

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-  
MOTORA**

**Jéssica da Rocha Pedroso**

**IMOBILIDADE, FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM  
IDOSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Santa Maria, RS.  
2019

**Jéssica da Rocha Pedroso**

**IMOBILIDADE, FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS NO  
CONTEXTO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, Área de Concentração: Abordagem Integralizadora da Postura Corporal, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Reabilitação Físico-Motora.

Orientadora: Profa. Dra. Míriam Cabrera Corvelo Delboni

Santa Maria, RS.  
2019

**Jéssica da Rocha Pedroso**

**IMOBILIDADE, FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS NO  
CONTEXTO HOSPITALAR**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, Área de Concentração: Abordagem Integralizadora da Postura Corporal, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora.**

**Aprovado em 16 de agosto de 2019:**

---

Míriam Cabrera Corvelo Delboni, Dra. (UFSM)  
(Presidente Orientador)

---

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, Dra. (UFSM)

---

Dani Laura Peruzzolo, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS.  
2019

## RESUMO

### IMOBILIDADE, FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS NO CONTEXTO HOSPITALAR

AUTORA: Jéssica da Rocha Pedroso

ORIENTADORA: Profa. Dra. Míriam Cabrera Corvelo Delboni

Este estudo objetivou determinar a prevalência e a relação entre imobilidade, fragilidade e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. Tratou-se de um estudo transversal e analítico, realizado em um hospital, entre 2015 e 2016. Participaram do estudo pacientes a partir de 60 anos, de ambos os sexos, internados na emergência. A coleta de dados foi através de um formulário para dados sociodemográficos e uma avaliação clínico-funcional. Para dados da evolução hospitalar utilizou-se um formulário de registro de complicações, tempo de internação e óbito. Foram selecionados para análise o *checklist* dos desfechos hospitalares, escalas EFE e GDS4. Foram avaliados 533 idosos, onde predominou o sexo masculino, a faixa etária de 60 a 69 anos e as neoplasias como patologia de internação. Os dados foram analisados por meio de análise estatística descritiva. A associação deu-se pela análise univariada (Qui-Quadrado e *Fisher*) e a correlação através da análise multivariada de regressão logística. O perfil da imobilidade caracterizou-se por idosos com idade entre 60 e 69 anos (39,7%), mulheres (53,7%), internados por fraturas (26,2%), com tempo de internação superior a duas semanas (43,0%) e 32,2% foram a óbito. Na fragilidade mensurada pela EFE, 72,4% dos idosos com imobilidade hospitalar apresentaram algum grau de fragilidade. A GDS apresentou 56,3% dos idosos com indicadores de depressão. A imobilidade mostrou-se associada à idade, patologia de admissão, tempo de internação, fragilidade e óbito. Conclui-se que conhecer a prevalência das condições estudadas corrobora para aprimorar estratégias de cuidado e melhorias do atendimento prestado ao idoso no contexto hospitalar.

Palavras-chaves: Idoso. Hospitalização. Limitação de mobilidade. Fragilidade. Depressão.

## **ABSTRACT**

### **IMMOBILITY, FRAGILITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN THE ELDERLY IN HOSPITALS**

AUTHOR: Jéssica da Rocha Pedroso

ADVISOR: Profa. Dra. Míriam Cabrera Corvelo Delboni

This study aimed to determine the prevalence and relationship between immobility, fragility and depressive symptoms in the elderly hospitalized. This was a cross-sectional study and analytical, carried out in a hospital, between 2015 and 2016. Participated in the study patients from 60 years, of both genders, hospitalized in emergency. Data collection was through a form for demographic data and clinical and functional assessment. For data of hospital development a form of complications, length of hospitalization and death. Were selected for analysis of hospital outcomes checklist, EFE and GDS4 scales. 533 elderly were evaluated, where the male predominated, the age group of 60 to 69 years and neoplasias as pathology of hospitalization. Data were analyzed through descriptive statistics. Data were analyzed through descriptive statistics and inferential analysis. The Association gave for the univariate analysis (Chi-square and *Fisher*) and the correlation by multivariate logistic regression analysis. The profile of immobility was characterised by old people aged between 60 and 69 years (39.7%), women (53.7%), hospitalized for fractures (26.2%), with length of stay more than two weeks (43.0%) and 32.2% to death. The fragility measured by EFE, 72.4% of the elderly with hospital immobility showed some degree of fragility. The GDS 56.3% of elderly presented with indicators of depression. The immobility was shown to be associated with age, pathology of admission, length of stay, fragility and death. It is concluded that meet the prevalence of conditions studied corroborates to enhance care strategies and improvements in the service provided to the elderly in hospitals.

Keywords: Elderly. Hospitalization. Limitation of mobility. Fragility. Depression

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1.** Gráfico da prevalência de fragilidade na população de 60 anos ou mais, por escore da Escala de Fragilidade de Edmonton em associação a imobilidade. Hospital Universitário de Santa Maria, 2015-2016.

**Figura 2.** Gráfico de prevalência de sintomas depressivos em idosos com 60 anos ou mais, por escore da Geriatric Depression Scale (GDS4) em associação a imobilidade. Hospital Universitário de Santa Maria, 2015-2016.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Perfil geral da amostra em associação a imobilidade. Santa Maria, RS, 2016.

**Tabela 2.** Perfil de imobilidade hospitalar na população de 60 anos ou mais. Santa Maria, RS, 2016.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>SI</b>	Síndrome do Imobilismo
<b>HUSM</b>	Hospital Universitário de Santa Maria
<b>CONEP</b>	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>EFE</b>	Escala de Fragilidade de Edmonton
<b>GDS</b>	Geriatric Depression Scale
<b>AVD's</b>	Atividades de Vida Diárias
<b>AIVD's</b>	Atividades Instrumentais de Vida Diárias



## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo A.** Normas da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....	11
2. ARTIGO CIENTÍFICO.....	15
3. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso é resultante de um estudo de coorte pertencente ao projeto “Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para realização de pesquisas com seres humanos.

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Há alguns anos, existe uma tendência mundial à diminuição da mortalidade e ao prolongamento da esperança de vida, o que tem levado ao envelhecimento populacional. A melhoria das condições básicas de sobrevivência e o desenvolvimento da medicina e de seus avanços tecnológicos possibilitam a cura de doenças, antes consideradas fatais (MIRANDA *et al.*, 2016).

O cuidado de pacientes idosos difere daquele prestado aos pacientes jovens por várias razões. Apesar de haver debates sobre as causas dessas diferenças, é provável que essas sejam uma combinação de alterações biológicas que ocorrem durante o envelhecimento, doenças associadas, atitudes e crenças de pessoas idosas e seus cuidadores (KANE *et al.*, 2015). O envelhecimento representa um desafio não só para o sistema previdenciário, mas também pela transformação epidemiológica e o conseqüente aumento das doenças crônicas (AYAMA; FERIANCIC, 2014).

As síndromes geriátricas surgem quando as conseqüências fisiológicas e patológicas do envelhecimento são negligenciadas. São conhecidas como “7 is” da geriatria: Incapacidade Cognitiva, Instabilidade Postural, Imobilidade, Incontinência Urinária, Iatrogenia, Incapacidade de Comunicação e Insuficiência Familiar (MORAES *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2010).

Conforme descreve Moraes (2010), o conceito de imobilidade pode ser entendido como qualquer limitação do movimento e implica em importante causa de comprometimento da independência e qualidade de vida, apresentando um espectro de gravidade variável e frequentemente progressivo. Quando chega ao seu nível de gravidade máxima é definida como Síndrome do Imobilismo (SI) e representa a caracterização da dependência completa do idoso, do qual necessita de cuidador

por período integral. Suas características são divididas em critério maior (déficit cognitivo médio a grave e múltiplas contraturas) e critério menor (afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal, úlceras de pressão). São requisitos para o diagnóstico de SI apresentar as características do critério maior e pelo menos duas do critério menor (NARITA; MENDES, 2014).

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem, muitas vezes, implicar numa situação de imobilidade, sendo que de início, a imobilidade produz uma redução da capacidade funcional de um órgão e mais tarde afeta órgãos múltiplos e sistemas do corpo, que vão muito além da senescência normal. A imobilidade prolongada pode acarretar em uma redução da capacidade funcional dos sistemas tegumentar, musculoesquelético, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, geniturinário e sistema nervoso. (LEDUC, 2018; BOECHAT, 2015).

A imobilidade pode ser classificada como temporária, em casos de fraturas, cirurgias, internações, doenças agudas e infecções. E também pode ser crônica, em situações de demências, depressão grave, doenças cardiorrespiratórias, astenia, dor crônica, neoplasias, distúrbios de marcha, fobia de queda e sequelas de acidente vascular cerebral (CHAIMOWICZ et al, 2009).

Kane *et al.* (2015) explana que a imobilidade pode ser causada por uma ampla variedade de fatores, divididos em fatores intrapessoais, incluindo os fatores psicológicos, alterações físicas e causas ambientais. Os efeitos colaterais oriundos de medicamentos também podem contribuir para a imobilidade (KANE *et al.*, 2015).

A fragilidade não apresenta um consenso em sua definição, por isso em uma conferência realizada pela Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria e a Organização Mundial da Saúde, em 2012 na Flórida, a fragilidade foi diferenciada em uma definição mais ampla, associada a um estado ou condição geral do indivíduo, e uma síndrome clínica mais específica nomeada como fragilidade física (DUARTE; LEBRÃO, 2018).

Desta forma a fragilidade ficou definida como um estado clínico caracterizado pelo aumento da vulnerabilidade do indivíduo a maior dependência e/ou mortalidade quando exposto a um estressor e que pode ocorrer devido à presença de multimorbidades diversas. Já a fragilidade física trata-se de uma síndrome clínica que engloba múltiplas causas e fatores associados que se caracteriza por perda muscular, diminuição da resistência e função fisiológica, aumentando a

vulnerabilidade de um indivíduo para o desenvolvimento de maior dependência e/ou morte. (DUARTE; LEBRÃO, 2018).

Nesta conferência também se discutiu que a fragilidade não se trata apenas de uma condição física, mas também é de caráter psicológico ou ainda uma combinação das duas condições. Assim, conclui-se que existam duas abordagens para definir fragilidade física que se tornaram populares: o modelo de acumulação de déficits que gera o índice de fragilidade e o fenótipo de fragilidade que consiste na apresentação de um ou mais de cinco componentes (perda de peso, fadiga, fraqueza, lentidão e redução da atividade física) em decorrência de um sistema múltiplo de desregulação (DUARTE; LEBRÃO, 2018).

Ainda que não determinantes da fragilidade, são frequentes entre os seus portadores anormalidades da marcha e balanço, ocorrência de quedas, sintomas depressivos, redução da massa óssea, alterações cognitivas e déficits sensoriais. Também a vulnerabilidade a processos infecciosos ou traumáticos e a má resposta às terapêuticas instituídas são características frequentes desta população (CESARI *et al.*, 2006; EVANS *et al.*, 2010).

A internação hospitalar se configura como um importante recurso de atenção aos idosos, compondo a rede de atenção à saúde. As doenças crônicas e características do envelhecimento levam os idosos a uma maior procura pelos serviços de saúde, tornando-se um dos principais determinantes das hospitalizações dos mesmos, caracterizando internações mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, se comparado com outras faixas etárias (NUNES *et al.*, 2017).

Todavia, a hospitalização é considerada de grande risco especialmente para a população mais idosa. Internações repetidas ou por período muito longo podem acarretar em consequências negativas para a saúde do idoso (NUNES *et al.*, 2017; SIQUEIRA, *et al.*, 2004). Além disso, a hospitalização pode se tornar uma situação agressiva: exames, condutas terapêuticas invasivas, imobilidade forçada, falta de privacidade, ambiente não familiar, ruptura do cotidiano e dependência nas atividades de vida diária tornam o hospital um lugar hostil para o idoso. Nessa condição pode ocorrer a exacerbação das alterações de humor preexistentes ou podem ser provocadas pela nova situação em que se encontra o indivíduo, acarretando em insegurança, estresse e receio quanto ao prognóstico, medo da morte e dependência (DIOGO; RIBEIRO, 2009).

Conforme destaca Batistoni *et al.* (2013) a depressão na velhice é considerada como um dos mais frequentes agentes de sofrimento emocional e de diminuição significativa na qualidade de vida. Na população idosa os sintomas depressivos se manifestam de forma variada, heterogênea e necessitam de adaptações na forma de diagnóstico e tratamento.

A depressão nos idosos assume características especiais, dificultando o diagnóstico e retardando o tratamento. Há vários fatores que somam e favorecem o aparecimento da depressão como a presença de múltiplas doenças crônicas, polifarmácia, mudanças no papel social, perda de familiares e amigos próximos, modificação da estrutura familiar e redução da renda e suporte social (BOTTINO; APARÍCIO, 2011).

Na velhice, alguns dos sintomas, dos correlatos sociodemográficos e psicossociais e dos desfechos clínicos associados a sintomas depressivos guardam semelhança ou sobrepõem-se aos da fragilidade. Ambas as condições impactam na qualidade do desempenho das atividades de vida diária, pois são acompanhadas de alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, diminuição da qualidade das relações sociais e predizem morbidades e mortalidade (BATISTONI *et al*, 2013).

No contexto destas situações que podem afetar a funcionalidade global do idoso e que podem ser oriundas da hospitalização ou acarretar na mesma em demasia, o objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência e a relação entre a imobilidade, fragilidade e sintomas depressivos no contexto hospitalar.

Na sequencia será apresentado o artigo resultante deste trabalho, segundo as normas da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (ANEXO A).

## 2. ARTIGO CIENTÍFICO

### **Imobilidade, fragilidade e sintomas depressivos em idosos no contexto hospitalar**

Immobility, fragility and depressive symptoms in the elderly in the hospital context

### **Imobilidade, fragilidade e sintomas depressivos em idosos**

Immobility, fragility and depressive symptoms in the elderly

#### **Resumo**

**Objetivo:** Determinar a prevalência e a relação entre imobilidade, fragilidade e sintomas depressivos, em idosos hospitalizados. **Método:** Estudo transversal realizado em um hospital, entre 2015 e 2016. Participaram do estudo pacientes com 60 anos ou mais, ambos os sexos, que internaram na emergência. O instrumento de coleta foi um formulário elaborado para a obtenção dos dados sociodemográficos e uma avaliação clínico-funcional. Para os dados da evolução hospitalar e desfecho foi utilizado um formulário de registro de complicações, tempo de internação e ocorrência de óbito, preenchido a partir da revisão dos prontuários periodicamente. Foram selecionados para análise escalas EFE e GDS 4 e o *checklist* dos desfechos hospitalares. **Resultados:** Foram avaliados 533 idosos, onde houve a predominância do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos, com neoplasias como principal patologia de internação. O perfil da imobilidade hospitalar caracterizou-se como a de idosos com idade entre 60 e 69 anos (39,7%), mulheres (53,7%), internados por fraturas (26,2%), com tempo de internação superior a duas semanas (43,0%) e 32,2% foram a óbito. Na fragilidade mensurada pela EFE, observou-se que 72,4% dos idosos com imobilidade hospitalar apresentaram algum grau de fragilidade. A GDS apresentou 56,3% com indicadores de depressão. A imobilidade mostrou-se associada à idade, patologia de admissão hospitalar, tempo de internação, fragilidade e óbito. Não houve correlação entre as três condições estudadas. **Conclusão:** Conhecer a prevalência das condições estudadas, frequentes em idosos hospitalizados, corrobora para aprimorar estratégias de cuidado e melhorias do atendimento prestado ao idoso no contexto hospitalar.

**Palavras-chaves:** Idoso. Hospitalização. Limitação de mobilidade. Fragilidade. Depressão.

## Abstract

**Objective:** to determine the prevalence and relationship between immobility, fragility and depressive symptoms in the elderly hospitalized. **Method:** Cross-sectional study conducted in a hospital between 2015 and 2016. The study participants were patients aged 60 years or older, both sexes, who had admitted to the emergency. The collection instrument was an elaborate form for obtaining socio-demographic data and a clinical-functional evaluation. For hospital development and outcome data was used a form of complications, length of stay and occurrence of death, filled from the review of the records periodically. The EFE, GDS 4 scales and the hospital outcomes *checklist* were selected for analysis. **Results:** We evaluated 533 elderly individuals, where there was a predominance of males, in the age range from 60 to 69 years, with neoplasms as the main pathology of hospitalization. The profile of the hospital immobility was characterized as old people aged between 60 and 69 years (39.7%), women (53.7%), which joined by fractures (26.2%), with length of stay more than two weeks (43.0%) and 32.2% to death. The fragility measured by EFE, 72.4% of the elderly with hospital immobility showed some degree of fragility. GDS presented 56.3% with depression indicators. The immobility was shown to be associated with age, pathology of hospital admission, length of stay, fragility and death. There was no correlation between the three conditions studied. **Conclusion:** to know the prevalence the studied conditions, frequent in the elderly hospitalized, supports to enhance care strategies and improvements in the service provided to the elderly in hospitals.

**Keywords:** Elderly. Hospitalization. Limitation of mobility. Fragility. Depression

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional vem acelerando e desta forma tem-se chamado atenção às condições de saúde das pessoas durante os últimos anos de vida, principalmente sobre a incidência de morbidade múltipla e incapacidade funcional. A incapacidade funcional afeta diretamente a autonomia e independência do idoso, acarretando prejuízos na sua qualidade de vida<sup>1</sup>.

A saúde do idoso está relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade do mesmo de gerir a própria vida, ou seja, a sua autonomia, ou cuidar de si mesmo, a independência. Ela é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda de quaisquer dessas funções pode resultar na instalação de fragilidades e possíveis síndromes geriátricas<sup>2,3</sup>.

Síndromes geriátricas são condições multifatoriais e se caracterizam como um grupo de sinais e sintomas que ocorrem com maior frequência na população idosa, especialmente nos idosos frágeis. Podem ser resultantes de doenças



específicas, mas também de múltiplos déficits que acabam gerando declínio funcional e dependência. Atualmente são conhecidas como os “7 is” da geriatria e compõem a imobilidade, incapacidade cognitiva, incapacidade comunicativa, incontinência urinária, instabilidade postural, iatrogenia e insuficiência familiar<sup>2,3,4</sup>.

O indivíduo ter mobilidade e poder se deslocar pelo ambiente são características de um envelhecimento saudável, pois o permite ser capaz de realizar as atividades da vida diária (AVD's)<sup>5</sup>. Delboni et al.<sup>6</sup> destaca a importância de manter a independência nas diversas ocupações humanas próprias de cada idoso, bem como a permanência de seus papéis sociais que são fundamentais para a manutenção da sua autonomia. Quando a mobilidade é reduzida, autoimposta ou não, leva-o a restrições ou privações ocupacionais, acarretando aos idosos uma série de consequências negativas em níveis psicológico e fisiológico que podem afetar a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida<sup>5,6,7</sup>.

A imobilidade se caracteriza pelo ato ou efeito resultante da supressão de todos os movimentos de uma ou mais articulações em decorrência da diminuição das funções motoras, impedindo a mudança de posição ou translocação corporal. Possui diferentes níveis de gravidade e na geriatria é utilizado o termo Síndrome do Imobilismo ou Imobilização (SI) quando a imobilidade chega a seu nível máximo de gravidade, acarretando em dependência total e os efeitos da imobilidade prolongada resultam em outras complicações. Desta forma para caracterizar-se a SI o indivíduo deve apresentar presença de déficit cognitivo médio a grave e múltiplas contraturas (critério maior) e apresentar pelo menos duas características do critério menor onde são considerados os sinais de sofrimento cutâneo ou úlcera de pressão, disfagia leve a grave, dupla incontinência e afasia<sup>8</sup>.

A imobilidade pode levar a complicações em praticamente todos os principais sistemas orgânicos (sistemas tegumentar, musculoesquelético e articular, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, geniturinário, endócrino e sistema nervoso). A inatividade ou o repouso prolongado no leito tem consequências físicas e psicológicas adversas<sup>8,9</sup>.

A fragilidade é forte determinante de incapacidade e de dependência e os idosos considerados frágeis possuem um fenótipo específico, caracterizado frequentemente por condições clínicas instáveis como distúrbios cognitivos graves, perda de autonomia, desnutrição, usam múltiplos fármacos, condições

socioeconômicas críticas, distúrbios múltiplos, demência e incapacidades. São incapazes de se movimentar, mantidos confinados no leito e, devido a essa imobilidade, adquirem ou evoluem para outras complicações como a SI<sup>8,10</sup>.

No caso de uma internação, considerando-se que o hospital é um ambiente preparado para solucionar doenças agudas, com o aumento da longevidade, a população está desencadeando cada vez mais doenças crônicas e a atenção ao idoso é diferente das demais faixas etárias, possuindo as suas próprias particularidades. Desta forma, vem crescendo estudos que visam atender essa população de forma mais eficaz e satisfatória, com indicadores específicos a essa população.

As hospitalizações em demasia ou por tempo prolongado podem acarretar em implicações negativas para a saúde da população idosa, como diminuição da capacidade funcional, da qualidade de vida e aumento da fragilidade<sup>11</sup>. Hospitalização por uma doença aguda ou crônica impõe certo grau de imobilidade em qualquer paciente, e o declínio funcional pode manifestar-se rapidamente no paciente idoso<sup>12</sup>.

Outro importante aspecto a ser considerado na abordagem do idoso é o humor que é a motivação necessária para os processos mentais, sendo um dos domínios funcionais no idoso<sup>3</sup>. Os transtornos de humor são considerados uma das desordens psiquiátricas mais prevalentes em idosos, causando a perda de autonomia e agravando patologias já preexistentes<sup>3</sup>. A depressão é considerada como um dos mais frequentes agentes de sofrimento emocional e de diminuição significativa na qualidade de vida na velhice, estando também associada a um maior risco de mortalidade, aumento da demanda e utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e pouca adesão às terapêuticas<sup>3,13</sup>.

Portanto, procurando-se investigar essas condições descritas, que acometem muitos idosos, esse artigo tem como objetivo principal apresentar a prevalência e a relação entre imobilidade, fragilidade e sintomas depressivos, em idosos no âmbito do contexto hospitalar.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um recorte transversal de um estudo de coorte prospectivo, realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que avaliou idosos

internados no período de setembro de 2015 a outubro de 2016, desde a sua admissão hospitalar, as ocorrências durante o internamento e os desfechos até a alta. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, CAAE: 48212915.50000.5346. Os critérios de inclusão foram: pacientes idosos, com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente, que necessitaram de internação hospitalar. Ficaram excluídos pacientes impossibilitados de responder os questionários (por déficit cognitivo ou de comunicação), ou por não possuírem acompanhante para o fornecimento dos dados necessários. A efetuação do cálculo amostral para o estudo de coorte foi realizado através da revisão de literatura, onde se encontrou a proporção entre os indivíduos, em emergências, classificados em risco ou não, por meio dos preditores, assim como a incidência das comorbidades em cada categoria. Considerou-se uma exposição de 25% a 50%, utilizando um nível de confiança de 95%, um poder estatístico de 80% e uma estimativa de perdas em torno de 20% obtendo-se uma amostra de 546 indivíduos.

As entrevistas foram realizadas por acadêmicos do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Maria após treinamento interno ministrado pela docente responsável pelo projeto. Para a realização desse estudo foram seguidos os princípios éticos da Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informados sobre os objetivos do projeto, potenciais riscos e benefícios.

A coleta de dados foi obtida através de um formulário elaborado para o levantamento dos dados sociodemográficos e uma avaliação clínico-funcional, da qual era composta de questionários e testes aplicados ao paciente ou acompanhante, até 48h após a internação dos idosos que ingressaram na emergência por causas diversas.

Para o acompanhamento da evolução hospitalar, os prontuários foram revisados periodicamente e os pacientes reavaliados pelo mesmo acadêmico da entrevista inicial, a cada 48 horas, para a obtenção e registro de ocorrência de complicações e os seguintes desfechos: Delirium, imobilidade, quedas, desnutrição, infecções nosocomiais (trato urinário e pneumonia), tromboembolismo venoso,

efeitos adversos de polifarmácia e incontinência urinária, além do tempo de internação, medicação utilizada no período e ocorrência de óbito.

A avaliação foi composta pela aplicação de testes, utilizando-se instrumentos que avaliaram a presença de comorbidades, a capacidade funcional (aspectos de cognição, humor e mobilidade do idoso) e fragilidade. Neste estudo foram selecionados o *checklist* dos desfechos hospitalares, Escala de Fragilidade de Edmonton e a *Geriatric Depression Scale* (GDS 4).

A Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) avalia a presença de indicadores de fragilidade. Esta escala se caracteriza como um instrumento que avalia nove domínios e onze itens para determinar o grau de fragilidade de pacientes submetidos ao teste<sup>14</sup>.

A Escala de Depressão em Geriatria (*'Geriatric Depression Scale'* — GDS) é uma escala construída especificamente para a população idosa e se tornou um dos instrumentos mais utilizados para rastreamento de depressão no idoso. As versões reduzidas da GDS com 1, 4, 10, 15, e 20 questões (em contraste com as 30 questões da versão original) vêm sendo bastante utilizadas na prática clínica devido a sua rapidez de aplicação. O instrumento é autoaplicável ou realizado por um entrevistador, com respostas dicotômicas (sim ou não) a respeito de como a pessoa tem se sentido durante a última semana. Cada resposta positiva para sintomas depressivos recebe um ponto<sup>15</sup>.

Os dados foram plotados em planilhas e analisados, utilizando-se da análise estatística descritiva dos dados. Quanto às variáveis categóricas binárias, nominais ou de contagem discreta foi calculada frequência. A associação deu-se pela análise univariada, através do teste não paramétrico Qui-Quadrado e teste exato de *Fisher*, a correlação entre as variáveis foi avaliada através da análise multivariada de regressão logística – método backard wald com intervalo de confiança de 95% e níveis de significância menores que 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## **RESULTADOS**

A amostra foi constituída por 533 idosos (vide tabela 1), sendo excluídos 1 indivíduos devido aos critérios de exclusão estabelecidos na metodologia.

**Tabela 1.** Perfil geral da amostra em associação a imobilidade. Santa Maria, RS, 2016.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>Descrição</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>p valor</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	186	<b>43,8</b>	<i>0,363 (qui-quadrado)</i>
	Masculino	239	<b>56,2</b>	
<b>Idade</b>	<i>60-69 anos</i>	198	<b>46,6</b>	<i>0,001 (fisher)</i>
	<i>70-79 anos</i>	147	<b>34,6</b>	
	<i>80-89 anos</i>	63	<b>14,6</b>	
	<i>90-99 anos</i>	16	<b>3,8</b>	
	<i>&gt;100 anos</i>	2	<b>0,5</b>	
<b>Patologia de internação</b>	Neoplasias	82	<b>19,3</b>	<i>0,001(qui-quadrado)</i>
	Fraturas	76	<b>17,9</b>	
	Digestivo	76	<b>17,9</b>	
	AVC	79	<b>18,6</b>	
	Outros	40	<b>9,4</b>	
	Infecto	37	<b>8,9</b>	
	Pulmonar	35	<b>8,2</b>	
<b>Tempo de Internação</b>	1 semana	126	<b>29,6</b>	<i>0,001(qui-quadrado)</i>
	2 semanas	156	<b>36,7</b>	
	>2 semanas	143	<b>33,6</b>	
<b>Imobilidade Hospitalar</b>	Não	183	<b>43,1</b>	
	Sim	214	<b>50,4</b>	
	Prévia	28	<b>6,6</b>	
<b>Indicadores de depressão (GDS-4)</b>	Não	163	<b>45,5</b>	<i>0,782 (Qui-quadrado )</i>
	Sim	195	<b>54,5</b>	
<b>Fragilidade -Edmonton</b>	Não Frágil	136	<b>32</b>	<i>0,018(qui-quadrado)</i>
	Levemente Frágil	128	<b>30,1</b>	
	Moderadamente	138	<b>32,5</b>	
	Frágil	23	<b>5,4</b>	
<b>Óbito</b>	Não	336	<b>79,1</b>	<i>0,001(qui-quadrado)</i>
	Sim	89	<b>20,9</b>	

Fonte: Autores, 2016.

Dos idosos internados no período do estudo, predominaram os idosos do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos (mediana de 71) e com as neoplasias como principal patologia de internação. O tempo de internação hospitalar variou de 1 a 115 dias. Os resultados apontaram que dos 425 idosos que constituíram a amostra houve a prevalência de imobilidade em 50,4% (n=214).

**Tabela 2.** Perfil de imobilidade hospitalar na população de 60 anos ou mais. Santa Maria, RS, 2016.

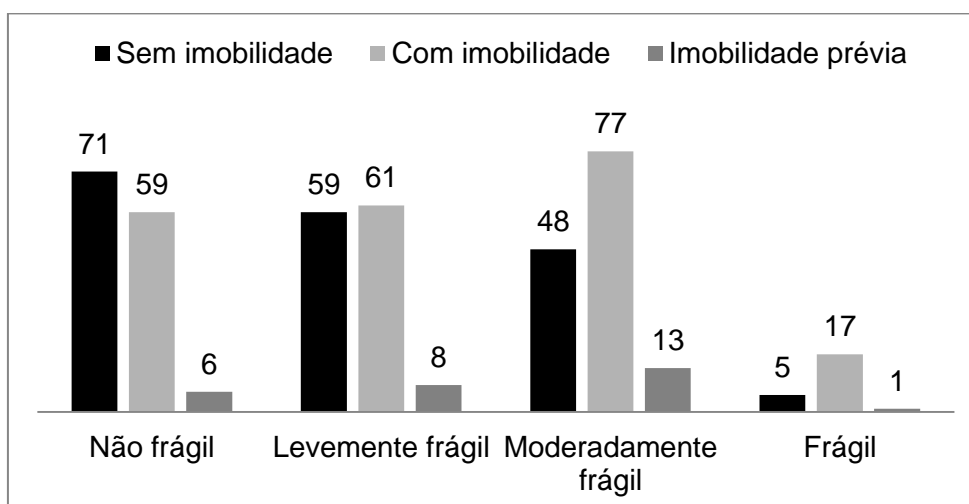
VARIÁVEL	Descrição	(%)
Idade	60 – 69 anos	39,7
Sexo	Feminino	53,7
Patologia de Internação	Fratura	26,2
	Doenças gástricas	17,3
	AVC	19,6
Tempo de internação	>2 semanas	43,0
Óbito	Sim	32,2
Fragilidade - Edmonton	Não Frágil	27,6
	Levemente Frágil	28,5
	Moderadamente Frágil	36,0
	Frágil	7,9
Indicadores de Depressão (GDS-4)	Sim	56,3

Fonte: Autores, 2016.

Observou-se o perfil da imobilidade hospitalar (tabela 2) como sendo a de idosos com idade entre 60 e 69 anos (39,7%), do sexo feminino (53,7%), que ingressaram no hospital por fraturas em geral (26,2%), seguido de doenças gástricas (17,3%) e acidente vascular encefálico (19,6%). O tempo de internação foi maior que duas semanas (43,0%) e como desfecho observou-se que 32,2% (n=69) dos idosos foram a óbito.

A figura 1 mostra o gráfico da prevalência dos indivíduos idosos hospitalizados com imobilidade que apresentaram indicadores de fragilidade mensurada pela escala de *Edmonton*.

**Figura 1.** Gráfico da prevalência de fragilidade e imobilidade na população de 60 anos ou mais, por escore da Escala de Fragilidade de Edmonton em associação a imobilidade. Hospital Universitário de Santa Maria, 2015-2016.

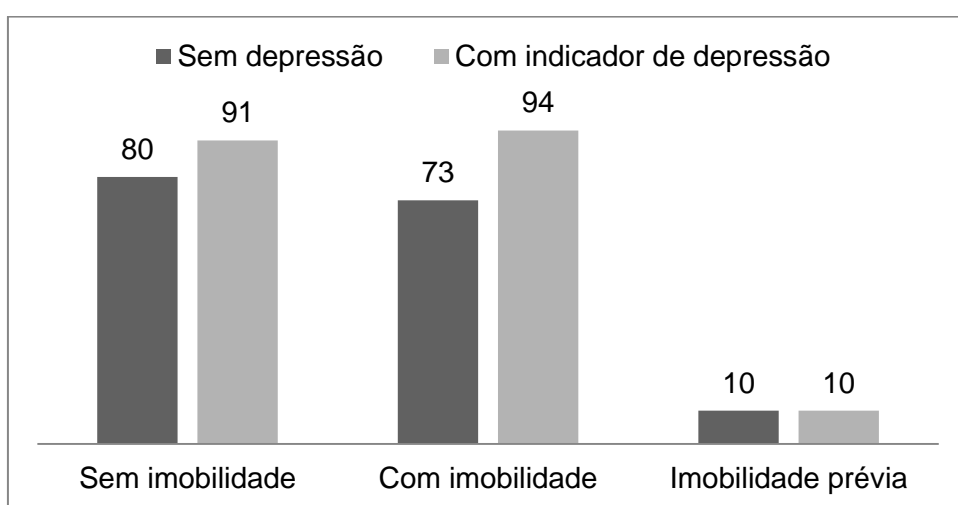


Fonte: Autores, 2016.

Em relação à fragilidade, observou-se que dos idosos com imobilidade hospitalar 36,0% (n=77) eram moderadamente frágeis, 28,5% (n=61) eram levemente frágeis, 27,6% (n=59) não possuíam fragilidade e 7,9% (n=17) eram frágeis (vide figura 1).

A figura 2 mostra o gráfico de prevalência dos idosos com imobilidade que apresentaram sintomas depressivos.

**Figura 2.** Gráfico da prevalência de sintomas depressivos e imobilidade em idosos com 60 anos ou mais, por escore da *Geriatric Depression Scale (GDS4)* em associação a imobilidade. Hospital Universitário de Santa Maria, 2015-2016.



Fonte: Autor, 2016.

Quanto à prevalência dos sintomas depressivos em idosos com imobilidade observou-se que 56,3% (n=94) possuíam indicadores de depressão e 43,7% (n= não possuíam indicadores de depressão (vide figura 2).

Verificando a associação entre as variáveis identificou-se que a imobilidade associa-se a idade ( $p=0,001$ ), patologia de admissão hospitalar ( $p=0,001$ ), tempo de internação ( $p=0,001$ ), fragilidade ( $p=0,001$ ) e ao óbito ( $p=0,001$ ).

Não houve diferença estatística entre os grupos por sexo e indicadores de depressão.

Analisando a correlação entre os três grupos estudados não houve diferença estatística.

Ao buscar determinar a relação entre imobilidade, sintomas depressivos e fragilidade, em idosos no contexto hospitalar, observou-se que em nenhuma das categorias de ambos os instrumentos houve correlação com imobilidade.

## DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo apresentaram características gerais que corroboram com estudos de Carvalho et al.<sup>16</sup> e Rodrigues et al.<sup>17</sup> em relação à idade, onde prevaleceu a proporção de idosos hospitalizados com idades entre 6 e 79 anos, e ao sexo, com predominância do sexo masculino.

Em relação às patologias de internação, há divergência ao amplamente encontrado na literatura, que aponta como prevalente as internações por patologias cardiovasculares<sup>16, 17, 18</sup>. No presente estudo a prevalência das neoplasias foi maior (19,3%) em relação às outras doenças. Isto pode ser explicado devido ao hospital, onde foi realizado o estudo, ser referência no tratamento de pacientes oncológicos, abrangendo 45 municípios da região Centro-Oeste do RS<sup>19</sup>.

No que tange ao perfil da imobilidade em idosos hospitalizados, a proporção de metade da amostra (50,4%) foi maior comparada à encontrada em outro estudo<sup>20</sup>. O estudo de Gonçalves<sup>21</sup> avaliou 50 idosos com idade superior a 65 anos, em um serviço de medicina interna e apontou em mais da metade da amostra mobilidade reduzida durante o internamento. No hospital a imobilidade é muito comum embora se preconize a mobilização precoce. Brown et al.<sup>22</sup> sugerem que idosos hospitalizados ficam cerca de 83,3% do tempo no leito, e somente 3,8% c tempo em pé ou andando.

Embora na amostra geral tenha-se um número maior de internações hospitalares de pacientes do sexo masculino, em se tratando de indivíduos com imobilidade hospitalar o predomínio, neste estudo, foi de pacientes do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos e com as fraturas como principal patologia de internação. Os resultados encontrados são coerentes com os encontrados na literatura, onde predominou a prevalência de idosos do sexo feminino em relação à internação hospitalar por fraturas<sup>23, 24</sup>.

Isto pode ocorrer devido às mulheres apresentarem maior prevalência de doenças crônicas, maior exposição às atividades domésticas e apresentarem menor quantidade de massa magra e de força muscular, comparadas aos homens na mesma faixa etária. As mulheres atingem o pico de potência muscular antes que os homens, sofrendo o declínio mais precocemente, o que pode acarretar em um maior risco para quedas com a ocorrência de fraturas que podem ser causadoras de imobilidade<sup>24, 25</sup>.



O estudo de Coutinho et al.<sup>26</sup> realizado em um hospital de emergência em Goiânia mostrou as quedas como principal causa de internamento de idosos, com predominância de mulheres, acarretando em traumas que impossibilitaram a locomoção, deixando-as com certo grau de imobilidade no leito. Resultado semelhante a Casagrande et al.<sup>27</sup> que investigou idosos internados com fratura de fêmur, onde 75% dos idosos eram mulheres e a queda foi a principal causa de fratura de fêmur.

A fratura proximal de fêmur é a mais comum dentre as fraturas sofridas por idosos e tem uma alta taxa de morbidade e mortalidade, causa perda da independência na mobilidade e incapacidade funcional, impossibilitando ou limitando o desempenho das AVD's<sup>27</sup>. O tratamento é cirúrgico e preconiza-se a realização da cirurgia em até 48h, a fim de reduzir o risco de complicações secundárias. Cirurgias realizadas após esse período aumentam o risco de mortalidade em 30 dias e até um ano, além de tornar a permanência hospitalar mais longa e conseqüentemente agravar a imobilidade hospitalar<sup>28</sup>.

No campo da geriatria, os termos imobilidade e dependência apresentam-se muitas vezes associados e até sobrepostos<sup>29</sup>. Lopes et al.<sup>30</sup> avaliou a capacidade funcional para as atividades de vida diária (AVD's) e atividades instrumentais de diária (AIVD's), de idosos internados em um serviço de emergência onde classificou-os em dependentes totais, parciais e independentes e obteve, em relação ao sexo, um percentual maior de mulheres dependentes.

O idoso submetido à imobilidade ou inatividade torna-se mais suscetível às complicações, perda funcional e incapacidades, acarretando no comprometimento e dependência nas AVD's<sup>31</sup>. Os doentes mais idosos que apresentam imobilidade perdem cerca de 5% da força muscular por dia de internamento e após a melhora ou cura da doença que motivou a internação hospitalar, muitos não são capazes de realizar as atividades que faziam com o mesmo desempenho de antes da internação<sup>21</sup>. Em um estudo<sup>32</sup> que analisou a permanência hospitalar na emergência de um hospital, 32% dos pacientes considerados com tempo de internação prolongado eram idosos. Isto demonstra que mesmo nas emergências onde o tempo de internação é mais curto em relação a outras unidades hospitalares, os idosos são os que permanecem mais tempo internados.

Nesta pesquisa o tempo de internação foi superior a duas semanas em 43% da amostra, semelhante ao estudo de Nunes et al.<sup>33</sup> onde pacientes acima de 60 anos tiveram uma média de 16,8 dias de internação. O tempo de internação prolongado pode corroborar para o declínio funcional e imobilidade. A permanência no leito a partir de 7 dias já pode ter consequências sobre o sistema musculoesquelético<sup>8</sup>. A ruptura do cotidiano através das privações ocupacionais decorrentes de internação prolongada também podem afetar aspectos psicológicos e cognitivos, piorando a qualidade de vida do idoso<sup>6</sup>.

Neste estudo a imobilidade associou-se a fragilidade e isso pode ser compreendido porque os idosos com fragilidade estão suscetíveis a ficarem confinados no leito, apresentarem redução de massa muscular, redução da força de preensão, lentificação da marcha, fadiga. Sabe-se que idosos frágeis são mais suscetíveis a desfechos adversos como institucionalização, quedas, hospitalização e mortalidade<sup>7</sup>. Dos idosos avaliados com imobilidade hospitalar, 72,4% dos pacientes apresentaram algum grau de fragilidade. No estudo de Storti<sup>18</sup> que também utilizou a Escala de Edmonton para avaliação da fragilidade na clínica médica de um hospital, em Ribeirão Preto (SP), 95% da amostra apresentou algum nível de fragilidade.

Em relação à depressão, neste estudo a prevalência de idosos com imobilidade hospitalar e sintomas depressivos, avaliados pela GDS, contemplou mais da metade da amostra (56,3%). No estudo de Serra et al.<sup>34</sup> que comparou dois instrumentos avaliativos para o rastreio de depressão em idosos hospitalizados, a GDS apontou uma prevalência de 47% da amostra com sintomas depressivos. Não houve diferença estatística em relação ao sexo embora outros estudos apontem o predomínio maior de indicadores de depressão em mulheres<sup>35</sup>. Também não houve associação entre imobilidade e sintomas depressivos.

O óbito intra-hospitalar mostrou-se associado à imobilidade nos idosos deste estudo e pode estar relacionado com o declínio funcional oriundo da hospitalização (internação prolongada e complicações). Porém não se tem dados referentes às causas dos óbitos durante a hospitalização neste estudo, o que impede de apontar se a imobilidade está relacionada com esse desfecho. Não encontrou-se correlação entre as três condições estudadas, embora se apresentem sobrepostas e com frequência na população dos idosos hospitalizados, como demonstrou os achados

na literatura<sup>18,20,21,26,34</sup>. Isso pode ter ocorrido devido a fatores como a necessidade do uso de testes de rastreio curtos e rápidos, além de espaço físico pouco propício para observação da deambulação do idoso, necessária para a coleta de alguns dados, por se tratarem de coletas realizadas em ambiente de emergência. Também, a escassez de estudos que abordem a identificação e correlação entre essas condições em idosos hospitalizados dificultou o estabelecimento de comparações.

## **CONCLUSÃO**

Nos idosos hospitalizados, neste estudo, houve a prevalência da imobilidade em metade da amostra, nos idosos do sexo feminino e que foram internados em decorrência de fraturas. Verificou-se que 72,4% apresentaram algum grau de fragilidade e 56,3% com sintomas depressivos. A imobilidade mostrou-se associada à idade, patologia de admissão hospitalar, tempo de internação, fragilidade e ao óbito.

Conhecer a prevalência da imobilidade, pouco explorada em estudos científicos, e relacioná-la com as condições clínicas fragilidade e depressão, que são encontradas com frequência em idosos hospitalizados, corrobora para aprimorar estratégias no cuidado prestado ao idoso no contexto hospitalar, buscando-se suprimir os fatores que levam a imobilidade, preconizando a mobilização precoce no leito a fim de minimizar os efeitos deletérios da imobilidade, em especial nos idosos considerados frágeis. Também favorece os esforços dos profissionais de saúde a preservar a funcionalidade global do indivíduo, possibilitando que o mesmo não sofra grandes impactos sobre sua independência e autonomia que podem repercutir também após a alta deste idoso, seja para o domicílio ou para uma Instituição de Longa Permanência.

Sugere-se que sejam realizados próximos estudos com ênfase nas condições de imobilidade, fragilidade e depressão dando-lhes um aprofundamento maior acerca de suas peculiaridades e desfechos durante a hospitalização da população idosa.

## **REFERÊNCIAS**

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as projeções da população, 2015.

2. Moriguchi, Y. Entendendo as síndromes geriátricas. EDIPUCRS, 2016.
3. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais Síndromes Geriátricas; Rev Med Minas Gerais, 2010.
4. Magnuson A, Sattar S, Nightingale G, Saracino R, Skonecki E, Trevino KM. A Practical Guide to Geriatric Syndromes in Older Adults With Cancer: A Focus on Falls, Cognition, Polypharmacy, and Depression. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2019 Jan;39:e96-e109.
5. Cocco AR, Napolini AP, Grandó FP. et al. A imobilidade em Instituição de Longa Permanência: Compreendendo o desafio vivenciado pelas equipes de saúde. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo (SP), Brasil, 2013.
6. Delboni MCC, Areosa SVC, Remoaldo PCC, Oliveira MCC. Envelhecimento e representações sociais sobre a participação política em Portugal e no Brasil. Psicologia e Saber Social, 6(1), 101-112, 2017.
7. Townsend E, Marval R. Can professionals actually enable occupational justice? Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 229-242, 2013.
8. Leduc SMM, Leduc VR, Suguino MM. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia - 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
9. De-Souza KC, Bertolini SMMG. Impactos morfofuncionais da imobilidade prolongada na terceira idade. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 56, n. S4, p. 77-92, abr./jun. 2019.
10. Duarte YAO, Lebrão ML. Fragilidade e Envelhecimento. In Freitas, EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia - 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
11. Nunes BPN, Soares MU, Wachs LS, Volz II PM, Saes MO, Durol SMS et al. A. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde Rev Saude Publica, vol. 51, 2017 Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil [acesso em 14 mai. 2019]; 51:43. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp/S151887872017051006646.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp/S151887872017051006646.pdf)
12. GRAF C. Functional decline in hospitalized older adults. Am J Nurs. 2006; 106(1): 58-67.

13. Bombardi MF. Capacidade funcional, cognitiva e estado de humor em idosos assistidos no ambulatório de geriatria - HC/UNICAMP. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Estadual de Campinas, 2012.
14. Souza EMS. Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da Edmonton Frail Scale associada à independência funcional. Tese (Doutorado em Ciências), Universidade de São Paulo, 2013.
15. Lampert CDT, Scortegagna SA. Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. *Avaliação Psicológica*, 2017, 16(1), pp. 4-58.
16. Carvalho TC, do Valle AP, Jacinto, AF, Mayoral VF de Sá, Boas PJFV. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* vol.21 no.2 Rio de Janeiro Apr./Mar. 2018.
17. Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Bertolin DC, Ribeiro RM, De Oliveira MP, et al. Idosos internados em um hospital escola: características clínicas e desfechos. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(12):4938-45, dec., 2017.
18. Storti LB, Fabrício-Whebe SCC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 452-9.
19. Hospital Universitário de Santa Maria. Nossa História. Santa Maria. 2018. [acesso 26 jun de 2019]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husmufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>
20. Szlejf C, Farfel JM, Saporetti LA, Jacob-Filho W, Curiati JA. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermagem geriátrica: estudo prospectivo. *Einstein*. 2008; 6(3):337-42.
21. Gonçalves ACF. Evolução Clínica e das Consequências da Imobilidade em Doentes Internados. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de Coimbra, 2017.
22. Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. (2009). The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. *J Am Geriatr Soc*, 57(9), 1660-1665. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02393.x

23. Soares DS, de Melo LM, da Silva AS, Nunes AA. Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015.
24. Caberlon IC, Bós AJG. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 2015.
25. Muniz CF, Arnaut, AC, Yoshida M, Trelha CS. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.2, p.33-38, jun.2007
26. Coutinho MLN, Samúdio MA, Andrade LM, Coutinho RN, Silva DMA. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. Rev Rene. 2015 nov-dez; 16(6):908-1005.
27. Casagrande LP, Santos F, Lange C, de Llano PMP, Milbrath VM, Pinto AH. Condições de saúde dos idosos internados com fratura de fêmur. O Mundo da Saúde, São Paulo – 2016;40(3):319-326.
28. Pinto IP, Ferres LFB, Boni G, Falótico GG, de Moraes M, Puertas EB. A cirurgia precoce nas fraturas do fêmur proximal em idosos reduz a mortalidade?. Rev Bras Ortop. 2018
29. Quintela, JMRF. Síndrome da imobilidade no idoso. Tese de Mestrado em Medicina. Universidade de Coimbra. 2015.
30. Lopes MC, Lage JS, Vancini-Campanharo CR, Okuno MF, Batista RE. Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. Einstein. 2015;13(2):209-14.
31. Boechat JCS, Manhães FC, da Gama RV, Istoe RSC. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. InterSciencePlace, v. 1, n. 22, 2015.
32. Moraes DS, Cordeiro NM, Fonseca, ADG, Souza e Souza LP, Oliveira e Silva CS, Lopes JR. Fatores associados à internação prolongada nas admissões pela urgência e emergência. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 15, n. 2, p. 680-691, ago./dez. 2017.
33. Nunes Silva AM, France Dias Souza E, de Andrade Barbosa TL, de Oliveira e Silva CS, Mourão Xavier Gomes L. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. 2014;6(4):1590-1600.

34. Serra Marcela Araujo, do-Nascimento Isabela Maria Tavares, Guimarães Gilberto de Lima, da-Silva Silmar Maria, Goveia Vania Regina, Mendoza Isabel Yovana. Prevalência de sintomas depressivos no idoso hospitalizado: estudo comparativo. Rev Enf UERJ v.27 (2019).
35. Oliveira LSA, Maciel MA, Resende LA; Andrade SRS; Moreira SMBP. Ansiedade e depressão em idosos sob a ótica da funcionalidade. Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás - RRS-FESGO, Vol. 2, No 1 (2019).

### **3. CONCLUSÃO**

Com a realização deste trabalho foi possível compreender o quanto a imobilidade dentro do hospital pode prejudicar a recuperação da saúde do idoso, pois impacta diretamente a realização das ocupações deste indivíduo, acarretando em uma ruptura do cotidiano e perda de autonomia e independência. Associada a fragilidade e a depressão podem tornar esse idoso ainda mais vulnerável a desfechos desfavoráveis.

O terapeuta ocupacional tem papel importante no manejo do cuidado do idoso hospitalizado, pois através de ações como a mobilização precoce no leito, estimulação e treino das atividades ocupacionais e ressignificação do cotidiano rompido, promove o engajamento deste idoso em ocupações significativas, a fim de restabelecer a sua funcionalidade global, fortalecendo seus componentes essenciais de cognição, mobilidade, humor e comunicação que vão proporcionar independência, autonomia e conseqüentemente melhor qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

- AYAMA, S.; FERIANCIC, M. M. Fundamentos da Gerontologia. In MENDES, T. A. B. **Geriatría e gerontologia**. – Barueri, SP: Manole, 2014. -- (Manuais de especialização Einstein / editoras Renata Dejtiar Waksman, Olga Guilhermina Dias Farah)
- BATISTONI, S. S. T. et al. Sintomas depressivos e fragilidade. In NERI, A. L. (Org.) **Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2013. – (Coleção velhice e sociedade).
- BOECHAT, J. C. S. et al. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *InterSciencePlace*, v. 1, n. 22, 2015.
- BOMBARDI, M. F. **Capacidade funcional, cognitiva e estado de humor em idosos assistidos no ambulatório de geriatría - HC/UNICAMP**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Estadual de Campinas, 2012.
- BOTTINO, C. M. C; APARÍCIO, M. A. M. Saúde mental e qualidade de vida na velhice: aspectos psiquiátricos. In NERI, A. L. (Org) **Qualidade de Vida na Velhice: Enfoque multidisciplinar**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011 – Coleção velhice e sociedade) - 2ªed.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança **Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: Subsídios para as projeções da população, 2015.
- CABERLON, I. C. & BÓS, A. J.G. Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12):3743-3752, 2015.
- CARVALHO TC, do Valle AP, Jacinto, AF, Mayoral VF de Sá, Boas PJFV. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** vol.21 no.2 Rio de Janeiro Apr./Mar. 2018
- CASAGRANDA LP, Santos F, Lange C, de-Llano PMP, Milbrath VM, Pinto AH. Condições de saúde dos idosos internados com fratura de fêmur. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2016;40(3):319-326.

CESARI, M. et al. Frailty syndrome and skeletal muscle: results from the Invecchiare in Chianti study1-3. **American Journal of Clinical Nutrition**. 2006; 83:1142-8.

COCCO, A. R.; NASPOLINI, A. P., GRANDO, F. P. et al. A imobilidade em Instituição de Longa Permanência: Compreendendo o desafio vivenciado pelas equipes de saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil, 2013.

COUTINHO, M. L. N. et al. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. **Rev Rene**. 2015 nov-dez; 16(6):908-1005.

CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do idoso** – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: Nescon, Coopmed, 2009.

DELBONI, M.C.C. et al. Envelhecimento e representações sociais sobre a participação política em Portugal e no Brasil. **Psicologia e Saber Social**, 6(1), 101-112, 2017.

DE SOUZA, K. C.; BERTOLINI S. M. M. G. Impactos morfofuncionais da imobilidade prolongada na terceira idade. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S4, p. 77-92, abr./jun. 2019

DIOGO, M. J. D.; RIBEIRO, G. L. M. T. O Processo de Admissão Hospitalar do Idoso em Unidade de Clínica Médica. In DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org). **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2009 – (Coleção velhice e sociedade).

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Fragilidade e Envelhecimento. In FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia** - 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

EVANS, W. J. et al. Frailty and muscle metabolism dysregulation in the elderly. **Biogerontology**.; 11:527-36, 2010.

GONÇALVES, A. C. F. Evolução Clínica e das Consequências da Imobilidade em Doentes Internados. **Dissertação** (Mestrado em Medicina). Universidade de Coimbra, 2017

GRAF, C. Functional decline in hospitalized older adults. **Am J Nurs.** 2006; 106(1): 58-67.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Nossa História.** Santa Maria. 2018. [acesso 26 jun de 2019]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>

LAMPERT, C. D. T.; SCORTEGAGNA, S. A. Avaliação das condições de saúde e distorções cognitivas de idosos com depressão. **Avaliação Psicológica**, 2017, 16(1), pp. 4-58.

LEDUC, S. M. M. et al. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia** - 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

LOPES, M. C. et al. Fatores associados ao comprometimento funcional de idosos internados no serviço de emergência. **Einstein.** 2015;13(2):209-14 [acesso: 15 jun. 2019]. Disponível em: <https://journal.einstein.br>

KANE, R. L. et al. **Fundamentos de Geriatria Clínica** – 7. ed – Porto Alegre: AMGH, 2015.

MAGNUSON, A. et al. A Practical Guide to Geriatric Syndromes in Older Adults With Cancer: A Focus on Falls, Cognition, Polypharmacy, and Depression. **Am Soc Clin Oncol Educ Book.** 2019 Jan;39:e96-e109.

MORAES, D.S. et al. Fatores associados à internação prolongada nas admissões pela urgência e emergência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 2, p. 680-691, ago./dez. 2017

MORAES E. N.; MARINO M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais Síndromes Geriátricas; **Rev Med Minas Gerais**, 2010.

MORIGUCHI, Y. **Entendendo as síndromes geriátricas.** EDIPUCRS, 2016.

MIRANDA, G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(3):507-519

MUNIZ, C. F. et al. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.33-38, jun.2007

NARITA, E. M. K; MENDES, T. A. B. Síndrome do Imobilismo. In MENDES, T. A. B. **Geriatría e gerontologia**. – Barueri, SP : Manole -- (Manuais de especialização Einstein / editoras Renata Dejtiar Waksman, Olga Guilhermina Dias Farah), 2014.

NUNES et al. A. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde **Rev Saude Publica**, vol. 51, 2017, Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil.

OLIVEIRA, L. S. A. et al. Ansiedade e depressão em idosos sob a ótica da funcionalidade. **Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás - RRS-FESGO**, Vol. 2, No 1 (2019).

PINTO IP, Ferres LFB, Boni G, Falótico GG, de Moraes M, Puertas EB. A cirurgia precoce nas fraturas do fêmur proximal em idosos reduz a mortalidade?. **Rev Bras Ortop**. 2018.

QUINTELA, JMRF. Síndrome da imobilidade no idoso. **Tese** (Mestrado em Medicina). Universidade de Coimbra [acesso: 17 jun. 2019]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/30569>

RODRIGUES CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Bertolin DC, Ribeiro RM, De Oliveira MP, et al. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(12):4938-45, dec., 2017

SERRA Marcela Araujo, do-Nascimento Isabela Maria Tavares, Guimarães Gilberto de Lima, da-Silva Silmar Maria, Goveia Vania Regina, Mendoza Isabel Yovana. Prevalência de sintomas depressivos no idoso hospitalizado: estudo comparativo. **Rev Enf UERJ** v.27 (2019).

SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R. C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**; 38(5): 687-94, 2004.

SOARES DS, de Melo LM, da Silva AS, Nunes AA. Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015; 18(2):239-248.

SOUZA, E. M. S. **Fragilidade em idosos institucionalizados: aplicação da Edmonton Frail Scale associada à independência funcional.** Tese (Doutorado em Ciências), Universidade de São Paulo, 2013.

STORTI LB, Fabrício-Whebe SCC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 452-9.

SZLEJF C, Farfel JM, Saporetti LA, Jacob-Filho W, Curiati JA. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. **Einstein**. 2008; 6(3):337-42

TOWNSEND E. Marval R. Can professionals actually enable occupational justice? **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 229-242, 2013.

## **ANEXO A - NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA**

### **SUBMISSÃO DE ARTIGO**

Clique aqui (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbgg-scielo>) para submeter seu artigo. Para fazer a submissão do artigo aos Editores da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia o autor deverá enviá-lo eletronicamente através do ScholarOne, sistema de submissão de artigos on-line.

O ScholarOne é um sistema de referência internacional que processa on-line a submissão de artigos pelos autores e o fluxo de revisão e avaliação. A interface do sistema é em inglês, mas os manuscritos podem ser submetidos e analisados em qualquer idioma.

Após a submissão, a equipe da revista irá averiguar se todas as orientações da submissão foram atendidas, e inicializará o processo de publicação do artigo.

### **INFORMAÇÃO IMPORTANTE:**

É necessário que os Steps do sistema do ScholarOne sejam preenchidos corretamente para que a submissão seja realizada com sucesso. Caso haja Step indicado em vermelho no sistema o processo deveria ser feito pelo autor.

### **ORIENTAÇÕES:**

> Os artigos devem ser escritos em português e inglês, ou em espanhol e inglês, preferencialmente, pois ambas as versões serão publicadas somente no formato eletrônico. Nesta perspectiva, a RBGG busca agilizar o processo de avaliação, além de ampliar a visibilidade dos artigos publicados e a indexação em renomadas bases de dados internacionais.

> O manuscrito não deverá ser enviado pelos Correios, nem pelo email da Revista, mas apenas pelo sistema eletrônico ScholarOne;

> Os manuscritos devem ser originais, destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos;

> O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão;

> Veja no link Instruções aos autores (<http://rbgg.com.br/#INSTRU>) desse site informações sobre Avaliação de manuscritos, Conflito de interesses,

Orientação para preparação de manuscritos, Categoria de Manuscritos, Documentos Necessários e Taxa de publicação.

Orientação para preparação de manuscritos

Leia atentamente as orientações para preparação de manuscritos, baixe o modelo clicando aqui ([arquivos/orientacao.doc](#)) e siga os exemplos.

Preparação de manuscritos

Os artigos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

Título e Título Curto

O artigo deve conter Título completo e título curto em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português.

Nota de rodapé

Os casos de estudos com financiamentos deverão ser indicados na nota de rodapé, na 1ª página do artigo. De acordo com o exemplo abaixo:

Exemplo: Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). É PRECISO INFORMAR O Nº DOS PROCESSOS E O TIPO DE SUBSÍDIO.

Resumo

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras.

Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês.

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivo, método, resultado e conclusão com as informações mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

#### Palavras-chave

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

#### Corpo do artigo

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão; Conclusão e Agradecimento.

Deve ser digitado em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; alinhamento à esquerda, página em tamanho A-4.

#### Introdução

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

#### Método

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

#### Resultados



Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

#### Discussão

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação/reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

#### Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

#### Agradecimentos

Podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

#### Referências

Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão.

Solicitamos que ao menos 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Trata-se de uma norma taxativa da RBGG, passível de exclusão do artigo de nossos sistemas.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos devem ter fonte: 10, centralizados, espaçamento entre linhas: simples, com

informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos devem ter fonte: 11, centralizados, indicando em seu título o fenômeno estudado, as variáveis teóricas usadas, a informação do local do evento/coleta, ano do evento. No corpo do texto, não devem haver repetição de valores que já constam nos gráficos/tabelas.

Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

Trabalhos feitos em outros softwares de estatística (como SPSS, BioStat, Stata, Statistica, R, Mplus etc.), serão aceitos, porém, deverão ser editados posteriormente de acordo com as solicitações do parecer final e, traduzidos para o inglês.

Pesquisas envolvendo seres humanos: deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Na parte “Método”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio clínico: a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS, ICMJE e WHO - <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/> , cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE - <http://www.icmje.org/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo

## ORIENTAÇÃO PARA PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

**Título em português:** Envelhecimento humano (somente a 1ª letra deve ser maiúscula, exceto nos casos de nomes próprios)

**Título em inglês:**

**Título curto em português:** (deve ser resumido, não abreviado)

**Título curto em inglês:**

**Fonte Arial, 12; negrito; espaçamento entre linhas 1,5; alinhar à esquerda**

### Resumo

**Mínimo de 150 e máximo de 250 palavras**

*Objetivo:* XXXXXXXXXXXXX. *Método:* XXXXXXXXXXXX. *Resultados:* XXXXXXXXXXXX.

*Conclusão:* XXXXXXXXX.

**Palavras-chave:** Cuidadores. Idosos. Cuidados Paliativos.

**Mínimo de três e máximo de seis palavras, de acordo com o DeCS; separadas por ponto; utilizar letra maiúscula nas iniciais das palavras**

### Abstract

*Objective:* XXXXXXXXXXXX. *Method:* XXXXXXXX. *Results:* XXXXXXXXXXXX.

*Conclusion:* XXXXXXXXXXXX.

**Keywords:** Caregivers. Elderly. Palliative Care.

## INTRODUÇÃO

A introdução deve ser concisa e objetiva. Sugere-se que esta seção seja desenvolvida de modo a apresentar o tema (fundamentando os principais conceitos),

justificando a importância do estudo e o seu objetivo. O objetivo é o item central para o alinhamento do manuscrito, e refere-se à pergunta a ser respondida pela pesquisa. O objetivo na introdução deve ser compatível com aquele apresentado no resumo. Ao final da introdução deve estar explícito o objetivo do estudo. Um equívoco comum é incluir no início da introdução informações sobre o envelhecimento populacional, mundial e/ou nacional / regional. Solicitamos não incluir esses dados, já que se torna redundante ao próprio escopo da revista.

**Introdução + Método + Resultados + Discussão + Conclusão + Agradecimento = máximo de 4 mil palavras (para artigos originais e de revisão; relatos de caso e atualizações tem até 3 mil palavras, comunicações breves, até 1.500 palavras e carta ao editor, no máximo 600)**

**Fonte Arial, 12; espaçamento entre linhas 1,5, com recuo padrão da primeira linha (1,25cm)**

## **MÉTODO**

Inicialmente, deve ser registrado o delineamento do estudo. Nos desenhos em que se fizer necessário, esclarecer o planejamento amostral (cálculo do tamanho da amostra, seleção e recrutamento dos participantes). Descrever os critérios de inclusão e exclusão. Descrever sucintamente todos os instrumentos utilizados na pesquisa, seu estágio de validação para a população, quem aplicou, o número de avaliadores e procedimentos de coleta. As análises estatísticas utilizadas devem ser descritas informando quais os dados foram analisados, por qual teste estatístico e o propósito do seu uso. Não informar o *software* utilizado para as análises estatísticas.

Nos estudos envolvendo seres humanos, deve ser registrado que a pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016. O parecer de aprovação no comitê de ética em pesquisa da instituição ou da Plataforma Brasil deve ser submetido juntamente com o manuscrito. No caso de estudos de ensaios clínicos realizados antes de 2012, informar o número do REBEC (Registro Brasileiro

de Ensaio Clínicos). Informar também que os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS**

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e as tabelas, quadros ou figuras devem ser elaborados de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. O uso dessas ilustrações deve ser precedido por breve descrição dos principais resultados apresentados, evitando repetir informações. Vide dicas na página 6.

## **DISCUSSÃO**

A discussão dos resultados deve ser sucinta e seguir a ordem de apresentação dos resultados, pautando-se em justificá-los e informando o possível impacto para a população estudada. Tais informações devem ser baseadas em hipóteses dos autores e fundamentadas por referencial teórico atualizado.

As dificuldades e limitações do estudo devem ser registradas no último parágrafo desta seção.

## **CONCLUSÃO**

Recomenda-se que a conclusão seja iniciada respondendo aos objetivos do estudo, seguido pelas principais inferências e contribuições para o campo de estudo, planejamento de ações locais, contribuições ou perspectivas para a pesquisa e prática Geriátrica e Gerontológica. Nesta seção, não usar siglas.

## **AGRADECIMENTOS** (opcional)

Parágrafo com até cinco linhas.

## **FINANCIAMENTO**

Informar a fonte de financiamento da pesquisa e / ou do manuscrito na página de títulos (não no arquivo principal do manuscrito, para não possibilitar identificação), abaixo do nome (s) do (s) autor (es). Exemplos:

- Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa XXX, edital / auxílio XXX. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa / grant XXX.
- Apoio financeiro: não houve financiamento.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

Informar sobre possíveis conflitos de interesses relacionados ao estudo e à produção do manuscrito. Exemplos: realização de estudo sobre disciplinas / cursos / institutos da própria universidade em que o pesquisador atua; avaliar a eficácia de um fármaco lançado pela própria indústria farmacêutica na qual o pesquisador trabalha; analisar a funcionamento do próprio hospital que é local das atividades do autor. Os autores devem reconhecer no texto o risco do viés que pode acontecer através do conflito de interesses. Devem demonstrar também de que modo controlaram essas influências na descrição dos procedimentos metodológicos, no desenho e na análise da pesquisa. Caso não haja conflito de interesses, informar também.

## **REFERÊNCIAS**

Devem ser normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. Apresentar as referências mais atuais possíveis.

**Máximo de 35 para artigos originais, 50 para revisões, 25 para relatos de caso e atualizações, 10 para comunicações breves e oito para cartas ao editor;**

**50% das referências devem ser artigos datadas dos últimos cinco anos em periódicos indexados. As demais podem entrar neste critério ou não, conforme necessidade de citar materiais clássicos / livros / teses etc.**

## **DICAS GERAIS**

- Devem ser registrados os nomes completos dos autores, sem abreviações.

- A partir da “Introdução”, o registro da sigla pela primeira vez deve ser precedido de seu nome por extenso. Daí em diante, somente usar a sigla e não mais o nome completo.
- Evitar a aplicação de termos inadequados à linguagem científica.
- Visando a uniformidade do texto, os termos com o mesmo significado devem ser registrados somente de um modo, sem alternância. Exemplificando, os autores devem optar entre a utilização dos termos estresse/escore ou *stress/score* (caso a palavra de origem estrangeira seja aportuguesada, orientamos a aplicação do termo equivalente em língua portuguesa).
- Ao registrar um município indicar, entre parênteses, a sigla do estado.
- Os números de zero a nove devem ser escritos por extenso e, em algarismos, a partir de 10. Para expressar valor, grandeza, peso ou medida use sempre algarismos.
- Atentar para a aplicação correta: N (maiúsculo)= total da amostra; n (minúsculo)= parte da amostra total.
- As casas decimais, em português, são separadas por vírgulas e devem ser padronizadas em todo o texto.
- O  $p$  (probabilidade de significância) deve ser registrado sempre em itálico.
- Evitar expressões pouco específicas: possivelmente, talvez, atualmente, hoje em dia, recentemente, etc.
- A expressão et al. não deve estar em itálico.
- O valor do desvio-padrão deve ser apresentado desta forma: ( $\pm 15,92$ ).
- Os termos de origem estrangeira devem ser registrados em itálico.
- Não utilizamos plural em siglas: as UTI neonatais.
- Não numerar as páginas. Evitar notas de rodapé.
- Testes e teorias devem ser escritos da seguinte forma: Teste Qui-quadrado; Teste *Get Up and Go*; Teste *Timed Up and Go*; Escala de Equilíbrio de Berg; Velocidade de Marcha; Teste de Sentar e Levantar; Teste Exato de Fisher; Critérios *START* e *STOPP*; Miniexame de Estado Mental; Escala Likert.

**AUTOR: Atenção ao redigir o nome dos testes, pois o nome deve ser padronizado em todo o texto. Por exemplo, se for utilizado o Teste *Timed Up and Go*, não utilizar os nomes de testes parecidos, mas que são distintos (Teste de Sentar e Levantar, Teste *Get Up and Go*).**

## DICAS ILUSTRAÇÕES

- As ilustrações devem ser indicadas no texto e a letra inicial deve ser grafada em maiúscula. Exemplos: A Tabela 1 mostra.....  
Na fase intermediária.....(Figura 2).
- As laterais do quadro devem ser fechadas e das tabelas abertas.
- Não repetir dados das tabelas/quadros/figuras no corpo do texto.
- Os títulos das tabelas/quadros/figuras devem ser autoexplicativos (título detalhado, siglas por extenso).
- As casas decimais devem ser padronizadas.
- A separação dos subitens da tabela poderá ser feita utilizando uma linha horizontal.
- Números da amostra e respectivas porcentagens devem ser apresentados na mesma coluna, bem como a média e desvio-padrão.
- As siglas apresentadas nas ilustrações devem ser registradas na legenda, bem como quaisquer símbolos (asteriscos ou outros), letras ou numerais utilizados. Sendo possível, é mais indicado usar o nome por extenso em vez da sigla. Indicar também a fonte consultada, se for o caso.
- As figuras devem ser enviadas em formato editável e não como imagens.
- O título da figura deve ser registrado abaixo desta ilustração.

### **Título das ilustrações**

**Fonte Arial, 12; alinhado à esquerda; incluir informação da cidade, estado e ano (onde e quando a pesquisa foi realizada); as linhas externas devem ser mais grossas que as internas.**

### **Corpo das ilustrações**

**Fonte Arial, 11; sem negrito (exceto nos casos em que dados estatísticos necessitem destaque); alinhamento à esquerda; espaçamento entre linhas simples.**

**Legenda: Arial, 10**



## DICAS REFERÊNCIAS

- As referências indicadas no texto devem estar em sobrescrito antes da pontuação (ex.: De acordo com Duarte<sup>5</sup>, os ...).
- No texto, o registro do número referencial pela primeira vez deve estar em ordem sequencial. Exemplificando, xxxxxxx<sup>1</sup> xxxxxxx<sup>2</sup> xxxxxxx<sup>3</sup> xxxxxxx<sup>2</sup>
- As referências em sequência a partir da terceira devem ser registradas com hífen (ex.: <sup>5-9</sup>, ou seja, neste caso foram consultadas as referências 5,6,7,8,9). As referências não sequenciais são separadas por vírgula em ordem crescente (ex.: <sup>12,15,20</sup>).
- Ao referenciar autores no corpo do texto:  
Único autor: Teixeira<sup>1</sup> afirma que...  
Dois autores: Teixeira e Mendes<sup>1</sup> afirmam que..  
A partir de três autores: Teixeira et al.<sup>1</sup> afirmam que...
- Verificar se todas as referências da listagem foram registradas no manuscrito.
- Ao ser citado o autor a referência deve ser registrada ao lado do seu nome, e não ao final da frase (ex.: Segundo Vieira e Borges<sup>3</sup>, .....).
- Importante: a RBGG solicita que, no caso de artigos, sejam citadas fontes publicadas ou aceitas para publicação. Somente serão aceitas referências a textos não publicados caso o *preprint* esteja em um repositório público, que deve ter o link indicado para conferência de nossa bibliotecária.