

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Karine Hardt Dambrosio e Rafaela da Costa Machado

**RASTREIO DAS CAPACIDADES FUNCIONAIS E COGNITIVAS DE
IDOSOS HOSPITALIZADOS**

Santa Maria, RS
2020

Karine Hardt Dambrosio e Rafaela da Costa Machado

**RASTREIO DAS CAPACIDADES FUNCIONAIS E COGNITIVAS DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria como pré-requisito para a obtenção do Título de **Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Orientadora Dr^a Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

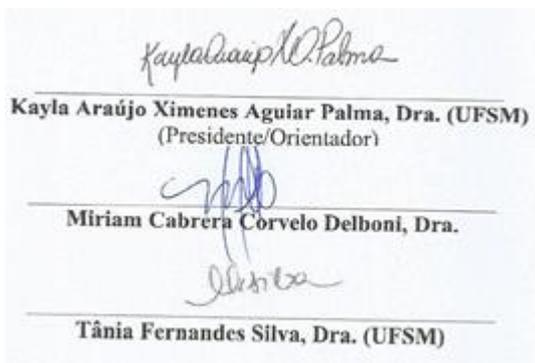
Santa Maria, RS
2020

Karine Hardt Dambrosio e Rafaela da Costa Machado

**RASTREIO DAS CAPACIDADES FUNCIONAIS E COGNITIVAS DE IDOSOS
HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria como pré-requisito para a obtenção do Título de **Bacharel em Terapia Ocupacional**.

Aprovado em 08 de setembro de 2020:



Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Miriam Cabrera Corvelo Delboni

Miriam Cabrera Corvelo Delboni, Dra.

Tânia Fernandes Silva

Tânia Fernandes Silva, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2020

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho aconteceu graças ao apoio e dedicação de inúmeras pessoas, que de alguma forma participaram conosco deste momento tão importante em nossas vidas, sendo assim, de uma forma especial e com muito carinho agradecemos:

- A nossa família que esteve conosco em todos os momentos, nos apoiando de forma incondicional. Agradecemos as nossas mães Marta Rejane Hardt Dambrosio e Luciani da Costa Machado, aos nossos pais Evandro Dambrosio e Rois Wladimir Mello Machado e aos nossos irmãos Maurício Hardt Dambrosio e Larissa da Costa Machado;
- A nossa orientadora Dr^a Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, que sempre confiou em nós e na nossa capacidade de iniciar a presente pesquisa, nos escutando e dando suporte sempre que necessário;
- Ao Dr Humberto Moreira Palma, que nos deu o suporte necessário dentro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM);
- As nossas colegas e amigas, que inúmeras vezes nos escutaram falando sobre o projeto e discutiram o assunto conosco, dando conselhos muito importantes e enriquecedores. Obrigada Thais dos Santos Melo, Mariana Mozzaquatro, Vitória Reis da Costa e Giovana Marchezan da Cunha;
- Ao Pedro Lopes Trevisan por todo suporte durante a construção dos gráficos;
- A banca examinadora composta por Miriam Cabrera Corvelo Delboni e Tânia Fernandes Silva, pela disponibilidade de estarem presentes conosco neste momento tão importante da nossa trajetória acadêmica.

Idade é apenas acúmulo de anos.
Olhando nos olhos dos idosos
vemos quão jovens e cheios de
energia eles ainda são!

(Autor desconhecido)

RESUMO

RASTREIO DAS CAPACIDADES FUNCIONAIS E COGNITIVAS DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

AUTORAS: Karine Hardt Dambrosio e Rafaela da Costa Machado.

ORIENTADORA: Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma.

O envelhecimento populacional é considerado o fenômeno demográfico mundial do século XX, no Brasil a população idosa, com 60 anos ou mais, cresceu 18% entre os anos de 2012 e 2017, ultrapassando o número de 30 milhões de pessoas. Os sistemas de saúde vigentes no mundo atualmente não estão preparados para atender essa população de forma adequada, com isso a hospitalização torna-se um grande fator de risco aos idosos, podendo haver diminuição das capacidades funcional e cognitiva e na qualidade de vida dessa população durante e após o período de internação. Dessa forma, este estudo se propõe a apresentar dados referentes às condições cognitivas, funcionais e dos sintomas depressivos de idosos internados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no setor de Ortopedia e Traumatologia. Ademais, estabelecer e sugerir estratégias de orientação, manejo e cuidado com os idosos no período de pós alta-hospitalar por meio de um folder informativo a ser entregue os idosos. A presente pesquisa teve caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, utilizando como técnicas de coleta de dados avaliações já validadas no território brasileiro além do questionário sociodemográfico. Os resultados obtidos sugerem que os idosos avaliados apresentaram declínio funcional e cognitivo durante o período de hospitalização, não havendo prevalência de sintomas depressivos. Portanto, a pesquisa tem o potencial de demonstrar um panorama de como os idosos encontravam-se no período de hospitalização em relação às suas capacidades funcionais e cognitivas e em relação a possíveis sintomas depressivos.

Palavras-chave: Cognição. Hospitalização. Idosos. Sintomas depressivos.

ABSTRACT

TRACKING OF FUNCTIONAL AND COGNITIVE CAPACITIES OF HOSPITALIZED ELDERLY

AUTHORS: Karine Hardt Dambrosio e Rafaela da Costa Machado.

ADVISOR: Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma.

Population aging is considered the world demographic phenomenon of the 20th century, in Brazil the elderly population, aged 60 or over, grew 18% between the years 2012 and 2017, surpassing the number of 30 million people. The health systems in force in the world today are not prepared to adequately serve this population, therefore, hospitalization becomes a major risk factor for the elderly, with a decrease in functional and cognitive capacities and in the quality of life of this population during and after the hospitalization period. Thus, this study aims to present data regarding cognitive and functional conditions and depressive symptoms of elderly patients admitted to the University Hospital of Santa Maria in the Orthopedics and Traumatology sector. In addition, suggest strategies for guidance, management and care for the elderly in the post-hospital discharge period through an information booklet to be delivered to the elderly. This research had a descriptive and exploratory character with a quantitative approach, using as data collection techniques evaluations already validated in the Brazilian territory in addition to a sociodemographic questionnaire. The results suggest that the elderly evaluated showed functional and cognitive decline during the hospitalization period, with no prevalence of depressive symptoms. Therefore, the research has the potential to demonstrate an overview of how the elderly were in the hospitalization period in relation to their functional and cognitive abilities, as well as in relation to possible depressive symptoms.

Keywords: Cognition. Hospitalization. Aged. Depression.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idosos x Escala de Katz.....	26
Gráfico 2 – Declínio Funcional.....	26
Gráfico 3 – Cognição x Escolaridade.....	28
Gráfico 4 – Pontuação MEEM x Escolaridade média.....	29
Gráfico 5 – Declínio Cognitivo.....	30
Gráfico 6 – Pontuação GDS-4.....	31
Gráfico 7 – Sintomas Depressivos.....	32

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Informações sociodemográficas.....	23-24
Quadro 2 – Causas de internação.....	24-25
Tabela 1 – Relação ABVD x Independência x Dependência.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AOTA	<i>American Occupational Therapy Association</i>
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEPE	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLL	Comprometimento Cognitivo Leve
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DC	Declínio Cognitivo
DF	Declínio Funcional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EIAVD	Escala de Independência em Atividades da Vida Diária
FE	Funções Executivas
GAP	Gabinete de Projetos
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GEP	Gerência, Ensino e Pesquisa
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IAH	Incapacidade Associada à Internação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização Mundial das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
TC	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL.....	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES.....	13
3.2	HOSPITALIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA.....	14
3.3	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE.....	15
3.4	FUNCIONALIDADE DURANTE PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO.....	16
3.5	COGNIÇÃO DURANTE PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO.....	17
3.6	SINTOMAS DEPRESSIVOS DURANTE PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO.....	19
4	METODOLOGIA	20
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	23
5.2	PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO	24
5.3	FUNCIONALIDADE DURANTE HOSPITALIZAÇÃO	25
5.4	COGNIÇÃO DURANTE HOSPITALIZAÇÃO	28
5.5	SINTOMAS DEPRESSIVOS DURANTE HOSPITALIZAÇÃO.....	31
5.6	FOLDER INFORMATIVO DE CUIDADOS PÓS ALTA HOSPITALAR.....	33
6	CONCLUSÃO	33
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA IDOSO	39
	APÊNDICE B – FOLDER DE RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS PÓS- ALTA HOSPITALAR	40
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	41
	ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE (TC)	44
	ANEXO C – ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – ESCALA DE KATZ	45
	ANEXO D – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	48
	ANEXO E – GERIATRIC DEPRESSION SCALE – VERSÃO SIMPLIFICADA DE QUATRO ITENS (GDS-4)	50
	ANEXO F – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	51

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é considerado o fenômeno demográfico mundial do século XX, esse fato acontece quando há uma redução nas taxas de fecundidade, diminuição de mortalidade e aumento da expectativa de vida. Dessa forma, a proporção de indivíduos jovens diminui enquanto a da população idosa aumenta. A partir disso, para uma melhor assistência à população, foram necessárias mudanças em políticas públicas e no sistema de saúde. (UNITED NATIONS, 2020).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) a população idosa, com 60 anos ou mais, cresceu 18% entre os anos de 2012 e 2017, ultrapassando o número de 30 milhões de pessoas. Já em âmbito mundial, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2050 esse número da população idosa chegará a 2 bilhões, o que significa mais que o dobro dos 900 milhões de idosos registrados em 2015, desta maneira os idosos irão representar um quinto da população mundial (Organização das Nações Unidas, ONU - Brasil, 2017).

Veras e Oliveira (2018) acreditam que, quando em comparação às outras faixas etárias, a população idosa utiliza mais os serviços de saúde e é mais frequentemente internado em hospitais, demandando mais cuidados para que contem com uma melhor qualidade de vida e um envelhecimento saudável. O que preocupa é que os sistemas de saúde vigentes no mundo atualmente não estão preparados para atender essa população de forma adequada (ONU - Brasil, 2017).

A hospitalização é um grande fator de risco aos idosos, podendo ocasionar diminuição das capacidades funcionais e cognitivas e da qualidade de vida durante e após o período de internação (CANON; COUTO, 2014, p. 374). Santos *et al* (2018, p. 650) sugerem que o declínio na saúde do idoso pode “ocorrer dias antes da admissão, com piora no decorrer da hospitalização ou durante a hospitalização com piora após a alta”.

A partir das evidências referidas na literatura, onde a hospitalização já é um preditor de diminuição da capacidade funcional de idosos, este estudo se propõe a apresentar dados preliminares referentes às condições cognitivas e funcionais além dos sintomas depressivos de idosos internados no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no setor de Ortopedia e Traumatologia. Ademais, estabelecer e sugerir estratégias de orientação, manejo e cuidado

durante o período de pós-alta hospitalar por meio de uma cartilha informativa a ser entregue aos idosos.

A escolha do tema se deu a partir da perspectiva de melhoria da qualidade de vida, possibilidades de autonomia e independência para idosos que passaram por algum tipo de internação, visto que a mesma pode acarretar alguns prejuízos em seu cotidiano. Supõe-se que há relevância em rastrear, com instrumentos validados e reconhecidos na literatura, idosos que por motivo da internação modificaram seu dia a dia, alterando de forma significativa o seu desempenho ocupacional e a rotina do seu cuidador.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Rastrear as capacidades funcionais, cognitivas e os sintomas depressivos de idosos hospitalizados no setor de Ortopedia e Traumatologia do HUSM.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a amostra quanto aos aspectos sociodemográficos
2. Mapear as principais causas de internação hospitalar no setor de Ortopedia e Traumatologia;
3. Fazer um levantamento das capacidades funcionais e cognitivas dos idosos hospitalizados;
4. Detectar sintomas depressivos dos idosos hospitalizados;
5. Criar material informativo para orientações de manejo e cuidado com idosos durante período pós-alta hospitalar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL E SUAS IMPLICAÇÕES

Atualmente o Brasil está passando por um período de transição demográfica onde o envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida está em crescente evidência (IBGE, 2018), isso acontece quando há diminuição no número de mortalidade e nas taxas de

natalidade (United Nations, 2020). Com isso, existe a necessidade do sistema de saúde adaptar-se à nova realidade, exigindo ações do Estado no que diz respeito à criação e implementação de políticas públicas eficientes que visam a prevenção e promoção de saúde da população (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016, p. 508).

Em pesquisa feita por Miranda, Mendes e Silva (2016), a respeito dos desafios impostos pelo envelhecimento populacional, verificou-se que “o país não está preparado para responder às necessidades geradas por esse envelhecimento populacional” (p. 511). Um dos referenciais utilizados pelas pesquisadoras foi o Sistema de Saúde que precisa estar capacitado, em mão de obra mecânica e humana, o suficiente para a demanda recebida e que receberá futuramente. Tal situação se dá pelo fato de que, esse aumento de expectativa de vida da população brasileira, não está obrigatoriamente associado à melhora da qualidade de vida (MANSO; MARESTI; OLIVEIRA, 2019, p. 2).

Concomitantemente ao envelhecimento populacional, tem-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo estas tratadas como prioridade dentro da saúde no Brasil, pois fazem com que o idoso necessite de um cuidado mais específico (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016, p. 515). Um desses cuidados, conforme Miranda, Mendes e Silva (2016), é a assistência hospitalar que deve “ser organizada de forma a atender às necessidades geradas por esse envelhecimento populacional” (p. 515). Santos *et al* (2019, p. 2) afirmam que, em nosso país, o número de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é bastante alto, sendo a maioria por pessoas com mais de 60 anos - que também mantém considerável número de reincidência de internação.

3.2 HOSPITALIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA

É de extrema importância que, para ter uma melhoria nas estratégias de cuidados hospitalares em idosos, sejam conhecidas as causas das internações, dessa forma, consegue-se traçar metas e planos de prevenção e promoção em saúde para os públicos específicos (BARBOSA *et al*, 2019, p. 72). Em estudo feito por Barbosa *et al* (2019) para verificar as causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil entre os anos de 2005 a 2015, verificou-se que na região Sul as causas mais comuns foram doenças do sistema circulatório, respiratório e neoplasias.

Para Cascão *et al* (2016), há um alto número de internações de idosos em hospitais gerais por decorrência de doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias. Enquanto em uma clínica de neurociências, Queiroz *et al* (2016, p. 19) trazem que a maior prevalência de internação é causada por Acidente Vascular Encefálico (AVE), mas também ressalta que grande parte dos idosos vivem com inúmeras doenças simultaneamente, como por exemplo Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, o que complica a situação enquanto estão internados.

Além disso, no que diz respeito a fraturas recorrentes em idosos, Guerra *et al* (2017) pontuam o aumento de fraturas da extremidade proximal do fêmur como algo recorrente nessa população. Dentro deste tipo de fratura, enquadram-se as do colo femoral, transtrocantéricas e subtrocantéricas, com grandes possibilidades de indicação de tratamento cirúrgico, impondo ao idoso um período de internação hospitalar (GUERRA *et al*, 2017).

Com o passar dos anos, o contexto de hospitalização tem sido cada vez mais estudado durante o processo de envelhecimento, visto que, sua complexidade pode gerar um processo de fragilidade ao idoso como, por exemplo, quando o mesmo é retirado do seu convívio familiar social para um ambiente diferenciado (DOS SANTOS; POLTRONIERI; HAMDAN, 2018).

Além disso, quando hospitalizados, os idosos tendem a perder sua autonomia e independência (PEREIRA *et al*, 2014). A partir dessas considerações que, somadas a sua condição aguda de saúde do idoso, podem ocasionar outros prejuízos à saúde, principalmente o comprometimento das capacidades funcionais, potencializando o declínio funcional (DF) já comum durante períodos de hospitalização (DOS SANTOS; POLTRONIERI; HAMDAN, 2018).

3.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um documento criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em outubro de 2001 para aplicação em vários aspectos da saúde. É um documento que traz informações a respeito da funcionalidade e incapacidade, oferecendo uma linguagem padronizada e uma base

conceitual concreta para a definição de tais conceitos, levando em consideração os fatores ambientais e as condições de saúde do sujeito, com uma abordagem biopsicossocial. (OMS, 2013).

No que diz respeito a funcionalidade, para a CIF este é

um termo abrangente para funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ela denota os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais). (OMS, 2013)

A CIF possui codificadores e qualificadores, sendo este composto pelo desempenho e capacidade. O desempenho é caracterizado como aquilo “que uma pessoa faz no seu ambiente habitual” (p. 28), e a capacidade como aquilo que “uma pessoa faz em uma situação em que o efeito do contexto está ausente ou é irrelevante” (p. 28). (OMS, 2013)

3.4 FUNCIONALIDADE DURANTE PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

Carvalho *et al* (2018, p. 137), refere-se à funcionalidade como a preservação que o sujeito tem de suas capacidades para concluir tarefas que o permita cuidar de si mesmo e realizar suas atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), portanto, Lino *et al* (2008) afirmam que, para verificar a capacidade funcional de idosos, são necessários instrumentos padronizados que irão avaliar qual é o desempenho dos idosos nestas atividades. Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2015, p. 19), as ABVDs, também conhecidas como atividades de vida diária (AVDs), são voltadas para o “cuidado do indivíduo com seu próprio corpo” e as AIVDs servem de apoio às atividades diárias que são realizadas no domicílio e fora dele, o que demanda maior complexidade que a primeira.

Segundo Carvalho *et al* (2018), a condição de perda de funcionalidade (declínio funcional - DF) do sujeito, seja ele idoso ou não, enquanto está em internação hospitalar chama-se incapacidade associada à internação (IAH). Como falado anteriormente, Dos Santos, Poltronieri e Hamdan (2018) afirmam que, as condições agudas de saúde (fatores intrínsecos) somadas ao fator hospitalização (fator extrínseco) ocasionam prejuízos à saúde do idoso, sendo um destes o declínio das capacidades funcionais.

Para Tavares, Grácio e Nunes (2018), o DF é um dos resultados mais recorrentes da hospitalização, sendo um importante causador da diminuição de qualidade de vida e do aumento do índice de mortalidade de idosos durante e após a internação. Carvalho *et al* (2018, p. 137) trazem a idade avançada, características sociodemográficas, comprometimento cognitivo, polifarmácia, delírio, comorbidades e histórico de quedas como preditores de DF durante a hospitalização.

As causas da perda da funcionalidade em idosos hospitalizados são multifatoriais e cumulativas e incluem fatores como a causa da internação; idade avançada; diagnóstico de entrada; situação funcional prévia; repouso no leito (que resulta em diminuição da mobilidade); procedimentos médicos; medicamentos; déficit cognitivo; quadro confusional agudo e desnutrição. (CARVALHO *et al*, 2018, p. 142)

Mendonça *et al* (2016), ressalta que:

A internação hospitalar pode representar o primeiro passo no caminho para a institucionalização e da perda de independência funcional de muitos idosos. Durante a internação o paciente idoso muitas vezes experimenta reduzidos níveis de mobilidade e atividade, o que compromete seu estado físico e de vitalidade, constituindo importante complicação do internamento. (p. 24)

A independência funcional é considerada por Sá e Santos (2019, p. 1796) como um marcador de saúde do idoso, sendo assim, sua avaliação torna-se indispensável para que sejam verificadas eventuais perdas funcionais. O acompanhamento também se faz importante para que seja feito um planejamento de cuidado mais adequado possível para a realidade do indivíduo (SÁ; SANTOS, 2019, p. 1796).

3.5 COGNIÇÃO DURANTE PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

A cognição é considerada por Aprahamian, Biella e Vanderlinde (2018, p. 1427) como uma das habilidades fundamentais para que o idoso tenha e mantenha sua autonomia e independência. Estudos feitos nas últimas décadas, na área da neurociência, revelaram que o processo de envelhecimento tem como consequência ao sujeito alterações cognitivas, comprometendo de maneira diferente os componentes da cognição - algumas são mais afetadas que as outras (CECCHINI *et al*, 2018).

Conforme Neto *et al* (2017 p.754), cognição compreende

todos os aspectos que envolvem o funcionamento mental, como por exemplo: habilidades para expressar sentimentos, pensamentos, percepções, lembranças e raciocinar, além das estruturas complexas que envolvem o pensamento e a capacidade de produzir e fornecer respostas aos estímulos externos.

São considerados componentes cognitivos: atenção, função executiva, memória, habilidades visuoespaciais e linguagem. O componente atenção envolve as seguintes habilidades: concentração, manutenção do estado de alerta, capacidade de focar, lidar com estímulos distratores e alteração de foco quando necessário. Sendo assim, permite o sujeito a manter o foco em informações significativas e relevantes. (ORTEGA; STORT; YASSUDA, 2018, p. 1434).

O termo funções executivas (FE) é definido por Ortega, Stort e Yassuda (2018, p. 1424) como uma constelação de habilidades nas quais possuem o intuito de promover a adaptação do indivíduo a novas situações. Além disso, as autoras ressaltam que as FE compõem habilidades cognitivas de alta complexidade, nas quais podem se relacionar ao comportamento dirigido a objetivos, viabilizando a solução de problemas, planejamento, análise de custo e benefício no processo de tomada de decisões e a autorregulação comportamental.

A memória é definida como a capacidade que os seres vivos têm de adquirir, armazenar e evocar informações (MOURÃO JÚNIOR; FARIA, 2015). Ortega, Stort e Yassuda (2018, p. 1423) consideram a memória como um processo cognitivo complexo no que diz respeito à habilidade de registrar informações, armazená-las e resgatá-las posteriormente. As autoras ainda afirmam que o termo memória é variado e abrange regiões cerebrais distintas, podendo ser classificado conforme a duração do seu traço em: memória de curtíssimo prazo (sensorial), memória de curto prazo (que engloba a memória operacional) e de longo prazo.

As habilidades visuoespaciais estão relacionadas com a aquisição, seleção e interpretação de informações que são adquiridas por meio dos sentidos, também dizem respeito a capacidade do sujeito de identificar um estímulo e conseguir localizá-lo. Geralmente os primeiros sintomas de déficit nessas habilidades a aparecer são dificuldades com a leitura, na discriminação de formas e cores, incapacidade de perceber contrastes e

desorientação visual e espacial. Quando aplicado testes para verificar a condição das habilidades visuoespaciais em idosos, na maioria das vezes, há declínio nas capacidades de enxergar a distância, distinguir objetos, estimar distâncias e perceber profundidades. (ORTEGA; STORT; YASSUDA, 2018).

Ortega, Stort e Yassuda (2018, p. 1425) consideram a linguagem como um processo complexo, que se encontra em desenvolvimento nas diferentes etapas da vida, e exige a interação com outras funções cognitivas, sofrendo a influência de variáveis físicas, sensoriais, sociais e emocionais. Ademais, as autoras afirmam que as habilidades linguísticas consideradas de extremamente relevância no desempenho ocupacional e social, possibilitando a comunicação humana, expressão de sentimentos, vontades, afetos, e para o exercício da autonomia do indivíduo, sendo moldada pelo contexto histórico, social e cultural.

Algumas pessoas podem apresentar uma leve lentidão das habilidades mentais, quadro conhecido como declínio cognitivo (DC) (MELO *et al*, 2017). O DC pode ter como fator etiológico o processo natural do envelhecimento ou outras causas, Arahamian, Biella e Vanderlinde (2018, p. 1427) trazem a demência e o comprometimento cognitivo leve (CCL) como as duas principais causas. As autoras trazem que é considerada demência quando o sujeito se encontra com declínio em pelo menos dois domínios cognitivos, gerando impacto em seu cotidiano e no desempenho de seus papéis ocupacionais. O CCL, segundo as autoras, compreende déficits cognitivos em um ou mais componentes cognitivos, afetando o sujeito da mesma forma que a demência.

3.6 SINTOMAS DEPRESSIVOS DURANTE PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

Com o passar dos anos, a depressão tem sido diagnosticada com cada vez mais frequência em idosos. Esta patologia pode ser identificada e diagnosticada a partir da presença dos seguintes sintomas: perda de interesse ou prazer no dia a dia, humor deprimido, alterações do funcionamento biológico, com repercussões significativas na vida do indivíduo e com duração, sem tratamento, de meses a anos. Além disso, por ser multifatorial, a doença depressiva pode favorecer outras morbidades nas quais podem comprometer a capacidade funcional do idoso. (VASCONCELOS *et al*, 2020; MATIAS *et al*, 2016).

A manifestação dos sintomas depressivos pode levar os idosos ao desenvolvimento de maior vulnerabilidade e agravamento de doenças crônicas, expondo-os ao risco aumentado de morbidade e, conseqüentemente, a necessidade de apoio de profissionais de saúde que minimizem ou previnam os agravos decorrente da sua instalação. O diagnóstico e o tratamento adequado da depressão se tornam ainda mais complexos quando o idoso possui a presença de comorbidades e faz uso de polimedicação. (NASCIMENTO *et al*, 2017; NERY *et al*, 2018, p. 01).

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa teve caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, utilizando como técnicas de coleta de dados avaliações já validadas no território brasileiro além do questionário sociodemográfico.

A pesquisa apresentada faz parte de um projeto maior intitulado “Rastreamento das capacidades funcionais e cognitivas de idosos pós-alta hospitalar”. Foram realizadas suas duas primeiras fases, são elas: Fase 1 - levantamento de dados em prontuário (janeiro a março); Fase 2 - coleta de dados com os idosos durante período de hospitalização (fevereiro a maio).

A coleta de dados aconteceu durante os meses de fevereiro e março de 2020 no setor de Traumatologia e Ortopedia do HUSM, onde dezesseis idosos estiveram internados. Desse número, onze aceitaram fazer parte da pesquisa (68,75%), três recusaram (18,75%), um faleceu (6,25%) e um estava impossibilitado de se comunicar (6,25%). Dessa forma, a amostra do estudo foi composta pelo número total de onze idosos, sendo estes sete do sexo feminino (63,63%) e quatro do sexo masculino (36,37%).

Levando em consideração o que está disposto na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), a presente pesquisa respeitou os aspectos éticos por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo A) e Termo de Confidencialidade (TC – Anexo B). A pesquisa foi cadastrada no Portal do Professor pelo Gabinete de projetos (GAP), passou pelo Setor de Gerência, Ensino e Pesquisa (GEP) do HUSM e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) no dia 10 de dezembro de 2019 com número CAAE 26271019.9.0000.5346.

Os sujeitos estudados foram idosos internados no setor de Ortopedia e Traumatologia do HUSM e foram escolhidos de acordo com os seguintes critérios: ter 60 anos ou mais, de ambos os sexos e estarem internados no setor de Ortopedia e Traumatologia do HUSM.

A coleta foi realizada presencialmente pelas próprias pesquisadoras no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Segundo o site do hospital, este caracteriza-se por ser um hospital de ensino, geral, público e de nível terciário de saúde, sendo toda sua demanda atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De portas abertas há mais de 30 anos, o HUSM é referência no estado do Rio Grande do Sul (RS) no atendimento de urgência e emergência, cobrindo cerca de 45 municípios da região centro-oeste do estado. Atualmente mantém 403 leitos de internação e, diariamente, há a circulação de mais ou menos 6 mil pessoas dentro da instituição.

Desde dezembro de 2013, o hospital está sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que tem como linhas estratégicas da instituição o aprimoramento de ensino, pesquisa e extensão, a promoção da assistência, à política de gestão de pessoas, a política de gestão financeira, a modernização da infraestrutura e incremento tecnológico e o aprimoramento dos processos de gestão.

Assim, os dados dos idosos foram coletados a partir das seguintes avaliações: Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD)/Escala de Katz, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e *Geriatric Depression Scale* na sua versão simplificada de quatro itens (GDS-4), também foi aplicado um questionário sociodemográfico e busca por complementos de dados no prontuário do paciente. As avaliações e o questionário foram aplicados durante a hospitalização do idoso, em encontros com duração de uma hora, ocorrendo de forma uniforme e de idêntica aplicação pelas pesquisadoras.

A Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Anexo C) ou, mais popularmente conhecida, Escala de Katz foi desenvolvida por Katz *et al* (1963) e adaptada de forma transcultural para a língua portuguesa por Lino *et al* (2008) - versão utilizada nesta pesquisa. A escala verifica a independência e dependência dos sujeitos ao desempenhar as funções de tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência esfincteriana e alimentação. É considerada um instrumento de fácil aplicação e entendimento, tanto dos avaliadores quanto dos avaliados. Para classificar o sujeito avaliado em dependente ou independente, deve-se levar em conta que a caracterização do estado funcional será baseada

no estado real (ambiente e habilidade), não apenas na habilidade de realizar a tarefa sem auxílio de outras pessoas, a independência está diretamente relacionada à capacidade de desempenhar determinada função sem supervisão alguma. (LINO *et al*, 2008)

Desenvolvido por Folstein *et al* (1975) e validado no Brasil por Bertolucci *et al* (1994), o Mini Exame do Estado Mental (Anexo D), caracteriza-se por sua simplicidade e praticidade na aplicação, ele determina em qual nível cognitivo o sujeito se encontra a partir de um escore que varia de 0 a 30 pontos, o (a) pesquisador (a) deve ficar atento (a) ao grau de escolaridade da pessoa que está sendo avaliada, pois esse fato influencia diretamente no resultado. O exame avalia o sujeito em cinco categorias: orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem. Para a aplicação deste teste, serão feitas as modificações sugeridas por Bertolucci *et al* (1994) e Brucki *et al* (2003), por se adequarem melhor ao país e ao meio em que será aplicado. Para a pontuação, serão utilizados os pontos de corte trazidos por Brucki *et al* (2003), que sugerem indicativo de demência quando o escore for menor que 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para aqueles que tiveram de 1 a 4 anos de estudo, 26,5 pontos para quem teve de 5 a 8 anos de estudo, 28 pontos para os que tiverem de 9 a 11 anos de estudo e 29 pontos para os indivíduos que possuírem mais de 11 anos de estudo.

A *Geriatric Depression Scale*, mais conhecida no Brasil como Escala de Depressão Geriátrica, foi desenvolvida em 1983 por Yesavage e colaboradores (1983) para verificar a depressão em idosos. A *Geriatric Depression Scale* versão simplificada de quatro itens (GDS-4 - Anexo E) é conhecida como um instrumento de triagem e de rastreamento rápido, simples e útil para a identificação de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão na velhice (CASTELO *et al*, 2007).

O questionário sociodemográfico para idosos (Apêndice A) foi construído pelas pesquisadoras e têm como objetivo buscar informações a respeito dos aspectos sociais, culturais e pessoais. Marconi e Lakatos (2017, p. 338) acreditam que o questionário é um instrumento de coleta de dados que permite às pesquisadoras obter informações necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A amostra total foi composta de onze idosos, com idade entre 60 e 77 anos (média de 68,9 anos), sete do sexo feminino (63,63%) e quatro do sexo masculino (36,37%). No que diz respeito ao estado civil, cinco eram casados (as) (45,45%), dois eram viúvos (as) (18,18%), dois eram solteiros (as) (18,18%) e dois eram divorciados (a) (18,18%).

Durante a internação, oito idosos contavam com cuidador (72,72%), dois não tinham cuidadores (18,18%) e um tinha “às vezes” (9,09%), dos que “tinham” e “às vezes”, oito eram cuidadores familiares (88,8%) e um cuidador formal (11,2%). Em relação à escolaridade dos sujeitos, a média de anos de estudo apresentada foi de 6,18, sendo que dez sabiam ler e escrever (90,9%) e um não sabia (9,1%).

Quadro 1 – Informações sociodemográficas.

(continua)

	Idade	Sexo	Estado Civil	Presença de cuidador durante a internação	Cuidador formal ou informal	Anos de estudo	Sabe ler e escrever
Paciente 1	63	Feminino	Casada	Não	-	1	Não
Paciente 2	72	Feminino	Casada	Sim	Informal	11	Sim
Paciente 3	77	Feminino	Viúva	Sim	Informal	10	Sim
Paciente 4	60	Feminino	Solteira	Não	-	11	Sim
Paciente 5	72	Feminino	Solteira	Sim	Informal	4	Sim
Paciente 6	62	Masculino	Divorciado	Às vezes	Informal	11	Sim

Quadro 1 – Informações sociodemográficas.

							(conclusão)	
Paciente 7	65	Feminino	Viúva	Sim	Informal	4	Sim	
Paciente 8	63	Masculino	Casado	Sim	Informal	5	Sim	
Paciente 9	76	Feminino	Casada	Sim	Informal	4	Sim	
Paciente 10	71	Masculino	Casado	Sim	Informal	4	Sim	
Paciente 11	77	Masculino	Divorciado	Sim	Formal	4	Sim	
Paciente 7	65	Feminino	Viúva	Sim	Informal	4	Sim	

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

5.2 PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO

No que diz respeito às causas das internações no setor de Ortopedia e Traumatologia do HUSM (Quadro 2), percebeu-se a prevalência de fratura da extremidade proximal do fêmur, estando presente em cinco idosos (45,45%), destes dois tiveram fratura do colo femoral, um teve fratura trocantérica, um teve fratura pertrocantérica e outro fratura da cabeça do fêmur associada a outras patologias (infecção e osteoporose). As demais causas de internação acometeram, cada uma, um idoso (9,09%) e são elas: osteomielite, complicação não especificada em dispositivo protético, osteomielite e artrose de pé, infecção e reação inflamatória devido a prótese articular interna, fratura da diáfise da tíbia e joanete no V metatarso do pé direito.

Quadro 2 – Causas da internação.

		(continua)
Paciente	Causas da internação	
Paciente 1	Osteomielite	
Paciente 2	Complicação não especificada em dispositivo protético	

Quadro 2 – Causas da internação.

(conclusão)

Paciente 3	Fratura da extremidade proximal do fêmur - fratura trocantérica
Paciente 4	Osteomielite e artrodese do pé
Paciente 5	Fratura da extremidade proximal do fêmur - colo femoral
Paciente 6	Fratura da extremidade proximal do fêmur- fratura pertrocantérica
Paciente 7	Fratura da extremidade proximal do fêmur - colo femoral
Paciente 8	Infecção e reação inflamatória devido à prótese articular interna
Paciente 9	Fratura da diáfise da tíbia
Paciente 10	Joanete no V metatarso do pé direito
Paciente 11	Fratura da extremidade proximal do fêmur – fratura da cabeça do fêmur + infecção e osteoporose.

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

Os dados levantados a respeito das causas de internação dos idosos presentes nesse setor, mesmo que em uma amostra de apenas onze sujeitos, mostrando a prevalência de fraturas da extremidade proximal do colo do fêmur corroboram com o expressado por Guerra *et al* (2017), em que os autores apresentam a seguinte afirmação: “Este tipo de fratura representa 84% das lesões ósseas encontradas em pessoas acima de 60 anos” (p. 18), tornando-se um fator preditor de hospitalização já que, em sua maioria, existe a indicação de procedimento cirúrgico para correção. Em seu estudo, Guerra *et al* (2017) contabilizou a internação de 213 idosos em um Hospital Universitário no período de janeiro de 2012 a agosto de 2013 com diagnóstico de fratura da extremidade proximal do fêmur.

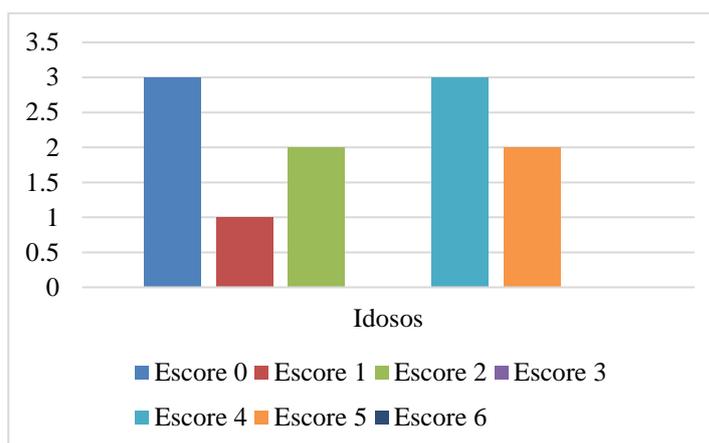
5.3 FUNCIONALIDADE DURANTE HOSPITALIZAÇÃO

Para o desenvolvimento do rastreio das capacidades funcionais dos idosos internados no setor de Ortopedia e Traumatologia no HUSM, foi feita avaliação por meio da Escala de Katz. Esta, avaliou os sujeitos em relação a dependência ou independência no desempenho das seguintes ABVDs: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência esfincteriana e alimentação (LINO *et al*, 2008). Como definição de DF será utilizado conceito descrito por Dos Santos, Poltronieri e Hamdan (2018), que o define como “a perda da capacidade de realizar ao menos uma atividade de vida diária de forma independente no

ambiente hospitalar, como banhar-se, vestir-se, levantar do leito e sentar na poltrona, fazer a higiene, comer ou andar pela enfermaria” (p. 640).

Os resultados obtidos pela aplicação da Escala de Katz mostraram que três idosos (27,27%) são independentes em todas as seis funções, um (9,09%) é independente em cinco funções e dependente em uma função, dois (18,18%) são independentes em quatro funções e dependente em duas, três (27,27%) são independentes em duas funções e dependente em quatro e dois (18,18%) são independentes em uma função e dependente em cinco funções.

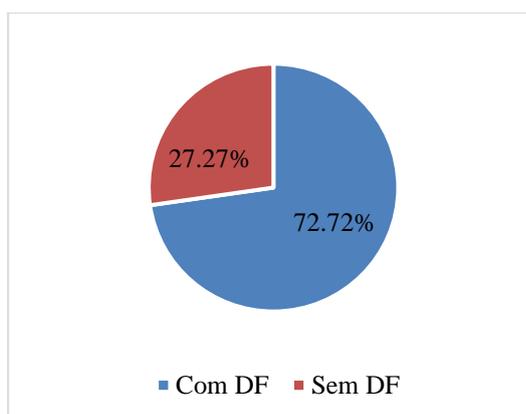
Gráfico 1 – Idosos x Escala de Katz



Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

Sendo assim, conforme o conceito de Declínio Funcional (DF) estipulado por Dos Santos, Poltronieri e Hamdan (2018), oito idosos (72,72%) que estavam internados no setor pesquisado durante o período de coleta de dados apresentaram perda da capacidade de desempenhar pelo menos uma das ABVDs avaliadas, caracterizando então um quadro de declínio funcional.

Gráfico 2 – Declínio Funcional



Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

Os resultados obtidos na presente pesquisa, que sugerem a presença de declínio funcional (DF) nos idosos estudados, vão de encontro com aqueles demonstrados pela literatura e em pesquisas feitas recentemente. Tavares, Grácio e Nunes (2018) analisaram a trajetória funcional de idosos internados em um hospital em Portugal por meio da Escala Katz e concluíram que 54,5% da população estudada apresentou DF durante o período de internação hospitalar.

Carvalho *et al* (2018) desenvolveram um estudo analisando o impacto da hospitalização na funcionalidade de 99 idosos internados no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Ao final da pesquisa, puderam observar que $\frac{1}{3}$ dos idosos apresentaram DF durante a internação se comparado ao período pré internação e, durante o período pós-alta hospitalar, o DF se manteve ou apresentou piora para 28% dos idosos.

No que diz respeito a ABVD com maior declínio, sete dos idosos estudados (63,63%) mostraram-se mais dependentes para desempenhar a função “vestir-se”, esta foi seguida das funções “uso do vaso sanitário” e “transferência”, tendo cada uma seis idosos (54,54%) dependentes. Sendo a ABVD “alimentação” a que apresentou menor grau de dependência, tendo apenas um idoso (9,09%) nesta categoria. Os dados coletados diferem um pouco dos obtidos por Tavares, Grácio e Nunes (2018), onde a ABVD com maior declínio foi o banho, seguido de se vestir. Porém, quando falamos da alimentação, os dados se assemelham, é a função em que os idosos mais mantêm os níveis de independência.

Tabela 1 – Relação ABVD x independência x dependência.

ABVD	Independente	Dependente
Tomar banho (leito, chuveiro ou banheira) ou tomar banho sozinho.	7 idosos.	4 idosos.
Vestir-se	4 idosos.	7 idosos.
Uso do vaso sanitário	5 idosos.	6 idosos.
Transferência	5 idosos.	6 idosos.
Continência	8 idosos.	3 idosos.
Alimentação	10 idosos.	1 idosos.

Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

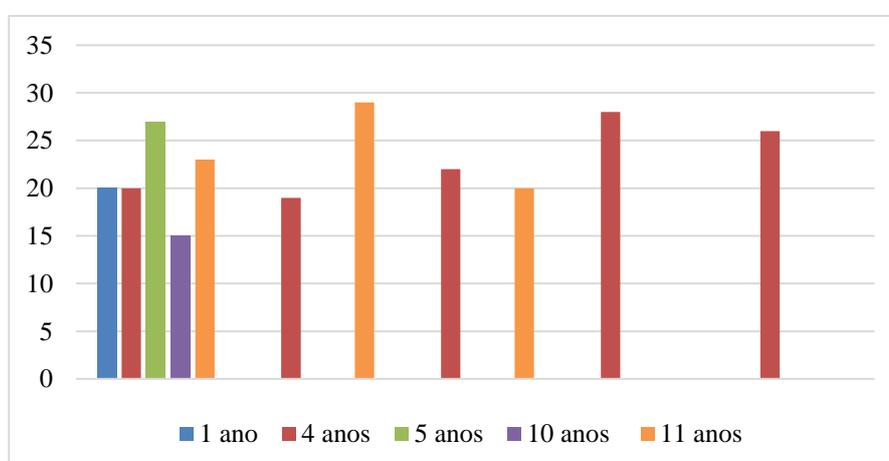
5.4 COGNIÇÃO DURANTE HOSPITALIZAÇÃO

O desenvolvimento do rastreio das capacidades cognitivas dos idosos internados no setor de Ortopedia e Traumatologia no HUSM ocorreu por meio do teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O teste foi desenvolvido por Folstein *et al* (1975) e validado no Brasil por Bertolucci *et al* (1994) e busca determinar em qual nível cognitivo o sujeito se encontra a partir de um escore de 0 a 30 pontos, considerando o nível escolaridade da pessoa que está sendo avaliada. Nesse sentido, o exame avalia o sujeito em cinco categorias: orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem.

Como parâmetros para indicativo de demência, foram utilizados os pontos de corte trazidos por Brucki *et al* (2003), que sugerem indicativo de demência quando o escore for menor que 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para aqueles que tiveram de 1 a 4 anos de estudo, 26,5 pontos para quem teve de 5 a 8 anos de estudo, 28 pontos para os que tiverem de 9 a 11 anos de estudo e 29 pontos para os indivíduos que possuírem mais de 11 anos de estudo.

A aplicação do teste Mini Exame do Estado Mental ocorreu com 11 sujeitos nas quais concordaram em participar da pesquisa. Assim, foi realizado um levantamento, demonstrado no Gráfico 3, comparando os escores obtidos durante a aplicação do teste e a escolaridade, considerando os anos de estudo, de cada sujeito participante.

Gráfico 3 - Cognição x Escolaridade

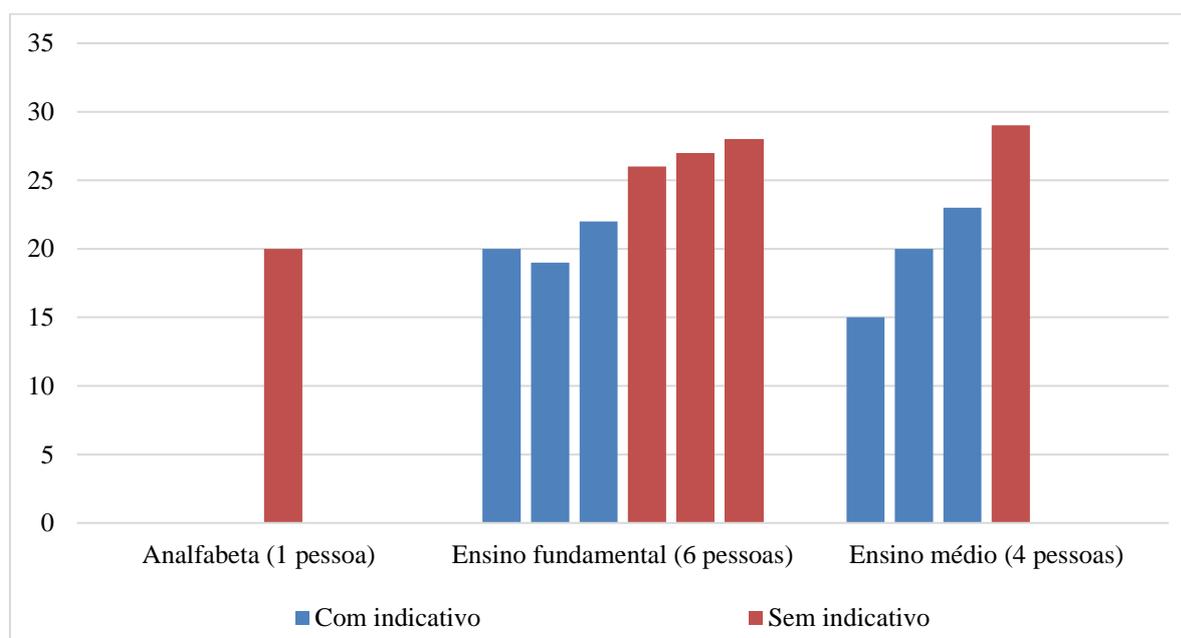


Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

Os dados obtidos durante a pesquisa com a aplicação do MEEM, demonstrados no Gráfico 4, revelaram que uma pessoa (9,09%) é analfabeta e atingiu o escore de 20 pontos, não havendo indicativo de demência. Dentre os participantes com ensino fundamental, três (27,27%) demonstraram indicativo de demência por possuírem 4 anos de estudo e apresentarem escores abaixo de 25 pontos. Entretanto, outros três participantes (27,27%) com a escolaridade entre 4 a 5 anos de estudo não apresentaram indicativo de demência por atingirem escores acima de 25 e 26,5 pontos, respectivamente. Já entre os participantes com ensino médio, os quais possuem entre 10 a 11 anos de estudos, um (9,09%) apresentou escore de 29 pontos, não indicando demência, já os outros três (27,27%) participantes obtiveram escores abaixo de 28 pontos, sugerindo indicativo de demência. Ao final, a aplicação do MEEM alcançou a média de 22,63 pontos entre todos os participantes.

Deste modo, os resultados obtidos pela aplicação do teste Mini Exame do Estado Mental, o qual considera o nível de escolaridade do sujeito avaliado, demonstraram que, dentre os onze sujeitos idosos avaliados, seis deles (54,54%) apresentaram indicativo de demência. Por outro lado, cinco participantes (45,45%) não demonstraram indicativo de demência.

Gráfico 4 - Pontuação MEEM x Escolaridade média

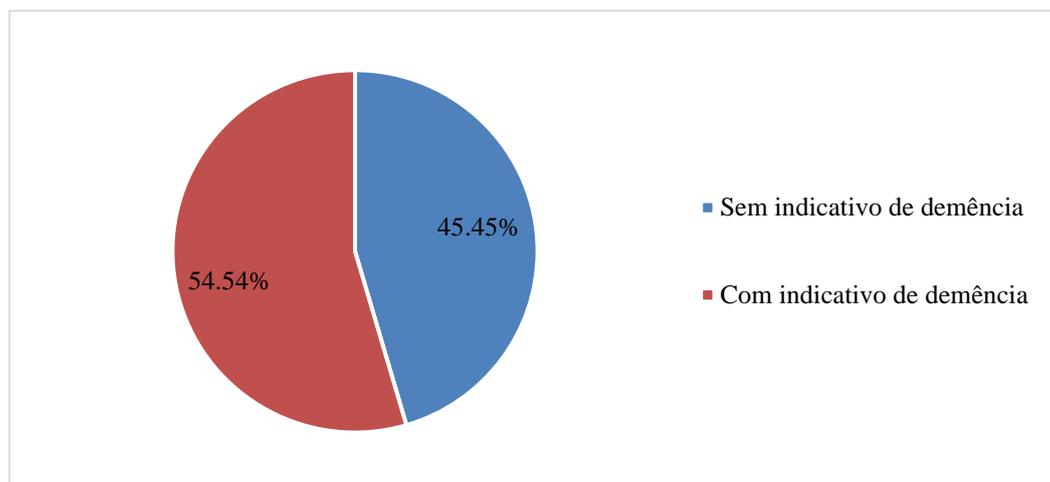


Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

A partir dos resultados obtidos na pesquisa, sugere-se que grande parte dos idosos participantes apresentaram indicativo de demência durante a avaliação realizada no período

de hospitalização. Desse modo, os resultados vão de encontro à literatura, onde considera-se que o período de hospitalização pode ocasionar diversas alterações e agravamentos na saúde do idoso, dentre estes agravos destaca-se o declínio cognitivo (DC) (ARAÚJO *et al*, 2018).

Gráfico 5 - Declínio Cognitivo



Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

Em estudo feito por Melo *et al* (2017) com idosos internados em um Hospital Universitário no município de São Carlos - São Paulo, 62,3% apresentaram declínio cognitivo durante esse período, com média de resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de 17,3 pontos. Os autores enfatizam a importância de um rastreio cognitivo no momento de admissão do idoso ao hospital, para que haja subsídios aos “profissionais de saúde para trabalharem no âmbito preventivo e de programas de reabilitação de maneira precoce” (p. 7).

Lucke *et al* (2018) realizaram um estudo com idosos internados em hospital e verificaram que, pacientes que tenham comprometimento na cognição, apresentaram maiores riscos de internação prolongada e três vezes mais chances de serem institucionalizados - independentemente da idade, sexo e situação de vida. Ao final do estudo, pode-se fazer a associação de DC com a mortalidade hospitalar e DF em internação com período de 90 dias.

Deste modo, a relação entre os resultados obtidos na presente pesquisa através do MEEM com os estudos feitos por Melo *et al* (2017) e Lucke *et al* (2018) demonstram que o nível de declínio cognitivo avaliado durante períodos de hospitalização é alto e que isso pode estar associado ao acontecimento de múltiplos efeitos adversos resultantes da internação,

como por exemplo o declínio funcional, o aumento do tempo de internação e a institucionalização (LUCKE *et al*, 2018). Além disso, o DC pode ocasionar diversas alterações no cotidiano e na saúde do idoso, visto que esta condição interfere diretamente no desempenho do idosos em suas atividades ocupacionais, afetando a sua autonomia e as suas capacidades funcionais conforme o estágio da enfermidade (ARAÚJO; COSTA; BALMANT, 2018).

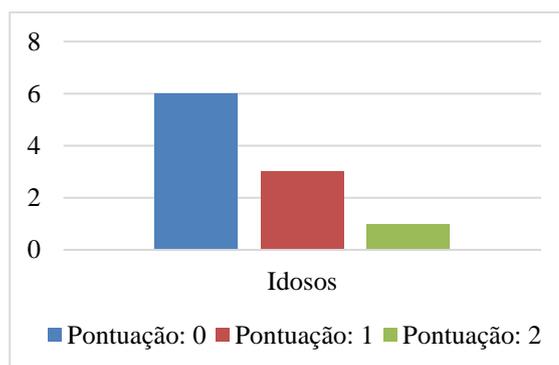
5.5 SINTOMAS DEPRESSIVOS DURANTE HOSPITALIZAÇÃO

Foi realizado um rastreio dos sintomas depressivos dos idosos internados no Setor de Ortopedia e Traumatologia do HUSM. O rastreio foi feito através da Escala de Depressão Geriátrica versão simplificada de quatro itens (GDS-4). A Escala de Depressão Geriátrica, também conhecida como Geriatric Depression Scale, foi desenvolvida em 1983 por Yesavage e colaboradores (1983), sendo considerada rápida, simples e eficaz para verificação de sintomas depressivos em idosos (CASTELO *et al*, 2007).

Nesse sentido, cabe considerar que o estudo geral foi realizado com o número total de onze sujeitos, dentre estes, dez aceitaram participar do rastreio dos sintomas depressivos, ou seja, uma participante do sexo feminino negou sua participação, referindo cansaço.

Deste modo, foi realizado um levantamento dos dados obtidos, demonstrados no Gráfico 6, considerando o número de participantes do rastreio dos sintomas depressivos e os escores do GDS-4, colocados por Yesavage e colaboradores (1983). Dentre os dez sujeitos avaliados, um (10%) apresentou escore de 2 pontos, três participantes (30%) atingiram escore de 1 ponto e seis (60%) obtiveram escore 0 da avaliação.

Gráfico 6 - Pontuação GDS-4.

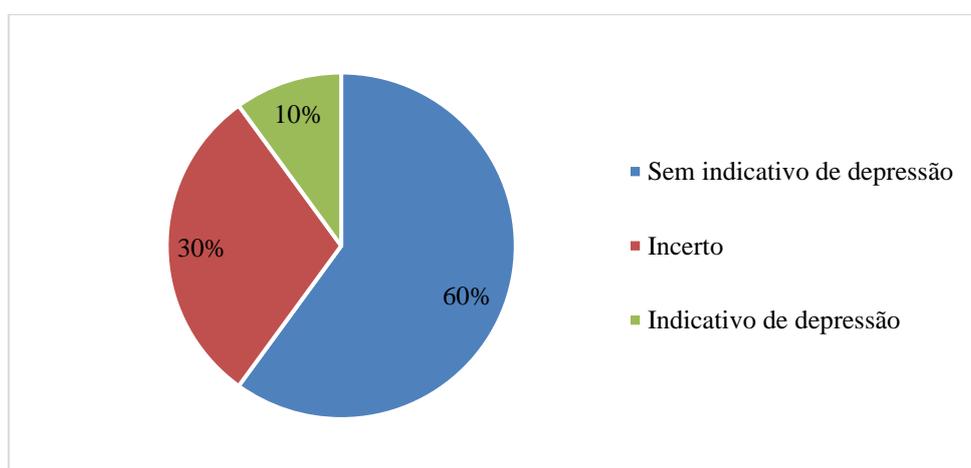


Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

Em vista dos resultados obtidos pelo rastreio dos sintomas depressivos através do GDS-4 durante período de hospitalização, pode-se concluir que, dentre os dez idosos participantes, seis deles (60%) não apresentaram indicativo de depressão por atingirem o escore de 0 pontos, enquanto três idosos (30%) foram considerados incertos por atingirem o escore de 1 ponto. Outrossim, uma pessoa (10%) apresentou indicativo de depressão por atingir o escore de 2 pontos.

Os resultados demonstram então que, apenas 10% dos idosos avaliados apresentaram indicativo de depressão, enquanto grande parte do grupo pesquisado não apresentou este indicativo no momento da coleta.

Gráfico 7 - Sintomas Depressivos



Fonte: Dados elaborados pelas autoras a partir das avaliações coletadas.

Neste sentido, os resultados vão de encontro ao estudo feito por Serra *et al* (2019), que realizaram uma pesquisa a partir da Escala de Depressão Geriátrica versão simplificada de quinze itens (GDS-15) com 96 pacientes em um hospital público e de ensino, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Neste estudo, identificou-se que 39% dos sujeitos avaliados tinham sintomas depressivos de leve a moderado e 8% apresentavam sintomas depressivos graves, distribuídos igualmente entre os sexos. Entretanto, 53% dos idosos avaliados não apresentaram sintomas depressivos.

Deste modo, apesar de não haver um número significativo de sujeitos os quais apresentaram indicativo de depressão durante o período de hospitalização, considera-se de

extrema importância a implementação de políticas públicas em saúde mental, visando a detecção precoce da doença, bem como o tratamento e o acompanhamento adequado.

5.6 FOLDER INFORMATIVO DE CUIDADOS PÓS-ALTA HOSPITALAR

A partir dos dados obtidos através da aplicação da Escala de Katz, foi elaborado um folder informativo com recomendações de cuidados pós-alta hospitalar (Apêndice B) que poderá servir de apoio aos idosos avaliados e seus cuidadores. Desse modo, foram utilizadas as atividades básicas de vida diária (ABVDs) que mais apresentaram prejuízo em seu desempenho, são elas: vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência e tomar banho.

O folder foi elaborado com o objetivo de ter uma linguagem acessível, visando a importância da manutenção da autonomia e independência do idoso. Porém, ressalta-se que, cada sujeito é individual, possui suas limitações e potencialidades e deve ser levado em conta seu diagnóstico, bem como as orientações e restrições médicas recebidas no momento da alta.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa tem o potencial de demonstrar um panorama de como os idosos encontravam-se no período de hospitalização em relação às suas capacidades funcionais, cognitivas e dos possíveis sintomas depressivos. Possibilitou também a construção de um folder informativo (Apêndice B) com estratégias de orientação, manejo e cuidado com os idosos durante o período de pós-alta hospitalar, baseada nos dados obtidos por meio da Escala de Katz.

Cabe também considerar a importância dos instrumentos específicos na detecção precoce dos déficits funcionais, cognitivos e dos sintomas depressivos em idosos em período de internação hospitalar. Além disso, destaca-se a importância da constante realização de pesquisas no meio acadêmico que irão abranger estas temáticas, visto que o declínio funcional e cognitivo e a depressão são bastante comuns na população idosa, e podem ser detectados precocemente e ser tratável através de abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

Considera-se de extrema importância a implementação e reformulação de políticas públicas para idosos, visando a detecção precoce de doenças e/ou prevenção de comorbidades bem como, o tratamento e o acompanhamento interdisciplinar adequado.

Assim, com essas informações, pretende-se instigar a continuidade da coleta de dados para possa haver um resultado mais fidedigno e então sugerir estratégias mais humanizadas de cuidado, para o melhor atendimento ao idoso no período hospitalar e a criação de protocolos de orientações pós alta. Da mesma forma que poderá auxiliar na construção de um plano de atendimento de Terapia Ocupacional hospitalar, ambulatorial e domiciliar fornecendo, desta forma, um suporte teórico que embasa a prática profissional na área.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, K. J. C.; COSTA R. C. B.; BALMANT B. D. Associação entre declínio cognitivo e estado nutricional de idosos hospitalizados. **Colloq Vitae**. 2018.

ANDRADE, F. L. J. P. et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-17, 2017.

APRAHAMIAN, I.; BIELLA, M. M.; VANDERLINDE, F. Rastreio cognitivo em idosos. In: FREITAS, E. V; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. RJ: Guanabara Koogan, 2018. cap. 133. p. 1427-1432.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL (AOTA). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**. São Paulo, v. 26 (Ed. Especial), p. 1-49, 2015.

BARBOSA, T. C. *et al.* Causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil: série histórica de 10 anos. **Revista de Saúde Pública**. Paraná, v. 2 (Supl 1), p. 70-81, 2019.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 598-605, 2007.

BERTOLUCCI, P. H.; BRUCKI, S. M.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

- BRUCKI S. M.D. et al. **Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil.** Arquivos de Neuro-Psiquiatria. v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.
- CANON, M. B. F.; COUTO, T. V. **Uma proposta de atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos hospitalizados.** Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional – UFSCar. São Carlos, v. 22, n. 2, p. 373-382, 2014.
- CASCÃO, A. M. et al. **Uso do diagnóstico principal das internações do Sistema Único de Saúde para qualificar a informação sobre causa básica de mortes naturais em idosos.** Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 19, n. 4, p. 713-726, out./dez. 2016.
- CARVALHO, T. C. *et al.* Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018.
- CASTELO, M. S. et al. **Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde.** Geriatria & Gerontologia. v. 1, n. 1, p. 28-33. 2007
- CECCHINI, M. A. *et al.* Envelhecimento e Cognição | Memória, funções executivas e linguagem. In: FREITAS, E. V; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 4 ed. RJ: Guanabara Koogan, 2018. cap. 132. p. 1422-1426.
- DOS SANTOS, B. P.; POLTRONIERI, B. C.; HAMDAN, A. C. Associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional.** Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 639-653, 2018.
- FOLSTEIN M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatry Research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.
- GUERRA, M. T. E. *et al.* Mortalidade em um ano de pacientes idosos com fratura do quadril tratados cirurgicamente num hospital do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ortopedia.** v. 2, n. 1, p. 17-23, 2017.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Nossa História.** Disponível em <<http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 12 abr. 2019.
- IBGE. Agência IBGE Notícias. Notícias. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.** 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 05 de jun. de 2020.
- KATZ S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services.** v. 6, n. 3, p.493-508, 1976.

KATZ S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**. v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008.

LUCKE, J. A. *et al.* The Six-Item Cognitive Impairment Test Is Associated with Adverse Outcomes in Acutely Hospitalized Older Patients: A Prospective Cohort Study. **Dement Geriatr Cogn Dis Extra**. 2018 May-Aug; 8(2): 259–267

MANSO, M. E. G.; MARESTI, L. T. P.; OLIVEIRA, H. S. B. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 22, n. 4, p. 1-10, 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Metodologia qualitativa e quantitativa. In: MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2017. cap. 8, p. 295-348.

MELO, B. R. S. *et al.* Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Esc Anna Nery**. v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.

MATIAS, A. G. C. *et al.* Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein**. v. 14, n. 1, p. 6-11, 2016.

MENDONÇA, M. S. *et al.* Incapacidade para atividades da vida diária em pacientes idosos à admissão hospitalar e sua relação com evolução desfavorável. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 1, p. 23-41, 2016

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

MOURÃO JÚNIOR, C. A; FARIA, N. C. Memória. **Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica**. v. 28, n. 4, p. 780-788, 2015.

NASCIMENTO, I. M. T. *et al.* Associação entre características sociodemográficas e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Rev Rene**. v. 18, n. 6, p. 749-55, nov-dez 2017.

NERY, B. L. S. *et al.* Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 39, n. 73, p.1-10, 2 jul. 2018.

NETO, A. V. L. *et al.* Estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas. **Rev Fund Care**. v. 9, n. 3, p. 753-9, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU) - BRASIL. Notícias do Brasil. Direitos Humanos. **OMS cobra melhorias no atendimento aos idosos**. 2017. Disponível em:

<<https://nacoesunidas.org/oms-cobra-melhorias-no-atendimento-aos-idosos/amp/>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Como usar a CIF**: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS

ORTEGA, L. F. V.; STORT, D. R.; YASSUDA, M. Avaliação Neuropsicológica em Idosos. In: FREITAS, E. V; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. RJ: Guanabara Koogan, 2018. cap. 134. p. 1433-1438.

PEREIRA, E. E. B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 165-176, 2014.

QUEIROZ, D. B. *et al.* A. Perfil de internações de idosos em uma clínica de neurociências de um hospital público. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 5, n. 1m, p. 16-24, jan./jun. 2016.

SÁ, G. G. M.; SANTOS, A. M. R. Independência funcional de idosos que sofreram queda: estudo de seguimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 72, n. 6, p. 1795-802, 2019.

SANTOS, K. M. R. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em população idosa no estado do Rio Grande do Norte, Brasil, no período de 2008 a 2016. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. v. 22, n. 4, p. 1-12, 2019.

SANTOS, B. P.; POLTRONIERI, B. C.; HAMDAN, A. C. Associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 639-653, 2018.

SERRA, M.A.S. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos no idoso hospitalizado: estudo comparativo. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2019.

STILES P. G.; McGARRAHAN J. F. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. **Journal of Clinical Geropsychology**. v. 4, p. 89-110, 1998.

TAVARES, J. P. A.; GRÁCIO, J.; NUNES, L. A pessoa idosa hospitalizada: trajetória funcional em hospital português. **Revista de Enfermagem Referência**. n. 18, série IV, p. 19-28, jul/ago/set 2018.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World population ageing**. 2020.

VASCONCELOS, A. M. *et al.* Avaliação do conhecimento e capacitação dos agentes comunitários de saúde a respeito da escala de depressão geriátrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**. Vol. Sup. n. 44. p.1-9, 2020.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

YESAVAGE, J. A. et al. **Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.** *Journal of Psychiatric Research*. v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA IDOSO

Pesquisadora: _____.

Data da aplicação durante internação: _____.

Data da aplicação durante período pós-alta: _____.

Nome: _____ . Idade: _____.

Sexo: () Feminino. () Masculino. Telefone para contato: () _____.

Nascimento: ___/___/____. Cidade: _____. Estado civil: _____.

Nível de escolaridade: _____. Sabe ler e escrever: () Sim. () Não.

Mora () sozinho (a) ou () acompanhado (a) _____.

Tem cuidador? () Sim. () Não. Se sim, é () formal ou () informal.

Acompanhante durante internação: _____.

Dia da internação: _____. Tempo de internação: _____.

Causa da internação: _____. Diagnóstico: _____.

Cirurgia: _____.

Medicamentos: _____.

Previsão de alta: _____. Retorno: _____.

Acompanhamentos com outros profissionais:

- Durante internação: _____.

- No período pós-alta: _____.

Ocupação atual: _____.

Quais as principais dificuldades encontradas no período pós-alta: _____

O hospital prestou alguma assistência? _____.

Se sim, qual? Qual sua opinião sobre? _____

Se não, você acha que é necessário? Por quê? _____

APÊNDICE B – FOLDER INFORMATIVO COM RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS PÓS-ALTA HOSPITALAR

Respeitar o que viveram, ter paciência e tratar com carinho os idosos é o caminho certo.

AUTOR DESCONHECIDO



RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS PÓS-ALTA HOSPITALAR

**Karine Hardt Dambrosio
Rafaela da Costa Machado**

OBJETIVO DO FOLDER

Promover estratégias para manutenção de independência e autonomia dos idosos com finalidade de melhoria de qualidade de vida no pós-alta hospitalar.

INDEPENDÊNCIA

Capacidade de realizar atividades de forma individual, sem o auxílio de outra pessoa.

AUTONOMIA

Capacidade de tomar decisões por si mesmo, fazer escolhas.

ORIENTAÇÕES



Sempre pergunte ao idoso o que ele gostaria de vestir, quais são as suas preferências e o estimule a vestir as peças sozinho, mesmo que demande maior tempo.



Evite ao máximo o uso de fraldas geriátricas, estimulando o idoso a fazer uso do vaso sanitário. Caso necessário, utilize adaptações que irão facilitar o processo, um exemplo disso é o assento sanitário elevado.



Se possível, estimule o idoso a levantar-se da cama, sofá ou cadeira sozinho ou com o auxílio de algum tipo de apoio. Dessa forma, ele conseguirá realizar suas transferências de forma mais independente.



Estimule o idoso a realizar sua própria higiene de forma independente, seja no leito ou no banheiro. Caso não seja possível, o cuidador deve informar as partes do corpo que serão higienizadas.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Rastreamento das capacidades funcionais e cognitivas de idosos no pós-alta hospitalar.

Pesquisador responsável: Dr^a Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, departamento de Terapia Ocupacional.

Telefone e endereço postal completo: (55) 981458383, Avenida Roraima, 1000, prédio 26D, sala 4017, 97105-900 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Eu Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, responsável pela pesquisa “Rastreamento funcional e cognitivo de idosos no pós-alta hospitalar”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende fazer um rastreamento funcional e cognitivo de idosos no pós-alta hospitalar do setor de ortopedia e traumatologia do HUSM. Acreditamos que ela seja importante porque pode oferecer melhoria da qualidade de vida, possibilidades de autonomia e independência para idosos que passaram por algum tipo de internação, visto que a mesma pode acarretar alguns prejuízos na sua saúde. Supõe-se que há relevância em rastrear, com instrumentos validados e reconhecidos na literatura, idosos que por motivo da internação modificaram seu cotidiano, alterando de forma significativa o seu desempenho ocupacional.

Possibilitando, portanto, com os resultados obtidos, a inserção de protocolos específicos que norteiam o sujeito idoso e seu cuidador quanto às estratégias de orientação, manejo e cuidado. A pesquisa decorrerá da seguinte forma: durante os meses de abril, maio, junho e julho de 2019 o projeto de pesquisa será escrito para que, no mês de novembro, seja cadastrado na Plataforma Brasil para ser enviado ao comitê de ética da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Assim que aprovado, as pesquisadoras irão iniciar a pesquisa a partir do levantamento de prontuários (Fase 1) dos possíveis sujeitos que farão parte do estudo.

Os dados dos idosos serão coletados a partir das seguintes avaliações: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD)/Escala de Katz, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e *Geriatric Depression Scale* na sua versão simplificada de quatro itens (GDS-4) e também um questionário sociodemográfico desenvolvido pelas pesquisadoras. As avaliações irão ser aplicadas em três momentos enquanto o questionário será respondido em dois.

As aplicações das avaliações ocorrerão de forma uniforme e idêntica pelas pesquisadoras, sendo a primeira coleta durante o período de internação (fase 2) para poder haver a comparação do período pós-alta, nesse momento também será respondido uma parte do questionário sociodemográfico.

Cumprida esta etapa, a segunda coleta será após um curto período (fase 3) de alta hospitalar, quando o idoso retornar para consultar com o médico, neste mesmo dia será feita a reavaliação pelas pesquisadoras e marcação do dia para a terceira coleta.

Por fim, a terceira coleta será quando o idoso retornar após um longo período de alta hospitalar (fase 4) e também haverá a finalização do questionário sociodemográfico.

Em relação ao cuidador do (a) idoso (s) hospitalizado, durante a internação será feita avaliação de sobrecarga por meio da Escala de Zarit e um questionário sociodemográfico desenvolvido pelas pesquisadoras, este deverá ser completado durante o período retornos pós-alta hospitalar.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: constrangimento em responder determinadas perguntas. Os benefícios que esperamos como estudo são que os resultados coletados possam ser utilizados para melhorar o atendimento do hospital para com seus pacientes, bem como auxiliar na melhora dos atendimentos da Terapia Ocupacional e dar suporte teórico aos graduandos e profissionais da área.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada pelo Ambulatório de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria. Você tem

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM. Endereço postal: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM: Avenida Roraima, n. 1000, Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763, CEP 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Também serão utilizadas imagens. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, RS

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM. Endereço postal: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM: Avenida Roraima, n. 1000, Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 763, CEP 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE (TC)

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Rastreo das capacidades funcionais e cognitivas de idosos no pós-alta hospitalar.

Pesquisador responsável: Dr^a Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma.

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato: (55) 981458383

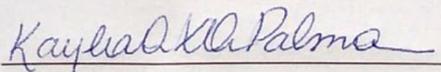
Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de duas avaliações de funcionalidade (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional e Escala de Independência em Atividades da Vida Diária/Escala de Katz), uma de cognição (Mini Exame do Estado Mental), uma escala de depressão (*Geriatric Depression Scale*) e um questionário sociodemográfico, no Hospital Universitário de Santa Maria, no período de setembro de 2019 a julho de 2020.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 26D, Departamento de Terapia Ocupacional, sala 4017, 97105-00 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em __/__/__, com o número de registro Caae _____.

Santa Maria, ____ de _____ de 20__.



Assinatura do pesquisador responsável

**ANEXO C – ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA
- ESCALA DE KATZ**

AVALIAÇÃO

Paciente: _____ . Data de avaliação: ____/____/____.
Pesquisadora (s): _____ . 1ª (), 2ª () ou 3ª () avaliação.

Área de funcionamento Independente (I) / Dependente (D)

Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro):

- não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). **(I)**
- recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). **(I)**
- recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho. **(D)**

Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)

- pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. **(I)**
- pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. **(I)**
- recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa. **(D)**

Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas):

- vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã). **(I)**
- recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. **(D)**
- não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação. **(D)**

Transferência

- deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador). **(I)**
- deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. **(D)**
- não sai da cama. **(D)**

Continência

- controla inteiramente a micção e a evacuação. **(I)**
- tem “acidentes” ocasionais. **(D)**
- necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente. **(D)**

Alimentação

() alimenta-se sem ajuda. **(I)**

() alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. **(I)**

() recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos. **(D)**

0	Independente em todas as seis funções.
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função.
2	Independente em quatro funções e dependente em duas.
3	Independente em três funções e dependentes em três.
4	Independente em duas funções e dependente em quatro.
5	Independente em uma função e dependente em cinco.
6	Dependente em todas as seis funções.

(continua)

	INDEPENDENTE	DEPENDENTE
Tomar banho (leito, chuveiro ou banheira) ou toma banho sozinho.	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou não toma banho sozinho.	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou para entrar ou sair da banheira.
Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos.	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho.
Uso do vaso sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos).	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo.

(conclusão)

Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio).	Requer ajuda para deitar na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências.
Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontroladas.	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou cateteres; uso de urinol ou comadre controlado por terceiros.
Alimentação	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação.	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parental.

Nota: independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos abaixo. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz. Fonte: LINO *et al*, 2008, p. 108.

Fontes: KATZ *et al* (1963); KATZ, AKPOM (1976); LINO *et al* (2008).

ANEXO D – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

Paciente: _____ . Data de avaliação: ____/____/____.

Pesquisadora (s): _____ . 1ª () , 2ª () ou 3ª () avaliação.

ORIENTAÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL – pergunte ao indivíduo (1 ponto para cada resposta correta):

Que dia é hoje?()

Em que dia da semana estamos?()

Em que mês estamos?()

Em que ano estamos?()

Qual a hora aproximada? (Considerar variação de mais ou menos uma hora)()

Em que local nós estamos? (Específico – consultório, dormitório...)()

Que local é esse aqui? (Sentido mais amplo – instituição)()

Em que bairro nós estamos ou qual é a rua mais próxima?()

Em que cidade nós estamos?()

Em que Estado nós estamos?()

MEMÓRIA IMEDIATA:

Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.....()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO:

Subtração de setes sucessivamente cinco vezes (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.()

EVOCAÇÃO:

Pergunte ao paciente pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM:

Você pode nomear esses objetos? (Mostrar um relógio e uma caneta – 1 ponto para cada).()

Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá... considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)()

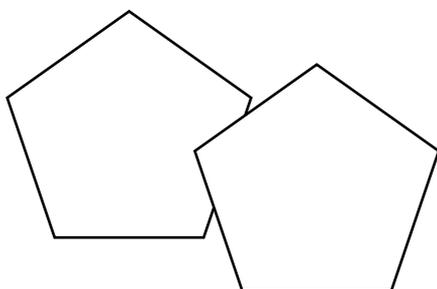
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.....()

Mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando (1 ponto)

.....()

Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto)

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)



SCORE: (____/30)

Fontes: FOLSTEIN et al, (1975); BERTOLUCCI et al (1994); BRUCKI et al (2003).

ANEXO E – GERIATRIC DEPRESSION SCALE - VERSÃO SIMPLIFICADA DE QUATRO ITENS (GDS-4)

GERIATRIC DEPRESSION SCALE - 4

Paciente: _____. Data de avaliação: ____/____/____.

Pesquisadora (s): _____. 1ª (), 2ª () ou 3ª () avaliação.

	SIM	NÃO
De maneira geral, você está satisfeito (a) com sua vida?	0	1
Você acha sua vida sem sentido atualmente?	1	0
Você se sente inseguro achando que alguma coisa de ruim vai lhe acontecer?	1	0
De maneira geral, você costuma se sentir feliz?	0	1

Pontuação: _____.

0 = sem indicativo de depressão.

1= incerto.

2-4 = indicativo de depressão.

Fonte: CASTELO, M. S. et al. **Escala de Depressão Geriátrica com quatro itens: um instrumento válido para rastrear depressão em idosos em nível primário de saúde.**

Geriatrics & Gerontology. v. 1, n. 1, p. 28-33. 2007

ANEXO F - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



Ministério da Educação
 Universidade Federal de Santa Maria
 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
 Hospital Universitário de Santa Maria
 Gerência de Ensino e Pesquisa

APROVAÇÃO INSTITUCIONAL PARA ANÁLISE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Pesquisadores (as): Karine Hardt Dambrosio; Rafaela da Costa Machado
 Orientador (a): Kayla Araujo Ximenes Aguiar Palma
 Título do Projeto: Rastreo das capacidades funcionais e cognitivas de idosos no pós-alta hospitalar
 Registro Portal SIEweb UFSM: 052676
 Período de Execução: de 13/09/2019 a 31/12/2021

Declaramos ser de nosso conhecimento o teor do projeto acima, estando o mesmo, de acordo com a documentação e metodologia apresentadas, em conformidade com as normas de pesquisa da Comissão de Pesquisa do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria da Universidade Federal de Santa Maria- GEP/HUSM/UFSM.

O (s) pesquisador (es) têm a nossa anuência para desenvolvê-lo no âmbito do HUSM, mediante obtenção de parecer consubstanciado favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

GN

Gustavo Nogara Dotto
 Gerente Substituto de Ensino e Pesquisa
 HUSM - EBSERH
 SIAPE 1812979

Prof. Dr. Gustavo Nogara Dotto

Gerente Substituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria
 Universidade Federal de Santa Maria – GEP/HUSM/UFSM

Santa Maria, 24 / 9 / 2019

E-mail contato: kaylaguiar@gmail.com; karinehardtt@gmail.com;
 rafacostamachado1@gmail.com