

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FELIPE BUENO DA SILVA

PERFIL DA PESSOA IDOSA INTERNADA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

SÃO CARLOS

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FELIPE BUENO DA SILVA

PERFIL DA PESSOA IDOSA INTERNADA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Cristina Martins Gratão.

SÃO CARLOS

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Felipe Bueno da Silva, realizada em 14/02/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao (UFSCar)

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Maino Pergola-Marconato (SLMA)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão Fábio, que assiste à conclusão deste episódio de longe, junto à nossa mãe. Agradeço e dedico essa vitória a vocês.

Ao meu pai José, que possibilitou minha chegada até aqui através de seus esforços e apoio.

À minha tia Jacqueline, pelo amor, carinho e apoio em todos os momentos.

À minha irmã Flávia, por todo apoio e amor incondicional. Sou muito sortudo por ter você em minha vida. Obrigado por vencer mais este desafio ao meu lado.

À minha irmã de coração e alma e também colega de mestrado, Maria. Obrigado por acreditar em mim durante toda essa trajetória. Tenho muito orgulho de ver onde chegamos.

Ao grupo de pesquisa GEPLÉ, da Fundação Hermínio Ometto, pelo companheirismo, carinho e aprendizados.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Aline Gratão, agradeço por cada conselho, abraço e por toda confiança. Agradeço também por ser, acima de tudo, uma amiga, por compreender e apoiar minhas decisões em momentos difíceis. Obrigado por tornar esse sonho possível.

Aos amigos que carrego em meu coração, que me apoiam, me inspiram e caminham ao meu lado: Taína, Carol, Bia, Fred, Ramon, Giuliana, Raquel, Gabi, Laís e Julia.

Ao grupo de pesquisa LAIG, obrigado por me acolherem e me apoiarem durante essa jornada. Em especial, ao Gustavo, Alice e Ana Carolina que acompanharam mais de perto essa trajetória. Obrigado pelos conselhos e por tornarem isso possível.

Aos alunos do curso de Gerontologia que me acompanharam durante essa jornada e acolheram a mim e ao meu trabalho de coração aberto, agradeço por todo suporte e apoio.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos, que possibilitou a realização desta pesquisa, e a todos os profissionais incríveis que atuam nos diversos setores do hospital e

que tive o prazer de conhecer durante a execução do meu trabalho. Em especial, à equipe de Enfermagem do setor de internação/clínica médica que me auxiliou e me acolheu durante a coleta de dados.

À CAPES, por acreditar em meu projeto e tornar isso possível através da concessão da bolsa de estudos.

Ao meu namorado, amigo, abraço e colo, Victor. Vi, nada disso seria possível sem seu apoio e seu amor. Sou eternamente grato por cada passo que demos juntos; essa conquista é nossa. Obrigado por me mostrar que tudo é possível e por continuar acreditando em mim em todos os momentos em que duvidei. Vivenciar o amor em todas as suas amplitudes e significados ao seu lado é um enorme prazer.

A todos os pacientes e familiares que permitiram que eu entrasse em seus leitos e ouvisse um pouquinho de suas histórias de vida. Obrigado pela confiança, pelo carinho e colaboração. Serão sempre lembrados por mim.

À minha mãe, Lilian, que hoje me guarda e assiste essa vitória acima das estrelas. De longe, você me inspira e me motiva todos os dias. Obrigado por me ensinar a acreditar no amor, na vida e em mim. Te amo e te amarei todos os dias, te vejo e te sinto em tudo ao meu redor.

RESUMO

Introdução: Em decorrência do perfil de doenças, a população idosa apresenta alto índice de incapacidade e maior consumo de serviços de saúde, resultando em custos elevados para o sistema. A hospitalização dessa população é um recurso essencial na atenção à saúde, mas pode estar associada a perda de capacidade funcional, ao aumento da fragilidade e ao declínio cognitivo. Estratégias multidimensionais e interdisciplinares são necessárias para otimizar o cuidado durante a hospitalização e o retorno ao domicílio. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas hospitalizadas e verificar a associação entre demandas de saúde, cognição, funcionalidade e depressão de acordo com sua faixa etária. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado com indivíduos de 60 anos de idade ou mais, hospitalizados no setor de clínica médica adulto/idoso no Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos. A coleta dos dados se deu mediante a aplicação de um protocolo contendo: caracterização sociodemográfica e dados de saúde, avaliação do desempenho cognitivo através do *10-Point Cognitive Screener* (10-CS), do grau de dependência em atividades básicas de vida diária (ABVD) pela Escala de Katz e em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) pela Escala de Lawton & Brody e avaliação de sintomas depressivos pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Para a análise da associação da faixa etária com as escalas de Katz, Lawton e Brody e 10-CS (recategorizadas de forma binária), foi utilizado o modelo de regressão de Poisson, com variância robusta. O teste Exato de Fischer foi utilizado para analisar associações entre polipatologia, polifarmácia e a presença de sintomas depressivos, e a associação entre faixa etária e os três níveis de respostas das escalas de avaliação (10-CS, Katz e Lawton & Brody) O nível de significância considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e o intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Amostra composta por 51 participantes, com média de idade de 73,7 anos ($\pm 9,7$), dos quais 56,9% eram mulheres. Observou-se predomínio de pessoas idosas casadas ou que moravam com companheiro, brancos e aposentados, com escolaridade média de 7,35 ($\pm 4,5$) anos de estudo. Foi identificada a presença de 5 ou mais comorbidades em 60,8% da amostra e a polifarmácia em 67,2%, com média de 5,5 medicamentos diários. A respeito da internação, a principal queixa relatada foi a dispnéia (21,6%), sendo as doenças respiratórias o principal motivo da internação (33,3%) e a pneumonia de etiologia não especificada o principal diagnóstico (21,6%). Identificada associação significativa entre idade e as variáveis função cognitiva ($p = 0,02$), ABVD ($p < 0,01$) e AIVD ($p = 0,03$). Não houve associação significativa entre polipatologia, polifarmácia e sintomas depressivos. **Conclusão:** De modo geral, o perfil identificado caracteriza-se pelo predomínio de pessoas idosas, majoritariamente brancas e do sexo feminino, com baixa escolaridade, que vivem com um(a) companheiro(a) e apresentam elevada prevalência de polipatologias e polifarmácia. Na grande maioria dos indivíduos, constatou-se a presença de provável déficit cognitivo, a ausência de sintomas depressivos, a manutenção da autonomia nas atividades básicas da vida diária e a dependência parcial nas atividades instrumentais. As associações entre o grau de dependência e o declínio cognitivo evidenciam a necessidade de avaliações recorrentes e a implementação de protocolos durante o período de internação, visando à manutenção da funcionalidade e à prevenção do declínio cognitivo. Esse perfil subsidia o estabelecimento de indicadores e o desenvolvimento de estratégias para o manejo adequado de comorbidades crônicas, fragilidade física, risco de *delirium* e a possível perda de funcionalidade frequentemente associada à hospitalização de idosos. **Descritores:** Hospitalização; Idoso; Saúde do Idoso; Assistência a Idosos; Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado; Unidades de Internação.

ABSTRACT

Introduction: Due to the disease profile, older people exhibit a high rate of disability and increased use of health services, resulting in elevated system costs. Hospitalization of older people is an essential resource in healthcare, but it may be associated with a loss of functional capacity, increased frailty, and cognitive decline. Multidimensional and interdisciplinary strategies are necessary to optimize care during hospitalization and facilitate the transition back home. **Objective:** To characterize the sociodemographic and clinical profile of hospitalized older people and to examine the association between health demands, cognition, functionality, and depression according to age group. **Method:** This quantitative, cross-sectional study was conducted with individuals aged 60 years or older who were hospitalized in the adult/older people medical clinic unit at the University Hospital of the Federal University of São Carlos. Data were collected using a protocol that included sociodemographic characterization and health data, evaluation of cognitive performance using the 10-Point Cognitive Screener (10-CS), assessment of dependence in basic activities of daily living (BADL) using the Katz Scale, evaluation of dependence in instrumental activities of daily living (IADL) using the Lawton & Brody Scale, and assessment of depressive symptoms using the Geriatric Depression Scale (GDS). A Poisson regression model with robust variance was used to analyze the association between age group and the Katz, Lawton & Brody, and 10-CS scales (recategorized into binary form), while Fisher's Exact Test was employed to analyze associations between multimorbidity, polypharmacy, and the presence of depressive symptoms, as well as the association between age group and the three response levels of the evaluation scales (10-CS, Katz, and Lawton & Brody), with a significance level of 5% ($p \leq 0.05$) and a 95% confidence interval. **Results:** The sample comprised 51 participants with a mean age of 73.7 years (± 9.7), of whom 56.9% were women. There was a predominance of older people who were married or living with a partner, white, and retired, with an average of 7.35 (± 4.5) years of schooling. The presence of five or more comorbidities was identified in 60.8% of the sample, and polypharmacy was present in 67.2%, with an average of 5.5 medications taken daily. Regarding hospitalization, the main complaint was dyspnea (21.6%), with respiratory diseases being the primary reason for hospitalization (33.3%) and unspecified pneumonia the main diagnosis (21.6%). A significant association was found between age and cognitive function ($p = 0.02$), BADL ($p < 0.01$), and IADL ($p = 0.03$), while no significant association was observed between multimorbidity, polypharmacy, and depressive symptoms. **Conclusion:** The identified profile is characterized by a predominance of older people, mostly white and female, with low educational attainment, who live with a partner and exhibit a high prevalence of multimorbidity and polypharmacy. In the vast majority of individuals, a probable cognitive deficit was observed, alongside the absence of depressive symptoms, maintenance of autonomy in basic activities of daily living, and partial dependence in instrumental activities. The associations between the degree of dependence and cognitive decline underscore the need for recurrent assessments and the implementation of protocols during hospitalization, aiming to maintain functionality and prevent cognitive decline. This profile supports the establishment of indicators and the development of strategies for the proper management of chronic comorbidities, physical frailty, risk of delirium, and the potential loss of functionality frequently associated with the hospitalization of older people.

Descriptors: Hospitalization. Aged. Health of the Older People. Old Age Assistance. Nurses Improving Care for Health System Elders. Inpatient Care Units.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica de pessoas idosas avaliadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.....	18
Tabela 2. Características de saúde de pessoas idosas avaliadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.....	19
Tabela 3. Suporte familiar e aspectos sociais entre pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.....	21
Tabela 4. Informações referentes a internação entre pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.....	22
Tabela 5. Avaliação da função cognitiva (10-Point Cognitive Screener) grau de dependência em atividades básicas (Escala de Katz), atividades instrumentais (Escala de Lawton e Brody) e sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica) entre as pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024., 2024.....	23
Tabela 6. Associação da faixa etária com função cognitiva (10-Point Cognitive Screener) e o grau de dependência para a realização de atividades básicas (Escala de Katz) e instrumentais (Escala de Lawton & Brody) de vida diária entre as pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024, 2024.....	23
Tabela 7. Associações entre faixa etária e escalas de avaliação (10-Point Cognitive Screener, Escala de Katz e Escala de Lawton & Brody) recategorizadas em modelo binário, São Carlos-SP, 2024.....	25

Tabela 8. Associação entre a presença de sintomas depressivos (EDG) e a ocorrência de polipatologia e polifarmácia em pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024, 2024.....24

LISTA DE ABREVIATURAS

10-CS	<i>10-Point Cognitive Screener</i>
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
QV	Qualidade de Vida
DP	Desvio Padrão
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
HU-UFSCar	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Envelhecimento populacional e desafios nos serviços de saúde	14
1.2 Hospitalização.....	15
1.3 Justificativa do estudo.....	18
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos	20
3 MÉTODO	20
3.1 Tipo de estudo.....	20
3.2 Amostra.....	20
3.3 Critérios de inclusão	21
3.4 Critérios de exclusão.....	21
3.5 Local da pesquisa.....	21
3.6 Procedimento e instrumentos para a coleta de dados.....	21
3.7 Análise estatística	23
3.8 Aspectos éticos.....	24
4 RESULTADOS	24
4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica	24
4.2 Características de saúde	25
4.3 Suporte familiar e aspectos sociais	27
4.4 Informações sobre a internação	28
4.5 Escalas de avaliação.....	29
4.6 Associação declínio cognitivo, dependência funcional e faixa etária.....	30
4.7 Associações entre faixa etária e escalas recategorizadas em modelo binário.....	32
4.8 Associação entre Escala de Depressão Geriátrica e presença de polipatologia e polifarmácia	33
5 DISCUSSÃO	33
6 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS E APÊNDICES	54
Anexo A – Escala de Katz	54
Anexo B – Escala de Lawton e Brody.....	55

Anexo C – Escala de Depressão Geriátrica	56
Anexo D – 10-Point Cognitive Screener	57
Anexo E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	58
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	62
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Responsável).....	63
Apêndice C – Questionário sociodemográfico e de saúde.....	63

1 INTRODUÇÃO

Conforme os dados do censo demográfico de 2010, a população brasileira com 60 anos ou mais totalizava 20,5 milhões de indivíduos, representando 10,7% do total de residentes no país. O censo demográfico de 2022, apontou um aumento significativo desse contingente populacional, que alcançou 31,2 milhões de pessoas, correspondendo a 14,7% da população nacional. Esse crescimento demográfico equivale a um aumento de 39,8% no período compreendido entre 2012 e 2021 (IBGE, 2022).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que até o ano de 2070, 37,8% dos habitantes do Brasil, serão pessoas idosas (IBGE, 2024). Essa transformação demográfica representa um desafio significativo para sistemas de saúde ainda despreparados pois observa-se a incidência crescente de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) à medida que expectativa de vida aumenta (OPAS, 2024).

No Brasil, com a inversão da pirâmide demográfica, fica evidente que a população idosa é a que apresenta maiores taxas dessas doenças tornando necessária uma intervenção nesta relação (Barreto; Carreira; Marcon, 2015). Atualmente, DCNTs são responsáveis por grande parte do índice de mortes e avanço de outras doenças em diversos países, independentemente de suas condições econômicas (Barreto; Carreira; Marcon, 2015).

Um relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), publicado em 2024, analisou a carga de morbimortalidade nas Américas entre 2000 e 2019. Os dados revelam um crescimento expressivo de comorbidades e deficiências associadas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), impulsionado pelo envelhecimento acelerado da população. Embora preveníveis, essas condições estão entre as principais causas de incapacidade funcional, atuando como fatores de risco para complicações secundárias e elevando significativamente os custos com saúde pública (OPAS, 2024; Ribeiro et al., 2020).

1.1 Envelhecimento populacional e desafios nos serviços de saúde

Com o envelhecimento populacional resultante da transição demográfica, estima-se que a assistência à saúde se tornará mais onerosa pelo maior consumo de cuidados hospitalares e atividades preventivas e curativas que devem se elevar, tanto pela demanda por assistência especializada durante o processo de envelhecimento, quanto pela incorporação de novas tecnologias em saúde (Côrte et al., 2017).

A população idosa representa o grupo etário com a maior demanda por serviços de saúde, caracterizando-se por taxas de internação mais elevadas e por períodos de permanência

hospitalar mais prolongados em comparação às demais faixas etárias. Esse cenário é, em grande parte, atribuído à prevalência das DCNTs e às complicações associadas a essas condições (Veras, 2015; Dias; Barros, 2019).

Dados da OMS (2015) mostram que 85% da população brasileira possui pelo menos uma DCNT, que representam 75% dos gastos com a saúde e 72% das causas de morte nesse seguimento (OMS, 2015). No entanto, verifica-se uma crescente frequência de múltiplas doenças crônicas em um mesmo indivíduo, o que caracteriza a presença de multimorbidade entre pessoas idosas (Cavalcanti et al., 2017). Essa situação pode levar a incapacidades e polifarmácia, situações relativamente comuns para esse grupo, e constituem um dos principais fatores de risco à iatrogenia. O cuidado com a saúde dessa população difere do cuidado com o adulto, que geralmente apresenta uma única doença ou fator de risco (Moraes, 2012).

Um conceito de multimorbidade propõe sua definição como a presença de uma ou mais das três condições seguintes: polipatologia (presença de cinco ou mais condições que acometam diferentes sistemas fisiológicos), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos para diferentes condições) ou hospitalização nos últimos seis meses (Moraes et al., 2016a). Deste modo, quando em situação de multimorbidade, há maior risco de mortalidade e problemas físicos e mentais (Salive, 2013), influenciando negativamente a qualidade de vida do indivíduo (Cavalcanti et al., 2017).

As condições necessárias para manutenção da qualidade de vida de pessoas idosas têm se tornado uma situação preocupante, visto o perfil de doenças que atinge essa população. Essas condições em maior aporte de recursos e impactam diretamente os serviços de saúde, aumentando a demanda hospitalar, especialmente no que se refere às internações de longa duração. (Malta et al., 2017).

1.2 Internação hospitalar

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) configuram-se como as principais causas de hospitalização entre pessoas idosas, refletindo seu impacto direto na saúde dessa população (Nunes et al., 2017). Embora a internação hospitalar seja um recurso essencial na rede de atenção à saúde para esse grupo, sua frequência excessiva ou prolongada pode desencadear efeitos adversos, como declínio funcional, complicações iatrogênicas e aumento da fragilidade clínica (Rodrigues, 2023).

Embora muitas vezes indispensáveis, as hospitalizações podem estar diretamente associadas a riscos como imobilidade, incontinência, depressão, declínio cognitivo, redução da capacidade funcional e, em casos extremos, óbito (Marques et al., 2014). Esse cenário também

pode resultar em desfechos adversos, como o *delirium*, desencadeado pelo processo de hospitalização (Rodrigues, 2023).

Além disso, as infecções hospitalares são responsáveis por um número significativo de mortes entre pessoas idosas e estão entre as principais causas de hospitalização nessa faixa etária (Anzolin et al., 2020). Quando prolongada, as internações podem impactar negativamente a mobilidade após a alta, a qualidade de vida e a funcionalidade global, podendo gerar complicações nos sistemas musculoesquelético, cardíaco, respiratório, entre outros (Miranda; Borges; Ribeiro, 2019), sendo necessário a identificação precoce de riscos a fim de evitar a instalação de declínios.

Nesse contexto, a utilização de instrumentos de triagem em âmbito hospitalar que sejam capazes de reconhecer situações de riscos e mortalidade durante a internação torna-se fundamental para o monitoramento e identificação de dimensões de saúde que merecem melhores avaliações, sugerindo medidas preventivas (Moraes et al., 2016b). Portanto, a multidimensionalidade da saúde da pessoa idosa deve se fazer presente em toda avaliação, independente do profissional que a realize. O grau de aprofundamento da investigação pode variar nas diversas dimensões de saúde, conforme a formação do profissional e a condição de saúde do indivíduo (Paraná, 2017).

Alguns fatores que podem associar-se à hospitalização de pessoas idosas são: maior número de internações e consultas médicas no último ano, diagnóstico de Diabetes Mellitus ou doenças cardiovasculares, fragilidade, baixo suporte social e autopercepção de saúde negativa, resultando em reincidência de hospitalização (Santos et al., 2019). A inadequada preparação para a alta e a falta de acompanhamento após a internação, principalmente entre pessoas idosas portadoras de DCNT, se evidenciou como um dos principais motivos de reincidência hospitalar (Ocelli et al., 2016).

Em unidades hospitalares, algumas estratégias são utilizadas para reduzir tempo de exposição a riscos e reincidências da hospitalização como a alta hospitalar responsável, de grande importância para o planejamento da assistência voltada não somente para o paciente, mas também para o círculo familiar, essencial durante o processo de recuperação (Reis; Cobucci, 2011).

Um estudo realizado no Canadá verificou que a associação entre hospitalização e multimorbidade foi menos referida entre indivíduos com maior continuidade de acompanhamento por profissionais de saúde que na população em geral, o que mostra a importância de programas para o gerenciamento destas condições como os realizados em nível secundário (Gruneir et al., 2016). Estudos mostram que a procura por serviços de saúde para

atendimentos e a frequência anual de mais de quatro consultas médicas demonstram associação à internação hospitalar (Ferreira; Matos; Loyola Filho, 2015; Bordin et al., 2018).

Observa-se que a hospitalização e sua reincidência podem impactar significativamente a capacidade funcional e o bem-estar global da população idosa. A avaliação da função cognitiva, através da linguagem e memória, por exemplo, deve ser priorizada, uma vez que podem ser impactadas pela internação e quadro clínico (Park et al., 2022). A hospitalização requer uma abordagem multidimensional e interdisciplinar que inclua avaliações funcionais como funcionalidade e cognição, manejo da dor, suporte nutricional e avaliações geriátricas abrangentes para identificar intervenções oportunas em fatores modificáveis e proporcionar maior segurança ao paciente no ambiente hospitalar, melhorando a experiência de cuidado dos pacientes durante esse período (ROCHA et al., 2022).

1.3 Funcionalidade e cognição

A internação hospitalar é reconhecida como um fator de risco para o declínio funcional e cognitivo, principalmente quando repetidas e prolongas, impactando diretamente na qualidade de vida da população idosa (Teixeira; Bastos; Souza, 2017).

A funcionalidade é definida como a capacidade de gerir a própria vida, tomar decisões e cuidar de si mesmo, e se trata de um aspecto fundamental para um envelhecimento saudável, abrangendo tanto habilidades físicas quanto cognitivas (Pinto et al., 2016). Nesse contexto, inclui-se a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação como componentes essenciais para a manutenção da funcionalidade (Freitas et al., 2012).

Para mensurar a capacidade funcional de pessoas idosas, utiliza-se ferramentas a fim de identificar os níveis de autonomia e independência. A autonomia refere-se a capacidade do indivíduo de tomar decisões sobre si mesmo, assumir o controle da sua vida e exercer o autogoverno, a liberdade individual e o direito de agir de acordo com seus próprios valores (Cunha et al., 2012). Já a independência, no contexto da saúde da pessoa idosa, refere-se à habilidade de realizar atividades diárias e tomar decisões de forma autônoma, sem depender continuamente de terceiros (Brasil, 2006). As atividades diárias são classificadas em duas categorias: as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). As ABVDs envolvem cuidados essenciais com o corpo e a higiene pessoal, como vestir-se, tomar banho, alimentar-se, realizar transferências e manter a continência esfínteriana. Por sua vez, as AIVDs são mais complexas e dizem respeito ao cuidado doméstico e à interação com o ambiente, incluindo ações como preparo de alimentos,

gestão de finanças, uso de transporte, manuseio de telefone, realização de trabalhos manuais e administração correta de medicações (Moraes, 2012).

Os fatores psicossociais (como solidão e depressão), físicos e relacionados à saúde (como a prática de atividades físicas e a rotina diária), além de aspectos socioeconômicos e de saúde como o nível educacional e a presença de doenças crônicas, influenciam diretamente a funcionalidade global desses indivíduos (Bertoldi et al., 2024; Goodarzi et al., 2024; Son; Janet; 2023).

A hospitalização recente é considerada um fator responsável por limitar a funcionalidade dessa população, sendo reconhecida como um importante agravante para o declínio funcional (Weng et al., 2024). Em um estudo realizado no setor de clínica médica com 199 pessoas idosas, a avaliação da funcionalidade pelo índice de Katz revelou que 48,8% apresentavam dependência parcial para as ABVDs. Esse achado evidencia a relação entre qualidade de vida (QV) e funcionalidade, uma vez que maior dependência está associada a uma menor QV durante a hospitalização, o que pode impactar negativamente a saúde do indivíduo após a alta hospitalar (Martins et al., 2020).

Além de ser reconhecida como um importante fator de risco para o declínio funcional, a hospitalização também pode gerar ou potencializar o déficit cognitivo em pessoas idosas (Santos et al., 2018). Quando associados, essas condições são fatores de risco para a mortalidade precoce, prolongamento da hospitalização e readmissões (Andrade et al., 2017). Em um estudo conduzido com pessoas idosas internadas em enfermarias, foi identificada a associação entre limitação nas atividades de vida diária e déficit cognitivo, a condição de saúde aguda pode impactar a capacidade funcional de forma permanente, temporária ou prolongada, podendo resultar no declínio cognitivo, seja ele permanente, ou temporário (Santos et al., 2018).

Após a alta hospitalar, é comum observar um agravamento tanto da condição funcional quanto cognitiva das pessoas idosas, o que impacta negativamente sua qualidade de vida e impõe uma sobrecarga aos familiares e profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado (Buurman et al., 2011; Hoogerduijn et al., 2012). Esse cenário destaca a importância da identificação precoce desses declínios, com o objetivo de minimizar as perdas e promover o desenvolvimento de ações que estimulem a reabilitação funcional e cognitiva, favorecendo a manutenção da autonomia ainda durante o período de internação (Uchimura et al., 2023).

1.4 Justificativa do estudo

A relação entre saúde física e mental, integração social, autonomia, independência financeira e suporte familiar são aspectos importantes que devem ser considerados na saúde da

pessoa idosa (Paraná, 2017). O atual desafio diante dos sistemas de saúde é a atenção integral a pessoa idosa, principalmente no ambiente hospitalar, que apresenta características fisiopatológicas singulares, podendo causar incapacidades e comprometer sua funcionalidade (Bordin et al., 2018).

Traçar o perfil de hospitalização da população idosa é de fundamental importância para que indicadores possam ser estabelecidos, aperfeiçoando o monitoramento e planejamento de ações de saúde. A partir desta perspectiva, verificar fatores associados à internação hospitalar possibilita organizar prioridades de intervenção em saúde e direcionar medidas preventivas a fim de identificar e prevenir alterações na funcionalidade dessa população (Bordin et al., 2018).

Diante do exposto, este estudo surgiu com o objetivo de elaborar um banco de dados sobre o perfil das pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto/Idoso do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar), em função das variáveis sociodemográficas, de saúde, desempenho cognitivo, ABVD, AIVD e sintomas depressivos.

Algumas indagações propiciaram o desenvolvimento desta pesquisa: Qual seria o perfil da pessoa idosa internada na enfermaria do HU-UFSCar? Há relação entre fatores clínicos como cognição e funcionalidade com a idade da pessoa idosa? Há relação de fatores clínicos como depressão com polifármacia e polipatologia? Qual o grau de dependência destes indivíduos? Estariam estes indivíduos apresentando sintomas depressivos? Estariam estes indivíduos apresentando declínio cognitivo?

Foram definidas as seguintes hipóteses para o estudo: As pessoas idosas hospitalizadas, em sua maioria, apresentam quadro de polipatologia e polifarmácia. A maioria das pessoas idosas hospitalizadas apresentam algum grau de dependência funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária. A maioria das pessoas idosas hospitalizadas apresentam declínio cognitivo em algum grau. Pessoas idosas hospitalizadas apresentam sintomas depressivos recorrentes. O declínio cognitivo e a dependência para ABVD e AIVD das pessoas idosas tendem a ser mais recorrentes em indivíduos com idades mais avançadas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas hospitalizadas e verificar a associação entre demandas de saúde, cognição, funcionalidade e depressão de acordo com sua faixa etária.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde das pessoas idosas internadas no setor de internação adulto/idoso do HU-UFSCar;
- Avaliar a função cognitiva, o grau de dependência para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária e a presença de sintomas depressivos das pessoas idosas internadas no setor de internação adulto/idoso do HU-UFSCar;
- Verificar a existência de associação entre idade e a função cognitiva e o grau de dependência para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária das pessoas idosas internadas no setor de internação adulto/idoso do HU-UFSCar.
- Verificar a existência de associação entre polifarmácia e polipatologia e sintomas depressivos das pessoas idosas internadas no setor de internação adulto/idoso do HU-UFSCar.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal realizada através da obtenção de dados primários e secundários de pessoas idosas internadas, com este delineamento, em geral, é descrito a ocorrência dos problemas de saúde, segundo variáveis individuais, geográficas e temporais, obtendo a proporção de indivíduos que apresentam estes problemas em um determinado ponto do tempo (Marques; Peccin, 2005).

3.2 Amostra

Foi utilizada uma amostra não-probabilística e intencional para qual todas as pessoas idosas que estiveram internadas na enfermaria do HU-UFSCar no período de abril a setembro de 2023, em condições que permitissem que respondessem as perguntas foram convidados a participar da pesquisa.

Diante da complexidade do quadro, da intensificação dos sintomas e considerando o bem-estar da pessoa idosa, alguns participantes não prosseguiram na pesquisa e, por não completarem o protocolo, foram excluídos da amostra.

3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos os indivíduos com sessenta anos ou mais, de ambos os sexos, que estiveram internados na enfermaria do HU-UFSCar por condições clínicas ou cirúrgicas durante o período da coleta, que conseguiram responder aos questionários ou contaram com a assistência de um familiar/cuidador para auxiliá-los concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou, quando necessário, com o TCLE do responsável legal.

3.4 Critérios de exclusão

Pessoas idosas em isolamento ou que necessitassem de precaução de contato e pessoas idosas que apresentavam condições clínicas que impossibilitassem sua participação na pesquisa foram excluídas.

3.5 Local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na ala de internação do adulto/idoso do HU-UFSCar. O Hospital Universitário conta com uma estrutura de aproximadamente oito mil m², atuando nas áreas de pronto atendimento, unidades de internação adulto e pediátrica, atenção psicossocial, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, serviço de apoio, diagnóstico e terapia, atualmente com 60 leitos ativos e referenciados.

No setor de clínica médica são admitidos pacientes com diversas condições de saúde, incluindo internações clínicas visando o tratamento de doenças crônicas, agudas e complexas, além de internações cirúrgicas para procedimentos que exigem intervenção operatória. O setor dispõe de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por profissionais das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia e psicologia.

3.6 Procedimento e instrumentos para a coleta de dados

O contato inicial do pesquisador no setor de clínica médica foi estabelecido através da apresentação da pesquisa aos enfermeiros atuantes. Posteriormente, esses profissionais sinalizavam a quantidade de pessoas idosas internadas no setor e quais deles correspondiam aos critérios de inclusão.

Em seguida, foi estabelecido o contato com o participante e seu acompanhante através da apresentação do pesquisador e do seu estudo. A principal abordagem consistiu na aplicação individual do protocolo de avaliação sob a forma de, após obtenção do consentimento do participante através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma escrita

e física (Apêndice A) ou do TCLE para o responsável legal (Apêndice B), quando necessário. Ao término da avaliação, as informações foram complementadas por consulta aos prontuários dos pacientes, fornecidos pela equipe de enfermagem.

O protocolo de avaliação consistiu em:

- a) Caracterização sociodemográfica e informações de saúde (Apêndice C): questionário desenvolvido pelos pesquisadores, composto questões abertas e questões categorizadas. Incluindo dados sociodemográficos como gênero, idade, estado civil, escolaridade, data de nascimento, etnia, escolaridade, profissão, religião, endereço e telefone pessoal a fim de verificar as características do perfil. O questionário busca compreender a história pessoal atual e pregressa de cada paciente, incluindo uso de medicamentos, histórico familiar, quedas, hábitos de vida, exercício físico, considerando o mínimo de 150 minutos (OMS, 2021), a presença de polifarmácia definida pelo uso de 5 ou mais medicamentos, polipatologia, caracterizada pela presença de 5 ou mais doenças e informações acerca da internação como queixa principal, motivo da internação (categorizada por aparelhos fisiológicos), tipo de internação e CID da internação.
- b) Avaliação do grau de dependência em ABVD (Anexo A): utilizada a Escala de Katz et al. (1963) adaptada para o Brasil por Lino et al. (2008), que aborda questões relacionadas ao autocuidado (Anexo A). Adaptada no Brasil por Lino et al. (2008) tem como classificação “independente” o paciente que obter entre cinco e seis pontos, “parcialmente dependente” entre três e quatro pontos e “altamente dependente” entre zero e dois pontos (CARVALHO et al., 2018).
- c) Avaliação do grau de dependência em AIVD (Anexo B): realizada por meio da escala de Lawton e Brody (1969), adaptada para o Brasil por Santos e Virtuoso Junior (2008). O escore varia entre 7 e 21 pontos, sendo considerado dependente o indivíduo que pontuar 7; parcialmente dependente entre 8 e 20; e independente caso some 21 pontos. Tendo em vista a atual internação hospitalar, o instrumento foi adaptado para garantir que os resultados refletissem a realidade dos pacientes. A primeira resposta do instrumento, anteriormente apenas 'Sim', foi modificada para 'Sim/Não devido à internação, mas capaz', a fim de contemplar melhor as condições dos pacientes internados.
- d) Avaliação da presença de sintomas depressivos (Anexo C): utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999), constituída por quinze questões. O escore varia entre 0 e 15 pontos, considerando:

até 5 pontos a ausência de sintomas depressivos; 6 a 10 pontos leves sintomas depressivos; e de 11 a 15 pontos severos sintomas depressivos.

- e) Avaliação do desempenho cognitivo (Anexo D): realizada por meio do *10-Point Cognitive Screener* (10-CS). O 10-CS foi desenvolvido no contexto brasileiro por Apolinario et al. (2016) e determina o comprometimento cognitivo por meio de seis questões que avaliam a orientação, fluência verbal e recordação de palavras. A pontuação no teste apresenta uma variação de zero a dez pontos e, é considerada preservada a função cognitiva em indivíduos que obtêm escores entre oito e dez pontos. Por outro lado, escores situados entre seis e sete pontos podem indicar um possível déficit cognitivo, ao passo que valores iguais ou inferiores a cinco sugerem a presença de um provável déficit cognitivo. Foi realizado ajuste da pontuação de acordo com a escolaridade do participante.

3.7 Análise estatística

Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica no *software* Excel® pelo processo de validação por dupla entrada (digitação) e, em seguida, importados para o *Software* SAS 9.4®. Inicialmente os dados foram descritos através de frequências absolutas e frequências relativas (variáveis qualitativas) e por medidas de centralidade e de dispersão como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas).

Para analisar a associação entre a faixa etária e as escalas de Katz, Lawton & Brody e 10-CS, as variáveis foram recategorizadas de forma binária em “Sim” e “Não”, considerando dependência pelo Katz, dependência pelo Lawton & Brody e provável ou possível déficit cognitivo pelo 10-CS. Para a estimação da razão de prevalência (valor > 1,00) associada, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta (Zou, 2004) na análise univariada.

As associações envolvendo as variáveis dos testes de avaliação clínica (Katz, Lawton & Brody e 10-CS), com três níveis de resposta, foram inicialmente analisadas a partir da categorização da faixa etária, dividindo as pessoas idosas em dois grupos: com idade inferior a 80 anos e com idade igual ou superior a 80 anos.

Posteriormente, utilizou-se o teste exato de Fisher para avaliar tanto as associações entre variáveis dos testes de avaliação clínica e a faixa etária categorizada quanto as relações entre polipatologia, polifarmácia e EDG. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$) e um intervalo de confiança de 95% (Arshan, 1988).

3.8 Aspectos éticos

O estudo está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a qual incorpora referenciais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros, e visa assegurar direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, como a garantia de manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. O estudo também atende a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, a qual prevê que o pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção. Para sua realização de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, por isso a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e aprovada sob o parecer de número 3.825.117 e CAAE 24244519.3.0000.5504 (Anexo E). Não havendo nenhum tipo de recompensa aos participantes do estudo.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados segundo categorias de análise das variáveis.

4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica

No período da coleta de dados, 51 pessoas idosas foram avaliadas no setor de internação, ressalta-se que, devido à complexidade do quadro de saúde de alguns participantes, não foi possível concluir as entrevistas, resultando na exclusão desses indivíduos da amostra.

Conforme apresentado na Tabela 1, constatou-se que n=29 (56,9%) dos entrevistados eram do sexo feminino e n=45 (88,2%) se autodeclararam como brancos. A média de idade da amostra foi 73,7 (\pm 9,7), variando entre 60 a 97 anos, sendo a faixa etária entre 60 e 69 anos a mais frequente (n=21 / 41,2%). Quanto ao estado civil, n=21 (41,2%) eram casados ou possuíam companheiro(a), seguidos por n=14 (27,4%) que se declararam como viúvos.

Em relação à escolaridade, a média em anos de estudo foi de 7,35 (\pm 4,5), com máxima de 19 anos. Da amostra, n=46 (90,2%) declararam ser aposentados, recebendo algum tipo de benefício. Quanto às questões religiosas, n=51 (100%) relataram possuir algum tipo de religião, sendo que n=34 (66,7%) participantes declararam ser católicos. Quanto a ser praticante, n=35 (68,3%) relataram frequentar encontros religiosos e desenvolver ações relacionadas a sua religião conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica das pessoas idosas avaliadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.

Características sociodemográficas	n (%)
Sexo	
Feminino	29 (56,9)
Masculino	22 (43,1)
Estado Civil	
Casado/companheiro	21 (41,2)
Vúvo	14 (27,4)
Divorciado/Separado/Desquitado	08 (15,7)
Solteiro	08 (15,7)
Etnia	
Branca	45 (88,2)
Mulata/Cabocla/Parda	03 (5,9)
Preta	03 (5,9)
Faixa etária	
60 a 69 anos	21 (41,2)
70 a 79 anos	16 (31,4)
80 a 89 anos	10 (19,6)
90 anos ou mais	04 (7,8)
Benefícios do INSS	
Aposentado (a)	46 (90,2)
Não recebe	04 (7,8)
Pensionista	01 (2)
Possui alguma religião	
Sim	51 (100)
Católico	34 (66,7)
Evangélico	14 (27,4)
Espírita	02 (3,9)
Umbanda	01 (2%)
Praticante	
Sim	35 (68,6)
Não	16 (31,4)
TOTAL	51 (100)

Fonte: dados da pesquisa.

4.2 Características de saúde

Na Tabela 2, observa-se que n=31 (60,8%) pacientes estavam em situação de polipatologia, sendo a média do número de comorbidades de 11,09 (\pm 21,7). Entre as principais condições de saúde mencionadas, destacam-se a hipertensão em n=34 (66,7%) pacientes, diabetes mellitus em n=28 (54,9%) e doenças cardiovasculares em n=26 (50,9%). O uso de medicações diárias foi relatado por n=50 pacientes (98%), destes n=32 (62,7%) utilizavam 5

ou mais medicamentos, com uma média de 5,53 (\pm 2,68) medicamentos. Em relação à qualidade do sono, n=27 indivíduos (52,9%) consideraram não identificar alterações, enquanto n=18 (35,3%) relataram sofrer de insônia.

No último semestre, n=30 (58,8%) pacientes relataram ter sofrido quedas. Dentre esses, n=19 pacientes (73%) mencionaram ter passado por apenas um episódio. As escoriações foram a consequência mais mencionada, afetando n=15 pacientes (50%). A fraqueza muscular foi identificada como uma das principais circunstâncias das quedas, presente em n=20 casos (66,7%). A maioria dos pacientes relatou não ser tabagista (78,4%) e não consumir bebida alcoólica (70,6%). Em relação à prática de atividades físicas, n=44 (86,3%) pacientes informaram não praticar a quantidade mínima estipulada pela OMS conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Características de saúde das pessoas idosas avaliadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.

Características de Saúde	n (%)
Número de morbidades	
5 ou mais morbidades	31 (60,8)
3 a 4 morbidades	18 (35,3)
Até 2 morbidades	02 (3,9)
Polifarmácia	
Sim (5 ou mais medicamentos)	32 (62,7)
Não (menos que 5 medicamentos)	19 (37,2)
Qualidade do sono	
Sem alterações	27 (52,9)
Insônia	18 (35,2)
Hipersônia	00 (0,0)
Outro	0,6 (11,8)
Queda nos últimos 6 meses	
Sim	30 (58,8)
Não	21 (41,2)
Número de quedas	
1 queda	23 (76,7)
2 ou mais	07 (23,3)
Repercussão da queda	
Escoriações	15 (50)
Internações	06 (20)
Medo	05 (16,7)
Fratura	04 (13,3)
Circunstâncias da queda	
Fraqueza muscular	20 (66,7)
Tropeço/escorregão	06 (20)

Características de Saúde	n (%)
Doença aguda	03 (10)
Inconsciência	01 (3,3)
TOTAL	51 (100)

Fonte: dados da pesquisa.

4.3 Suporte familiar e aspectos sociais

Quanto aos fatores relacionados ao suporte familiar, n=37 (72,5%) pacientes informaram residir com familiares, destes, n=19 (51,3%) viviam com filho(a), conforme detalhado na Tabela 3. A maioria dos pacientes relatou receber algum tipo de ajuda n= 49 (96,1%), sendo a assistência em atividades de vida diária a mais comum n= 28 (57,1%).

Em relação aos aspectos sociais, a maioria dos pacientes n= 50 (98%) relatou não sentir medo em relação a pessoas próximas e não ter sofrido agressões físicas ou psicológicas recentemente n= 49 (96%). Quanto ao uso indevido das finanças por terceiros sem autorização, n=47 (92,2%) pacientes afirmaram que isso não ocorreu recentemente.

Tabela 3. Suporte familiar e aspectos sociais entre pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.

Suporte familiar e Aspectos Sociais	n (%)
Com quem reside	
Com familiares	37 (72,5)
Sozinho	14 (27,4)
Com qual familiar reside	
Filho(a)	19 (51,3)
Cônjuge	14 (37,9)
Irmão(ã)	03 (8,1)
Neto(a)	01 (2,7)
Recebe algum tipo de ajuda	
Sim	49 (96,1)
Não	02 (3,9)
Qual tipo de ajuda	
Atividade de vida diária	28 (57,1)
Afetiva/Emocional	12 (24,5)
Material/Financeira	09 (18,4)
Tem medo de alguém próximo do seu convívio	
Não	50 (98)
Sim	01 (2)
Tem sofrido agressão física/psicológica	
Não	49 (96)

Suporte familiar e Aspectos Sociais	n (%)
Sim	02 (4)
Alguém tem usado seu dinheiro sem autorização	
Não	47 (92,2)
Sim	04 (7,8)
TOTAL	51 (100)

Fonte: dados da pesquisa.

4.4 Informações sobre a internação

A principal queixa entre os participantes foi a dispneia, presente em n= 11 (21,6%) dos casos. Além disso, observaram-se incidências de Acidente Vascular Encefálico (AVE), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Doença Renal Crônica (DRC), todos com uma taxa de n= 05 (9,8%), conforme demonstrado na Tabela 4. Em relação ao motivo da internação, as doenças do aparelho respiratório foram as mais prevalentes na amostra n= 17 (33,3%), seguidas por doenças cardiovasculares n= 09 (17,6%). O tipo de internação clínica foi predominante, abrangendo 50 casos (98%) entre os participantes.

O diagnóstico principal da internação conforme o CID-10 (Wells, 2011) foi identificado nos prontuários dos pacientes. Na amostra, o diagnóstico mais prevalente foi o J18 (21,6%), correspondente à pneumonia de etiologia não especificada, seguido pelo K74 (13,73%), relacionado à fibrose e cirrose hepáticas, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Informações referentes à internação entre as pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.

Informações sobre a internação	n (%)
Queixa principal	
Dispneia	11 (21,6)
Acidente Vascular Cerebral	05 (9,8)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	05 (9,8)
Doença Renal Crônica	05 (9,8)
Pneumonia	04 (7,8)
Cirrose hepática	03 (5,9)
Outras queixas	18 (35,3)
Motivo da internação	
Doenças do aparelho respiratório	17 (33,3)
Doenças do aparelho cardiovascular	09 (17,6)
Doenças do aparelho digestivo	08 (15,7)
Doenças do aparelho geniturinário	07 (13,7)
Doenças neurodegenerativas	06 (11,8)
Doenças infecciosas e parasitárias	01 (2)

Informações sobre a internação	n (%)
Outros	03 (5,9)
Tipo de internação	
Clínica	50 (98)
Cirúrgica	01 (2)
CID da internação	
J18 (Pneumonia)	11 (21,57)
K74 (Fibrose e cirrose hepáticas)	07 (13,73)
I50 (Insuficiência cardíaca)	06 (11,76)
I64 (Acidente vascular encefálico)	05 (9,8)
N17 (Insuficiência renal aguda)	05 (9,8)
TOTAL	51 (100)

Fonte: dados da pesquisa.

4.5 Avaliação da cognição, funcionalidade e depressão

Ao avaliar a função cognitiva dos pacientes por meio do 10-CS através das variáveis, orientação temporal de três itens (data, mês e ano), fluência de categoria por meio da nomeação de animais em 1 minuto e recordação de palavras, notou-se uma média de 4,2 ($\pm 2,7$) pontos. Predominantemente, a amostra demonstrou possuir provável déficit cognitivo $n= 32$ (62,7%) conforme apresentado na Tabela 5,

Quanto à dependência para ABVD, que abrange atividades relacionadas ao autocuidado como capacidade de tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se, observou-se que a maioria dos participantes demonstrou dependência $n= 20$ (39,2%), sendo a média de 3,6 ($\pm 2,5$) pontos, conforme os resultados da escala de Katz. Para AIVD, utilizou-se a escala de Lawton e Brody, que abrange práticas relacionadas à vida em comunidade, em que a média para este grupo foi de 13,2 ($\pm 5,2$) pontos, com $n=38$ (74,5%) da amostra apresentando algum grau de dependência parcial para este tipo de atividade.

A maior parte da amostra, representada por $n= 25$ (49%) dos participantes apresentou ausência de sintomas depressivos, com média de escore de 5,6, abaixo da mediana da escala de EDG conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5. Avaliação da função cognitiva (10-Point Cognitive Screener) grau de dependência em atividades básicas (Escala de Katz), atividades instrumentais (Escala de Lawton e Brody) e sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica) entre as pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.

	n (%)	Média (\pm DP)
10-Point Cognitive Screener		4,2 ($\pm 2,76$)
Função cognitiva normal	07 (13,7)	-

Possível déficit cognitivo	12 (23,5)	-
Provável déficit cognitivo	32 (62,7)	-
Escala de Katz		3,65 (\pm 2,53)
Independente	22 (43,1)	-
Parcialmente dependente	09 (17,7)	-
Dependente	20 (39,2)	-
Escala de Lawton e Brody		13,02 (\pm 5,26)
Independente	04 (7,9)	-
Parcialmente dependente	38 (74,5)	-
Dependente	09 (17,6)	-
Escala de Depressão Geriátrica		5,65 (\pm 3,75)
Ausência de sintomas depressivos	25 (49,0)	-
Sintomas depressivos leves	20 (39,2)	-
Sintomas depressivos severos	06 (11,8)	-
TOTAL	51 (100)	-

Fonte: dados da pesquisa.

4.6 Associação do declínio cognitivo e dependência funcional com a faixa etária

Após a aplicação do teste exato de Fischer, foi possível identificar a existência ou não de associação entre as escalas de avaliação utilizadas (10-CS, Katz e Lawton e Brody) com a faixa etária como apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Associação da faixa etária com função cognitiva (10-Point Cognitive Screener) e o grau de dependência para a realização de atividades básicas (Escala de Katz) e instrumentais (Escala de Lawton & Brody) de vida diária entre as pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.

Variáveis	Faixa etária		p-valor*
	< 80 anos (n=37)	80 anos ou + (n=14)	
10-Point Cognitive Screener			
Função cognitiva normal	7 (18,9%)	0 (0%)	<0,02
Possível déficit cognitivo	11 (29,7%)	01 (7,14%)	
Provável déficit cognitivo	19 (51,3%)	13 (92,86%)	
Escala de Katz			
Independente	21 (56,7%)	01 (7,1%)	
Parcialmente dependente	6 (16,2%)	03 (21,4%)	<0,01
Dependente	10 (27%)	10 (71,4%)	
Escala de Lawton & Brody			
Independente	4 (10,8%)	05 (35,7%)	
Parcialmente dependente	31 (83,8%)	07 (50%)	<0,03
Dependente	2 (5,4%)	02 (14,3%)	

*Teste exato de Fisher

Fonte: dados da pesquisa.

A análise demonstra associação estatística entre as variáveis função cognitiva ($p < 0,02$), ABVD ($p < 0,01$) e AIVD ($p < 0,03$) com a variável idade. Se tratando da função cognitiva e as atividades básicas de vida diária, observa-se maior dependência e piora da função cognitiva conforme o avançar da idade, já em relação às atividades instrumentais foi identificado dependência parcial mais acentuada entre indivíduos com menos de 80 anos, além de um aumento gradual da dependência à medida que a idade avança.

4.7 Associações entre faixa etária e escalas recategorizadas em modelo binário

A estimativa da razão de prevalência associada entre a variável faixa etária e as escalas de avaliação foi realizada por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta univariável (Zou, 2004), conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7. Associações entre faixa etária e escalas de avaliação (10-Point Cognitive Screener, Escala de Katz e Escala de Lawton & Brody) recategorizadas em modelo binário, São Carlos-SP, 2024.

Variável	Faixa etária		Razão de prevalência*	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p
	<80 anos (n=37)	80 anos ou + (n=14)				
<i>Alguma dependência pelo KATZ</i>						
Não	21 (56,7%)	01 (7,1%)	-			
Sim	16 (43,2%)	13 (92,8%)	2,15	1,44	3,19	<0,01
<i>Alguma dependência pelo LAWTON</i>						
Não	2 (5,4%)	02 (14,2%)	-			
Sim	35 (94,5%)	12 (85,7%)	0,91	0,72	1,14	0,40
<i>Provável ou possível déficit cognitivo</i>						
Não	7 (18,9%)	00 (0%)	-			
Sim	30 (81,0%)	14 (100%)	1,23	1,06	1,44	0,01

*Estimado pelo modelo de regressão Poisson com variância robusta.

Fonte: dados da pesquisa.

A associação entre faixa etária e dependência para ABVD, revelou que entre os participantes com 80 anos ou mais, a prevalência de algum grau de dependência é aproximadamente duas vezes maior em comparação às pessoas idosas com menos de 80 anos. Em relação à avaliação cognitiva, estima-se que, em média, a prevalência de provável ou possível déficit cognitivo seja 23% maior entre a faixa etária com 80 anos ou mais, quando comparados àqueles com menos de 80 anos. Não foram observadas relações entre faixa etária e dependência para AIVD conforme indicado na tabela 7.

4.8 Associação entre Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e presença de polipatologia e polifarmácia

Não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas depressivos (EDG) e a presença de polipatologia e polifarmácia, conforme apresentado na Tabela 8.

Tabela 8. Associação entre a presença de sintomas depressivos (EDG) e a ocorrência de polipatologia e polifarmácia em pessoas idosas internadas no setor de Clínica Médica Adulto do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2024.

Variáveis	EDG			p-valor*
	Ausência	Sintomas leves	Sintomas severos	
Polipatologia				
Não (n=3)	2 (66,67%)	1 (33,33%)	0 (0%)	0,99
Sim (n=48)	23 (47,92%)	19 (39,58%)	6 (12,5%)	
Polifarmácia				
Não (n=19)	8 (42,11%)	7 (36,84%)	4 (21,05%)	0,33
Sim (n=32)	17 (53,13%)	13 (40,63%)	2 (6,24%)	

*Teste exato de Fisher

Fonte: dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica e econômica

Os achados deste estudo evidenciaram uma predominância do sexo feminino entre as pessoas idosas no setor da internação, com 56,9% da amostra constituída por mulheres, corroborando com os resultados de outros estudos realizados no âmbito da internação clínica (Pagotto et al., 2013; Coutinho et al., 2015; Lara; Valduga, 2023). Esse fenômeno pode ser atribuído à maior participação das mulheres em pesquisas relacionadas à saúde, decorrente de

sua exposição mais frequente a tratamentos de saúde ao longo da vida e ao processo de feminização da velhice (Neri et al., 2013).

Em contrapartida, outros estudos, também conduzidos no contexto de internação hospitalar, observa-se predominância do sexo masculino. Essa tendência pode ser atribuída à propensão dos homens em buscar atendimento e serviços médicos de forma tardia, o que os torna mais vulneráveis à necessidade de internação devido à progressão e agravamento de suas condições de saúde (Rodrigues, 2017; Sampaio et al., 2020).

Considerando a faixa etária predominante, a média de idade dos participantes foi de 73,6 anos, com 41% da amostra pertencendo ao contingente entre 60 e 69 anos. De modo geral, estudos que investigam os comportamentos de saúde de pessoas idosas em ambiente de internação hospitalar relatam médias de idade variando entre 70 e 80 anos (Roman; Schauren, 2019; Dias et al., 2023). Foi observada uma relação entre a faixa etária e a incidência de internação hospitalar na literatura, em que a partir dos 60 anos a taxa de internação hospitalar aumenta para ambos os sexos, de 11,8% na faixa etária de 60 a 69 anos para 17,7% entre 70 e 79 anos, chegando a 24,2% a partir dos 80 anos (Loyola et al., 2004).

No presente estudo, a média de anos de escolaridade foi de 7,35, indicando um predomínio de baixa escolaridade entre os participantes, o que está em concordância com outros estudos que identificaram a baixa escolaridade entre pessoas idosas no contexto da internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (Melo-Silva et al., 2018; Silva et al., 2021). Baixos níveis de letramento em saúde estão associados a taxas mais elevadas de hospitalização e mortalidade, bem como a uma adesão deficiente aos regimes de tratamento e a uma redução na eficácia das medidas preventivas, impactando significativamente a qualidade de vida dessa população (Panagioti et al., 2018). Esses fatores também estão relacionados à exclusão social, ao menor acesso a informações e a condições socioeconômicas desfavoráveis (Carvalho et al., 2018).

A literatura aponta um aumento significativo nas taxas de hospitalização entre pessoas idosas com menor nível de escolaridade (Silva et al., 2021). Em um estudo transversal realizado com 205 pessoas idosas no Distrito Federal, observou-se que aqueles com maior histórico de hospitalização apresentaram um menor nível de escolaridade, além de um maior número de medicamentos em uso contínuo (Dias et al., 2023). Essa situação pode ser atribuída à ausência de fatores protetivos, como a habilidade de ler e escrever e à perda de informações importantes sobre saúde e autocuidado, o que favorece o acesso a informações falsas (Panagioti et al., 2018).

No que diz respeito à ocupação atual e fonte de renda, observa-se que a maioria dos participantes são aposentados (90,2%). A aposentadoria pode ser um elemento que colabora para o aumento das taxas de hospitalização entre essa população, pois nesse período, o

indivíduo se distancia da vida ativa, o que pode levar ao isolamento, à redução da autoestima, à depressão e ao aparecimento de outros problemas de saúde (Rocha et al., 2020). No Brasil, as aposentadorias, pensões e benefícios governamentais são as principais fontes de renda e sustento da população idosa (Wendt et al., 2015). A renda é considerada um fator crucial para o *status* socioeconômico dessa população, impactando diretamente a saúde desses indivíduos, uma vez que a limitação de recursos financeiros restringe o acesso a serviços de saúde favorecendo um aumento da vulnerabilidade nesse grupo (Cesari et al., 2014; Jesus et al., 2017).

Em revisão sistemática da literatura, Melo, Falsarella e Neri (2014) destacam a renda e a escolaridade como fatores primordiais associados à fragilidade em pessoas idosas. Tais fatores exercem influência direta no estilo e na qualidade de vida dessa população; observa-se maior índice de fragilidade de entre analfabetos do que alfabetizados. Dado o impacto desses fatores na qualidade de vida desses indivíduos, faz-se necessário investimentos públicos em estratégias eficazes, como a ampliação do acesso à educação formal, adaptada às necessidades da população idosa, visando à promoção de um envelhecimento saudável, à promoção da autonomia e à integração social, contribuindo para a saúde física e mental, reduzindo o isolamento social e aumentando o senso de propósito (Grden et al., 2019).

Quanto ao estado civil dos participantes da pesquisa, 41,2% eram casados(as) ou viviam com um(a) parceiro(a). Um estudo realizado com 335 pessoas idosas octogenárias, que visava identificar o perfil do envelhecimento saudável, observou que 63,8% residiam com cônjuge. Este fator apresentou uma relação positiva com o envelhecimento saudável devido a fatores como promoção de hábitos saudáveis, suporte emocional e mitigação do isolamento social (Campos *et al.*, 2016). Foi observado que a presença de cônjuge está associada ao aumento da adesão a práticas preventivas, como vacinação e check-ups regulares, favorecendo a detecção precoce de comorbidades (Magalhães et al., 2023).

Todos os participantes relataram ter alguma forma de prática religiosa, sendo a religião católica a mais prevalente, mencionada por 66,7% dos indivíduos. A importância da religião e da espiritualidade na vida de pessoas idosas, especialmente em períodos de complicações relacionadas à saúde, como internações hospitalares, é destacada pela literatura. As práticas religiosas, tanto pessoais quanto comunitárias, desempenham um papel relevante na gestão de eventos estressantes, oferecendo suporte emocional e espiritual que podem contribuir para a superação de dificuldades e para a resolução de situações adversas (Duarte e Wanderley, 2011).

5.2 Características de saúde

Quanto a questões relacionadas à saúde, observa-se a presença de polipatologia em 60,8% da amostra. Um estudo conduzido por Tavares e Dias (2012), com uma amostra de 2.142 pessoas idosas, revelou que 98,3% dos participantes possuíam de quatro a sete condições distintas. A presença dessas condições pode dificultar o tratamento e aumentar significativamente o risco de complicações durante a internação, prolongando o período de hospitalização e elevando o risco de complicações pós-hospitalares, refletindo a necessidade de integrar diferentes níveis de atenção à saúde para garantir o acompanhamento desses indivíduos e a identificação precoce de agravos (Lin et al., 2016). O manejo de múltiplas comorbidades nessa população, muitas vezes, leva ao uso excessivo de medicamentos, a literatura evidencia uma associação entre doenças crônicas, como câncer, diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares e doenças pulmonares, e a necessidade de estratégias abrangentes para o manejo medicamentoso (Yuan et al., 2021; Faisal, Khotib e Zairina, 2024).

A prevalência de polifarmácia foi observada em 62,7% da amostra, refletindo a tendência nacional de uso de cinco ou mais medicamentos diários (Reis; Jesus, 2017). Chang et al. (2020) conduziram um estudo abrangente com 3.007.620 indivíduos com 65 anos ou mais, no qual investigaram a correlação entre polifarmácia e os riscos de hospitalização e mortalidade. Os resultados demonstraram uma associação positiva crescente entre o número de medicamentos prescritos e a probabilidade de ocorrência desses eventos adversos. Os efeitos negativos de regimes medicamentosos complexos sobre os desfechos clínicos foram evidenciados na investigação da relação entre polifarmácia, demência e mortalidade hospitalar em pacientes (Khatun et al., 2023). A polifarmácia, portanto, pode desencadear consequências severas, como quedas e deterioração cognitiva, frequentemente levando à hospitalização (Nobili et al., 2011). Esses achados reforçam a necessidade de um monitoramento rigoroso e de uma revisão dos regimes de medicação pelos profissionais de saúde no âmbito da internação hospitalar e em outros níveis de atenção à saúde.

A ocorrência de quedas nos últimos seis meses foi relatada por 58,8% da amostra, sendo a fraqueza muscular identificada como a principal causa (66,7%) e as escoriações como consequência mais mencionada (50%). A redução na capacidade funcional, combinada com alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento, aumenta a prevalência de quedas nessa população (Bertochi et al., 2024). Além disso, o uso de medicamentos é considerado um fator de risco para quedas, especialmente devido à polifarmácia, identificada em 62,7% da amostra, em consequência das interações medicamentosas (Lopes et al., 2022). De acordo com Sugitani

e Ito (2021), medicamentos como diuréticos e anti-hipertensivos, frequentemente prescritos para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, estão associados ao aumento do risco de quedas devido a hipotensão postural e vertigem. Além disso, psicotrópicos, incluindo benzodiazepínicos, antidepressivos e antipsicóticos, contribuem para o risco de quedas devido seus efeitos sedativos e comprometimento do equilíbrio (Manirajan; Sivanandy, 2023).

Em ambientes hospitalares, tanto em regimes de internações clínicas quanto cirúrgicas, a implementação de protocolos diários por parte dos profissionais de saúde é crucial. Esses protocolos devem focar na revisão sistemática da farmacoterapia, com o objetivo de avaliar as necessidades de uso das medicações, identificar potenciais interações medicamentosas e implementar medidas não farmacológicas. Adicionalmente, é fundamental promover a educação em saúde para pacientes e seus cuidadores, visando garantir o uso seguro dos medicamentos (Ferreira; Ferreira; Dias Neto, 2021).

5.3 Suporte familiar e aspectos sociais

Em relação ao suporte familiar, 72,5% dos pacientes residem com familiares, destacando-se que, na maioria dos casos, a principal figura de apoio é o filho, citado por 51,3% dos participantes. Mesmo com mudanças em sua estrutura ao longo do tempo, a família permanece como instituição primária no cuidado de seus membros. Um vínculo afetivo forte no núcleo familiar fortalece o suporte emocional e promove um cuidado mais personalizado e eficaz para indivíduos em idade avançada (Santos et al., 2019). No presente estudo, 96,1% dos participantes relataram receber algum tipo de ajuda, sendo a assistência em atividades de vida diária a mais comum (57,1%). Compreender o contexto familiar em que a pessoa idosa está inserida é fundamental, uma vez que o cuidado domiciliar pode favorecer o convívio familiar, reduzir o tempo de internação hospitalar, minimizar as complicações associadas a longas internações, assegurar a adesão ao tratamento e melhorar o prognóstico (Almeida et al., 2012).

Por outro lado, a disfunção familiar impacta negativamente na qualidade de vida dessa população, pacientes em contextos familiares desfavoráveis apresentam maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos em comparação com aqueles que estão em contextos familiares estruturados (Souza et al., 2014). Conforme envelhecem e passam a morar com os filhos, muitos indivíduos perdem parte de sua autoridade e autonomia, pois os filhos assumem o papel de cuidadores e controlam aspectos importantes da vida familiar, como a gestão financeira e outras responsabilidades (Souza et al., 2018). O uso inadequado de dinheiro por terceiros, sem a autorização, foi relatado por 7,8% dos participantes. Esse tipo de exploração financeira,

investigado por Reis et al. (2014), é uma forma de violência intrafamiliar, que impacta negativamente a saúde mental dessa população, gerando estresse, sensação de impotência e vulnerabilidade, além de aumentar a preocupação com a segurança de seus bens.

5.4 Informações sobre a internação

No período analisado, 98% das internações foram de natureza clínica, representando a grande maioria dos casos. As principais queixas relatadas pelos pacientes foram: dispneia (21,6%), acidente vascular encefálico (9,8%), insuficiência cardíaca congestiva (9,8%) e doença renal crônica (9,8%). Um estudo realizado com o objetivo de identificar as principais causas de internação entre pessoas idosas em Goiânia (GO), no período de 2008 a 2015, revelou que as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças respiratórias foram as mais comuns nessa população (Teixeira; Bastos; Souza, 2017). No presente estudo, as doenças respiratórias prevaleceram, representando 33,3% dos casos, seguidas por doenças cardiovasculares (17,6%) e do aparelho digestivo (15,7%). Observa-se que a maioria dos diagnósticos relacionados às internações de pessoas idosas está associada a doenças crônicas e distúrbios respiratórios (Veras, 2015).

Dessa forma, a pneumonia de etiologia não especificada foi o CID-10 mais registrado nos prontuários dos pacientes, permanecendo como uma infecção aguda com significativo impacto médico-social, tanto em termos de morbidade quanto de custos de tratamento, especialmente entre os extremos de idade (Corrêa et al., 2009). Essa condição foi identificada como uma das principais causas de óbito entre pessoas idosas na região Sudeste, de acordo com um estudo que analisou 385.784 internações entre 2011 e 2012 (Cordeiro; Martins, 2018). Em 2024, na mesma região, foram registradas mais de 50.249 internações hospitalares devido à pneumonia, com a faixa etária de 80 anos ou mais sendo a mais afetada, o que evidencia a vulnerabilidade dessa população a condições que comprometem a função respiratória (Costa et al., 2024), justificando a dispneia como a principal queixa relatada pelos participantes do estudo.

5.5 Avaliação multidimensional da pessoa idosa

No que diz respeito à avaliação cognitiva, constatou-se um predomínio de pacientes com provável déficit cognitivo, abrangendo 62,7% da amostra. O declínio cognitivo é um processo que envolve alterações nas capacidades intelectuais, como memória, raciocínio, orientação espacial e comunicação. Com a progressão desse declínio, as pessoas idosas enfrentam dificuldades na execução de ABVD e AIVD, o que afeta negativamente sua

autonomia, contribui para o aumento dos índices de institucionalização e eleva o risco da condição de fragilidade (Bertoldi; Batista; Ruzanowsky, 2015). De acordo com Cunha et al. (2009), 35% das pessoas idosas sofrem um declínio na capacidade cognitiva quando hospitalizados. O ambiente hospitalar pode desencadear ou intensificar o declínio cognitivo nesta população devido a fatores como polifarmácia, infecções, multimorbidades, privação de estímulos sensoriais e mudanças no cotidiano e hábitos (Santos et al., 2019; Chinnappa-Quinn et al., 2020).

O nível educacional é considerado um fator protetor contra o desenvolvimento de demências e danos no estado cognitivo (Santos et al., 2019). Pessoas idosas com baixo nível de escolaridade apresentam uma probabilidade de 4,5 a 5 vezes maior de desenvolver algum tipo de comprometimento cognitivo em comparação àqueles com níveis educacionais mais elevados (Santos et al., 2019). Além disso, pessoas idosas analfabetas têm uma suscetibilidade cinco vezes maior à dependência. Esse elevado número de analfabetismo nessa população reflete a falta de acesso ao sistema educacional no passado, o que impacta significativamente o perfil cognitivo dessa população atualmente (Coelho et al., 2012).

No presente estudo, observou-se uma associação positiva e moderada entre a função cognitiva e a idade ($p < 0,02$), indicando um aumento do declínio cognitivo conforme o avançar da idade. Estima-se que, em média, entre pessoas idosas com 80 anos ou mais, a prevalência de provável ou possível déficit cognitivo é 23% maior em comparação àqueles com menos de 80 anos (Holz et al., 2013). Os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados por Lourenço et al. (2018), que relataram que indivíduos com mais de 80 anos apresentam uma incidência de declínio cognitivo 23,1% maior. Quando associado à idade avançada e ao período de hospitalização, Covinsky et al. (2003) demonstraram que mais de 35% dos participantes (2.761 com idade igual ou superior a 70 anos) tiveram piora em sua capacidade funcional. Em estudo, Cunha et al. (2009) argumentam que a idade não é um fator relevante. Em vez disso, destacam que a piora clínica é o principal fator de interesse, pois contribui para a progressão do declínio cognitivo e impacta na autonomia dessa população.

É crucial que a equipe multiprofissional nos serviços de saúde, especialmente nas áreas de internação, implemente estratégias para a avaliação cognitiva dos pacientes, empregando instrumentos específicos, buscando identificar precocemente sinais de declínio cognitivo e prevenir a perda de autonomia, uma vez que a qualidade de vida desses indivíduos está intimamente ligada ao nível de independência na realização de atividades diárias (Scherrer et al., 2022).

Em relação à autonomia para a realização das ABVD, observou-se que 39,2% da amostra do presente estudo apresentou dependência, corroborando com os achados de outras pesquisas (Kawasaki; Diogo, 2007; Sthal; Berti; Palhares, 2011; Pereira et al., 2014). A idade dos participantes e o grau de dependência para ABVD mostraram-se estatisticamente relacionados ($p < 0,01$). Estima-se que a prevalência de algum grau de dependência seja aproximadamente duas vezes maior em pessoas idosas com 80 anos ou mais, em comparação com aqueles com menos de 80 anos.

Diversos fatores podem contribuir para a perda dessa capacidade em pessoas idosas hospitalizadas, como o desenvolvimento de infecções, o tempo prolongado de internação e o declínio cognitivo. Além disso, a restrição ao leito provoca mudanças na musculatura e na massa óssea, resultando em limitações na execução das atividades diárias (Gama; Silva; Pimentel, 2021; Paiva, 2022). Um estudo realizado com pessoas idosas internadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu identificou que a funcionalidade da amostra na alta hospitalar era inferior à observada antes da internação (Carvalho et al., 2018). As perdas funcionais em ABVD são quase o dobro em relação às AIVD, sugerindo que as primeiras funcionam como marcadores sensíveis para avaliar a socialização dessa população. Dessa forma, se o indivíduo enfrenta dificuldades em alguma atividade de vida diária, é provável que também apresente dificuldades em duas ou mais AIVD (Aires et al., 2006; Maciel; Guerra, 2007; Marinho et al., 2013).

Para as AIVD, 74,5% da amostra apresentou dependência parcial em relação a esse tipo de atividade. Em estudo desenvolvido com cem pessoas idosas internadas em um hospital estadual, Souza et al. (2018) evidenciaram que 92% da amostra também foi classificada como parcialmente dependente, corroborando com os achados do presente estudo. Estatisticamente, foi identificado dependência parcial mais acentuada entre os indivíduos com menos de 80 anos, enquanto a dependência total foi mais acentuada naqueles com idade superior, foi observado um aumento gradual da dependência à medida que a idade avança. Em um estudo com 94 pessoas idosas internadas em uma clínica médica, constatou-se que, apesar da autonomia preservada, os participantes apresentaram certo grau de dependência tanto nas ABVD quanto nas AIVD, indicando algum comprometimento da independência, a maioria da amostra foi avaliada ainda na primeira semana de internação, sugerindo que o estado funcional dos pacientes já estava comprometido antes da hospitalização, possivelmente devido à exposição a fatores de risco, como a idade avançada (Pereira et al., 2014).

A depressão em pessoas idosas pode ser compreendida como o produto de uma interação multifacetada entre diferentes vulnerabilidades, abrangendo fatores neurobiológicos,

cognitivos e sociodemográficos (Castro; Rissardo; Carreira, 2018). Na amostra analisada, 49% dos participantes não apresentaram sintomas associados à depressão. Em contraste, 51% exibiram sintomas depressivos, dos quais 39,2% foram classificados como leves e 11% como severos, indo em desacordo com os achados de Antequera et al., 2021, estudo também realizado no ambiente de internação. Estaticamente, não foi observada associação entre polipatologia e polifarmácia com sintomas depressivos no presente estudo. A literatura evidencia que mudança de hábitos, idade avançada, baixa escolaridade e presença de comorbidades estão associadas a presença desses sintomas nessa população (Antequera et al., 2021). Em estudo realizado por Porcu et al. (2002), observou-se maior prevalência de sintomas graves entre pessoas idosas internadas quando comparados a àqueles institucionalizados e residentes na comunidade, sendo a permanência prolongada no ambiente hospitalar apontada como principal fator contribuinte. Estudos apontam a recorrência de sintomas depressivos associados aos de ansiedade (Bland, 2012), corroborando com Byrne (2002), que afirma que são comuns os sintomas de ansiedade nessa população, encontrando-se associada, na maioria das vezes, a transtornos depressivos e presença de comorbidades.

Para que o envelhecimento seja bem-sucedido, é crucial que as pessoas idosas mantenham, além de uma interação multidimensional entre a saúde física, mental e a integração social, a independência nas atividades diárias (Ferreira et al., 2012). A equipe de saúde desempenha um papel vital na manutenção da funcionalidade global dessa população, tanto na identificação precoce do declínio funcional quanto na implementação de ações para preservar a autonomia no período pós-hospitalização (Thieme et al., 2014) Isso inclui, por exemplo, um plano de alta hospitalar responsável e o acompanhamento contínuo em outros níveis de atenção à saúde.

Diante do acelerado envelhecimento populacional, torna-se essencial definir estratégias específicas para cada grupo de risco dentro dessa população, o que ressalta a natureza interdisciplinar da prática gerontológica. A recuperação da capacidade funcional e cognitiva de muitos pacientes frequentemente depende de uma reabilitação conduzida por uma equipe composta por profissionais de diferentes especialidades (Estrella et al., 2009). No contexto da internação hospitalar, a abordagem integrada entre diversas especialidades é crucial para garantir a eficácia das intervenções, especialmente diante dos variados graus de complexidade e das comorbidades presentes na clínica médica. Essa abordagem é fundamental para elaborar estratégias para o manejo adequado de comorbidades crônicas, fragilidade física, risco de delirium e a possível perda de funcionalidade que frequentemente acompanham a hospitalização nessa população (Covinsky; Pierluissi; Johnston, 2011).

A implementação de ações direcionadas à preservação da funcionalidade e cognição da população idosa é fundamental no contexto de internação hospitalar. Entre as estratégias mais eficazes, destaca-se a avaliação contínua do estado funcional dos pacientes, uma vez que essa preservação está intimamente ligada à redução do risco de mortalidade em pessoas idosas hospitalizadas (Rocha et al., 2022). As intervenções como a promoção de exercícios físicos adaptados, o estímulo à mobilidade, a estimulação cognitiva, o manejo adequado de medicamentos e o fornecimento de cuidados individualizados são exemplos de abordagens conduzidas por equipes multidisciplinares no ambiente hospitalar, que demonstraram resultados positivos e impacto significativo na manutenção desses fatores (Pagotto et al., 2013; Both et al., 2013).

Os resultados deste estudo devem ser analisados à luz de algumas limitações. A coleta de dados realizada à beira do leito apresentou desafios importantes. Embora essa metodologia ofereça a vantagem de um contato direto e imediato com o paciente e sua realidade clínica, surgiram dificuldades associadas à baixa escolaridade, déficits cognitivos graves e condições clínicas debilitantes. Entre essas condições, destaca-se a dispneia, que foi um dos principais sintomas identificados e impossibilitou a continuidade de alguns participantes nas entrevistas. Ressalta-se que a coleta de dados foi impossibilitada em alguns momentos devido ao elevado grau de complexidade apresentado pela maioria dos pacientes hospitalizados no setor naquela ocasião. A amostra não-propabilística é decorrente dessa situação. Além disso, a impossibilidade de alguns participantes de se comunicarem, somada a falta de um cuidador ou familiar para auxiliá-lo também impossibilitou a continuidade da coleta de dados em alguns momentos. Ademais o ambiente hospitalar, por sua natureza dinâmica, está sujeito a emergências, interrupções e variações no estado dos pacientes.

6 CONCLUSÃO

De modo geral, o perfil identificado caracteriza-se pelo predomínio de pessoas idosas, majoritariamente brancas e do sexo feminino, com baixa escolaridade, que vivem com um(a) companheiro(a) e apresentam elevada prevalência de polipatologias e polifarmácia. Observou-se que a maioria da amostra apresentava provável déficit cognitivo, ausência de sintomas depressivos, independência nas atividades básicas da vida diária e dependência parcial nas atividades instrumentais.

A alta prevalência de polipatologia, polifarmácia e a média de idade elevada demonstram a necessidade de estratégias de manejo clínico mais complexas, que levem em consideração tanto as condições crônicas quanto os fatores socioeconômicos e educacionais, destacando a complexidade do cuidado geriátrico.

O declínio cognitivo e a dependência funcional observados sublinham a importância de estratégias de reabilitação para manter a autonomia e qualidade de vida da população idosa no momento de internação. A relação positiva entre declínio cognitivo, dependência funcional para atividades básicas de vida diária e dependência para atividades instrumentais de vida diária com o avançar da idade evidencia a importância de intervenções e avaliações precoces e recorrentes. As principais causas de internação, com destaque para as doenças respiratórias e cardiovasculares apontam para a importância de programas de prevenção e manejo de doenças crônicas na atenção primária à saúde.

É fundamental a implementação de estratégias que visem a manutenção da funcionalidade, prevenção de declínio cognitivo e suporte psicossocial, tanto durante a internação quanto no planejamento da alta hospitalar por meio de uma rede estruturada que possibilite o acompanhamento dessa população em diferentes níveis de atenção à saúde, além de capacitação constante da equipe multiprofissional e de cuidadores, contribuindo para diminuição das taxas de reinternações.

A população idosa representa um importante contingente do total de internações hospitalares, por isso, identificar o perfil de internação dessa população possibilita o desenvolvimento de novas estratégias e perspectivas de cuidado contribuindo para a formulação de novas políticas de saúde, considerando as demandas impostas pela mudança no cenário demográfico e epidemiológico brasileiro.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 2, p. 79-91, 2006.
- ALMEIDA, L.; AZEVEDO, R. C. de S.; REINERS, A. A. O. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 57, n. 2b, p. 421-426, 1999.
- ANTEQUERA, I. G., LOPES, M. C. B. T., BATISTA, R. E. A. et al. Rastreamento de violência contra pessoas idosas: associação com estresse percebido e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, e20200167, 2021.
- ANZOLIN, A. P., TAVARES, L. H., DALBOSCO, A. K. et al. Avaliação das infecções Hospitalares em idosos. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2020.
- APOLINARIO, D.; LICHTENTHALER, D. G.; MAGALDI, R. M. et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 4-12, 2016.
- ARHSHAM, H. Kuiper's P-value as a measuring tool and decision procedure for the goodness-of-fit test. **Journal of Applied Statistics**. 15. 131-135, 1988
- BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.
- BERTOLDI, K.; BAENA, C. P.; BERNARDELLI, R. S. et al. Association Between Loneliness and Functionality in an Elderly Population. *Circulation*, **AHA JOURNALS**, v. 149, n. Suppl_1, p. AP249-AP249, 2024.
- BERTOLDI, J. T.; BATISTA, A. C.; RUZANOWSKY, S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Cinergis**, v. 16, n. 2, p. 152-156, 2015.
- BERTOCHI, M. O.; FERNANDES, A. L.; FOGAÇA, N. M. M. et al. Uso da gameterapia na redução de quedas em idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, p. 1-14, 2024.
- BLAND, P. Tackling anxiety and depression in older people in primary care. **Practitioner**, v. 256, n. 1747, p. 17-20, 2012.
- BOTH, J.; LEITE, M.; HILDEBRANT, L. et al. Oficinas temáticas como potencializadoras do cuidado a idosos hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. esp., 599-607, 2013.

BORDIN, D.; CABRAL, L. P. A.; FADEL, C. B. et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 439-446, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional De Atenção Hospitalar (PNHOSP). 2013. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt339030122013.html>>. Acesso em: 13/08/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 01 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 13/03/2025.

BYRNE, G. What happens to anxiety disorders in later life? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 74-80, 2002.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F. E.; VARGAS, A. M. D. et al. Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 24, e2724, 2016.

CARVALHO, T. C.; VALLE, A. P.; JACINTO, A. F. et al. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 2 (Supl. 2), p. 777-785, 2018.

CAVALCANTI, G.; DORING, M.; PORTELLA, M. R. et al. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 635-643, 2017.

CESARI, M.; GAMBASSI, G.; VAN KAN, G. A. et al. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. **Age and Ageing**, v. 43, n. 1, p. 10-12, 2014.

CHANG, T. I.; PARK, H.; KIM, D. W. et al. Polypharmacy, hospitalization, and mortality risk: a nationwide cohort study. **Sci Rep**, v. 10, n. 1, p. 18964, 2020.

CHINNAPPA-QUINN, L.; BENNETT, M.; MAKKAR, S. R. et al. Is hospitalisation a risk factor for cognitive decline in the elderly? **Curr Opin Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 170-177, 2020.

COELHO, F. G. M.; VITAL, T. M.; NOVAIS, I. P. et al. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 7-15, 2012.

CORDEIRO, P.; MARTINS, M. Hospital mortality in older patients in the Brazilian Unified Health System, Southeast region. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1-13, 2018.

CORRÊA, R. A.; LUNDGREN, F. L. C.; PEREIRA-SILVA, J. L. et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes - 2009. **Jornal Brasileiro De Pneumologia**, v. 35, n. 6, p. 574–601, 2009.

CÔRTE, B.; KIMURA, C.; XIMENES, M. A. et al. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da região metropolitana de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 690–701, 2017.

COSTA, I. G. M.; REZENDE JÚNIOR, W. R. D. O.; FERNANDES, L. M. et al. Pneumonia em Idosos no Brasil em 2024: Análise Atual da Morbidade Hospitalar e Seus Impactos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 1596-1612, 2024.

COUTINHO, M. L. N.; SAMÚDIO, M. A.; ANDRADE, L. M. et al. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 6, p. 908-1005, 2015.

COVINSKY, K. E.; PALMER, R. M.; FORTINSKY, R. H. et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. **J Am Geriatr Soc**, v. 51, n. 4, p. 451-458, 2003.

COVINSKY, K. E.; PIERLUISSI, E.; JOHNSTON, C. B. Hospitalization-associated disability: "She was probably functioning well at home". **JAMA**, v. 306, n. 16, p. 1782-1793, 2011.

CUNHA, F. C. M.; CINTRA, M. T. G.; CUNHA, L. C. M. et al. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 3, p. 475–487, 2009.

CUNHA, J. X. P. da; OLIVEIRA, J. B.; NERY, V. A. S. et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde Em Debate**, 36(95), 657–664, 2012.

DIAS, R.; BARROS, J. Burden of hospitalisation among older people in the Brazilian public health system: a big data analysis from 2009 to 2015. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 73, p. 537 – 543, 2019.

DIAS, M. P. B.; BARROS, R. S.; MEDEIROS, G. V. L. et al. Baixa escolaridade, polifarmácia e declínio funcional são fatores associados à hospitalização de idosos: estudo transversal. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 13, n. 87, p. 13031-13044, 2023.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2011.

ESTRELLA, K.; OLIVEIRA, C. E. F.; SANT'ANNA, A. A. et al. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 3, p. 507-512, 2009.

FAISAL, S.; KHOTIB, J.; ZAIRINA, E. Prevalence and predictors of polypharmacy in elderly patients discharged from a tertiary care teaching hospital in Swat, Pakistan: A retrospective cross-sectional study. **Pharm Educ**, v. 24, n. 3, p. 1-6, 2024.

FERREIRA, L. M.; FERREIRA, M. P.; DIAS NETO, V. S. Desprescrição aplicada à polifarmácia / description applied to polypharmacy. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10464-10474, 2021.

FERREIRA, D. N.; MATOS, D. L.; LOYOLA FILHO, A. I. Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 578-594, 2015.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; COSTA, S. M. G. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 513-518, 2012.

FLESCH, L. D.; ARAÚJO, T. C. C. F. Alta hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n. 3, p. 227-236, 2014.

FREITAS, R.S.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 933-939, 2012.

GAMA, D. E. T.; SILVA, M. A. S.; PIMENTEL, P. H. R. A funcionalidade de idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, e9024-e9024, 2021.

GOODARZI, F.; KHOSHRAVESH, S.; AYUBI E. et al. Psychosocial determinants of functional independence among older adults: A systematic review and meta-analysis. **Health Promotion Perspectives**. v. 14, n. 1, p. 32-43, 2024.

GRDEN, C. R. B.; RODRIGUES, C. R. B.; CABRAL, L. P. A. et al. Prevalence and factors associated with the frailty in elderly patients attended to an outpatient care specialty clinics. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, e52195, 2019.

GRUNEIR, A.; BRONSKILL, S. E.; MAXWELL, C. J. et al. The association between multimorbidity and hospitalization is modified by individual demographics and physician continuity of care: a retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 154-163, 2016.

HOLZ, A. W.; NUNES, B. P.; THUMÉ, E. et al. Prevalence of cognitive impairment and associated factors the elderly in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 4, p. 880-888, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Em 2022, expectativa de vida era de 75,5 anos. Agência de Notícias IBGE. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/38455-em-2022-expectativa-de-vida-era-de-75-5-anos>. Acesso em: 29 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções e estimativas de população: você sabe o que são?. Agência de Notícias IBGE. 2024. Disponível

em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>. Acesso em: 29 ago. 2024.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; GRAZZIANO, E. S. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 614–620, 2017.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA Network**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. **Acta Fisiátr**, v. 14, n. 3, p. 164-169, 2007.

KHATUN, U. F.; DEY, S.; PAUL, S. et al. Assessment of frequency of polypharmacy along with its relation to dementia and drug adherence among admitted geriatric patients in medicine wards of a tertiary care hospital. **Journal of Medicine (Bangladesh)**, v. 24, n. 1, p. 3–9, 2023.

LARA, V. A. O. C.; VALDUGA, R. Análise do estado de fragilidade e dos fatores associados no idoso hospitalizado em uma enfermaria de clínica médica. **Health Residencies Journal**, v. 4, n. 21, p. 12-22, 2023.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, p. 179-186, 1969.

LIN, H. S.; WATTS, J. N.; PEEL, N. M. et al. Frailty and post-operative outcomes in older surgical patients: a systematic review. **BMC Geriatr**, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2016.

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LOPES, L. P.; NOGUEIRA, I. S.; DIAS, J. R. et al. Processo de cuidado para prevenção de quedas em idosos: teoria de intervenção prática da enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210254, 2022.

LOURENÇO, R. A.; MOREIRA, V. G.; MELLO, R. G. B. et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 121-35, 2018.

LOYOLA FILHO, A. I.; MATOS, D. L.; GIATTI, L. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; COTTA, R. M. M. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 109-121, 2011.

MACIEL, Á. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, p. 178–189, 2007.

MAGALHÃES, M. I. S.; SANTOS, A. M.; SOUZA, L. B. P. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Revista Ibero-Americana de Humanidades Ciências e Educação**, v. 9, n. 5, p. 2033-2045, 2023.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017.

MANIRAJAN, P.; SIVANANDY, P. Drug utilisation review among geriatric patients with noncommunicable diseases in a primary care setting in Malaysia. **Healthcare**, v. 11, n. 12, p. 1665, 2023.

MARINHO, L. M.; VIEIRA, M. A.; COSTA, S. M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 104–110, 2013.

MARQUES, A. P.; MONTILLA, D. E. R.; ALMEIDA, W. D. S. D. et al. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. **Revista de saúde pública**, v. 48, p. 817-826, 2014.

MARQUES, A. P.; PECCIN, M. S. Pesquisa em fisioterapia: a prática em evidências e modelos de estudos. **Fisioterapia e Pesquisa - USP**, v. 11, n. 1, p. 43-48, 2005.

MELO, D. M.; FALSARELLA, G. R.; NERI, A. L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 471-484, 2014.

MELO-SILVA, A. M.; MAMBRINI, J. V. M.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. et al.. Hospitalizations among older adults: results from ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 3s, 2018.

MIRANDA, G. B. S.; BORGES, N. G. S.; RIBEIRO, N. M. D. S. Impacto do tempo de hospitalização na mobilidade e na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 18, n. 3, p. 330-334, 2019.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista Saúde Pública**, v. 50, p. 81, 2016b.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M.; SANTOS, R. R. et al. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **The Journal of Aging Research & Clinical Practice**, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016a.

MARTINS, N. P. DA R.; SILQUEIRA, S. M. DE F.; SOUZA, L. M. E. et al. Quality of life of older adults admitted to a Medical Clinic Unit of a Public Hospital in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03573, 2020.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; ARAÚJO, L. F. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 778–792, 2013.

NOBILI, A.; LICATA, G.; SALERNO, F. et al. Polypharmacy, length of hospital stay, and in-hospital mortality among elderly patients in internal medicine wards. The REPOSI study. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 67, n. 5, p. 507-519, 2011.

NUNES, B. P.; SOARES, M. U.; WACHS, L. S. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-10, 2017.

OCCELLI, P.; TOUZET, S.; RABILLOUD, M. et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial. **BMC geriatrics**, v. 16, p. 1-9, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/missing-voices-views-of-older-persons-on-elder-abuse>> Acesso em: 09/08/2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 09/08/2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário. OMS, 2021. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/30-6-2021-ministerio-da-saude-do-brasil-lanca-guia-atividade-fisica-para-populacao>>. Acesso em: 19/09/2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes. **Paho.org**, 2024. Disponível em: <<https://www.paho.org/en/node/96074>>. Acesso em: 7 jan. 2025.

PAGOTTO, V.; BACHION, M.; SILVEIRA, É. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 302-310, 2013.

PAIVA, L. R. F. O. **A influência do período de internação no declínio da capacidade funcional do paciente idoso**: revisão sistemática. 2023. 88 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2023.

PANAGIOTI, M.; SKEVINGTON, S. M.; HANN, M. et al. Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: a large cohort study in UK general practice. **Quality of Life Research**, v. 27, n. 5, p. 1257-1268, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação Multidimensional do Idoso. 1ª ed. Curitiba: SESA, 2017. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf> Acesso em: 03/08/2024.

PARK, S. H.; HAN, E. K.; AHN, H. et al. Hospitalization experience of patients with Complex Regional Pain Syndrome: a phenomenological study. **Journal of Korean Academy of Nursing Administration**, v. 28, n. 5, p. 511-521, 2022.

PEREIRA, E. E. B.; SOUZA, A. B. F.; CARNEIRO, S. R. et al.. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 165–176, 2014.

PORCU, M.; SCANTAMBURLO, V. M.; ALBRECHT, N. R. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Sci**, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002.

PINTO JUNIOR, E. P.; SILVA, I. T.; VILELA, A. B. A. et al.. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 404–412, out. 2016.

REIS, A. M. F.; COBUCCI, R. A. S. Preparo para alta hospitalar do paciente acometido por acidente vascular encefálico: visão do cuidador familiar. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 4, n. 1, p. 648-660, 2011.

REIS, L. A.; GOMES, N. P.; REIS, L. A. et al. Expression of domestic violence against older people. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 5, p. 434–439, 2014.

REIS, K. M. C.; JESUS, C. A. C. Relationship of polypharmacy and polypathology with falls among institutionalized elderly. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, e03040015, 2017.

RIBEIRO D. R.; CALIXTO D. M.; SILVA L. et a. Prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão em Idosos. **Revista Artigos.Com**, v. 14, p. e2132, 28 jan. 2020.

ROCHA, F. C. V.; PAZ, L. I.; NERY, N. K. B. et al. Profile of elderly patients admitted to the hospital emergency. **Revista de Enfermagem UFPI**, v. 3, n. 3, p. 32-38, 2020.

ROCHA, M.; CANUTO, K.; GOUVEIA, M. et al. Avaliação do estado funcional sobre o desfecho clínico de idosos hospitalizados com covid-19. **Research Society and Development**, v. 11, n. 3, e56311326869, 2022.

RODRIGUES, C. C. **Perfil e evolução clínica do idoso hospitalizado atendido nas unidades de internação de um hospital de ensino**. 2017. 65 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2017.

RODRIGUES, J. A. M.; LENARDT, M. H.; CECHINEL, C. et al. Internação hospitalar e a ocorrência de delirium em idosos na condição de fragilidade física: estudo transversal.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 57, e20230156, 2023.

ROMAN, R.; SCHAUREN, B. C. Perfil nutricional de idosos em um hospital do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 11, n. 3, p. 178-190, 2019.

SALIVE, M. E. Multimorbidity in Older Adults. **Epidemiologic Reviews**, v. 35, p. 75-83, 2013.

SAMPAIO, L. B. F.; MOREIRA, A. C. A.; OLIVEIRA, F. E. S. et al. Perfil epidemiológico e clínico de idosos hospitalizados no setor de emergência. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, p. 161-169, 2020.

SANTOS, F. R. D. P.; RAMOS, F. C.; ROZA, P. K. N. et al. Correlation of the Cognitive State with the Age and the Years of Institutionalized Elderly Studies. **Revista Cereus**, v. 11, n. 3, p. 69-76, 2019.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SANTOS, B. P.; AMORIM, J. S. C; POLTRONIERI, B. C. et al.. Associação entre limitação funcional e deficit cognitivo em pacientes idosos hospitalizados . **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, p. e2101, 2021.

SCHERRER, G.; PASSOS, K. G.; OLIVEIRA, L. M. D. et al. Atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, eAPE0237345, 2022.

SILVA, R. L.; BONANDO, B. M.; SANTOS, G. S. et al. Internação hospitalar de pessoas idosas de um grande centro urbano brasileiro e seus fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 2, p. e200335, 2021.

SON, J.Y; LARSON J. Factors Influencing Cognitive Function Among the US Oldest-Older Adults. **Innov Aging**. v. 7, p. 813, 2023.

SOUZA, D. G. R.; DONÁ, F.; DIAS, V. N. et al. Análise da funcionalidade de idosos hospitalizados em uma enfermaria de Clínica Médica. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 73–89, 2018.

SOUZA, R. A.; COSTA, G. D.; YAMASHITA, C. H. et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 469–476, 2014.

STHAL, H. C.; BERTI, H. W.; PALHARES, V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 59–67, 2011.

SUGITANI, K.; ITO, H. Polypharmacy: an unignorable factor for fall injury in the elderly. **The American Journal of Medicine**, v. 134, n. 8, e474, 2021.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 112–120, 2012.

TEIXEIRA, J. J. M.; BASTOS, G. C. F. C.; SOUZA, A. C. L. Perfil de internação de idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 15, n. 1, p. 15-20, 2017.

THIEME, R. D.; PINTO, L. M.; MACEDO, D. S. et al. Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. **Demetra: alimentação, nutrição e saúde**, v. 9, p. 269-286, 2014.

UCHIMURA, L. Y. T.; FIGUEIRO, M. F.; DENILA, B. S. et al. Evidências de efetividade dos cuidados de transição em idosos após internação hospitalar: uma revisão sistemática rápida. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 47, e 143, 2023.

VERAS, R. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 05–06, 2015.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

WELLS, R. H. C.; BAY-NIELSEN, H.; BRAUN, R. et al. **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP, 2011.

WENDT, C. J. K.; AIRES, M.; PAZ, A. A. et al. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 3, p. 406–413, 2015.

WENG, B.; JIN, J.; HUANG, L.; et al. Risk factors associated with functional decline in older hospital survivors with acute lower respiratory tract infections: a prospective cohort study. **BMC Geriatrics**, v. 24, n. 1, p. 208, 2024.

YUAN, Y.; XU, H. W.; ZHANG, S. et al. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between family functioning and quality of life among elders with chronic diseases. **Nurs Open**, v. 8, n. 6, p. 3566-3574, 2021.

ZOU, G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. **Am J Epidemiol**, v. 159, n. 7, p. 702-706, 2004.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo A – Escala de Katz

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto/cada) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 ponto) Necessita de ajuda para banha-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 ponto) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 ponto) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se do leito ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 ponto) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 ponto) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda	(0 ponto) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos ____	6: Independente	4: Dependência moderada	2 ou menos: Muito dependente
--------------------------------	------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Anexo B – Escala de Lawton e Brody

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sim/Não devido internação, mas é capaz	3
	Sim, com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamentos especiais?	Sim/Não devido internação mas é capaz	3
	Sim, com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sim/Não devido internação mas é capaz	3
	Sim, com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue realizar trabalhos domésticos (arrumar casa, lavar roupa, passar roupa)?	Sim/Não devido internação mas é capaz	3
	Sim, com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sim/Não devido internação mas é capaz	3
	Sim, com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sim/Não devido internação mas é capaz	3
	Sim, com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sim/Não devido internação mas é capaz	3
	Sim, com ajuda parcial	2
	Não consegue	1

Anexo C – Escala de Depressão Geriátrica

1) Você está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) SIM (1) NÃO
2) Você deixou de fazer muitos de seus interesses e atividades?	(1) SIM (0) NÃO
3) Você sente que sua vida está vazia?	(1) SIM (0) NÃO
4) Você se aborrece com frequência?	(1) SIM (0) NÃO
5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
6) Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	(1) SIM (0) NÃO
7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) SIM (1) NÃO
8) Você sente que sua situação não tem saída?	(1) SIM (0) NÃO
9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) SIM (0) NÃO
10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(1) SIM (0) NÃO
11) Você acha maravilhoso estar vivo?	(0) SIM (1) NÃO
12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1) SIM (0) NÃO
13) Você se sente cheio de energia?	(0) SIM (1) NÃO
14) Você acha que sua situação é sem esperanças?	(1) SIM (0) NÃO
15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(1) SIM (0) NÃO
<p>Nota de corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● < 5: Ausência; ● 6-10: Leves sintomas; ● 11-15: Severos sintomas. 	<p>PONTUAÇÃO FINAL</p>

Anexo D – 10-Point Cognitive Screener



AVALIAÇÃO COGNITIVA (10 – point Cognitive Screener – 10 –CS)

10 pontos Rastreo Cognitivo

Apolinario et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jan;31(1):4-12.

Não (0) Sim(1)

1)	Em qual ano nós estamos?	0	1
2)	Em qual mês nós estamos?	0	1
3)	Que dia do mês é hoje?	0	1

4) Agora eu vou dizer o nome de três objetos. Por favor, espere até que eu fale todos os três objetos, e então repita-os. Memorize quais são eles, porque daqui uns minutos eu vou perguntar a você novamente quais são eles. Por favor repita então o nome destes objetos: **CARRO – VASO - TIJOLO**

(Pode repetir 3 vezes se necessário; repetição não é pontuada)

5) Agora diga para mim o nome de todos os animais que você possa lembrar, o mais rápido possível. Eu vou te dar um minuto para você dizer o máximo de animais que você consegue se lembrar. Preparado?

0 a 5 animais	0
6 a 8 animais	1
9 a 11 animais	2
12 a 14 animais	3
15 ou mais	4

6) Agora me diga quais foram os três objetos que eu pedi para você memorizar?

CARRO	0 (se não lembrou)	1 (se lembrou)
VASO	0 (se não lembrou)	1 (se lembrou)
TIJOLO	0 (se não lembrou)	1 (se lembrou)

PONTUAÇÃO CS: _____

Ajuste com a escolaridade: Ausência de educação formal: adicione 2 pontos (para o máximo de 10);
1 – 3 anos de escolaridade: adicione 1 ponto (para o máximo de 10);

NOTA DE CORTE	
•	≥8: Normal; 6-7: Possível déficit cognitivo; 0-5: Provável déficit cognitivo.

Anexo E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDOSOS E CUIDADORES ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAO CARLOS

Pesquisador: Aline Cristina Martins Gratão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24244519.3.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.825.117

Apresentação do Projeto:

Evidencia-se que a população idosa apresenta perfil de doenças que causam alto índice de incapacidade e um aumento significativo em custos com saúde. Estes fatores levam ao surgimento da presença do cuidador para prestação de cuidados diários ao idoso, muitas vezes sem apoio e sem orientações. Assim, as universidades brasileiras estão convocadas a formar recursos humanos para a prática profissional direcionada a população que envelhece e ao seu cuidador, bem como a produzir conhecimentos que possam auxiliar o poder público a implantar políticas de atendimento a essas pessoas nessa área. Neste contexto, foi implantado no Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar) o Ambulatório de Gerontologia, para garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento de idosos fragilizados ou em processo de fragilização por equipe especializada e multidisciplinar, favorecendo o processo terapêutico integrador, acolhedor e ininterrupto para este idoso e sua família após internação hospitalar, o que é de extrema importância. O objetivo deste estudo é identificar o perfil dos idosos internados no HU-UFSCar e dos idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia, em função de suas variáveis sociodemográficas e de saúde, além de avaliar o perfil de saúde dos cuidadores acompanhantes destes idosos. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, com avaliações do idoso por meio do índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, Escala de Katz para a avaliação do grau de dependência para as atividades básicas de vida diária e Escala de Lawton para as atividades instrumentais, Mini Exame do estado Mental para avaliação do estado cognitivo e Escala de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.825.117

Depressão Geriátrica para avaliar sintomas depressivos. Para a avaliação do cuidador será aplicado um questionário para caracterizar seu perfil socioeconômico e de saúde, além do Inventário de Sobrecarga de Zarit, para avaliar a percepção objetiva e subjetiva da sobrecarga sofrida pelo cuidador, e o Self-Reporting Questionnaire, para identificar a presença de sintomas de transtornos mentais não psicóticos. O estudo será submetido ao Comitê de ética em Pesquisa para sua aprovação de acordo com os princípios éticos de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos internados e idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia no HU-UFSCar e identificar as características de saúde e sobrecarga dos cuidadores destes idosos.

Objetivo Secundário: Descrever o perfil sociodemográfico do indivíduo idoso hospitalizado e do idoso acompanhado no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar; Avaliar sua função cognitiva, sintomas depressivos e grau de dependência para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária; Avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional no momento da internação e no atendimento ambulatorial; Identificar o percentual de acompanhamentos dos idosos internados no Ambulatório de Gerontologia após o momento de alta hospitalar; Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde do cuidador que acompanha o idoso; Avaliar seu grau de sobrecarga, sintomas psiquiátricos e ainda a necessidade de orientações por estes cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O seguinte projeto pode causar riscos mínimos como desconforto emocional (constrangimento, intimidação, angústia, insatisfação, irritação, malestar) em função das características do projeto. A pesquisadora refere que caso ocorra, o participante estará livre para deixar de responder as perguntas.

Benefícios:

Os benefícios a seus participantes são indiretos: os resultados da pesquisa poderão servir como subsídio para o desenvolvimento de medidas, como a identificação do tipo de atenção adequada a este paciente e potencialização do cuidado, buscando aprimorar o seu bem-estar além de contribuir com a comunidade científica, fornecendo dados a respeito da saúde do idoso no contexto hospitalar.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.825.117

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa intitulado IDOSOS E CUIDADORES ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAO CARLOS insere-se no campo da saúde e traz proposta que articula formação de recursos humanos para a prática profissional direcionada a população no processo de envelhecimento e ao seu cuidador, produção de conhecimentos e implantação de políticas. Nesta direção, configura-se em um estudo atual e socialmente relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta pendências e nem inadequações. Recomendamos aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1455333.pdf	24/10/2019 10:12:43		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/10/2019 09:59:14	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Outros	avaliacao_do_cuidador.pdf	18/10/2019 11:49:11	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Outros	avaliacao_do_idoso.pdf	18/10/2019 11:48:39	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	18/10/2019 11:48:00	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Apendice_F_termo_compromisso.pdf	17/10/2019 20:43:44	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C_TCLE_cuidador.pdf	17/10/2019 20:36:39	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_TCLE_representante.pdf	17/10/2019 20:36:18	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_A_TCLE_idoso.pdf	17/10/2019 20:36:02	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.825.117

Declaração de Pesquisadores	Anexo_H_aprovacao_HU.pdf	17/10/2019 20:35:41	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/10/2019 20:31:16	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESC

Título: Idosos e Cuidadores assistidos no Hospital Unive
Pesquisador Responsável: Aline Cristina Martins Gratão
Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São Ca
 Prezado(a) Senhor(a), pedimos sua colaboraçã
 identificar o perfil de idosos assistidos no HU-UFSCar
 sociodemográficas, de saúde, capacidade funcional, cog
 índice de vulnerabilidade clínico-funcional, além de
 cuidadores acompanhantes destes idosos.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) por ter sessen
 sexos; residente no município de São Carlos/SP; que
 HU-UFSCar por condições clínicas no período da cole
 questionários e possua familiar/cuidador para auxiliar; e
 participar do estudo, concordando com o Termo de Co
 (TCLE) junto ao TCLE do responsável legal. Solicitam
 realização de uma entrevista de aproximadamente 15 mi
 (a) devidamente identificado com avental branco e crack
 questionários com perguntas sobre seus dados sociais
 renda etc.) e sobre sua saúde.

O(a) Sr(a). terá liberdade para se recusar a pa
 inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e
 prejuízo para você. As perguntas poderão lhe
 constrangimento, caso ocorra você estará livre para deixa

Os dados da pesquisa serão divulgados em congr
 nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgad
 desconfortos ou riscos para os entrevistados.

A pesquisa será realizada com intenção de não tr
 para os entrevistados e, caso haja, todos os esforços e
 para ressarci-los. Espero merecer sua confiança, coloc
 informação adicional pelo telefone (19)
 felipebueno99@hotmail.com.

Atenciosamente, Aline Cristina Martins Gratão.

Eu _____
 entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha partic
 em participar. O pesquisador me informou que o projet
 Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar c

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Responsável)

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título: Idosos e Cuidadores assistidos no Hospital Universitário

Pesquisador Responsável: Aline Cristina Martins Gratão

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São Carlos

Prezado(a) Senhor(a), pedimos sua colaboração para identificar o perfil de idosos assistidos no HU-UFSCar, em termos sociodemográficos, de saúde, capacidade funcional, cognitiva e índice de vulnerabilidade clínico-funcional, além de avaliar os cuidadores acompanhantes destes idosos.

O Sr(a). está sendo convidado(a) por ser o responsável por possuir um cuidador a pelo menos 01 (um) mês. Solicitamos para a realização de uma entrevista de aproximadamente 30 minutos por parte do entrevistador (a) devidamente identificado com avental branco para responder a questionários com perguntas sobre os dados sociodemográficos (idade, escolaridade, renda etc.) e sobre sua saúde.

O(a) Sr(a). terá liberdade para se recusar a participar inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e isso sem prejuízo para você nem para o participante idoso. As perguntas não causarão nenhum desconforto ou constrangimento, caso ocorra você é livre para não responder.

Os dados da pesquisa serão divulgados em congressos científicos. Os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. Não haverá nenhum desconforto ou riscos para os entrevistados.

A pesquisa será realizada com intenção de não trazer prejuízo para os entrevistados e, caso haja, todos os esforços e recursos serão empregados para ressarcir-los. Espero merecer sua confiança, coloque-me em contato para mais informações pelo telefone (19) 9111-9999 ou pelo e-mail felipebueno99@hotmail.com.

Atenciosamente, Aline Cristina Martins Gratão.

Eu, _____
 pelo Sr. (a) _____
 que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e
 concordo em participar. O pesquisador me informou que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, do Departamento de
 Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,
 localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 - Caixa Postal 13560-970 - São Carlos, SP.

Apêndice C – Questionário sociodemográfico e de saúde



AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA

AMBULATÓRIO DE GERONTOLOGIA

Data: ___/___/___ Horário: (INÍCIO) ___:___ (FINALIZAÇÃO): ___:___

Aplicador (Nome Completo): _____

Cuidador (Nome Completo): _____

INTERNAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE		
Nome:	Gênero: (1) Masculino (2) Feminino	
Número do Prontuário:		
Data de Nascimento:	Idade:	
Naturalidade:	Estado:	País:
Cor / Etnia: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena		
Estado Civil: (1) Casado (2) Solteiro (3) Viúvo (4) Separado(a) (5) Outros		
Escolaridade (em anos):		
Profissão:	() Aposentado () Pensionista	
Religião () Sim () Não	Qual:	() Praticante
Endereço residencial:		
Telefone pessoal:		



3. HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA

Motivo de internação/Queixa principal (detalhar): 	Motivo de internação (checklist): <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho respiratório
<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Outro: _____ CID internação: 	<input type="checkbox"/> Doenças do aparelho digestivo <input type="checkbox"/> Doenças infecciosas e parasitárias <input type="checkbox"/> Doenças do aparelho geniturinário <input type="checkbox"/> Doenças neurodegenerativas <input type="checkbox"/> Doenças renais <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Outro: _____
Histórico de doenças (pessoal) <i>(ex. hipertensão arterial, diabetes mellitus, etc.)</i>	



Nome dos medicamentos em uso contínuo:				
Quantidade:				
Cartão de vacinas atualizado: (1) Sim (2) Não				
4. SONO (último mês)				
Distúrbio do sono: (1) Normal (2) Insônia (3) Hipersonia (4) Outro/Qual:				
5. QUEDAS (considerando os últimos 6 meses)				
Quedas (quantidade):				
Repercussão	(1) Fratura	(2) Escoriações	(3) Medo	(4) Internações
Circunstâncias	(1) Tropeção/escorregão	(2) Fraqueza muscular	(3) Inconsciência	(4) Doença Aguda
Precisou de ajuda para se levantar? (1) Sim (0) Não				
Em casa possui (1: sim; 0: não): () Escadas/degraus () Iluminação inadequada () Corrimão () Tapetes soltos/obstáculos				
6. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS				
Peso: _____ / Altura: _____ ² = _____ IMC:				
IMC () < 22: Baixo peso () > 22 e < 27: Adequado () > 27: Sobrepeso				
7. HÁBITOS DE VIDA (considerando os últimos 6 meses)				
TABAGISMO		CONSUMO DE ÁLCOOL		
Você fuma? (1) Sim (2) Não		Consome bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não		
SE SIM, PREENCHER ABAIXO:		SE SIM, PREENCHER ABAIXO:		
Quantos cigarros por dia?		Já bebeu ao menos 5 doses de bebida alcoólica diariamente?		
Há quantos anos?		(1) Sim (2) Não		
Há quanto tempo deixou de fumar?		Há quanto tempo deixou de beber?		
ATIVIDADE FÍSICA (considerando os últimos 6 meses)				
Pratica Atividade Física (150 min semanais)? (1) Sim (2) Não				
Qual(is) atividade(s)?				
8. SUPORTE FAMILIAR				
Com quem reside: () Sozinho(a), () Com familiares, apenas. Qual familiar: _____				
O Sr(a) recebe algum tipo de ajuda? Se sim, qual (is): () material/ financeira, () afetiva/emocional, () atividade de vida diária.				
9. ASPECTOS SOCIAIS (considerando os últimos 6 meses)				



Você tem oportunidades de atividades de lazer? Sim Não

Quais tem feito: _____

Qual a frequência? Diariamente Semanalmente Mensalmente Outro

Lazer (ex. caminhar, fotografar, ver filmes, ler livros, ouvir música, dançar, fazer orações, cantar, tocar instrumento musical)

O(a) sr.(a) tem medo de alguém próximo do seu convívio? Sim Não

O(a) sr.(a) tem sofrido agressões físicas e/ou psicológicas? Sim Não

Alguém tem usado o dinheiro do(a) sr.(a) sem autorização? Sim Não

Violência e maus-tratos (Física: agressão corporal/Psicológica: Palavras, gestos, olhares, sem necessariamente ocorrer o contato físico.)

