

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

ELIZETE SOUSA RIBEIRO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES IDOSOS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE**

SÃO LUÍS

2018

ELIZETE SOUSA RIBEIRO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES IDOSOS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca de defesa do Curso
de Graduação de Enfermagem da
Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem

Orientador (a): Profa. Dra. Maria Lúcia
Holanda Lopes

SÃO LUÍS

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a). Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Sousa Ribeiro, Elizete. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE / Elizete Sousa Ribeiro. - 2018. 55f.

Orientador(a): Profa. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes. Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS-MA, 2018.

1. CLÍNICO. 2. IDOSOS HOSPITALIZADOS. 3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO. I. Holanda Lopes, Prof. Dra. Maria Lúcia. II. Título.

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES IDOSOS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes (Orientadora)

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha

Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Me. Rafael de Abreu Lima

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Dedico primeiramente a Deus por estar ao meu lado em todos os momentos, aos meus pais e irmãos pelo companheirismo, dedicação e amor e a seu Carlos Santos e Izabel Ribeiro Santos pelo carinho e apoio

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à **Deus** pelo dom da vida, por estar ao meu lado me sustentando com sua infinita misericórdia e ao Sr. **Carlos Santos** e esposa **Izabel Ribeiro Santos** por ter me recebido em sua casa, pela dedicação, conselhos, preocupações e pelo apoio financeiro que me proporcionou chegar até aqui.

À **Universidade Federal do Maranhão** especialmente ao **Departamento de Enfermagem** por me proporcionar ensino de qualidade.

Aos sujeitos participantes da pesquisa pela disponibilidade e compreensão da importância deste trabalho.

À minha orientadora Profa. Dra. **Maria Lúcia Holanda Lopes**, pela paciência e sabedoria na compreensão de minhas limitações e pela rica contribuição na construção deste trabalho com recomendações preciosas e sábias.

A todos os professores e professoras do Departamento de Enfermagem por todos os conhecimentos compartilhados em especial aos professores da banca de defesa Profa. Dra. **Ana Hélia de Lima Sardinha** e o Prof. Me. **Rafael de Abreu Lima**

Aos meus pais **Estevam Ribeiro** e **Maria de Nazaré Sousa** pelo apoio, e amor em todos os momentos de minha vida.

Aos meus irmãos e melhores amigos, **Eliete Sousa Ribeiro**, **Elizabete Sousa Ribeiro**, **Rosecléia Sousa Ribeiro**, **Dancley Maillon Sousa Ribeiro** e em especial **Dulceleia Ribeiro** e **Eliane Sousa Ribeiro** que em muitos momentos foram como mães para mim, vocês me ensinam a ser forte, a levantar depois de um tombo e a andar de cabeça erguida, não existe pessoas que eu ame mais do que vocês.

Aos meus amigos e companheiras de curso **Deuzilene Silva dos Santos**, **Jeane França Vieira**, **Maria Eduarda Costa Sereno**, em especial **Rômulo Batista Sá Moraes** e **Kamila Lima de Sousa** por todos estes anos de amizade, cumplicidade e afeto.

A minha amiga de infância, **Rita de Cassia Barros Gomes**, pelo apoio, credibilidade e confiança.

“O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer de penetrar no mundo dos idosos não é digno da sua juventude...”

(Augusto Cury)

RESUMO

Introdução: O segmento populacional que mais cresce no Brasil é o de idosos, com taxas de mais de 4% ao ano mudando drasticamente o cenário sociodemográfico com consequente aumento de internações hospitalares. Os principais motivos de internação característicos desse grupo populacional são as doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo, geniturinário, do olho e anexos, e neoplasias, somado às consequências que a permanência imóvel por muito tempo em leitos hospitalares pode ocasionar. **Objetivo:** Identificar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos internados no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado no período de agosto de 2017 a agosto de 2018, com 161 pacientes idosos, internados nas clínicas médica e cirúrgica em um Hospital Universitário. Para coleta de dados foi aplicado um questionário composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação, procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e com quem reside), e dados clínicos (dia de internação hospitalar, dia pós – operatório, diagnóstico médico, tratamento cirúrgico, doença de base, internações anteriores e quantidade, eventos de queda e quantidade, uso de medicamentos no domicílio e quantidade, uso de medicamentos no hospital e quantidade). **Resultados:** quanto aos resultados sociodemográficos e clínicos houve prevalência do sexo feminino (64,59%), faixa etária entre 60 a 74 anos (61,49%), não brancos (68,94%), com companheiro (55,27%), escolaridade \leq 4 anos (59,01%), aposentados (78,88%). Com renda \leq 1 salário mínimo, (72,67%) e (57,14%), renda familiar \leq 1salario mínimo, (74,5%) dos idosos residem com familiares (74,5%), provenientes da capital, (63,97%). Com relação ao perfil clínico dos idosos internados, evidenciou-se uma prevalência de pacientes cirúrgicos (60,9%), com tempo de internação superior a 11 dias 110 (68,3%), as principais causas de internação foram as doenças cardiovasculares (31%) seguidas pelas gastrintestinais (21,7%) e neurológicas (15,5%), a maioria dos entrevistados possuem alguma doença de base, (51%), (36%) já tiveram pelo menos uma internação anterior, 96,3% fazia uso de algum medicamento contínuo. **Considerações finais:** Este estudo, permitiu reafirmar o atual perfil do idoso hospitalizado, apresentando dados que coincidem com outros estudos nacionais, espera-se que os resultados alcançados possam subsidiar ações de adequação dos serviços prestados nos cenários da pesquisa, esclarecendo aos profissionais que ali atuam, as características de uma parcela significativa de sua clientela que poderá favorecer a tomada de decisão coerente com as necessidades de saúde da pessoa idosa.

Palavras-chave: Idosos hospitalizados, perfil sociodemográfico, clínico

ABSTRACT

Introduction: The fastest growing population segment in Brazil is that of the elderly, with rates of more than 4% per year drastically changing the socio-demographic scenario with a consequent increase in hospital admissions. The main reasons for hospitalization characteristic of this population group are diseases of the circulatory, respiratory, digestive, genitourinary, eye and appendages, and neoplasms, in addition to the consequences that remain still for a long time in Hospital beds can cause. **Goal:** To identify the socio-demographic and clinical profile of elderly hospitalized in the university Hospital unit Presidente Dutra. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive study conducted in the period from August 2017 to August 2018, with 161 elderly patients admitted to the medical and surgical clinics in a university Hospital. For data collection, a questionnaire consisting of sociodemographic data (identification, age, gender, skin color, time of study, profession/occupation, provenance, marital status, religion, economic condition, monthly and family income, number of People who live and with whom they reside), and clinical data (day of hospitalization, post-operative day, medical diagnosis, surgical treatment, underlying disease, previous hospitalizations and quantity, events of fall and quantity, use of medications in And quantity, use of medications in the hospital and quantity). **Results:** Regarding the sociodemographic and clinical results, there was a prevalence of females (64.59%), age range between 60 and 74 years (61.49%), non-whites (68.94%), with a partner (55.27%), schooling \leq 4 years (59.01%), retired (78.88%). With income \leq 1 minimum wage, (72.67%) and (57.14%), family income \leq 1salario minimum, (74.5%) of the elderly reside with relatives (74.5%), from the capital, (63.97%). Regarding the clinical profile of the hospitalized elderly, a prevalence of surgical patients (60.9%) was evidenced, with hospitalization time exceeding 11 days 110 (68.3%), the main causes of hospitalization were cardiovascular diseases (31%) followed by Gastrointestinal (21.7%) and neurological (15.5%), most interviewees had some underlying disease, (51%), (36%) had at least one previous hospitalization, 96.3% used some continuous medication. **Final considerations:** This study allowed the reaffirmation of the current profile of the hospitalized elderly, presenting data that coincide with other national studies, it is hoped that the results achieved can subsidize actions of adequacy of the services rendered in the research scenarios, Clarifying to the professionals who work there, the characteristics of a significant portion of their clientele that may favor decision-making consistent with the person's health needs Elderly.

Keywords: Seniors Hospitalized, socio-demographic profile, clinical

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COMIC - Comissão Científica

DCNT – Doenças crônicas Não Transmissíveis

DIH – Dia de Internação Hospitalar

DM – Diabetes Mellitus

DPO – Dia Pós-Operatório

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

HA – Hipertensão Arterial

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LP – Lesão por Pressão

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

TCLE– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO.....	16
3 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	17
3.1 O envelhecimento populacional.....	17
3.2 Senescência e Senilidade.....	18
3.3 Processo de adoecimento da população idosa no Brasil	19
3.4 Perfil clínico de idosos hospitalizados	20
4 METODOLOGIA.....	23
4.1 Tipo de Estudo.....	23
4.2 Local e Período do estudo.....	23
4.3 População e amostra	23
4.4 Coleta de Dados e Instrumento da Pesquisa.....	23
4.5 Análise de Dados	24
4.6 Aspectos Éticos	24
5 RESULTADOS	22
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
APENDICES	41
ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal, observado em grande escala ao longo dos anos com perspectiva de aumentar em 45 % até o meio do século nos países desenvolvidos. Assim, espera-se que a população acima de 60 anos ultrapasse os 287 milhões em 2013 para 417 milhões em 2050. Enquanto que nas regiões subdesenvolvidas, esta população também terá crescimento significativo, espera-se que ela aumente de 554 milhões em 2013 para 1.6 bilhões em 2050 (SANTOS ANTUNES, et al., 2015).

“Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (MORAES, 2012 p. 11).

Dados recentes do IBGE confirmam essa mudança no perfil sociodemográfico do Brasil. Assim, o segmento populacional que mais cresce na população brasileira é o de idosos, com taxas de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente (BRASIL, 2015).

“No Brasil, observa-se que a população muito idosa, ou seja, a de 80 anos ou mais estar aumentando em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o seguimento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 170,7 mil pessoas em 1940, o contingente muito idoso passou para 2,9 milhões em 2010. Representava 14,3% da população idosa em 2010 e, 1,5% da população total. Dada a alta fecundidade do período entre 1950-1970 e a redução contínua da mortalidade, especialmente nas idades avançadas, espera-se que este contingente alcance, em 2050, um total de 13,3 milhões, o que significará 6,5% da população total e 19,6% da população idosa. As taxas de mortalidade nas idades avançadas desempenharão um papel muito importante nesse crescimento, pois são dependentes do avanço da tecnologia médica e do acesso aos serviços de saúde (FREITAS, 2017 p. 53)”.

O perfil clínico dos idosos é resultado do processo de envelhecimento, o que os torna mais suscetíveis a incapacidades, decorrentes de condições físicas, sociais, afetivas e de saúde. Dessa forma, além do aumento do número de idosos, vem ocorrendo um aumento da sobrevivência pós-eventos de saúde, o que eleva o contingente de idosos portadores de enfermidades crônicas. Todo esse processo é passível de problemas, relativos à falta de estrutura e organização socioeconômica para atender as demandas da população, torna imprescindível o

reconhecimento de situações que afetam diretamente as condições de saúde e a qualidade de vida dessa população específica (MORIGUCHI et al., 2013).

Na velhice o risco de hospitalização em situações agudas e crônicas aumenta, pois, os idosos tendem a apresentar multipatologias, constituindo, portanto, o grupo etário da população que mais utiliza os cuidados hospitalares. Os principais motivos de internação característicos desse grupo populacional são as doenças do aparelho circulatório, respiratório, digestivo, geniturinário, do olho e anexos, e neoplasias, somado às consequências que a permanência imóvel por muito tempo em leitos hospitalares pode ocasionar (QUEIROZ, et al. 2015)

Assim, os processos patológicos da senilidade como, principalmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tornaram-se mais prevalentes na sociedade. Diante disso, os serviços de saúde são consumidos de forma mais intensa pelos idosos, consequentemente, tem-se uma maior demanda em relação aos custos na assistência, visto que possuem uma taxa de internação hospitalar mais elevada, além de tempo de permanência no leito mais prolongado em relação aos demais grupos etários (SILVA et al, 2015).

Diante dessa questão, a consequência natural é que as demandas na atenção à saúde sejam cada vez mais influenciadas por essa parte da população, tornando necessários o redirecionamento de recursos (FILHO – KIKUCHI, 2011). Que propicie à pessoa idosa atenção abrangente à saúde. Busca-se com isso não somente o controle das doenças, mas, principalmente, melhora da qualidade de vida (FREITAS, 2017).

A hospitalização do idoso pode levar a ocorrência de eventos que debilitar ainda mais a sua saúde, diminui a capacidade funcional e da qualidade de vida que são as principais situações que podem vir a ocorrer durante o tempo de internação do idoso, ademais, quedas no ambiente hospitalar e infecções adquiridas são também eventos importantes que precisam ser evitados a fim de se manter o bem-estar da pessoa idosa (SILVA, 2015).

A velhice saudável é passível de enfermidades passageiras e controláveis, mas mantém em relação a estas, a possibilidade de descobrir um significado positivo. A velhice saudável exclui, doenças crônicas deliberantes comuns da idade avançada e que causam perdas graves da autonomia. É importante lembrar que o cuidado para a enfermagem é sempre inclusivo, existe sempre uma possibilidade de manter o outro ser humano nas melhores condições de vida possíveis (FIGUEIREDO – TONINI, 2012).

Dessa forma, ao cuidar da pessoa idosa no ambiente hospitalar deve-se conhecer o perfil clínico, suas especificidades. É preciso considerar a pessoa como sujeita e participante do planejamento das ações de cuidado. Assim, as ações multiprofissionais devem ser desenvolvidas objetivando a prevenção de agravos a saúde ou a redução da sua progressão garantindo conforto e segurança mediante uma prática qualificada, contribuindo para a recuperação e manutenção da saúde (PINHEIRO, 2016).

Frente ao novo perfil da população brasileira com alterações no cenário demográfico e o consequente aumento de internações hospitalares da população idosa, tempo de permanência hospitalar e cronicidade das doenças, tem-se a necessidade de conhecer o perfil clínico dessa nova demanda considerando seu estado de saúde como resultado de toda uma vida sofrendo alterações internas e externas. Por tanto, considera-se oportuna esta pesquisa no intuito de conhecer os fatores associados a hospitalização de idosos, frente a isto, apresenta-se o seguinte questionamento: Qual o perfil sociodemográfico e clínico de idosos internados em um Hospital de Alta Complexidade?

2 OBJETIVO

Identificar o perfil sociodemográfico e clínico de idosos internados em um Hospital de Alta Complexidade.

3 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

3.1 O envelhecimento populacional

O processo de envelhecer do ponto de vista fisiológico acarreta algumas alterações, além de declínio orgânico, o qual é compreendido como um processo natural, heterogêneo e dinâmico. Fisicamente, envelhecer ocasiona fragilidade física com maior suscetibilidade ao adoecimento, desencadeando internações e aumento da mortalidade do idoso. O envelhecimento está atrelado às alterações funcional, cognitiva e psicoafetivas (FERNANDES et al., 2016).

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, observado inicialmente em países desenvolvidos de forma gradual e mais recentemente, tem ocorrido de forma acentuada nos países em desenvolvimento. A velocidade do processo de transição demográfica vivido pelo país nas últimas décadas é consequência do acentuado declínio na taxa de fertilidade e do aumento da expectativa de vida (BRITO; FREITAS; MESQUITA, 2013).

O limite de idade para caracterizar uma população como idosa varia de sociedade para sociedade e depende não exclusivamente de fatores biológicos, mas também de fatores econômicos, ambientais, científicos e culturais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso para a realidade brasileira, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (TAVARES, 2012). A nível de Brasil, este, constitui um processo acelerado de transição, resultando em uma transformação social importante (GÜTHS, 2017; ALBUQUERQUE et al., 2018).

A expectativa de vida das pessoas tem aumentado devido aos avanços tecnológicos, promoção de saúde, novas técnicas de prevenção de doenças e diminuição na taxa de natalidade, evidenciando o aumento do número de pessoas idosas caracterizado por modificações orgânicas, metabólicas e nos mecanismos funcionais (COUTINHO, 2015).

Dessa forma, o envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros. Essas variações são dependentes de fatores como estilo de vida, condições sócio - econômicas e doenças crônicas. Desta maneira falar de envelhecimento é abrir o leque de interpretações que se entrelaçam ao cotidiano e a perspectivas culturais diferentes (FECHINE – TROMPIERI, 2013).

Neste contexto, a compreensão do processo de envelhecimento humano não requer apenas o entendimento da palavra na concepção linguística do termo, do qual podemos dizer que envelhecer é chegar pouco a pouco a um período mais avançado da vida ou, perder a

jovialidade, a beleza, além das significativas perdas das habilidades cognitivas e motoras. O processo de envelhecimento humano vai além da simples passagem de uma fase para outra fase da vida. Nesta perspectiva, o envelhecimento considera diversas variáveis presentes na vida dos indivíduos como: biológicos, físicos, econômicos, familiares e, principalmente, pessoais e socioculturais (DÁTILO – CORDEIRO, 2015).

3.2 Senescência e Senilidade

Senescência é a perda gradativa observada no envelhecimento, a qual compromete progressivamente aspectos físico e cognitivo. Corresponde a alterações morfológicas, funcionais e estruturais de todos os sistemas. Enquanto que, a senilidade é um processo patológico e pode surgir com o envelhecimento, porém não estar condicionado a ele. A senilidade, é caracterizada pela perda de capacidade de memorização, déficit de atenção, discursos incoerentes, desorientação, perda da capacidade de controle do esfíncter anal e incontinência urinária. Com o tempo, o indivíduo senil tem sua vida limitada ao leito, esta doença também é conhecida como demência (JACOB FILHO – KIKUCHI, 2011).

Neste contexto, pode-se afirmar que existe o envelhecimento bem sucedido e o envelhecimento mal sucedido, o primeiro, estar relacionado a capacidade de resiliência em lidar com as mudanças próprias do envelhecimento. Envelhecer de forma saudável engloba além da longevidade, a independência, baixo risco de doenças e incapacidades, envolvimento ativo na vida e no convívio social, bem estar físico, mental e espiritual. Enquanto que o envelhecimento mal sucedido se dá quando ocorrem perdas dos projetos de vida, sentimentos de vulnerabilidade e inutilidade, afastamento de familiares próximos, além das doenças que colocam a vida em risco (CHERNICHARO, 2015).

Assim, a senescência e a senilidade são condições que poderão estar presentes na terceira idade, porém, o que irá definir a presença de uma ou outra será a qualidade de vida que se experiêcia ao longo dos anos. Entender esses conceitos é primordial para o estabelecimento de uma boa qualidade de vida na velhice (MORIGUCHI et al., 2013).

Assim, envelhecer é o resultado do transcurso de toda uma vida, que dentre outros fatores apresenta diminuição da reserva fisiológica própria do processo de envelhecimento, os efeitos dos hábitos de vida inadequados e lesões de órgãos-alvo provocadas pelas doenças crônico-degenerativas tem aumentado de forma significativa a ocorrência do perfil morbimortalidade decorrentes do aumento da expectativa de vida (PIMENTA, 2014).

3.3 Processo de adoecimento da população idosa no Brasil

O processo de envelhecimento se dar pelo declínio das funções orgânicas, principalmente dos sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, renal e neurológico, além das alterações fisiológicas advindas de hábitos de saúde ao longo da vida. Estas características interferem de forma positiva ou negativa na vida do idoso (POMAR, 2016). Assim, envelhecer, acompanha uma série de mudanças no perfil epidemiológico do país, os idosos apresentam enfraquecimento do sistema imunológico, logo, são mais propensos a desenvolverem multipatologias, pois possuem uma capacidade reduzida de responder ao estresse imposto pelo meio (QUEIRÓZ, 2015).

Além disso, fatores como a fragilidade e a dependência são questões importantes do envelhecimento, sendo que a fragilidade se caracteriza como fraqueza, perda de peso, perda de equilíbrio, baixos níveis de atividades físicas, lento desempenho do processo motor, isolamento social, alterações cognitivas e, está associada com desfechos adversos à saúde como morbidades, sintomas depressivos. Estes sinais e sintomas corroboram para o declínio da capacidade funcional. Assim, o idoso frágil apresenta maior risco de dependência, institucionalização, queda, doenças agudas, hospitalização, recuperação lenta e mortalidade (MARCHIORI, 2017).

Enquanto que, a dependência apresenta-se com fator importante no processo de envelhecimento e, envolve principalmente questões econômicas e cuidado familiar. Assim, envelhecer com dependência diz respeito não somente à pessoa que envelhece como também aos que vivenciam de perto o declínio funcional, a perda de autonomia o autocuidado. Logo, a dependência é um problema de saúde pública, e isso requer estratégias de promoção de saúde com acesso aos serviços de saúde especializada para a terceira idade, além de disponibilidade de leitos hospitalares se necessário, rede de apoio ao idoso e ao familiar cuidador (CHERNICHARO, 2015).

Simultaneamente, também aumentou a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tendo em vista não só o fator idade, mais também os determinantes sociais, como moradia, trabalho, alimentação saudável, acesso a serviços de saúde e a educação (STHURMER, 2017). Assim, o envelhecimento é um processo complexo, com consequências tanto para o indivíduo que o experiencia como para a sociedade que o assiste.

Concerne de um processo silencioso, raramente percebido na sua plenitude, e muitas vezes só é percebido quando o idoso apresenta complicação funcional (AZEVEDO, 2017).

Pois, as alterações funcionais próprias do envelhecimento levam a perdas sociais, motoras e afetivas, perda de autonomia e independência. Porém a maior preocupação é com a maior prevalência das doenças crônico-degenerativas e as implicações que isso acarreta para os sistemas de saúde, em especial os sistemas hospitalocêntricos, pois requer equipamentos e medicamentos mais dispendiosos (COUTO, 2015).

Assim, o envelhecimento aumenta a multimorbidade que se caracteriza por uma combinação de doenças com uma diversidade de implicações, entre elas a baixa qualidade de vida, incapacidade física, alta utilização de cuidados de saúde, hospitalização, elevado gasto público em saúde e mortalidade (TOFOLETTO et al., 2016).

3.4 Perfil clínico de idosos hospitalizados

O novo perfil das doenças gera uma frequente necessidade de hospitalização, principalmente dado a cronicidade e complicações advindas das patologias que acometem esse grupo populacional (QUEIRÓZ, 2015).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), configuram riscos à qualidade de vida, facilitando o surgimento de doenças e o aumento do custo com a saúde (COUTINHO et al., 2015). As frequentes complicações como acidente vascular cerebral, fraturas por quedas, limitações causadas por insuficiência cardíaca e doenças pulmonares obstrutivas crônicas, como também a dependência determinada pela doença de Alzheimer. Estas possuem duração longa, podendo muitas vezes ocasionar sequelas que impõem limitações às funções do indivíduo acarretando anos de utilização contínua dos serviços de saúde (SOUZA, 2014).

Além disso, com o envelhecimento surge a fragilidade, fator importante que se configura como, comprometimento funcional, dependência e vulnerabilidade (VIEIRA, 2017). Não obstante, as condições não fatais são geradoras do processo incapacitante afetando a funcionalidade dos idosos e conseqüentemente o desempenho das atividades diárias exigindo mudança do estilo de vida e gerenciamento de saúde, aumento de dependência e de cuidados permanentes (SOUZA, 2014). A situação se torna mais delicada dada a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas, somada à existência de pluripatogenias, responsável pela necessidade de maior permanência hospitalar e pela progressiva perda da autonomia dos idosos (RABELO et al., 2010).

Diante disso, tem-se observado uma maior demanda da pessoa idosa nos serviços de saúde no que se refere à hospitalização, em decorrência de doenças agudizadas sejam por falta de tratamento ou por complicações em decorrência de tratamento inadequado. Portanto, além de utilizarem mais os serviços de saúde também apresentam uma permanência hospitalar mais prolongada e conseqüentemente se expõe com mais facilidades às complicações clínicas advindas do processo de hospitalização (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Desse modo, os serviços de saúde devem estar preparados para essa realidade, no que tange ao atendimento à população idosa, uma vez que a grande maioria procura os serviços de emergência por instabilidade de um quadro crônico-degenerativo. Já que, muitos idosos nem sempre procuram os serviços de saúde com o intuito de prevenção e acompanhamento. Porém, ao buscarem atendimento de saúde, já se encontram com quadro clínico sujeitos a admissões e/ou readmissões (CUNHA, 2014).

Dessa forma, envelhecer impacta o serviço de saúde e impõe novas demandas e desafios. Idosos hospitalizados apresentam recuperação mais lenta e complicada, maiores índices de morbimortalidade e permanência hospitalar prolongada (FREITAS et al., 2017). Acarretando custos elevados das internações, como também o aumento das ocorrências de eventos adversos que podem submeter estes pacientes a complicações variadas como erros de medicação, quedas, retiradas não programadas de artefatos terapêuticos e úlceras por pressão, infecções, dentre outras. Assim, a hospitalização para o idoso pode trazer repercussões negativas como redução na autonomia, independência e funcionalidade (TOFFOLETTO, 2016).

Não obstante, a hospitalização pode levar ao agravamento das alterações funcionais pré-existentes como agravamento de doenças crônicas não transmissíveis devido a situações como o repouso prolongado, alteração na ingestão alimentar proveniente de diferentes fatores, uso de fármacos, sendo assim um fator de risco para o declínio funcional do idoso (LIMA, 2014). Assim, evidencia-se o aumento progressivo da demanda de pessoas idosas por leitos hospitalares, com conseqüente tempo de permanência no serviço de saúde (REIS, 2016).

Diante desse panorama, observa-se um aumento significativo de complicações e sequelas que comprometem a independência e autonomia dessas pessoas o que interfere de forma negativa na qualidade de vida configurando assim, elevado índices de reinternações hospitalares e mais tempo de ocupação do leito hospitalar (SOUZA, 2014).

Além disso, a hospitalização, causa sofrimento, tanto para o cliente quanto para a sua família. O cliente, ao ser afastado de seu ambiente social, perde uma parte da sua autonomia, principalmente, em relação à suas rotinas, que são alterados e incompatíveis com a rotina

hospitalar. A família sofre por querer manter-se junto ao seu familiar internado, ou por insegurança, ou simplesmente pelo sentimento de proteção e responsabilidade na recuperação do usuário, doravante, em nossa sociedade, culturalmente, é esperado que, na velhice dos pais, os filhos, ou demais integrantes da família, assumam a responsabilidade pelos seus cuidados (SALES, 2007).

Envelhecer é o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar a ausência de problemas em todas as dimensões, porém, o perfil sociodemográfico do idoso pode indicar seu perfil clínico, sem, contudo, determinar o desfecho do prognóstico durante o período de hospitalização.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. Esta pesquisa deriva de um projeto maior intitulado: CUIDADO À PESSOA IDOSA: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar”

4.2 Local e Período do estudo

O estudo foi realizado no hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão–HUUFMA, Unidade Presidente Dutra localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, São Luís/MA

O estudo ocorreu no período de agosto de 2017 a agosto de 2018 nas Clínicas Médica que está dividida em Alas Feminina e Masculina, Cirúrgica dividida em Alas Cirúrgicas A, B e C (Neuro-Ortopedia).

4.3 População e amostra

A população foi composta de 161 usuários idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, internados nas clínicas médica e cirúrgica independente do diagnóstico médico e tipo de tratamento, que concordarem em participar da pesquisa.

4.4 Coleta de Dados e Instrumento da Pesquisa

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2017 a abril de 2018, no Hospital Universitário da UFMA com idosos que estiveram internados e que atenderam aos critérios de inclusão e que consentiram em participar do estudo por meio da assinatura do TCLE de forma escrita ou impressão datiloscópica, após leitura e esclarecimento de dúvidas (APÊNDICE A).

Para coleta foi aplicado um questionário composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação, procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e com quem reside), e dados clínicos (dia de internação hospitalar - DIH, dia pós – operatório – DPO, diagnóstico médico, tratamento cirúrgico, doença de base, internações anteriores e quantidade, eventos de queda e quantidade, uso de medicamentos no domicílio e quantidade, uso de medicamentos no hospital e quantidade) (APÊNDICE B).

4.5 Análise de Dados

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL[®]. Os dados foram analisados no programa STATA 12.0[®] e os resultados apresentados em tabelas e gráficos.

4.6 Aspectos éticos

Em atendimento a resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de saúde, o projeto foi encaminhado para apreciação do comitê de ética do HUUFMA, obtendo parecer favorável sob número 2.306.474 em 29/09/2017 (**ANEXO**). Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado o objetivo da pesquisa e permitida a contribuição e para aqueles que concordaram em participar da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme **APÊNDICE A**, solicitando-se a assinatura do mesmo.

5 RESULTADOS

O estudo realizado no período de agosto de 2017 a agosto de 2018, apresentou uma amostra de 161 pessoas idosas internados nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUUFMA. São Luís – MA, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	104	64,59
Masculino	57	35,40
Faixa etária		
60 a 74 anos	99	61,49
≥ 75 anos	62	38,50
Cor		
Branco	50	31,05
Não branco	111	68,94
Estado Civil		
Com companheiro	89	55,27
Sem companheiro	72	44,72
Escolaridade		
≤ 4 anos	95	59,01
≥ 5 anos	66	40,99
Ocupação		
Aposentado	127	78,88
Não aposentado	34	21,11
Procedência		
Capital	103	63,97
Interior	54	33,54
Outros	4	2,48
Renda		
≤ 1 salário mínimo*	117	72,67
2 a 4 salários mínimo	27	16,77
≥ 5 salários mínimos	17	10,55
Renda familiar		

≤ 1 salário mínimo	92	57,14
2 a 4 salários mínimo	33	20,49
≥ 5 salários mínimos	36	22,36
Nº de pessoas convive		
Somente 1	58	36,0
De 2 a 4	39	24,3
5 ou mais	64	39,7
Com quem reside		
Familiares	120	74,5
Sozinho	25	15,5
Amigos	10	6,2
Outros	06	3,8

*Salário mínimo em 2018 de R\$ 954,00

Os dados sociodemográficos constatam que houve um predomínio do sexo feminino 104 (64,59%), faixa etária entre 60 a 74 anos 99 (61,49%), aqueles com idade igual ou maior 75 anos representou 62 (38,50%), os que se autodeclararam não brancos 111 (68,94%), com companheiro 89 (55,27%), escolaridade ≤ 4 anos 95 (59,01%), aposentados 127 (78,88%). Quanto a renda, 117 (72,67%) possuem renda pessoal ≤ 1 salário mínimo e 92 (57,14%) com renda familiar ≤ 1salario mínimo, 120 (74,5%) dos idosos residem com familiares, observou-se também um número significativo de idosos que moram sozinhos 25 (15,5%), daqueles provenientes da capital, 103 (63,97%) e 54 (36,02%) são provenientes do interior do estado.

Tabela 2 – Características clínicas de idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica do HUUFMA. São Luís - MA, 2018.

Variáveis	N	%
Tipo de paciente		
Clínico	63	39,1
Cirúrgico	98	60,9
DIH		
1 a 5 dias	23	14,3
6 a 10 dias	28	17,4
11 a 15 dias	80	50,0
Motivo da Internação		
Cardiovasculares	50	31,0
Gastrointestinais	35	21,7
Neurologia	25	15,5
Ortopedia	14	8,7
Endocrinologia	13	8,0
Reumatologia	9	5,6
Pneumologia	7	4,3
Proctologia- Urologia	5	3,3
Nefrologia	3	1,9
Doenças de Base		
Sim	153	95,0
Não	8	5,0
Quantidade de Doenças de base		
1	56	36,6
2 a 4	78	51,0
+ 4	19	12,4
Internações Anteriores		
Sim	58	36,0
Não	103	64,0
Quantidade de internações anteriores		
1 vez	42	72,4
2 a 3 vezes	11	19,0
+ 4 vezes	5	8,6

Eventos de queda no último

Sim	97	60,3
Não	64	39,7

Quantidade de quedas no**último ano**

1 vez	76	78,3
2 a 3 vezes	14	14,4
+ 4 vezes	7	7,3

Uso regular de medicamentos no domicílio

Sim	155	96,3
Não	6	3,7

Quantidade de medicamentos em uso no domicílio

Somente 1	30	19,4
2 a 4 medicamentos	77	49,6
+ 5 medicamentos	48	31,0

*DIH: Dia de Internação Hospitalar

Com relação ao perfil clínico dos idosos internados, evidenciou-se uma prevalência de pacientes cirúrgicos 98 (60,9%) em relação aos pacientes clínicos 63 (39,1%), com tempo de internação superior a 11 dias 110 (68,3%), as principais causas de internação foram as doenças cardiovasculares 50 (31%) seguidas pelas gastrintestinais 35 (21,7%) e neurológicas 25(15,5%), ortopédicas 14 (8,7%) e endócrinas 13 (8%), daqueles que possuem alguma doença de base, 78 (51%) possuem de 2 a 4 doenças de base e 56 (36,6%) apresentam pelo menos 1 doença de base, das internações anteriores 58 (36%) já tiveram pelo menos uma internação, destes 42 (72,4%) estiveram internados uma vez, 11 (19,0%) de 2 a 3 vezes e 5 (8,6%) ficaram hospitalizados por mais do que 4 vezes. A maioria fazia uso de algum medicamento contínuo 155 (96,3%), sendo que 77 (49,6%) faziam uso de 2 a 4 medicamentos e 48 (31,0%) utilizavam mais de 5 medicamentos diariamente.

6 DISCUSSÃO

Ao avaliarmos o perfil sociodemográfico verificamos características que corroboram com Fernandes et al., (2009), Mota et al., (2010), Pereira et al., (2014), que ao estudarem o perfil sociodemográfico e clínico de idosos em um hospital público, identificaram uma população predominantemente feminina o que confirmam maior expectativa de vida para as mulheres.

Segundo Queiroz, et al. (2015), esta característica pode estar relacionada à maior longevidade das mulheres em relação aos homens, que tem sido atribuída à menor exposição aos fatores de risco. Para Silva et al. (2018) além do aumento da expectativa de vida, há maiores percentuais de mortes por assassinato e acidentes entre jovens e adultos do sexo masculino. Soma-se, ainda, a tendência das mulheres em exercer ocupação laboral de menor risco e menor exposição ao consumo de substâncias nocivas à saúde como tabaco e álcool. Além disso, as mulheres apresentam comportamento positivo em relação às doenças e incapacidades e na procura pelos serviços de saúde. Em nível governamental, há maior investimento na cobertura assistencial das políticas gineco-obstétrica e materno-infantil muito superior em relação as políticas voltadas para a Saúde do Homem.

Na análise sociodemográfica conforme demonstrado na tabela 1 desse estudo, houve prevalência de idosos com idade entre 60 a 74 anos, o que está em consonância com o aumento da expectativa de vida do brasileiro, que, nos dias atuais, é de aproximadamente 75,8 anos, segundo o IBGE (BRASIL, 2017).

Quanto a escolaridade, verificou-se que a maioria dos idosos possuíam o ensino fundamental incompleto que, de acordo com Silva et al. (2018), o baixo nível de escolaridade é um reflexo das dificuldades de acesso às escolas na época em que nasceram e cresceram, marcado por um ambiente de desvalorização da educação formal e de condições socioeconômicas precárias. Além disso, o acesso à educação era privilégio dos homens, cabendo às mulheres aprender o trabalho doméstico com as mães para que pudessem se casar e se tornar donas de casa. Assim, são as mulheres idosas as que possuem os maiores índices de analfabetismo e baixa escolaridade sendo, portanto, um dos determinantes da fragilidade econômica de muitos idosos nos dias atuais (RABELO, et al., 2010).

Quanto a condições socioeconômicas, prevaleceu idosos com renda inferior a um salário mínimo e renda familiar igualmente baixa, o que indicou no estudo que na maioria dos casos os idosos são provedores absolutos do sustento familiar. Estudos apontam uma revalorização da pessoa idosa que, de posse da renda oriunda de sua aposentadoria serve como garantia de

subsistência familiar. Dessa forma há a inversão de papel social de assistido para assistente (LUZ et al., 2014; GÜTHS et al., 2017; SOUSA et al., 2018).

Assim, a escolaridade e a renda são fatores que influenciam fortemente a situação de saúde da população. Os idosos que possuem maior nível de escolaridade e renda são mais empoderados e independentes para o autocuidado, incluindo o uso correto de medicamentos, de meios de transporte e de comunicação, enquanto os de menor poder aquisitivo e intelectual, a maioria mulheres, estão mais suscetíveis às doenças e, conseqüentemente, necessitam de maior atenção à saúde (LUZ et al., 2014; SILVA et al., 2018).

Foram observados número elevados de idosos com companheiros e que convivem com familiares. Sentir-se amparado reflete positivamente no cuidado com a saúde bem como no suporte social principalmente em casos de internação, visto que o apoio das famílias com os idosos emerge das histórias vividas durante todo o processo de envelhecimento (BATISTA; CRISPIM, 2012). Assim, a presença do acompanhante familiar é de grande valia na recuperação do paciente geriátrico, pois constitui-se de demonstração de afeto, gratidão, e suporte emocional transmitindo força, tranquilidade e confiança durante o tempo de internação (CHERNICHARO; FERREIRA, 2015).

Observou-se resultados significativos de pacientes pardos e negros, sendo condizente com a resultados do IBGE ao afirmar que 53,9% da população brasileira é formada por pretos e, o Maranhão é o terceiro Estado brasileiro com maior número de pretos, perde apenas para Bahia e Rio de Janeiro (BRASIL, 2016).

Quanto a avaliação do perfil clínico, houve maior número de idosos internados para tratamento cirúrgico em relação aos pacientes para tratamento clínico. Acreditamos que o perfil de morbidade encontrado no hospital em estudo esteja relacionado à oferta de serviços de saúde da instituição, que atende as necessidades da população do município relacionadas à média e alta complexidade, através dos serviços de clínica médica e cirúrgica, sendo que a principal causa de admissão, foram as doenças cardiovasculares. Outro estudo realizado para avaliar o perfil clínico de idosos internados em um hospital beneficente com análise de 552 prontuários, aponta para maior número de internações em idosos devido a doenças do aparelho circulatório (CARVALHO; SILVA; SANTOS, 2015).

Na seqüência aparecem as de doenças gastrointestinais seguidas pelas doenças neurológicas e ortopédicas. Verificou-se que muitos possuem comorbidades crônicas (doenças de base) e com histórico de internações anteriores. Corroborando com os estudos de Fernandes et al. (2009); Mota et al. (2010); Cunha et al. (2014).

No tocante as comorbidades, destacam-se algumas doenças que são prevalentes na população de pretos e pardos como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e doenças cardíacas. A DM, é a quarta causa de morte e a principal causa de cegueira adquirida no Brasil atinge 9% mais que os homens brancos e entre as mulheres negras 50% a mais que em mulheres brancas. A HA atinge 10% a 20% dos adultos, é a causa direta ou indireta de 12% a 14% de todos os óbitos no Brasil. Entre as principais causas de morte, as doenças cerebrovasculares prevaleceram como a principal causa de morte entre a população negra (BRASIL, 2017).

As doenças cardiovasculares, são a principal causa de morbidade e mortalidade e elevam os gastos com internações no Sistema Único de Saúde (SUS) (PEREIRA, 2015). De acordo com estudos que avaliaram a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos não institucionalizados apontam a hipertensão arterial (HA) como principal fator de risco estando presente em cerca de 80% dos idosos investigados especialmente em mulheres a partir dos 60 anos ou mais. Assim, a HA constitui importante fator de risco para complicações cardiovasculares, estando diretamente relacionada com a incapacidade e perda de autonomia, o que leva a diminuição da qualidade e expectativa de vida do idoso (SOAR, 2015).

O Brasil vem sofrendo uma epidemia de doenças cardiovasculares, presente em mais de 60% dos idosos, sendo responsável por aproximadamente 9 milhões de mortes/ano em países em desenvolvimento com destaque para o Brasil. A hipertensão arterial, encontra-se frequentemente associada a outras doenças também altamente prevalente nessa faixa etária como a arteriosclerose o diabetes melito (DM), estar relacionada a ocorrência de acidente vascular encefálico (AVE), a doença coronariana, a insuficiência cardíaca congestiva e a insuficiência renal crônica conferindo a essa população alto risco para morbimortalidade cardiovascular (FREITAS; PY, 2017).

As doenças gastrointestinais aparecem como a segunda principal causa de internação hospitalar, resultados semelhantes também foram encontrados em um estudo realizado em um hospital escola localizado no norte de Minas Gerais (MG) com análise de 276 prontuários de idosos hospitalizados que apontam como principal causas de internação entre os idosos as doenças gastrointestinais, diferenciando apenas na ordem, ocupando o terceiro lugar (RABELO et al., 2010). Com o envelhecimento, o sistema digestório, sofre modificações estruturais e funcionais da boca ao reto, com perda do paladar, estreitamento do esôfago, redução na secreção de lipase e insulina pelo pâncreas, diminuição da metabolização de medicamentos pelo fígado, dificuldade de esvaziamento da vesícula biliar, enfraquecimento muscular no cólon,

alteração de peristalse, no reto e ânus são observadas redução da força muscular, e diminuição da elasticidade retal e da sensibilidade à sua distensão (CARDOSO, 2009).

Outros estudos realizados no Brasil, Cunha et al., (2014), Rodrigues, (2017), avaliaram o perfil clínico de idosos hospitalizado e, apresentam índices elevados de doenças gastrointestinais e é apontada como causa mais comuns de internação entre idosos do sexo masculino. Para Loyola et al., (2004), as doenças do aparelho digestivo correspondem a doenças cujo agravamento pode ser minimizado com adoção individual de hábitos de vida como redução do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, educação alimentar e atividade física.

Quanto aos demais dados clínicos apontados como fatores predisponentes a internação entre os idosos destaca-se as doenças neurológicas, ortopédicas, doenças endócrinas, reumatológicas e do sistema respiratório com destaque para a pneumologia. Estudos apontam resultados semelhantes ao estudarem o perfil clínico de idosos hospitalizados (RABELO et al., 2010; CARVALHO, et al., 2015).

Doenças do aparelho respiratório é bastante comum em pessoas de meia idade e idosos com história previa de tabagismo, pois o consumo de cigarro leva ao declínio da função pulmonar além do esperado pelo envelhecimento, cuja magnitude é proporcional a duração e a intensidade da exposição ao tabagismo e outros fatores individuais e externos que predispõe o aparecimento de DPOC (FREITAS, 2017).

Neste estudo foi identificado uso regular de medicamentos no domicílio que se justifica pelos declínios orgânicos próprios do envelhecimento, levando a população idosa ao aparecimento de multipatologias com isso, há uma tendência a um grande número de intervenções médicas e conseqüentemente o uso de uma vasta gama de medicamentos pela terceira idade. Estudos realizados estima-se que 23% da população brasileira consomem 60% dos medicamentos disponíveis no mercado (SECOLI, 2010; FREITAS, 2017).

os estudos Polifarmácia em geriatria de Silva e Silva (2012), Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional de Pereira et al., (2013), alertam para o risco de toxicidade cumulativa por fármacos advindos do uso de múltiplos medicamentos e que podem elevar a morbimortalidade dos idosos associados a efeitos indesejáveis como reações adversas, interações medicamentosas, erros de medicação e redução da adesão ao medicamento. A polifarmácia apresenta-se diretamente associada as reações adversas, podendo levar o idoso a quadros de incontinência urinária, confusão mental e quedas (PAGNO et al., 2015).

Assim, constatamos números elevados de relatos de quedas no último ano, o que corrobora com estudos de Luzia, Goes Victor e Lucena, (2014) ao pesquisarem Diagnósticos de Enfermagem para risco de quedas, sua prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados, constataram risco aumentado de quedas em pacientes com doenças

neurológicas, AVE e as doenças cardiovasculares por provocarem alterações nos pacientes decorrente do seu processo fisiopatológico e tratamento.

Eventos de quedas pode estar associada ao uso de múltiplos medicamentos, o que é condizente com os resultados da pesquisa no quesito uso regular de medicamentos e quantidade de medicamentos em uso no domicílio. Além dos medicamentos, existe outros fatores de risco que predispõe eventos de quedas como: fraqueza de membros inferiores, idade, sexo feminino, disfunção cognitiva, distúrbios de equilíbrio, artrose, história previa de AVE, hipotensão postural, tonturas e anemias. Quedas em pessoas idosas podem leva-la a incapacidades, injúria e morte podendo elevar o custo social principalmente quando o idoso tem diminuição ou perda de autonomia e independência (MORIGUCHI et al., 2013).

Resultados semelhantes estão descritos na literatura, que apontam como principais fatores de risco para queda o equilíbrio prejudicado, dificuldades na marcha, mobilidade física prejudicada, idade maior de 60 anos, estado mental diminuído e medicamentos que alteram o sistema nervoso central. Esses fatores de risco podem estar presentes de forma associada nos pacientes e, assim, aumentar a suscetibilidade do indivíduo para a queda (CORREA et al., 2012; MORAIS, et al., 2012).

Quanto ao tempo de internação hospitalar, houve prevalência superior a 11 dias de internação. O que implicará em custos elevados, com gastos de três a sete vezes maior do que se gastaria em outras faixas etárias (SILVA et al., 2015). Os riscos e complicações advindas de um período longo de internação, provocados pela imobilidade no leito, como é caso da formação de lesão por pressão (LP), piora das condições respiratórias e estresse pelo afastamento familiar. Além disso, o período prolongado de internação contribui para o estabelecimento de incapacidades, maior exposição a risco de infecção hospitalar o que repercute de forma negativa na recuperação das pessoas idosas (QUEIROZ et al., 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do perfil sociodemográfico e clínico de idosos hospitalizados em hospital de alta complexidade mostrou prevalência do sexo feminino, faixa etária entre 60 a 74 anos não brancos, com companheiro, escolaridade ≤ 4 anos, aposentados, renda pessoal e familiar ≤ 1 salário mínimo, a maioria dos idosos residem com familiares e são provenientes da capital. Com relação ao perfil clínico, evidenciou-se um percentual maior de pacientes cirúrgicos em relação aos pacientes clínicos com tempo de internação superior a 11 dias, as principais causas de internação foram as doenças cardiovasculares, seguidas pelas gastrintestinais e neurológicas, a maioria dos entrevistados possuem alguma doença de base com histórico de pelo menos uma internação anterior. Houve predomínio de idosos que fazia uso de algum medicamento contínuo.

A população idosa representa um importante contingente do total de internações hospitalares, os idosos do estudo revelaram significativa vulnerabilidade social, pois a maioria possui baixa escolaridade e baixa renda pessoal e familiar. As diferenças socioeconômicas desempenham importante papel nas condições de saúde em decorrência de vários fatores, como acesso ao sistema de saúde, grau de informação, compreensão do problema e adesão ao tratamento. O elevado percentual de comorbidades encontradas e o perfil clínico do grupo estudado sugere diagnóstico tardio e/ou tratamento insuficiente. O estudo evidenciou, com base em várias pesquisas, que as taxas de doenças cardiovasculares são maiores nas classes econômicas mais baixas.

Este estudo, permitiu reafirmar o perfil do idoso hospitalizado, apresentando dados que coincidem com outros estudos nacionais, espera-se que os resultados alcançados possam subsidiar ações de adequação dos serviços prestados nos cenários da pesquisa, esclarecendo aos profissionais que ali atuam, as características de uma parcela significativa de sua clientela que poderá favorecer a tomada de decisão coerente com as necessidades de saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. BADELL POMAR, Cecilia Carlota et al. Caracterización de ancianos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. **MEDISAN** Santiago de Cuba , v. 18, n. 4, p. 537- 543, abr. 2014 [acesso em 02 setb. 2018]. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n4/san11414.pdf>
2. BATISTA, N.C. & CRISPIM, N.de F. (2012, set.). A interferência das relações familiares no processo de envelhecimento: Um enfoque no idoso hospitalizado. **Revista Kairós Gerontologia**,15(5), 169-189. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Síntese de indicadores sociais 2016 – IBGE. Biblioteca.ibge.gov.br/visualização/livros/liv8120.pdf. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais>.
5. BRITO, M.da C.C., FREITAS, C.A.S.L., MESQUITA, K.O.de & LIMA, G.K. (2013, junho). Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**,16(3), pp.161-178. Online ISSN 2176- 901X. Print ISSN 1516- 2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 462 p.
7. CARDOSO, Andrea Ferreira. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. <http://www.efdeportes.com/Revista Digital> – Buenos Aires – Año 13– Nº 130 – Marzo de 2009. Disponível em:

- <http://www.efdeportes.com/efd130/idosos- uma-revisao-sobre-a- fisiologia-do- envelhecimento.htm>.
8. CARVALHO VL, Silva BMSD da, Santos JST dos. Idosos hospitalizados: perfil clínico e caracterização do serviço de fisioterapia. *Revista de Enfermagem. UFPE on line.*, Recife, 9(9):9224-9, set., 2015.
 9. COUTINHO, Maria Luciene Nobre et al. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergência. *Revista de rede de Enfermagem do Nordeste [em linea]* 2015, 16 (novembro-dezembro): [Acesso em: 4 de setb de 2018]. Disponível em: <http://www.redaly.org/articulo.oa?=324043261020>
 10. COUTO, Fernanda Bueno D’Elboux. (2015, Jun.). Cuidando do idoso no hospital e em internação domiciliar: o que há de diferente? *Revista Kairós Gerontologia*, 18(N.o Especial 19), Temático: “Abordagem Multidisciplinar do Cuidado e Velhice”), pp. 57-76. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. [Acesso em 04 setb 2018]; Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26598/19027>
 11. CUNHA Bárbara Silva e Silva et al. Perfil clínico e sociodemográfico de internação de idosos na unidade de emergência de um hospital geral. *Estud. interdiscipl. envelhec.* Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 189-200, 2014. [acesso em 07 setb 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/artigo_barbara.pdf
 12. CHERNICHARO, IDM; FERREIRA, MDA. Sentidos do cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2015;19(1):80-85. DOI: 10.5935/1414-8145.20150011 [acesso em 07 setb 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0080.pdf>
 13. ELIOPOULOS, Charlotte. *Enfermagem gerontológica/Charlotte Eliopoulos*: tradução: Regina Machado Garcês: revisão técnica: Vera Catarina C. Portella. – 7. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
 14. MORIGUCHI, Yukio. **Entendendo as síndromes geriátricas** / orgs. Yukio Moriguchi ...[et al.]. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.
 15. DÁTILLO, GMP de A; CORDEIRO, AP. **Envelhecimento humano** : diferentes olhares / Gilsonir Maria Prevelato de Almeida Dátילו, Ana Paula Cordeiro (orgs.). – Marília : Oicina Universitária ; São Paulo : Cultura Acadêmica, 2015. 296 p.
 16. ERVATTI, LR; BORGES, GM; JARDIM, ADP: *Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI / subsídios para as projeções da população.* – 3 ed. Rio de

- Janeiro: IBGE, 2015.
17. ESQUENAZI, D; SILVA, SRBD; GUIMARÃES, MAM. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, 2014;13(2):11-20 doi:10.12957/rhupe.2014.10124.
 18. FECHINE, BRA; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. ISSN: 1679-9844. Ed. 20, vol. 1, art.nº7, jan/Mar 2012. D.O.I: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>.
 19. FERNANDES, MGM; SOUTO, MC; COSTA, SFG; FERNANDES, BM. Qualificadores sócio- demográficos, condições de saúde e utilização de serviços por idosos atendidos na atenção primária. **Rev Bras Ciênc Saúde** 2009;13(2):13-20.
 20. FREITAS, EVD. **Tratado de geriatria e gerontologia** / Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. – 4. ed – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
 21. FREITAS, FASD et al. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. DOI: 10.1590/1809-2950/16205224032017. [Acesso em 06 de setb 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v24n3/2316-9117-fp-24-03-00253.pdf>
 22. FIGUEIREDO, MAD; TONINI, T. **Gerontologia: atuação de enfermagem no processo de envelhecimento** / Nébia, (organizadoras). –2. Ed. – São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.
 23. JACOB FILHO, W; KIKUCHI, EL. **Geriatria e gerontologia básicas** / [editores]. Wilson Jacob Filho, Elina Lika Kikuchi – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
 24. GÜTHS, JFS et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 175-185, Apr. 2017. [Acesso 06 Sept. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-
 25. HEINRICH, TBS. **O papel do enfermeiro no atendimento ao idoso no serviço de emergência**: revisão integrativa. Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência pelo Curso de Especialização da Universidade do Vale do Rio de Sinos – UNISINOS. Porto Alegre, 2017. Acessado em 08 set 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/6819>
 26. LOYOLA FILHO, AID et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília,

- v. 13, n. 4, p. 229-238, dic. 2004. [Acesso em 22 nov. 2018]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742004000400005&ln
27. LUZ, EPD; DALLEPIANE, LB; KIRCHNER, RM; SILVA, LAAD; SILVA, FPD; KOHLER, J; GOPINGER, E; CARLOT, JM. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol.**, Rio de Janeiro, 2014; 17(2):303-314. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00303.pdf>. Acesso em 16 de nov. 2018.
 28. LUZIA, MDF; GOES VICTOR, MAD; LUCENA, AF. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar.-abr. 2014;22(2):262-8 DOI: 10.1590/0104-1169.3250.241. disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf.
 29. MACHADO, Barbara de Souza. O cuidar do idoso no contexto familiar. (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
 30. MARCHIORI, GF; TAVARES, DMS. Mudanças nas condições de fragilidade e componentes do fenótipo em idosos após hospitalização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2017;25:e2905. DOI: 10.1590/1518-8345.1417.2905 [Acesso em 07 setb 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2905.pdf"25 e2905.pdf
 31. MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il. Moraes HCC, Holanda GF, Oliveira ARS, Costa AGS, Ximenes CMB, Araujo TL. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 jun;33(2):117-124.
 32. PAGNO, AR; OLIVEIRA, KRD; GROSS, BC; FREITAS, S. O risco do uso de medicamentos na terceira idade. Salão do conhecimento. **XX Jornada de Pesquisa.** UNJUÍ. 2015. Disponível: [file:///C:/Users/win10/Pictures/4620-1-20186-1-10-20150819%20\(1\)-%20polifarmacia.pdf](file:///C:/Users/win10/Pictures/4620-1-20186-1-10-20150819%20(1)-%20polifarmacia.pdf)
 33. PEREIRA, KG ; PERES, MA; LOP, D et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiologia.** ABR-JUN 2017; 20(2): 335-344. DOI: 10.1590/1980-5497201700020013
 34. PINHEIRO, FM; SANTO, FHE; CHIBANTE, CLP; et al. Perfil de idosos

- hospitalizados segundo Virginia Henderson: contribuições para o cuidado em enfermagem. *Care Online*. 2016 jul/set; 8(3):4789-4795. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4789-4795>
35. PIMENTA, Fernanda Batista et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2489- 2498, Aug. 2015. [Acesso em 03 Sept. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo/pdf/cscscript=sci_arttext&pid=S141381232015000802489&
 36. QUEIROZ DB; OLIVEIRA, LC de; ARAÚJO, CM de, et al. Perfil de internações de idosos em uma clínica de neurociências de um hospital público. 2015, nov. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.441>
 37. REIS, CCA, SENA, ELS, MENEZES, TMO. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. *Esc Anna Nery* [periódico na Internet]. 2016 [acesso em 02 setb. 2018];20(3):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160070.pdf>
 38. RODRIGUES, Camila Christina. Perfil e evolução clínica de idosos hospitalizados atendidos nas unidades de internação de um hospital de ensino. 2017. 65fl. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2017.
 39. SANTANA, Danielle Ferreira et al. (2015, janeiro-março). Perfil funcional de idosos hospitalizados por fratura proximal de fêmur. *Revista Kairós Gerontologia*,18(1), pp. 217-234. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. [Acesso em 03 setb 2018]; Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/26111/18745>.
 40. SANTOS ANTUNES, J de F; PINTO OKUNO, MF; BARBOSA, TLMC, et al. Avaliação da fragilidade de idosos internados em serviço de emergência de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem** [en linea] 2015, 20 (Abril-Junio) : [Fecha de consulta: 5 de diciembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647679004> >
 41. SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre gerontogerítrica envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerítrica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília (DF), v. 63, n. 6, p. 1035-9, nov-dez, 2010.
 42. SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. bras. enferm.* vol.63 no.1, Brasília. Jan./Feb. 2010.

43. SILVA W; Fernandes AM; Silva JKB; Rodrigues MMD; Oliveira JS; et al. Perfil de idosos hospitalizados em uma unidade de clínica de um hospital universitário. 4º CIEH 21 a 26 de set. 2015. Anais CIEH (2015) – Vol. 2, N.1 ISSN 2318-0854.
44. SILVA ME; CRISTIANISMO RS; DUTRA LR, et al. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2013 jan/abr; 3(1):569-576. [acesso 20 Set 2018]. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/336/406>
45. SILVA et al. Polifarmácia em geriatria. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 56 (2): 164-174, abr.-jun. 2012. [acesso em 03 de out. 2018]. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/revis.pdf>
46. SOAR, Claudia. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos não institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 385-395, jun. 2015. [Acessos em 01 dez. 2018]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-
47. SOUZA Isabela Cata-Preta et al. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar. **Rev Min Enferm.** [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 03 setb 2018]; aproximadamente 9 p.]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/916>
48. STURMER, J; BETTINELLI, LA; AMARAL, PP do et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos usuários das estratégias de saúde da família. **Rev enferm UFPE** on line., Recife, 11(Supl. 8):3236-42, ago., 2017. DOI: 10.5205/reuol.11135-99435-1- ED.1108sup201707. [Acesso em 07 setb 2018]. Disponível em: <file:///C:/Users/win10/Desktop/arquivos/Downloads/110189-59262-1- PB.pdf>
49. TOFFOLETTO, Maria Cecilia et al. Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 69, n. 6, p. 1039- 1045, dez. 2016. [acessos em 04 set. 2018]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext [HYPERLINK](#)

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / HUUFMA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
USUÁRIO/IDOSO

DESCRIÇÃO E OBJETIVO DO ESTUDO:

Caro(a) paciente, as informações abaixo estão sendo fornecidas para que a sua participação voluntária seja resguardada de dúvidas a respeito dos propósitos e benefícios que este estudo possa trazer. O estudo intitulado "**Cuidado à pessoa idosa: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar**", visa conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar. Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa contribuirá com a instituição onde será realizada, possibilitando que esta ofereça um serviço mais bem estruturado aos usuários.

RISCOS E DESCONFORTOS ASSOCIADOS AO ESTUDO

Os procedimentos a serem realizados (entrevista e exame clínico) têm risco mínimo e é garantido que danos previsíveis sejam evitados. Caso ocorra algum tipo de risco mínimo (como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário), será prestada assistência imediata ao participante como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso ainda aceite participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie. O pesquisador avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos, os benefícios do melhor regime, conforme determinações da Res. CNS/MS nº466/12.

BENEFÍCIOS

Participando deste estudo não haverá obtenção de qualquer benefício adicional, mas sim a contribuição para ampliar os conhecimentos, além da contribuição para pesquisa científica na área.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE

Todos os seus dados registrados nas fichas que serão preenchidas durante a pesquisa serão considerados sigilosos, ou seja, todo esforço será feito no sentido de resguardar o sigilo sobre os dados fornecidos por você, bem como dos resultados de seus exames.

DIREITO A RETIRADA DO ESTUDO

Será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem ocasionar prejuízo para continuidade de seu tratamento na instituição.

DESPEAS E COMPENSAÇÕES

Não haverá despesas pessoais, incluindo exames e consultas, bem como, não haverá compensação financeira durante sua participação neste estudo.

GARANTIA DE ACESSO AOS RESPONSÁVEIS PELO ESTUDO

Durante todas as etapas do estudo haverá acesso aos responsáveis em horário comercial.

O pesquisador principal é o Professor Enfermeiro Rafael de Abreu Lima, que poderá ser encontrado no endereço Avenida dos Portugueses, Cidade Universitária, Baganga. CEP: 65080-805, São Luís- MA e através dos telefones: (98) 99131-6153 ou (98) 4141-2350 email: rafael.abreulima@hotmail.com, ou ainda contactar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), Rua Barão de Itapary, 227- Centro- São Luís-MA, CEP: 65020-070. Telefone (98) 21091250.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação neste estudo é voluntária, caso recuse-a não haverá qualquer tipo de retaliação ou perda de direito ao tratamento na instituição. Terá também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas sempre que forem solicitados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias de igual teor e deverá conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante, caso o participante esteja impossibilitado de assinar, ou seja, analfabeto, usaremos a impressão digital.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Por estar devidamente informado (a) a respeito de minha participação neste estudo, tendo sido discutidos com os responsáveis quais os propósitos, desconfortos e eventuais riscos, de forma isenta de despesas, com garantia de confidencialidade e acesso ao tratamento; expresso o consentimento para minha inclusão, como sujeito, nesta pesquisa; mantendo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento sem perda do direito a acompanhamento nesta instituição.

_____ **ou**
Assinatura Paciente ou Representante Legal



Impressão Digital

Data:

Assinatura Pesquisador Responsável

Data:

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO CCBS / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – FAMILIAR/CUIDADOR

Número do Questionário: _____

Data da Coleta de Dados: ___/___/___

Horário de Início da Entrevista: _____

Horário de Término da Entrevista: _____

Nº	DADOS SOCIODEOGRÁFICOS	CÓDIGO
01	Identificação:	
02	Idade:	
03	Data de Nascimento:	
04	Sexo: (0) Feminino (1) Masculino	
05	Cor da Pele: (0) Branco (1) Pardo (2) Preto (3) Moreno (4) Outras	
06	Tempo Estudo: (0) 0 anos (1) 1 a 4 anos (2) 5 a 8 anos (3) 9 a 12 anos (4) + 12 anos	
07	Profissão/Ocupação:	
08	Procedência: (0) Capital (1) Interior (2) Outro Estado	
09	Estado Civil: (0) Solteiro (1) Casado/União Estável (2) Separado (3) Divorciado (4) Viúvo	
10	Religião: (0) Católico (1) Protestante (2) Espírita (3) outros (4) sem religião	
11	Condição Econômica: (0) Sem renda (1) Aposentadoria (2) Pensão (3) BPC (4) Outros	
12	Renda Mensal: (0) 0 a ½ SM (1) 1 SM (2) 2 a 4 SM (3) mais 5 SM	
13	Renda Familiar: (0) 0 a ½ SM (1) 1 SM (2) 2 a 4 SM (3) mais 5 SM	
14	Nº de pessoas que convive: (0) 0 (1) 1 a 2 (2) 3 a 5 (3) mais que 5	
15	Tipo de Vínculo com Idoso: (0) S/vínculo (1) Família (2) Amigo (3) Aderente (4) Empregatício (5) outros	
	HÁBITOS DE VIDA	CÓDIGO
16	Tabagismo: (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
17	Etilismo: (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	

18	Prática Atividade Física: (0) Não (1) Sim (99) Ignorado	
	ANTROPOMETRIA	CÓDIGO
19	Peso: Kg (antes da internação)	
20	Peso: Kg (atual)	
21	Altura: cm	
22	IMC: (1) Desnutrido (2) Eutrófico (3) Sobrepeso (4) Obesidade	
23	Circunferência Abdominal: cm (atual)	
24	Circunferência da Panturrilha E: cm(atual)	
25	Relação Cintura/Quadril: cm (atual)	
26	Relação Cintura/Estatura: cm (atual)	
	DADOS CLÍNICOS	CÓDIGO
28	Tempo que acompanha o Idoso: dias	
32	Doenças de Base: (1) HAS (2) DM (3) Cardiopatias (4) Doença Renal (5) Osteoartrose (6) Outros: _____	
37	Uso de Medicamentos: (0) Não (1) Sim*	
38	Quantidade de Medicamentos*: (1) somente 1 (2) 2 a 4 (3) + 5	

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO À PESSOA IDOSA: do nível de complexidade assistencial ao cuidado familiar em ambiente hospitalar

Pesquisador: Rafael de Abreu Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73416017.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.306.474

Apresentação do Projeto:

O Brasil encontra-se em processo de envelhecimento, com aumento gradativo de pessoas acima de 60 anos, resultante da redução da mortalidade e do aumento da expectativa de vida. E isso reflete uma tendência de aumento proporcional de 18,6% de idosos na população em 2030 e em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população uma terá menos de 60 anos de idade (BRASIL, 2007). Especula-se ainda que entre os anos de 2020 e 2060, haverá um aumento de 20%. E em 2055, os idosos superarão a população de crianças e jovens (IBGE, 2015). No envelhecimento podem surgir vários problemas de saúde relacionados às doenças crônico-degenerativas, perdas sociais, afetivas e financeiras. De acordo com a Constituição Brasileira de 1988 o direito à saúde é uma garantia a todo cidadão, sendo esse direito assegurado pelo Estado. E para o idoso, são necessárias políticas públicas consistentes por conta do alto custo do cuidado a pessoa nessa fase da vida (GOMES, 2005). Contudo, envelhecer não é sinônimo de doenças e dependência, porém favorece a redução da funcionalidade dos órgãos e sistemas do corpo humano predispondo a doenças clínicas, que associadas aos maus hábitos de vida, podem contribuir para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT (GOMES; BRITTO, 2011; REIS, 2013). E ao mencionar o envelhecimento saudável, um dos atributos essenciais é a funcionalidade, que é a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

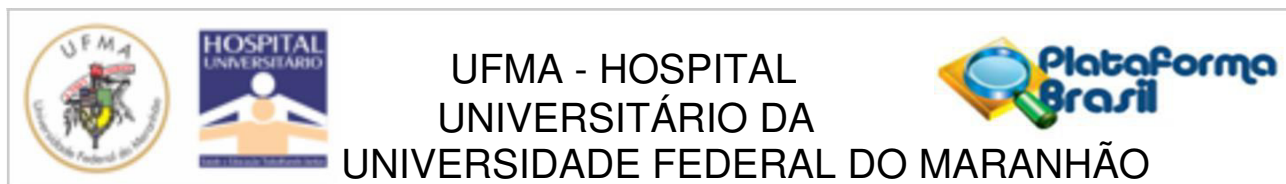
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

interação entre o desempenho físico e psicocognitivo para realizar as atividades do dia-a-dia e as condições de saúde, mediada pelas habilidades desenvolvidas ao longo da vida. Para os idosos, a boa funcionalidade está associada à independência e autonomia (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011). Paralelo ao processo de envelhecimento da população nota-se mudanças nas estruturas familiares, que são, em sua maioria, as principais provedoras do cuidado necessários aos seus membros idosos. E é no contexto familiar que os idosos encontram apoio para as diferentes situações com que se deparam, sendo assim, um elemento fundamental para o seu bem-estar. Atualmente, as famílias passam por novas configurações em relação ao surgimento de novos papéis e a longevidade tem proporcionado a convivência intergeracional, encontrando-se, por exemplo, até quatro gerações em uma mesma residência. Esse cenário demonstra que a família, mesmo com as mudanças frente a diversas situações, continua sendo um local importante de afetos e proteção aos idosos (BERGO, MALAGUTTI, 2010). Nas últimas décadas, por conta das transformações, tanto estruturais quanto funcionais, as famílias passaram a apresentar um quantitativo maior de idosos em sua composição. Assim, o suporte familiar fornecido ao idoso precisa ser revisto, a partir da perspectiva de que as famílias podem não estar preparadas para responsabilizar-se pela tarefa de cuidar do idoso, surgindo então a necessidade de avaliar a funcionalidade familiar (PAVARINI, 2009). Para que esse cuidado seja eficiente, é preciso que todos os membros familiares desempenhem tarefas e assumam papéis. Entretanto, nem sempre o funcionamento familiar ocorre de forma harmoniosa, ocasionando efeitos negativos que se refletem em desgaste no relacionamento entre cuidador e idoso, bem como conflitos familiares e até intergeracionais (BRASIL, 2005). Cicireli (2014) explicam que a assistência de enfermagem precisa ser planejada com a participação do idoso e de sua família, sempre procurando esclarecê-los acerca do processo de envelhecimento e suas implicações negativas, orientando-os quanto ao aprimoramento dos cuidados individuais, objetivando reduzir, na medida do possível, o seu grau de dependência. Ainda, a pessoa idosa exibe peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e sua avaliação de saúde deve ser realizada tendo como metas a identificação de problemas subjacente à queixa principal, o nível de complexidade assistencial, incluindo as avaliações funcionais, cognitivas e sociais, que interferem diretamente em sua saúde, seu grau de autonomia e de dependência (CICIRELI, 2014). O cuidado ao cliente pode ser influenciado por aspectos comportamentais ou basear na habilidade técnica, enquanto na visão do paciente, os atributos que ele considera mais importantes para um cuidado de qualidade estão voltados para aspectos interpessoais no relacionamento entre este e o profissional que presta o cuidado. Esses aspectos fundamentam-se em receber atenção por parte do enfermeiro,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAOLUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

amizade, que este seja bom ouvinte, além de capacidade, habilidade e ensino sobre o cuidado, bem como receber atendimento rápido às chamadas, respeito às necessidades, e ser envolvido no próprio cuidado tanto. A equipe de enfermagem ocupa um papel essencial na assistência, prestando cuidados específicos que vão desde a admissão até a alta hospitalar (CICIRELI, 2014). O cuidado em enfermagem requer um direcionamento específico para essa clientela. Para tanto, o profissional deve compreender as questões do processo de envelhecimento, facilitar o acesso do idoso aos diversos níveis de atenção, estar qualificado, além de estabelecer uma relação respeitosa com o idoso/família. Assim, é possível estabelecer um modelo de cuidado que permeia as mudanças próprias do envelhecimento associadas à sua experiência de vida e, com isso, propor ações cuidativas que considerem seu contexto de saúde e doença. Para tanto, o cuidado em enfermagem deve ser proporcionado de forma humana com base em uma abordagem integral, que valorize a individualidade do paciente e vislumbre uma assistência de qualidade, pautada numa relação empática (DRULLA, 2009).

Hipótese:

Conhecer o nível de complexidade assistencial dos idosos internados é fundamental para se prestar uma assistência de saúde adequada, em conjunto com acompanhantes e/ou familiares que muitas vezes dedicam-se integralmente ao cuidado para com a pessoa idosa.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorrerá no período de agosto de 2017 a agosto de 2018 nas Clínicas Médica que está dividida em Alas Feminina e Masculina e Cirúrgica dividida em Alas Cirúrgicas A, B e C (Neuro-Ortopedia) e Serviço de Nefrologia (Setor de Diálise). A amostra abrangerá a aproximadamente 200 usuários idosos e 200 acompanhantes/cuidadores. A coleta de dados ocorrerá após aprovação do comitê de ética, com usuários idosos que estiverem internados nas Clínicas Médica Cirúrgica e Serviço de Hemodiálise do Hospital Universitário da UFMA e seus familiares/cuidadores que consentirem em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE de forma escrita ou impressão datiloscópica, após leitura e esclarecimento de dúvidas. Os dados coletados para os usuários idosos ocorrerão no leito do usuário sem a presença do familiar/cuidador para minimizar possíveis vieses nas respostas dos sujeitos. Serão utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento é composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

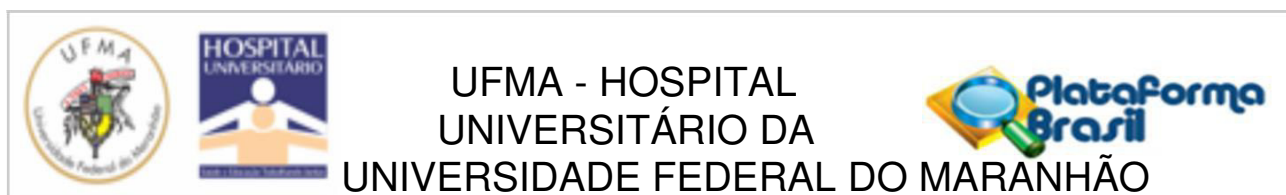
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e com quem reside) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométrico (peso anterior e atual, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal e da panturrilha esquerda, relação cintura quadril – RCQ, relação cintura estatura – RCE), sinais vitais (pressão arterial, glicemia capilar e queixa de dor), dados clínicos (dia de internação hospitalar – DIH, dia pós-operatório – DPO, diagnóstico médico, tratamento cirúrgico, doenças de base, internações anteriores e quantidade, eventos de queda e quantidade, uso de medicamentos no domicílio e quantidade, uso de medicamentos no hospital e quantidade). O segundo instrumento é composto pela avaliação da funcionalidade familiar através do APGAR de Família. Os dados coletados para os familiares/acompanhantes ocorrerão em local de privacidade e em momento oportuno e serão utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento é composto por dados sociodemográficos (identificação, idade, sexo, cor da pele, tempo de estudo, profissão/ocupação, procedência, estado civil, religião, condição econômica, renda mensal e familiar, número de pessoas que convive e tipo de vínculo com idoso) hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de atividade física), antropométrico (peso anterior e atual, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal, relação cintura quadril – RCQ, relação cintura estatura – RCE, dados clínicos (tempo que acompanha o idoso no hospital, doenças de base, uso de medicamentos no domicílio e quantidade). O segundo instrumento é Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI. Para classificar os usuários idosos internados o instrumento utilizado para classificação dos pacientes foi o proposto por Fugulin et al.

Critério de Inclusão:

Para os usuários idosos, os critérios de inclusão serão: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, internados Clínicas Médica, Cirúrgica e Setor de Diálise independente do diagnóstico médico e tipo de tratamento, que não apresente comprometimento cognitivo, que concordarem em participar da pesquisa. Para os familiares/cuidadores os critérios de inclusão serão: até três familiares/cuidadores por usuário idoso, de ambos os sexos, possuírem idade superior a 18 anos, vínculo familiar de primeiro e segundo grau de parentesco ou relacionam ento/união estável ou casados, que ficam mais de 6h/dia com o acompanhante/cuidador, que residam no mesmo domicílio, que não apresente comprometimento cognitivo, que concordarem em participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Para os usuários idosos os critérios de exclusão, usuários idosos com alta hospitalar programada para o dia da coleta. Para os familiares/cuidadores os critérios de exclusão ser cuidador

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

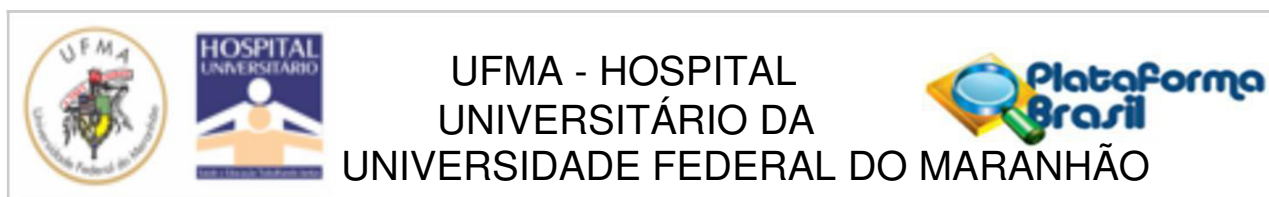
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

profissional e com vínculo empregatício com o

idoso **Metodologia de Análise de Dados:**

Os dados coletados serão armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft EXCEL®. As variáveis quantitativas serão descritas por média e desvio padrão (média \pm DP) e as qualitativas por meio de frequências e porcentagens. Os dados serão analisados no programa STATA 12.0® e qualquer associação entre as variáveis estudadas serão determinadas pelo valor de p do teste do qui- quadrado de

Pearson e o nível de significância adotado será de

5%. Desfecho Primário:

Estima-se que esta pesquisa venha contribuir para conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar;

Tamanho da Amostra no Brasil: 400

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar;

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os usuários idosos internados e familiar/cuidador no que tange aos aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, antropométricos e clínicos;
- Verificar a funcionalidade familiar dos idosos internados utilizando o questionário APGAR familiar;
- Mensurar a sobrecarga do familiar/cuidador informal de idosos internados, utilizando o -
- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI);
- Classificar os usuários idosos internados segundo o nível de complexidade da assistência de enfermagem através do Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Fugulin.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador esta pesquisa envolve riscos mínimos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, conforme a Resolução CNS 466/12, item II. 22. Para assegurar a proteção do participante desta pesquisa, o mesmo não precisará informar

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

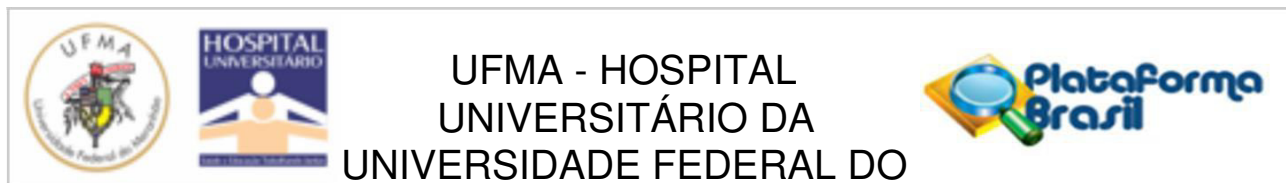
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

seu nome ou qualquer informação que o identifique. Os possíveis desconfortos ou riscos esperados para esse estudo são o tempo destinado às avaliações. Contudo, entende-se o quanto é delicado falar sobre as particularidades familiares de cada indivíduo. Qualquer pesquisa com seres humanos envolve riscos. Entretanto, os pesquisadores se dispõem a minimizar os riscos decorrentes desse estudo, mantendo o anonimato dos participantes, identificando-os por códigos e guardar todos os instrumentos utilizados para coleta de dados em local seguro e assim evitar a quebra de sigilo de suas identidades. Quanto aos benefícios, o pesquisador propõe benefício indireto pois visa expandir os conhecimentos acerca do nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar com os idosos em ambiente hospitalar.

Almeja-se através dessa pesquisa entender melhor as ações que podem resultar em mudanças no modo de atendimento dos serviços de saúde, direcionamento de políticas públicas e estratégias que garantam a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo possui relevância científica e social por contribuir para conhecer o nível de complexidade assistencial, cuidado e funcionalidade familiar para com os usuários idosos em ambiente hospitalar, além de enriquecer a literatura sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_971756.pdf	07/08/2017 12:57:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	07/08/2017 12:56:51	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	FUGULIN.doc	02/08/2017 17:16:21	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	APGARFamiliar.doc	02/08/2017 17:15:57	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	QASCI.doc	02/08/2017 17:15:18	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	MEEM.docx	02/08/2017 17:14:44	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comic2.pdf	02/08/2017 17:13:36	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	comic1.pdf	02/08/2017 17:13:18	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Outros	Instrumentocuidador.docx	02/08/2017 17:12:14	Rafael de Abreu Lima	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

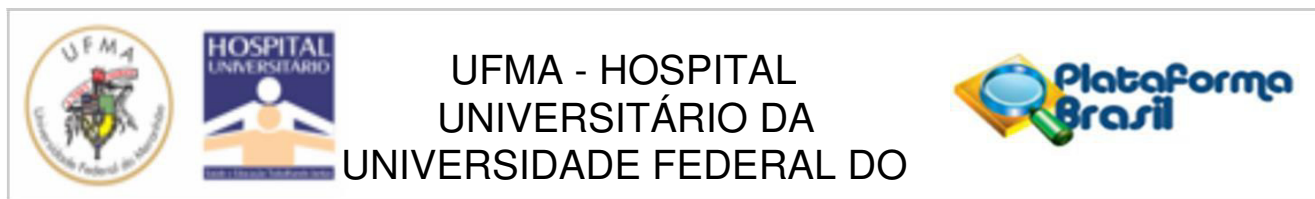
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Outros	Intrumentousuario.doc	02/08/2017 17:09:09	Rafael de Abreu Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCuidador.docx	02/08/2017 17:08:31	Rafael de Abreu Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCusuario.docx	02/08/2017 17:07:02	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	02/08/2017 17:03:54	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	02/08/2017 17:03:03	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CreditoPublica.pdf	02/08/2017 17:00:49	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromisso.pdf	02/08/2017 17:00:36	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ResponsabilidadeFinanceira.pdf	02/08/2017 17:00:12	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anuencia.pdf	02/08/2017 16:59:52	Rafael de Abreu Lima	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	02/08/2017 16:55:29	Rafael de Abreu Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 29 de Setembro de 2017

Assinado por:

**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)**

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br