

CARLOS EDUARDO DE PAULO CARDOSO

**PERFIL CLÍNICO E SOCIAL DO PACIENTE
IDOSO HOSPITALIZADO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Werneck Lopes.

CURITIBA

1999



Ministério da Educação e do Desporto
Universidade Federal do Paraná
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA INTERNA
=MESTRADO=

PARECER

Parecer Conjunto dos Professores Dr. Reginaldo Werneck Lopes, Dr.^a Edna Strauss e Dr. Acir Rachid sobre a Dissertação de Mestrado em Medicina Interna da Universidade Federal do Paraná, elaborada pelo Dr. CARLOS EDUARDO DE PAULO CARDOSO, intitulada "PERFIL CLÍNICO E SOCIAL DO PACIENTE IDOSO HOSPITALIZADO".

A Banca Examinadora considerou que o Dr. CARLOS EDUARDO DE PAULO CARDOSO, apresentou trabalho adequado para Dissertação de Mestrado e o defendeu com segurança e propriedade nas arguições que lhe foram feitas, atribuindo-lhe **Conceito "A"**, correspondente ao **Grau "10"** sendo pois unanimemente recomendado à Universidade Federal do Paraná que lhe seja concedido o título de **Mestre em Medicina Interna** e a publicação da Dissertação em veículo de divulgação conveniente, depois de incorporadas as sugestões apresentadas no decurso das arguições.

Curitiba, 26 de março de 1999.

Prof. Dr. Reginaldo Werneck Lopes

Prof.^a Dr.^a Edna Strauss

Prof. Dr. Acir Rachid

À minha esposa Mariney, amiga de todas as horas, pelo decisivo estímulo e imensa compreensão.

A meu filho Vinícius, cuja presença querida trouxe muita vida para os meus esforços.

A meus pais, por minha formação pessoal e profissional, além do apoio constante.

Aos queridos idosos, pela surpreendente colaboração e grande experiência de vida !

Os sonhos não envelhecem.

Márcio Borges

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter abençoado esta difícil jornada.

Ao Prof. Reginaldo Werneck Lopes, pelo grande estímulo e apoio à minha atividade acadêmica, pela amizade sincera, pela dedicação à orientação desta dissertação, e por acreditar na proposta de trabalho aqui desenvolvida.

Ao Prof. Albano Manuel de Almeida Chaves Luiz, pelo apoio decisivo ao meu ingresso na vida acadêmica, com extrema saudade.

Ao Prof. Lineu César Werneck, pela compreensão e cooperação.

Ao Prof. Valderílio Feijó Azevedo, pelos conselhos providenciais, pela amizade e assistência freqüente.

Ao Prof. João Bosco Strozzi, pela disponibilidade e boa vontade com respeito à orientação estatística.

Ao Dr. Venceslau Coelho, pela extrema dedicação e fundamental colaboração.

Ao Dr. Maicon Nunes Loureiro, pelo excelente trabalho de equipe.

Às nutricionistas Karina Kaminski Paciornik, Simone da Silva Cunha, Ana Tereza Gebran e Silvia Pinheiro Medeiros, pelo grande interesse e admirável empenho.

Ao imprescindível apoio dos colegas profissionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

Aos professores da Disciplina de Propedêutica Médica, da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, pelo convívio sempre gratificante.

A Igor da Silva Schmeiske, pela amizade, com oportuna e eficiente assessoria de informática.

Aos médicos residentes do Hospital de Clínicas e do Hospital Evangélico, pela cooperação constante e por facilitarem o acesso aos pacientes e às informações.

Às funcionárias Lúcia Lemiszka e Valéria Knapp, secretárias do Curso de Pós-Graduação em Medicina Interna, pela boa vontade e simpatia.

Aos estagiários de Nutrição, pelo interesse e suporte às equipes de coleta de dados.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	7
3 REVISÃO DA LITERATURA	9
3.1 HISTÓRICO	9
3.2 O IDOSO E O CONTEXTO SOCIAL	11
3.3 O IDOSO - ASPECTOS MÉDICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	18
3.4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO	22
3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
4 MATERIAL E MÉTODO	30
4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	30
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	32

4.3	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	36
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	41
5	RESULTADOS.....	44
5.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS ENFERMIARIAS AVALIADAS.....	44
5.2	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	44
5.3	MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO.....	56
5.4	DIAGNÓSTICOS.....	60
6	DISCUSSÃO.....	62
6.1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	62
6.2	DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS.....	63
6.3	DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO - ASPECTOS MÉDICOS E FUNCIONAIS.....	70
6.4	DISCUSSÃO DAS MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	76
6.5	DIAGNÓSTICOS.....	83

7 CONCLUSÕES	85
ANEXOS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

LISTA DE TABELAS

1 ANÁLISE DAS ENFERMARIAS.....	44
2 SEXO.....	45
3 COR.....	46
4 ESTADO CIVIL.....	47
5 MORADIA.....	48
6 APOSENTADORIA.....	49
7 RENDA PRÓPRIA.....	49
8 APOIO FAMILIAR.....	50
9 FUNÇÃO COGNITIVA.....	51
10 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	52
11 CAPACIDADE FUNCIONAL.....	53
12 AVALIAÇÃO GLOBAL SUBJETIVA (AGS).....	54
13 CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO.....	61
14 RELAÇÃO ENTRE IDADE E VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	78
15 RELAÇÃO ENTRE SEXO E VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	79
16 RELAÇÃO ENTRE SITUAÇÃO FAMILIAR E VARIÁVEIS SELECIONADAS.....	80

17	RELAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E VARIÁVEIS SELECIONADAS	80
18	RELAÇÃO ENTRE RESIDÊNCIA HABITUAL E VARIÁVEIS SELECIONADAS	81
19	RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO COGNITIVA E VARIÁVEIS SELECIONADAS	82
20	RELAÇÃO ENTRE IMC E VARIÁVEIS SELECIONADAS	83

LISTA DE FIGURAS

1	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A IDADE.....	45
2	SEXO.....	46
3	COR.....	46
4	ESTADO CIVIL.....	47
5	MORADIA.....	48
6	APOSENTADORIA.....	49
7	RENDA PRÓPRIA.....	50
8	APOIO FAMILIAR.....	51
9	FUNÇÃO COGNITIVA.....	52
10	ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA.....	53
11	CAPACIDADE FUNCIONAL.....	54
12	AVALIAÇÃO GLOBAL SUBJETIVA (AGS).....	55
13	CASOS VÁLIDOS DE IMC.....	55
14	CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGS - AVALIAÇÃO GLOBAL SUBJETIVA

AIVD - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

AVD - ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

DPOC - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

EDG - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

IMC - ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SAS - SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e o crescimento significativo da população idosa em todo o mundo ressaltou a importância de se aprofundar a pesquisa na área geriátrica e gerontológica, com o objetivo de se oferecer adequada abordagem médica a esta população peculiar. Observou-se que o atendimento estritamente técnico não preenchia as muitas necessidades deste grupo de pacientes porque, além dos motivos médicos que levavam estes indivíduos às consultas e internamentos, existiam várias questões de ordem sócio-econômica e familiar, aliadas a eventos médicos paralelos, que influenciavam de modo relevante o quadro clínico em evolução. Com base nestas evidências, procurou-se trazer a experiência gerontológica para duas enfermarias públicas de Clínica Médica situadas em Curitiba, pertencentes a hospitais universitários. O objetivo básico consistiu em se obter um perfil geral destes pacientes idosos, utilizando instrumentos de coleta de dados previamente testados, de modo a conhecer melhor o contexto social e os aspectos médicos de ordem geral referentes a cada indivíduo avaliado. Com isto, houve a intenção de focalizar o paciente efetivamente como pessoa humana, seu modo de vida, sua condição econômica e trabalhista, além de seu relacionamento familiar. No âmbito médico de ordem geral, avaliou-se a função cognitiva, a situação psicológica, a capacidade funcional e o estado nutricional. Todos estes fatores foram associados estatisticamente de modo a verificar o grau de influência de cada variável sobre as demais. O perfil geral dos idosos hospitalizados avaliados revelou população com baixo poder aquisitivo, bastante influenciada pelo relacionamento conjugal e familiar, com moderado comprometimento da função cognitiva e preocupantes índices de depressão e estado nutricional. Todavia, avaliando a capacidade funcional de realizar a rotina diária, constatou-se a notável capacidade adaptativa da população idosa frente às dificuldades impostas. A idéia de se avaliar o paciente como um *todo* encontra na medicina do idoso plena justificativa.

ABSTRACT

The increase of life expectation and the significant increment of the old age population around the world gave prominence to the importance to wider scientific investigation in the area of Geriatrics and Gerontology with the idea to provide the elderly with the most adequate medical approachment. It was observed that the exclusively technical approach did not fulfill the several necessities from these patients because, besides medical reasons that motivated the clinical assessment and hospitalization, there were many social, economic and familiar aspects allied to the simultaneous medical events that significantly influenced the clinical evolution. In agreement with these evidences, it was tried to bring gerontologic experience to two public wards of Internal Medicine situated in Curitiba and belonging to university hospitals. The basic plan was to obtain a general profile from these old patients using previously tested instruments of research, aiming better knowledge of the social context and the general medical aspects of each assessed person. Thus the trial consisted in the analysis of the old patients as *human persons*, their way of life, their economic conditions, the problem of retirement and the familiar relations. Considering the general medical aspects it was assessed the mental function, psychic conditions, functional capacity and nutritional state. All aspects above were statistically associated in order to verify the level of influence of each one over the others. The general profile of hospitalized elderly revealed a population with meager economic conditions, under great influence of conjugal and familiar relations, with moderated impairment of mental function, expressive levels of depression and poor nutritional state. However, assessing the functional capacity to perform daily activities, it was seen noteworthy adaptative capacity of the elderly population to face such difficulties. The idea that each patient represents not just a pathological case, but a human being finds entire justification in the Medicine for the old age.

1 - INTRODUÇÃO

A palavra perfil traz-nos a idéia de visão geral, esboço, retrato desenhado com traços simples. Quando nos deparamos com um paciente internado, à beira do leito traçamos instintivamente o perfil daquela pessoa. O desenho obtido pode apresentar equilíbrio nas linhas ou acentuar determinadas características. Uma visão predominantemente técnica nos transporta freqüentemente à infração ética que se resume na seguinte frase: *Naquele leito internou uma pneumonia*. Na verdade, *naquele* ou em qualquer outro leito sempre estará internada uma pessoa que traz para o hospital, além da doença, um histórico de vida que se relaciona em diferentes graus com a enfermidade que motivou a internação (PORTO, 1996).

Os registros de crescimento da população idosa em vários países, não apenas no primeiro mundo, são evidentes. Destaca-se que, em muitos casos, tal crescimento tem-se apresentado em níveis superiores ao de outros grupos etários. Deste fato surgem questões que ultrapassam a mera quantificação dos dados relativos à população, os números de instituições e leitos hospitalares ou a incidência de doenças e nível de renda. A problemática se dirige para a questão

da qualidade de vida e o enfrentamento do problema do idoso como questão social (MARTINS, 1994).

Na sociedade brasileira atual, a família representa ponto bastante agudo de conflito. O indivíduo idoso vem de estrutura social onde os laços familiares eram muito fortes. Hoje, infelizmente, este modelo está bastante deteriorado. Ninguém tem tempo, o egoísmo é fato corriqueiro. A pessoa vale pela sua capacidade de produzir em termos quantitativos; a visão imperativa é a do extremo utilitarismo. Obviamente, o idoso não consegue, em grande parte das vezes, acompanhar este ritmo intenso e, pior, fica muitas vezes esquecido entre quatro paredes sem condições de se comunicar ou participar mais ativamente da vida familiar e comunitária. É claro que muitas famílias são tão vítimas da estrutura social vigente quanto seus idosos, pois têm de lutar para o seu próprio sustento em um mundo cada vez mais rápido e competitivo. O trabalho consiste em outra questão bastante difícil para o indivíduo idoso. A sociedade atual tende a valorizar o aspecto produtivo e competitivo dos seus componentes, em detrimento da experiência de vida. Há uma supervalorização do *ter* e do *poder* sobre o *ser*. Quanto à política, os indivíduos da terceira idade, por serem um grupo ainda minoritário e pouco interessante ao sistema atual, têm pouco poder de pressão junto aos governantes. Portanto, deparamo-nos com aposentadorias e pensões de

valores mínimos, além de leis insuficientes às necessidades desta classe populacional. A limitação funcional pelas freqüentes doenças crônicas e, muitas vezes, alterações da função cognitiva, levam o idoso a graus variáveis de dependência, podendo culminar com o risco da institucionalização (PAPALÉO NETTO, 1996).

Por fim, reportamo-nos à questão da mídia. Alguns estudiosos acreditam que a mídia reflete o que a sociedade pensa, em termos gerais. No entanto, uma visão mais crítica de nosso mundo, cada vez mais unificado pelos meios de comunicação, despe a preocupante faceta da mídia manipulando o pensamento da população. Então, temos a exacerbação de idéias que vêem o idoso *ideal* como aquele que apresenta atributos físicos notáveis, disposição surpreendente para a atividade esportiva, social e sexual. É louvável, embora infreqüente, encontrar-se na imprensa matérias que tratam da experiência de vida, da espiritualidade, da humanidade que traz o indivíduo idoso, com suas potencialidades e fragilidades. A pessoa que conseguiu ultrapassar os sessenta anos é, na verdade, um indivíduo privilegiado que, assumida a sua condição verdadeiramente humana, em grande parte das vezes muito conteúdo de vida tem para compartilhar com os mais jovens (INCONTRI, 1996).

Tem sido observado em todo o mundo, mesmo nos países em desenvolvimento como o Brasil, um aumento progressivo da longevidade, além da diminuição no número de nascimentos, em diferentes graus de intensidade dependendo do país avaliado. Este fato nos mostra que, no futuro, teremos uma população de idosos cada vez maior. O problema consiste na necessidade de desenvolvimento de projetos que atendam a esta população, à qual será simplesmente impossível fechar os olhos. Nos países desenvolvidos há constante formação de equipes multidisciplinares que visam manter o idoso o maior tempo possível no seu meio social natural. Para isto, existem equipes para cuidados médicos domiciliares constantes; há o desenvolvimento de centros-dia com atendimento médico-hospitalar ao idoso, possibilitando ao mesmo a volta ao domicílio no período noturno, evitando a institucionalização. Em nosso país há um longo caminho a ser percorrido para que se atinja a experiência já acumulada no mundo desenvolvido (PAPALÉO NETTO, 1996).

O atendimento clínico ao paciente idoso apresenta várias particularidades. Quanto à anamnese, como o idoso é freqüentemente pouco ouvido no seu cotidiano, fica o médico com a importante função de ouvir pacientemente um relato que geralmente ultrapassa os limites da sintomatologia em questão, englobando muitos aspectos de vivência, de experiência de vida (LEME, 1996).

Os familiares trabalham, em geral, a maior parte do dia; as limitações físicas impedem grandes deslocamentos; o círculo de amigos da mesma faixa etária é, muitas vezes, reduzido; o falecimento do cônjuge é um fato possível. Então o idoso depara-se com a frustrante condição de ter muito para contar e poucos para escutar. A solidariedade do profissional de saúde para com o paciente geriátrico na relação médico-paciente é uma atitude a ser lembrada sempre.

A internação hospitalar é situação preocupante na vida da população idosa. Estes pacientes apresentam com maior frequência doenças crônicas, muitas delas em estágio de evolução avançado. Apresentam também queda da imunidade em diferentes graus, sendo mais suscetíveis às infecções e às neoplasias (CARVALHO FILHO et al, 1987; JACOB FILHO & SOUZA, 1994). Além destes fatores orgânicos, geralmente se apresentam problemas de ordem social e psicológica que, muitas vezes, são decisivos na evolução clínica do paciente hospitalizado (KRAMER & SCHRIER, 1990). Deve-se procurar compreender o contexto social destes pacientes, transpondo o raciocínio meramente técnico da abordagem médica. Por trás da razão técnica que motivou a internação, sempre há questões de relacionamento familiar, de situação sócio-econômica, de perfil psicológico e de capacidade funcional, que influenciam em diferentes graus o estado de saúde geral de cada indivíduo. Portanto, deve-se tentar oferecer a

melhor abordagem diagnóstica e terapêutica possível das doenças orgânicas existentes, o que, logicamente, é essencial; no entanto, não se pode esquecer de conhecer o meio onde este indivíduo vive, sua residência habitual, sua situação econômica atual, o apoio familiar que recebe, para que haja entendimento mais amplo da situação e conseqüente melhor atendimento durante o internamento com melhor planejamento da terapêutica e da abordagem domiciliar, na ocasião da alta hospitalar. Por exemplo, é inútil prescrever-se um tratamento de alto custo a uma pessoa que não terá condições de comprar a medicação; ou, então, dar ao doente ou familiares orientações que estão além da capacidade de entendimento dos mesmos.

Igualmente importantes em estudos desta natureza figuram os aspectos referentes à moradia, à situação familiar, à situação profissional e econômica. Do ponto de vista médico, alguns aspectos relacionam-se bastante com o perfil social, tornando a avaliação geral do indivíduo mais consistente. Também os itens referentes à avaliação da função mental, à avaliação da depressão, aos aspectos funcionais relacionados à capacidade de executar as tarefas do cotidiano, e à avaliação nutricional se afiguram como fundamentais no plano de trabalho assistencial do idoso (LACHS et al, 1990).

2 - OBJETIVOS

O *objetivo básico* do presente estudo consistiu em estabelecer um perfil geral do paciente idoso hospitalizado em enfermaria pública na área de Clínica Médica (Medicina Interna). Entendeu-se por perfil geral o levantamento de dados não específicos do motivo estritamente médico que motivou a internação. Com a obtenção deste perfil como objetivo básico, incluíram-se também objetivos adicionais.

O *primeiro* objetivo adicional consistiu em conhecer melhor o paciente como pessoa, seu círculo de relacionamentos na comunidade, suas atividades habituais, ou seja, a consideração de que possam existir elementos externos ao motivo da internação que interfiram na evolução clínica do idoso então hospitalizado. Procurou-se reforçar a idéia do paciente idoso como um todo que engloba a pessoa e o paciente em um mesmo indivíduo.

O *segundo* objetivo adicional referiu-se à avaliação do desempenho dos instrumentos de coleta de dados utilizados na população em estudo, em comparação à sua utilização na literatura vigente (Miniexame do Estado Mental,

Escala de Depressão Geriátrica, Avaliação Nutricional Global Subjetiva, Índice de Massa Corpórea).

O *terceiro* objetivo adicional foi associar as diferentes variáveis em estudo de modo a verificar o grau de influência de cada uma sobre as demais.

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1 - HISTÓRICO

A preocupação com um possível rejuvenescimento existe desde um tempo bem remoto. Simone de Beauvoir apresenta referência bastante antiga sobre o assunto; trata-se da citação de Ptah-Hotep, filósofo e poeta egípcio, que no ano 2500 a.C. comentou a velhice:

“Quão penosa é a vida do ancião! Vai dia a dia enfraquecendo, a visão baixa. Seus ouvidos se tornam surdos, a força declina, o corpo não encontra repouso, a boca se torna silenciosa e já não fala. A velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem.”

(GOMES, 1994)

Apesar desta declaração ser, digamos, nada otimista, no antigo Egito diversos documentos ressaltam a obrigação dos filhos de cuidar de seus pais idosos e de manter suas tumbas após a morte; viver 110 anos era considerado o prêmio por uma vida equilibrada e virtuosa (LEME, 1996).

O respeito do povo judeu pelos idosos fica patente em seu principal livro: “A Bíblia”. No livro de Bem Sirak (Eclesiástico) encontra-se a seguinte máxima sobre a velhice:

“Como acharás na velhice aquilo que não tiveres acumulado na juventude? Quão belo é para a velhice o saber julgar e para o ancião o saber aconselhar! Quão bela é a sabedoria nas pessoas de idade avançada...A experiência consumada é a glória dos anciãos!” (Ecle, 25:5-8.) (LEME, 1996).

Hipócrates registrou muitas observações a respeito dos problemas médicos que acometiam particularmente os idosos, sugerindo moderação em suas atividades e, bastante interessante, desaconselhando aos idosos a suspensão de suas ocupações habituais (LEME, 1996).

Nos diálogos de Sócrates e Platão encontra-se:

“Para indivíduos prudentes e bem preparados, a velhice não constitui peso algum”, Sócrates.

“A velhice faz surgir em nós um imenso sentimento de paz e a libertação”, Platão. (GOMES, 1994).

A Gerontologia é um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo do envelhecimento e os múltiplos problemas que envolvem a pessoa idosa. É uma

área de conhecimento nova, quando se considera a pesquisa sistemática, embora, como vimos, a preocupação em se entender a questão da velhice, nas suas várias dimensões, seja questão bastante antiga. As razões são complexas para se explicar o atraso com relação aos conhecimentos gerontológicos. Dentre estas razões, cita-se a falta de base suficientemente concreta ou de fundamento teórico que pudesse levar a um planejamento experimental adequado ou, por outro lado, o fato desta área ter sido vista com desdém, uma vez que era previamente dominada por indivíduos de intenções não científicas ou simplesmente duvidosas (HAYFLICK, 1985; PAPALÉO NETTO, RIBEIRO DA PONTE, 1996).

3.2 O IDOSO E O CONTEXTO SOCIAL

Sabe-se que a evolução biológica do ser humano, em seu processo vital, é decisivamente afetada pela classe social, pelo grupo profissional, pela cultura e demais determinantes, encurtando ou prolongando a vida. Permite-se, da mesma forma, que em cada uma de suas etapas seja maior ou menor a possibilidade de conservação da saúde, aquisição de cultura e fruição dos bens, serviços e possibilidades de bem-estar social e individual. Sob o aspecto cronológico, a fronteira do envelhecimento tende a expandir-se, embora, biologicamente, se

deva enfrentar os problemas de uma velhice subdesenvolvida, em decorrência das carências nutricionais, sanitárias, educacionais, habitacionais, entre outras, provocadas pelos desequilíbrios sociais e regionais. Sem dúvida, estamos passando de um regime de forte natalidade e forte mortalidade para um regime de frágil natalidade e frágil mortalidade (MAGALHÃES, 1987).

O perfil demográfico do município de Curitiba corresponde às observações do sociólogo Dirceu Magalhães, onde a análise da evolução da estrutura etária revela um declínio da natalidade e redução da mortalidade, resultando no aumento da expectativa de vida no município com conseqüente incremento nas parcelas mais idosas da população. O município de Curitiba, em 1980, tinha 55.820 habitantes com 60 anos ou mais, representando 5,4% da população; evoluiu para 115.354 habitantes com 60 anos ou mais em 1996, representando 8,1% da população. Enquanto a população geral do município obteve um incremento de 38% no período 1980/1996, a população de idosos cresceu 105% (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA, 1997).

Quando se busca obter um perfil de determinado paciente, que o situa em contexto mais amplo que a doença que motivou a procura de atendimento médico, se depara com a necessidade de transpor a objetividade das ciências

naturais, onde o homem *explica* a natureza, partindo para o universo das ciências humanas, onde o homem *compreende* a sociedade, a cultura, o humano. Portanto, o conhecimento que o homem tem das realidades humanas, por mais elementar ou inseguro que seja, representa identidade essencial entre o sujeito e o objeto do conhecimento, ou seja, tem-se o homem conhecendo o homem (MACHADO NETO, A. L., MACHADO NETO, Z., 1978).

O econômico e o social são elementos fundamentais na gênese das doenças que incidem sobre as coletividades humanas. Todo conhecimento, inclusive a Medicina, é, em última instância, social porque nasce de um cérebro que é humano, histórico, fruto de determinada classe social, representante consciente ou inconsciente da estrutura, organização social e cultura em que vive. Portanto, pode-se chegar à conclusão de que a Medicina e as outras ciências da saúde são ciências sociais com áreas de aplicação para as disciplinas biológicas (SOBRAL, 1994).

Após as considerações contextuais iniciais, partimos para a avaliação de alguns tópicos específicos. O primeiro deles trata do idoso enquanto pessoa. A condição de ser pessoa se adquire quando se é concebido e deve ser considerada como um bem a sempre ser defendido. Por esta razão não se tem o direito de

decidir quando a vida do indivíduo está terminada e, com base nesta convicção, comprometer-se o que de mais nobre o ser humano tem, na sua condição de pessoa, que é a sua dignidade (LEME, 1996). Na abordagem do paciente idoso internado em hospital, a questão da manutenção da dignidade humana adquire seu sentido mais prático, dizendo respeito aos cuidados gerais, nutricionais e ao alívio da dor.

Além do indivíduo idoso ter direitos como pessoa, ele continua tendo direitos como cidadão. E então, quando falamos em cidadania, lembramos da relação precária entre o idoso e o Estado, pois o poder de pressão dos idosos frente aos governantes é ainda bastante frágil, sendo as ínfimas aposentadorias um exemplo claro. A relação entre o idoso e o país subdesenvolvido pode ser representada pelos seguintes tópicos: acentuação de deficiências acumuladas; baixos salários, iguais à perda de poder aquisitivo; ausência de objetividade da política social; doenças crônicas; má nutrição; condições precárias de trabalho para o idoso; fatores geradores de idosos inválidos e conseqüente maior busca de apoio nas instituições (BOECHAT, 1994; NASCIMENTO E SILVA, 1998).

A institucionalização é uma preocupação atual bastante evidenciada no meio médico e político em todo o mundo, mas percebem-se desvios de raciocínio que

ênfatizam em excesso a alternativa de utilização de instituições asilares, mesmo nos Estados Unidos, onde os planos de saúde também são insuficientes às necessidades da população geriátrica (BOECHAT, 1994; NASCIMENTO E SILVA, 1998).

é consenso a necessidade de busca de alternativas à institucionalização. O subsídio econmico e a ajuda domiciliar pelo Estado consistem em formas de serviços sociais bastante válidas. No Uruguai se considera que os serviços de ajuda domiciliar são 16 vezes mais econmicos, comparados aos institucionais. Em Cuba, em 1991, 10.720 idosos que moravam sos recebiam assistência domiciliar, sendo que a finalidade para 6.363 era a alimentação, para 2.750 a lavagem de roupa e para 1.607 a limpeza da casa. O “Centro-Dia” consiste em centro de atenção diurna, criado para aqueles idosos que não apresentam incapacidades severas, garantindo um apoio sustentado às famílias. São estimuladas as relações interpessoais entre os integrantes idosos, realizando-se atividades sociais envolvendo jogos, terapia ocupacional, práticas esportivas, passeios e alimentação. O custo operativo dos centros-dia é baixo e o alívio emocional dos familiares é algo perceptível. Os grupos comunitários consistem em outra alternativa de serviço social. Na cidade de São Paulo, grupos de idosos

se reúnem periodicamente nas bibliotecas públicas, participando de atividades sociais; no Rio de Janeiro foi criada há cerca de 4 anos, a Universidade Aberta da Terceira Idade, ligada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com a promoção de várias ações a favor da população idosa (ANZOLA-PEREZ, 1991; BRITO, RAMOS, 1996). É oportuna, neste momento, a observação de Carl Jung:

“O anoitecer da vida deve também possuir um significado próprio, e não pode ser apenas um apêndice lamentável do amanhã da vida”.

(PESSINI, 1994).

Com relação ao idoso e sua integração na família, COELHO (1989) tece importantes comentários. A autora analisa duas situações distintas, fruto do contato que teve com várias famílias. A primeira mostra o idoso cuja presença não altera a vida familiar; estes aceitam as normas da família, não criam problemas para os filhos, noras, genros e netos, não opinam na educação dos netos, aceitam o *modus vivendi* da família. A segunda mostra uma situação bastante comum que se trata do conflito de gerações. Observa-se a rejeição do idoso, não só pelos filhos, mas também pelos netos, tornando-se cada vez mais difícil a integração do idoso na família. Sequencialmente, a instituição abrigaria o idoso, favorecendo a acomodação da família, trazendo ao adolescente a

convicção de que o idoso é um estorvo na constelação familiar, trazendo certas conseqüências ao futuro dos seus pais que, quando idosos, passarão a ter o mesmo tratamento. Portanto, a integração do idoso na família requer o preparo do jovem, a conscientização da comunidade em relação aos problemas do idoso, suas dificuldades de relacionamento, de adaptação, para que o jovem possa aceitá-lo, bem como sua família.

A família é importante órgão de apoio e influente na saúde. A privação destes recursos pode levar o idoso a situações de morbidade significativa, seja sob o prisma físico como sob o psíquico ou social. Esta deficiência nos reporta ao termo *síndrome de insuficiência familiar*. Pode se tratar de verdadeira incapacidade física dos membros de uma família de prestarem assistência, pelas necessidades pessoais de sobrevivência e trabalho de cada um. Quanto menor o número de familiares existentes, mais compreensível se torna esta questão, chegando à “síndrome do filho único”, resultado da progressiva diminuição do tamanho das famílias. A *síndrome dos maus-tratos ao idoso* consiste em situação diferente da anterior; neste caso, ocorre agressão física, verbal ou psíquica por parte dos que cuidam (LACHS & PILLEMER, 1995; LEME & SILVA, 1996; FIGUEIREDO, 1997).

3.3 O IDOSO - ASPECTOS MÉDICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

O atendimento à pessoa idosa requer uma perspectiva diferente daquela dispensada à avaliação de pessoas mais jovens. Na população idosa, os problemas médicos apresentam-se freqüentemente de forma diferente e inespecífica. Tomemos como exemplo as mudanças na função mental, as alterações de comportamento, as quedas, a incontinência de esfíncteres, os distúrbios da marcha e a perda de peso. Os pacientes idosos possuem, com bastante freqüência, várias doenças crônicas, sendo que muitas delas são incuráveis. Múltiplos fatores, tais como problemas psicológicos, sociais, ambientais e iatrogênicos, podem também colaborar significativamente para a redução das possibilidades de cura total. Portanto, mais produtivo que se realizar medicina totalmente orientada para a cura será o conceito de que os idosos possuem doenças incuráveis cujo desconforto e limitação funcional, muitas vezes bastante pronunciados, podem ser substancialmente modificados com conseqüente melhora considerável da qualidade de vida (WILLIAMS, 1994).

Quanto às projeções de expectativa de vida há bastante variabilidade. Por exemplo, aos 75 anos, a esperança de vida varia de 8,25 anos para os homens de

Guiné Equatorial a 23,19 anos para as mulheres da Noruega. O Brasil se encontra em posição intermediária: 19,65 anos e 13,98 anos para os homens que atingem, respectivamente, 60 e 75 anos de idade, e 22,58 anos e 15,59 anos para mulheres com 60 e 75 anos, respectivamente (GARRET, 1991; PASCHOAL, 1996). A variabilidade encontrada não pode, entretanto, ter explicação única e exclusiva nos indicadores econômicos visto que dados epidemiológicos mostram que gregos e mexicanos superam austríacos, ingleses e italianos quanto à expectativa de vida a partir dos 60 anos (PASCHOAL, 1996). Embora seja animador o aumento da expectativa de vida do brasileiro, é lamentável que haja uma diferença de cerca de 15 anos a favor dos ricos em relação aos pobres, em decorrência da profunda divisão social e econômica que sempre existiu no país, acentuando-se nas últimas décadas (SCHOUERI Jr. et al, 1994).

O envelhecimento populacional ocasionou importante modificação nas causas de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas, que em 1930 constituíam o grupo mais preocupante, dão lugar às doenças crônico-degenerativas, como grupo principal de elevação da morbidade e mortalidade (PASCHOAL, 1996). No Brasil, os gastos com internação com doentes portadores de neoplasias, doenças cardiovasculares e diabetes melito na rede hospitalar contratada pela Previdência

Social atingiram em 1985 a cifra de 135 milhões de dólares, ou seja, mais de um terço do total dispendido (SCHOUERI Jr et al, 1994). Nas capitais brasileiras, em levantamento de 1980, as doenças cardiovasculares foram consideradas as principais causas de morte, representando um terço da totalidade (PASCHOAL, 1996).

No ano de 1996 ocorreram 153.036 internamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Curitiba. Em aproximadamente 30% dos casos a procedência dos usuários foi de fora do município. Os idosos (60 anos ou mais) correspondem a 16% dos internamentos do SUS. O maior percentual (73,1%) de atendimento hospitalar aos idosos ocorre até os 74 anos, fato justificado pela sobrevida média do município. A distribuição por sexo no município segue a tendência mundial de mortalidade mais precoce no sexo masculino. Nos pacientes com 60 anos ou mais, os principais diagnósticos são as doenças do aparelho cardiovascular (28,79%), aparelho respiratório (13,84%) e neoplasias (11,47%). A análise da mortalidade em Curitiba na população de 50 anos ou mais, no ano de 1995, mostra-nos aumento da longevidade da população e a importância das doenças cardiovasculares (46,5% dos óbitos) (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA, 1997).

Os pacientes idosos hospitalizados apresentam peculiaridades significativas descritas na literatura. Internam-se com maior freqüência em hospitais, permanecem internados mais tempo e experimentam complicações mais adversas que os pacientes mais jovens. O conceito de fragilidade, comentado por FRETWELL (1994), consiste em inerente vulnerabilidade para a mudança de ambiente. Os pacientes idosos apresentam combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem a capacidade de adaptação ao estresse da doença aguda que ocasionou a internação e conseqüente tratamento hospitalar.

Grande parte da literatura sobre iatrogenia no paciente hospitalizado aborda com prioridade as reações adversas medicamentosas e as complicações decorrentes de procedimentos; no entanto, outros eventos mórbidos importantes podem afetar o paciente idoso hospitalizado. Descreve-se, por exemplo, elevado índice de acidentes envolvendo o idoso internado. CATCHEN (1983) relata alta freqüência de quedas do leito ou da cadeira de rodas. Em vários estudos, 2 a 11% dos pacientes internados apresentaram úlceras de decúbito, em decorrência de imobilidade gerada por doenças incapacitantes. A imobilidade predispõe também os pacientes a complicações pulmonares, trombose venosa profunda, astenia e conseqüente permanência hospitalar mais longa. Antes mesmo da hospitalização,

pacientes idosos cronicamente enfermos já apresentam pobre reserva nutricional; durante a internação, aspectos dietéticos, jejum por procedimentos diagnósticos e abordagens terapêuticas podem agravar seu perfil nutricional. As alterações cognitivas que surgem durante o internamento representam eventos freqüentes e que exigem substanciais esforços da equipe médica e paramédica. ROBBINS e OBOLER (1990) referem como fatores precipitantes o ambiente não familiar, medicações com ação sobre o sistema nervoso central, a perda do referencial sensorial devida à possível indisponibilidade de óculos e aparelhos auditivos, além de demências leves não identificadas quando o paciente estava em seu ambiente familiar.

3.4 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO IDOSO

Certamente o diagnóstico correto das doenças é crucial para a correta intervenção terapêutica. Todavia, a *avaliação funcional do idoso* nos permite introduzir um parâmetro importante de diagnóstico da qualidade de vida, pois reflete as condições de independência na execução das atividades da vida diária, sendo de grande importância na vida das pessoas no que diz respeito à auto--

estima e bem-estar. Uma pessoa dependente tem o potencial de alterar a dinâmica de sua família e o desempenho de papéis de seus membros (PAULA et al, 1998).

O comprometimento da capacidade funcional ocorre devido a problemas orgânicos, nutricionais, mentais, psicológicos e sociais. Vários autores, como LACHS et al (1990), GARCIA (1994), RUBENSTEIN et al (1987) e FRETWELL et al (1990), preconizam a utilização de instrumentos de avaliação geriátricos que incluem aspectos médicos, cognitivos, psicológicos, sociais e atividades da vida diária. LACHS et al (1990) apresentam protocolo de avaliação funcional que inclui procedimentos básicos de coleta de dados sobre a visão, audição, aparelho locomotor, continência urinária, nutrição, função mental, depressão, atividades da vida diária (AVD), atividades instrumentais da vida diária (AIVD), ambiente domiciliar, apoio social. RUBENSTEIN et al (1987) sugere instrumentos de avaliação tais como o *Miniexame do Estado Mental* (FOLSTEIN et al, 1975) e a *Escala de Depressão Geriátrica* (YESAVAGE et al, 1983), utilizados neste trabalho.

Há vários testes de avaliação da função mental que podem ser aplicados ao idoso. A variabilidade de testes inclui avaliações resumidas como o *Questionário de Avaliação Mental* (KAHN et al, 1960), testes práticos e mais detalhados como

o *Miniexame do Estado Mental*, atingindo instrumentos de avaliação mais complexos e, portanto, mais completos e precisos, como as *Entrevistas Estruturadas*. A opção pelo teste de Folstein, no presente estudo, ocorreu porque este modo de avaliação agrega a fácil aplicabilidade, a confiabilidade epidemiológica para “screening” geral, e a experiência de uso com a população idosa. O nível cultural, social, econômico e a idade do paciente são elementos que devem ser consideradas quando da aplicação do referido teste porque estes fatores podem interferir no desempenho final (VENTURA, BOTTINO, 1996). Os estudos de SIU (1991) mostram que escores mais baixos representam resultados mais adequados.

A depressão associada à doença orgânica ocorre freqüentemente no idoso, mas não é sempre reconhecida pelo médico. Não sendo reconhecida e tratada, pode ter influência na recuperação de uma doença orgânica, levando a permanências hospitalares mais prolongadas com aumento da mortalidade (FINCH et al, 1992). Vários instrumentos de avaliação para o *screening* de depressão são disponíveis para aplicação no idoso. No entanto, em geral, a sensibilidade e a especificidade dos vários métodos disponíveis são insuficientes para estabelecer um diagnóstico final, quando cada método é utilizado

isoladamente (APPLEGATE, 1987). Todavia, a maioria das escalas usadas para o diagnóstico da depressão tem sido validada para uso em populações saudáveis, provenientes da comunidade, com função cognitiva normal. Não se pode considerar que estes questionários sejam igualmente aplicáveis para pacientes idosos hospitalizados, com doença orgânica e função mental prejudicada (O'RIORDAN et al, 1990). A “Escala de Depressão Geriátrica” (YESAVAGE et al, 1983), desenvolvida em amostra de pacientes da comunidade com idade acima de 55 anos, foi selecionada para o presente estudo por ter sido avaliada em internações geriátricas recentes com alta sensibilidade e especificidade (KOENIG et al, 1988) e também por estar presente em estudos significantes envolvendo a avaliação funcional do idoso (LACHS et al, 1990; RUBENSTEIN, 1990).

Como observou-se previamente, o conceito de avaliação funcional do idoso vai além da específica capacidade de realizar as atividades do cotidiano, englobando aspectos orgânicos, psicológicos, cognitivos, mentais e sociais que colaboram positiva ou negativamente nas atividades diárias do indivíduo idoso. Neste estudo procurou-se avaliar se o paciente conseguia realizar a rotina diária, apresentava dificuldade para a execução de tarefas domiciliares simples ou apresentava limitação funcional considerável (invalidez). As perguntas realizadas

foram extraídas das AVD (Atividades da Vida Diária), que incluem, entre várias situações, a capacidade de levantar-se da cama e de vestir-se sem o auxílio de outras pessoas; e das AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária), que incluem, entre várias situações, a capacidade de elaborar as próprias refeições e de fazer as próprias compras (LAWTON & BRODY, 1969). As AVD dizem respeito às atividades básicas do cotidiano e são necessárias para os cuidados pessoais do indivíduo. As AIVD dizem respeito às funções mais complexas, que requerem habilidade física e cognitiva (FLEMING et al, 1995; IKEGAMI, 1995).

Durante as últimas três décadas, houve um aumento progressivo no interesse dos pesquisadores pela prevalência de desnutrição entre pacientes hospitalizados (BISTRIAN et al, 1976; BAKER et al, 1982; DETSKY et al, 1987). Tem sido reconhecido que pacientes mal nutridos estão sob alto risco de desenvolver complicações durante seu tratamento. Estas complicações incluem a formação de abscessos, as infecções em geral, as dificuldades na cicatrização de feridas no pós-operatório, a sepse, a insuficiência respiratória e o óbito (DETSKY et al, 1994).

Considera-se sempre oportuna a inclusão de uma avaliação básica do estado nutricional dos pacientes idosos internados, por ser o perfil nutricional elemento

importante a se relacionar com a avaliação geral e funcional do paciente além de, paralelamente, relacionar-se com o perfil social de cada pessoa internada.

Dentro de uma perspectiva geral, deve-se considerar os elementos relevantes de história e exame físico relacionados à nutrição, através da *Avaliação Global Subjetiva (AGS)* (DETSKY et al, 1987); adicionalmente, utiliza-se o *Índice de Massa Corpórea (IMC)*, que consiste na equação kg/m^2 , proposta por QUETELET (1869) e que desde 1972 vem sendo conhecida como IMC (NAJAS & SACHS, 1996). A AGS apresenta valor epidemiológico comprovado em estudos bem delineados, pode ser aplicada em idosos, e seus resultados correspondem aos de outros métodos de avaliação subjetivos e objetivos descritos na literatura (DETSKY et al, 1994). O IMC, por sua vez, mostra-se como um bom indicativo da quantidade de gordura e vem sendo utilizado como critério diagnóstico do estado nutricional em populações. Em síntese, a monitoração do estado nutricional do idoso, a partir da antropometria, pode ser feita utilizando-se o IMC, tanto ao nível hospitalar quanto ambulatorialmente, com cautela em relação à obtenção das medidas e às peculiaridades inerentes ao processo de envelhecimento (NAJAS & SACHS, 1996).

3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo do morrer representa ponto bastante crítico no atendimento geriátrico, sendo que os estudiosos nesta área o colocam como tão importante quanto o processo do nascer. A maior parte dos homens foge da angústia da morte transformando-a em um acontecimento na “terceira pessoa”, buscando a alienação nas ocupações, na busca desenfreada de prazeres, na exterioridade do viver; verifica-se a banalização da morte (MARANHÃO, 1985).

Comparações feitas entre escolas médicas de diferentes países mostram despreparo nítido dos estudantes e profissionais brasileiros no manejo do processo do morrer. A negação inconsciente de que todos chegaremos a este estágio um dia, leva-nos a um distanciamento do doente denominado terminal e da sua difícil realidade. Este momento requer apoio, solidariedade, conforto. A dignidade humana deve ser levada em consideração até o último instante de vida (PESSINI, 1994).

É necessário sempre lembrar que o paciente gravemente enfermo, denominado muitas vezes como terminal, também possui sentimentos, desejos, opiniões e, o mais importante, tem o direito de ser ouvido ! (KÜBLER-ROSS, 1969)

A defesa de uma legislação *pró-eutanásia* deturpa a relação médico-paciente e viola o princípio de defesa da dignidade da pessoa humana. O médico precisa urgentemente recuperar a dimensão humanística e a formação ética e moral para redescobrir o sentido da dor e da morte. Ajudar o paciente a morrer bem jamais significará matá-lo! (BLASCO, 1997)

Concluimos a análise do referencial bibliográfico com duas observações que refletem bem a questão do idoso:

Muito mais importante que acrescentar anos à vida é acrescentar vida aos anos (PESSINI, L.).

Os pacientes apreciaram os médicos quando a esperança lhes foi oferecida apesar das más notícias (KÜBLER-ROSS, E.).

4 - MATERIAL E MÉTODO

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Procurou-se analisar o indivíduo na sua própria realidade, em dois contextos. O contexto específico que se refere ao indivíduo enquanto paciente, na enfermaria, e o contexto geral referente ao indivíduo enquanto pessoa, no meio social onde vive. O grupo social escolhido consistiu na população idosa, pelas peculiaridades médicas e sociais que apresenta, porque julgou-se necessário iniciar um processo de conhecimento que ultrapasse a análise estritamente médica destes cidadãos cuja presença é constante nas enfermarias de Clínica Médica. De fato, pela revisão bibliográfica realizada, concluímos que pode haver grande complexidade por trás do motivo que levou o idoso à internação hospitalar.

Como, em nosso meio universitário local, há ainda poucas referências sobre a análise gerontológica do paciente idoso internado, optamos pela pesquisa descritiva com a finalidade de observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, isto é, trabalhando sobre dados ou fatos colhidos na própria realidade. Pretendeu-se buscar, de modo organizado, maiores informações gerontológicas sobre os pacientes idosos que adentram nossas enfermarias públicas de Clínica Médica. Após a obtenção destes dados, o

objetivo consistiu em realizar reflexão sobre os dados obtidos em relação aos conhecimentos vigentes, procurando obter informações que pudessem colaborar com pesquisas futuras mais específicas em nosso meio e, também, contribuir com o conhecimento geral gerontológico (SANT'ANNA, 1995).

O material utilizado para coleta dos dados foi constituído por formulário contendo itens sobre identificação e diagnóstico, seguidos por seqüência de perguntas fechadas, preenchidas pelo médico avaliador; teste para avaliação da função cognitiva (*Miniexame do Estado Mental*); escala para avaliação de depressão no idoso (*EDG - Escala de Depressão Geriátrica*); roteiro de avaliação global subjetiva (*AGS - Avaliação Global Subjetiva*) e índice de massa corpórea (*IMC*).

Consideraram-se como elementos relevantes para se traçar um perfil geral certos dados referentes ao contexto social onde o indivíduo normalmente vivia, ou seja, modo de vida (solitário ou acompanhado), situação profissional, rendimentos pessoais e relacionamento idoso-família, além dos tradicionais dados de identificação contidos na anamnese convencional. Para compor este perfil, julgou-se necessária a inclusão de aspectos médicos próprios da avaliação semiológica geral, que se relacionariam fortemente com o contexto social,

econômico e familiar. Foram estes tópicos a função mental, o estado psicológico, a capacidade funcional (realização da rotina diária) e a avaliação nutricional.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Como se tratou de um estudo inicial de reconhecimento de uma população específica em área previamente delimitada, optamos por uma pesquisa descritiva com amostra limitada e aprofundamento da análise em cada caso incluído no estudo. A população específica foi representada por pacientes idosos, internados em duas enfermarias de Clínica Médica de hospitais universitários distintos, na cidade de Curitiba. Os leitos considerados para o estudo foram provenientes de enfermarias de ensino (graduação e residência médica), sendo todo o atendimento custeado pelo SUS e pelos hospitais universitários selecionados. Os critérios de inclusão foram a idade igual ou superior a 60 anos, em ambos os sexos, e a viabilidade de obtenção das informações mínimas necessárias ao preenchimento do material de coleta de dados proposto. O critério cronológico de inclusão baseou-se nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). (PAPALÉO NETTO, 1996). As informações necessárias foram coletadas do próprio paciente complementadas pelas de familiares devidamente informados ou,

em casos de função mental alterada, exclusivamente de familiares, desde que habilitados ao fornecimento das mesmas.

A pesquisa foi iniciada por uma fase *pré-teste*, quando foram aplicados instrumentos de coleta de dados preliminares em um grupo reduzido de pacientes com as mesmas características da amostra que seria selecionada para o estudo definitivo, com a finalidade de detectar a nível prático os pontos problemáticos que implicariam em mudanças nos instrumentos de coleta de dados. Esta conduta possibilitou a redução de vieses contidos nas questões, acréscimo de novos itens ao material de investigação, familiarização dos coletadores com os instrumentos (RICHARDSON, 1985). O grupo *pré-teste* constituiu-se de 15 pacientes selecionados na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. Após o término desta fase, os dados foram submetidos à análise crítica do grupo de coleta de dados. Este grupo preliminar foi composto por dois integrantes da área médica (o autor e um colaborador) e a equipe de nutricionistas do hospital referido, visto que a avaliação nutricional exigiu orientação específica. Após os trabalhos iniciais, foram realizadas várias modificações no sistema inicial de coleta de dados, chegando-se ao formato definitivo que foi comentado previamente. Este grupo de pacientes, como é recomendado na literatura, não foi incluído na amostra selecionada para a

realização do estudo definitivo, mas foi de grande valia para, além de reavaliar os itens referentes à coleta de dados, auxiliar a padronização da postura do grupo coletador com referência ao modo de fazer as perguntas e aplicar os testes, escalas, avaliações e índices, minimizando o grau de subjetividade existente.

Para o estudo definitivo foram selecionadas duas enfermarias de Clínica Médica distintas, ambas pertencentes a hospitais-escola e abrangendo unicamente pacientes do SUS. A Enfermaria *A* ficou representada pela Enfermaria de Clínica Médica do Hospital de Clínicas (Universidade Federal do Paraná), que apresenta, em média, trinta e sete pacientes internados, distribuídos em enfermarias equivalentes masculinas e femininas, cujos internamentos de idosos representam cerca de 20% do total. A Enfermaria *B* ficou representada pela Enfermaria de Clínica Médica do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná), que apresenta, em média, trinta pacientes internados, distribuídos em enfermarias equivalentes masculinas e femininas, representando os idosos média semelhante de cerca de 20% do total de internamentos. Para uma avaliação detalhada e individualizada de cada caso, limitamos a amostra total a 80 pacientes (Enfermarias *A* + *B*), tendo sido programado o número de 40 pacientes para cada enfermaria citada. Os leitos incluídos foram restritos à área de Clínica Médica, não sendo avaliados pacientes

de especialidades clínicas associadas. Todos os pacientes incluídos no estudo foram devidamente supervisionados. Para a coleta de dados montou-se equipe constituída pelo autor e dois colaboradores médicos, treinados de modo padronizado. Para a avaliação nutricional, foram organizadas duas equipes distintas, no Hospital de Clínicas e no Hospital Evangélico, constituídas por nutricionistas que seguiram orientação para aplicação padronizada do roteiro de avaliação global subjetiva e do índice de massa corpórea. Houve a colaboração valiosa dos médicos e residentes atendentes. Na Enfermaria *A*, foram avaliados 46 pacientes tendo sido excluídos 6. Na Enfermaria *B*, foram avaliados 44 pacientes tendo sido excluídos 4. Portanto, do total avaliado de 90 pacientes, selecionaram-se 80 para a análise dos resultados.

A pesquisa utilizou a prevalência como critério de medida de frequência das várias condições clínicas e sociais pesquisadas. Portanto, considerou-se a fração de um grupo que apresenta uma condição clínica ou social em um determinado ponto no tempo, não havendo acompanhamento evolutivo dos casos selecionados (FLETCHER et al, 1996). Os pacientes foram selecionados aleatoriamente dentre os idosos que eram admitidos nas enfermarias, sendo considerado o fator idade e a viabilidade potencial de se poder coletar as informações do próprio paciente ou familiares habilitados a informar. Incluiu-se no estudo apenas as admissões

recentes à enfermaria. O material de coleta de dados foi aplicado, habitualmente, em duas ou três sessões, dependendo do estado geral do paciente e da disponibilidade de familiares presentes para informações complementares. Vale ressaltar que a fragmentação da coleta em duas ou três fases, evidentemente com intervalos curtos entre as mesmas, veio facilitar a aplicação do exame de função mental, escala para depressão e avaliação nutricional, pois o paciente cumpria estas etapas de modo mais claro e sem atropelos.

4.3 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

O primeiro item do formulário seguiu as normas da anamnese tradicional, indagando-se sobre a identificação do paciente entrevistado. Os sub-itens incluíram nome, idade, sexo, cor, estado civil, profissão, naturalidade, procedência, e religião. Na análise estatística, foram utilizadas as variáveis idade, sexo, cor e estado civil.

A variável idade foi descrita em anos completos. A variável sexo foi descrita com as opções masculino ou feminino. A variável cor, utilizada como indicador indireto da raça, foi descrita nas categorias branca, negra ou parda. A variável estado civil foi descrita, inicialmente, dentro de quatro possibilidades: casado/amigado, separado/desquitado/divorciado, viúvo, solteiro. Para efeito de

associação com as demais variáveis em estudo, posteriormente agruparam-se estas variáveis em duas categorias: com cônjuge e sem cônjuge.

O segundo item versou sobre o motivo principal que levou o indivíduo à necessidade de internação. Neste tópico, houve a opção de se anotar sintomas, síndromes ou diagnósticos, dependendo do estágio de conhecimento em que se encontrasse o problema médico na admissão à enfermaria. Pelo fato dos idosos apresentarem, com frequência, doenças crônicas associadas, e uma ou mais destas doenças, nas suas exacerbações, poderem representar o motivo da internação ou virem a contribuir para que outra condição aguda determinasse o ingresso na enfermaria, um sub-item complementar foi aberto para o registro das doenças crônicas associadas que o paciente internado apresentasse.

O terceiro item abordou a questão da moradia (residência habitual). As alternativas de resposta incluíram residência solitária, com o cônjuge, com os filhos ou outros familiares, com não familiares, além das possibilidades de vida institucionalizada (asilos ou outras instituições de apoio) ou a inexistência de residência definida. Para efeito de associação, agruparam-se estas várias possibilidades em duas categorias: sozinho ou acompanhado.

O quarto item tratou da situação profissional, havendo duas possibilidades: aposentado e não aposentado. Foram considerados os vários tipos de aposentadoria, incluindo-se, por exemplo, CLT, estatutário e FUNRURAL.

O quinto item referiu-se aos rendimentos próprios que o idoso entrevistado possuísse em termos quantitativos. Utilizou-se como parâmetro o número de salários mínimos recebidos, sendo estes provenientes do trabalho propriamente dito, da aposentadoria, pensão, serviço autônomo, ou o somatório de fontes diversas. Não foram consideradas contribuições de familiares, não familiares ou instituições de caridade. Houve três possibilidades: sem rendimentos ou menos que 1 salário mínimo, entre 1 e 4 salários mínimos, acima dos valores citados.

O sexto item tratou da situação familiar. Procurou-se saber se o paciente recebia apoio da família. Considerou-se dois tipos de apoio: o apoio psicológico com cuidados gerais e o apoio unicamente financeiro. As respostas possíveis incluíram um dos tipos de apoio citados, o apoio global ou nenhum apoio e interesse. O tópico apoio psicológico e cuidados gerais diz respeito à valorização do familiar idoso como pessoa importante no convívio familiar, que necessita de carinho e apoio na esfera psico-afetiva, além de cuidados gerais que se tornam necessários nos idosos que vieram a desenvolver diferentes graus de

dependência, por limitações funcionais. Para efeito de associação com as demais variáveis, utilizaram-se duas categorias: sem apoio global ou com apoio global.

O sétimo e o oitavo item, para que pudessem ser respondidos, basearam-se na utilização de instrumentos de coleta de dados complementares. O sétimo consistiu na avaliação da função cognitiva. Como referido na introdução, optou-se pela utilização do *Miniexame do Estado Mental* (FOLSTEIN et al, 1975). Como há limitações do teste em idosos com grau de alfabetização baixo e limitação cultural, nossa pretensão restringiu-se a um *screening* inicial, utilizando-se as seguintes alternativas de resposta: função mental normal, sem alterações significativas ou limítrofe, anormal. Somando-se os pontos referentes aos itens *Orientação, Memória e Linguagem*, obteve-se o escore final. De acordo com SIU (1991), escores maiores que 24 são considerados normais; entre 20 e 24 encontra-se a faixa limítrofe; abaixo de 20 estão os valores compatíveis com função cognitiva definitivamente anormal.

O oitavo item consistiu na avaliação de aspectos psicológicos do idoso. Utilizamos neste item a *Escala de Depressão Geriátrica (EDG)* (YESAVAGE et al, 1983). As opções de resposta dividiram-se em duas categorias: ausência de distúrbios psicológicos significativos (escore normal) ou perfil depressivo detectável. A *EDG* consiste de 30 perguntas, com respostas *sim* ou *não*,

preenchidas pelo examinador. Para as respostas consideradas *depressivas* marca-se 1 ponto; para as *não depressivas* zero. Deve-se somar o total de pontos. O escore normal para idosos oscila de 0 a 10.

O nono item abordou os aspectos funcionais do paciente idoso. Analisou-se a capacidade de executar as tarefas do cotidiano. Baseadas nas *Atividades da Vida Diária (AVD)* e nas *Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)*, foram colocadas no formulário algumas perguntas-chave para padronização da entrevista e minimização da subjetividade. São as questões: *Pode levantar-se sozinho da cama?*; *Pode vestir-se sozinho?*; *Pode elaborar suas próprias refeições?*; *Pode fazer suas compras?*. As alternativas de resposta são: realização da rotina diária, dificuldade na execução de tarefas domiciliares simples e invalidez.

O décimo item referiu-se ao perfil nutricional do paciente idoso hospitalizado. Neste item, o formulário geral foi complementado pelo roteiro de *Avaliação Global Subjetiva (AGS)* (DETSKY et al, 1987). As respostas possíveis, a partir dos dados coletados utilizando a AGS, foram as seguintes: bem nutrido, moderadamente desnutrido e severamente desnutrido. De modo complementar à AGS, foi realizado o *Índice de Massa Corpórea (IMC)* cujos valores seguem classificação própria: valor menor que 20 é compatível com

desnutrição; valores entre 20 e 24,9 são compatíveis com eutrofia; valores acima de 25 correspondem à obesidade. Como a estatura diminui a partir dos 40 anos de idade, utilizou-se o método de *comprimento da perna (knee height)*, o qual consiste em medida que não é alterada com a idade e está fortemente relacionada com a estatura. A mensuração deve ser feita na perna esquerda, formando com o joelho um ângulo de 90° , e posicionando a base da régua embaixo do calcanhar do pé esquerdo e a haste pressionando a cabeça da fibula. A leitura da régua deve ser feita quando a mesma estiver exatamente paralela a toda a extensão da tíbia, e a marcação feita no décimo de centímetro mais próximo (CHUMLEA et al, 1985; NAJAS & SACHS, 1996).

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizou-se, inicialmente, a análise estatística comparando as enfermarias *A* e *B*, para avaliar possíveis diferenças. As variáveis escolhidas foram: sexo, idade, cor, estado civil. Como as enfermarias *A* e *B* foram consideradas estatisticamente similares, utilizaram-se ambas as enfermarias agrupadas.

Sequencialmente, foi efetuada a distribuição das frequências das variáveis em estudo: idade, sexo, cor, estado civil, residência habitual, situação profissional,

rendimentos próprios, situação familiar, função cognitiva, aspectos psicológicos, aspectos funcionais, perfil nutricional (AGS), IMC.

A análise da associação estatística foi realizada de forma paramétrica para as variáveis contínuas (idade e IMC) através do teste F , que é feito pela razão de verossimilhança (*likelihood ratio*). Para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste do χ^2 (*Qui-quadrado*).

Tanto o valor de F como o valor de χ^2 foram transformados pelas suas probabilidades de ocorrência conjunta entre as variáveis, através de tabelas padrão, próprias para as distribuições de F e χ^2 , respectivamente. A probabilidade de ocorrência pode ser alta ou baixa. Se for alta, considera-se que a associação ocorre por acaso, ou seja, existe uma coincidência aleatória, que é comumente chamada de coincidência. Se a probabilidade de ocorrência for baixa, diminui-se a possibilidade da ocorrência conjunta acontecer por mera coincidência.

O ponto de corte entre probabilidade de ocorrência baixa e não-baixa, é uma medida arbitrária, que é comumente denominada de α , que pode assumir valores diferentes, conforme a necessidade de precisão das associações em estudo. Neste estudo, o valor de α foi definido em 0,05 (5%).

Odds-Ratio é uma medida que estima o risco relativo para estudos onde não há o acompanhamento evolutivo dos participantes (estudo de prevalência), sendo que mede a disparidade do evento ocorrer entre os expostos aos fatores de estudo em relação aos não expostos.

5 - RESULTADOS

5.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS ENFERMARIAS AVALIADAS

Inicialmente, foi realizada análise estatística das enfermarias A e B, para averiguação de possíveis diferenças. As variáveis escolhidas foram sexo, idade, cor e estado civil. A análise mostrou que as enfermarias A e B são estatisticamente similares, pois nenhum dos valores de “p” é igual ou menor do que 0,05, ou seja, a relação entre as variáveis ocorreu ao acaso, permitindo a utilização de ambas enfermarias agrupadas para a obtenção dos resultados.

TABELA 1 - ANÁLISE DAS ENFERMARIAS

Sexo	$\chi^2= 0,32$	$p= 0,572$
Idade	$F= 0,01$	$p= 0,971$
Cor	$\chi^2= 2,53$	$p= 0,282$
Estado Civil	$\chi^2= 2,51$	$p= 0,474$

5.2 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Com relação à variável idade, a média obtida foi de 69,80, com maior frequência verificada entre 66 e 68 anos (desvio padrão: 6,628). Com respeito à variável sexo, verificou-se, entre os 80 pacientes do estudo, o percentual de

50,00% para o sexo masculino e 50,00% para o sexo feminino. Com referência à cor dos pacientes, 80,00% eram brancos, 13,75% eram pardos, e 6,25% eram negros. Quanto ao estado civil, 33 pacientes constituíram o grupo dos casados/amigados (41,25%), 39 pacientes eram viúvos (48,75%), 6 pacientes constituíram o grupo dos separados/divorciados/desquitados (7,50%), e 2 pacientes eram solteiros (2,50%).

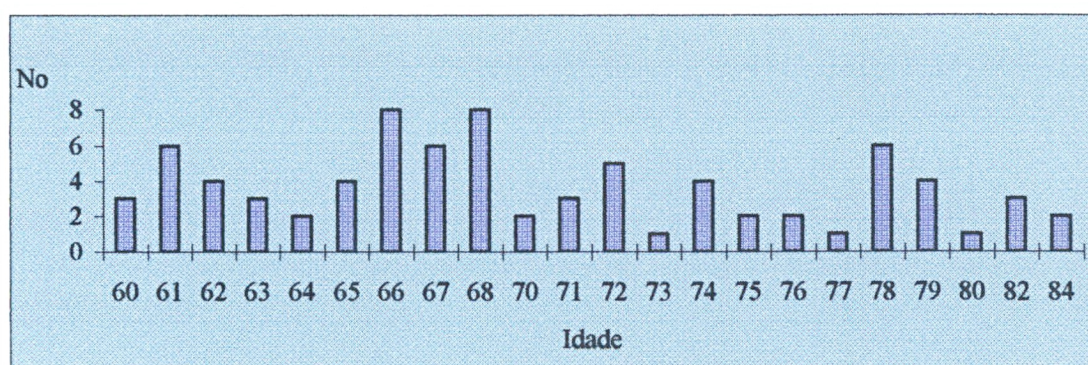


FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A IDADE

TABELA 2 - SEXO

Sexo	Pacientes	%
Masculino	40	50,00
Feminino	40	50,00
Total	80	100,00

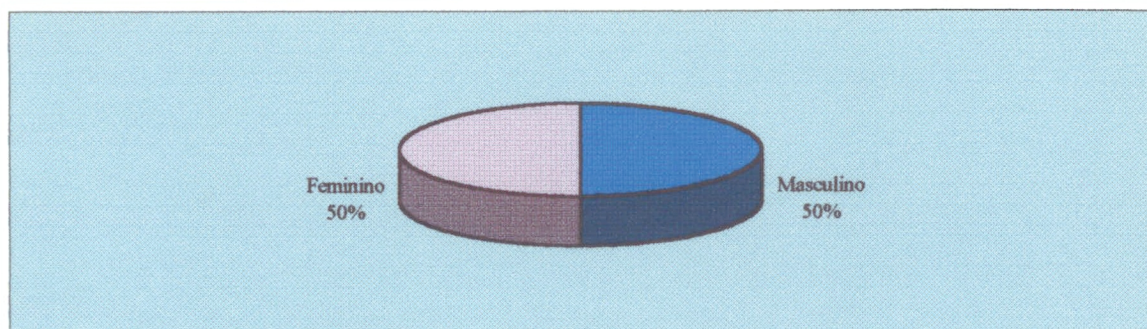


FIGURA 2 - SEXO

TABELA 3 - COR

Cor	Pacientes	%
Branca	64	80,00
Negra	5	6,25
Parda	11	13,75
Total	80	100,00

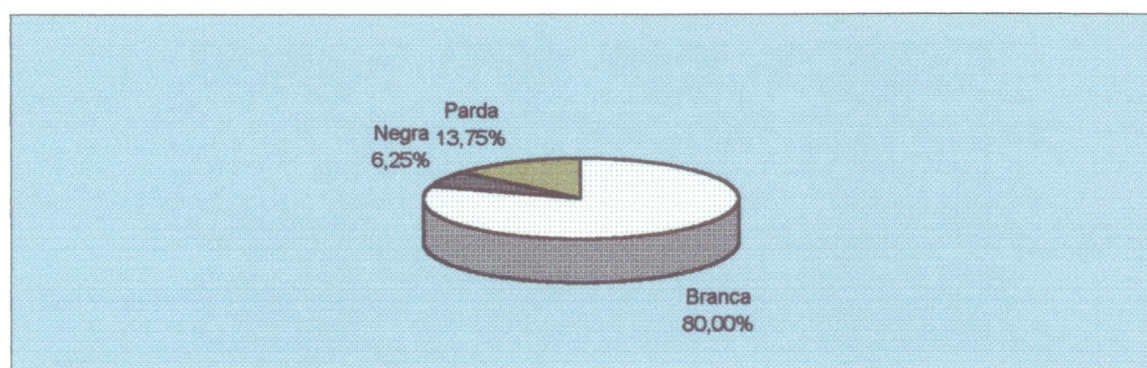


FIGURA 3 - COR

TABELA 4 - ESTADO CIVIL

Estado Civil	Pacientes	%
Casado	33	41,25
Separado	6	7,50
Viuvo	39	48,75
Solteiro	2	2,50
Total	80	100,00

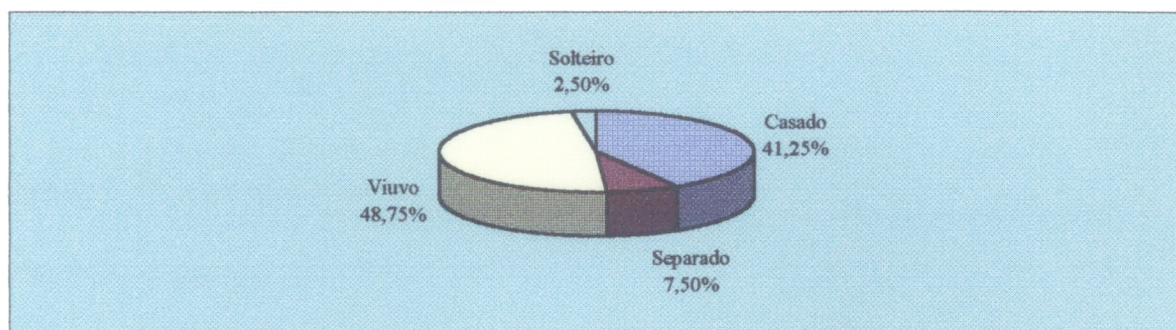


FIGURA 4 - ESTADO CIVIL

A residência habitual mostrou nítido predomínio da moradia com familiares, estando o paciente com o cônjuge ou viúvo; este grupo representou 53,75%. A residência dividida somente entre o casal foi representada por 18,75%. A moradia solitária ou com pessoas que não eram familiares apresentaram, respectivamente, 15,00% e 11,25%. Apenas 1 paciente da amostra total era institucionalizado (1,25%).

TABELA 5 - MORADIA

Residência Habitual	Pacientes	%
Sozinho	12	15,00
Familiares	43	53,75
Cônjuge	15	18,75
Asilo	1	1,25
Outros	9	11,25
Total	80	100,00

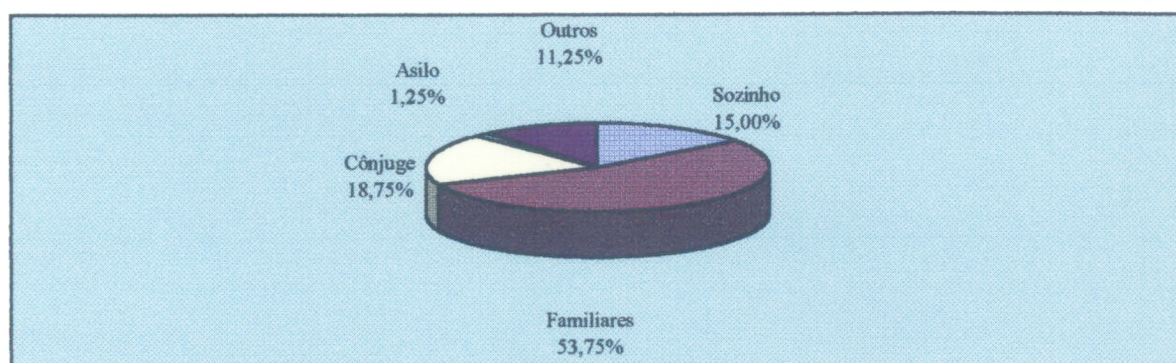


FIGURA 5 - MORADIA

Com relação à situação profissional, 67,50% eram aposentados e 32,50% encontravam-se ativos. Quanto aos rendimentos próprios, 82,00% recebiam entre 1 e 4 salários mínimos ao mês; 15,00% ganhavam menos de 1 salário mínimo ou não apresentavam nenhum rendimento próprio. Apenas 2 pacientes da amostra total possuíam rendimento pessoal maior que 4 salários mínimos (3,00%)

TABELA 6 - APOSENTADORIA

Situação profissional	Pacientes	%
Aposentado	54	67,50
Ativo	26	32,50
Total	80	100,00

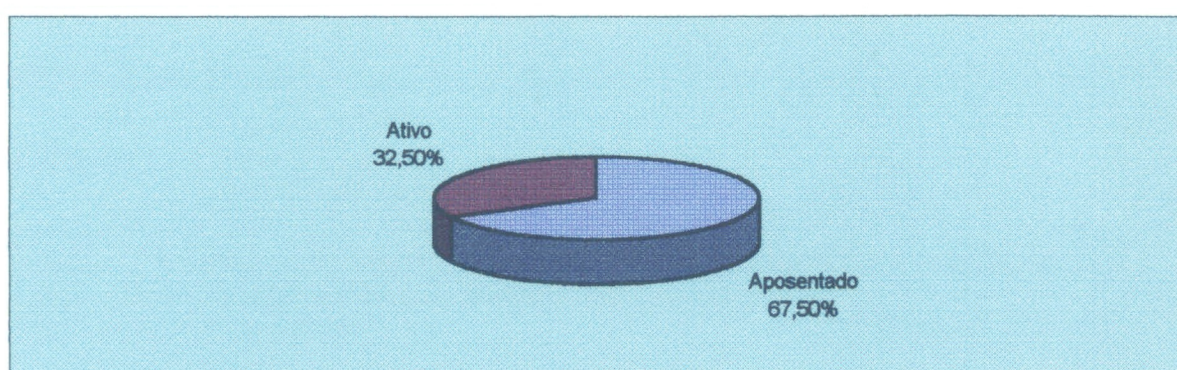


FIGURA 6 - APOSENTADORIA

TABELA 7 - RENDA PRÓPRIA

Rendimentos próprios	Pacientes	%
< 1 SM	12	15,00
1-4 SM	66	82,00
> 4 SM	2	3,00
Total	80	100,00

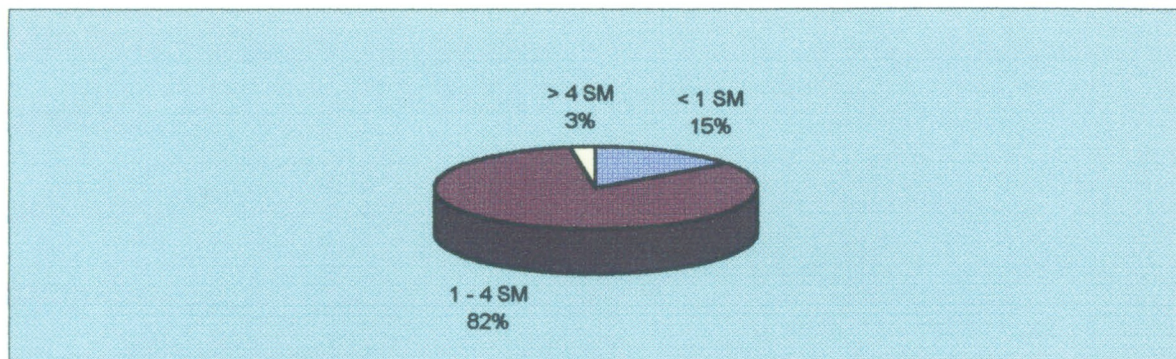


FIGURA 7 - RENDA PRÓPRIA

A análise dos dados referentes à situação familiar revelou que 65,00% dos pacientes recebiam apoio global de seus familiares, ou seja, apoio psicológico, financeiro e de cuidados gerais. 22,50% recebiam apoio familiar parcial, sendo que 12,50% não recebiam nenhum apoio.

TABELA 8 - APOIO FAMILIAR

Apoio Familiar	Pacientes	%
Nenhum apoio	10	12,50
Apoio parcial	18	22,50
Apoio global	52	65,00
Total	80	100,00

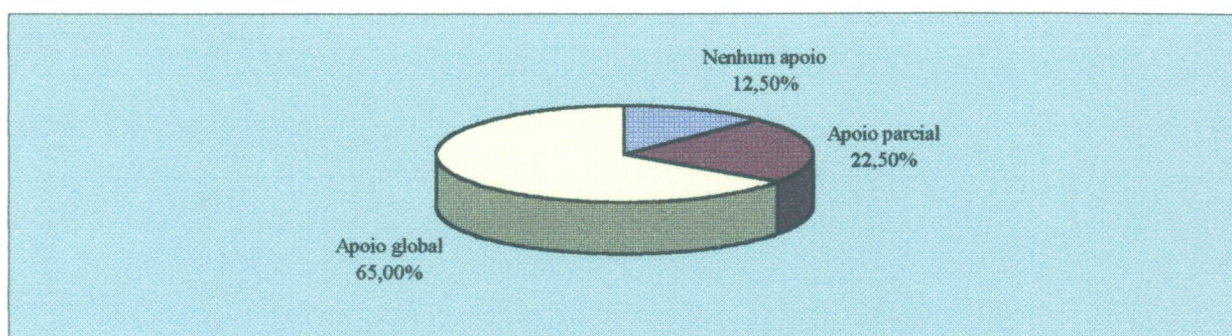


FIGURA 8 - APOIO FAMILIAR

Do ponto de vista médico, avaliou-se a função cognitiva, os aspectos psicológicos, os aspectos funcionais, o perfil nutricional (AGS) e o Índice de Massa Corpórea. Com relação à função cognitiva, utilizando o *Miniexame do Estado Mental*, 58,75% dos pacientes apresentaram resultados finais do teste compatíveis com a normalidade. 20,00% apresentaram função mental limítrofe e 20,00% apresentaram função mental alterada. Apenas um paciente do estudo apresentou resultado considerado inconclusivo (1,25%).

TABELA 9 - FUNÇÃO COGNITIVA

Função Cognitiva	Pacientes	%
Normal	47	58,75
Limítrofe	16	20,00
Alterada	16	20,00
Inconclusiva	1	1,25
Total	80	100,00

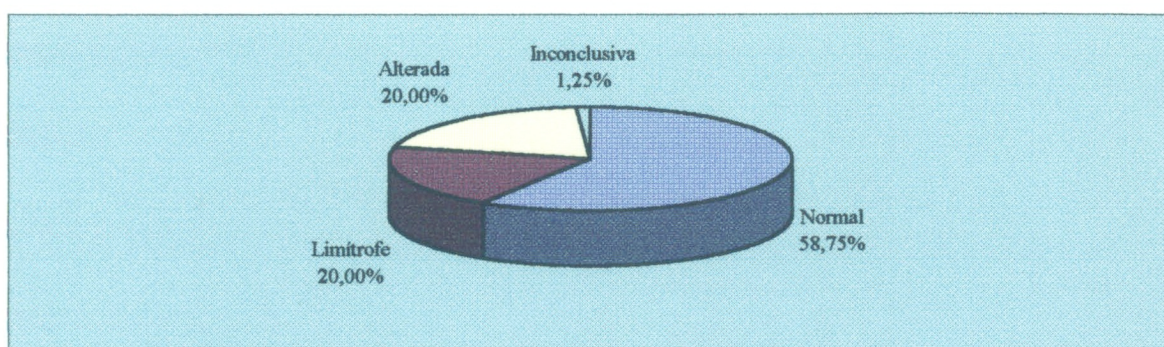


FIGURA 9 - FUNÇÃO COGNITIVA

No item referente aos aspectos psicológicos, foram consideradas duas possibilidades: normal ou ausência de distúrbios significativos e perfil depressivo. Utilizando a *Escala de Depressão Geriátrica (EDG)*, 63,75% dos avaliados foram considerados normais ou sem distúrbios significativos, sendo 30,00% considerados de perfil depressivo. Em 5 pacientes, não houve possibilidade de conclusões definitivas, sendo considerados inconclusivos (6,25%).

TABELA 10 - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Aspectos Psicológicos	Pacientes	%
Normal ou SAS	51	63,75
Deprimido	24	30,00
Inconclusivo	5	6,25
Total	80	100,00

* SAS: sem alterações significativas

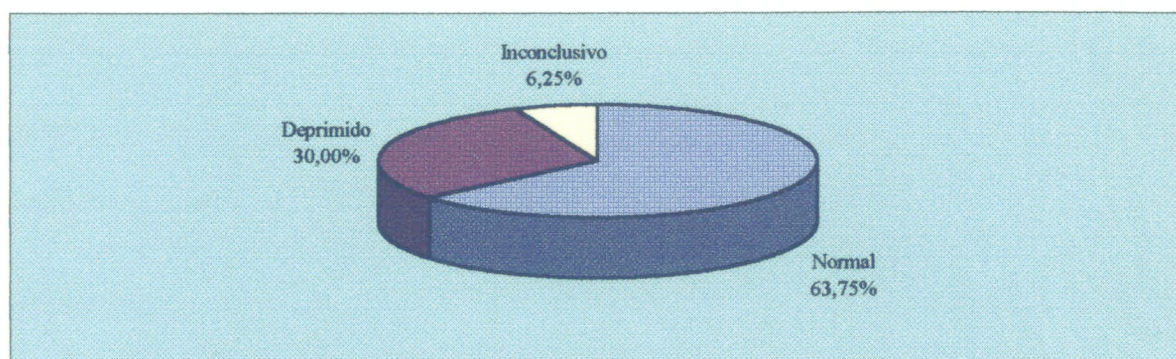


FIGURA 10 - ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Quanto aos aspectos funcionais, 68,75% da população estudada conseguia realizar normalmente sua rotina diária; 23,75% apresentava dificuldade na execução de tarefas domiciliares simples. Em 7,50% dos pacientes caracterizou-se a invalidez.

TABELA 11 - CAPACIDADE FUNCIONAL

Aspectos Funcionais	Pacientes	%
Realiza rotina diária	55	68,75
Dificuldade de execução	19	23,75
Invalidez	6	7,50
Total	80	100,00

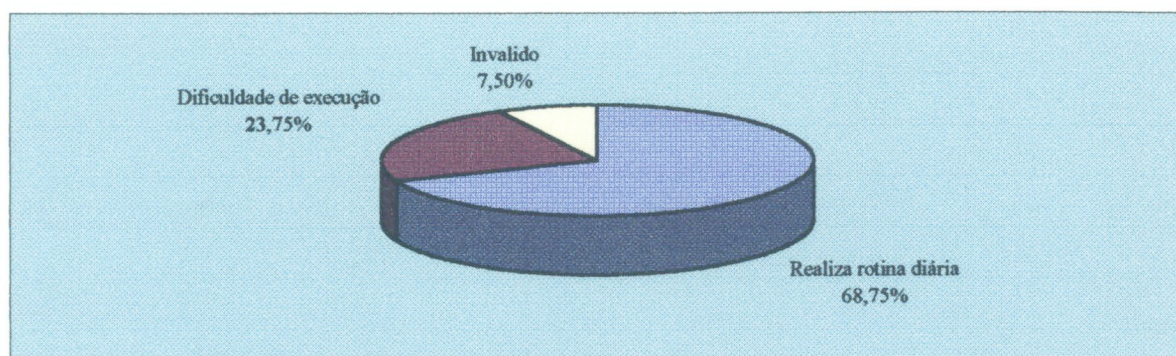


FIGURA 11 - CAPACIDADE FUNCIONAL

A avaliação nutricional, sob o ponto de vista da AGS, revelou que 42,50% dos pacientes idosos avaliados foram classificados como moderadamente desnutridos, sendo que outros 22,50% estavam severamente desnutridos, totalizando 65,00% de pacientes com problemas nutricionais. 31,25% foram considerados bem nutridos e 3,75% foram considerados como inconclusivos.

TABELA 12 - AVALIAÇÃO GLOBAL SUBJETIVA (AGS)

Perfil Nutricional (AGS)	Pacientes	%
Bem nutrido	25	31,25
Moderadamente desnutrido	34	42,50
Severamente desnutrido	18	22,50
Inconclusivo	3	3,75
Total	80	100,00

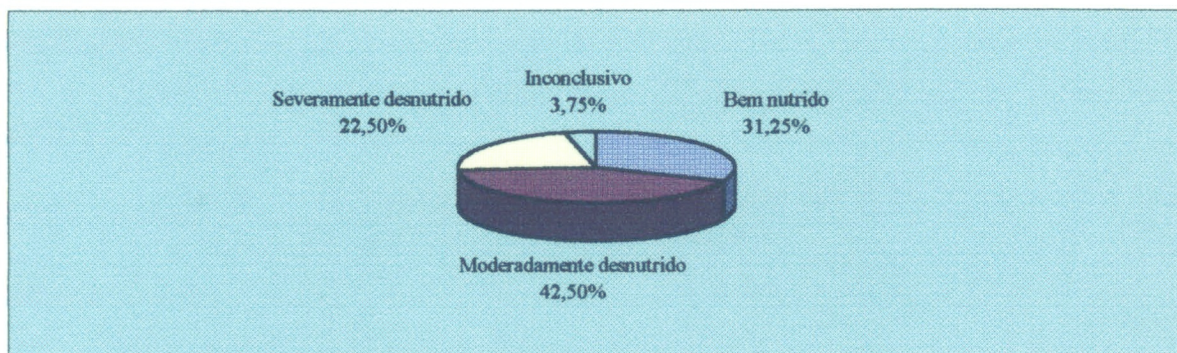


FIGURA 12 - AVALIAÇÃO GLOBAL SUBJETIVA

O IMC foi considerado válido em 66 pacientes da amostra. Em relação aos válidos, a média de IMC foi 23,21 (desvio padrão: 5,85).

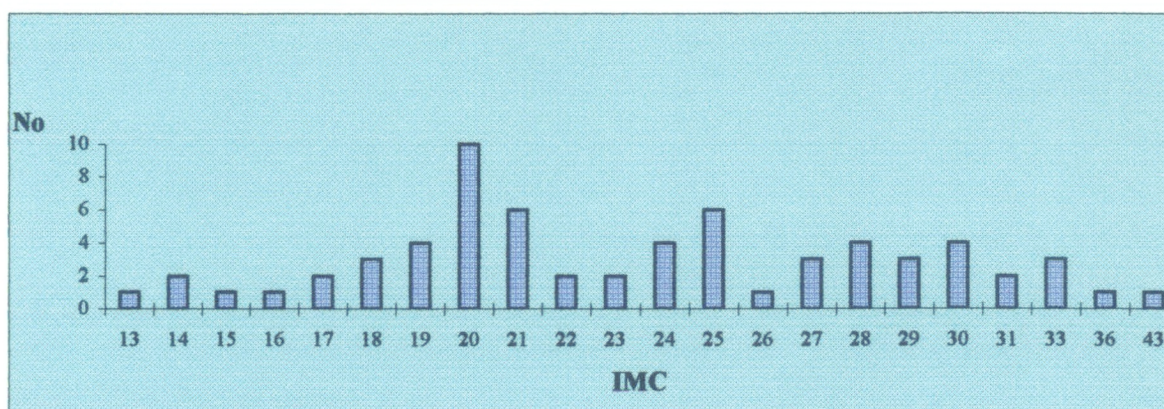


FIGURA 13 - CASOS VÁLIDOS DE IMC

5.3 MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO

Após a análise descritiva das variáveis estudadas, procurou-se relacionar cada variável em estudo com as demais. As variáveis foram distribuídas da seguinte forma: idade, sexo, cor, estado civil, residência habitual, situação profissional, renda própria, situação familiar, função cognitiva, aspectos psicológicos, aspectos funcionais, nutrição (AGS) e IMC.

Relacionando-se a idade com as demais variáveis em estudo verificou-se que todas as associações ocorreram ao acaso, ou seja, a idade sobre as demais variáveis não apresentou influência que fosse estatisticamente significativa.

Relacionando-se o gênero(sexo) com as demais variáveis, observou-se que a relação entre sexo e estado civil não ocorreu ao acaso. O sexo feminino apresentou 8,76 vezes mais chances de estar relacionado à viuvez em relação ao sexo masculino ($p < 0,01$).

Relacionando-se a cor com as demais variáveis, verificou-se que todas as associações não foram estatisticamente significantes, ou seja, ocorreram ao acaso, não havendo influência do grupo racial na amostra estudada.

A relação entre estado civil e aspectos psicológicos revelou que os pacientes idosos que viviam sem cônjuge eram 3,12 vezes mais deprimidos em relação aos que viviam com o cônjuge ($p < 0,05$). Verificou-se também que os indivíduos sem cônjuge moravam solitários com mais frequência em relação aos casados ou amigos/companheiros ($p < 0,05$), sendo que estes últimos moravam com familiares ou exclusivamente o casal.

Relacionando-se a residência habitual com a situação familiar, observou-se que os pacientes idosos que moravam solitários apresentavam menos apoio familiar que os indivíduos que moravam acompanhados ($p < 0,01$). Embora estatisticamente menos significante que a associação anterior, é interessante a relação entre residência habitual e aspectos psicológicos onde os indivíduos que moram solitários são mais deprimidos que aqueles que moram acompanhados ($p = 0,108$).

Com relação à situação profissional, os pacientes idosos aposentados apresentaram rendimentos próprios menores que os ativos ($p < 0,01$). A relação entre renda própria e as demais variáveis em estudo não foi estatisticamente significativa.

Relacionando-se a situação familiar com as demais variáveis, observaram-se dois achados interessantes. O primeiro refere-se ao apoio familiar relacionado à depressão; os pacientes idosos sem apoio familiar global são mais deprimidos que aqueles cujo apoio é global ($p < 0,05$). O segundo refere-se ao apoio familiar relacionado à avaliação nutricional subjetiva; embora estatisticamente menos significativa que o primeiro achado, verificou-se que os indivíduos sem apoio familiar adequado estavam menos associados à desnutrição do que aqueles que recebiam total apoio ($p = 0,101$). Este resultado pouco óbvio e até conflitante levanta importante questionamento sobre a veracidade das informações fornecidas pelos pacientes a respeito do apoio familiar. Alternativamente, pode-se supor que o apoio familiar tolha o idoso da liberdade de ingerir o que lhe aprouver, no tempo em que desejar.

A relação entre função cognitiva alterada e aspectos funcionais, psicológicos e nutricionais, mostrou-se estatisticamente significativa. Relacionando-se função cognitiva alterada com capacidade funcional alterada, observou-se que a alteração da função mental é um fator que compromete a capacidade do indivíduo realizar a rotina diária, participando também dos fatores que levam à invalidez ($p = 0,05$). Os indivíduos idosos com função mental alterada apresentam maior

índice de depressão ($p=0,05$). Os pacientes com função mental alterada apresentam maior tendência à desnutrição ($p=0,07$).

A relação entre depressão e comprometimento da capacidade funcional, além da relação entre depressão e avaliação nutricional subjetiva não foram estatisticamente significantes para a amostra selecionada. Todavia, a relação entre comprometimento da capacidade funcional e desnutrição (AGS) é passível de consideração ($p=0,09$).

Quanto ao IMC, as dificuldades técnicas limitaram o número de casos válidos a 66 pacientes. No entanto, a relação entre os casos válidos de IMC e os mesmos 66 pacientes submetidos à AGS, mostrou-se de significância estatística, ou seja, há correspondência entre os dois métodos de avaliação nutricional ($p<0,01$). Ao contrário da associação entre apoio familiar e AGS, há correspondência entre IMC e apoio familiar, ou seja, valores mais baixos de IMC relacionam-se com pacientes sem apoio familiar global ($p=0,08$).

5.4 DIAGNÓSTICOS

Analisando os diagnósticos que motivaram a hospitalização, observou-se predomínio das doenças cardiovasculares, com percentual de 28,75%. As pneumonias apresentaram índice de 17,50%, seguidas pelos casos suspeitos de neoplasia com prevalência de 12,50%. As doenças gastrintestinais, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, as hemopatias e coagulopatias e as doenças renais apresentaram percentuais menores que 10%. Doenças raras e sintomas inespecíficos constituíram um grupo de 16 casos, englobados em “outras doenças”, representando 20% da casuística total. O tópico referente às doenças crônicas associadas apresentou grande variabilidade, destacando-se o fato de que a maioria da população em estudo apresentou um ou mais problemas médicos associados.

TABELA 13 - CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO

Doenças	Número	Percentual
Cardiovasculares	23	28,75
Pneumonias	14	17,50
Síndrome consumptivo	10	12,50
Gastrintestinais	7	8,75
DPOC	5	6,25
Hematológicas	4	5,00
Renais	1	1,25
Outras	16	20,00
Total	80	100,00

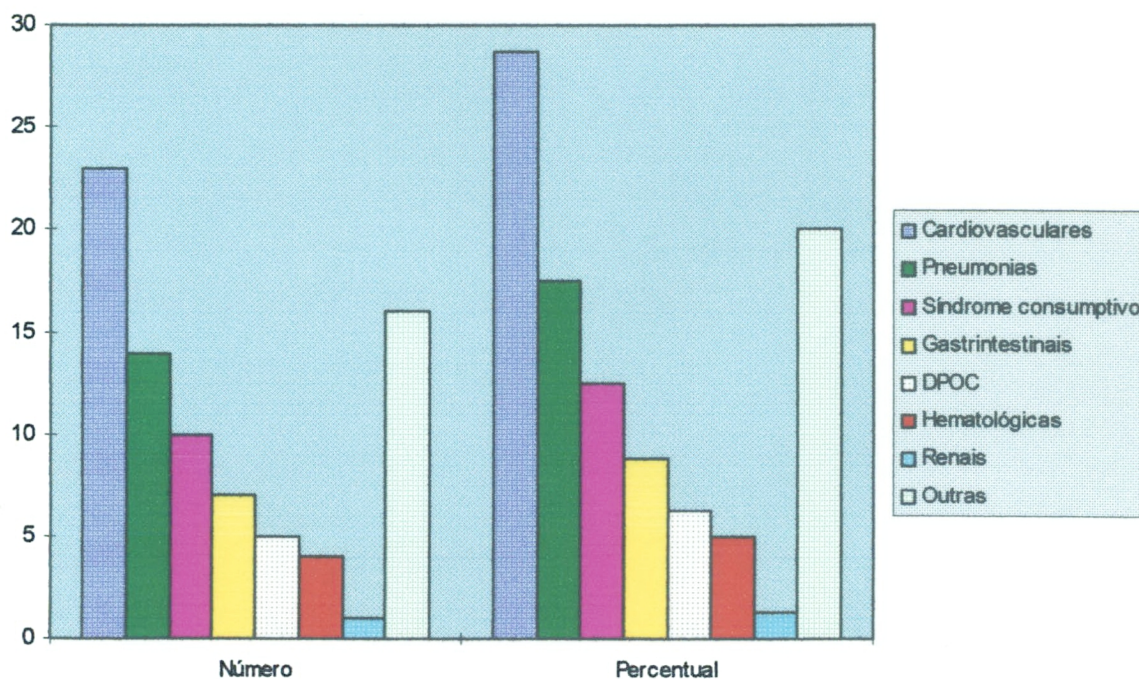


FIGURA 14 - CAUSAS DE HOSPITALIZAÇÃO

6 - DISCUSSÃO

6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estudo foi realizado sobre uma população específica, ou seja, a de pacientes idosos (a partir de 60 anos) internados em enfermarias de Clínica Médica (Medicina Interna) similares. Julgou-se oportuna prévia análise comparativa entre as enfermarias visto que a existência de diferenças significativas impossibilitaria a análise conjunta das variáveis em estudo. Utilizando as variáveis sexo, idade, cor e estado civil, percebeu-se que as populações eram estatisticamente similares nas enfermarias *A* e *B*. Os valores de *p* mostraram-se sempre maiores que 0,05 (5%), sendo, inclusive, maiores que 0,2 (20%).

De acordo com a literatura, consideramos as diferenças associadas a *p* menores que α ($\alpha=0,05$) como *estatisticamente significativas*. No entanto, como se observa no capítulo dos resultados, aceitamos, em casos eventuais, valores mais altos como $p=0,07$; $0,09$; $0,101$. Este procedimento, em casos específicos, é sensato para enriquecimento da discussão visto que o ponto de corte 0,05 é inteiramente arbitrário (FLETCHER et al, 1996). Contudo, valores de *p* muito altos, como verificados na comparação entre as duas enfermarias, significam

probabilidade de erro inaceitavelmente alta (por exemplo, $p > 0,20$), ou seja, as diferenças observadas teriam ocorrido muito provavelmente pelo acaso. Portanto, isto nos permite considerar que as enfermarias são semelhantes.

Desta forma, foi possível utilizar as Enfermarias *A* e *B* agrupadas, o que favoreceu a análise estatística das variáveis em estudo, visto que se obteve amostra mais significativa.

As tabelas referentes às medidas de associação apresentam tamanhos diferentes (número variável de associações) porque, na análise estatística original, as relações entre as variáveis em estudo foram sucessivamente analisadas e expostas em tabelas com conseqüente diminuição progressiva, não havendo, portanto, necessidade de repetir associações já listadas em tabelas anteriores.

6.2 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS

O conceito de idoso envolve múltiplas dimensões, entre as quais ressaltam-se a biológica, cronológica, social, demográfica, econômica, cultural, psicológica, ideológica e política. A idade biológica, por exemplo, freqüentemente não

coincide com a idade cronológica, nem com as demais construções sociais sobre a velhice, já que a medida cronológica é também socialmente construída (MAGALHÃES, 1987). Observou-se nos pacientes estudados bastante variabilidade nas associações entre idade biológica e cronológica. Embora esta questão não estivesse incluída nos objetivos e método da pesquisa, avaliaram-se idosos com ectoscopia e estado geral surpreendentemente satisfatórios para idades oscilando entre 70 e 80 anos, enquanto também foram encontrados pacientes de faixa etária entre 60 e 65 anos cuja inspeção geral sugeriu idade cronológica bem mais avançada.

Apesar de não ter sido ainda definitivamente determinado o melhor critério para se estabelecer quando um indivíduo é idoso, o critério cronológico parece ainda ser o mais adequado para pesquisa e planejamento social. Utilizando a variável idade, baseamo-nos na Organização Mundial da Saúde para a inclusão dos pacientes idosos neste estudo. A OMS considera idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, nos países sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento, quando pertencentes a classes sociais de menor poder sócio-econômico. Este é o caso da população estudada, onde a média de idade foi 69,80 anos, sendo avaliados pacientes com idades entre 60 e 84 anos. 82,00% da amostra incluída no estudo relatou rendimentos próprios entre 1 e 4 salários

mínimos, sendo que 15% não atingiu 1 salário mínimo, estando alguns destes pacientes sem nenhum rendimento. Estas informações levantam importantes questões. A situação no Brasil é considerada dramática em termos de distribuição de renda; o número de leitos disponíveis nos hospitais públicos é extremamente inferior às necessidades populacionais (BOECHAT, 1994). A idéia de que o Brasil é um país *jovem* vem se desgastando progressivamente, pois a nação brasileira possuirá em 2025 população expressiva de idosos (WORLD HEALTH STATISTICS ANNUALS, 1979, 1982), estimada em cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, ou seja, a sexta maior população idosa do mundo.

Embora selecionados aleatoriamente, verificou-se a distribuição com 50% de pacientes do sexo feminino e 50% de pacientes do sexo masculino. É provável que estes percentuais idênticos devam-se ao fato de que, nos dois hospitais selecionados, as enfermarias masculinas têm capacidade bastante semelhante às enfermarias femininas.

Com relação à cor dos pacientes, os brancos foram predominantes em relação aos negros e pardos. Esta verificação é compreensível pela colonização européia significativa no Estado do Paraná no passado, e que se reflete atualmente na população idosa.

O estado civil mostrou dois grupos distintos predominantes: os casados ou companheiros/amigados e os viúvos, estes últimos sendo os mais prevalentes. Somando-se os dois grupos citados teríamos 90,00% da amostra total. Os percentuais de solteiros e separados/desquitados/divorciados foram bem reduzidos (10,00%). Com relação à viuvez, situação freqüente na terceira idade, observa-se que o número de mulheres viúvas é bem superior ao de homens viúvos, fato que se observa na literatura e também quando relacionam-se as variáveis do presente estudo. Há, de fato, uma diferença de expectativa de vida entre homens e mulheres. Alguns fatores são considerados: a proteção dos hormônios femininos evitando ou minimizando os efeitos da insuficiência coronariana; a maior exposição dos homens aos acidentes de trabalho e a acidentes diversos como os de trânsito; maior exposição masculina aos homicídios e suicídios; maior aderência masculina a hábitos como o tabagismo e o etilismo; maior atenção das mulheres à sua saúde; melhoria da assistência obstétrica na atualidade (SCHOUERI Jr. et al, 1994).

A residência habitual dos pacientes estudados foi averiguada. Verificou-se que 53,75% dos indivíduos idosos internados, viúvos ou com o cônjuge, moravam com seus familiares. Em percentuais bem menores, observou-se a moradia somente com o cônjuge, com pessoas que não eram familiares, ou, em caso de

serem separados ou viúvos, vida solitária. Apenas um paciente avaliado era institucionalizado. À primeira vista, estes dados parecem confortantes. Todavia, observa-se que a sociedade não está preparada para receber o contingente idoso. Os pais não estão preparando seus filhos para assumirem os velhos que eles mesmos, se vivos, futuramente serão (BOECHAT, 1994). A questão do idoso e a família é abordada por OLIVEIRA (1994), que estudou a rejeição e resistência familiar à alta hospitalar do idoso, fato muito freqüente nas enfermarias dos hospitais públicos. As conclusões da pesquisa expõem aspectos importantes do relacionamento idoso-família: conflito de gerações; medo da morte; receio de não conseguir atendimento em tempo hábil diante de recidiva da doença; idade avançada com probabilidade de crises sucessivas, físicas e mentais; renda baixa da maioria dos familiares, dificultando a compra de medicamentos e custeio de uma boa alimentação, necessária ao idoso; falta de condições habitacionais adequadas devidas ao ambiente e à dificuldade de acesso; ausência de pessoas que possam assistir o idoso no lar, na ausência de seus familiares; relacionamento precário entre o idoso e seus familiares por fatores internos, ou seja, desamor e rejeição por parte dos filhos.

O percentual de 1,25% de pacientes institucionalizados leva-nos a acreditar que, possivelmente, a maior parte dos pacientes asilados recebe o atendimento

médico e paramédico na própria instituição. Tal fato é preocupante pois, em nosso país, têm sido verificadas infrações éticas significantes em asilos e casas de repouso (NASCIMENTO E SILVA et al, 1998), o que é bastante difundido na imprensa leiga, comprometendo a dignidade humana à qual todos os cidadãos, independente da faixa etária, têm direito. Os dados e informes colhidos na VIII e IX Jornadas Metropolitanas de Geriatria e Gerontologia (1997, 1998), realizadas em Curitiba, revelam que no Estado do Paraná vem sendo necessária a fiscalização constante e progressiva das instituições asilares.

Como vimos nos resultados, a maior parcela dos pacientes incluídos no estudo é de aposentados. A complexa questão da aposentadoria é preocupante. Além do imenso desajuste social que se verifica nos países pobres, onde a maioria da população recebe valores mínimos de aposentadoria, observa-se um paradoxo da sociedade que, de um lado cria e aperfeiçoa meios de prolongar a vida no plano biológico e de outro lado pouco tem a oferecer ao cidadão cuja existência prolongou (BOECHAT, 1994). Como nos refere SOBRAL (1994), a proposta é oferecer programas de pré e pós-aposentadoria como um *continuum* da existencialidade e a consideração do aposentado como elemento não excludente no papel social.

Voltando à questão familiar, procuramos verificar o grau de apoio que os pacientes idosos recebiam em seu cotidiano. O apoio global, ou seja, psicológico, financeiro e de cuidados gerais, foi relatado em 65% dos casos. Questiona-se a veracidade destas informações porque não coincidem com a literatura e mesmo com a imprensa leiga. Além destas observações, constatou-se, como citado no capítulo dos resultados, que a associação entre apoio familiar e perfil nutricional (AGS) revelou maior desnutrição no grupo que referia apoio familiar global ($p=0,101$) em relação ao grupo com apoio apenas parcial. Ao contrário, os valores de IMC apresentaram correspondência com o grau de apoio familiar, ou seja, se o apoio é parcial, o valor de IMC é mais baixo, indicando comprometimento nutricional ($p=0,08$). Considerou-se necessário a aplicação de formulário ou questionário mais detalhado para a obtenção de informações mais confiáveis que possibilitem uma análise mais profunda da questão. Uma hipótese seria de que os idosos, com receio de que as informações por eles prestadas fossem reveladas aos familiares, optariam por afirmar que recebiam apoio adequado, de modo a evitar represálias futuras, uma vez que a maioria dos pacientes reside com familiares ou deles recebe suporte. Concluindo, a família deve ser objeto de estudos futuros porque é importante elemento na análise do contexto social do paciente idoso. A vida do indivíduo possui dois pontos de

equilíbrio que são representados pela família e o trabalho. Quando ocorre a aposentadoria, dois caminhos que se apresentam são a possibilidade de volta à vida familiar ou o risco do isolamento (TOWNSEND, 1963; SOBRAL, 1994).

6.3 DISCUSSÃO SOBRE OS RESULTADOS DA ANÁLISE DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO - ASPECTOS MÉDICOS E FUNCIONAIS

A função cognitiva, através do *Miniexame do Estado Mental* (FOLSTEIN et al, 1975), foi avaliada em todos os pacientes do estudo. Como visto nos resultados, o maior percentual foi o de pacientes com função mental normal (58,75%). Apesar das dificuldades técnicas inerentes à faixa etária, às limitações funcionais (visão, audição, coordenação, por exemplo) e à escolaridade, apenas um paciente foi considerado como apresentando teste inconclusivo.

Existem diversos testes de avaliação mental que variam em relação à abordagem do paciente, com graus diferentes de complexidade e precisão, conforme já referido no capítulo de revisão bibliográfica. O *Miniexame do Estado Mental* foi o teste utilizado pela sua praticidade e por já ter sido muitas vezes aplicado, inclusive em estudos gerontológicos, com resultados apropriados do ponto de vista epidemiológico (SIU, 1991; RUBENSTEIN, 1987). Analisando

a orientação no tempo e no espaço, memória recente, capacidade de cálculo e aspectos de linguagem, deve-se ressaltar que o referido teste não deve ser considerado como método de diagnóstico preciso (VENTURA & BOTTINO, 1996), mas tem o seu valor para um *screening* inicial no idoso (LACHS et al, 1990).

A *Escala de Depressão Geriátrica (EDG)*, utilizada neste trabalho (YESAVAGE et al, 1983), foi considerada de valor epidemiológico para internações geriátricas recentes, conforme já citado previamente (KOENIG et al, 1988), com sensibilidade de 92% e especificidade de 89%, além de valor preditivo negativo de 99%, para detecção de depressão maior. O'RIORDAN et al (1990) relataram que a demência leve a moderada não interfere na aplicação da EDG em pacientes idosos internados. Por outro lado, MACKENZIE et al (1989) e BURKE et al (1989) mostram inadequação na aplicação da DSM-III e EDG, respectivamente, nos pacientes com doença de Alzheimer. A EDG foi utilizada neste estudo por apresentar valor epidemiológico, ser de fácil aplicação, e corresponder ao objetivo de avaliação geral proposta (FINCH et al, 1992).

Analisando retrospectivamente, verificamos que a expressão *normal ou sem distúrbios significativos* mostrou-se incompleta visto que não foram analisados nesta oportunidade quadros de ansiedade e distímia, diagnósticos que podem

existir com escores não depressivos na EDG e que também podem representar alterações psicológicas significantes. Dos 80 pacientes incluídos, 24 apresentaram escores compatíveis com depressão (30,00%). Trata-se de percentual significativo, correspondendo à literatura que refere como significativa a prevalência de depressão nos pacientes idosos internados com doenças orgânicas (FINCH et al, 1992). Apesar da objetividade de resultado em relação à EDG, a diversidade de perguntas nos permite *sentir* o paciente entrevistado. Podemos perceber com mais profundidade os pontos de vista, os aspectos de vivência e o contexto social relacionados a cada idoso questionado. Nos resultados, 5 pacientes foram considerados inconclusivos, pelos seguintes motivos: função mental muito alterada; escore final limítrofe com respostas dúbias; dificuldades de preenchimento, inviabilizando o resultado final.

No presente levantamento, verificou-se que 68,75% dos idosos internados conseguiam realizar a rotina diária. Estas cifras combinam com dados epidemiológicos norte-americanos que revelam o fato de que, após os 85 anos, apenas 30,00 % da população apresenta restrições substanciais à sua atividade cotidiana. Em nossa amostra, com média de idade menor (69,8 anos), o percentual de pacientes com dificuldade de execução da rotina diária foi de 23,75%. As diferenças nas médias de idade são mais evidentes quando se analisa

a questão da invalidez ou dependência constante de atendimento de enfermagem: 20,00% dos norte-americanos com mais de 85 anos contra 7,50% de idosos com média de 69,8anos no presente estudo (WILLIAMS, 1994). Na perspectiva dos idosos, a qualidade de vida é bastante considerada por seu nível de função e capacidade de manutenção da independência, surgindo então o conceito de avaliação funcional do idoso. A independência na execução das atividades da vida diária é de grande importância na vida das pessoas no que diz respeito à auto-estima e bem-estar. Uma pessoa dependente tem o potencial de alterar a dinâmica de sua família e o desempenho de papéis de seus membros (PAULA et al, 1998).

O treinamento da equipe de Nutrição, na fase *pré-teste*, contribuiu para a padronização e adequação da avaliação nutricional dos pacientes que constituíram a população em estudo no formato definitivo. Houve três pacientes considerados *inconclusivos*; as razões determinantes da indefinição foram: dificuldade de obtenção de informações adequadas com os pacientes e familiares e o comprometimento das medidas antropométricas devido ao quadro clínico dos pacientes em questão. Dentre as situações observadas, os obstáculos mais comuns consistiram na presença de edemas que dificultaram a análise da perda de tecido adiposo subcutâneo e muscular, e na dificuldade de interpretação

etiológica dos quadros de ascite, edema sacral e de tornozelos, que poderiam ser atribuídos em alguns casos tanto à desnutrição quanto à doença orgânica específica. Como o projeto de pesquisa não previa a comparação da AGS e do IMC com exames complementares, fato que foi mantido após a fase *pré-teste*, julgamos saudável estudo futuro sobre aspectos nutricionais envolvendo variáveis objetivas adicionais.

Houve ponderação com relação ao exame físico nutricional contido na AGS porque, com o envelhecimento, ocorre o desenvolvimento de modificações na composição corporal e nos elementos estruturais dos tecidos. Entre os 25 e 75 anos, o compartimento lipídico aumenta de 14,00% para 30,00% do total do peso corporal, enquanto a água corporal total (principalmente extra-celular) e a massa muscular diminuem (WILLIAMS, 1994; JACOB FILHO & SOUZA, 1994). Estas modificações geram dificuldades na obtenção de medidas antropométricas tais como pregas e circunferências, embora estas medidas sejam recomendadas para avaliação do estado nutricional na população idosa (NAJAS & SACHS, 1996).

Quanto aos resultados, chamou a atenção a alta prevalência de desnutrição quando aplicada a AGS na população idosa em estudo. 34 pacientes apresentaram-se como moderadamente desnutridos; 18 pacientes mostraram-se

severamente desnutridos. Somando-se estes dois sub-grupos, tem-se o percentual significativo de 65,00% de desnutrição, ainda que em diferentes graus de intensidade. O IMC, como já comentado, apresentou média de 23,21, valor compatível com eunutrição, com maior número de pacientes apresentando o valor de 20, valor limítrofe entre desnutrição e eunutrição. Ainda assim, seria de se esperar valores mais baixos de IMC para correspondência adequada com a AGS. Há duas razões possíveis para explicar esta diferença. A primeira reside no fato de que boa parte dos casos não válidos de IMC apresentavam desnutrição em diferentes graus, sendo que se relacionavam com pior estado geral dificultando a obtenção do peso por comprometimento funcional. A segunda reside no fato de que, pela alta prevalência de insuficiência cardíaca na população estudada, alguns casos válidos de IMC possam ter apresentado alteração do peso pela retenção hídrica, apesar do cuidado da equipe examinadora.

O número de pacientes válidos para análise do IMC foi de 66. Portanto, 14 pacientes incluídos no estudo em geral não puderam ter o seu valor de IMC obtido visto que neles o método não pôde ser adequadamente realizado. Os fatores que ocasionaram a exclusão de pacientes do cálculo do IMC foram: a) ausência de condições técnicas para pesagem no leito naqueles pacientes que estavam temporaria ou definitivamente incapacitados de deambular; b) condições

mórbidas que comprometeram a fidelidade das medidas tais como as referidas para a AGS.

Ainda com referência ao IMC, a medição da estatura exigiu cuidados. Após os 40 anos de idade, a estatura reduz-se aproximadamente um centímetro por década. Esta situação ocorre principalmente devido ao achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais, cifose dorsal e arqueamento dos membros inferiores. Conforme relatado no capítulo de material e método, utilizou-se como preditor da estatura o comprimento da perna ou altura relacionada ao joelho, que não se altera com a idade e está fortemente relacionada com a estatura (NAJAS & SACHS, 1996; CHUMLEA, 1985).

6.4 DISCUSSÃO DAS MEDIDAS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO

A idade dos pacientes estudados não influenciou as variáveis utilizadas no trabalho. A população geriátrica avaliada, com média de 69,80 anos e desvio padrão de 6,628, apresenta bastante variabilidade cronológica (60 a 84 anos) e biológica. De modo substancial, houve pouca correspondência entre idade cronológica e biológica, com homogeneidade quanto à classe social.

De fato, já foi comentado que há nuances referentes aos diversos conceitos de idade e envelhecimento, como, por exemplo, a idade biológica não coincidindo com a idade cronológica e esta, por sua vez, não correspondendo à idade social (MAGALHÃES, 1987). Esta constatação nos leva à conclusão de que, por fatores diversos, um indivíduo de 75 anos possa igualar-se a outro de 68 anos. Em outra situação, um indivíduo de 80 anos pode se encontrar em semelhante condição de qualidade de vida e capacidade funcional com relação a outro indivíduo de 70 anos.

Com a progressão da idade, as diferenças entre os indivíduos podem se tornar evidentes quando ocorrem situações de estresse orgânico ou emocional. A diminuição progressiva das reservas orgânicas e dos controles homeostáticos, próprios do envelhecimento normal, que nas condições rotineiras não impede o idoso de realizar suas atividades cotidianas, costuma se tornar evidente quando o indivíduo enfrenta um período de grande esforço ou estresse. Os limites máximos da manutenção da homeostase atingem ponto crítico na idade avançada, de modo que mínimos insultos podem causar desequilíbrios de difícil abordagem médica, ainda que a pessoa possuísse boa qualidade de vida e capacidade funcional adequada (RESNICK, 1997; WILLIAMS, 1994).

A associação entre sexo e estado civil confirmou a maior expectativa de vida do sexo feminino em relação ao masculino verificada na literatura (GARRET, 1991; PASCHOAL, 1996), ou seja, o índice de viuvez entre as mulheres foi bem maior ($p < 0,01$).

A medida *Odds Ratio* mostrou que o sexo feminino apresentou 8,76 vezes mais chances que o sexo masculino de estar sem cônjuge. Alguns dos principais fatores que são considerados responsáveis por esta diferença foram listados previamente (6.2).

TABELA 14 - RELAÇÃO ENTRE IDADE E VARIÁVEIS SELECIONADAS

Variável	χ^2	p	Descrição
Situação Familiar	2,25	0,133	(sem apoio global em relação a com apoio global)
Função Cognitiva	1,97	0,159	(alterada em relação a normal)
Aspectos Psicológicos	1,48	0,223	(deprimido em relação a normal)
Situação Profissional	1,07	0,300	(inativo em relação a ativo)
Estado Civil	0,79	0,375	(sem-cônjuge em relação a com-cônjuge)
Nutrição	0,47	0,492	(desnutrido em relação a nutrido)
Cor	0,46	0,495	(não-branca em relação à branca)
Residência Habitual	0,32	0,569	(sozinho em relação a acompanhado)
Aspectos Funcionais	0,25	0,613	(não-funcional em relação a funcional)
Sexo	0,12	0,728	(feminino em relação a masculino)
Renda Própria	0,05	0,946	(menos de 1 SM em relação a 1 ou mais SM)

TABELA 15 - RELAÇÃO ENTRE SEXO E VARIÁVEIS SELECIONADAS
(feminino em relação a masculino)

Variável	Odds Ratio	χ^2	p	Descrição
Estado Civil	8,76	18,39	0,000	(sem-cônjuge em relação a com-cônjuge)
Situação Profissional	0,39	3,60	0,056	(aposentado em relação a ativo)
Cor	0,53	1,23	0,266	(não-branca em relação à branca)
Função Cognitiva	1,59	1,01	0,315	(alterada em relação a normal)
Aspectos Psicológicos	1,57	0,82	0,365	(deprimido em relação a normal ou SAS)
Situação Familiar	0,80	0,22	0,641	(sem apoio global em relação a com apoio global)
Residência Habitual	1,20	0,09	0,763	(sozinho em relação a acompanhado)
Aspectos Funcionais	1,12	0,06	0,810	(não-funcional em relação a funcional)
Nutrição (AGS)	0,92	0,03	0,870	(desnutrido em relação a nutrido)
Rendimentos Próprios	1,00	0,00	1,000	(menos de 1 SM em rel. a 1 ou mais SM)

A importância do cônjuge e dos familiares para a qualidade de vida do idoso é observada em algumas associações. Os pacientes que viviam sem cônjuge, na maior parte dos casos por viuvez, apresentavam escores compatíveis com depressão mais frequentes que os demais ($p < 0,05$), sendo que os idosos que moravam solitários apresentavam menos apoio familiar ($p < 0,01$), e os indivíduos sem apoio familiar adequado são mais deprimidos que os pacientes cujo apoio é completo ($p < 0,04$). O desajuste social existente e o despreparo da nossa sociedade para receber uma superpopulação idosa em futuro não distante são fatos que levam ao asilamento. O caminho da institucionalização, por sua vez,

passa antes pela relação idoso-família. Os familiares devem rever posições de comodismo e egoísmo, possibilitando que seus idosos fiquem em casa. Quando o asilamento for inevitável, a sociedade deve cobrar vigilância e fiscalização quanto às condições ambientais e higiênicas (BOECHAT, 1994)

TABELA 16 - RELAÇÃO ENTRE SITUAÇÃO FAMILIAR E VARIÁVEIS SELECIONADAS (sem apoio global em relação a com apoio global)

Variável	Odds Ratio	χ^2	<i>p</i>	Descrição
Aspectos Psicológicos	2,92	4,35	0,037	(deprimido em relação a normal)
Nutrição	0,44	2,68	0,101	(desnutrido em relação a nutrido)
Função Cognitiva	1,28	0,26	0,610	(alterada em relação a normal)
Aspectos Funcionais	0,82	0,14	0,706	(não-funcional em relação a funcional)

TABELA 17 - RELAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E VARIÁVEIS SELECIONADAS (sem-cônjuge em relação a com-cônjuge)

Variável	Odds Ratio	χ^2	<i>p</i>	Descrição
Aspectos Psicológicos	3,12	4,44	0,035	(deprimido em relação a normal)
Residência Habitual	4,74	4,23	0,036	(sozinho em relação a acompanhado)
Situação Profissional	0,52	1,72	0,189	(inativo em relação a ativo)
Situação Familiar	1,81	1,46	0,227	(sem apoio global em relação a com apoio global)
Nutrição	0,59	1,04	0,308	(desnutrido em relação a nutrido)
Aspectos Funcionais	0,67	0,68	0,411	(não-funcional em relação a funcional)
Renda Própria	0,66	0,44	0,506	(menos de 1 SM em rel. a 1 ou mais SM)
Função Cognitiva	0,87	0,09	0,770	(alterada em relação a normal)

TABELA 18 - RELAÇÃO ENTRE RESIDÊNCIA HABITUAL E VARIÁVEIS SELECIONADAS
(sozinho em relação a acompanhado)

Variável	Odds Ratio	χ^2	p	Descrição
Situação Familiar	5,68	7,89	0,004	(sem apoio global em relação a com apoio global)
Aspectos Psicológicos	3,09	2,57	0,108	(deprimido em relação a normal)
Nutrição	0,41	1,97	0,161	(desnutrido em relação a nutrido)
Função Cognitiva	0,60	0,60	0,438	(alterada em relação a normal)
Situação Profissional	1,10	0,02	0,884	(inativo em relação a ativo)
Renda Própria	1,04	0,00	0,966	(menos de 1 SM em rel. a 1 ou mais SM)
Aspectos Funcionais	0,97	0,00	0,967	(não-funcional em relação a funcional)

De modo estatisticamente significativo, observou-se que os indivíduos com alteração da função mental apresentam comprometimento da capacidade de realizar a rotina diária ($p=0,05$), maior índice de depressão ($p=0,05$) e maior tendência à desnutrição ($p=0,07$). O leve declínio da memória e da velocidade de processamento de informação ocorrem normalmente com a idade mas não afetam a função diária e geralmente não progridem. Ao contrário, a demência consiste em diminuição persistente e progressiva da função intelectual (RESNICK, 1998), com conseqüente comprometimento das atividades da vida diária e do estado geral (onde se inclui a desnutrição), o que se verificou nos pacientes internados. Uma questão interessante consiste na associação entre função mental alterada e depressão; a perda de memória e de outras funções intelectuais, como a

demência, estão frequentemente associadas com a depressão (CARVALHO & FERNANDEZ, 1996). Uma das mais importantes tarefas do médico que atende idosos consiste em diferenciar demência de depressão e de delirium, ainda que estas condições frequentemente coexistam (RESNICK, 1998).

TABELA 19 - RELAÇÃO ENTRE FUNÇÃO COGNITIVA E VARIÁVEIS SELECIONADAS (alterada em relação a normal)

Variável	Odds Ratio	χ^2	<i>p</i>	Descrição
Aspectos Funcionais	2,55	3,60	0,050	(não-funcional em relação a funcional)
Aspectos Psicológicos	2,51	3,30	0,050	(deprimido em relação a normal ou SAS)
Nutrição (AGS)	2,57	3,04	0,070	(desnutrido em relação a nutrido)

O IMC, quando associado à AGS, apresenta correspondência de resultados estatisticamente significativa ($p < 0,01$). A associação foi realizada entre os 66 pacientes válidos para o IMC e os mesmos 66 indivíduos que foram submetidos à AGS. Há concordância com a literatura onde se verifica alta correlação entre a AGS e medidas antropométricas objetivas (DETSKY et al, 1994; BAKER et al, 1982; HIRSCH et al, 1991; WINDSOR & HILL, 1988). Vale, no entanto, a ressalva quanto à amostra do IMC, onde o número de pacientes excluídos foi maior que na AGS.

TABELA 20 - RELAÇÃO ENTRE IMC E VARIÁVEIS SELECIONADAS

Variável	χ^2	<i>p</i>	Descrição
Nutrição (AGS)	20,78	0,000	(desnutrido em relação a nutrido)
Situação Familiar	2,99	0,080	(sem apoio global em relação a com apoio global)
Cor	2,50	0,113	(não-branca em relação à branca)
Sexo	0,99	0,320	(feminino em relação a masculino)
Residência Habitual	0,78	0,377	(sozinho em relação a acompanhado)
Função Cognitiva	0,67	0,412	(alterada em relação a normal)
Aspectos Psicológicos	0,66	0,417	(deprimido em relação a normal ou SAS)
Estado Civil	0,65	0,421	(sem-cônjuge em relação a com-cônjuge)
Aspectos Funcionais	0,31	0,577	(não-funcional em relação a funcional)
Situação Profissional	0,25	0,615	(aposentado em relação a ativo)
Rendimentos Próprios	0,22	0,640	(menos de 1 SM em relação a 1 ou mais SM)

6.5 DIAGNÓSTICOS

A distribuição das frequências relativas às doenças mais comumente encontradas na população em estudo revelou correspondência com os dados bibliográficos consultados. As doenças cardiovasculares representaram 28,75% dos casos, valor que foi bastante similar aos dados epidemiológicos municipais (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA, 1997). As duas causas de internamento no município que representam, na seqüência, os diagnósticos mais frequentes são, respectivamente, as doenças do aparelho respiratório e as neoplasias, fato que também corresponde à população em estudo. O fato da

7 - CONCLUSÕES

O estudo realizado permitiu confirmar que o contexto social e os aspectos médicos gerais são de relevante importância na abordagem clínica do paciente idoso hospitalizado em enfermaria pública de Clínica Médica.

O contexto social, refletido pelo modo de vida e moradia, pela situação profissional, econômica e, principalmente, pelo relacionamento idoso-família, foi relevante na composição do perfil geral dos pacientes idosos hospitalizados nas enfermarias avaliadas, correlacionando-se em diferentes graus de intensidade com o estado geral clínico de cada indivíduo.

Os itens selecionados para avaliação da condição médica geral dos idosos incluídos no estudo, ou seja, sua função cognitiva, sua situação psicológica, sua capacidade de realizar as tarefas do cotidiano e seu estado nutricional, similarmente correlacionaram-se de modo significativo com o estado geral de cada paciente. Representam, portanto, elementos importantes na composição do perfil geral da população selecionada.

O atendimento ao paciente idoso hospitalizado deve ser sempre realizado de modo global, ou seja, observando conjuntamente o perfil médico e o perfil social,

pois, nesta etapa cronológica da evolução vital, são intensas as questões envolvendo o conceito de pessoa e dignidade humana.

O *Miniexame do Estado Mental* consistiu em teste adequado para avaliação inicial (“screening”) da função mental no idoso. Recomenda-se cautela nos tópicos que exigem certo nível de escolaridade, regular acuidade visual e auditiva, e coordenação motora. A *Escala de Depressão Geriátrica* permite conhecimento detalhado do perfil psicológico, representando também útil método de avaliação básica. Recomendam-se instrumentos de avaliação acessórios para detecção de outras condições bastante prevalentes tais como quadros de ansiedade e distímia. A *Avaliação Global Subjetiva* consistiu em método prático e válido para as avaliações nutricionais na clínica geriátrica diária, apresentando boa correlação com o *Índice de Massa Corpórea*. Recomenda-se complementação com outros métodos objetivos nos casos limítrofes.

As medidas de associação relacionadas às variáveis em estudo destacaram: a importância do relacionamento idoso-família e do apoio familiar em referência à depressão; a correlação significativa entre função cognitiva alterada e depressão, desnutrição e limitação funcional; a utilidade da *AGS* e do *IMC* para a avaliação nutricional do idoso.

ANEXOS
INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS UTILIZADOS

**MESTRADO DE MEDICINA INTERNA/UFPR
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
PERFIL DO PACIENTE IDOSO**

1. IDENTIFICAÇÃO

- a. nome : _____
b. registro : _____
c. idade : _____
d. sexo : _____
e. cor : _____
f. estado civil : _____
g. profissão : _____
h. naturalidade : _____
i. procedência : _____
j. religião : _____

2. DIAGNÓSTICO

- a. diagnóstico ou queixa principal que motivou o internamento :

- b. doenças crônicas associadas : ° | → _____
 ° | → _____
 ° | → _____

3. RESIDÊNCIA HABITUAL

- () reside sozinho
() reside com cônjuge
() reside com familiares
() reside com não familiares
() reside em asilo, albergue, ou outras instituições de apoio
() sem residência definida

4. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

- aposentado
- ativo

5. RENDIMENTOS PRÓPRIOS

- sem rendimentos ou < 1 salário mínimo
- entre 1 e 4 salários mínimos
- acima de 4 salários mínimos

6. SITUAÇÃO FAMILIAR

- apoio financeiro
- apoio psicológico/cuidados gerais
- apoio global (os 2 itens acima)
- nenhum apoio ou interesse

7. FUNÇÃO COGNITIVA

- *Miniexame do Estado Mental*

- normal
- limítrofe
- alterada

8. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

- *Escala de Depressão Geriátrica*

- sem alterações significativas
- perfil depressivo

9. ASPECTOS FUNCIONAIS

- *Capacidade de executar as tarefas do cotidiano*

- () realização da rotina diária
- () dificuldade na execução de tarefas domiciliares simples
- () invalidez

- Perguntas : “Pode se levantar sozinho da cama ?”; “Pode se vestir sozinho?”; “Pode elaborar suas próprias refeições”; “Pode fazer suas compras?”

10. PERFIL NUTRICIONAL

- *Avaliação Global Subjetiva*

- () bem nutrido
- () moderadamente desnutrido
- () severamente desnutrido

Data do internamento : _____.

Data da coleta das informações : _____.

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO MENTAL

Miniexame do Estado Mental

- **ORIENTAÇÃO:** Ano, estação, mês, dia do mês e da semana → 5 pontos
País, Estado, cidade, hospital, n.º do leito → 5 pontos

- **MEMÓRIA:** Repetir os nomes de três objetos → 3 pontos
Diminuir 7 de 100, cinco vezes seguidas → 5 pontos
Repetir os 3 objetos acima → 3 pontos
- * Obs: nominar 3 objetos (caneta, caminhão, livro); pedir para repetir os nomes naquele momento e, novamente, poucos minutos depois. Resultado anormal = incapacidade de citar os três objetos depois de 1 minuto.

- **LINGUAGEM:** Nomear caneta e relógio → 2 pontos
Repetir um conjunto de palavras (333) → 1 ponto
Prova dos três comandos → 3 pontos
Ler e executar "feche os olhos" → 1 ponto
Escrever uma frase → 1 ponto
Copiar um desenho → 1 ponto

CLASSIFICAÇÃO

- () Normal (score > 24).
- () Limítrofe (score = 20-24).
- () Alterada (score < 20).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS - *Escala de Depressão Geriátrica*

* Instruções para o paciente: escolha a melhor resposta (sim ou não) para cada pergunta sobre como se sentiu na última semana.

1. Está, em geral, satisfeito com a sua vida ?
2. Deixou muitas de suas atividades e interesses ?
3. Sente que sua vida está vazia ?
4. Fica freqüentemente aborrecido ?
5. Tem esperança em relação ao futuro ?
6. Está perturbado por pensamentos que não consegue tirar da cabeça ?
7. Está de bom humor a maior parte do tempo ?
8. Tem medo de que algo ruim lhe vá acontecer ?
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo ?
10. Sente-se muitas vezes desamparado ?
11. Sente-se, com freqüência, inquieto e nervoso ?
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas ?
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro ?
14. Acha que tem mais problemas com a memória que a maioria das pessoas ?
15. Pensa que é maravilhoso estar vivo agora ?
16. Sente-se, com freqüência, abatido e triste ?
17. Acha muito sem valor o caminho em que se encontra agora ?
18. Preocupa-se muito com o passado ?
19. Acha a vida excitante, animadora ?
20. É muito difícil para você iniciar novos projetos ?
21. Sente-se cheio de energia ?
22. Julga que a sua situação é de desesperança ?
23. Pensa que a maioria das pessoas está melhor do que você ?
24. Fica muitas vezes transtornado com pequenas coisas ?
25. Freqüentemente, sente-se como se estivesse chorando ?
26. Tem problemas com a sua concentração ?
27. Sente prazer em acordar pela manhã ?
28. Prefere evitar reuniões sociais ?
29. É fácil para você tomar decisões ?
30. Estão seus pensamentos tão claros quanto costumavam ser ?

* Adicione 1 ponto para cada resposta "depressiva" e 0 ponto para cada "não depressiva". As respostas "depressivas" são **não** para as perguntas 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, e **sim** para todas as outras. Deve-se somar o total de pontos. O escore normal para os idosos é de 0 a 10.

CLASSIFICAÇÃO

Avaliação Global Subjetiva (selecione uma classe abaixo):

___ A = bem nutrido

___ B = moderadamente desnutrido

___ C = severamente desnutrido

APÊNDICE

I. INSTRUÇÕES-SGA

Classe A : perda de peso menor do que 5% ou mais que 5% de perda total com recente ganho de peso e melhora no apetite.

Classe B : 5-10% de perda de peso sem recente estabilização ou ganho; diminuição da ingestão alimentar; discreta (1+) perda de tecido subcutâneo.

Classe C : perda de peso maior do que 10%, com perda severa de tecido subcutâneo e diminuição da massa muscular; a presença de edema pode ocorrer.

II. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL OBJETIVA

a) peso atual (kg) : _____

b) estatura (joelho) : _____

c) índice de massa corpórea (IMC) = kg / m^2

Nome do paciente : _____

Leito / andar : _____

Data : _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APPLEGATE, W. B.; BLASS, J. P.; WILLIAMS T. F. Instruments for the functional assessment of older patients. **N Engl J Med** **322** : 1207-1214, 1990.
- APPLEGATE, W. B. Use of assessment instruments in clinical settings. **J Am Geriatr Soc** **35** : 45-50, 1987.
- BAKER, J. P.; DETSKY, A. S.; WESSON, D. E.; ET AL. Nutritional assessment: a comparison of clinical judgment and objective measurements. **N Engl J Med** **306** : 969-972, 1982.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro : Ed. Nova Fronteira, 1990, p.15-32.
- BISTRIAN, B. R.; BLACKBURN, G. L.; VITALE, J.; ET AL. Prevalence of malnutrition in general medical patients. **JAMA** **235** : 1567-1570, 1976.
- BLASCO, P. G. **O médico de família, hoje**. 1. ed. São Paulo : Ed. Sobramfa, 1997, 201 p.
- BOECHAT, N. S. Asilamento, uma visão. In: **Caminhos do Envelhecer**. 1. ed. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - RJ; Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1994, p.199-205.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE CURITIBA, Ano IX - n.º 2. **Perfil de saúde do idoso em Curitiba**. Curitiba, 1997.
- BORGES, M. **Os sonhos não envelhecem: histórias do Clube da Esquina**. 1. ed. São Paulo : Geração Editorial, 1996, 358 p.

- BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p.394-402.
- BURKE, W. J.; HOUSTON, M. J.; BOUST, S. J., ET AL. Use of the geriatric depression scale in dementia of the Alzheimer type. **J Am Geriatr Soc** **37** : 856-860, 1989.
- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M.; PASINI, U. et al. Avaliação da imunidade celular e humoral em indivíduos idosos. **Rev Hosp Clin Fac S. Paulo** **42** : 213, 1987.
- CARVALHO, V. F. C.; FERNANDEZ, M. E. D. Depressão no idoso. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p.160-173.
- CATCHEN, H. Repeaters: inpatient accidents among the hospitalized elderly. **Gerontologist** **23** : 273, 1983.
- CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F.; STEINBAUGH, M. C. Estimating stature from knee - height for persons 6 to 90 years of age. **J Am Geriatr Soc** **33(2)** : 116, 1985.
- DETSKY, A. S.; McLAUGHLIN, J. R.; BAKER, J. P. et al. What is subjective global assessment of nutritional status? **J Parenter Enteral Nutr** **11** : 8-13, 1987.
- DETSKY, A. S.; SMALLEY, P. S.; CHANG, J. Is this patient malnourished? **JAMA** **271(1)** : 54-58, 1994.
- FIGUEIREDO, S. C. Abuso em pessoas idosas : algumas considerações. **Gerontologia** **5(3)** : 140-142, 1997.
- FINCH, E. J. L.; RAMSAY, R.; KATONA, C. L. E. Depression and physical illness in the elderly. **Clinics in Geriatric Medicine** **8(2)** : 275-287, 1992.

- FLEMING, K. C. et al. Practical functional assessment of elderly persons: A primary care approach. **Mayo Clin Proc** 70 : 890, 1995.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H.; trad. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3. ed. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1996, 281p.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH. "Mini-mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Res** 12 : 189-198, 1975.
- FRETWELL, M. D. Acute hospital care for frail older patients. In: **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. HAZZARD, W. R. ET AL; New York : Ed. McGraw Hill, 1994, p.241-248.
- GARCIA, M. F. Escalas de valoración funcional. Aplicaciones, características y criterios de selección. **Rehabilitación** 28 (6) : 373-376, 1994.
- GARRET, M. D. Life expectancy indicators for the elderly: a global analysis and critique. **BOLD** 1(2) : 6, 1991.
- GOMES, F. A. Histórico da geriatria e gerontologia. In: **Caminhos do Envelhecer**. 1. ed. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - RJ; Rio de Janeiro : Ed. Revinter, 1994, p.1-3.
- HAYFLICK, L. The cell biology of aging. **Clin Geriatric Med** 1 : 15, 1985.
- HIRSCH, S.; DE OBALDIA, N.; PETERMANN, M. et al. Subjective Global Assessment of nutritional status: further validation. **Nutrition** 7 : 35-37, 1991.
- IKEGAMI, N. Functional assessment and its place in health care. **N Engl J Med** 332 : 598, 1995.

- INCONTRI, D. A mídia e a imagem do idoso : uma questão ética. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p.458-462.
- JACOB FILHO, W.; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1. ed. CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1994, p.31-40.
- KAHN, R. L.; GODFARB, A. J.; POLLACK, M. et al. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. **Am J Psychiatry** **117**: 326, 1960.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev Saúde Públ.** **21** (3) : 200, 1987.
- KANOWSKI, S. Age-dependent epidemiology of depression. **Gerontology** **40** : 1, 1994.
- KOENIG, H. G.; MEADOR, K. G.; COHEN, H. J. et al. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. **Arch Intern Med** **148** : 1929-1936, 1988.
- KOENIG, H. G.; MEADOR, K. G.; COHEN, H. J. et al. Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. **J Am Geriatr Soc** **36** : 699-706, 1988.
- KRAMER, A. M.; SCHRIER, R. W. Demographic, social, and economic issues. In: **Geriatric Medicine**. 1. ed. SCHRIER, R. W.; Philadelphia : Ed. W. B. Saunders, 1990, p.1-11.
- KÜBLER-ROSS, E. **On death and dying**. 1. ed. New York : Ed. Collier Books, 1970, 289p.

- LACHS, M. S. et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. **Ann Intern Med** 112 (9) : 699-706, 1990.
- LACHS, M. S.; PILLEMER, K. Abuse and neglect in elderly persons. **N Engl J Med** 332 : 437, 1995.
- LEME, L. E. Problemas éticos em geriatria. In: **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1. ed. CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1994, p.423-426.
- LEME, L. E. Peculiaridades éticas em gerontologia. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996 , p.463-469.
- LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p.92-97.
- MACHADO NETO, A. L.; MACHADO NETO, Z. **Sociologia básica**. 5 ed. São Paulo : Ed. Saraiva, 1978. 196p.
- MACKENZIE, T. B.; ROBINER, W. N.; KNOPMAN, D. S. Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. **Am J Psychiatry** 146 : 1174-1178, 1989.
- MAGALHÃES, D. N. **A invenção social da velhice**. 1. ed. Rio de Janeiro : Ed. Papagaio, 1987, 128p.
- MARANHÃO, J. L. S. **O que é morte**. 1. ed. São Paulo : Ed. Brasiliense, 1985, 78p.
- MARTINS, I. L. Apresentação do livro Caminhos do Envelhecer. In: **Caminhos do Envelhecer**. 1. ed. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - RJ; Rio de Janeiro : Ed. Revinter, 1994.
- NAJAS, M. S.; SACHS, A. Avaliação Nutricional do Idoso. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p.242-247.

- OLIVEIRA, L. Rejeição e Resistência Familiar à Alta Hospitalar do Idoso. In: **Caminhos do Envelhecer**. 1. ed. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - RJ; Rio de Janeiro : Ed. Revinter, 1994, p.195-198.
- O'RIORDAN T. G.; HAYES, J. P.; O'NEILL, D. et al. The effect of mild to moderate dementia on the Geriatric Depression Scale and the General Health Questionnaire. **Age Ageing** 19 : 57-61, 1990
- PAPALÉO NETO, M.; RIBEIRO DA PONTE, J. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p. 3-12.
- PAPALÉO NETTO, M. Metodologia Científica em Gerontologia. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p.501-516.
- PASCHOAL, S. M. Epidemiologia do Envelhecimento. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p.26-43.
- PAULA, J. A. M.; TAVARES, M. C. G. C. F.; DIOGO, M. J. D. Avaliação Funcional em Gerontologia. **Gerontologia** 6 (2) : 81-88, 1998.
- PESSINI, L. O Idoso e a Dignidade no Processo de Morrer. In: **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1. ed. CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1994, p.427-435.
- PORTNOI, V. A. Diagnostic dilemma of the aged. **Arch Intern Med**. 141 : 734, 1981.
- PORTO, C. C. et al. Relação Médico/Paciente. In: **Semiologia Médica**. 2.ed. PORTO, C. C.; Rio de Janeiro : Ed. Guanabara Koogan, 1994, p. 20-36

- RESNICK, N. M. Geriatric Medicine. In: **Current Medical Diagnosis & Treatment**. 36. ed. TIERNEY Jr, L. M.; McPHEE, S. J.; PAPADAKIS, M. A.; Stanford : Ed. Appleton & Lange, 1997, p. 48-68.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo : Ed. Atlas, 1985.
- ROBBINS, L. J.; OBOLER, S. K. The Hospitalized Elderly Patient. In: **Geriatric Medicine**. 1. ed. SCHRIER, R. W.; Philadelphia : Ed. Saunders, 1990, p. 54-67.
- RUBENSTEIN, L. Z.; CAMPBELL, I. J.; KANE, R. L. Geriatric Assessment. **Clin Geriatric Med**. 3(1) : 1, 1987.
- RUBENSTEIN, L. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. **N Engl J Med**. 311: 26, 1984.
- SANT'ANNA, M. S. **Curso de Especialização "Lato Sensu"/Disciplina: Metodologia da Pesquisa**. Rio de Janeiro : Universidade Gama Filho, 1995, p. 16-21.
- SCHOUERI JR, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETTO, M. Crescimento Populacional: Aspectos Demográficos e Sociais. In: **Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1. ed. CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1994, p.9-29.
- SIU, A. L. Screening for dementia and investigating its causes. **Ann Intern Med** 115(2) : 122-132, 1991.
- SOBRAL, B. Práticas Sociais em Saúde do Idoso. In: **Caminhos do Envelhecer**. 1. ed. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - RJ; Rio de Janeiro : Ed. Revinter, 1994, p. 29-34.
- SPAHN, M. F.; HOCK, C. Clinical presentation of depression in the elderly. **Gerontology** 40(1) : 10, 1994.

STERN, N.; TUCK, M. L. Homeostatic fragility in the elderly. **Cardiol Clin** 4 : 201, 1986.

STEWART, T. J. Diagnosing and treating depression in the hospitalized elderly. **Geriatrics Medicine for Midlife and Beyond** 46 : 64, 1991.

TOWNSEND, P. **The Family of Old People**. London : Penguin Books, 1963.

VENTURA, M. M.; BOTTINO, C. M. C. Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos. In: **Gerontologia**. 1. ed. PAPALÉO NETTO, M.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1996, p. 174-189.

WAITZBERG, D. L.; FERRINI, M. T. Avaliação nutricional. In: **Nutrição enteral e parenteral na prática clínica**. 2. Ed. WAITZBERG, D. L.; São Paulo : Ed. Atheneu, 1995, p.127-152.

WILLIAMS, M. E. Clinical management of the elderly patient. In: **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 3 ed. HAZZARD, W. R. et al. New York : Ed. McGraw-Hill, 1994, p.195-201.

WINDSOR, J. A.; HILL, G. L. Weight loss with physiologic impairment: a basic indicator of surgical risk. **Ann Surg** 207 : 290-296, 1988.