artefato • Explicitar os componentes do artefato e as relações causais que geram o efeito desejado para que o artefato realize seus objetivos • Explicitar as formas pelas quais o artefato pode ser testado
Avaliação	Medidas de Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Explicitar, em detalhes, os mecanismos de avaliação do artefato • Evidenciar os resultados do artefato em relação às métricas inicialmente projetadas • No caso de avaliações qualitativas do artefato, explicitar as partes envolvidas e as limitações de viés • Evidenciar o que funcionou como o previsto e os ajustes necessários no artefato
Conclusão	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar as principais aprendizagens em todas as fases do projeto

		<ul style="list-style-type: none">• Justificar a contribuição do trabalho para a Classe de Problemas em questão
--	--	---

Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme pode ser verificado no quadro, é importante ressaltar a necessidade de desenvolvimento de ações para cada etapa da condução da DSR. Nesse sentido, inicialmente é fundamental a identificação de um problema a ser resolvido e entender a manifestação deste no ambiente em questão. Com isso, será possível registrar todas as estratégias de enfrentamento utilizadas para combater este problema e, ainda, formular novas sugestões de tentativas. A partir desse levantamento, identifica-se um artefato ou uma estratégia para direcionar a situação problema e, assim, inicia-se a etapa de desenvolvimento do artefato. Em seguida, é necessário utilizar os artefatos idealizados como forma de evidenciar potencialidades e fragilidades do processo, ou seja, é importante avaliar e verificar o desempenho da estratégia implementada. Com isso, torna-se possível sintetizar o conhecimento produzido e generalizar teorias.



Resultados

3 Resultados

Para facilitar a compreensão dos resultados, optou-se por apresentá-los em quatro tópicos. O primeiro tópico corresponde ao processo de Adaptação transcultural e validação de conteúdo da ISAR, etapa inicial do processo de validação dessa escala para a utilização em pacientes idosos admitidos em unidade de PS. O segundo tópico contempla a realização do processo de Adaptação Transcultural da SEISAR. O terceiro tópico apresenta as informações advindas da coleta de dados, etapa necessária para verificar a sensibilidade e a especificidade da ISAR, bem como as correlações entre as variáveis em estudo. Por fim, o quarto tópico relata estratégia de melhorias para o fluxo do paciente idoso admitido em unidade de PS a partir da metodologia *Design Science Research*.

3.1 Adaptação transcultural e validação de conteúdo da ISAR

3.1.1 Adaptação transcultural

Para esta etapa, foram realizadas duas traduções (T1 e T2) do instrumento original (ISAR) para o português falado no Brasil. Conforme preconiza o *guideline* escolhido para esta pesquisa, foram convidados dois tradutores independentes, sendo que o primeiro tradutor é um profissional da saúde com graduação em enfermagem (responsável pela versão T1) e o segundo tradutor é um profissional jornalista (responsável pela versão T2). Os dois tradutores possuem domínio da língua inglesa e apenas o primeiro tradutor (profissional da saúde) teve o esclarecimento a respeito dos objetivos dessa pesquisa.

A partir das duas traduções (T1 e T2) foi desenvolvida a versão síntese (T3). Esta versão síntese é o consolidado das duas versões e foi realizada a partir das discussões com os tradutores e um grupo de especialistas, etapa fundamental para orientar esse processo no que diz respeito à adequação de linguagem para ser adotada com pacientes idosos que procuram o pronto socorro. Esse grupo de especialistas foi constituído por profissionais das seguintes áreas: enfermagem, psicologia, nutrição, farmácia, medicina, serviço social, gerontologia e educação continuada.

As duas traduções apresentaram semelhanças e por isso, o consenso entre os especialistas foi realizado rapidamente. O Quadro 5 ilustra as traduções, suas diferenças e o consenso para a versão síntese

Quadro 5 – Traduções e versão síntese da escala ISAR a partir da sua versão original em língua inglesa.

Versão original – Questão 1	Before the illness or injury that brought you to the Emergency, did you need someone to help you on a regular basis?
Tradução 1	Antes da doença ou lesão que trouxe você à Emergência, você precisava de alguém para ajudá-lo regularmente?
Tradução 2	Antes da doença ou lesão que trouxe você à Emergência, você precisava de alguém para ajudá-lo regularmente?
Consolidado	Antes da doença ou lesão que trouxe você ao pronto socorro, você precisava de alguém para ajudá-lo regularmente?
Versão original – Questão 2	In the last 24 hours, have you needed more help than usual?
Tradução 1	Nas últimas 24 horas, você precisou de mais ajuda do que usualmente (normalmente)?
Tradução 2	Nas últimas 24 horas, você precisou de mais ajuda do que usualmente?
Consolidado	Nas últimas 24 horas, você precisou de mais ajuda do que regularmente?
Versão original – Questão 3	Have you been hospitalized for one or more nights during the past 6 months?
Tradução 1	Você foi hospitalizado por uma ou mais noites (mais de 24 horas) nos últimos 6 meses?
Tradução 2	Você foi hospitalizado por uma ou mais noites nos últimos 6 meses?
Consolidado	Você foi internado por uma ou mais noites nos últimos seis meses?
Versão original – Questão 4	In general, do you have serious problems with your vision, that cannot be corrected by glasses?
Tradução 1	Em geral, você tem problemas sérios com sua visão, que não se corrigem com uso de óculos?
Tradução 2	Em geral, você tem problemas sérios com sua visão, que não se corrigem com uso de óculos?
Consolidado	Em geral, você tem problemas sérios com sua visão, que não se corrigem com uso de óculos?
Versão original – Questão 5	In general, do you have serious problems with your memory?
Tradução 1	Em geral, você tem problemas sérios com sua (de) memória?
Tradução 2	Em geral, você tem problemas sérios com sua memória?
Consolidado	Em geral, você tem problemas sérios com sua memória?

Versão original – Questão 6	Do you take six or more different medications every day?
Tradução 1	Você toma mais do que seis medicamentos diferentes todo dia (diariamente)?
Tradução 2	Você toma seis ou mais medicamentos diferentes todos os dias?
Consolidado	Você toma cinco ou mais medicamentos diferentes todos os dias?

Fonte: Elaborado pelo autor

Ressalta-se que essa versão consolidada foi encaminhada a novos pesquisadores, especialistas no assunto, para a etapa de validação de conteúdo e recebeu novas alterações, apresentadas no tópico seguinte que aborda a validação de conteúdo.

3.1.2 Validação de conteúdo

Este estudo contou com quatro pesquisadores especialistas para atuarem como juízes na validação de conteúdo da ISAR. Esses especialistas são profissionais da saúde com atuação hospitalar e acadêmica nas áreas da geriatria e da gerontologia. A banca de juízes foi composta por duas médicas, uma fisioterapeuta e uma enfermeira.

Foi disponibilizado, a cada especialista, o material necessário para o processo de validação de conteúdo. Assim, os juízes receberam o projeto de pesquisa desse estudo, o manual original da ferramenta ISAR, o instrumento adaptado e as instruções para o preenchimento do formulário para cálculo posterior do IVC.

Ressalta-se que um dos juízes sugeriu modificações relacionadas à questão 1 e à questão 4, sendo estas aceitas pelo pesquisador, visto que a observação realizada foi considerada relevante e importante para a efetiva utilização futura da ferramenta. Assim, apresenta-se no quadro 6 a última versão dos itens da ISAR encaminhados para a validação de conteúdo.

Quadro 6 – Apresentação da última versão dos itens da ISAR

1. Antes da doença ou lesão que trouxe você ao pronto socorro, você precisava da ajuda de alguém regularmente?
2. Nas últimas 24 horas, você precisou de mais ajuda do que regularmente?
3. Você foi internado por uma ou mais noites nos últimos seis meses?
4. Em geral, você tem problemas sérios com sua visão, que não podem ser corrigidos com uso de óculos?
5. Em geral, você tem problemas sérios com sua memória?
6. Você toma cinco ou mais medicamentos diferentes todos os dias?

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação aos dados da validação de conteúdo da ISAR, o quadro 7 apresenta o parecer dos quatro juízes que consideraram os itens da ISAR representativos e relevantes para o propósito do instrumento. A pontuação dos itens individualmente ficou entre “3” e “4” pontos, indo ao encontro da recomendação presente na literatura.

Quadro 7 - Apresentação da pontuação referida pelos especialistas a cada item da ferramenta ISAR.

Juízes	Q.1	Q.2	Q.3	Q.4	Q.5	Q.6
P. 1 (T)	4	4	4	3	4	4
P.2 (R)	3	4	4	3	4	4
P.3 (A)	3	3	4	4	4	4
P.4 (AP)	3	4	3	3	4	4

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação ao instrumento como um todo, foi definida a taxa de concordância de 0.90, utilizando-se o critério da “divisão do número total de itens considerados como relevantes pelos juízes pelo número total de itens”. Nesse sentido, tem-se a concordância de 100% entre os juízes para o instrumento, visto que todos os itens foram considerados representativos e relevantes pela banca de juízes que avaliaram a ISAR.

Com essas alterações, formalizamos a versão síntese da ISAR que foi encaminhada para a retro tradução. A retro tradução não apresentou diferença relevante ao ser comparada ao instrumento original e por esta razão considerou-se que houve semelhanças de significado e conceito entre a versão adaptada e a versão original resultando na versão final em língua portuguesa falada no Brasil (anexo E).

Dando continuidade a este processo, foi realizado o pré-teste com a finalidade de verificar a necessidade de adequação de linguagem do instrumento a partir da compreensão de 30 participantes e constatou-se que a linguagem da versão final da ferramenta ISAR era adequada à população alvo do estudo.

Em seguida, a partir desta versão, houve a coleta de dados que possibilitou o levantamento de informações necessárias para contemplar as análises estatísticas relativas à sensibilidade, especificidade e correlação da ferramenta ISAR às variáveis de investigação: internação; reinternação e visitas repetidas ao pronto socorro.

3.2 Adaptação transcultural da SEISAR

Visto que o processo de adaptação transcultural da SEISAR utilizou a mesma metodologia descrita no tópico relativo à adaptação transcultural da ISAR: duas traduções, discussão entre tradutores e especialistas, consolidado a versão síntese, retrotradução e aplicação de pré-teste. Esclarece-se que os profissionais envolvidos e o espaço de discussão foram otimizados para o estudo das duas escalas (ISAR e SEISAR), assim no intuito de tornar didática esta leitura, optou-se por suprimir o relato já contemplado no tópico anterior.

Ressalta-se que o processo de validação para a ferramenta SEISAR é desnecessário, sendo esta condição justificada pelo caráter da ferramenta. A SEISAR possui caráter norteador, apresentando como finalidade a identificação e o acompanhamento das demandas de saúde do paciente em risco. Assim, o processo de validação, primordial para instrumentos de triagem/mensuráveis, é incompatível com a finalidade e o caráter da SEISAR.

Durante este processo ocorreram algumas alterações para a formulação da versão síntese da ferramenta SEISAR, a partir da análise das duas traduções. Os quadros 8 e 9 apresentam a versão original, as traduções e o consolidado das traduções entre os tradutores e o grupo de especialistas.

Quadro 8 - Traduções e versão síntese da escala SEISAR a partir da sua versão original em língua inglesa.

Tópico um – Communication (Comunicação)	
Versão Original	<p><u>Impaired Vision</u> Question: “In general, do you see well enough to read?” “Do you see well enough with your glasses?”</p>

	<p>Observation: Visual impairment seems to affect functioning, never assessed.</p> <p><u>Impaired Hearing</u></p> <p>Question: “In general, do you hear well?” “Do you use a hearing aid?” “Do you hear well enough with your hearing aid?”</p> <p>Observation: The interviewer needs to raise voice markedly during interview. Or, the impairment was never formally assessed.</p>
Tradução 1	<p><u>Acuidade visual diminuída</u></p> <p>Questões: “Em geral, você enxerga bem o bastante para ler?” “Você enxerga bem o bastante com seus óculos?”</p> <p>Observação: Acuidade visual diminuída pode afetar funcionalidade, nunca avaliado.</p> <p><u>Acuidade auditiva diminuída</u></p> <p>Questões: “Em geral, você escuta bem?” “Você usa prótese auditiva?” “Você escuta bem quando usa sua prótese auditiva?”</p> <p>Observação: O entrevistador precisa aumentar a voz significativamente durante a entrevista, ou a diminuição da acuidade auditiva nunca foi avaliada.</p>
Tradução 2	<p><u>Deficiência visual</u></p> <p>Pergunta: “No geral, você enxerga o suficiente para ler?” “Você enxerga o suficiente com os seus óculos?”</p> <p>Observação: Deficiência visual parece afetar o funcionamento, nunca avaliado.</p> <p><u>Deficiência auditiva</u></p> <p>Pergunta: “No geral, você escuta bem?” “Você usa aparelho auditivo?” “Você ouve bem o suficiente com seu aparelho auditivo?”</p> <p>Observação: Os entrevistadores precisam erguer a voz de forma marcada durante a entrevista. Ou, o deficiente não seria formalmente avaliado.</p>
Consolidado	<p><u>Acuidade Visual Diminuída</u></p> <p>Questões: Em geral, você enxerga bem para ler? Você enxerga bem com os seus óculos?</p> <p>Observação: A acuidade visual diminuída pode afetar a funcionalidade ou a</p>

	<p>diminuição da acuidade visual nunca foi avaliada.</p> <p><u>Acuidade auditiva diminuída</u></p> <p>Questões: Em geral, você ouve bem? Você usa aparelho auditivo? Você ouve bem quando usa seu aparelho auditivo?</p> <p>Observação: O entrevistador precisa aumentar a voz significativamente durante a entrevista, ou a diminuição da acuidade auditiva nunca foi avaliada.</p>
<p>Tópico dois – Cognition (Cognição)</p>	
<p>Versão Original</p>	<p><u>Acute confusion/disorientation</u></p> <p>Question: “Is there any confusion or disorientation?” (ask patient and caregiver) “Is this new or recent onset (less than two weeks)?” “Has this problem been assessed in the ED?” “What coping mechanisms are in place upon discharge for this?”</p> <p>Observation: Inattention, unable to focus attention, must repeat questions, unable to respond correctly to simple orientation questions. May use CAM, refer to the short mental exam done in ED</p> <p><u>Undiagnosed cognitive problem</u></p> <p>Question: “Is there a history, prior to reason for visit, of progressive memory or cognitive impairment?” “Was a diagnosis made, treatment and services offered?”</p> <p>Observation: Observe for memory and cognitive deficits, not of recent onset. Review chart and inquire. Look for dementia NOT YET Diagnosed. May use standardized tools (e.g., MMSE).</p>
<p>Tradução 1</p>	<p><u>Confusão aguda/desorientação</u></p> <p>Questões: “Há alguma desorientação ou confusão mental?” (perguntar para paciente e cuidador) “Isso é novo ou recente (menor que duas semanas)?” “Este problema foi avaliado na emergência?” “Quais mecanismos de enfrentamento estão disponíveis para este problema após a alta?”</p> <p>Observação: Desatenção, incapacidade de manter atenção, necessidade de repetir questão, incapacidade de responder corretamente questões de orientação (temporal, espacial) simples (dia, local em que esta).</p> <p><u>Problema cognitivo não diagnosticado</u></p> <p>Questões:</p>

	<p>“Histórico de, antes desta visita, déficit de memória ou cognitivo?” “Foi diagnosticado, oferecido tratamento e serviço de apoio?” Observação: Observe déficits cognitivos ou de memória, não de início recente. Revise o prontuário e o questionário. Busque por demência ainda não diagnosticada. Use ferramentas padronizadas (Mini Exame do Estado Mental – MMSE).</p>
<p>Tradução 2</p>	<p><u>Confusão e desorientação aguda</u> Pergunta: “Há alguma confusão ou desorientação?” (pergunte ao paciente e cuidador) “Isso é algo novo ou de início recente (menos de duas semanas)?” “Este problema já foi avaliado dentro do ED?” “Que mecanismos de enfrentamento estão em andamento até sua alta?” Observação: Falta de atenção, incapacidade de focar a atenção, devem repetir as perguntas, incapacidade de responder corretamente para perguntas com simples orientações. Pode usar o Método de Avaliação de Confusão (CAM) ou outras ferramentas. <u>Problema cognitivo não diagnosticado</u> Pergunta: “Há um histórico, antes do motivo da visita, de deficiência de memória progressiva ou cognitiva?” “Foram feitos diagnósticos, tratamento e serviços oferecidos?” Observação: Observe a memória e déficits cognitivos, de início que não seja recente. Reveja os prontuários e inquirir. Procure por demência ainda não diagnosticada. Pode usar ferramentas padronizadas. (e.g. MMSE).</p>
<p>Consolidado</p>	<p><u>Confusão aguda/desorientação</u> Questões: Há alguma confusão ou desorientação? (perguntar para paciente e cuidador) Isso é novo ou de início recente? (menos de duas semanas) Esse problema foi avaliado neste pronto-socorro? Quais mecanismos de enfrentamento estão disponíveis na alta? Observação: Desatenção, incapacidade de manter a atenção, necessidade de repetir questão, incapacidade de responder corretamente questões de orientação simples (temporal e espacial). <u>Problema cognitivo não diagnosticado</u> Questões: Há histórico, anterior a este atendimento, de progressivo déficit de memória ou cognitivo?</p>

	<p>Foram realizados diagnósticos, tratamento e encaminhamento para serviços de apoio? Observação: Observe antecedente de déficit cognitivo ou de memória. Revise o prontuário e o questionário. Investigue presença de demência ainda não diagnosticada. Pode-se usar ferramentas padronizadas (Mini Exame do Estado Mental – MEEM)</p>
Tópico três – Nutrition (Nutrição)	
Versão Original	<p><u>Recent Weight Loss/ Malnutrition</u> Question: “Do you think that you have lost weight in the last 6 months? How much?” “How is your appetite?” “What do you usually have for breakfast?” Observation: Evidence of recent loss of more than 10% of usual weight (chart). Poor food intake on history or observed during stay in ED. Patient appears malnourished or wasted.</p> <p><u>Substance Abuse</u> Question: “Was alcohol consumption related to the problem that brought you to the ED?” Observation: Note if excessive alcohol consumption was related to the ED visit. Use standardized tool if needed (e.g.,CAGE).</p>
Tradução 1	<p><u>Perda de peso recente/má nutrição</u> Questões: “Você acha que perdeu peso nos últimos 6 meses? Quanto?” “Como é seu apetite?” “O que você costuma comer no café da manhã?” Observação: Evidência de perda de peso maior que 10% do peso normal (registrado em prontuário). Histórico de baixa ingestão alimentar ou observado durante passagem pela emergência. Paciente aparenta desnutrição ou enfraquecido.</p> <p><u>Abuso de substâncias</u> Questões: “O problema que te trouxe a emergência está relacionado ao consumo de álcool?” Observação: Note se consumo excessivo de álcool está relacionado ao motivo da visita a emergência. Use ferramentas padronizadas se necessário (CAGE – acrônimo referente às quatro perguntas: Reduzir Cut down, Encomodado pela crítica Annoyed by criticism, Culpa Guilty e Ao Abrir os olhos Eye-opener).</p>

<p>Tradução 2</p>	<p><u>Perda recente de peso / Má nutrição</u> Pergunta: “Você acha que você tem perdido peso nos últimos seis meses? Quanto tempo?” “Como é o seu apetite?” “O que você costuma comer no café da manhã?” Observação: Evidência de perda recente de mais de 10% de peso (prontuário). Pobre ingestão de alimentos no histórico ou observado durante a estadia (internação?) em ED. Paciente aparece desnutrido ou enfraquecido.</p> <p><u>Abuso de substância</u> Pergunta: “O consumo de álcool foi relacionado ao problema que te trouxe ao ED?” Observação: Note se o consumo excessivo de álcool foi relacionado à visita do ED. Use ferramenta padronizada se necessário. (e.g. CAGE)</p>
<p>Consolidado</p>	<p><u>Perda de peso recente/má nutrição</u> Questões: Você acha que perdeu peso nos últimos 6 meses? Quanto? Como é o seu apetite? O que você costuma comer no café da manhã? Observação: Evidência de perda de peso recente maior que 10% do peso normal (registrado em prontuário). Histórico de baixa ingestão alimentar ou observado durante a internação. Paciente aparenta desnutrição ou enfraquecimento.</p> <p><u>Abuso de substância</u> Questões: O problema que te trouxe ao pronto-socorro está relacionado ao consumo de álcool? Observação: Note se o consumo excessivo de álcool está relacionado ao motivo da admissão no pronto-socorro. Use ferramenta padronizada, se necessário (CAGE)</p>
<p>Tópico quatro – Mobility (Mobilidade)</p>	
<p>Versão Original</p>	<p><u>Falls (Past or recent)</u> Question: “Have you had one or more falls in the last 3 months? How did it happen?” “Have you been assessed for this?” “Has the situation improved?” Observation: Assess risk of falls when walking, with or without walking</p>

	<p>aid, as in the above.</p> <p><u>Problems walking/using walking aid</u></p> <p>Question:</p> <p>“Do you have difficulty walking?”</p> <p>“Do you use a cane or walker? Is this recent?”</p> <p>“Do you feel safe with your cane/walker?”</p> <p>“Do you feel safe to go home with this walking aid?”</p> <p>“Are there stairs to get around or in your house?”</p> <p>Observation:</p> <p>Look for acute change in mobility (i.e. change within the last several weeks, if patient was bedridden in ED, if patient can't handle transfers/ can't turn over in bed, if patient was ambulatory and now is no longer.). Can patient walk alone or is he/she able to use walking aid properly/safely?</p>
<p>Tradução 1</p>	<p><u>Queda (recente ou passada)</u></p> <p>Questões:</p> <p>“Você caiu uma ou mais vezes nos últimos 3 meses? Como aconteceu?”</p> <p>“Você já foi avaliado quanto a queda?”</p> <p>“Essa questão melhorou?”</p> <p>Observação:</p> <p>Avaliar risco de queda quando anda, com ou sem andador.</p> <p><u>Problemas para deambular/usar andador</u></p> <p>Questões:</p> <p>“Você tem dificuldade para andar?”</p> <p>“Você usa bengala ou andador? Isso é recente?”</p> <p>“Você se sente seguro com sua bengala ou andador?”</p> <p>“Você se sente seguro em ir para casa com esse suporte para andar?”</p> <p>“Tem escadas para chegar ou dentro da sua casa?”</p> <p>Observação:</p> <p>Busque mudanças agudas na mobilidade (por exemplo, mudanças nas últimas semanas, se paciente estava acamado durante a visita emergência, se paciente não podia ser mobilizado, não podia se mover no leito, se paciente era ambulatorial e não é mais). O paciente pode andar sozinho ou ele/ela consegue usar de modo seguro o andador/bengala?</p>
<p>Tradução 2</p>	<p><u>Quedas (passadas ou recentes)</u></p> <p>Pergunta:</p> <p>“Você teve uma ou mais quedas nos últimos três meses? Como isto aconteceu?”</p> <p>“Você foi avaliado por isso?”</p> <p>“A situação melhorou?”</p> <p>Observação:</p> <p>Avalie riscos de queda quando caminha, com / sem suporte para caminhada (andador? Bengala?)</p> <p><u>Problemas caminhando / usando suporte para caminhada</u></p> <p>Pergunta:</p> <p>“Você tem dificuldade para caminhar?”</p>

	<p>“Você usa uma bengala ou andador? Isso é recente?” “Você se sente seguro com sua bengala / andador?” “Você se sente seguro para ir para casa com esse suporte de caminhada?” “Há escadas ao redor ou dentro da sua casa?” Observação: Procure por mudança aguda na mobilidade (i.e mudar nas próximas semanas, se o paciente esteve acamado no ED, se o paciente não puder lidar com transferências / não puder trocar de cama, se o paciente esteve no ambulatório e agora não está mais). O paciente pode caminhar sozinho ou ele ou ela são capazes de usar o suporte de caminhada com propriedade e segurança?</p>
Consolidado	<p><u>Quedas (Passadas ou recentes)</u> Questões: Você caiu uma ou mais vezes nos últimos três meses? Como aconteceu? Você foi avaliado quando caiu? Esta situação melhorou? Observação: Avaliar risco de queda quando anda, com ou sem dispositivo de marcha.</p> <p><u>Problemas para deambular e/ou usar dispositivo de marcha.</u> Questões: Você tem dificuldade para andar? Você usa bengala ou andador? Isto é recente? Você se sente seguro com sua bengala ou andador? Você se sente seguro para ir para casa com esse suporte para andar? Há escadas ao redor ou dentro de sua casa? Observação: Investigue mudanças agudas na mobilidade (por exemplo: mudanças nas últimas semanas, se o paciente estava acamado durante a internação, se ele não conseguia se transferir/virar no leito, se o paciente deixou de ser ambulatorial). O paciente pode andar sozinho ou ele consegue usar de modo seguro e apropriado o dispositivo de marcha.</p>
Tópico cinco – Activities of daily living (Atividades de vida diária)	
Versão original	<p><u>Difficulties with meals</u> Question: “How do you manage with your meals?” “Do you need help to prepare meals?” “Do you need help to eat?” “Do you have the help you need?” (Includes getting food into the house) Observation: Observe general status and abilities to feed self with current</p>

	<p>situation.</p> <p><u>Limitations with basic hygiene</u> Question: “How do you manage with bathing/basic hygiene?” “Do you need help?” “Do have the help you need?” Observation: General hygiene, presence of limitations that may interfere with hygiene.</p> <p><u>Incontinence</u> Question: “Do you ever lose control of your bladder? Is this a new problem?” “Do you lose control over your bowels? Is this a new problem?” “Have you ever seen a doctor for this problem?” Observation: Subject is incontinent, with limited awareness of the problem or poor hygiene, or with limited coping strategies for this problem (new or old).</p>
<p>Tradução 1</p>	<p><u>Dificuldade com preparo da refeição</u> Questões: “Como você lida com (realiza) suas refeições?” “Você precisa de ajuda para preparar as refeições?” “Você precisa de ajuda para comer?” “Você recebe a ajuda que precisa? (Inclusive receber alimentos em casa).” Observação: Observe comportamento geral, se há habilidade em se alimentar na situação atual.</p> <p><u>Limitação para realizar higiene básica</u> Questões: “Como você lida com (realiza) o banho/higiene básica (íntima)?” “Você precisa de ajuda?” “Você tem a ajuda que necessita?” Observação: Higiene geral, apresenta limitações que possam interferir na higiene.</p> <p><u>Incontinência</u> Questões: “Alguma vez você perdeu o controle da bexiga (urina)? Isso é um problema recente?” “Você alguma vez perdeu controle sobre sua eliminação intestinal? Isso é um problema recente?” “Alguma vez procurou ajuda médica para esse problema?” Observação: A respeito da incontinência, paciente apresenta consciência limitada do problema / falta de higiene ou apresenta</p>

	estratégias de enfrentamento limitadas.
Tradução 2	<p><u>Dificuldades com a preparação da refeição</u> Pergunta: “Como você gerencia suas refeições?” “Você precisa de ajuda para preparar refeições?” “Você precisa de ajuda para comer?” “Você tem a ajuda que precisa? (incluindo receber comida em casa)” Observação: Observa status gerais, habilidade para se alimentar na situação atual.</p> <p><u>Limitações com higiene básica</u> Pergunta: “Como você lida com o banho / higiene básica?” “Você precisa de ajuda?” “Você tem a ajuda que precisa?” Observação: Higiene geral, limitações que podem interferir na higiene.</p> <p><u>Incontinência</u> Pergunta: “Você já perdeu o controle da sua bexiga? Este é um problema novo?” “Você já perdeu o controle do seu intestino? Este é um novo problema?” “Você já procurou um médico por causa deste problema?” Observação: O sujeito é incontinente, tem consciência limitada do problema/higiene pobre e tem estratégias de enfrentamento.</p>
Consolidado	<p><u>Dificuldade com as refeições</u> Questões: Como você organiza suas refeições? Você precisa de ajuda para preparar as refeições? Você precisa de ajuda para comer? Você recebe a ajuda que precisa (incluindo receber alimentação em casa)? Observação: Observar condições gerais: se há habilidade para se alimentar na situação atual.</p> <p><u>Limitação para realizar higiene pessoal</u> Questões: Como você realiza o banho? Você precisa de ajuda? Você tem a ajuda que precisa? Observação: Apresenta limitações que podem interferir na higiene.</p> <p><u>Incontinência</u> Questões: Você já perdeu o controle da urina? Este é um problema</p>

	<p>novo? Você já perdeu o controle das suas evacuações? Este é um problema novo? Alguma vez você procurou ajuda médica para este problema? Observação: A respeito da incontinência, o paciente apresenta consciência limitada do problema/ falta de higiene ou apresenta estratégia de enfrentamento limitada para este problema (novo ou velho)</p>
Tópico seis – Medication (Medicação)	
Versão Original	<p><u>Polypharmacy/new medication</u> Question: “Do you know your medications and why you take them?” “Can I review the list of your medications with you?” “Were you prescribed a new medication recently?” “Did you stop taking a medication recently?” Observation: Look for the following from the list of Rx on discharge prescriptions or from chart: - 2 medications in the same class for benzodiazepine, nonsteroidal anti-inflammatory, or antipsychotic - Confusion about prescriptions stopped/started recently.</p> <p><u>Rx management difficulties</u> Question: “How do you manage with your medications?” “Do you have a pill organizer?” “Do you need help to take your medication?” “Do you get the help you need to take your medication?” To caregiver “Do you think (she) takes his/her medication as prescribed?” “Have you noticed problems with handling of medications?” Observation: Evaluate overall comprehension of medication profile and drug compliance, handling of medications, use of drug dispensary system and supervision.</p>
Tradução 1	<p><u>Polifarmácia / Nova Medicação</u> Questões: “Você sabe quais são seus medicamentos e porque você os toma?” “Posso rever sua lista de medicamentos com você?” “Você recebeu uma prescrição de um medicamento novo recentemente?” “Você parou de tomar algum medicamento recentemente?” Observação: Avalie na prescrição médica de alta ou no prontuário os seguintes itens: - 2 medicamentos da mesma classe medicamentosa:</p>

	<p>benzodiazepínico, anti-inflamatório não esteroides (AINE) ou antipsicótico.</p> <p>- Confusão com prescrição interrompida ou iniciada recentemente.</p> <p><u>Dificuldades com prescrição médica (controle medicamentos)</u> (aquisição medicamentos - retirada posto, compra, organização e aprazamento)</p> <p>Questões:</p> <p>“Como você administra seus medicamentos?”</p> <p>“Você tem um organizador de pílulas (caixa com divisórias para cada dia/horário)?”</p> <p>“Você precisa de ajuda para tomar os medicamentos (horários/doses corretos)?”</p> <p>“Você tem a ajuda que precisa para tomar seus medicamentos?”</p> <p>Para o cuidador:</p> <p>“Você acha que ele(a) toma as medicações conforme prescrição médica?”</p> <p>“Você tem identificado problemas com a manipulação dos medicamentos?”</p> <p>Observação:</p> <p>Avalie a compreensão sobre as medicações, manuseio, uso de sistema de dispensador de comprimidos e supervisão durante medicação.</p>
<p>Tradução 2</p>	<p><u>Polifarmácia / Nova Medicação</u></p> <p>Pergunta:</p> <p>“Você conhece seus medicamentos e por que os toma?”</p> <p>“Posso rever a sua lista de medicamentos com você?”</p> <p>“Você recebeu prescrições de novos medicamentos recentemente?”</p> <p>“Você parou de tomar algum remédio recentemente?”</p> <p>Observação:</p> <p>Procure pelo seguinte na lista de Rx de prescrição de suspensão ou do prontuário:</p> <p>- 2 medicamentos da mesma classe do benzodiazepine, nonsteroidal anti-inflamatório, ou antipsicótico.</p> <p>- Confusão sobre suspensão de prescrições / iniciadas recentemente.</p> <p><u>Dificuldades no manuseio do Rx</u></p> <p>Pergunta:</p> <p>“Como você lida com seus medicamentos?”</p> <p>“Você tem um organizador de comprimidos?”</p> <p>“Você precisa de ajuda para tomar seus remédios?”</p> <p>“Você tem a ajuda que precisa para tomar seu remédio?”</p> <p>Ao cuidador</p> <p>“Você acha que (ela) toma o remédio dele /dela conforme prescrito?”</p> <p>“Você notou problemas com o manuseio dos medicamentos?”</p>

	<p>Observação: Avalie no geral a compreensão do perfil da conformidade do remédio e droga, manuseio da medicação, uso do sistema dispensário e supervisão.</p>
Consolidado	<p><u>Polifarmácia / Nova Medicação</u> Questões: Você sabe quais são seus medicamentos e por que você os toma? Posso rever sua lista de medicamentos com você? Você recebeu prescrição de um medicamento novo recentemente? Você parou de tomar algum medicamento recentemente? Observação: Observe na prescrição médica de alta ou no prontuário os seguintes itens: - Dois medicamentos da mesma classe medicamentosa: benzodiazepínico, anti-inflamatório não esteroides (AINE) ou antipsicótico. - Confusão com prescrição interrompida ou iniciada recentemente. <u>Dificuldades no gerenciamento da prescrição médica</u> Questões: Como você organiza seus medicamentos? Você tem um organizador de comprimidos? Você precisa de ajuda para tomar os seus medicamentos? Você tem a ajuda que precisa para tomar seus medicamentos? Para o cuidador: Você acha que ele (a) toma as medicações conforme prescrição médica? Você percebeu problemas com a manipulação dos medicamentos? Observação: Avalie a compreensão geral sobre a adesão medicamentosa, manuseio, uso de sistema de dispensador de comprimidos e supervisão durante medicação.</p>
Tópico sete – Behavior/Affect (Comportamento/afeto)	
Versão Original	<p><u>Depression</u> Question: “Do you often feel sad or depressed?” “Do you often cry these days?” “During the past 6 months, has a person close to you died or moved?” Observation: Subject appears sad and depressed. May use the short Geriatric Depression Scale (GDS).</p>

	<p><u>Agitation</u> Question: “Is there a history of agitation, increased anxiety, aggressive behaviour, or of any inappropriate behaviours (including wandering, hallucinations or others)?” Observation: Behaviour problems as observed in ED or in personal history (agitation, anxiety, aggressive behaviour, wandering, hallucinations).</p>
Tradução 1	<p><u>Depressão</u> Questões: “Você se sente triste ou deprimido frequentemente?” “Você chorou frequentemente nos últimos dias?” “Nos últimos seis meses, alguém próximo a você faleceu ou se mudou?” Observação: Apresenta-se triste e deprimido. Utilize a escala de Depressão em Geriatria versão reduzida (GDS) se necessário.</p> <p><u>Agitação</u> Questões: “Há histórico de agitação, aumento da ansiedade, comportamento agressivo ou de qualquer comportamento inadequado (incluindo delirium, alucinações, ou outros)?” Observações: Observado problemas de comportamento durante emergência ou histórico pessoal (agitação, ansiedade, comportamento agressivo, delirium, alucinação).</p>
Tradução 2	<p><u>Depressão</u> Pergunta: “Você se sente frequentemente triste ou deprimido?” “Você frequentemente chora por esses (últimos) dias?” “Durante os últimos seis meses, alguma pessoa próxima faleceu ou se mudou?” Observação: Sujeito aparece triste ou deprimido. Pode usar a pequena escala de Depressão Geriátrica (GDS).</p> <p><u>Agitação</u> Pergunta: “Existe um histórico de agitação, aumento de ansiedade, comportamento agressivo, ou qualquer comportamento inadequado (incluindo distração, alucinação ou outros)?” Observação: Problemas comportamentais conforme observado em ED ou no histórico pessoal (agitação, ansiedade, comportamento agressivo, distração, alucinações).</p>
Consolidado	<p><u>Depressão</u> Questões: Você se sente triste ou deprimido frequentemente?</p>

	<p>Você chorou frequentemente nestes últimos dias? Nos últimos seis meses, alguém próximo a você faleceu ou se mudou? Observação: O paciente apresenta-se triste e deprimido. Pode-se utilizar a escala de Depressão Geriátrica versão reduzida (GDS15). <u>Agitação</u> Questões: Há histórico de agitação, aumento da ansiedade, comportamento agressivo ou de qualquer comportamento inapropriado (incluindo distração, alucinações ou outros)? Observação: Observado problemas de comportamento no pronto-socorro ou histórico pessoal (agitação, ansiedade, comportamento agressivo, distração, alucinação).</p>
Tópico oito – Active Medical Issues (Problemas de Saúde presentes)	
Versão Original	<p><u>Persistent presenting symptoms</u> Question: “Do you still have the symptom (specify which) that brought you to the ED? Has it improved?” “How are you coping with this symptom at home?” Observation: Check if symptoms persistent and severe enough to interfere with return home. Check for nausea, dizziness, hypotension, shortness of breath, etc. <u>Active co-morbidities</u> Question: “Have you been hospitalized in the last 2 months?” “Have you seen a doctor in the last week for any one of the following diseases that was not well controlled: COPD/asthma, heart disease/CHF, diabetes, Alzheimer’s/dementia, cancer, recent surgery or admission?” Observation: Patient has one or more of the above health problems that is not under control currently, or has needed an unplanned medical visit, ED visit, or admission in the last 1 to 2 months.</p>
Tradução 1	<p><u>Presença de sintomas persistentes</u> Questões: “Você ainda tem o sintoma (especificar qual) que trouxe você para a emergência? Ele (sintoma) melhorou?” “Como você lida (enfrenta) com esse sintoma em casa?” Observação: Observe se há sintomas persistentes severos o bastante para interferir no retorno para casa (alta). Observe se há náusea, tontura, hipotensão, falta de ar, etc. <u>Comorbidades ativas</u> Questões: “Você esteve hospitalizado nos últimos 2 meses?”</p>

	<p>“Você consultou um médico na última semana por qualquer uma das doenças a seguir que não estavam bem controladas: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, cardiopatia, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), diabetes, Alzheimer, demência, câncer, cirurgia recente ou admissão?”</p> <p>Observação: Paciente tem um ou mais dos problemas acima que estão descompensados atualmente, ou tenha precisado de uma visita médica não planejada, visita a emergência ou admissão nos últimos 1 a 2 meses.</p>
Tradução 2	<p><u>Sintomas presentes persistentes</u> Pergunta: “Você ainda tem o sintoma (específico que) que trouxe você para o ED? Ele melhorou?” “Como você lida com os sintomas em casa?”</p> <p>Observação: Checar se os sintomas são persistentes e severos o suficiente para interferir no retorno para casa. Cheque as náuseas, tontura, hipotensão, falta de ar, etc.</p> <p><u>Co-morbidades ativas</u> Pergunta: “Você esteve hospitalizado nos últimos dois meses?” “Você foi a um médico na última semana por algumas das seguintes doenças que não foram bem controladas: COPD/ asma, doença do coração / CHF, diabetes, Alzheimer /demência, câncer, cirurgia recente ou admissão (internação?)?”</p> <p>Observação: Paciente tem um ou mais dos problemas de saúde acima que não está controlado recentemente, ou tem precisado de uma visita médica não planejada, visita de ED, ou admissão (internação?) nos últimos um ou dois meses.</p>
Consolidado	<p><u>Presença de sintomas persistentes</u> Questões: Você ainda tem o sintoma (especificar qual) que trouxe você para o pronto-socorro? O sintoma melhorou? Como você lida com esse sintoma em casa?</p> <p>Observação: Observe se há sintomas persistentes severos o suficiente para interferir no retorno para casa. Observe se há náusea, tontura, hipotensão, falta de ar, etc.</p> <p><u>Comorbidades presentes</u> Questões: Você esteve internado nos últimos dois meses? Você consultou um médico na última semana por qualquer uma das doenças a seguir que não estavam bem controladas: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, cardiopatia, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), diabetes, Alzheimer, demência, câncer, cirurgia recente ou internação?</p> <p>Observação:</p>

	<p>Paciente tem um ou mais problemas acima que estão descompensados atualmente, ou precisou de uma consulta médica não planejada, visita à emergência ou internação nos últimos dois meses.</p>
<p>Tópico nove – Pain Management (Controle da dor)</p>	
<p>Versão Original</p>	<p><u>Persistent pain</u> Question: “Are you still in pain?” “Have you received some treatment in the last hour or two to alleviate the pain? Has this helped your pain?” “Do you think you will be able to manage with the pain at home?” Observation: Pain not well controlled at discharge, may warrant further treatment, and/or may interfere with functional status.</p> <p><u>Joint/bone pain</u> Question: “Do you have any bone or joint pain? Is this new?” “Is the pain controlled with the current treatments?” “Does it interfere with your day-to-day function?” Observation: See how patient is coping with musculoskeletal pain: does it affect walking or ADL, is it incapacitating, are there coping strategies used to alleviate the pain? This particular problem affects many aspects of daily living.</p>
<p>Tradução 1</p>	<p><u>Dor persistente</u> Questões: “Você ainda sente dor?” “Você recebeu tratamento para aliviar a dor nas ultimas 1-2 horas? Isso ajudou a melhorar a dor?” “Você acha que será capaz de controlar a dor em casa?” Observação: Dor não controlada na alta pode justificar a continuação do tratamento, e / ou pode interferir com o estado funcional.</p> <p><u>Dor articulação/osso</u> Questões: “Você sente alguma dor no osso ou nas articulações (juntas)? Isso é novo?” “A dor está controlada com o tratamento atual?” “Isso interfere na sua atividade de vida diária?” Observação: Observe como o paciente lida com a dor musculoesquelética: isso afeta a caminhada ou a atividade de vida diária, ela (dor) é incapacitante, são utilizadas estratégias de enfrentamento para alívio da dor? Esse problema em particular afeta muitos aspectos da vida diária.</p>

<p>Tradução 2</p>	<p><u>Dor persistente</u> Pergunta: “Você continua com dor?” “Você recebeu algum tratamento na última hora ou duas para aliviar a dor? Isto ajudou sua dor?” “Você acha que será capaz de gerenciar sua dor em casa?” Observação: Dor não controlada na alta pode justificar a continuação do tratamento, e/ou pode interferir no status funcional.</p> <p><u>Dores articulares / coluna</u> Pergunta: “Você tem alguma dor articular ou na coluna? É nova?” “Esta dor está controlada com os atuais tratamentos?” “Ela interfere no seu funcionamento diário?” Observação: Veja como o paciente está lidando com a dor muscular e nos ossos: isto afeta a caminhada ou ADL, é incapacitante, há estratégias para como aliviar a dor? Este problema particular afeta muitos aspectos da vivência diária.</p>
<p>Consolidado</p>	<p><u>Dor persistente</u> Questões: Você ainda está com dor? Você recebeu tratamento para aliviar a dor nas últimas duas horas? Isso ajudou a melhorar a dor? Você acha que será capaz de controlar a dor em casa? Observação: Dor não controlada na alta pode justificar a continuação do tratamento, e/ou pode interferir no estado funcional.</p> <p><u>Dores articulares/ósseas</u> Questões: Você sente alguma dor nos ossos ou nas articulações? Isso é novo? A dor está controlada com o tratamento atual? Isso interfere na sua atividade de vida diária? Observação: Observe como o paciente lida com a dor musculoesquelética: isso afeta a caminhada ou a atividade de vida diária, a dor é incapacitante, são utilizadas estratégias de enfrentamento para alívio da dor? Esse problema, em particular, afeta muitos aspectos da vida diária.</p>
<p>Tópico dez – Social (Social)</p>	
<p>Versão Original</p>	<p><u>Insufficient support/lives alone</u> Question: “Who is helping you at your home? Family members or neighbours? Homecare services?” Caregiver: “How are you handling this situation? What are the problems? Are you able to continue taking care of him/her in the current</p>

	<p>state?"</p> <p>Observation: Caregiver is exhausted or social support involves a friend/neighbour only. Formal support is inadequate/homecare services insufficient.</p> <p><u>Social isolation</u></p> <p>Question: "Who would be able to help you in case of illness or emergency?" "Do you have a contact daily or weekly with someone?"</p> <p>Observation: No contact information of person who is in daily/weekly contact with patient. No one available in case of emergency. History or signs that may suggest neglect or other type of abuse.</p> <p><u>Previously refused service</u></p> <p>Question: "Have you turned down homecare services offered to you in the past? Why?" "Would you be interested in getting some if needed this time?"</p> <p>Observation: Assess from chart and contact if homecare services were refused in the past and if there is possibility of accepting them if needed now.</p>
<p>Tradução 1</p>	<p><u>Apoio insuficiente, mora sozinho</u></p> <p>Questões: "Quem te ajuda em casa? Membros a família ou vizinhos? Serviço de homecare (cuidado domiciliar)?"</p> <p>Cuidador: "Como você lida com essa situação? Quais são os problemas? Você é capaz (consegue) continuar cuidando dele(a) no estado em que se encontra?"</p> <p>Observação: Cuidador está exausto ou suporte social envolve um amigo/vizinho somente. Apoio formal é inadequado/ serviço de homecare (cuidado domiciliar) insuficiente.</p> <p><u>Isolamento social/negligência (abandono)</u></p> <p>Questões: "Quem poderia te ajudar em caso de adoecimento ou emergência?" "Você tem um contato diário ou semanal com alguém?"</p> <p>Observação: Sem informação (registro) de contato com uma pessoa que diária/semanalmente tenha contato com o(a) paciente. Ninguém disponível em caso de emergência. Histórico ou sinais que sugerem negligência ou outro tipo de abuso.</p> <p><u>Recusa prévia de serviço</u></p> <p>Questões:</p>

	<p>“Alguma vez você rejeitou o serviço de homecare(cuidado domiciliar) oferecido para você no passado? Por quê?”</p> <p>“Você estaria interessado em ter o serviço de homecare (cuidado domiciliar) agora se necessário?”</p> <p>Observação: Avalie no prontuário e constate se serviço de homecare (cuidado domiciliar) foi recusado no passado e se tem possibilidade de aceitá-lo agora, se necessário.</p>
<p>Tradução 2</p>	<p><u>Suporte insuficiente / viver sozinho</u></p> <p>Pergunta: “Quem está te ajudando em casa? / Membros da família ou vizinhos? Serviços de cuidados domiciliares?”</p> <p>Cuidador: “Como você está lidando com esta situação? Quais são os problemas? Você está capacitado a continuar cuidando dele/dela no atual estado?”</p> <p>Observação: Cuidadores estão exaustos ou envolve apoio social de amigo ou vizinho apenas. Suporte formal é inadequado / serviços de cuidados domiciliares insuficientes.</p> <p><u>Isolamento Social</u></p> <p>Pergunta: “Quem seria capaz de te ajudar em caso de doença ou emergência?” “Você tem um contato diário ou semanal com alguém?”</p> <p>Observação: Sem informação de contato com pessoa que está diariamente ou semanalmente em contato com o paciente. Ninguém disponível em caso de emergência. Histórico ou sinal que pode sugerir negligência ou outro tipo de abuso.</p> <p><u>Serviço anteriormente recusado</u></p> <p>Pergunta: “Você foi recusado em algum serviço de cuidado domiciliar oferecido a você no passado? Por quê?” “Você teria interesse em adquirir algum deste serviço agora?”</p> <p>Observação: Avalie no prontuário e contato se os serviços de cuidado domiciliares foram recusados no passado e se há possibilidade de aceitação deles se necessário agora.</p>
<p>Consolidado</p>	<p><u>Suporte insuficiente/mora sozinho</u></p> <p>Questões: Quem ajuda você em casa? Membros da família ou vizinhos? Serviço de cuidado domiciliar e/ou home care? Para o cuidador Como você lida com a situação? Quais são os problemas? Você consegue continuar cuidando dele(a) no estado atual?</p> <p>Observação: Cuidador está exausto ou suporte social envolve um amigo/vizinho somente. Suporte formal inadequado/ serviço</p>

	<p>de cuidado domiciliar insuficiente.</p> <p><u>Isolamento social</u> Questões: Quem poderia te ajudar em caso de adoecimento ou emergência? Você tem contato diário ou semanal com alguém? Observação: Sem informações de pessoas que tenham contato diário/semanal com o(a) paciente. Ninguém disponível em caso de emergência. Histórico ou sinal que pode sugerir negligência ou outro tipo de abuso.</p> <p><u>Serviço anteriormente recusado</u> Questões: Alguma vez você recusou o serviço de cuidado domiciliar oferecido? Por quê? Você estaria interessado em ter o serviço de cuidado domiciliar agora, caso necessário? Observação: Avalie no prontuário e constate se o serviço de cuidado domiciliar foi recusado no passado e se tem possibilidades de aceitá-lo agora, caso necessário.</p>
--	---

Quadro 9 – Versão original, traduções e síntese dos encaminhamentos apresentados na SEISAR

Siglas	Versão Original	Tradução 1	Tradução 2	Consolidado
Y	YES, problem present	S – Sim, problema está presente	Sim, problema presente	S – Sim, problema presente
C	Problem present but COMPENSATED	C - Compensado, o problema está presente, mas está sendo cuidado apropriadamente.	Problema presente, mas compensado	C- Problema presente, mas compensado
N	NO, problem absent	N - Não, o problema não está presente.	Não, problema ausente	N – Não, problema ausente
MD	MD – Primary care physician	MR – Médico de referência, médico da família(PSF). Refere-se ao médico que atende o idoso/família regularmente (ou caso não tenha um médico de referência, encaminhar para um especialista para avaliação e intervenção do problema, por exemplo, oculista,	<u>Médico da atenção primária</u>	<u>MR – Médico de referência</u>

		ortopedista, vascular, cardiologista).		
ED	ED physician	ME – Emergencista. Referente ao médico ou enfermeiro que atendeu na unidade de emergência e identificou o problema que requer uma reavaliação e/ou atuação imediata.	Médico da emergência	MPS – Médico do Pronto-Socorro
S	S – Homecare service	S – Serviço homecare (cuidado domiciliar). Refere-se ao serviço particular (ou coberto pelo SUS) fornecido por profissionais para tratar ou acompanhar em determinados problemas de saúde.	Serviço de Homecare	D – Cuidado domiciliar (formal ou informal) e Homecare
GA	GA – Geriatric assessment	AG – Avaliação geriátrica sugerida; refere-se à clínica ambulatorial de geriatria (UBS, clínica especializada particular), hospital dia, avaliação especializada do paciente internado, ou reabilitação com fisioterapia/terapia ocupacional.	Avaliação Geriátrica	AG – Avaliação Gerontológica

Fonte: Elaborado pelo autor

Diante dos resultados apresentados, as alterações realizadas foram relacionadas à terminologia para a maioria dos itens. Após a consolidação destas alterações, identificou-se a finalização do processo de adaptação transcultural da SEISAR, conforme pode ser observado pelo anexo F.

3.3 Informações advindas da coleta de dados

A amostra foi constituída por 120 idosos, de ambos os sexos, a partir de 65 anos, destes, 66 mulheres e 54 homens. Optou-se por este critério de idade, pois entende-se que esta é uma forma de manter um parâmetro de comparação com estudos internacionais. Em relação à faixa etária, identificou-se que o maior número de idosos tinha entre 65 e 74 anos (40,8%).

Os participantes tiveram grande representação de casados/amasiados e viúvos, com números absolutos de 56 e 42, respectivamente. Observa-se que 108 idosos residiam com outras pessoas, enquanto 12 idosos residiam sozinhos. Em relação à cor auto referida, a maioria dos participantes afirmou ser da cor branca (63,3%). Grande parte dos entrevistados, 48 idosos, possuía de um a quatro anos de estudo, enquanto que apenas 13 idosos apresentaram alta escolaridade, com 11 anos ou mais de estudos. Ao que se refere à ocupação, 94 idosos relataram ser aposentados ou pensionistas e sete idosos ainda desempenhavam alguma atividade remunerada. Dentre do total de participantes, 68 idosos possuíam como renda individual um salário mínimo e 13 idosos apresentaram a renda individual superior a 3 salários mínimos. Em relação à religião, a maioria dos idosos, 99 pessoas, respondeu ter alguma religião e 17 idosos responderam não ter religião. Por fim, foi investigada a autopercepção da condição de saúde dos idosos e, nesse aspecto, a maioria dos participantes relatou estar com alguma insatisfação no estado de saúde e apenas 21 idosos consideraram ter boa saúde. Essas informações e suas complementações podem ser conferidas e observadas na tabela 3.

Tabela 3 - Dados de frequência das variáveis de identificação dos idosos. São Paulo, 2016.

Variáveis	Frequência	Porcentagem	
Idade	65 a 74 anos	49	40,8
	75 a 79 anos	23	19,2
	80 a 84 anos	18	15
	85 anos ou mais	30	25
Sexo	Feminino	66	55
	Masculino	54	45
Cor	Negro	12	10
	Branco	76	63,3
	Pardo	29	24,2
	Amarelo	3	2,5
Estado civil	Casado/amasiado	56	46,7
	Viúvo	42	35
	Solteiro	10	8,3
	Divorciado/Separado	12	10
Moradia	Sozinho	12	10
	Com companheiro	33	27,5
	Com companheiro e outros	28	23,3
	Outros	47	39,2
Estudo	Sem estudo	17	14,2
	1 a 4 anos	48	40
	5 a 8 anos	19	15,8

	9 a 11 anos	23	19,2
	11 anos ou mais	13	10,8
Ocupação	Aposentado ou pensionista	94	78,3
	Do lar	19	15,8
	Ativo	7	5,8
Renda	Não informado/não se aplica	19	15,8
	1 salário	68	56,7
	2 a 3 salários	20	16,7
	Mais de 3 salários a 5 salários	9	7,5
	Mais de 5 salários	4	3,3
Religião	Possui	99	82,5
	Não possui	17	14,2
	Não informado	4	3,3
Percepção de saúde	Bom	21	17,5
	Regular	64	53,3
	Ruim	35	29,2
Total		120	100

Como padrão-ouro foi utilizada a escala PRA, já validada para a realidade brasileira (BOULT, 1993). Esta escala avalia o risco de internações repetidas de idosos, e por consequência, é possível desenvolver ações que possam contribuir para a diminuição do risco de fragilização destes indivíduos. Para o cálculo e avaliação do risco desse estudo foram utilizados os mesmos critérios estabelecidos por BOULT et al. (1993). Com esses critérios, evidenciou-se que 25 idosos apresentaram risco para internações repetidas, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Frequência de participantes com risco e sem risco pela PRA. São Paulo, 2016

Variável	n	%
Sem risco	95	79,2
Com risco	25	20,8
Total	120	100,0

Em relação ao instrumento deste estudo (ISAR) foi possível verificar que os escores 1 e 2 foram os mais citados, pois 28 participantes responderam apenas uma pergunta como “sim”, gerando o escore 1 e 27 participantes relataram duas respostas “sim”, resultando no escore 2, conforme tabela 5.

Tabela 5 - Apresentação dos dados relacionados à ISAR. São Paulo, 2016.

Escore	n	%
Pontuação igual a zero	11	9,2
Pontuação igual a um	28	23,3
Pontuação igual a dois	27	22,5
Pontuação igual a três	18	15,0
Pontuação igual a quatro	18	15,0
Pontuação igual a cinco	11	9,2
Pontuação igual a seis	7	5,8
Total	120	100,0

Conforme relatado anteriormente, a ISAR é composta por seis questões, com respostas dicotômicas “sim” e “não”, que avaliam a necessidade preexistente de ajuda para o autocuidado, a emergente necessidade de auxílio, internações nos últimos seis meses, existência de problemas visuais que não possuem a possibilidade de serem corrigidos com o uso de óculos/lentes corretivas, problemas sérios de memória e polifarmácia. Dentre estes aspectos, a polifarmácia foi a mais presente entre os idosos, apresentando 73 respostas afirmativas. Em seguida, o segundo aspecto mais prevalente foi a “necessidade emergente de ajuda, nas últimas 24 horas”, com 66 respostas afirmativas. O aspecto menos prevalente foi o relacionado aos problemas sérios com a memória, apresentando 36 respostas afirmativas para esta questão, conforme tabela 6.

Tabela 6 - Identificação das respostas da ISAR. São Paulo, 2016

Questões do instrumento ISAR	Score	n	%
Antes da doença ou lesão que trouxe você ao pronto socorro, você precisava da ajuda de alguém regularmente?	0	80	66,7
	1	40	33,3
Nas últimas 24 horas, você precisou de mais ajuda do que regularmente?	0	54	45
	1	66	55
Você foi internado por uma ou mais noites nos últimos seis meses?	0	78	65
	1	42	35
Em geral, você tem problemas sérios com sua visão, que não podem ser corrigidos com uso de óculos?	0	72	60
	1	48	40
Em geral, você tem problemas sérios com sua memória?	0	84	70
	1	36	30
Você toma cinco ou mais medicamentos diferentes todos os dias?	0	47	39,2
	1	73	60,8
Total		120	100

Ressalta-se que a experiência internacional considera como ponto de corte o escore 2 que evidencia a necessidade da avaliação ampla e continuidade do cuidado. Todavia, entende-se que este ponto de corte pode ser incompatível com a realidade local e, por isso, a análise para ponto de corte foi considerada importante.

Nessa abordagem, foi necessária a definição do ponto de corte para risco da ISAR, levando em consideração a realidade local do estudo. Para esta definição foi utilizada a *Receiver Operating Characteristic Curve* (Curva ROC) que é o método estatístico e gráfico indicado para determinar o *cut off point* de um teste, ou seja, o melhor ponto de corte (BRAGA, 2000).

A curva ROC possibilita avaliar a variação da sensibilidade e da especificidade de um teste para diferentes valores de corte, sendo representada, portanto, por um gráfico da taxa de verdadeiros positivos *versus* taxa de falso positivo. A partir desta representação, o pesquisador define arbitrariamente o valor do ponto de corte (BRAGA, 2000).

O conhecimento da área sob a curva é importante para quantificar a precisão de um teste e com isso discriminar indivíduos que possuem a condição estudada. A área sob a curva acima de 0,70 de um teste significa que este possui um desempenho satisfatório. Neste contexto, foi realizada a curva ROC da ISAR a partir do padrão-ouro PRA pelo software Medcalc, versão 16.8.4. Os resultados podem ser conferidos nos quadros 10, 11, 12 e 13 e na figura 10.

Quadro 10 - Curva Roc

Variável	ISAR
Variável de classificação	PRA
Tamanho da amostra	120
Grupo positivo	25 (20,83%)
Grupo negativo	95 (79,17%)
Prevalência de doença %	Desconhecido

^a PRA = 1

^b PRA = 0

Quadro 11 - Área sob a curva ROC (AUC)

Área sob a curva ROC (AUC)	0,706
Erro Padrão ^a	0,0539
95% de intervalo de confiança ^b	0,616 a 0,786
Estatística Z	3.826
Nível de significância P (Área =0,5)	0,0001

^a DeLong et al., 1988

^b Binominal exata

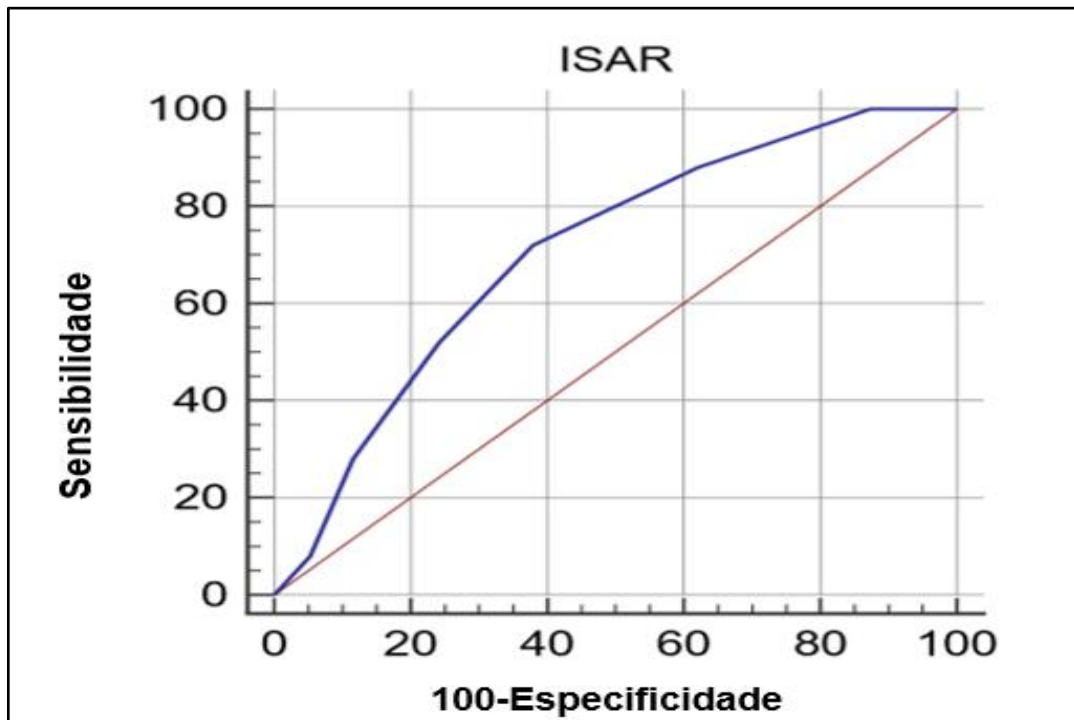
Quadro 12 - Valores de critérios e coordenadas da curva ROC

Score	Sensibilidade	IC 95%	Especificidade	IC 95%	+LR	-LR
≥0	100	86,3- 100	0	0 - 3,8	1	
>0	100	86,3 – 100	12,63	6,7 - 21	1,14	0
>1	88	68,8 - 97,5	37,89	28,1 - 48,4	1,42	0,32
>2	72	50,6 - 87,9	62,11	51,6 - 71,9	1,90	0,45
>3	52	31,3 - 72,2	75,79	65,9 - 84	2,15	0,63
>4	28	12,1 - 49,4	88,42	80,2 - 94,1	2,42	0,81
>5	8	1 – 26	94,74	88,1– 98,3	1,52	0,97
>6	0	0 - 13,7	100	96,2– 100		1

Quadro 13 - Índice de Youden

Índice de Youden J	0,3411
Critério Associado	>2
Sensibilidade	72,00
Especificidade	62,11

Figura 10 - Curva ROC referente à ISAR.



Visto isso, acredita-se que o melhor critério para ponto de corte em relação à realidade da amostra estudada é a partir do escore 3. Sendo assim, foi formulada nova variável para compor o banco de dados, sendo esta classificada como “Risco_ISAR”. Esta variável foi acrescentada para verificar a presença ou ausência de correlação entre o risco evidenciado pela ISAR e o risco evidenciado pela PRA, com a inclusão da categoria retorno ao PS após três meses.

Constatou-se pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, tabela 7, que os dados referentes a cada variável estudada não possuem distribuição normal. Por conseguinte, este estudo utilizou-se de teste não-paramétricos para as análises de correlação.

Tabela 7 - Testes de normalidade. São Paulo, 2016

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Sig.	Estatística	Gl	Sig.
PRA	,487	120	,000	,499	120	,000
VERAS	,187	120	,000	,870	120	,000
Retorno_PS	,370	120	,000	,631	120	,000
Risco_ISAR	,366	120	,000	,633	120	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Para verificar a existência de correlação entre o risco ISAR e o risco PRA utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e os dados constam na tabela 8. Constatou-se a existência de correlação fraca, porém significativa entre as variáveis em estudo, apresentando $p = 0,002$ ($p < 0,05$) e r de Spearman = 0,278. A ISAR possibilitou a identificação de 45% da amostra como em risco para a diminuição da capacidade funcional em três meses, período no qual foi verificado o desfecho de retorno ao PS e (re) internação. Todavia, a PRA identificou aproximadamente 21% da amostra como de risco para a admissão hospitalar.

Tabela 8 - Coeficiente de correlação de Spearman entre ISAR e PRA. São Paulo, 2016

			PRA
rô de Spearman	Risco_ISAR	Coeficiente de correlação	,278**
		Sig. (bilateral)	,002
		n	120

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Também foi realizada correlação entre o risco identificado pela ISAR e a estratificação de risco proposta por VERAS et.al. (2003). Segundo os referidos autores, a identificação do idoso em risco ou sem risco pela PRA é insuficiente quando se trata de medidas preventivas e, por isso, os pesquisadores citados propuseram estratificar o risco em baixo, médio, médio/alto e alto. Nesse contexto, nota-se que dos 54 idosos identificados como em risco pela ISAR, seis idosos apresentaram baixo risco, 16 idosos com médio risco, 14 idosos com risco classificado como médio/alto e 18 idosos com alto risco, segundo a estratificação de risco sugerida por VERAS et al. (2003). Com os dados apresentados nas tabelas 9 e 10, constatou-se a existência de correlação fraca, porém significativa, entre as variáveis em estudo, apresentando $p = 0,001$ ($p < 0,05$) e r de Spearman = 0,294.

Tabela 9 - Correlações entre as variáveis Risco_ISAR e Risco_Veras. São Paulo, 2016

			RISCO_VERAS
rô de Spearman	RISCO_ISAR	Coeficiente de Correlação	,294**
		Sig. (bilateral)	,001
		n	120

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 10 - Tabulação cruzada entre Risco_ISAR e Risco_Veras. São Paulo, 2016.

		RISCO_VERAS				Total	
		Baixo	Médio	Médio/alto	Alto		
RISCO_ISAR	Não	Contagem	21	19	19	7	66
		% do Total	17,5	15,8	15,8	5,8	55
	Sim	Contagem	6	16	14	18	54
		% do Total	5,0	13,3	11,7	15	45
Total		Contagem	27	35	33	25	120
		% do Total	22,5	29,2	27,5	20,8	100

Optou-se por realizar a análise de associação entre variáveis nominais pelo teste do qui-quadrado. Foram feitas associações entre as variáveis sociodemográficas (sexo, estado de saúde, cor auto referida e condições de moradia) contidas no instrumento de coleta de dados com o risco identificado pela ISAR conforme tabelas 11, 12, 13, 14 e 15. Os dados apresentados possibilitam verificar a inexistência de associação significativa entre a variável “risco identificado pela ISAR” e as variáveis sexo, cor auto referida, condição da moradia, pois o valor do p verificado é maior que 0,05.

No entanto, em relação à variável estado de saúde, que se refere à percepção do idoso a respeito da própria condição de saúde, nota-se que existe associação significativa entre esta variável e o risco identificado pela ISAR, sendo $p=0,02$. Conforme apresentado na tabela 13, dos 21 idosos que consideraram o próprio estado de saúde como “bom”, apenas quatro foram identificados como em risco pela ISAR; enquanto que dos 35 idosos que relataram estar com a saúde “ruim”, 23 foram identificados pela ISAR como em risco.

Tabela 11 - Teste qui-quadrado entre variáveis sexo e risco ISAR. São Paulo, 2016.

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	1,481 ^a	1	,224
Correção de continuidade ^b	1,067	1	,302
Razão de verossimilhança	1,487	1	,223
Teste Exato de Fisher			
Associação Linear por Linear	1,469	1	,225
nº de Casos Válidos	120		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 24,30.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Tabela 12 - Teste qui-quadrado entre as variáveis estado de saúde e risco ISAR. São Paulo, 2016

	Valor	Gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	11,987 ^a	2	,002
Razão de verossimilhança	12,545	2	,002
Associação Linear por Linear	11,887	1	,001
n° de Casos Válidos	120		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,45.

Tabela 13 - Tabulação cruzada entre as variáveis estado de saúde e Risco_ISAR. São Paulo, 2016.

		Risco_ISAR		Total
		Não	Sim	
Estado de Saúde	Bom	17	4	21
	Regular	37	27	64
	Ruim	12	23	35
Total		66	54	120

Tabela 14 - Teste qui-quadrado entre as variáveis cor referida e Risco_ISAR. São Paulo, 2016

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	,985 ^a	3	,805
Razão de verossimilhança	1,006	3	,800
Associação Linear por Linear	,224	1	,636
n° de Casos Válidos	120		

a. 2 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,35.

Tabela 15 - Teste qui-quadrado entre as variáveis condição de moradia e risco ISAR. São Paulo, 2016.

	Valor	Gl	Significância assintótica (bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	10,169 ^a	3	,017
Razão de verossimilhança	10,372	3	,016
Associação Linear por Linear	9,649	1	,002
nº de casos válidos	120		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,40.

A tabela 16 apresenta de forma sistematizada o coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis Risco_ISAR; RISCO_PRA; internação; retorno ao PS; visita anterior ao PS e internação no último ano. Salienta-se a utilização do nível de significância de 5% ($p < 0,05$). De acordo com os resultados apresentados na matriz de correlação, exceto a variável internação, as variáveis tomadas como indicadores de risco apresentam correlação com pelo menos duas outras variáveis. A variável “retorno ao OS” e a variável “visita anterior ao OS” estão altamente correlacionadas de forma positiva. Também a variável Risco_ISAR tem correlação positiva com as variáveis Risco_PRA, visita anterior ao PS, internação no último ano e retorno PS. As variáveis “Risco_ISAR” e “Internação no último ano” são as que possuem a maior quantidade de variáveis correlacionas.

Tabela 16 - Correlação (Rô de Spearman) para as variáveis Risco_ISAR, Internação, Risco_PRA, Visita anterior ao PS, Internação anterior e retorno ao PS. São Paulo, 2016

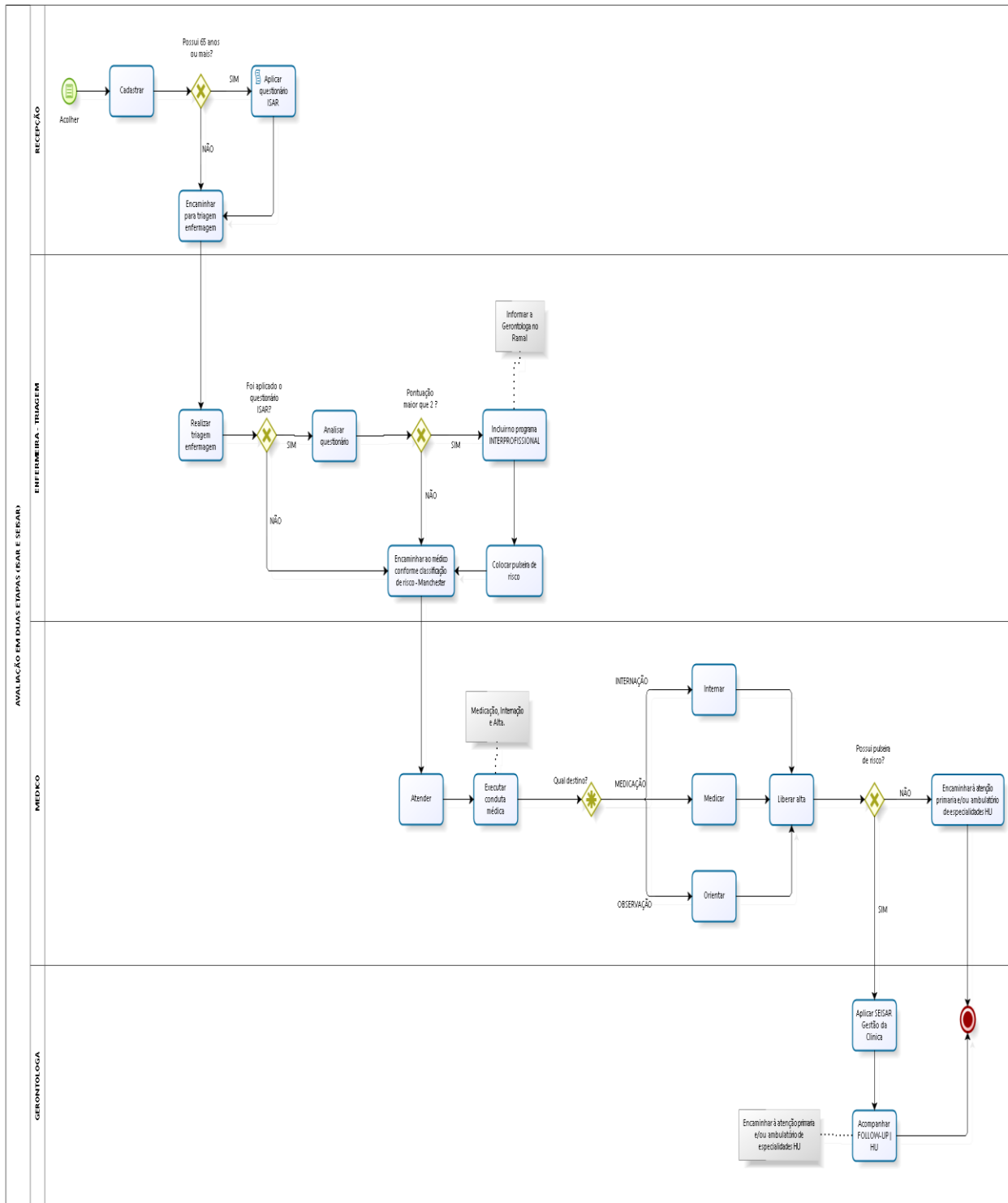
		Risco ISAR	Internação	Risco PRA	Visita PS	Internação Anterior	Retorno PS
Risco ISAR	Coefficiente correlação	1,000	,091	,278**	,285**	,410**	,275**
	Sig. (bilateral)		,323	,002	,002	,000	,002
Internação	Coefficiente correlação	,091	1,000	-,006	-,016	-,077	,096
	Sig.	,323		,947	,866	,400	,296

	(bilateral)						
Risco PRA	Coefficiente correlação	,278**	-,006	1,000	,058	,184*	,040
	Sig. (bilateral)	,002	,947		,527	,044	,668
Antes PS	Coefficiente correlação	,285**	-,016	,058	1,000	,347**	,689**
	Sig. (bilateral)	,002	,866	,527		,000	,000
Internação Ano	Coefficiente correlação	,410**	-,077	,184*	,347**	1,000	,255**
	Sig. (bilateral)	,000	,400	,044	,000		,005
Retorno PS	Coefficiente correlação	,275**	,096	,040	,689**	,255**	1,000
	Sig. (bilateral)	,002	,296	,668	,000	,005	
n		120					

3.4 Designer Science Research

Partindo das premissas do método *Designer Science Research* ao definir que o pesquisador necessita implementar propostas de melhorias na qualidade nos serviços desenvolvidas nas organizações, neste estudo realizou-se um fluxo para melhoria de processo de assistência visando a identificação de idosos em riscos para internação e atendimentos recorrentes ao Pronto Socorro, conforme mostrado na figura 11 .

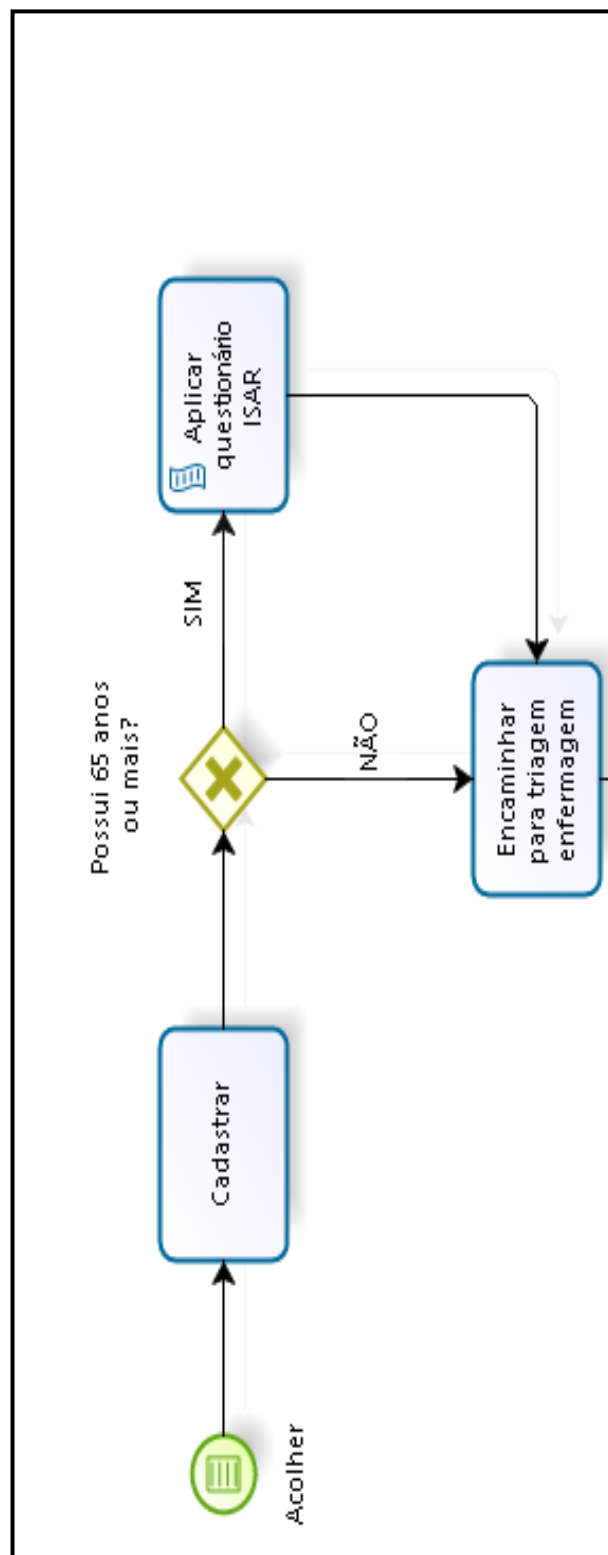
Figura 11- Fluxo de atendimento de idosos no Pronto Socorro no HU-USP.



Fonte: Elaborado pelo autor

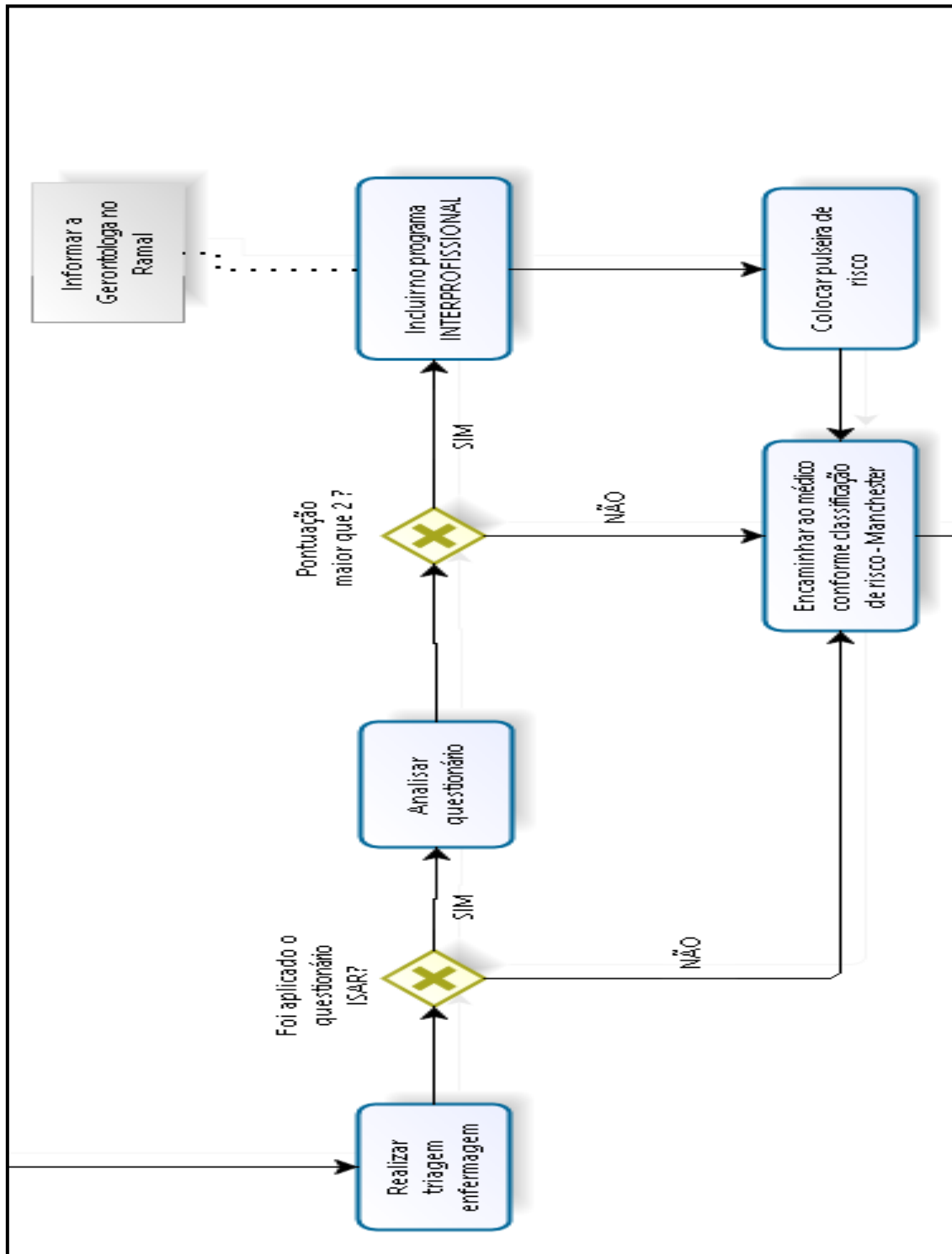
Para melhor entendimento e visualização do leitor a figura 11 será apresentada em quatro etapas, conforme imagens ampliadas.

Figura 12. Atuação da recepção no fluxo de atendimento de idosos no PS HU-USP



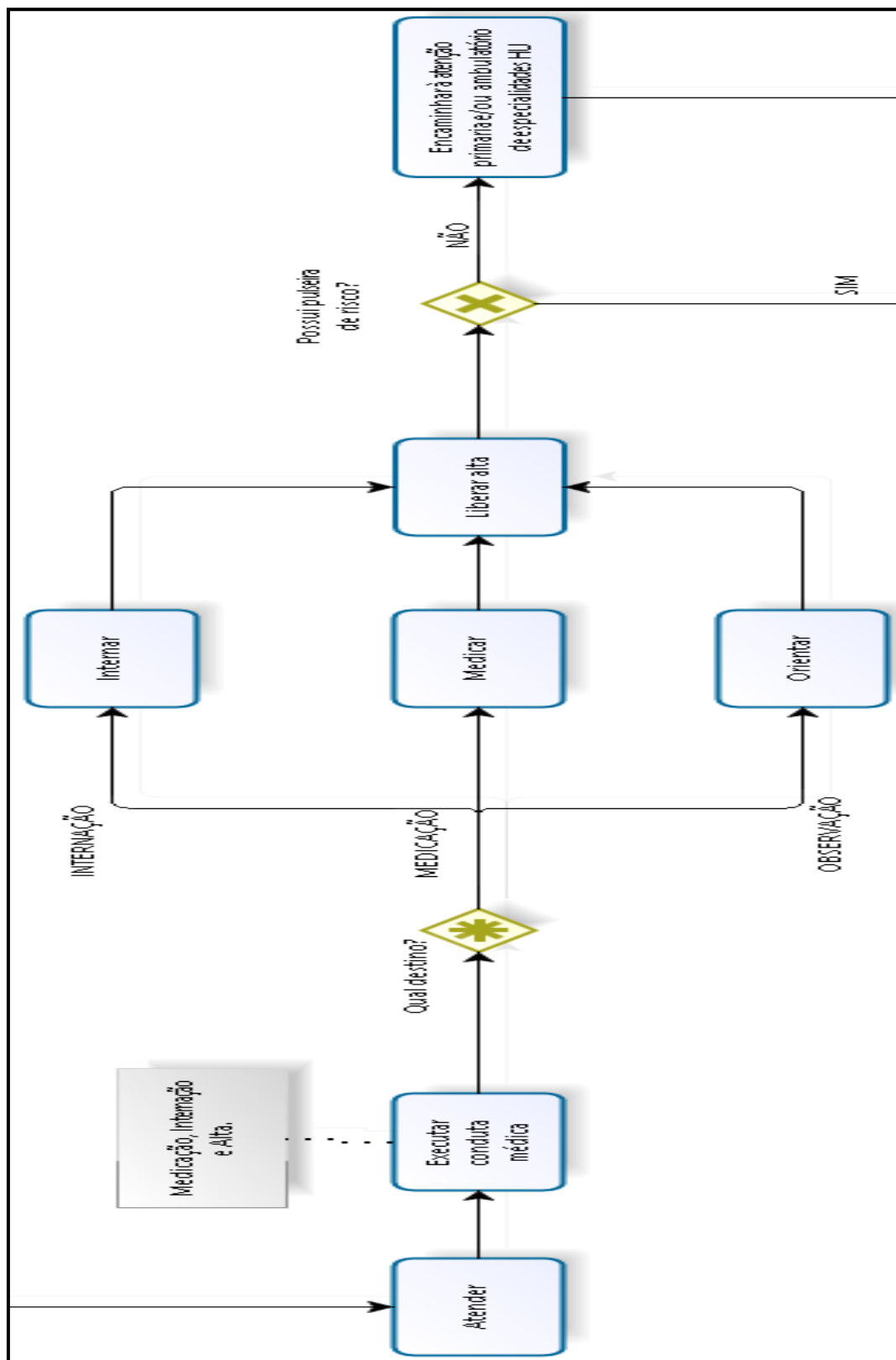
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 13. Atuação da enfermagem no fluxo de atendimento de idosos no PS HU-USP



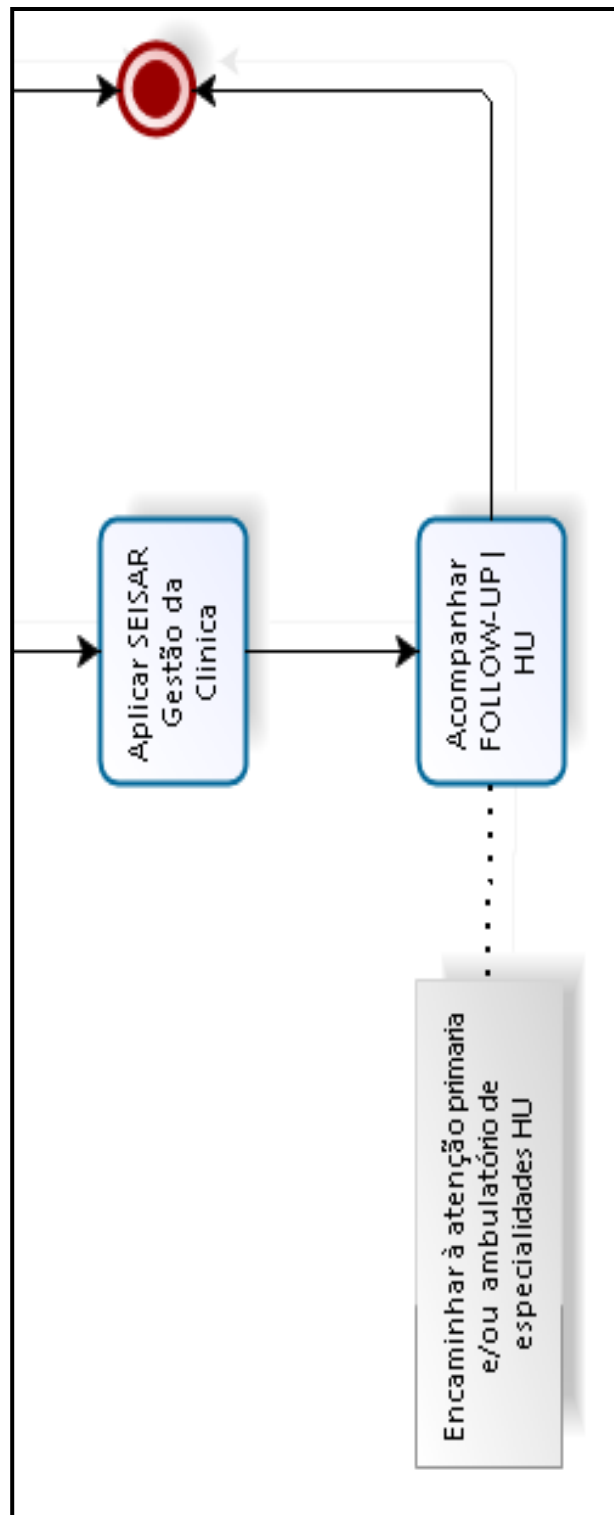
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 14. Conduta médica durante fluxo de atendimento de idosos no PS HU-USP



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 15. Atuação da gerontologia no fluxo de atendimento de idosos no PS HU-USP



Fonte: Elaborado pelo autor

A figura 12 refere-se ao primeiro momento do paciente no hospital, ou seja, trata-se do momento do cadastro do paciente na instituição. Conforme pode ser observado, as atividades deste momento são realizadas pelos profissionais da recepção do hospital. Esses profissionais deverão realizar a ficha de cadastro de atendimento e evidenciar se o paciente possui idade igual ou superior a 65 anos. Para os pacientes que possuem esse critério de inclusão, o recepcionista deverá, então, aplicar a ferramenta ISAR.

Com a ferramenta aplicada, o paciente aguardará, com sua ficha em mãos, o atendimento de triagem realizado pelas enfermeiras do hospital, conforme apresentado na figura 13. Durante a triagem, além do seu atendimento rotineiro, a enfermeira irá verificar se a ISAR foi preenchida e também irá analisar a pontuação que o idoso apresentou, sendo necessário informar a gerontóloga/grupo de estágio em gerontologia quando o idoso apresentar pontuação maior do que dois. Esse idoso receberá uma pulseira para identificá-lo.

Cabe ressaltar que o atendimento médico acontecerá normalmente e que todas as ações direcionadas a inclusão do idoso no programa de acompanhamento acontecerão após a conduta do médico que poderá ser: internar, medicar ou apenas orientar. Após a conduta, o médico irá liberar a alta e nesse momento os idosos que foram identificados pela pulseira seguirão com o atendimento do gerontólogo/grupo de estágio em gerontologia (figura 14), enquanto que aqueles idosos sem identificação serão direcionados à atenção primária e/ou ao ambulatório de especialidades do HU-USP.

O atendimento do gerontólogo/grupo de estágio em gerontologia será baseado na aplicação da SEISAR, conforme figura 15, com a intenção de identificar as condições da saúde do idoso que necessitam de acompanhamento em ambiente domiciliar ou no âmbito da atenção primária. Dessa forma, o idoso será cadastrado para o acompanhamento via *follow up*.

A seguir apresenta-se o quadro 14 com a finalidade de proporcionar uma adequada compreensão, tanto teórica quanto prática, do método *Design Science Research* utilizado nesta pesquisa.

Quadro 14 - Pontos relacionados às etapas de condução da DSR idealizadas para o PS HU-USP.

A conscientização do problema		
Conscientização	Problema	Possíveis causas
Identificação do problema	Procura dos idosos por atendimento no PS - HU-USP devido às Condições Sensíveis à Atenção Primária	1- Falta de interação entre atenção primária e secundária 2- Inexistência de continuidade do cuidado; 3- Educação em saúde insuficiente; 4 - Desconhecimento do perfil dos equipamentos de saúde; 5- Morosidade da Atenção Primária na resolução dos problemas dos usuários.
A formulação do artefato		
Sugestão	Artefato	Etapas de desenvolvimento do artefato
Formulação do artefato	Fluxo de atendimento do paciente idoso no PS HU-USP	1- Adaptação transcultural das ferramentas ISAR e SEISAR; 2- Verificação da sensibilidade e especificidade da ferramenta ISAR; 3- Autorização da instituição e firmar parcerias com equipamentos da Atenção Primária; 4 – Formulação da proposta de fluxo de atendimento para o paciente idoso que procura o PS HU-USP; 5 - Compromisso da equipe interprofissional.
A utilização do artefato na realidade		
Desenvolvimento das atividades	Processo	Potencialidades da utilização do artefato

Implementar artefato	Utilizar fluxo	<p>1- Ferramentas de fácil e rápida utilização;</p> <p>2- Possibilita a avaliação multidimensional do paciente idoso;</p> <p>3- Possibilita a interação entre diversos níveis de atenção à saúde;</p> <p>4- Possibilita a longitudinalidade e a continuidade do cuidado;</p> <p>5- Favorece o empoderamento do idoso no processo do cuidar.</p>
Avaliação da proposta		
Avaliação	Medidas de Desempenho	Formas de avaliar
Utilidade e viabilidade	Indicadores de qualidade	<p>1-Monitoramento dos indicadores de qualidade após implementação da proposta;</p> <p>2- avaliação de impacto (índice de reinternação; número de atendimentos no PS HU-USP)</p>
Conclusão da DSR		
Conclusão	Evidenciar resultados	Para estudos posteriores
Agregação de valor teórico e prático	Publicação de resultados	<p>1- Implementação do artefato;</p> <p>2 - Divulgar resultados da utilização do artefato;</p> <p>3- Verificar a resolutividade do artefato;</p> <p>4 - Rever o desenvolvimento do artefato, caso necessário.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor



Discussão

4 Discussão

Considerando o processo de adaptação transcultural dos instrumentos ISAR e SEISAR foi possível evidenciar a ocorrência de algumas diferenças entre as traduções realizadas pelos dois tradutores (T1 e T2) e a versão síntese. Essas diferenças são justificadas pela necessidade de adequação de linguagem, visando a melhor compreensão cultural, que o processo de adaptação transcultural possibilita, ou seja, deve-se garantir a equivalência entre o instrumento original e o instrumento traduzido em quatro áreas: semântica, idiomática, experimental e conceitual (FERREIRA et al., 2014).

A equivalência semântica refere-se a avaliação entre as semelhanças gramaticais e de vocabulário entre os idiomas, visto que há palavras em um determinado idioma que não possuem a tradução equivalente em outro idioma. A equivalência idiomática identifica a existência de dificuldades na tradução de expressões coloquiais utilizadas em diferentes países. A equivalência experimental, também definida como equivalência cultural, avalia a coerência dos termos traduzidos com as experiências da população à qual se destina. Por fim, a equivalência conceitual verifica a adequação dos conceitos perante aos termos ou expressões utilizadas, visto que os termos ou expressões podem apresentar significados distintos (PEDROSO et al., 2004).

Assim, ressalta-se que, para obter tais equivalências e possibilitar a adaptação transculturais dos instrumentos, as alterações realizadas foram sugeridas por especialistas da área e consensualizadas com todos os envolvidos no processo de adaptação transcultural deste estudo. Nesse sentido, destacam-se algumas alterações, conforme apresentadas nos quadros 3, 5 e 6.

Em relação à questão 1 da ISAR, entende-se que a palavra “pronto socorro” tem maior compreensão por parte dos idosos ao ser comparada com a palavra “emergência”, por esta razão optou-se por alterar a palavra “emergência” pela palavra composta “pronto-socorro”, resguardando às propriedades de significado que ambas possuem.

Fato semelhante acontece com a questão 3 da ISAR. Considera-se que o termo “internado” é melhor compreendido do que o termo “hospitalizado”, visto que a primeira palavra é mais utilizada. A questão 4 apresentou alterações durante o processo de validação de conteúdo, pois foi considerado que a perguntada apresentava duplo significado e por isso a alteração realizada teve como objetivo impossibilitar a dupla compreensão da questão por parte dos entrevistados perante a dificuldades visuais que não podem ser corrigidas mesmo

com a utilização de óculos ou lentes corretivas.

Realizou-se uma alteração significativa na questão 6 da ISAR. Na escala original, os autores formularam a questão considerando a utilização de seis ou mais medicamentos. Todavia, para a realidade brasileira, foi sugerida, pelo grupo de especialistas, a utilização do padrão nacional estabelecido para polifarmácia, ou seja, a utilização de cinco ou mais medicamentos. Assim, foi acatada a sugestão do grupo de especialistas, visto que a quantidade de medicamentos que define polifarmácia no Brasil é menor daquela aceita no Canadá.

A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos. Sua etiologia é multifatorial, sendo que as doenças crônicas típicas do processo de envelhecimento apresentam-se como um dos principais elementos para essa manifestação. A polifarmácia deve ser cuidadosamente abordada e acompanhada por profissionais de saúde, visto que ela está associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos (RAM), de precipitar infarto do miocárdio, de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão a tratamento e de elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática relaciona-se diretamente aos custos assistenciais, tais como consultas a especialistas, atendimento de emergência e de internação hospitalar (SECOLI, 2010).

Ainda assim, pesquisas como o Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) evidenciam a alta prevalência de polifarmácia entre a população idosa na cidade de São Paulo (LEBRAO, 2003). O estudo SABE verificou-se que 31,5% da sua amostra utilizava cinco ou mais medicamentos prescritos ou não. Nesse sentido, a aplicação da ISAR, neste estudo, permitiu evidenciar que 73 dos 120 idosos participantes do presente estudo usavam cinco ou mais medicamentos, fato que corrobora com os apontamentos da literatura que apresenta a estimativa, nos países desenvolvidos, de quatro ou mais medicamentos por indivíduo (LEBRAO, 2003).

A vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados à medicação é bastante alta, o que se deve a complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes, e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento. Neste cenário, o grande desafio dos profissionais de saúde é contribuir na promoção do uso racional dos medicamentos. Portanto, evidencia-se, mais uma vez, a importância de ações que promovam qualidade de vida e saúde como forma de postergar ou evitar que situações como essa aconteçam (LEBRAO, 2003).

Para a SEISAR, as alterações realizadas para a formulação do consolidado foram no

sentido de facilitar a compreensão da população alvo do estudo, ou seja, idosos admitidos em pronto-socorro. Todavia, houve uma alteração significativa do ponto de vista cultural e esta pode ser observado no Quadro 4.

Esta alteração refere-se à sugestão para incluir a avaliação gerontológica, contrapondo-se à versão original que aponta avaliação geriátrica. Tal sugestão foi formulada, pois se entende que a avaliação gerontológica torna a avaliação do idoso mais abrangente ao possibilitar o envolvimento de profissionais de diferentes áreas, tais como enfermagem, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, medicina, serviço social, gerontologia e demais áreas envolvidas. Com isso, destaca-se o envolvimento da atuação da equipe interprofissional em todos os níveis de atenção à saúde com o objetivo de atingir a abordagem integral da saúde do idoso e da população frente ao processo de envelhecimento (BESSE et al., 2014).

O envelhecimento populacional intensificado nas últimas décadas e as mudanças sociais, econômicas e sanitárias atreladas a esse processo fizeram com que a área de conhecimento denominada Gerontologia fosse convidada a fomentar e desenvolver práticas que assegurem que o processo de envelhecimento ocorra de forma assistida, orientada e bem cuidada (FALCÃO e LOPES, 2010).

Tais práticas são fundamentais para o acompanhamento do plano de atenção à saúde do idoso e são baseadas nos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade, da humanização, da escuta, da comunicação, da autonomia e bem estar do idoso, de sua família e também da comunidade. Para isso, umas das principais ferramentas de atuação é a gestão de casos que consiste na responsabilização de uma equipe de profissionais (ou gestor de casos) pela atenção da saúde do indivíduo durante todo o processo clínico do mesmo, sendo identificados as necessidades de atenção e os serviços a serem utilizados. A gestão de casos possibilita compreender quais aspectos incidem na saúde do idoso e atribui a coordenação da atenção à saúde, considerando todos os serviços que compõem o sistema de saúde. Com isso, a função fundamental do gestor de casos é a advocacia do paciente e seu principal instrumento de trabalho é a comunicação (GONZALES et.al., 2003).

Nesse sentido, existem alguns instrumentos que podem ser utilizados como forma de gerenciar os processos de saúde dos idosos. Acredita-se que a utilização da ISAR e SEISAR pelos profissionais de saúde pode contribuir com o levantamento de necessidades dos indivíduos, bem como, gerir o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação do plano de ação a ser integrado. Também, destaca-se o caráter integrador e global da avaliação

em duas etapas (ISAR e SEISAR) e a possibilidade de ser utilizada por uma equipe interprofissional e multidisciplinar aliada a um gestor de caso.

Além da adaptação transcultural da ISAR e SEISAR, este estudo também realizou a validação de conteúdo da ISAR. Em relação aos dados da validação de conteúdo da ISAR, o quadro 1 apresenta o parecer dos quatro juízes que consideraram os itens da ISAR representativos e relevantes para o propósito do instrumento. A pontuação dos itens individualmente ficou entre “3” e “4” pontos, indo ao encontro da recomendação presente na literatura.

Nesse sentido, tem-se a concordância de 100% entre os juízes para o instrumento, visto que todos os itens foram considerados representativos e relevantes pela banca de juízes que avaliaram a ISAR. Fato que viabilizou a utilização da ISAR durante a coleta de dados realizada por este estudo.

Para além, durante este estudo, também foi utilizado outro instrumento de triagem de vulnerabilidade para a população idosa. O instrumento aplicado foi *Probability of Repeated Admission* (PRA), que identifica idosos em risco de hospitalizações repetidas. A PRA foi considerada “padrão-ouro” para este estudo por investigar um desfecho importante: idosos em risco de diminuição da capacidade funcional, fragilização e, por consequência, admissões hospitalares repetidas. Assim como a PRA, o desfecho “retorno ao serviço de pronto atendimento” também foi entendido como uma variável importante para a análise dos dados.

Devido à importância atribuída a PRA, torna-se importante pontuar que a equação do modelo de regressão logística de predição de hospitalização, aplicado nessa amostra, foi fundamentada a partir dos dados da população do estudo original (idosos norte americanos) e consequentemente os dados estão atrelados às limitações do estudo original.

No que lhe concerne, a ferramenta ISAR, no estudo original, apresentou sensibilidade de 74% e especificidade de 54% para escore maior do que dois pontos. Acrescenta-se a esses dados a evidência de moderada validade preditiva e correlação significativa para atendimentos recorrentes em serviços de urgência, hospitalizações, diminuição da capacidade funcional e mortalidade.

Em relação à pontuação/escore da ISAR foi constatado que os idosos que tiveram pontuação 2-3 (risco intermediário) têm o dobro de risco de diminuição de sua capacidade funcional no período de três meses após o atendimento no serviço de urgência, todavia, tal risco não é evidenciado após 12 meses da admissão hospitalar. Para os idosos com pontuação 4-5 pontos (risco alto) o risco de diminuição da capacidade funcional aumenta em cinco vezes

e persistiu em todo o período de investigação (3 a 12 meses da admissão hospitalar).

Com essa descrição, pode-se considerar que os dois instrumentos utilizados nesta parte do estudo podem, mesmo que indiretamente, contribuir para a identificação dos fenótipos da fragilidade. Nesse sentido, o estudo original da ISAR considerou como “idoso frágil” aquele indivíduo cujo resultado da escala foi maior do que dois pontos.

Em relação ao presente estudo, a nota de corte maior do que dois da ferramenta ISAR apresentou sensibilidade de 72%, semelhante ao encontrado no estudo original, e especificidade de 62%, ligeiramente melhor ao ser comparado ao estudo canadense. Considera-se que a ISAR possui desempenho satisfatório, tendo como padrão-ouro a PRA, pois a área sob a curva ROC foi de 0,706. Visto isso, todas as análises realizadas levaram em consideração a pontuação dois como valor de corte para a ISAR.

A amostra foi composta por 120 idosos, sendo 66 mulheres e 54 homens. Este estudo apresentou grandezas semelhantes em relação ao sexo dos participantes, sendo, portanto, indiferente para a desigualdade de gênero presente na expectativa de vida, evidenciada pela maior proporção de mulheres na velhice. Em relação à morbidade e a utilização de serviços de saúde entre os gêneros, os dados da PNAD (2013) mostraram que as diferenças de gênero na morbidade variam de acordo com a idade, sendo desfavoráveis perante o processo de envelhecimento e as mulheres com idade entre 15 e 64 anos.

O envelhecimento acarreta necessidades e demandas sociais em diferentes aspectos: sociais, econômicos, espirituais, saúde e entre outros. Dentre estas necessidades, um dos desafios a ser enfrentados está relacionada à saúde, compreendida em seu aspecto biopsicossocial, ou seja, há fatores fundamentais para que a população possa ser considerada saudável, sendo eles: paz, habitação adequada, educação, alimentação, trabalho/renda, vestuário, lazer, ecossistema saudável, justiça social e equidade. Assim, a saúde e a doença são produções sociais e estão em constante construção, pois são condições advindas das relações sociais e subjetivas (SANTOS e WESTPHAL, 1999).

Neste contexto, MENDES (1996) define saúde como:

“o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver “desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente” (Mendes, 1999 p.237).

Tal definição aproxima-se das ideias e concepções atuais que estão fundamentadas nos princípios da interdisciplinaridade para a compreensão dos diferentes fenômenos e aspectos que influenciam o processo saúde-doença. Com isso, define-se um novo paradigma sanitário reconhecido pela produção social da saúde e denominado de paradigma biopsicossocial (BELLOCH e OLABARRIA, 1993; SEBASTIANI e MAIA, 2005).

O paradigma biopsicossocial possui princípios definidos por BELLOCH e OLABARRIA (1993), são eles:

- O corpo humano é um organismo biológico, psicológico e social;
- Saúde e doença são condições dinâmicas e são determinadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais;
- O estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças devem considerar as variáveis biológicas, psicológicas e sociais;
- A etiologia das doenças é multifatorial;
- O cuidar de pessoas doentes ocorre por ações integradas, realizadas por uma equipe multiprofissional de saúde, composta por profissionais especializados nas variáveis biológicas, psicológicas e sociais;
- Saúde deve ser acompanhada por um grupo de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, sendo, portanto, inviável que a investigação e o tratamento de doenças permaneçam exclusivamente nas especialidades médicas.

Evidencia-se, assim, que as instituições de saúde iniciaram a utilização desses princípios em suas rotinas de trabalho e este paradigma encontra-se em processo de efetivação com o desenvolvimento exponencial de ações integradas e interdisciplinares nas instituições de saúde e no aumento do número de pesquisas com essa vertente.

Nesse sentido, as variáveis sociais e demográficas são fundamentais para compreender o processo de saúde e de doença de uma população. Ressalta-se que este estudo abordou tais aspectos e utilizou os princípios acima descritos para a análise e discussão dos dados, conforme descritos a seguir.

Em face dos aspectos sociais, dentre os participantes evidencia-se grande representação de casados/amasiados e viúvos, com números absolutos de 56 e 42, respectivamente conforme tabela 2. Observa-se na tabela 3 que 47 idosos viviam com outras pessoas, podendo estas ser mães, irmãos, filhos e/ou netos. Além disso, pode-se também inferir a respeito dos dados

referentes ao estado civil e a companhia na moradia dos idosos. Com isso, verifica-se que dentre os idosos viúvos e solteiros há aqueles que constituíram novos relacionamentos e por isso, passaram a viver com companheiros.

Para a variável “condição da moradia” relacionada com quem o idoso reside, nota-se que, apesar de inexistir associação entre ela e a identificação de risco ISAR, há associação linear por linear. Assim, quando o idoso apresenta o risco para diminuição da capacidade funcional e utilização repetida dos serviços hospitalares há que se considerar a necessidade quanto ao suporte social. Na amostra, a maioria dos idosos identificados como em risco contava com o suporte social de “outros”, sendo filhos, netos, parentes e, ainda instituições de longa permanência. Já dentre os idosos que moravam sozinhos, poucos apresentavam risco identificado pela ISAR, apenas três pessoas. Essa é uma informação importante, visto que caso necessitem de suporte é imprescindível que o profissional da saúde oportunize as condições ideais para compartilhar e /ou transferir a continuidade do cuidado do idoso em questão.

Os dados apresentados também mostraram que aproximadamente 42% da amostra apresentaram “autopercepção do estado de saúde” entre regular e ruim. Autopercepção representa a compreensão do indivíduo a respeito da sua condição de saúde, a partir das experiências e vivências anteriores e do contexto social, cultural e histórico o qual pertence. Tal percepção a respeito da própria condição de saúde influencia diretamente o comportamento da pessoa perante os cuidados com a saúde, sendo, portanto, a autopercepção de saúde um elemento importante que influencia a utilização dos serviços de saúde (SANTOS et.al., 2016).

Segundo LIMA-COSTA e CAMARANO (2009), a autopercepção de saúde apresenta validade e confiabilidade equivalentes a outras formas de medidas mais complexas, ou seja, é um preditor consistente para a identificação do declínio da funcionalidade. Para além, a autopercepção da saúde baseia-se em critérios subjetivos e objetivos, sendo também, um bom preditor de mortalidade ao refletir uma percepção individual que inclui aspectos biológicos, psicológicas e sociais (LIMA-COSTA e CAMARANO, 2009).

A associação existente entre a autopercepção do estado de saúde e o risco identificado pela ISAR é compatível com a literatura. Conforme apresentado na tabela 20, dos 21 idosos que consideraram o próprio estado de saúde como “bom”, 17 não foram identificados como em risco pela ISAR; enquanto que dos 35 idosos que relataram estar com a saúde “ruim”, 23 foram identificados pela ISAR como em risco, indo, portanto, ao encontro do que preconiza a

literatura gerontológica ao considerar que a autopercepção de saúde influencia a procura por serviços de saúde, refletindo, assim, a sua real condição do processo de saúde e doença.

Constatou-se a existência de correlação fraca, porém significativa entre as variáveis em estudo “Risco_ISAR”, “retorno ao PS” e “(re)internação”. A ISAR possibilitou a identificação de 45% da amostra como de risco para a diminuição da capacidade funcional em três meses, período no qual foi verificado o desfecho de retorno ao PS e (re) internação. Todavia, a PRA identificou aproximadamente 21% da amostra como de risco para a admissão hospitalar. Essa diferença pode ser justificada pela falta de estratificação de risco da PRA, sendo, portanto, interessante utilizar a estratificação de risco proposto por VERAS et al. (2003).

Segundo VERAS (2003), a estratificação sugerida para o risco identificado pela PRA é categorizado em: baixo risco, médio risco, médio-alto risco e alto risco. Esta estratificação de risco é importante quando se analisa propostas para a priorização de atendimentos/serviços, visto que a simples classificação como risco ou sem risco pode ocultar a identificação de idosos que possuem maior vulnerabilidade e complexidade assistencial.

Assim, foi verificada a correlação entre os escores da ISAR e PRA pela correlação de Spearman, onde se verificou que existe significância entre as variáveis, $p = 0,002$ ($p < 0,05$), apesar da correlação, positiva, ser fraca, com r de Spearman = 0,278. Apesar dos achados deste estudo terem mostrado a correlação positiva fraca, pode-se inferir que, nesta amostra, quando o risco identificado pela PRA aumentava, ocorreu o mesmo padrão de comportamento para o risco evidenciado pela ISAR. Todavia, pelo fato da correlação ser fraca, entende-se que existem outros fatores que podem influenciar a ocorrência do desfecho estudado.

A partir da tabela 16, Foi possível observar que os indicadores considerados possuem relevância para a avaliação da gestão clínica. Infere-se que a ausência de correlação entre a variável internação hospitalar com as demais variáveis tenha sido decorrente do tamanho insuficiente da amostra.

ESTRELLA et al. (2009) ao estudarem 1.423 idosos com idade superior a 65 anos usuários de um plano de saúde obtiveram que apenas 3,23% das pessoas apresentavam risco alto para internação. Também, KATAYAMA et al. (2017) ao avaliarem 268.757 atendimentos prestados a idosos no PS do HU-USP encontraram que 4,36% foram internados na instituição.

No entanto, para que possa existir esta continuidade e longitudinalidade do cuidado, deverá acontecer mudanças tanto no processo de trabalho intrahospitalar como

extrahospitalar. As correlações, que puderam ser observadas neste estudo, entre os vários indicadores que representam essas dimensões mostram que a integralidade do cuidado implica uma série de ações simultâneas que abranja as dimensões da macro, meso e microgestão.

Pensando na melhoria da qualidade da assistência prestada ao idoso no PS foi idealizada a proposta apresentada na figura 11. A partir dessa constata-se que este fluxo será influenciado pela complexidade assistencial do idoso, ou seja, o idoso identificado como em risco passará por todos os níveis de atendimento identificados pela figura 11 e descritos anteriormente como forma de possibilitar cada vez mais a melhoria da qualidade assistencial e a excelência do atendimento do HU-USP. Para isso, faz-se importante a implementação de um plano de alta contendo as atividades para continuidade do cuidado segundo as informações advindas da aplicação da SEISAR.

Nesse sentido, apresenta-se como proposta o fluxo de atendimento de idosos identificados como em risco. A idealização deste fluxo propõe atividades a serem desenvolvidas durante o período de atendimento no hospital e ações a serem realizadas no pós alta hospitalar. As ações que podem ser desenvolvidas no ambiente hospitalar correspondem às seguintes atividades:

- Identificação de pacientes vulneráveis.
- Avaliação do Risco de Re-internação
- Protocolo de encaminhamentos preventivos tendo por base as vulnerabilidades dos pacientes evidenciadas pela SEISAR

As ações que podem ser desenvolvidas após a alta hospitalar correspondem às seguintes atividades:

- *Follow up*: contato telefônico em tempos pré-determinados para o acompanhamento das orientações interprofissionais.
- Realizações de grupos focais. Estes encontros terão caráter preventivo e de promoção da saúde a partir de temáticas selecionadas para discussão em grupo composto por pacientes e familiares/cuidadores e profissionais da equipe de saúde do hospital e da atenção primária
- Re-avaliação da SEISAR para orientar novas propostas de encaminhamentos de caráter preventivo.
- Reunião para discussão de casos com os profissionais da atenção primária

Conforme descrito anteriormente, o desenvolvimento dessas ações visa possibilitar melhorias do processo assistencial e da qualidade de vida do indivíduo. A melhoria da qualidade assistencial e a excelência do atendimento são metas para as instituições no âmbito da saúde e discorrem a respeito da cidadania dos trabalhadores e dos usuários dos serviços (PEREIRA et al.,2011).

No entanto, evidenciam-se ainda muitas condições que necessitam urgentemente ter respostas favoráveis, tais como: atendimentos desumanos, filas de espera, índices elevados de infecção hospitalar, gerenciamento ineficaz de custos, baixo nível de capacitação profissional e ausência de educação continuada / permanente, dimensionamento inadequado de profissionais, entre outras dificuldades. Essas dificuldades refletem a falta de modelos de gestão adequados para garantir a otimização dos recursos, a melhoria da produtividade e a satisfação por parte dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde (PEREIRA et al.,2011).

Nesse sentido, ao se propor novos fluxos de atendimento, deve-se dimensionar o quadro de profissionais que deverão compor os processos e a capacitação de todos os envolvidos. A proposta discutida por este estudo envolve diferentes categorias profissionais, tais como os profissionais de nível médio (recepção) que serão os responsáveis pela aplicação da ISAR, os profissionais da enfermagem que participarão da triagem dos idosos e os profissionais gerontólogos que serão os responsáveis pela aplicação da SEISAR e continuidade do cuidado pós alta hospitalar, como interface e comunicação a atenção primária.

Para os profissionais da recepção, deve-se aplicar um treinamento para a utilização da ISAR, bem como desenvolver estratégias de educação em serviço que supram as necessidades de conhecimento referente ao processo de envelhecimento. Em relação aos profissionais enfermeiros, estes deverão ter conhecimento sobre todas as etapas da proposta desenvolvida para que possam direcionar corretamente os idosos identificados como em risco pela ISAR. Ressalta-se a compreensão de que é fundamental a utilização das práticas da educação em todas as vertentes do serviço, possibilitando que todos os profissionais possuam os conhecimentos necessários no exercício de sua função.

Assim, esclarece-se a importância da atuação do bacharel em gerontologia, visto que este é um profissional cuja expertise é a gestão da atenção do envelhecimento e da velhice. O bacharel em gerontologia possui conhecimentos sólidos a respeito das políticas públicas de atenção à pessoa idosa, compreendendo as potencialidades e as limitações que envolvem todo o processo de envelhecimento (USP, 2012).

O gerontólogo, portanto, é apto para atuar em instituições de longa permanência, hospitais, centros dia, núcleos e centros de convivência para pessoas idosas, republicas e albergues, em programas educacionais e sociais, serviços de assistência domiciliar e programas de reabilitação para idosos, além de instituições de ensino e centro de pesquisa (USP, 2012).

A atuação do gerontólogo no âmbito da saúde integra as ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional, sendo relevante para a gestão de casos clínicos e promoção do bem estar biopsicossocial de pacientes e familiares. Pela gestão de casos clínicos, o gerontólogo está habilitado para aplicar e desenvolver planos de cuidado e de atenção integral baseados em avaliações multidimensionais. Como parte da atuação deste profissional está a negociação e implementação desse plano de cuidado bem como o desenvolvimento de ações necessárias para garantir o seguimento do mesmo e a continuidade do cuidado (USP, 2012).

Por fim, levando em consideração a realidade do HU-USP, destaca-se a necessidade de otimizar os recursos disponíveis na instituição para o sucesso da implementação da proposta defendida por este estudo. Portanto, percebe-se como fundamental a capacitação dos profissionais da recepção em relação à temática do envelhecimento populacional e para a aplicação da ISAR durante a realização do cadastro do idoso que procura por atendimento no PS do HU-USP. Nesse contexto, pensando-se na importância da atuação do gerontólogo e no caráter da instituição, hospital de ensino, compreende-se como fundamental o envolvimento de estagiários do curso de graduação em gerontologia sob a responsabilidade de professores doutores da universidade como forma de otimizar e viabilizar as ações do profissional gerontólogo, visto que este profissional necessita compor o quadro de profissionais da instituição.

A proposta de fluxo de atendimento do paciente idoso utilizou como método o *Design Science Research*. Conforme descrito anteriormente e apresentado no quadro 9, a utilização do método consiste, principalmente, no desenvolvimento de um artefato capaz de encontrar uma solução satisfatória para a resolução de uma situação problemática. Para isso, é necessário ter consciência da existência do problema, bem como compreender a expressão do mesmo na realidade para que possa ser idealizada uma solução viável.

Dessa maneira, a partir do quadro 9 foi possível a formulação do quadro 10 que apresenta de forma sistematizada o problema a ser enfrentado, bem como as etapas de elaboração do artefato. O problema evidenciado por este estudo consiste na procura dos idosos por atendimento na atenção secundária devido às condições sensíveis à atenção primária.

Entende-se que essa situação é decorrente de inúmeros fatores, incluindo a ausência de interação entre os diversos níveis de atenção, a ausência de continuidade e longitudinalidade do cuidado, a insuficiente educação em saúde e a morosidade da atenção primária na resolução dos problemas dos usuários.

Como estratégia para enfrentar este problema, foi proposta a implementação de um fluxo de atendimento do paciente idoso no PS do HU-USP. Esse fluxo consiste na identificação de idosos em risco para a utilização repetida do serviço e para internação, utilizando a ferramenta ISAR. A partir dessa identificação do risco, desenvolve-se uma avaliação multidimensional do idoso (SEISAR) para evidenciar demandas que necessitam de acompanhamento articulado com a atenção primária visando melhoria da assistência prestada. Salienta-se que esta melhoria pode ocorrer a partir dos preceitos da longitudinalidade e continuidade do cuidado e por meio da discussão de caso entre os profissionais dos equipamentos envolvidos, o paciente e sua família.

Salienta-se que a necessidade de estudos posteriores para a implementação, avaliação e conclusão do artefato desenvolvido, visto que este estudo atingiu até a etapa de formulação do artefato. Todavia, o artefato idealizado, o fluxo de atendimento apresentado, pode ser considerado uma ferramenta de trabalho que pode ser utilizada como um sinal de alerta para que os profissionais tenham a possibilidade de manejar mais cautelosamente o caso do idoso identificado como em risco. Para além, pode ser uma ferramenta capaz de possibilitar o cuidado integrado e continuidade entre a assistência hospitalar e as unidades básicas de saúde, ou seja, pode contribuir para o fortalecimento dos princípios da referencia e contrarreferencia defendidos pelo Sistema Único de Saúde.

Por esta concepção, entende-se que a atenção à saúde do idoso deve acontecer no conjunto de unidades (pontos de atenção) de diferentes funções, complexidade e perfil de atendimento. Ressalta-se que essas unidades devem ser articuladas e integradas, visando suprir todas as necessidades da população, constituindo, assim, as redes de atenção (ROSSANEIS et al.,2014).

As redes de atenção contribuem positivamente para o acesso à saúde, pois possibilita integrar o indivíduo em diferentes pontos de atenção, contribuindo, portanto, para a garantia da longitudinalidade e continuidade do cuidado, focalizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, deve-se valorizar todas as ações de saúde independentemente de sua natureza, de seu tipo de assistência (ambulatoriais, hospitalares de diversos tipos, domiciliares, urgência e emergência) e de sua complexidade (atenção básica, média e alta

complexidade). Todavia, é necessário integrar as ações e ressaltar a importância cada vez maior da atenção primária a saúde da população como forma de aumentar a qualidade de vida dos indivíduos, postergar os agravos de saúde e diminuir os custos do sistema de saúde (ROSSANEIS et al.,2014).



Limitações

5 Limitações

Entende-se que as pesquisas científicas devem contribuir com a prática das instituições, principalmente, as relacionadas à qualidade de vida da população. No entanto, podem ocorrer fatores que desfavorecem o desenvolvimento de pesquisas que fogem ao alcance do pesquisador. Nesta pesquisa esses fatores indesejáveis foram: número de participantes inferior ao estipulado e tempo superior ao programado para a finalização da coleta de dados.

Nesse contexto, a amostra deste estudo, constituída de 120 participantes, prejudicou a avaliação de alguns aspectos para a realização de estudos de validação de constructo e de critério. Esse número foi decorrente de fatores externos ao estudo, tais como greve de funcionários e estudantes da Universidade de São Paulo e as condições de saúde pública do período (surto de gripe H1N1). A greve de profissionais e estudantes universidade permaneceu durante todo o período de coleta de dados e impactou o número de atendimentos da instituição e conseqüentemente o número de idosos participantes do estudo. O surto de gripe HN1 foi fator preponderante para a orientação a nível de saúde pública para que a população evitasse a procura por atendimento hospitalar em situações que poderiam ser adiadas. Estas condições de saúde pública impactaram a chegada dos idosos no PS do HU-USP. Com isso, a demanda dos idosos no HU-USP foi inferior à esperada e prevista para compor a amostra deste estudo.

Essas situações influenciaram o tempo previsto para a finalização da coleta de dados deste estudo e, conseqüentemente, a realização das etapas posteriores da pesquisa. Nesse sentido, esses aspectos impactaram o número de idosos envolvidos no estudo e também o tempo de coleta de dados, inviabilizando o contato telefônico previsto para ser realizado após seis meses da aplicação do primeiro questionário, sendo este realizado, portanto, após três meses da aplicação.

Assim, estes fatores resultaram na dificuldade em verificar a validade da ISAR para a utilização em hospitais. Por fim, este estudo é insuficiente para aferir a validade da ferramenta ISAR. Todavia, pode-se verificar que os resultados apresentados vislumbram sensibilidade e especificidades interessantes e que poderão ser melhor verificadas em pesquisas posteriores.

Nesse mesmo sentido, entende-se que a proposta do fluxo de atendimento, utilizando o método Design Science Research, possui limitações visto que este estudo atingiu até a fase de

formulação da solução do problema, ou seja, o artefato. Todavia, ainda faz-se necessário a avaliação do artefato desenvolvido a partir da incubação e utilização do mesmo no ambiente para o qual foi idealizado (HU-USP). Com isso, em estudos posteriores será possível realizar a avaliação do artefato e a conclusão de teorias a fim de generalizar o conhecimento para outras realidades.



Conclusão

6 Conclusão

A partir da adaptação transcultural identificou-se que ocorrem pequenas alterações sugeridas pelos especialistas em saúde do idoso, todavia estas foram essenciais para contemplar a realidade do contexto estudado. Dentre as alterações, a mais relevante refere-se ao número de medicamentos, sendo que o estudo original considerou a polifarmácia para a utilização de seis ou mais medicamentos.

Em relação a validação de conteúdo da ISAR, os juízes constatou-se a necessidade de adequar a formulação da questão relacionada a utilização de lentes corretivas como forma de eliminar ambiguidade contida na expressão. Com essa alteração, a concordância entre os juízes foi de 100%, o que possibilitou a utilização da ferramenta para a coleta de dados.

Apesar da aplicação da ferramenta ISAR em apenas 120 idosos, identificou-se a presença de correlação significativa fraca entre as variáveis de estudo. Os resultados demonstraram que parte significativa da amostra possuía risco para diminuição da capacidade funcional que pode acarretar internações e a utilização recorrente de serviços hospitalares. Tal fato desperta a preocupação com a saúde precária da população idosa assistida no HU-USP, predizendo a necessidade de ações mais eficazes relacionadas à promoção de saúde destes indivíduos.

Além disso, demonstrou que a utilização pontual da ISAR é insuficiente para propiciar melhorias da qualidade de vida dos idosos, sendo, portanto, recomendável sua aplicação conjunta com a utilização de ferramentas como a SEISAR.

Partindo da premissa que a SEISAR é uma ferramenta norteadora da gestão de casos em diferentes contextos de saúde, o processo de avaliação e intervenção em duas etapas (ISAR e SEISAR) pode ser um modelo viável de avaliação, acompanhamento de casos e implementação de intervenções ágeis e integradas que visa propiciar melhorias na qualidade assistencial prestada ao idoso, bem como a continuidade do seu cuidado no pós alta hospitalar.

Considera-se, portanto, que os dados encontrados neste estudo apesar de insuficientes para a validação da ISAR traz grande indícios da eficácia da sua utilização nas instituições hospitalares brasileiras. Por isso, recomenda-se a continuidade dessa pesquisa em estudos posteriores para a verificação desse aspecto que poderá contribuir para a realização da

validade de critério do instrumento. Assim, esse estudo demonstrou resultados favoráveis sobre a utilização da ferramenta ISAR em relação à especificidade e sensibilidade da ferramenta na amostra estudada. Todavia, para que a ISAR consiga, efetivamente, predizer o risco de internação entre a população de idosos é necessário a realização de estudos posteriores.

Para além, conforme abordado anteriormente, evidencia-se a necessidade da atuação mais intensificada e integrada entre os diversos níveis de assistência à saúde do SUS, pois a melhoria da assistência depende do sistema de referência/ contrarreferência facilitado pelo processo das tecnologias leve, leve dura e dura. Também, para a melhoria da qualidade assistencial deve-se responsabilizar e conscientizar o idoso e família perante o processo de saúde doença por meio de um plano de assistência compartilhado visando o envelhecimento saudável.

Ademais, a elaboração do fluxo de assistência para o atendimento de idosos no PS do HU-USP também traz uma inovação para a instituição e ainda, a possibilidade de expandir essa intervenção no processo de trabalho para outras instituições hospitalares brasileiras tanto do setor governamental quanto privado. Para isso, identifica-se, também, a importância da implementação do serviço de *follow up* como uma inovação tecnológica para possibilitar o acompanhamento do idoso que foi classificado como sendo de risco. Nesta perspectiva, destaca-se que o HU-USP já possui a estrutura física adequada para a implementação deste serviço, no entanto deverá viabilizar a disponibilidade e capacitação de profissionais para atuarem com o *follow up*.

Frente ao exposto, entende-se que a DSR é um método que pode ser utilizado visando melhorias na qualidade da assistência prestada ao idoso que utiliza o pronto socorro da instituição estudada. Assim, acredita-se que a utilização do método Design Science Research favoreceu o desenvolvimento deste estudo e ainda, é uma inovação tecnológica que poderá ser utilizado pelos estudiosos que atuam na área da Gerontologia, principalmente para aqueles que têm dificuldades em formalizar um método diferente dos preconizados pelas ciências tradicionais.

Finalmente, a possibilidade de atuação do gerontólogo nestas instituições hospitalares será de grande valia tanto para a expansão no mercado de trabalho deste profissional quanto para a melhoria da assistência prestada ao binômio idoso/familiares.



Referências

Referências¹

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALFRADIQUE, M. E. et. al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP, Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

AMICI, F.; AURELI F.; CALL, J. Fission–fusion dynamics, behavioral flexibility and inhibitory control in primates. **Current Biology**, v. 18, n. 18, p. 1415–1419, 2008.

ARAUJO, R. de L.; MENDONCA, A. V. M.; SOUSA, M. F. de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, vol.39, 2015.

ARMENDARIS, M. K.; MONTEIRO, P. S. Avaliação multidimensional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 122-128, 2012.

BARBER, J. H.; WALLIS, J. B.; Mc KEATING, E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, v.30, p. 49051, 1980.

BAYAZIT, N. Investigating design: a review of forty years of design research. **Design Issues**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2004.

BEATON, D. E. et. al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Revista Clínica e Salud**, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BERTOLUCCI, P. H. et. al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, p. 1-7, 1994.

[BESSE](#), B. et al. 2nd ESMO Consensus Conference on Lung Cancer: non-small-cell lung cancer first-line/second and further lines of treatment in advanced disease. *Annals of Oncology*, v. 25, n. 8, p. 1475–1484, 2014.

BOULT, C. et. al. Screening elders for risk of hospital admission. [Journal of the American Geriatrics Society](#), v. 41, n. 8, p. 811-817, 1993.

BOULT, C.; WIELAND, G. D. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions. **JAMA**, Chicago, v. 304, n. 17, p. 1936-1943, 2010.

BRAGA, A. C. da S. **Curvas ROC: Aspectos funcionais e aplicações**. Tese de doutorado, 2000. Universidade do Minho Braga.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, p. 110, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF, 2011. 160p.

BRITO, M. C. C. et. al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 161-178.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, das práxis e da arte. **Revista Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso**. 2014. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CARMO, R. L.; DAGNINO, R. S.; JOHANSEN, I. C. Transição demográfica e transição do consumo urbano de água no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 169-190, 2014.

CARRETTAL, M. B.; BETTINELLIL, L. A.; ERDMANNLL, A. L. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 958-962, 2011.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. M. T. Avaliação geriátrica ampla (AGA). **Revista da Universidade Federal de Goiás**, v. 5, n. 2, 2003.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.16, n.1, p. 1029-1042, 2011.

DENYER, D., TRANFIELD, D.; VAN AKEN, J. E. Developing design propositions through research synthesis. **Organization Studies**, v. 29, p. 249-269, 2008.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. In: Ministério da Saúde. **Base de Dados**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: 20/04/2017

DONALD, I. P. Development of a modified Winchester disability scale-the elderly at risk rating scale. **of Epidemiology and Community Health**, v.51, p. 558-563, 1997.

DRESCH, A. **Design Science e Design Science Research como Artefatos Metodológicos para Engenharia de Produção**. 2013. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas) - Universidade do Vale do Rio Dos Sinos, São Leopoldo.

DUTRA, M. M.; MORIGUCHI, E. H.; LAMPERT, M. A.; POLI-DE-FIGUEIREDO, C. E. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização.

Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 1, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

ESTRELLA, K.; OLIVEIRA, C.E.F; SANT'ANNA, A.A; CALDAS, C.P. Risco para internação hospitalar em população idosa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 507-512, 2009.

FALCÃO, D. V. S.; LOPES, A. A. Formação e a atuação profissional em Gerontologia no Brasil: atenção à velhice e ao envelhecimento no século XXI. In: Falcão, D.V.S. (Org.). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**, Campinas: Papirus, 2010. p. 233-254.

FERREIRA, L.; NEVES, A. N.; CAMPANA, M. B.; TAVARES, M. C. G. C. F. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 13, n. 3, p. 457-461, 2014.

FORD, E. W. et. al. Pesquisa que faz a diferença. **Revista de Administração de Empresas**, v. 43, n. 4, p. 86-101, 2003.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GLOTH, F. M. et al. The frail elderly functional assessment questionnaire: Its responsiveness and validity in alternative settings. [Archives of Physical Medicine and Rehabilitation](#), v.80, n. 12, p. 1572-1576, 1999.

GOBBENS, R. J.; LUIJKX, K. G.; WIJNEN-SPONSELEE, M. T.; SCHOLS, J. M. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. [Journal of the American Medical Directors Association](#), v. 11, n. 5, p. 338-343, 2010.

GONZALES, R. I. C. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.227-231, 2003.

GUERRA, I. C.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A. Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 585-592, 2007.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 24, p. 61-63, 1995.

HOLMSTRÖM, J.; KETOKIVI, M; HAMERI, A. "Bridging Practice and Theory: A Design

Science Approach”. **Decision Sciences**, v. 40, n. 1, p. 65-87, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por amostras de domicílio. Rio de Janeiro, v. 33, p.1-133, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 - Revisão 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.t.sht>. Acesso em: 25/03/2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: 25/03/2017

KATAYAMA, L. M.; DOREA, E.; CURI, A. P.; SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O. Identificação da demanda da população idosa assistida em hospital de ensino. **Revista Nursing**, v. 20., p. 1756-1760, 2017.

KERSE, N. et al. Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. **BMJ**, 337:a1445, 2008.

LACERDA, J. T. et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.

LAMB, M. E. Fathers and child development: an introductory overview and guide. In: LAMB, M. E. (ed.). **The role of the father in child development**. 3 ed. New York: John Wiley & Sons, 1997, p. 1-18.

LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. Demografia e epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. (ed). **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 3-19.

MAIA, E. R. et al. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da

saúde alimentar infantil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 79-88, 2012.

MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. Abordagem interdisciplinar do idoso. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

[MALY, R.C.](#); [HIRSCH, S.H.](#), [REUBEN, D. B.](#) The performance of simple instruments in detecting geriatric conditions and selecting community-dwelling older people for geriatric assessment. [Age and Ageing](#), v. 26, n. 3, p. 223-231,1997.

MANSO, M. E. G.; LOPES, R. G. C. L. Mapeamento das condições de saúde de uma população de idosos de um município do interior de São Paulo. **Racine**, São Paulo, v. 106, p.106-108, 2008.

MANSON, N. Is operations research really research? *Orion*, v. 22, n. 2, p. 155-180, 2006.
MARCH, S. T.; Storey, V. C. Design Science in the Information Systems Discipline: An Introduction to the Special Issue on Design Science Research, *MIS Quarterly*, Minnesota, v. 32, n. 4 p.725-730, 2008.

MATTHEWS, M. et al. Use of a questionnaire to screen for frailty in the elderly: An exploratory study. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 16, n. 1. P. 34-40, 2004.

[MENDES, E. V.](#) As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, I.J.M. **Promoção de saúde: caminhando para o único**. Ribeirão Preto, 1996. 148p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

METZELTHIN, S. F. et al. The reduction of disability in community-dwelling frail older people: design of a two-arm cluster randomized controlled trial. **BMC Public Health**, London, v.10, 2010.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOORE, A. A.; SIU, A. L. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. **The American Journal of Medicine**, Tucson, v. 100. p. 438-443, 1996.

MORAES, E. N. de. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais**. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-americana da saúde. Ministério da saúde, 2012.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Brasília: Coopmed, 2008

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

OLIVEIRA, R. M. et al. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PAIXÃO JR, C.M.; REICHENHEIN, M. E. Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, 2005.

PANDZA, K.; THORPE, R. Management as Design, but What Kind of Design? An Appraisal of the Design Science Analogy for Management. **British Journal of Management**, v. 21, p. 171-186, 2010.

PASTOR-SÁNCHEZ et al. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v.71, n.5, Set. 1997.

PATIÑO, P.; VÁSQUEZ-VIZOSO, F.; VERAS, C. The handicaps and the need for services among the aged detected in the health survey OARS-Vigo. **Medicina Clínica**, v.106, n.17, p. 641-648, 1996.

PEDROSO, R. S. et al. Tradução, equivalência semântica e adaptação cultural do Marijuana Expectancy Questionnaire (MEQ). **Psico-USF**, Itatiba, v. 9, n. 2, p. 129-136, Dez. 2004.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, 2011.

[PETERS, L. L.](#) et. al. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. [Journal of the American Medical Directors Association](#), v.13, n. 6, p. 546-551, 2012.

PLATTS, K.W. A. Process approach to researching manufacturing strategy. **International Journal of Operations and Production Management**, Bingley, v. 13, n. 8, p. 4-17, 1993.

RAÏCHE, M.; HÉBERT, R.; DUBOIS M. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 47, n.9, p. 9-18, 2008.

RAYMUNDO, V.P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p. 665-673, 2007.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. **Canadian Health Services Research Foundation**, 2002.

RODRIGUES, R. M. C. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 23, n. 2, p. 109-115, fev. 2008.

RODRIGUES, R. M. C. et al. Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 5, p. 65-74, jun. 2015.

ROSSANEIS, M. A. et. al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 769-776. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22956>. 2014 >. Acesso em: 15/05/2017.

SA, M.C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1334-1343, Jun 2008.

SANTO, F. B. et al. Autopercepção em saúde bucal de idosos em unidades de saúde da família do Distrito Sanitário III de João Pessoa-PB. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 43, n. 2, 2007.

SANTOS, A.P.; FREITAS, P.; MARTINS, H.M. Manchester Triage System version II and resource utilization in the emergency department. **Emergency Medicinal Journal**, London, v.31, n. 2, p.148-152, 2014.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde:

o papel da universidade. **Estudos avançados**, São Paulo, v.1,3 n.35, p. 71-78, 1999.

SANTOS, S.S.C. et al. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.9, n.1, p. 129-136, 2010.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo. v.20, n.1, p.50-55, 2005.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v.63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SEIN, M. K. et al. Action Design Research. **MIS Quaterly**, Minnesota, v. 35, n. 1, p. 37-56, 2011.

SILVA, D. C. da; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. de. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 291-298, 2008.

SILVA, D. C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 291-298, jun 2008.

SIMON, H. A. **The Sciences of the Artificial**. 3ª ed. Cambridge: MIT Press, 1996.
SIQUEIRA, A.B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

SIRENA, S.A. **Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde**. Dissertação de mestrado, Rio Grande do Sul, 2002. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Pós-graduação em Clínica Médica.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1ª ed. Brasília: UNESCO. 2002.

STARKEY, K.; MANDAN, P. Bridging the Relevance Gap: Aligning Stakeholders in the Future of Management Research. **British Journal of Management**, v. 12, p. S3-S26, 2001.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, ESCOLA DE ARTES CIÊNCIAS E HUMANIDADES. Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Gerontologia. São Paulo, 2012.

VAN AKEN, J. E. Management Research as a Design Science: Articulating the Research Products of Mode 2 Knowledge Production in Management. **British Journal of Management**, v. 16, p. 19-36, 2005.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p.357-365, 2014.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.705-715, 2003.

VERDON, J.; MCCUSKER, J. A two-step comprehensive approach for seniors in the hospital emergency department. **Research Centre**, St. Mary's Hospital Center. v 3.1; 2014
WEBER, B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a língua portuguesa: estudo em pacientes hospitalizados** [tese], 2012. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Thabata Cruz de Barros, mestranda do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP), estou realizando uma pesquisa intitulada “Utilização das ferramentas ISAR e SEISAR: avaliação do risco de reinternação entre idosos no Brasil” que tem como objetivos: propor ferramentas para avaliação de risco de internação hospitalar de idosos e para gestão do cuidado; Realizar adaptação transcultural das ferramentas *Identification of Seniors At Risk* (ISAR) e *Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk* (SEISAR) com a tradução para o idioma português falado no Brasil; realizar a validação da ferramenta ISAR para a aplicação em idosos atendidos em pronto socorro e realizar um estudo de caso utilizando as ferramentas propostas. Para tanto, gostaríamos que o (a) senhor (a) participasse desta pesquisa, na qual me comprometo a seguir a portaria do Conselho Nacional de Saúde CNS466/2012 relacionada à Pesquisa com Seres Humanos respeitando o seu direito de:

- Ter liberdade de participar ou deixar de participar do estudo, sem que isso lhe traga algum prejuízo ou risco;
- Manter o seu nome em sigilo absoluto, sendo que o que disser não lhe resultará em qualquer dano à sua integridade;
- Interromper a participação na pesquisa caso se sinta incomodado (a) com a mesma;
- Garantia de receber uma resposta a alguma dúvida durante ou após a entrevista.

Caso aceite, por favor, responda as questões durante a entrevista presencial e após 90 dias por ligação telefônica. Estas respostas farão parte de dados de uma pesquisa científica e será apresentada em congressos e publicada em revistas da área da saúde e social. Esclareço-lhe que essa pesquisa poderá lhe trazer risco psicológico mínimo. Se for detectado no participante da pesquisa que está sendo selecionado algum problema de saúde previamente ao início da pesquisa, ele deverá ser encaminhado para tratamento ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, ressalto que sua participação é relevante para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos idosos atendidos em instituição hospitalar.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa e estou ciente que ficarei com uma cópia desse Termo e a outra cópia ficará com o pesquisador.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura pesquisadora

Assinatura Entrevistado

Se o(a) Sr(a) tiver qualquer dúvida em relação aos aspectos éticos do estudo, fique à vontade para entrar em contato com qualquer um dos Comitê de Ética em Pesquisa relacionados a seguir:

- Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Identificação do CEP-EACH-USP
Endereço: Av. Arlindo Bétio, 1000 – Ermelino Matarazzo – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-1046 - e-mail: cep-each@usp.br

Anexo A – A ferramenta ISAR

THE ISAR TOOL: Initial Screening Questionnaire

To be completed by the staff with the patient or caregiver.

ADDRESSOGRAPH

PLEASE ANSWER YES OR NO TO EACH OF THESE QUESTIONS

		Hospital use only
1. Before the illness or injury that brought you to the Emergency, did you need someone to help you on a regular basis?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
2. Since the illness or injury that brought you to the Emergency, have you needed more help than usual to take care of yourself?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
3. Have you been hospitalized for one or more nights during the past 6 months (excluding a stay in the Emergency Department)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
4. In general, do you see well?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	0 1
5. In general, do you have serious problems with your memory?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0
6. Do you take more than three different medications every day?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	1 0

TOTAL: _____

Score: Positive / Negative (circle one)

If positive	
<input type="checkbox"/> Referred for SEISAR	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Social Worker	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Liaison nurse	Notes: _____
<input type="checkbox"/> Discharged	Follow-up: _____

Signature: _____ Date: _____

Anexo B – A ferramenta SEISAR

THE SEISAR TOOL: Assessment & Intervention	
Standardized Personal Information Form	
• Residence type: Name/Phone/Fax	ADDRESSOGRAPH
• Primary caregiver(s) Name/Phone	Name/Phone
• Primary care physician Name/Phone/Fax	• Homecare service contact person Name/Phone/Fax

SEISAR Problem Checklist (please refer to the corresponding standardized questionnaire in annex)

Y	C	N	INT	COMMUNICATION	Y	C	N	INT	MEDICATION
			MD	Impaired vision				GA/MD	Polypharmacy/new medication
			MD	Impaired hearing				GA/S	Rx management difficulties
Y	C	N	INT	COGNITION	Y	C	N	INT	BEHAVIOR/AFFECT
			ED/S	Acute confusion/dissociation				GA/S	Depression
			GA/S	Undiagnosed cognitive problem				ED/S/GA	Agitation
Y	C	N	INT	NUTRITION	Y	C	N	INT	ACTIVE MEDICAL ISSUES
			MD/G/S	Recent weight loss/malnutrition				ED	Persistent persisting symptoms
			MD/S	Substance abuse				MD	Active co-morbidities
Y	C	N	INT	MOBILITY	Y	C	N	INT	PAIN MANAGEMENT
			GA/S	Falls (past or recent)				ED/S	Persistent pain
			GA/S	Problems walking/difficulty in using walking aid				ED/MD	Joint/bone pain
Y	C	N	INT	ACTIVITIES OF DAILY LIVING	Y	C	N	INT	SOCIAL
			S	Difficulties with meal preparation				S/MD	Inefficient support, lives alone
			S	Limitations with basic hygiene				S/MD	Social isolation/neglect
			MD/S	Incontinence				S/MD	Previously refused services

Y YES, problem present **C** Problem present but COMPENSATED **N** NO, problem absent
INT MD – Primary care physician ED – ED physician S – Homecare service GA – Geriatric assessment

Standardized Information (Check where appropriate)

Source of information:	Living Arrangements:	Referrals given:
<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Alone	<input type="checkbox"/> Home/apartment
<input type="checkbox"/> Caregiver	<input type="checkbox"/> With spouse/family	<input type="checkbox"/> Group home, nursing home, LTC
<input type="checkbox"/> Home Care contact	<input type="checkbox"/> Residence with services	<input type="checkbox"/> Residence with no services
		<input type="checkbox"/> GP letter
		<input type="checkbox"/> Home care
		<input type="checkbox"/> ED referral

Signature: _____ Date: _____

Anexo C – Email de autorização dos autores da ferramenta ISAR/SEISAR

1/22/15

Mensagem de Impressão do Outlook.com

Cc: joao tavares (enfjoaotavares@hotmail.com)

1 anexo

ISAR SEISAR Manual v.3.1 e.pdf (862,5 KB)

Hello Dr Cruz de Barros

Thank you for your interest in the ISAR/SEISAR tools. On behalf of Dr. Jane McCusker and Dr. Josée Verdon, I am attaching the ISAR-SEISAR manual, which is available to you in PDF format, free of charge. The authors welcome your suggestion to translate the ISAR tool, and simply ask that you acknowledge their work and keep them informed of your work.

You may use either of the approved versions of the ISAR (pp. 47-48). However, if you wish to use only one, the authors recommend the Elder Alert Version, which can be found on page 48 of the manual. Have you had a chance to review the work of Dr Joao Tavares (Coimbra, Portugal) who has already prepared a translation of the tool for use in Portugal? It may be a starting point for your work for the Brazilian population? I have put him in cc.

The authors of the ISAR/SEISAR tools have made the tools publicly available so they may be used without special permission. We value any additional information you can provide on your experience with the tools.

Do not hesitate to contact me further with questions or comments.

–

Manon de Raad

Project coordinator

St. Mary's Research Centre, Montreal, Quebec

Tel.: (514) 345-3511 Ext 3074

Anexo D – A ferramenta PRA

- 1- Em geral, você diria que sua saúde é:
 - (a) Excelente
 - (b) Muito boa
 - (c) Boa
 - (d) Média
 - (e) Ruim
- 2- Nos últimos 12 meses, você passou a noite como paciente em algum hospital
 - (a) Não, nenhuma vez
 - (b) Uma vez
 - (c) Duas ou três vezes
 - (d) Mais do que três vezes
- 3- Nos últimos 12 meses, quantas vezes você procurou o médico ou uma clínica para tratamento?
 - (a) Nenhuma vez
 - (b) Uma vez
 - (c) Duas ou três vezes
 - (d) De quatro a seis vezes
 - (e) Mais do que seis vezes
- 4- Nos últimos 12 meses, você teve diabetes?
 - (a) Sim
 - (b) Não
- 5- Você alguma vez já teve:
 - Doença coronariana? (sim/não)
 - Angina (sim/não)
 - Infarto do miocárdio (sim/não)
 - Ataque do coração (sim/não)
 - (a) Sim (se qualquer das respostas acima for sim)
 - (b) Não (se todas as respostas acima for não)
- 6- Sexo?
 - (a) Masculino
 - (b) Feminino
- 7- Existe algum amigo, parente ou vizinho que poderia tomar conta de você por alguns dias se você precisar?
 - (a) Sim
 - (b) Não
- 8- Qual sua data de nascimento? (Dia/Mês/Ano) (____/____/____)
 - (a) 65-74 anos
 - (b) 75-79 anos
 - (c) 80-84 anos
 - (d) 85 anos ou mais

Anexo E – A ferramenta ISAR adaptada para o português do Brasil

Por favor, responda sim ou não para cada uma dessas questões:

		Uso exclusivo hospitalar
1. Antes da doença ou lesão que trouxe você ao hospital, você precisava de alguém para ajudá-lo regularmente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1 0
2. Nas últimas 24 horas, você precisou de mais ajuda do que normalmente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1 0
3. Você foi hospitalizado por uma ou mais noites nos últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1 0
4. Em geral, você tem problemas sérios com sua visão, que não se corrigem com uso de óculos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1 0
5. Em geral, você tem problemas sérios com sua memória?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1 0
Seção 3 – Profissional informado a respeito da pontuação positiva		
6. Você toma seis ou mais medicamentos diferentes todos os dias?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1 0
		Total _____

OBS. Um paciente é considerado em risco se as respostas a três ou mais questões forem positivas.

Se positivo:	
<input type="checkbox"/> Referenciado para SEISAR	Observação: _____
<input type="checkbox"/> Assistente Social	Observação: _____
<input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) de referência	Observação: _____
<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	Follow-up : _____

Anexo F - A ferramenta SEISAR adaptada para o português do Brasil

SEISAR - Lista de verificação de Problemas (por favor, consulte o questionário padronizado correspondente, no verso).

S	C	N	INT	Comunicação
			MA	Acuidade visual diminuída
			MA	Acuidade auditiva diminuída
S	C	N	INT	Cognição
			MU/S	Confusão Aguda/desorientação
			AG/S	Problema Cognitivo não diagnosticado
S	C	N	INT	Nutrição
			MA/G/S	Perda de peso recente/desnutrição
			MA/S	Abuso de substância
S	C	N	INT	Mobilidade
			AG/S	Quedas (passadas ou recentes)
			AG/S	Problemas para andar/dificuldade com dispositivo para caminhar
S	C	N	INT	Atividades de vida diária
			S	Dificuldades no prepara da refeição
			S	Limitações para realizar higiene básica
			MA/S	Incontinência

S	C	N	INT	Medicação
			AG/M A	Poli farmácia/nova medicação
			AG/S	Dificuldades no manejo da prescrição
S	C	N	INT	Comportamento/Emoção
			AG/S	Depressão
			MU/S /AG	Agitação
S	C	N	INT	Problemas de saúde
			MU	Apresentando sintomas persistentes
			MA	Apresenta comorbidades
S	C	N	INT	Manejo da dor
			MU/S	Dor persistente
			MU/MA	Dores articulares/osso
S	C	N	INT	Social
			S/MA	Suporte insuficiente, vive sozinho
			S/MA	Isolamento Social / Negligência
			S/MA	Suporte/serviço social recusado anteriormente

S Sim, problema presente.	C Problema presente, mas compensado.	N Não, ausência de problema.
INT MA – Médico da atenção primária/médico assistente	MU Médico de Urgência.	S Serviço de Home care AG Avaliação geriátrica/gerontológica

Perguntas norteadoras para a identificação de vulnerabilidades		
Comunicação	Acuidade visual diminuída	- Em geral, você enxerga bem para ler? - Você enxerga bem com os seus óculos?
	Acuidade auditiva diminuída	- Em geral, você ouve bem? Você usa aparelho auditivo? - Você ouve bem quando usa seu aparelho auditivo
Cognição	Confusão aguda/desorientação	- Há alguma confusão ou desorientação? (perguntar para paciente e cuidador) - Isso é novo ou recente? (menos de duas semanas) - Esse problema foi avaliado neste hospital? - Quais mecanismos de enfrentamento estão disponíveis para a alta?
	Problema cognitivo não diagnosticado	- Histórico de déficit de memória ou cognitivo anterior a esta hospitalização? - Foram realizados diagnósticos, tratamento e encaminhado para serviços de apoio?
Nutrição	Perda de peso recente (má nutrição)	- Você acha que perdeu peso nos últimos 6 meses? Quanto? - Como é o seu apetite? O que você costuma comer no café da manhã?
	Abuso de substâncias	- O problema da sua hospitalização está relacionado ao consumo de álcool?
Mobilidade	Queda (recente ou passada)	- Você caiu uma ou mais vezes nos últimos três meses? Como aconteceu? Você foi avaliado quando caiu? Esta situação melhorou?
	Problemas para deambular	- Você tem dificuldade para andar? - Você usa bengala ou andar? Isto é recente? Você se sente seguro com sua bengala ou andador? - Você se sente seguro para ir para casa com esse suporte para andar? - Tem escadas para chegar ou dentro de sua casa?
Atividades de vida diária	Dificuldade com o preparo de refeição	- Como você realiza suas refeições? - Você precisa de ajuda para preparar as refeições? - Você precisa de ajuda para comer? Você recebe a ajuda que precisa (receber alimentação em casa)?
	Limitação para realizar higiene básica	- Como você realiza o banho/ higiene básica? - Você precisa de ajuda? Você tem a ajuda que precisa?
	Incontinência	- Alguma vez você perdeu o controle da urina? Isso é um problema recente? - Alguma vez você perdeu o controle das suas eliminações intestinais? Isso é um problema recente? - Alguma vez você procurou ajuda médica para este problema?
Medicação	Polifarmácia/novas medicações	- Você sabe quais são seus medicamentos e por que você os toma? - Posso rever sua lista de medicamentos com você? - Você recebeu prescrição de um medicamento novo recentemente? - Você parou de tomar algum medicamento recentemente?
	Dificuldades com prescrição médica	- Como você gerencia seus medicamentos? Você tem um organizador de comprimidos? - Você precisa de ajuda para tomar os seus medicamentos? Você tem a ajuda que precisa? Para o cuidador: - Você acha que ele(a) toma as medicações conforme prescrição médica? - Você percebeu problemas com a manipulação dos medicamentos?
Comportamento/emoção	Depressão	- Você se sente triste ou deprimido frequentemente? Você chorou frequentemente nestes últimos dias? - Nos últimos seis meses, alguém próximo a você faleceu ou se mudou?
	Agitação	Há histórico de agitação, aumento da ansiedade, comportamento agressivo ou de qualquer comportamento inapropriado (incluindo delirium, alucinações ou outros)?
Problema de saúde ativo	Presença de sintomas persistentes	- Você ainda tem o sintoma (especificar qual) que trouxe você para a hospitalização? O sintoma melhorou? Como você lida com esse sintoma em casa?
	Comorbidades ativas	- Você esteve hospitalizado nos últimos dois meses? - Você consultou um médico na última semana por qualquer uma das doenças a seguir que não estavam bem controladas: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, cardiopatia, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), diabetes, Alzheimer, demência, câncer, cirurgia recente ou hospitalização?
Controle da dor	Dor persistente (crônica)	- Você ainda está com dor? Você recebeu tratamento para aliviar a dor nas últimas duas horas? Isso ajudou a melhorar a dor? Você acha que será capaz de controlar a dor em casa?
	Dor articulação/osso	- Você sente alguma dor óssea ou nas articulações? Isso é novo? A dor está controlada com o tratamento atual? Isso interfere na sua atividade de vida diária?
Social	Apoio insuficiente/mora sozinho	- Quem te ajuda em casa? Membros da família ou vizinhos? Serviço de cuidado domiciliar? Para o cuidador - Como você lida com a situação? Quais são os problemas? Você consegue continuar cuidando dele(a) no estado atual?
	Isolamento social/negligencia	- Quem poderia te ajudar em caso de adoecimento ou emergência? Você tem contato diário ou semanal com alguém?
	Recusa prévia de serviço	- Alguma vez você recusou o serviço de cuidado domiciliar oferecido a você no passado? Por quê? - Você estaria interessado em ter o serviço de cuidado domiciliar agora, caso necessário?