

EMESCAM - BIBLIOTECA

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA – EMESCAM

HÉBER DE SOUZA LAUAR
NATHÁLIA BERMUDEZ ALVES DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS
INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

VITÓRIA

2009

HÉBER DE SOUZA LAUAR
NATHÁLIA BERMUDES ALVES DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS
INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.
Orientadora: Prof^a. Kariny Gobbi Bená.

VITÓRIA
2009

HÉBER DE SOUZA LAUAR

NATHÁLIA BERMUDES ALVES DA SILVA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS
INTERNADOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 03 de Dezembro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA

Kariny Gobbi Bená
Profª Kariny Gobbi Bená
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

Fabiola Mesquita Callegari
Profª Fabíola Mesquita Callegari
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Francine Alves Gratival Raposo
Profª Francine Alves Gratival Raposo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de agradecer a Deus que incondicionalmente tem nos fortalecido ao longo de toda esta jornada que finda uma etapa tão importante de nossas vidas.

A nossa orientadora, Prof^a. Kariny Gobbi Bená, por seu acompanhamento ao longo deste projeto, demonstrando sempre responsabilidade e comprometimento.

Aos nossos pais e familiares que sempre estiveram ao nosso lado nos momentos mais difíceis dessa caminhada e por seu incansável apoio.

Aos idosos que se disponibilizaram a dar entrevistas tão ricas para este estudo, as quais nos possibilitaram um crescimento pessoal e profissional.

Ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, por ter sido nossa segunda casa ao longo desses quatro anos e ter se tornado o local de referência para a realização deste trabalho.

Aos nossos colegas da turma 2006/1, por todos os momentos que passamos, pelas dificuldades que foram superadas, assim conquistando esta vitória.

Enfim, a todos aqueles que acreditaram e que contribuíram para a concretização deste trabalho, que simboliza o ápice da nossa formação acadêmica.

"Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres". Sêneca

RESUMO

Trata-se de um trabalho que tem como objetivo principal traçar o perfil epidemiológico dos pacientes idosos internados na Clínica Médica do hospital da Santa Casa de Misericórdia. Procurou-se abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social, que possibilitasse o desenvolvimento de um nível de análise em que se permitem identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação.

A população estudada foi de 60 pacientes idosos, que se encontravam internados nas enfermarias durante o período da pesquisa, que foi de um mês. Utilizou-se no trabalho como instrumento de coleta de dados um formulário com perguntas estruturadas para entrevista com os pacientes idosos ou com seu responsável ou cuidador formal que estiveram lotados nas enfermarias pesquisadas no presente estudo.

A partir das entrevistas foram traçados os perfis epidemiológicos dos idosos, onde foi observado que os participantes da pesquisa eram em sua maioria homens (53,3%), com idade entre 70 a 79 anos (45%), casados (51,6%), aposentados (55%), sobressaindo os pacientes oncológicos (31,6%), em sua maioria hipertensos (65%) e com um tempo de internação de 1 a 7 dias (51,6%), além de outros indicadores também pesquisados.

Conclui-se portanto, que é iminente a necessidade de aprimoramento para lidar com um público que requer cuidados especiais e que cresce a cada dia.

Palavras-Chave: Idoso, Epidemiologia, Hospitalizado.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 4 |
| 2 OBJETIVOS | 6 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 6 |
| 2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO..... | 6 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 7 |
| 3.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO..... | 7 |
| 3.2 VELHICE..... | 9 |
| 3.3 PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS DA POPULAÇÃO IDOSA..... | 9 |
| 3.4 PERFIL DO IDOSO HOSPITALIZADO..... | 10 |
| 4 METODOLOGIA | 14 |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO..... | 14 |
| 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO..... | 14 |
| 4.3 POPULAÇÃO ALVO..... | 14 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO..... | 15 |
| 4.5 SUJEITOS DO ESTUDO..... | 15 |
| 4.6 COLETA DE DADOS..... | 15 |
| 4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS..... | 15 |
| 4.8 RESULTADOS ESPERADOS..... | 16 |
| 4.9 ANÁLISE DE DADOS..... | 16 |
| 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS | 17 |
| 6 CONCLUSÃO | 27 |
| 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 27 |
| 8 APÊNDICES | 31 |
| APÊNDICE A..... | 32 |
| APÊNDICE B..... | 33 |
| APÊNDICE C..... | 35 |
| 9 ANEXOS | 36 |
| ANEXO 1..... | 37 |

1 INTRODUÇÃO

No último século pudemos observar transformações significativas nas condições sócio-econômicas e de saúde da população brasileira e, conseqüentemente, na sua estrutura demográfica, acarretando alterações na pirâmide etária da população. A partir da década de 60, com o advento dessas mudanças, constatamos um conseqüente envelhecimento, que foi ocasionado pela tendência à diminuição da mortalidade e da fecundidade, e pelo aumento da expectativa de vida.

Hoje, o envelhecimento populacional, é um proeminente fenômeno mundial. No Brasil, pode ser exemplificado pelo aumento da participação da população idosa maior de 60 anos no total da população nacional: de 4% em 1940 para 8,6% em 2000, lembrando que está se considerando o idoso, a população de 60 anos e mais, tal como estabelecido na Política Nacional do Idoso. Nos últimos 60 anos, a população idosa aumentou nove vezes. Em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Segundo pesquisas em 2020 a população com mais de 60 anos será de 30,9 milhões, vindo a constituir 14% da população brasileira. (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

O aumento da população dos idosos, tanto em quantidade, quanto em proporção, tem criado vários problemas sociais, políticos e econômicos. Mais velhos significa um maior custo e gasto médico-sociais, uma necessidade de suporte familiar e comunitário, uma probabilidade de cuidados de longa duração já que há prevalência de doenças crônicas, seguidas de algumas incapacidades (NETTO, 2005).

Várias pesquisas como nos aponta Motta (2001), mostram que qualquer que seja o indicador avaliado na qualidade de vida dos idosos, eles apontam para maior utilização de serviços de saúde e custos elevados, quando comparados com populações jovens.

Em função desses números a hospitalização de pessoas idosas passou a ser um motivo preocupante para os profissionais de saúde, principalmente por causa dos possíveis riscos, a chance de complicações, tempo das internações e os custos

altos que surgem com todos esses indicadores. Em função da problemática do idoso hospitalizado vemos um número de profissionais que se preocupam apenas com o exercício de medidas curativas e esquecem de gerenciar situações que vão aparecendo durante o tratamento como conflitos familiares ou problemas sociais em que esse idoso vive.

Dados do Sistema Único de Saúde mostram que a população idosa na década de 90 representou 14,7% das internações, com gasto médio chegando a ser 60% superior quando comparados com crianças e jovens. Os números obtidos em março de 1997 apontam que os grupos com 60 anos ou mais absorveu 21% dos recursos destinados aos pagamentos com internações hospitalares (CHAIMOWICZ, 1997).

Com isso, surge uma necessidade grande de se entender determinadas vertentes que permeiam a prestação de atendimento ao paciente idoso. Uma das maneiras de buscar informações do sujeito a ser estudado é a avaliação de dados epidemiológicos, a fim de se conhecer peculiaridades que possam ser úteis no tratamento, na reabilitação e na prevenção de eventos para o idoso.

Segundo Netto (2005), a epidemiologia, certamente, vai nos ajudar a ter uma visão melhor do processo de envelhecimento e assim nos permitirá traçar um plano de cuidados mais adequados às necessidades dos idosos.

Sabendo que a faixa etária geriátrica apresenta várias peculiaridades biológicas, sociais e psicológicas, e, indiscutivelmente, o grupo etário que mais cresce, surge uma tendência global de buscar cada vez mais informações para nos cercarmos de compreensão e formas de adaptação a esse segmento populacional em ascensão. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes idosos internados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia em Vitória, para se conhecer dados a respeito dos mesmos, a fim de que possamos programar melhor as ações desenvolvidas com os grupos da terceira idade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes idosos internados na Clínica Médica de um hospital filantrópico de Vitória.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as causas de internação do paciente idoso lotados na clínica médica de um hospital filantrópico de Vitória;

- Conhecer dados para identificação e caracterização do paciente idoso hospitalizado;

- Conhecer o tempo de internação que o paciente idoso está exposto;

- Conhecer o diagnóstico de doenças principais e co-morbidades associadas desse paciente idoso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Nas últimas décadas começamos a observar um aumento da população idosa no mundo. Segundo Pinheiro (2006) as projeções apontam que, até 2050, o número de idosos deve triplicar em todo o mundo, chegando a 2 bilhões de pessoas.

Camarano (2002), citado por Camarano, Kanso e Mello (2004), mostra que a população idosa teve um aumento devido a dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje, e a queda da mortalidade da população idosa. A diminuição da fecundidade modificou a distribuição etária da população maior de 60 anos no Brasil, fazendo com que esta população total, resulta-se no envelhecimento da população pela base. Por outro lado, a redução da mortalidade trouxe o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, causando o seu envelhecimento.

Observa-se também um terceiro processo, a concentração da população idosa nas áreas urbanas, o que tem acontecido de uma maneira mais intensa do que no resto da população. Desde 1970, as mulheres têm sido responsáveis pelo aumento do número de idosos nas áreas urbanas. Em 2000, a razão de sexos da população idosa variou entre 75,9% nas áreas urbanas e 111,9% nas rurais. Nesta última, a razão tem sido declinante. Embora não haja diferenças importantes entre a mortalidade rural e urbana, os níveis mais elevados da primeira não podem ser descartados como um dos fatores responsáveis pelo maior número de idosos vivos nas cidades. Mas, é a migração rural-urbana com o predomínio da população feminina que deve explicar este processo (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004).

Um fator que nos chama a atenção nos números do envelhecimento populacional é a feminização desse envelhecimento. Atualmente, os dados mostram que no Brasil as mulheres vivem, em média, cinco anos mais que os homens. Veras, citado por Netto (2005) afirma que além das diferenças biológicas, existem outras explicações. Primeiramente a diferença de exposição aos fatores de risco, já que as mulheres

antigamente trabalhavam mais em ambientes domésticos, aparentemente mais seguros. Segundo, diferença no consumo de álcool e fumo, pois os homens idosos de hoje consomem e consumiram tais drogas muito mais que as mulheres idosas; Fumo e álcool estão associados a várias doenças que aumentam a taxa de mortalidade. Terceiro, diferença de postura com relação às doenças, as mulheres sempre fizeram o uso mais freqüente dos serviços de saúde e estão sempre mais interessadas em informações sobre a saúde, o que leva a diagnósticos precoces e tratamentos adequados. Por último, o atendimento médico-obstétrico, com assistência ao pré-natal e ao parto.

O envelhecimento causa muitos impactos para o indivíduo e a sociedade. O primeiro impacto notório para o indivíduo se caracteriza pela perda de seus papéis sociais e também pela sensação de inutilidade. Já para a sociedade, um grande impacto é a divisão dos recursos. O aumento do número de idosos traz novas necessidades. Ao mesmo tempo, há um grande número de crianças e adultos jovens com as mesmas demandas (alimentação, emprego, moradia). Isso acaba gerando uma competição de recursos entre jovens e idosos. Para a área de saúde, o primeiro impacto que o envelhecimento traz é a mudança nas causas de morbimortalidade. Doenças infecto contagiosas deram lugar a doenças crônico-degenerativas como a principal causa da mortalidade. As doenças crônicas não podem ser resolvidas rapidamente; aliás, para a maioria, não existe cura, obrigando os portadores a buscar os serviços de saúde com mais freqüência, assim tendo uma necessidade aumentada de recursos materiais e humanos, e conseqüentemente de recursos financeiros (NETTO, 2005).

Segundo Veras (2009), o aumento da expectativa de vida é um desejo de qualquer sociedade. Mas, só pode ser considerado como uma conquista na medida em que se proporcione qualidade aos anos adicionais de vida. Sendo assim, toda política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto-satisfação. Deve também abrir espaço para a possibilidade de atuação em várias áreas sociais e de construção de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.

3.2 VELHICE

Ramos (2003), além de apresentar a velhice como a fase em que a pessoa perde a autonomia, afirma que os idosos brasileiros de baixa renda engajam-se em arranjos multigeracionais. Nos dados de seu trabalho percebe-se que, idade, sexo, hospitalização, perda cognitiva e dependência constituem fatores de risco para mortalidade. Já o grau de incapacidade, auto-avaliação subjetiva, sedentarismo, edentulismo, quedas, acidente vascular cerebral (AVC), incontinência urinária, consultas médicas nos últimos seis meses e depressão configuram-se em fatores de risco para morbidade.

Segundo Freitas et. al (2006), o envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, ainda são uma das preocupações da humanidade desde o começo da civilização. A velhice é a última fase, e que caracterizam-se pela diminuição da capacidade funcional, de trabalho e da resistência, entre outras, estão associadas com a perda dos papéis sociais, perdas psicológicas, motoras e afetivas. Na maioria das pessoas essas perdas somáticas e psicossociais tornam-se mais evidentes a partir da terceira década de vida ou pouco mais, ou seja, muito antes da idade cronológica que marca o início da velhice.

Deve ser deixado claro que, por meio de características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, pode ser anunciado o começo da velhice. Se o início desta fase é indefinido, e, portanto difícil tentar fixá-lo, talvez a maior dificuldade esteja nas variadas formas como a sociedade enxerga o fenômeno e o idoso: preconceituosa com quem tem origem em classes sociais baixas e benevolentes com os que se encontram numa posição mais elevada na sociedade (NERI, 2001).

3.3 PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS DA POPULAÇÃO IDOSA

Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004), as principais causas de morte no ano de 2000 foram: doenças do aparelho circulatório (35,5% dos óbitos masculinos e 38,2% dos femininos); sinais e sintomas, achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (16,8% para ambos os sexos); neoplasias; doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e

metabólicas (6,4%). Esses fatores foram responsáveis por 85,5% dos óbitos de idosos do sexo masculino e entre as do sexo feminino o percentual foi de 87,6%, o que mostra que não existem grandes diferenças entre os sexos.

Além da queda dos níveis de mortalidade da população brasileira, notou-se também uma alteração no perfil das causas de morte. Notou-se um aumento a proporção de óbitos típicos de uma população mais envelhecida. Entre eles, doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias. Observou-se também um aumento da mortalidade por causas externas (como por exemplo, homicídios, acidentes de trânsito, quedas, afogamentos dentre outros), que atinge a população mais jovem. Por outro lado, verificou-se a queda das mortes por doenças infecciosas e parasitárias. Em 1980, elas representavam 9,2% do total de mortes, sendo a quarta principal causa de mortes do país. Em 2000, passaram a ser responsáveis por apenas 4,5% do total de óbitos, passando a ser a oitava causa em importância no total de óbitos (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

3.4 PERFIL DO IDOSO HOSPITALIZADO

Segundo Lebrão e Laurenti (2005) é preocupante a avaliação do estado de saúde dos idosos, pois está diretamente relacionado a uma baixa qualidade de vida, com influência do gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade. Essa realidade deve servir de alerta aos planejadores de saúde para que seja adequada a oferta de serviços para a população idosa de hoje e os que virão. Atualmente, o fato importante em relação à velhice está, portanto, relacionada ao equilíbrio entre as necessidades e as exigências mínimas dos idosos e a capacidade assistencial disponível para atendê-los, em nível familiar ou coletivo, pois, nessa fase da vida, tais aspectos adquirem características especiais.

Segundo Netto (2005), os dados da PNAD-81 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1981) mostram que quando comparamos os idosos com outros grupos etários, notamos que eles se internam mais, se reinternam mais vezes no mesmo ano e continuam internados por um tempo maior em cada internação. Além disso, os

idosos usam os serviços de saúde com mais frequência que o resto da população. O que preocupa o Estado é que esses atendimentos são feitos na rede pública ou na privada, vinculada a Previdência oficial, sem ter um enfoque maior na prevenção, o que poderia reduzir a pressão sobre os serviços de saúde. Os governantes têm que perceber que é inevitável o aumento de recursos para a saúde, à medida que ocorre o crescimento da população idosa. E aumenta também a necessidade de investimentos na área social, pois pacientes crônicos requerem um suporte de longa duração, com serviços comunitários e uma rede de apoio bem organizada, para que consigam dar assistência as famílias desses idosos. É preciso estar atento ao envelhecimento populacional e planejar com cuidado as políticas para o segmento idoso, de modo que os poucos recursos disponíveis sejam usados da maneira mais eficaz possível.

O aumento da expectativa de vida traz com ele o aumento de doenças crônicas, o que necessita de uma melhoria na saúde e nos planos de cuidados para os pacientes idosos. Segundo Freitas et. al (2006), as doenças crônico-degenerativas necessitam de um acompanhamento constante. A equipe deve ser preparada para realizar uma abordagem ao paciente idoso, dando ênfase a uma avaliação funcional. Dessa maneira, é possível fazer um acompanhamento e controle dessas doenças crônicas, reduzindo o risco de incapacidades e proporcionando ao paciente, a melhoria da sua saúde. Depois de identificadas as condições funcionais deste paciente idoso, ligadas ou não as co-morbidades, é possível então traçar um plano de cuidado, visando o tratamento das doenças diagnosticadas, assim impedindo o seu agravamento e retardando limitações funcionais.

O estudo de Paixão Jr. e Reichenheim (2005), relata que muitos pesquisadores estão repensando o modo de atendimento a população idosa, e no meio destas discussões surgem alguns conceitos de atendimento interdisciplinar, tais como a Avaliação Geriátrica Ampla – AGA, que faz uso de métodos sistemáticos. Esta avaliação tem como base o trabalho da equipe interdisciplinar, visando um tratamento e acompanhamento a longo prazo. Os fatores mais estudados na AGA são o estado funcional, mental e social. Sendo a parte funcional a mais importante desta avaliação.

Fried e Cols. (2001), citado por Freitas et. al (2006), afirmam que a fragilidade do idoso podem ser caracterizadas por vários sintomas, como perda de peso, fraqueza, fadiga, redução da ingestão alimentar. Além desses, outros sinais de fragilidade são a sarcopenia (que consiste na diminuição de massa muscular), dificuldades de equilíbrio e marcha, osteopenia (diminuição de massa óssea). Cada característica citada é altamente preditiva de vários desfechos clínicos relacionados a fragilidade e que incluem um declínio funcional, institucionalização e mortalidade.

É quase impossível ter uma versão da história do paciente idoso frágil. Isto ocorre a apresentação das patologias são, de modo geral, atípicas. Os geriatras usaram por muito tempo o que Isaacs denominou de "gigantes da geriatria" (incontinência, imobilidade, perda de equilíbrio, prejuízo cognitivo e doenças iatrogênicas), que eram caracterizadas por serem apresentações "silenciosas" ou "atípicas" das doenças. Entretanto, é necessário um novo adjetivo: em um estudo, delírio, quedas, imobilidade e incontinência foram os achados mais comuns nesses pacientes, portanto manifestações atípicas de doenças agudas são típicas neste grupo. Na geriatria o exame físico é muito importante, já que os idosos geralmente apresentam diversos sinais e sintomas. Na verdade, a manobra mais valiosa é a avaliação da capacidade funcional, estimando-se o sentar, andar, ficar em pé. Outro procedimento importante é a aferição da pressão arterial na posição deitada e em pé. Nos acamados, um exame rigoroso dos pontos de pressão, são importantes para prevenir úlceras de decúbito (FREITAS et. al, 2006).

O referido autor define os idosos fragilizados como indivíduos com mais de 65 anos, que tem dependência de terceiros para as atividades de vida diária, geralmente moram em instituições, não tem capacidade de movimento, fazem uso de diversos medicamentos. Geralmente ficam restritos ao leito e por causa desta restrição adquirem ou evoluem para outras complicações, que podemos chamar de síndrome de imobilização (SI), que consiste em um complexo de sinais e sintomas que resultam da supressão dos movimentos articulares, e tendo como conseqüência, a incapacidade de mudança postural. A SI é uma fase em que a qualidade de vida chega em um estado degradante, a vida chega ao limite do tolerável a aceitável. Mesmo assim, cabe a equipe multidisciplinar o maior empenho possível, não apenas

querendo salvar uma vida, mas também trazer o máximo de conforto para aquele que está perto do fim.

Com os avanços da medicina e conseqüentemente nas condições gerais de vida da população, conseguiu-se elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo estudos do IBGE, o país continuará ganhando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60) (IBGE, 2008). Com o aumento da população senil, torna-se inquestionável a importância de programas integrados a saúde do idoso. É de fundamental importância serviços de atenção a saúde na comunidade e nos seus domicílios. Na defesa desses serviços muitos documentos defendem que a assistência em regime de internato é questionado em outros países, mais avançados, já que se tem altos custos e uma difícil manutenção (FREITAS et. al, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é do tipo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. O trabalho descritivo procura abranger aspectos gerais e amplos de um contexto social, possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se permitem identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação (OLIVEIRA, 2004). A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para elaboração de uma pesquisa, objetiva oferecer informações sobre o objeto de pesquisa e orienta a formulação de hipóteses (RIBEIRO, 2004).

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas enfermarias Santa Izabel e São José do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, que se localiza na rua Dr. João dos Santos Neves, nº 143, Bairro Vila Rubim, Vitória – ES. As enfermarias do estudo atendem a especialidade de clínica médica e tem como perfil um número elevado de pacientes geriátricos, por isso foram eleitas para o desenvolvimento do estudo. A enfermaria Santa Izabel possui 40 leitos e a enfermaria São José possui 23 leitos, sendo que 4 são destinados exclusivamente ao paciente idoso.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

A população estudada foi de 60 pacientes com idade superior a 60 anos, que se encontravam internados nas enfermarias durante o período da pesquisa, que foi de 30 dias.

De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), considera-se no Brasil, a pessoa com mais de 60 anos.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da amostra os pacientes que estiveram internados e não preencheram o critério da idade, acima de 60 anos, ou que não tiveram condição de responder as perguntas do pesquisador, por prejuízo mental, salvo os que tiveram o acompanhamento de um responsável ou cuidador formal.

4.5 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram todos os pacientes que não preencheram os critérios de exclusão e que aceitaram participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4.6 COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário (APÊNDICE A) com perguntas estruturadas para entrevista com os pacientes idosos ou com seu responsável ou cuidador formal que estiveram lotados nas enfermarias supracitadas. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores do estudo.

O material coletado ficará guardado sob responsabilidade do autor deste projeto, por quem serão mantidas a privacidade e a confidencialidade totais dos dados obtidos. O material coletado ficará guardado por um período de cinco anos e após, será destruído.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para cumprimento dos aspectos legais e éticos de um estudo envolvendo seres humanos, foram observadas a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética da

Pesquisa (CONEP) e as normas de bioética (BRASIL, 1996). Com essa visão foi feito um Termo de Consentimento para Instituição solicitando a coordenação do serviço a realização da Pesquisa (APÊNDICE C).

Após a autorização, o projeto foi encaminhado para a Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM para a análise e aprovação, e em seguida foi iniciada a coleta de dados.

4.8 RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos com este estudo colaborar com um melhor atendimento ao paciente idoso uma vez que buscamos traçar o perfil do paciente que busca o Hospital da Santa Casa de Misericórdia como referência para o seu atendimento.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

Para análise e interpretação dos dados quantitativos, a técnica utilizada foram planilhas de Excel.

5 ANÁLISE DE DADOS

Foram entrevistados, 60 pacientes com idade superior a 60 anos, que se encontravam internados nas enfermarias pesquisadas no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. A análise foi descritiva utilizando os dados tabulados no programa Excel, representado através dos gráficos a seguir.

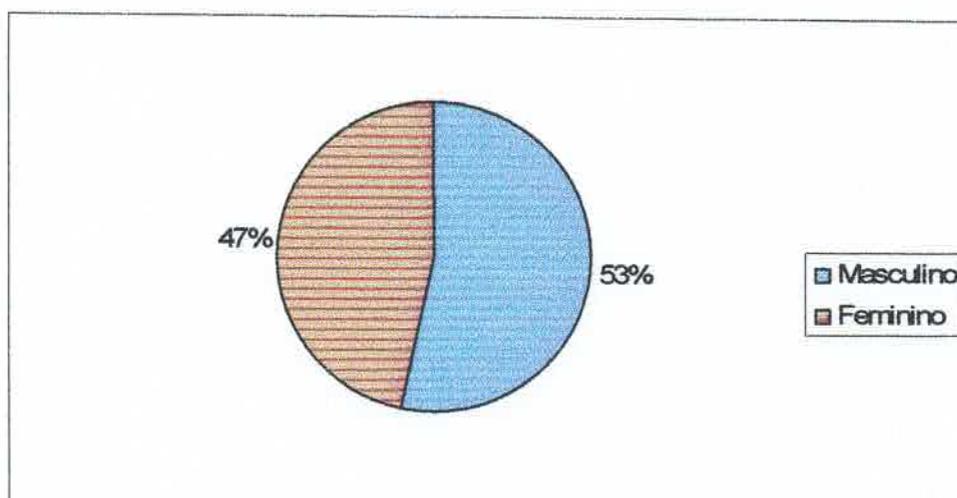


Gráfico 1 - Sexo dos Idosos Internados

Dos 60 pacientes pesquisados, o sexo masculino foi predominante com 53% da amostra, o que é reforçado por Netto (2005), que tem como resultado em sua pesquisa 72,6% de idosos homens. Santos et al. (2007), também comprova a prevalência maior dos indivíduos deste sexo, com 53,1%. Em contra partida, Linhares et al. (2003) observou em sua pesquisa que 67,3% da amostra eram do sexo feminino, o que seria esperado tendo em vista que segundo o IBGE, aproximadamente 55% da população brasileira idosa é de mulheres.

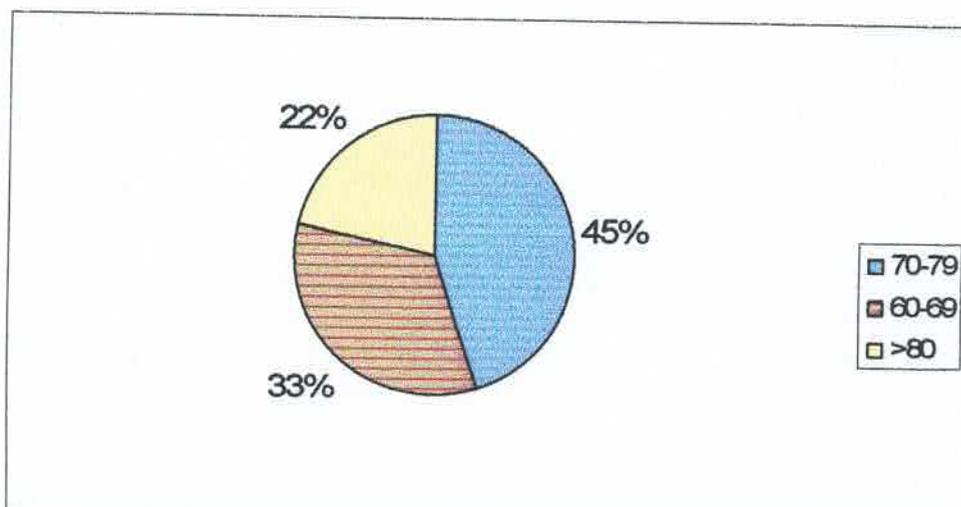


Gráfico 2 – Faixa Etária dos Idosos Internados (em anos)

De acordo com o gráfico 45% da amostra são de idosos com idades entre 70-79 anos, 33% de 60-69 anos de idade. Assim como no estudo feito por Danilow, et. al (2007), onde a média de idade foi de 76,6 anos. Santos et al. (2007), encontra em sua pesquisa 43,1% dos entrevistados com idade entre 65 a 74 anos de idade. Ficando caracterizado que os idosos ainda são jovens, segundo a classificação proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), que divide os idosos em três categorias: os pré-idosos (55-64 anos); os idosos jovens (65-79 anos) e os idosos de idade avançada (com mais de 75 ou 80 anos).

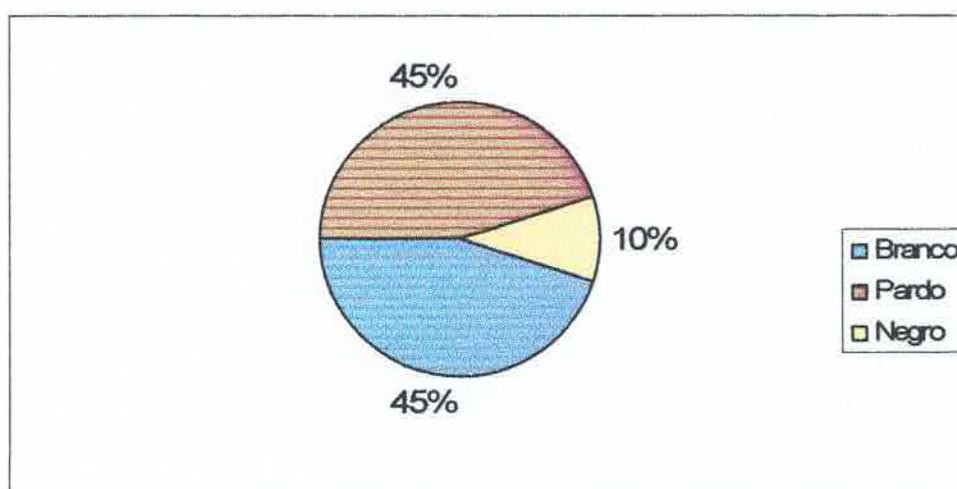


Gráfico 3 – Etnia dos Idosos Internados

De acordo com o gráfico, houve uma igualdade de resultados entre as raças branca e parda, ambas com um percentual de 45% cada. E a minoria representada por 10% da raça negra. Segundo, Acuña, Costa, Grover e col. (2007), em seu estudo 59,5% dos participantes, eram da raça branca. O que é reforçado pelo Censo Demográfico do ano 2000 feito pelo IBGE, que aponta 60,7% de brancos e 30,7% de pardos compõe a população idosa.

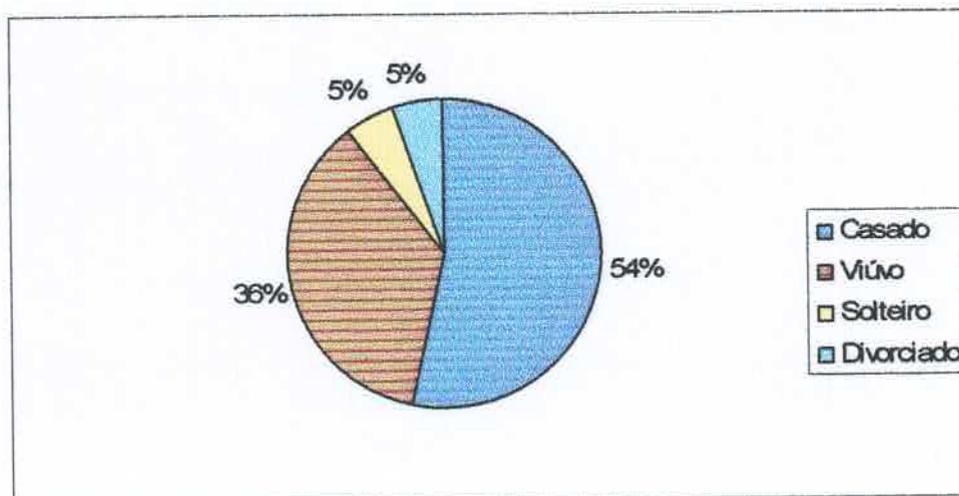


Gráfico 4 – Estado Civil dos Idosos Internados

Como podemos observar 54% dos participantes desta pesquisa são casados, enquanto 36% são viúvos. Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004), em um estudo onde é analisado os Censos Demográficos realizados pelo IBGE em 1940, 1970, 1991 e 2000, observou-se um aumento na proporção de separados, desquitados e divorciados ao longo do período analisado. A proporção de viúvos, por sua vez, apresentou um contínuo decréscimo entre 1940 e 1991, apresentando um aumento no último Censo. A proporção de idosos casados cresceu entre ambos os sexos, principalmente entre as mulheres. Em pesquisa realizada por Linhares et. al (2003) a amostra contava com 49,8% de casados, seguidos de 30,4% de viúvos.

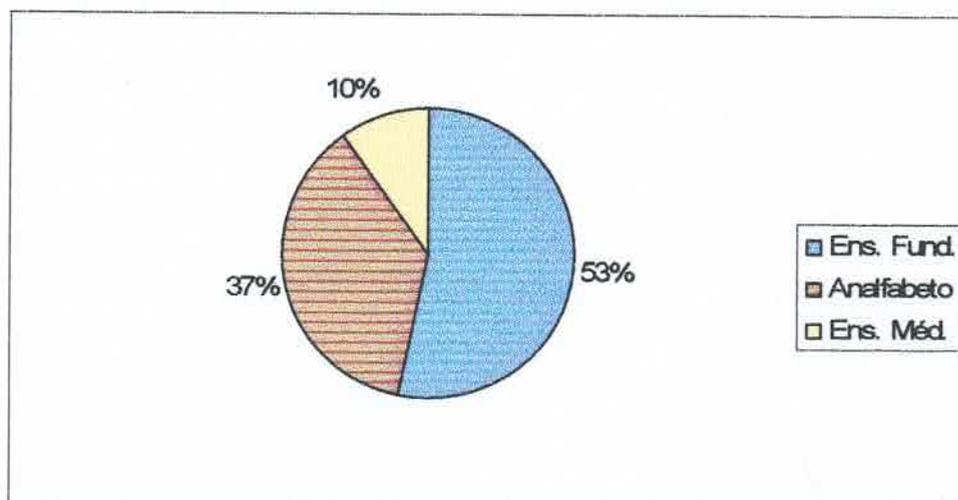


Gráfico 5 – Grau de Escolaridade dos Idosos Internados

O gráfico mostra que 53% cursaram o Ensino Fundamental, completo ou incompletamente. Enquanto 37% declararam-se analfabetos. Já nas pesquisas feitas por Danilow, et. al (2007), os resultados foram de 32,2% de analfabetos, contra 23,5% de indivíduos que cursaram o ensino fundamental. Camarano, Kanso e Mello (2004), relatam importantes avanços nos níveis educacionais da população brasileira entre 1940 e 2000: aumentou a proporção de pessoas alfabetizadas, bem como o nível médio de anos de estudos. Linhares et. al (2003) em seu estudo rebate mostrando que 37,1% são analfabetos, enquanto 36,4% tem de 1 a 4 anos de estudo.

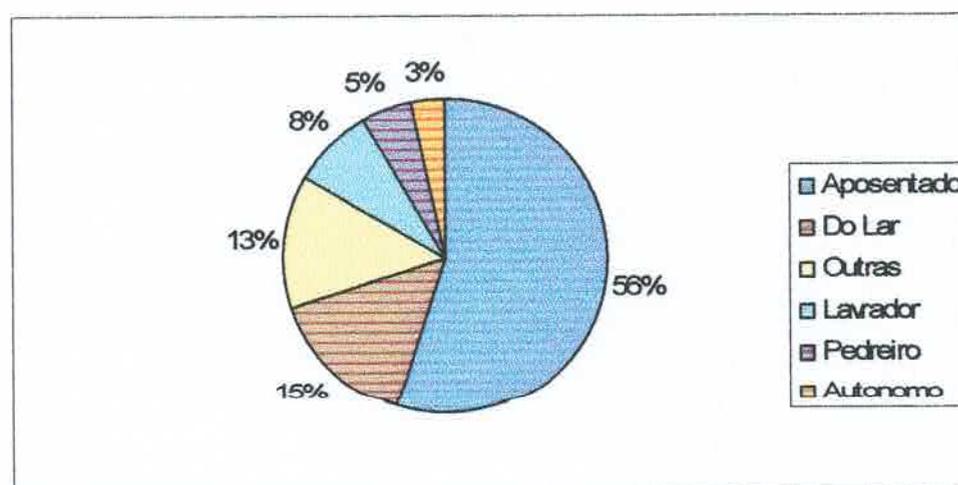


Gráfico 6 – Profissão dos Idosos Internados

Como ilustra o gráfico a maioria dos idosos pesquisados é formada por aposentados, com 56% da amostra. O restante dos idosos participantes (44%) relatam inserção em algumas áreas do mercado de trabalho. Em pesquisa realizada por Silveira et. al (2008) esse número de idosos atuantes em atividades laborais cai vertiginosamente, onde, da sua população estudada, 86,11% apresentam respostas negativas no quesito ocupação profissional. Nota-se também aqui a pouca inserção no mercado de trabalho formal. Veras et. al (2001), mostra em seu estudo que em 1996, 4,1 milhões de idosos estavam ocupados profissionalmente, sendo destes 65,8% homens e 34,2% mulheres. Essa realidade se faz cada vez mais freqüente no nosso país, pois um grande número de idosos se sente habilitados para a manutenção das atividades de emprego formal e, também, vêem a possibilidade de trabalho como fonte para o incremento da renda pessoal. Outro viés importante de ser lembrado é que vários idosos hoje são os que possuem a única fonte de renda no domicílio e acabam sendo a referência para todo o núcleo familiar.

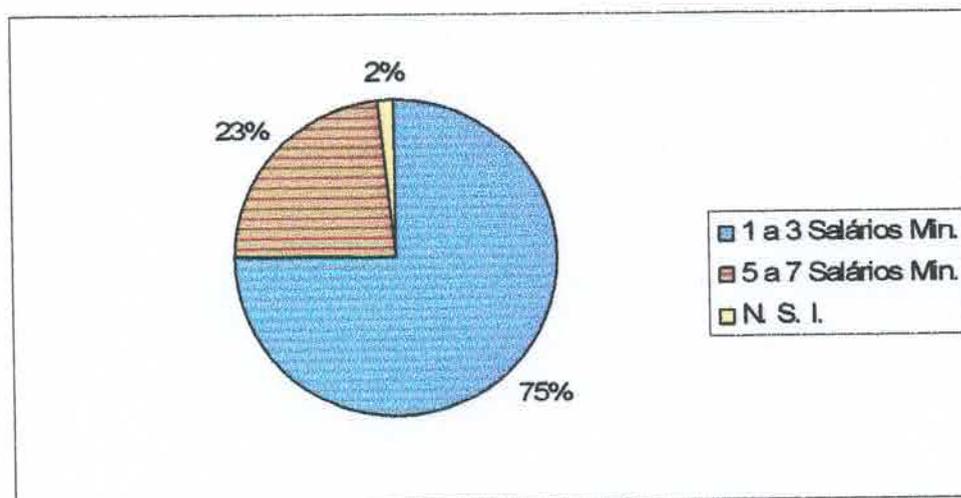


Gráfico 7 – Renda Familiar Mensal dos Idosos Internados

De acordo com o gráfico 75% dos entrevistados tem uma renda familiar média de 1 a 3 salários mínimos atuais. Concordando conosco, o estudo de Silveira et. al (2008) levantou que 96,31% dos participantes tinham entre 1 a 3 salários mínimos da época. Uma consideração que deve ser feita é no que tange as responsabilidades da maioria desses idosos como chefes de família, o que lhes acarreta além dos cuidados inerentes à sua saúde, outros gastos relacionados ao custeio social; o que muitas das vezes não é condizente com a realidade salarial atual.

"Para muitos dos 16 milhões de idosos brasileiros o declínio funcional vêm ocorrendo num contexto de pobreza e de extrema desigualdade social. Reduzir a carga de dificuldade funcional da população idosa no Brasil requer redução nas desigualdades de renda e melhoria nas condições de suporte institucional" (PARAHYBA, 2004, p. 01).

As doenças, incapacidades e dependência têm sido mais freqüentes dentre os de baixa renda que, devido a isto, não têm conseguido garantir a assistência social e de saúde que demandam (CHAIMOWICZ, 1997).

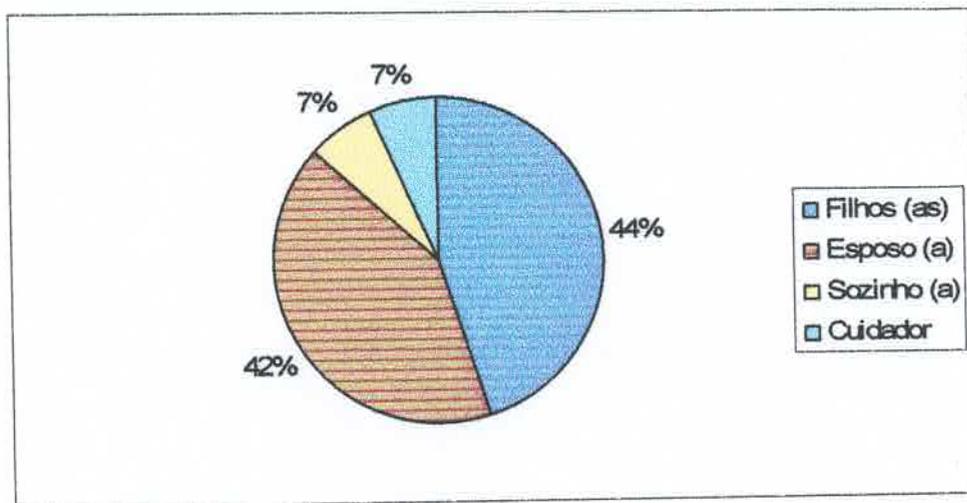


Gráfico 8 – Com quem moram os Idosos Internados?

Do total pesquisado, 44% moram com os filhos (as), enquanto 42% residem com seu esposo(a). Segundo Silveira et. al (2008), na questão do arranjo domiciliar 29,16% dos participantes desse estudo moram com os filhos. Já Linhares et al. (2003), afirma que 42,9% da amostra moram sozinho. No intuito de explicar o alto índice de idosos que co-habitam com seus filhos (as), Caldas (2003) faz uma inferência sobre o assunto em seu estudo, sobre o "envelhecimento com dependência"; fato que foi notório em nossa vivência no campo de pesquisa, pois é de fácil compreensão saber que idosos com doenças crônicas, e outras situações de risco, necessitam de maiores cuidados; é devido a isso que grande parte dos idosos residem com seus filhos (as), detentores do dinamismo jovial, que possibilita maior auxílio no acompanhamento e tratamento destes pacientes.

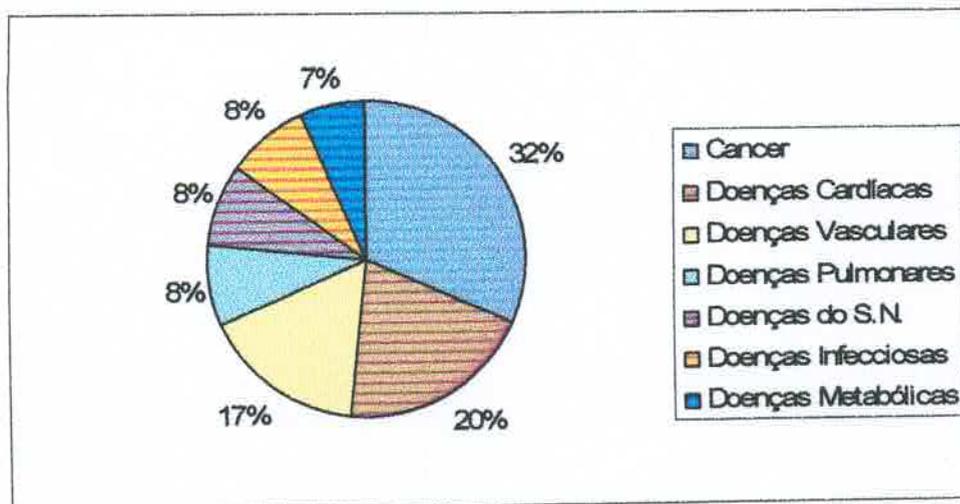


Gráfico 9 – Diagnóstico Principal dos Idosos Internados

De acordo com a tabulação, podemos perceber que os principais diagnósticos são: em primeiro lugar, as neoplasias com 32% do total, sendo que as mais prevalentes são de esôfago e pulmão. Em segundo lugar, estão as doenças cardíacas com 20% de prevalência, sendo as principais IAM e ICC. E em terceiro lugar temos as doenças vasculares com 17%, primordialmente o AVE. Logo em seguida e não menos importante temos as doenças pulmonares, com 8%, dentre as quais podemos citar a DPOC e Pneumonia. Em estudo apresentado por Danilow et. al (2007), o AVE é tido como causa relevante da internação de pacientes maiores de 60 anos. Já na pesquisa de Santos et. al (2007) a incidência maior foi das doenças respiratórias com 53,7% do total pesquisado; porém, vale ressaltar que um fator que contribuiu para essa demanda está relacionado às condições climáticas da região onde foi realizada. De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004), as principais causas de morte no ano de 2000 foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Esses fatores foram responsáveis por 85,5% dos óbitos de idosos do sexo masculino e entre as do sexo feminino o percentual foi de 87,6%, o que mostra que não existem grandes diferenças entre os sexos.

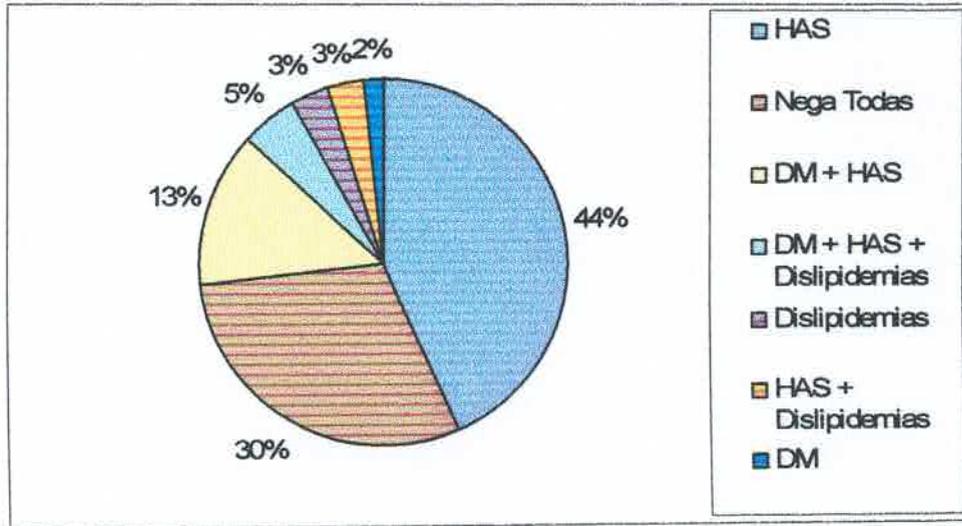


Gráfico 10 – Principais Co-Morbidades dos Idosos Internados

Em nosso estudo percebemos que a principal co-morbidade na população senil é a HAS, com 65% da amostra total, lembrando que esse fator estava associados ou não a outraco-morbidade. O DM esteve presente em 20% dos entrevistados. Ainda obtivemos 30% de pacientes que negam qualquer tipo de co-morbidade. Analisando os estudos de: Acuña, Costa, Grover e Col. (2007); Silveira et. al (2008) e de Danilow et. al (2007), observamos que todos estes são unânimes em afirmar que HAS em primeiro lugar e DM em segundo lugar, são as principais co-morbidades apresentadas pelos idosos internados, podendo as mesmas estarem interligadas, ou não.

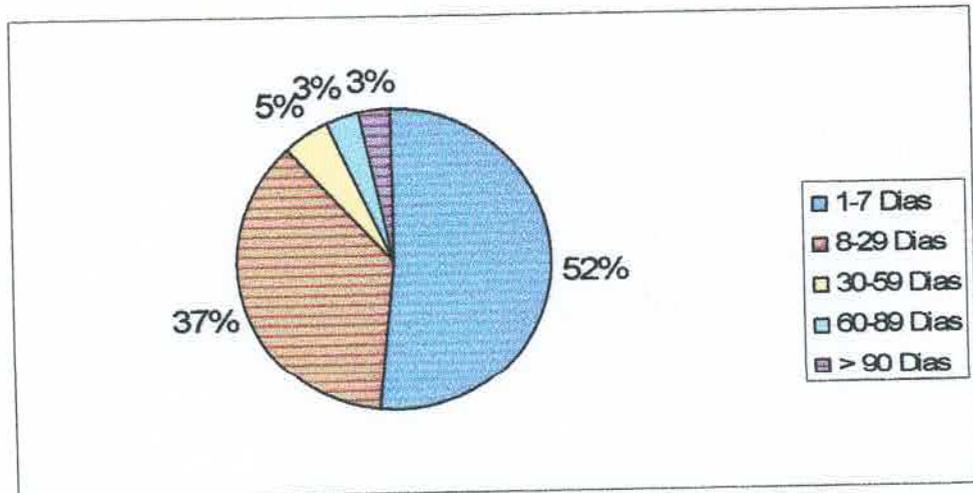


Gráfico 11 – Tempo Médio de Internação dos Idosos

Em relação ao tempo de internação 52% dos pacientes estavam internados num período correspondente de 1 a 7 dias e 37% estavam entre 8 a 29 dias. Amaral et. al (2004), diz que 29,3% das AIH's emitidas no período de seu estudo foram para hospitalização de idosos e que o tempo médio de permanência foi de 20 dias. Siqueira (2004) revela que em sua pesquisa o tempo médio de internação hospitalar do paciente idoso foi de 13 dias. Tais análises nos levam a crer que o período de hospitalização do paciente maior de 60 anos varia de acordo com seu prognóstico, já que não é viável manter um idoso em ambiente nosocomial por mais tempo que o necessário para garantir e assegurar sua completa reabilitação do quadro patológico inicial, sem que haja prejuízos no tratamento e cuidados prestados.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa que fora realizada a partir da aplicação de um questionário aos idosos internados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), teve o objetivo de traçar o perfil epidemiológico destes. Observamos e classificamos como digno de nota, o fato desses pacientes serem ainda idosos jovens, economicamente ativos e chefes de famílias; porém com um grau de fragilidade elevado devido a patologias graves e co-morbidades associadas, o que nos levou a refletir e considerar que os pacientes geriátricos ali internados, em sua maioria necessitam de uma assistência especializada e que lhe oferte acima de tudo uma maior qualidade de vida, sem transgredir seus costumes e tradições.

Os resultados desse estudo estarão disponíveis para reflexões, por parte dos profissionais da área de saúde, principalmente os engajados na gerontologia, tanto do campo pesquisado, como de outras localidades. Visamos também subsidiar mudanças positivas que possam agir na promoção da saúde, assim beneficiando idosos com o cuidado especializado, de acordo com seu bem estar físico, mental e social.

Podemos fazer uma inferência sobre o papel do enfermeiro no tratamento deste paciente idoso, onde o enfermeiro exercerá sua função primordial: o cuidar. Oportunamente ressaltamos ainda que o ato de cuidar deve ser desvinculado da idade cronológica, ou das possibilidades que o paciente tem de se recuperar; tornando-se de vital importância a presença e a efetividade da assistência prestada pelo enfermeiro à estes pacientes, sejam eles pré-idosos, idosos jovens ou idosos de idade avançada, com ou sem riscos inerentes a sua vida .

Espera-se ainda que os levantamentos aqui obtidos possam auxiliar a adequar os serviços prestados aos idosos internados neste hospital, tanto quanto para os próximos que utilizarão este serviço de saúde.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACUÑA, COSTA, GROVER e col. Características Clínico-Epidemiológicas de Adultos e Idosos Atendidos em Unidade de Terapia Intensiva Pública da Amazônia (Rio Branco, Acre). **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. vol. 19, n. 3, Julho-Setembro, 2007.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov. 2009.

BELTRÃO, K.I. ; CAMARANO, A.A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**, Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (texto para discussão. 1.034).

BENINCÁ C.R.; FERNANDEZ M.; GRUMANN, C. Cuidado e morte do idoso no hospital – vivência da equipe de enfermagem. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 17-29 - jan./jun. 2005.

BORN, T., BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso insitucionalizado. In: FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. PP.1132-1140.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. **Como vive o idoso brasileiro**. In: Camarano A. A., organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.25 – 73.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, June 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2009.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.3, 184-200. 1997.

DANILOW, M. Z., et al. Perfil epidemiológico, sóciodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. 2007; 18(1): 9-16.

DIOGO, M. J. D. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 01 Jul 2009

DUARTE, M. J. R. S. Atenção ao idoso: um problema de saúde pública e enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. 1994 Maio; 2 (1): 110-1.

FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, D.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P. 900.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Perfil dos idosos responsáveis por domicílio no Brasil 2000. Rio de Janeiro (RJ); 2000.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Perfil dos idosos responsáveis por domicílio no Brasil 2000. Rio de Janeiro (RJ); 2000.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2008. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 07 jul. 2009.

LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, June 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de maio de 2009.

LINHARES, C. R. C., et al. Perfil da Clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(2), pp. 319-326, 2003.

Manual para elaboração de trabalhos científicos dos cursos da EMESCAM / Inês Caliman Mejia. – Vitória, ES : EMESCAM, 2008.

MAURO, M. S. L. Imobilidade e síndrome da imobilização. In: FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P.P. 972-979.

MOTTA, L.B. Levantamento do perfil dos idosos internados em hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. **Textos sobre envelhecimento**, v.3, n.6, p. 47-77, ago/dez. 2001.

NERI, A. L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL (org). Desenvolvimento e envelhecimento. **Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus. 2001, PP. 161-200

NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. P. 10.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2. Ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.

PAIXAO JR., C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 de dezembro de 2009.

PARAHYBA, M. I. Desigualdade de Renda e Funcionalidade dos Idosos no Brasil. **Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: NETTO, M.P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. PP. 26 -42.

PINHEIRO, D. Sociedade: E como fica o resto da família? **Revista Veja**. São Paulo: e. Abril, n.40, 11 out., 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, 793-797, jun. 2003.

RIBEIRO, U; CRUZ, C. **Metodologia científica: Teoria e prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Axcel Books do Brasil; 2004.

SANTOS, M. I. P. M., et al. Perfil dos Idosos Internados no Hospital Geral em Belém (Pará). **Esc. Anna Nery R. Enferm** 2007 mar; 11(1): 23-9.

SILVEIRA, S. R. et al. Análise do perfil dos idosos atendidos por um programa de saúde da família do bairro Araçás em Vila Velha – ES. **Ensaios e Ciências: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**. Vol. XII, Nº.2, ano 2008. p. 35-47.

SIQUEIRA, A. B. et al . Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, Oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de novembro de 2009.

VERAS, et al. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. **Organização Renato Peixoto Veras** – Rio de Janeiro: UERJ, UnAIT, 2001.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 de maio de 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A**FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS****Dados de identificação:**

1. Nome:
2. Idade:
3. Cor:
4. Estado Civil:
5. Grau de escolaridade:
6. Profissão:
7. Renda Familiar: 1 a 3 salários mínimos
 5 a 7 salários mínimos
 mais de 10 salários mínimos
8. Com quem mora: Esposo(a)
 Filhos(as)
 Sozinho(a)
 Cuidador
9. Diagnóstico Principal:
10. Principais co-morbidades:
11. Tempo de internação:

Em caso de dúvidas ou maiores informações entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP):

Coordenador: Prof. Dr. Elisardo Corral Vasquez; **Secretária:** Cristiane Talyuli Coqui. Prédio Central, Av. Nossa Senhora da Penha, 2190, Vitória, 29045-402, ES. Tel. (27) 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br **Funcionamento:** 2as às 6as feiras das 07:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00

Pesquisadora Responsável: Kariny Gobbi Bená

Telefone: (27) 9311-5379

Pesquisadores Participantes: Héber de Souza Lauar e Nathália Bermudes Alves da Silva

Telefone: (27) 81540413 / (27) 8824-5999

Assinatura do declarante.

Vitória, ___ de _____ de 2009.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Curso de graduação em Enfermagem

Orientador: Kariny Gobbi Bená

Graduandos: Héber de Souza Lauer e Nathália Bermudes Alves da Silva

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Héber de Souza Lauer / Nathália Bermudes Alves da Silva, estamos desenvolvendo um trabalho de conclusão de curso que versa sobre a seguinte temática: "Perfil epidemiológico de pacientes idosos internados na clínica médica de um hospital filantrópico", sob a orientação da Professora Kariny Gobbi Bená. Este estudo visa identificar quem é o paciente idoso internado através de dados epidemiológicos como: dados de identificação, tempo de internação, diagnóstico principal e co-morbidades associadas.

Através deste, solicitamos a autorização para a realização da pesquisa nessa instituição, Hospital da Santa Casa de Misericórdia, já que o assunto é de meu interesse.

Assim, solicitamos a Vossa Senhoria, a autorização para a realização dessa pesquisa conforme o projeto em anexo.

Cordialmente,

Ass. dos Graduandos

Ass. do Coord. do Serviço

Vitória, _____ de _____ de 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

Folha de Aprovação do Projeto / Autorização para Pesquisa

EMESCAM
Compromisso com a Vida

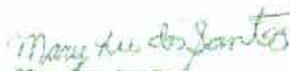
DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "Perfil Epidemiológico dos Pacientes Idosos Internados na Clínica de um Hospital Filantrópico de Vitória", cadastrado com o No 104/2009, do pesquisador responsável "Kariny Gobbi Bená", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/06 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 29/09/2009.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **29/09/2010**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 30 de Setembro de 2009.


Mary Lee dos Santos
Coordenadora Adjunta do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-EMESCAM