

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)



POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

 **Atena**
Editora
Ano 2021

Hákilla Pricyla de Jesus Souza
(Organizadora)



POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

 **Atena**
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Políticas e práticas em saúde e enfermagem 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Hákillia Pricyla de Jesus Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P769 Políticas e práticas em saúde e enfermagem 3 /
Organizadora Hákillia Pricyla de Jesus Souza. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-781-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.816211612>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Souza, Hákillia Pricyla de
Jesus (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

É com imenso prazer que apresentamos a coleção “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, uma obra dividida em três volumes que têm como objetivo principal desvelar discussões científicas sobre as diversas interfaces de atuação do profissional enfermeiro. Os conteúdos dos volumes perpassam por trabalhos de pesquisas originais, relatos de experiências e revisões da literatura, que foram desenvolvidos em instituições nacionais e internacionais na área de saúde.

O advento da pandemia pela COVID 19 trouxe mais visibilidade e valorização à profissão de Enfermagem, responsável pelo cuidado com vistas às múltiplas dimensões do ser humano. Sabe-se que a Enfermagem deve ter a capacidade de planejar uma assistência baseada em evidências, fundamentada em políticas e práticas que evidenciem seu protagonismo frente às transformações exigidas pela Saúde Pública.

Nesta obra, o primeiro volume traz estudos relacionados ao desenvolvimento da prática de enfermagem em diferentes unidades hospitalares, destacando a importância do trabalho em equipe desde o período pré-natal até a saúde do idoso, além da assistência aos cuidados paliativos. No segundo volume, os artigos associam-se aos fatores psicossociais e políticos envolvidos na atuação do enfermeiro, além daqueles direcionados à liderança e à prática docente. No terceiro volume, são apresentados estudos que demonstram a atuação da enfermagem na Saúde Pública, nestes incluídos os cuidados às famílias e as comunidades.

Ao decorrer de toda a obra “Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem”, é notório observar que os trabalhos envolvem a atuação da Enfermagem de forma holística, com práticas integrativas e complementares para alcançar o bem-estar do paciente, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, além de ações de educação em saúde, com enfoque na humanização do cuidado. Desta forma, firma-se o compromisso da Enfermagem como ciência, e ressalta-se a relevância da divulgação desses estudos, para que os mesmos possam servir de base para a prática dos profissionais, na prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde. Nesse sentido, a Atena Editora oferece a estrutura de uma plataforma solidificada e segura para que os pesquisadores possam expor e divulgar seus resultados.

Hákilla Pricyla de Jesus Souza

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A RELAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COM IDOSOS


Anny Carolini Dantas da Fonseca
Raquel Dantas de Araújo
Jessica Gabrielly Feliciano da Costa
Joanna Karla Freitas Aquino
Francisco Gabriel Pereira
Gláucya Raquel Souza da Fonseca Dutra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116121>

CAPÍTULO 2..... 10

ATENDIMENTO AO HIV NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS


Clarissa Mourão Pinho
Morgana Cristina Leôncio de Lima
Beatriz Raquel Lira da Fonsêca
Ellen Lucena da Silva
Juliany Fernanda Alves de Souza Silva
Bianca Leal Bezerra
Joana D'Arc de Oliveira Reis
Mônica Alice Santos da Silva
Cynthia Angélica Ramos de Oliveira Dourado
Maria Sandra Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116122>

CAPÍTULO 3..... 19

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E DE HUMANIZAÇÃO NORTEADORAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Tércia Moreira Ribeiro da Silva
Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá
Maíra Helena Micheletti Gomide
Fernanda Penido Matozinhos
Mhayara Cardoso dos Santos
Luana Andrade Simões
Isabella de Alcântara Gomes Silva
Elton Junio Sady Prates
Delma Aurélia da Silva Simão


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116123>

CAPÍTULO 4..... 28

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E COLO UTERINO

Karoline de Souza Oliveira
Samara Atanielly Rocha
Kelvyn Mateus Dantas Prates


Ana Clara Rodrigues Barbosa
Natiele Costa Oliveira
Bianca Lima Durães
Nayara Cardoso Ruas
Simone Ferreira Lima Prates
Priscila Antunes Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116124>

CAPÍTULO 5..... 36

AUTOMANEJO DE LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD


David Zepeta Hernández
Higinio Fernández-Sánchez
Nazaria Martínez Díaz
María del Carmen Santes Bastián
Angélica Cruz Mejía
Erika Mayte Del Ángel Salazar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116125>

CAPÍTULO 6..... 44

AVALIAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Beatriz Rodrigues de Souza Melo
Maria Angélica Andreotti Diniz
Francine Golghetto Casemiro
Ariene Angelini dos Santos-Orlandi
Gustavo Carrijo Barbosa
Fabiana de Souza Orlandi
Aline Russomano de Gouvêa
Aline Cristina Martins Grato

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116126>

CAPÍTULO 7..... 59

CASO CLÍNICO: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR


Alma Rosa Barrios-Melchor
Alhelí García-Gregorio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116127>

CAPÍTULO 8..... 74

COMPARTILHANDO SABERES E PRÁTICAS SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS COM METODOLOGIA DE PARTICIPAÇÃO ATIVA


Elida Borges Lopes
Alcina Frederica Nicol
Layanne Fonseca Pinto
Giúlia Kamille de Medeiros Padilha
Walesca Carvalho Amaral Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116128>

CAPÍTULO 9..... 81

ESTILO DE VIDA DO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA ADESÃO AO TRATAMENTO


Elizabeth Colorado Carmona
Jazmín Ortiz Lugo
Gloria Enriqueta Reyes Hernández
Ángela Isabel Espinoza Mesa
Gloria del Rocío Ibargüen Ramón

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8162116129>

CAPÍTULO 10..... 89

ETNOGRAFIA DOS SABERES DA FAMÍLIA SOBRE DOENÇA RENAL CRÔNICA, HEMODIÁLISE E CUIDADOS DOMICILIARES


Wagner Jaernevay Silveira
Edna Aparecida Barbosa de Castro
Denise Rocha Raimundo Leone

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161210>

CAPÍTULO 11 103

EXPOSIÇÃO AO CÂNCER DE PÊNIS: A VISÃO DE PORTADORES DE VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO


Maria Lúcia Neto de Menezes
Maria das Neves Figueiroa
Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Evelliny da Silva Metódio
Renato Daniel Melo da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161211>

CAPÍTULO 12..... 116

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO DO IDOSO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

Graziely Lopes Pantoja
Ivonei Guimarães Menezes
Rarison Bastos Gomes
Sandra Cristina Silva de Souza Cordovil
Wendel da Silva Figueiró
Leslie Bezerra Monteiro
Silvana Nunes Figueiredo
Andreia Silvana Silva Costa
Loren Rebeca Anselmo do Nascimento
Hanna Lorena Moraes Gomes


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161212>

CAPÍTULO 13..... 132

O ACOLHIMENTO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ladyanne Moura da Silva
Creude Maria Moura da Silva

Samuel Pontes
Rodrigo Marques da Silva
Leila Batista Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161213>

CAPÍTULO 14..... 142

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS: HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO E VÍNCULO EM UMA UBS/ESF

Lourdes Bernadete Santos Pito Alexandre
Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas
Maria Inês Nunes
Norma Fumie Matsumoto
Cássia Regina de Paula Paz
Helena Caetano Fontes
Carolina Rodrigues da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161214>

CAPÍTULO 15..... 156

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE COMORBIDADES EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO MEIO OESTE CATARINENSE


Maria Luiza Schons Basei
William Cesar Gavasso

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161215>

CAPÍTULO 16..... 164

PESSOAS COM COMORBIDADES E A IMUNIZAÇÃO CONTRA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dinayara Teles Conrado Cajazeiras
Lívia Maria dos Santos
Rosângela Rodrigues Moura
Janayle Kéllen Duarte de Sales
Jessyca Moreira Maciel
Lívia Monteiro Rodrigues
Sheron Maria Silva Santos
Edilma Gomes Rocha Cavalcante


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161216>

CAPÍTULO 17..... 173

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Luiza Jorgetti de Barros
Diandra Ushli de Lima
Caroline Terrazas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161217>

CAPÍTULO 18.....	176
PROMOVENDO SAÚDE AOS ALUNOS ESPECIAIS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Vanessa Maria Silvério Mendes	
João Paulo Soares Fonseca	
Janaína Marques da Rocha Freitas	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81621161218	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	195
ÍNDICE REMISSIVO.....	196

CAPÍTULO 6

AVALIAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/12/2021

Data de submissão: 10/09/2021

Beatriz Rodrigues de Souza Melo

Enfermeira. Pós-Graduada do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Doutorado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos São Carlos, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0033841575062011>

Maria Angélica Andreotti Diniz

Bacharel em Gerontologia. Doutoranda pelo Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (SP) da Universidade de São Paulo (USP) Ribeirão Preto, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8507049568896292>

Francine Golghetto Casemiro

Bacharel em Gerontologia. Doutoranda pelo Programa Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (SP) da Universidade de São Paulo (USP) Ribeirão Preto, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9252888119725595>

Ariene Angelini dos Santos-Orlandi

Enfermeira, cargo de Professor Adjunto II pelo Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos São Carlos, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1334146454214813>

Gustavo Carrijo Barbosa

Bacharel em Fisioterapia. Pós-Graduando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Doutorado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos São Carlos, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3469213150358215>

Fabiana de Souza Orlandi

Enfermeira, Professora Adjunto II pelo Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos São Carlos, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7395879552721664>

Aline Russomano de Gouvêa

Enfermeira. Pós-Graduada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) Três Lagoas, MS, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3983698431772013>

Aline Cristina Martins Gratão

Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Gerontologia e Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. UFSCar São Carlos, SP, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7873339343111119>

RESUMO: Objetivo: Avaliar a capacidade funcional, cognitiva e humor em três diferentes modelos de atenção ao idoso. **Método:** Estudo seccional, comparativo, realizado em 2014 com 140 idosos (37 institucionalizados, 53

hospitalizados e 50 ambulatoriais). Aplicou-se o MEEM, Teste do Desenho do Relógio (TDR), Escala de Atividades de Vida Diária - AVDs (Katz, Lawton) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Resultados:** Dos institucionalizados, a maioria estava totalmente dependente para AVDs e 100% apresentaram declínio cognitivo. No hospital e ambulatório, maioria independente para AVDs, sendo 62,3% e 48% com declínio cognitivo, respectivamente. A minoria apresentou sintomas depressivos. Os resultados indicaram que a idade foi preditor de declínio cognitivo e as chances de prevalência em idosos hospitalizados e ambulatoriais aumentam 8,7 % para cada ano de vida. **Conclusão:** Destaca-se a importância de se dedicar atenção ao desempenho cognitivo e funcional dos idosos objetivando a prevenção do declínio destes, tão frequentes nos serviços públicos de saúde no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Atividades Cotidianas; Cognição.

COGNITIVE AND FUNCTIONAL ASSESSMENT ABOUT ELDERLY PEOPLE USERS OF HEALTH PUBLIC SERVICE

ABSTRACT: Objective: To evaluate the functional capacity, cognition and mood in three different care models for older adults. **Method:** A cross-sectional study conducted in 2014 with 140 older adults (37 institutionalized, 53 hospitalized and 50 outpatients). The MMSE, Clock Drawing Test (CDT), Activities of Daily Living Scale - ADLs (Katz, Lawton) and the Geriatric Depression Scale (GDS) were applied. **Results:** Of those institutionalized, the majority were totally dependent for ADLs and 100% presented cognitive decline. Of those hospitalized and the outpatients, the majority were independent for ADLs, with 62.3% and 48.0% presenting cognitive decline, respectively. The minority presented depressive symptoms. The results indicated that age was a predictor of cognitive decline and the likelihood of prevalence in hospitalized and outpatient older adults increased by 8.7% for each year of life. **Conclusion:** It is important to pay attention to the cognitive and functional performance of older adults with the aim of preventing their decline, which is so frequent in the public health services in Brazil. **KEYWORDS:** Older adult; Daily Activities; Cognition.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, há décadas, tem se tornado uma realidade próxima tanto de países desenvolvidos como nos em desenvolvimento (THUN *et al.*, 2010).

No Brasil, a redução da taxa de fecundidade tem resultado na diminuição do crescimento da população, e o declínio das taxas de mortalidade infantil e a avanço da expectativa de vida têm favorecido o aumento do contingente populacional de idosos (MENDES *et al.*, 2012).

A pirâmide etária brasileira por muitos anos evidenciou a ascendência de crianças e jovens, apresentando-se com base larga e topo estreito. Atualmente, demonstra características de equilíbrio entre os grupos etários, com a tendência para o alargamento do topo. Paralelo a esta tendência de inversão da pirâmide etária no país, tem-se a mudança do panorama epidemiológico, onde no processo de envelhecimento há necessidade de somar a alta prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis, perdas cognitivas,

declínio sensorial, acidentes e isolamento social; fatores estes que causam perdas da capacidade funcional nos idosos, tornando-os dependentes de outros para a prestação dos cuidados diários (MENDES, 2012).

Dependência funcional pode ser definida como a incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma;⁴ sendo que as pessoas acometidas por processos incapacitantes são limitadas a desempenharem atividades relacionadas às funções sociais, como as Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), descritas por ações envolvendo a organização da rotina diária (TOMOMITSU *et al.*, 2014).

Como o previsto em lei, as ações de saúde voltadas para o idoso objetivam ao máximo a manutenção da autonomia e independência, porém existem fatores que determinam complicações para o alcance dessas metas, e dentre eles estão em ênfase os problemas de saúde relacionados ao declínio cognitivo no idoso.

O declínio cognitivo consiste em lentidão leve das habilidades mentais, generalizada e perda de precisão, progredindo conforme o avançar da idade, e pode ocorrer associado a várias razões, entre elas, decorrente da demência, de uso de medicação (principalmente benzodiazepínicos, neurolépticos e antidepressivos), alteração de afeto, em particular a depressão, entre outros (GRATÃO *et al.*, 2013).

A avaliação cognitiva e da capacidade funcional é fundamental, a fim de identificar o destino certo ao idoso, como ser encaminhado para centros especializados onde haja profissionais qualificados em avaliação e reabilitação geriátrica. Várias situações devem ser levadas em consideração quando se avalia esses parâmetros, como o idoso estar hospitalizado, ou vivendo em Instituições de Longa Permanência, ou mesmo em regime ambulatorial, com consequências vivenciadas individualmente.

O suporte à população de idosos ainda representa um desafio para o Sistema de Saúde brasileiro, justificando, também, a necessidade de estudos sobre essa temática, principalmente no que se refere ao conhecimento das necessidades de saúde dessa população. Este contexto tem propiciado um aumento de especialistas em diferentes áreas de atuação profissional, interessados em desenvolver ações relacionadas ao público idoso e, na área da saúde, com foco na preservação da capacidade funcional e cognitiva.

Dessa forma, estudos que abordem esse tema tornam-se essenciais para o subsídio de políticas de saúde voltadas para o idoso. Embora a literatura atual sinalize as múltiplas características dos idosos nos âmbitos institucional, hospitalar, ambulatorial, de forma separada, há ainda necessidade de explorar mais conhecimentos, considerando que tais características podem apresentar contornos diversos segundo as especificidades de cada contexto. Assim, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar de forma global as condições de saúde dos idosos com ênfase na capacidade funcional e cognitiva em três diferentes serviços de saúde no município de São Carlos/SP, favorecendo, assim, a

implementação e o aprimoramento do planejamento de ações integrais em saúde para essas pessoas.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, seccional, comparativo e com abordagem quantitativa, para verificação do perfil sociodemográfico e de saúde, de capacidade funcional e cognitiva dos idosos atendidos em três modalidades de serviços de atenção ao idoso no município de São Carlos-SP.

A população-alvo foi constituída pelos idosos com idade de 60 anos ou mais, usuários de três diferentes modalidades de atendimento de saúde pública no município de São Carlos. Os mesmos foram avaliados simultaneamente em três grupos. No primeiro, os idosos foram identificados no atendimento médico na Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, considerada um ambulatório de média complexidade que atende usuários referenciados pela rede pública de saúde de São Carlos e região. O segundo grupo foi composto por idosos atendidos no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, que está integrado à Rede (Unidades de Atenção Básica e Secundária). O terceiro grupo foi representado por idosos da Instituição de Longa Permanência (ILPI) Cantinho Fraternal Dona Maria Jacinta, de caráter filantrópico, situado no meio urbano da cidade de São Carlos, fundado em 1922. Atualmente, a ILPI abriga cerca de 37 idosos.

A amostra total foi constituída por 140 idosos e a análise do poder da amostra, empregando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão de 2002, para um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e um tamanho amostral de $n = 140$ revelou um poder estatístico apriorístico de $1 - \beta = 99,8\%$.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, sob o Parecer nº 416.459/2013. Quanto ao procedimento de coleta de dados, após o consentimento dos sujeitos, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), realizou-se entrevistas individuais com os idosos aplicando-se: Instrumento de caracterização dos idosos: gênero, faixa etária, grau de instrução, estado civil, naturalidade, procedência, com quem mora, doenças alto relatadas e hábitos de vida.

O desempenho cognitivo avaliado por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzida e validada para o Brasil por Bertolucci (1994) tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis declínios cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver a síndrome demencial. O escore pode variar de zero até um total de 30 pontos. A nota de corte foi calculada com os valores da mediana apresentados por faixa etária e subtraído um desvio padrão (GRATÃO *et al.*, 2013). Foi adotado os pontos de corte: 18 pontos para analfabetos; 21 pontos para 1 a 3 anos de escolaridade; 24 pontos para 4 a 7 anos de

escolaridade e 26 pontos para 8 ou mais anos de escolaridade.

O Teste do Desenho do Relógio (TDR) é um instrumento de avaliação cognitiva de fácil e rápida aplicação, especialmente em idosos. Utilizou-se a pontuação validada no Brasil (BRUCKI *et al.*, 2003).que consiste numa escala de pontuação de 0 (relógio totalmente incorreto ou inexistente) a 10 pontos (relógio totalmente correto).

A sintomatologia depressiva foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG), versão 15 itens validada no Brasil por Almeida e Almeida.⁸ Composto por 15 questões e com ponto de corte de 5 pontos para indicar normalidade, de 6 a 10 pontos sintomas depressivos leves e 11 a 15 pontos sintomas depressivos severos.

A incapacidade funcional, operacionalizada nesse estudo como variável dependente, foi avaliada pelas limitações nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), definidas pelo índice de Katz, que investiga atividades de autocuidado, como, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama, comer e controle das funções de urinar e/ou evacuar, a escala foi adaptada para uso no Brasil por Lino (OMS, 2015). Os escores, de 0 a 6 indicam que, quanto maior o escore, mais dependente é o idoso, porém optou-se pela versão Shelkey e Wallace (BERTOLUCCI *et al.*, 1994), é dado um ponto para cada atividade que o avaliado faz sem ajuda, e a pontuação varia de 0 a 6, considerando que 6 independente; 5 a 3 parcialmente dependente e 2 a 0 totalmente dependente, representando mais independência nas ABVDs a maior pontuação.

As limitações nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) foram avaliadas pela versão brasileira da escala de Lawton e Brody, adaptada para realidade brasileira por Santos e Virtuoso Junior em 2008, sendo consideradas as atividades como usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, preparar a própria refeição, limpar e arrumar a casa, tomar medicamentos e lidar com finanças (ATALAIA-SILVA *et al.*, 2008).A pontuação varia de 7 a 21 sendo, 7 dependência total, 8 a 20 dependência parcial e 21 pontos independência.

A análise dos dados foi realizada no aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0, com auxílio de um profissional estatístico, de forma descritiva e univariada, tanto para variáveis categóricas (tabelas de frequência) quanto para variáveis quantitativas (medidas de tendência central e variabilidade). Realizou-se o cálculo de correlação de Pearson entre variáveis quantitativas. As correlações foram consideradas como sendo fracas ($r < 0,3$), moderadas ($0,3 \leq r < 0,7$) ou fortes ($r \geq 0,7$). Os pontos médios das medidas de capacidade funcional (a Escala de Independência em Atividades de Vida Diária e a Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária) foram analisadas estatisticamente pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de comparações múltiplas de Mann-Whitney com ajuste de Bonferroni. Com a finalidade de ajustar as razões de prevalência de declínio cognitivo para as instituições, segundo as variáveis sexo, idade, presença de sintomas depressivos e número de morbidades, foi construído um modelo de regressão logística múltipla com o método de entrada simultânea de preditores, ou modelo

saturado. O nível de significância utilizado foi $\alpha = 0,05$.

3 I RESULTADOS

Foram entrevistados 140 idosos, sendo 37 avaliados na ILPI, 53 no HU e 50 na USE. As características sociodemográficas e de saúde dos idosos foram apresentadas considerando as três modalidades de atendimento e as principais diferenças relacionadas aos itens: ter ou não ter declínio cognitivo, capacidade funcional e a presença ou não de sintomas depressivos.

Na Tabela 1 estão apresentadas as principais diferenças relacionadas ao sexo, estado civil, perfil de saúde, humor e cognição. Os dados mais evidentes indicam que na ILPI e no HU a população foi representada principalmente por homens, sendo 54,1% e 50,1%, respectivamente. Comparativamente, a USE, a maioria foi representada por mulheres (68%). Quanto ao estado civil, a ILPI foi representada por solteiros, em sua maioria (67,6%). Já no HU e na USE, predominaram os casados (56,6% e 42%), respectivamente. Destaca-se uma pequena proporção de idosos fumantes (4%) e uma grande proporção de idosos que praticavam atividade física (59,2%) na USE, mostrando um perfil de idosos com características mais saudáveis, se comparados aos do HU e da ILPI. Em relação ao desempenho cognitivo, destacam-se os idosos da ILPI com 100% de declínio cognitivo.

Perfil dos Idosos	ILPI		HU		USE	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
Sexo						
Feminino	17	45,9	26	49,9	34	68,0
Masculino	20	54,1	27	50,1	16	32,0
Estado civil						
Solteiro	25	67,6	4	7,5	4	8,0
Casado	2	5,4	30	56,6	21	42,0
Viúvo	9	24,3	14	26,4	21	42,0
Separado	1	2,7	5	9,4	4	8,0
Doenças						
HAS	12	32,4	22	41,5	25	51,0
DM	07	18,9	14	26,4	12	24,5
Fuma						
Sim	06	16,7	12	22,6	02	4,1
Não	24	66,7	32	60,4	28	57,1
Atividade Física						
Sim	05	13,5	20	37,7	29	59,2
Não	32	86,5	33	62,3	20	40,8

Sintomas Depressivos

Sim	11	29,7	22	41,5	18	36,0
Não	26	70,3	31	58,5	32	64,0

MEEM – Declínio

Sim	37	100	33	62,3	24	48,0
Não	0	0	20	37,7	26	52,0
Total	37	100	53	100	50	100

*Cálculo sobre n idosos = 140.

Tabela 1. Distribuição das principais diferenças dos idosos nas três modalidades de atendimento relacionadas ao sexo, estado civil, perfil de saúde, humor e cognição. São Carlos, 2014.

Na Tabela 2 estão representadas as médias, o desvio padrão, o mínimo e o máximo da idade, escolaridade, TDR, valores brutos do MEEM, Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (ABVD's), a Escala das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e EDG dos idosos nas diferentes modalidades de atendimento. Observa-se que na USE havia idosos mais longevos (75,1 anos), com melhor escolaridade (5,3 anos), menor comprometimento cognitivo (5,3 pontos-MEEM; 5,1 pontos-TDR), menor comprometimento da capacidade funcional (16,1-AIVDs; 4,5-ABVDs), comparados aos idosos da ILPI e do HU.

Médias (dp) / Perfil do Idoso	ILPI			HU			USE		
	M (dp)	Mín	Máx	M (dp)	Min	Máx	M (dp)	Min	Máx
Idade	74,4(9,8)	60	95	70,8(8,1)	60	86	75,1(9,2)	61	96
Escolaridade	1,2(1,7)	0	4	4,3(3,3)	0	14	5,3(5,1)	0	20
Teste Relógio	1,6(1,7)	1	9	4,9	0	10	5,1	1	10
Decl.Cognitivo	6,6(7,7)	0	22	17,3(9,8)	0	30	19(10,6)	0	30
AIVDs	10(4,1)	7	19	16,1(5,8)	7	21	16,1(6)	7	21
ABVDs	2,4(2,2)	0	6	4,4(2,4)	0	6	4,5(2,3)	0	6
EDG	4,5(3,5)	0	11	4,8(3,8)	0	15	4,1(3,1)	0	11

*Cálculo sobre n idosos = 140.

Tabela 2. Estatística descritiva referente à idade, escolaridade, TDR, MEEM, AIVDs, ABVDs, EDG, dos idosos nas diferentes modalidades de atendimento. São Carlos, 2014.

Na Tabela 3 estão representados os três perfis de atendimento e as principais diferenças relacionadas ao item “ter ou não ter declínio cognitivo”. Pode-se perceber que há uma associação entre o local de permanência do idoso e a proporção ou prevalência de declínio cognitivo, sendo 100 % na ILPI, 62,3 % no HU e 48,0 % na USE ($\chi^2 = 26,29$, $p < 0,001$).

Presença de declínio cognitivo	SIM		NÃO		Total	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
ILPI	37	100	0	0	37	26,4
HU	33	62,3	20	37,7	53	37,9
USE	24	48	26	52	50	35,7
TOTAL	94	67,1	46	32,9	140	100

*Pearson $\chi^2 = 26,983$, $p < 0,001$

Tabela 3. Distribuição dos Idosos em relação à presença de declínio cognitivo, segundo as três modalidades de atendimento (ILPI, HU e USE). São Carlos/SP, 2014.

Na Tabela 4 observa-se a análise de regressão logística múltipla, tendo como desfecho a presença de declínio cognitivo e como preditor preferencial a instituição, ajustando-se para sexo, idade, presença de sintomas depressivos e número de morbidades, sendo que apenas a idade foi o preditor de declínio cognitivo. Ajustando-se para as demais variáveis, as chances de prevalência de declínio cognitivo aumentam 8,7 % para cada ano de vida a mais. As chances de prevalência para ILPI não puderam ser calculadas já que todos os idosos apresentaram declínio cognitivo. Esta variável também não foi estatisticamente significativa, indicando que não há diferenças deste desfecho entre as instituições estudadas, quando ajustado para sexo, idade, depressão e número de morbidades.

Variáveis	p-valor	OR (IC 95%)
Instituição	0,161	-
Sexo	0,579	0,777
Idade	0,002	1,087
Sintomas depressivos	0,325	1,602
Morbidades	0,169	0,732

Tabela 4. Análise de regressão logística, tendo como desfecho a presença de declínio cognitivo. São Carlos, 2014.

Na Tabela 5 estão representadas as diferenças em ter capacidade funcional nas três modalidades de atendimento ao idoso. O teste global ou *omnibus* indicou haver uma diferença estatisticamente significativa entre os postos médios das 2 escalas entre as três instituições ($p < 0,001$). Para determinar entre quais instituições as diferenças foram estatisticamente significativas, uma análise de comparações múltiplas, empregando-se Mann-Whitney aos pares, foi realizada. No entanto, foi considerado um $\alpha_{CP} = \alpha/3 = 0,017$ para ajustar as comparações múltiplas por Bonferroni, revelando diferenças estatisticamente significativas de capacidade funcional, tanto para ABVDs, quanto AIVDs, entre ILPI e HU ($p < 0,001$) e ILPI e USE ($p < 0,001$). De fato, para o desempenho das ABVDs e AIVDs, os idosos da ILPI foram mais dependentes, já as diferenças entre HU e USE não

foram estatisticamente significativas.

Presença de <i>incapacidade funcional</i>	ABVDs		p-valor*	AIVDs		p-valor*
	Média	Mediana		Média	Mediana	
ILPI	2,35	2,00	< 0,001	9,97	7,00	< 0,001
HU	4,42	6,00		16,15	19,00	
USE	4,54	6,00		16,10	20,00	

*Cálculo sobre n idosos = 140; †Kruskal-Wallis.

Tabela 5. Distribuição das médias, medianas e p-valor nas três modalidades de atendimento, relacionado ao desempenho nas ABVDs e nas AIVDs de Idosos. São Carlos/SP, 2014.

4 | DISCUSSÃO

O envelhecimento é um fenômeno diferencial para homens e mulheres, uma vez que as mulheres apresentam maior longevidade, quando comparadas aos homens. Neste estudo, contraditoriamente, a maioria dos idosos institucionalizados era do sexo masculino (54,1%), o que representa uma divergência com a maioria das pesquisas nacionais, já que há singularidade referente ao sexo feminino (ALMEIDA *et al.*, 1999; SANTOS *et al.*, 2008). No entanto, algumas pesquisas corroboram com os achados desse estudo, indicando a prevalência do sexo masculino em idosos institucionalizados.¹⁶⁻¹⁸ Esses diferentes achados, descritos na literatura, podem ser reflexo da mudança na dinâmica familiar e da sociedade nos últimos anos e/ou pode estar evidenciando uma diferenciação no perfil dos idosos institucionalizados nas várias regiões do País.

Os idosos usuários do HU, também, eram em sua maioria do sexo masculino (50,1%), dados semelhantes foram encontrados por Sthal, Berti e Palhares (2010) em um estudo com idosos internados no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu/SP, com prevalência de 59% de idosos do sexo masculino.

No ambulatório, 68% dos respondentes eram do sexo feminino. Estudos mostram que no Brasil e no exterior, é possível destacar a prevalência de mulheres na população idosa (LINI *et al.*, 2014; SHELKEY *et al.*, 2012).

Os fatores como a maior expectativa de vida feminina, a participação mais efetiva com relação à economia e o maior número de idosas chefes de família são fundamentais quando relacionados à feminilização da velhice. Destaca-se ainda que a participação maior da mulher em programas educacionais, preventivos e centros de convivências sociais é fundamental, principalmente para o conhecimento próprio em relação a sua saúde (ALENCAR *et al.*, 2012).

Em relação à idade, a maior média encontrada foi no contexto ambulatorial (75,1 anos) seguido pelo institucional (74,4 anos), sendo semelhante a outros estudos nacionais

(PAULA *et al.*, 2013; PEREIRA *et al.*, 2014). Idosos mais longevos, associados com maior escolaridade, apresentam maior conhecimento sobre a necessidade de acesso aos serviços de saúde e procuram com maior frequência o acompanhamento regular para a prevenção de doenças e complicações, ao invés de um serviço emergencial (GRATÃO *et al.*, 2014).

No que diz respeito ao estado civil dos idosos da ILPI, houve predominância de solteiros (67,6%), já no hospital e no ambulatório, a maioria foi representada por casados. A alta porcentagem de indivíduos solteiros pode indicar a marginalização que existe para com o idoso sem família, além do próprio idoso preferir, muitas vezes, o isolamento da sociedade, pois acredita ser um incômodo para a família, e algumas vezes por esta considerar o idoso como um incômodo (NUNES *et al.*, 2016).

Em relação à escolaridade dos idosos da ILPI, a taxa foi de 62,2% de analfabetos. Esses dados estão em consonância com o IBGE (TRINDADE *et al.*, 2013), que alega ser o nível de escolaridade no Brasil ainda abaixo do desejado, principalmente na região Nordeste, onde a maioria da população foi classificada como não alfabetizada.

Os indivíduos menos escolarizados tem um menor desempenho nos testes de rastreio, como o MEEM e o TDR, em virtude da forte relação entre escolaridade e a cognição. A mesma tem sido apontada como um fator de risco direto para a taxa de declínio cognitivo mensurado pelo MEEM (GRATÃO *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2012).

Dos idosos atendidos no hospital, apenas 4% tinham de 1 a 4 anos de estudo, seguido de 15,1% com 5 a 8 anos de escolaridade, cabendo salientar que o número de analfabetos foi de 13,2%. Esses dados vão ao encontro dos achados de outros estudos nacionais com idosos hospitalizados (OMS, 2015; SANTOS *et al.*, 2008). Idosos sem escolaridade, com autopercepção negativa de saúde utilizam mais os serviços de saúde, quando comparados com os idosos que frequentaram a escola (OMS, 2015).

A maioria dos idosos do ambulatório, apresentaram de 1 a 4 anos de estudos (56%), e 20% possuíam 9 anos ou mais de escolaridade, sendo semelhante ao estudo de Paula *et al.* (2013) Idosos, com maior escolaridade, apresentaram melhor auto-avaliação de saúde, uma vez que o conhecimento adquirido na escola sobre a necessidade de cuidados, prevenções, acesso aos serviços, entre outros, é relevante para a compreensão pessoal desses idosos acerca das condições de saúde, idealizando dessa forma a importância da realização dos mesmos (GRATÃO *et al.*, 2014).

Quanto às características de saúde dos idosos, as doenças crônicas mais prevalentes nos idosos das três instituições foram a hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Um estudo realizado em uma ILPI do Estado de Santa Catarina, corroborou com os achados desta pesquisa, pois revelou que a hipertensão arterial (71,3%) e o diabetes *mellitus* (59,52%), foram as comorbidades mais frequentes (ZIMMERMANN *et al.*, 2015). Ao comparar com outra investigação, cujos objetivos foram identificar os níveis de capacidade funcional de idosos em uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto – SP, avaliar o nível de dependência para realização das ABVDs, identificar o perfil sócio demográfico e a presença

de doenças crônicas na clientela investigada, as doenças crônicas diagnosticadas foram semelhantes, diferenciando-se apenas as osteoartrite, demência vascular, insuficiência cardíaca congestiva e depressão (NUNES *et al.*, 2016).

A capacidade funcional da maioria dos idosos institucionalizados, demonstrou-se dependente tanto para as ABVDs (62,2%), quanto para as AIVDs (51,4%). Foi encontrada uma relação direta entre o pior desempenho nas AVDs e maior comprometimento cognitivo, de acordo com a aplicação do MEEM e do TDR. No estudo de Pelegrin *et al.* (2008), 84,7% dos idosos eram independentes para as ABVDs. Em outra pesquisa realizada em Presidente Prudente-SP, cujo objetivo foi caracterizar os idosos institucionalizados residentes em três instituições de longa permanência para idosos, quanto à capacidade funcional e o estado mental, e verificar se existe correlação entre ambas, evidenciou-se que 75,65% dos idosos eram funcionalmente independentes (STHAL *et al.*, 2010).

Em relação ao desempenho nas AVDs, revela-se que a maioria dos idosos tanto do ambulatório, quanto do hospital, era independente para ABVDs e AIVDs. Um estudo transversal realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, analisou o perfil dos idosos quanto ao humor, perda da capacidade funcional e cognitiva, de acordo com o desempenho no MEEM, ABVD e AIVD e verificou que a maioria dos participantes relataram ser independentes para as ABVDs (63%), por outro lado a maior parte necessitou de ajuda para realizar as AIVD (68,33%) (SHELKEY *et al.*, 2012).

Em geral se evidencia uma hierarquia de perda da capacidade funcional nos idosos, quando se pensa em modelos de atenção ao idoso, sendo que no modelo ambulatorial os idosos são mais independentes comparativamente ao modelo hospitalar e asilar. Observa-se, o aumento gradual da gravidade da dependência funcional quando se procura serviços hospitalares de atendimento e culmina com grave dependência daqueles que procuram ou mesmo residem em instituições de longa permanência. A constatação da alta dependência dos idosos institucionalizados constatada no presente estudo pode evidenciar o fator de risco para a institucionalização, que se acentua com a mudança da dinâmica familiar e da sociedade nos últimos anos (LINO *et al.*, 2008). Paralelamente a isso, ainda existe a incapacidade da família de encontrar alguém que se responsabilize pelo cuidado do idoso. Neste contexto, aumenta a procura por ILPIs que ofereçam cuidados necessários à pessoa idosa, suprimindo a falta de suporte familiar e social.

A avaliação do estado mental nesta pesquisa, utilizando-se o MEEM, mostrou que 100% dos idosos da ILPIs apresentaram alterações cognitivas, com média baixa no MEEM para analfabetos (4,43 pontos) para analfabetos, e um escore médio superior para os que frequentaram a escola até 4 anos (10,2 pontos). Na investigação de Alencar *et al.* (2012) em Belo Horizonte-MG, com 47 idosos institucionalizados, revelaram que o declínio cognitivo dos idosos de ILPIs é prevalente, sendo que 93,3% apresentaram comprometimento cognitivo.

No estudo de Gratão *et al.* (2014) realizado em Ribeirão Preto-SP com 574 idosos

residentes na comunidade urbana, revelou-se que a escolaridade foi um fator forte, negativo e independentemente associado à necessidade do cuidador, enquanto que o maior nível educacional foi associado a um melhor *status* funcional e menor risco para incapacidade cognitiva entre idosos.

Na avaliação do desempenho cognitivo no hospital, 62,3% dos idosos apresentaram declínio cognitivo, com média de 17,3 pontos. Um estudo de base populacional realizado por Ferreira et al. (2014) na América Latina com idosos de 65 anos ou mais de idade, encontrou associação positiva entre comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional em todos os países.

Dos idosos usuários do ambulatório, 48% dos indivíduos avaliados apresentaram declínio cognitivo, obtendo um escore de 19 pontos no MEEM. Outras pesquisas nacionais, encontrou que o déficit cognitivo esteve presente em 29% dos idosos avaliados (SHELKEY et al., 2012; PEREIRA et al., 2014).

Os resultados deste estudo demonstraram que as diferentes modalidades de serviços de saúde e a idade apresentaram uma forte influência no desempenho cognitivo do idoso. As doenças crônicas incapacitantes, como a demência, constituem-se em grande fator de risco para institucionalização, por isso é comum haver muitos idosos com declínio cognitivo nestas instituições. Porém, o fato de que o isolamento social, bem como a falta de estímulo intelectual ocorrentes nas ILPIs podem ser fatores importantes no desenvolvimento e piora das alterações cognitivas (ALMEIDA et al., 1999). São necessárias mais pesquisas para saber em qual dessas situações os idosos estudados se enquadram. As repercussões cognitivas ao longo do tempo deveriam ser acompanhadas desde o primeiro dia de institucionalização.

Muitas vezes a cognição está associada à presença de sintomas depressivos e na avaliação do humor, cerca de 41,5% e 36% dos idosos do hospital e ambulatório avaliados apresentaram sintomas depressivos. Um estudo nacional encontrou que 32% da amostra apresentou sintomas depressivos e que estes foram representados por idosos mais jovens, do gênero feminino, menos escolarizados e com menor pontuação no MEEM (SHELKEY et al., 2012). A depressão não está diretamente relacionada com o envelhecimento, entretanto com o avançar da idade surgem algumas características atípicas ou particularidades que predis põem o desenvolvimento de sintomas depressivos com o envelhecimento, como a aposentadoria, a diminuição da possibilidade de desempenhar papel produtivo, o que geralmente leva à desmoralização e perda de *status* (JOCKWITZ et al., 2017).

Algumas limitações foram verificadas no presente estudo: 1) a carência de estudos que comparem as três modalidades de atendimento ao idoso, ambulatorial, hospitalar e de longa permanência; 2) uso do questionário pode subestimar ou superestimar algumas informações encontradas; 3) os vários instrumentos de pesquisa e parâmetros utilizados para classificar a capacidade funcional dos idosos, além do ponto de corte, dificultam a comparação dos resultados com os outros estudos.

51 CONCLUSÃO

Com base no objetivo proposto e resultados obtidos, conclui-se que na ILPI foi encontrado mais idosos debilitados, totalmente dependentes, com grave comprometimento cognitivo. O hospital e o ambulatório se equipararam em termos da capacidade funcional dos idosos, porém no hospital encontraram-se idosos com maior comprometimento cognitivo e maior prevalência de sintomas depressivos, estando de acordo com o perfil e complexidade de cada modelo de atenção à pessoa idosa.

As chances de prevalência de declínio cognitivo aumentaram com a idade quando relacionado à modalidade de atendimento hospitalar e ambulatorial, o que revela a associação entre o local de permanência do idoso e a prevalência do declínio cognitivo.

Frente ao exposto, é importante se comparar os três modelos de atenção ao idoso, pois o planejamento das ações é realizado de forma adequada, real e particular para cada cenário propiciando a capacitação da equipe de saúde para as intervenções singulares para os idosos envolvidos.

REFERÊNCIAS

Alencar MA, Ribeiro LHM, D'Elboux MJ, Guariento MH. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2012 [cited 2014 April 20]; 15(4):785-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n4/17.pdf>

Almeida OP, Almeida AS. Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999 Jun; 57(2B): 421-6.

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho M Sá, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2007 August; 23(8): 1924-30.

Araújo IFL, Cabral V, Viana FP, Sandoval RA. Análise comparativa da capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Estudos* [Internet]. 2010[cited 2015 Jan 18]; 37(1/2):101–11.

Atalaia-Silva KS, Lourenço RA. Tradução, adaptação e validação de constructo do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008 April; 42(5): 930-37.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro Psiquiatr* [Internet]. 1994 [cited 2014 Mar 21];52(1):01–7.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuro Psiquiatr* [Internet]. 2003 [cited 2014 May 8];61(3B):777–81.

Castro SD. Perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de caldas novas. *Rev eletrônica saúde ciênc*. [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 13]; 2(1):78-102.

Claudino R, Schweitzer V. Estudo do perfil das comorbidades para o risco de ocorrência de doenças crônicas em idosos institucionalizados. *Rev Digital [Internet]*. 2010 [cited 2014 July 28]; 14(141): 76 – 97.

Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *Rev Bras Psiquiatr* 2007 Decemb;56(4):267–72.

Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Rev Acta Paulist Enferm* 2011 Octob; 24(1): 29 - 35.

Gratão ACM, Fonseca GPS, Parreira CO, Faustino AM, Cruz KCT. Proposta de protocolo de assistência de enfermagem ao idoso demenciado. *J Nurs UFPE on line [Internet]*. 2014 [cited 2014 June 29];8(4):879-88.

Gratão ACM, Vale FAC, Cruz MR, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, Rodrigues RAP. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP* 2010 Dec; 44(4): 873-80.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico de 2010: resultado do universo [Internet]. 2011 [cited 2014 June 19]. Rio de Janeiro (RJ).

Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saúde Pública* 2008 Jan; 24(1):103-112.

Lourenço TM, Lenardt MH, Kletemberg DF, Seima MD, Carneiro NHK. Independência funcional em idosos longevos na admissão hospitalar. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Set [citado 2015 Fev 02]; 23(3): 673-679.

Louvison MC, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil. *Rev de Saud Public* 2008 Aug; 42(4): 733-40.

Matusik P, Tomaszewski K, Chmielowska K, Nowak J, Nowak W, Parnicka A, et al. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr* 2012 Jul-Aug; 55(1):22-4.

Mendes Ada C, Sá DA, Miranda GM, Lyra TM, Tavares RA. The public healthcare system in the context of Brazils demographic transition: current and future demands. *Cad Saude Publica* 2012 May; 28(5):955-64.

Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. In: Alinea, E, editor. *Qualidade de vida na velhice e subjetividade*. Campinas, Alínea, 2007.

Paula AFN, Ribeiro LHM, Délboux MJ, Guariento MH. Assessing the functional, cognitive capacity, and depressive symptoms in elderly patients from geriatric service. *Rev Bras Clin Med*. [Internet]. 2013 [cited 2014 June 10]; 11(3):212-8.

Pelegrin AKAP, Araújo JA, Costa LC, Cyrillo RM, Rosset I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 18];15(4):182–8.

Santos RL, Virtuoso-Júnior JS. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. *RBPS* 2008 Oct-Dec; 21(4):290-6.

Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Slightly adapted from Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist* [Internet]. 2012 [cited 2014 Mar 21]; 10(1): 20–30.

Sposito, G, D'Elboux MJ, Neri AL, Guariento MH. A satisfação com a vida e a capacidade funcional em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciênc Saúde Coletiv* [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 14]; 18 (12): 3475 – 82.

Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Characterization of older individuals hospitalized in an Emergency Ward as regards social and programmatic vulnerability. *Escola Anna Nery* 2010 Oct-Dec; 14(4):697-701.

Suassuna PD, Veras RP, Lourenço RA, Caldas CP. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. *Rev Bras de Geriatr e Geronto* 2012 Oct./Dec; 15(4): 643-50.

Thun MJ, DeLancey JO, Center MM, Jemal A, Ward EM. The global burden of cancer: priorities for prevention. *Carcinogenesis*. 2010 Jan; 31(1):100-10.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 13, 15, 28, 33, 100, 117, 123, 125, 128, 130, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 173, 195

Adesão ao tratamento 14, 15, 37, 81, 83, 87, 88

Alimentação 26, 86

Ansiedade 161, 169, 173, 174

Atenção básica 3, 5, 7, 10, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 26, 34, 47, 98, 99, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 126, 127, 128, 130, 136, 137, 140, 142, 144, 145, 153, 154, 162, 173, 174, 175

Atenção integral à saúde da criança 19, 20, 24, 26

Atenção primária 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 89, 92, 111, 122, 127, 129, 133, 135, 136, 138, 141, 144, 149, 153, 175

Atenção primária à saúde 8, 9, 10, 11, 12, 13, 29, 30, 34, 37, 89, 92, 111, 127, 129, 135, 136, 138

Atividades cotidianas 45

Autogestão 37

C

Câncer de colo uterino 29

Câncer de pênis 103, 104, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115

Cognição 8, 45, 49, 50, 53, 55

Comorbidade 156, 157, 160, 161, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171

COVID 19 27

Criança 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 159, 178, 179, 180, 195

Cuidados de enfermagem 59, 89

Cuidados primários 37

D

Descentralização 11, 14, 16, 18, 133

Doença renal crônica 89, 90, 92, 93, 95, 99, 100, 102, 167

Doenças sexualmente transmissíveis 74, 113, 114

E

Educação em saúde 5, 25, 74, 76, 77, 79, 80, 97, 112, 113, 117, 118, 123, 124, 125, 128, 134, 162, 176, 178, 179, 190, 195

Enfermagem 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 33, 34, 35, 37, 44, 57, 59, 74,

76, 77, 78, 79, 80, 81, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 144, 154, 164, 165, 166, 167, 169, 171, 172, 174, 176, 178, 179, 193, 195

Equipe de enfermagem 96, 97, 116, 117, 118, 119, 123, 124, 126, 128, 133, 195

Estratégia saúde da família 23, 111, 118, 122, 129, 130, 132, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 144, 154

F

Família 18, 21, 23, 24, 26, 30, 52, 53, 54, 59, 74, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 111, 113, 118, 119, 122, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 148, 150, 151, 154, 178

H

Hemodiálise 89, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 98, 99, 101

Hipertensão arterial 53, 81, 83, 100, 156, 161, 162, 164, 167, 168

HIV 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 75, 79, 115

Humanização 9, 19, 20, 21, 25, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154

Humanização da assistência 131, 143

I

Idoso 2, 4, 6, 7, 8, 9, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 81, 84, 87, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131

Infecções sexualmente transmissíveis 12, 17, 21, 74, 75, 77, 79, 80

M

Motivação 180

N

Neoplasias da mama 29, 30

Neoplasias penianas 103

O

Obesidade 37, 161, 164, 167, 168

P

Papiloma vírus humano 114

Perfil epidemiológico 13, 17, 156, 157, 158, 159

Política de saúde 127, 131, 133, 143

Prática de enfermagem 91

Práticas integrativas e complementares 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 173, 174, 175

Prevenção 1, 6, 7, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 45, 53, 76, 77, 79, 89, 90, 99, 100, 102, 104, 111, 112, 113, 114, 115, 127, 144, 162, 166, 179

S

Saúde da mulher 25, 29, 30

Saúde do homem 103, 105, 112, 113

Saúde Pública 14, 17, 18, 19, 20, 27, 30, 34, 47, 56, 57, 75, 80, 90, 102, 104, 119, 138, 140, 151, 153, 154, 161, 165, 171, 195

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida 11, 21

T

Tratamento paliativo 1

V

Vacinas 165, 166, 170

Vínculo 5, 13, 22, 23, 119, 133, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 173, 180, 185

POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

 **Atena**
Editora
Ano 2021

POLÍTICAS E PRÁTICAS

EM SAÚDE E ENFERMAGEM

3

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br