



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**



BRUNO DE JESUS FONTES

**PERFIL DEMOGRÁFICO, DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS
EM UM SERVIÇO HOSPITALAR: DISCUTINDO AÇÕES PARA TERAPIA
OCUPACIONAL**

LAGARTO/SE - 2021

BRUNO DE JESUS FONTES

**PERFIL DEMOGRÁFICO, DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS
EM UM SERVIÇO HOSPITALAR: DISCUTINDO AÇÕES PARA TERAPIA
OCUPACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª Andrezza Marques Duque.

LAGARTO/SE - 2021

BRUNO DE JESUS FONTES

**PERFIL DEMOGRÁFICO, DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS
EM UM SERVIÇO HOSPITALAR: DISCUTINDO AÇÕES PARA TERAPIA
OCUPACIONAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado como cumprimento das exigências legais da Resolução 36/2011 CONEPE-UFS do currículo do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE.

Lagarto/SE, 12 de novembro de 2021.

Avaliadores:

Prof^a. Dr^a Andrezza Marques Duque
Orientador

Prof^a. Dr^a Júlia Guimarães Reis da Costa
Membro da Banca Examinadora

Esp. Janayna de Almeida Andrade
Membro da Banca Examinadora

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil demográfico, de saúde e participação social dos idosos internados em um hospital e discutir a atuação dos terapeutas ocupacionais nesse contexto. **Método:** estudo transversal, quantitativo, descritivo. Realizado em um hospital universitário de um município sergipano, com indivíduos de ambos os sexos e idade mínima de 60 anos. Utilizado um roteiro de entrevista estruturado, composto por questões abertas e fechadas, e a avaliação da participação social foi realizada através da questão “meio ambiente: recursos ambientais”, do instrumento autoavaliação do funcionamento ocupacional. **Resultados:** participaram 80 idosos, 43 homens e 37 mulheres, com idade média de 74 anos. Dos entrevistados 93,75% tinham religião, 38,75% eram casados ou viviam em união estável, 96,25% aposentados, 72,50% recebiam de um a dois salários mínimos e 55,00% apresentavam escolaridade entre zero-três anos. O tempo de internação, em média 8,08 dias, sendo 73,75% na clínica médica e 26,25% na cirúrgica e 60% obteve alta por melhora. As doenças do aparelho geniturinário e circulatório foram as mais presentes. A maior parte dos idosos não frequentavam ambientes favoráveis à sua saúde e, entre aqueles que frequentavam, foram mais predominantes a igreja e a casa de amigos e familiares. **Conclusão:** a população idosa apresentou características específicas quanto ao seu perfil e foi identificada baixa participação social em ambientes favoráveis à saúde. O terapeuta ocupacional pode contribuir no retorno às atividades do cotidiano e na participação social do idoso, sobretudo considerando o período de alta, dadas as descontinuidades decorrentes pelo processo de adoecimento e hospitalização.

Palavras-chave: Hospitalização. Participação Social. Perfil Sociodemográfico de Saúde. Idoso.

ABSTRACT

Objective: to identify the demographic, health and social participation profile of elderly people admitted to a hospital and discuss occupational therapists' performance strategies in this context. **Method:** cross-sectional, quantitative, descriptive study. Carried out at a university hospital in a municipality in Sergipe, with individuals of both sexes and at least 60 years old. A structured interview script was used, consisting of open and closed questions, and the assessment of social participation was carried out through the question “environment: environmental resources”, from the self-assessment instrument of occupational functioning. **Results:** 80 elderly people participated, 43 men and 37 women, with an average age of 74 years. Of the interviewees, 93.75% had a religion, 38.75% were married or lived in a stable union, 96.25% retired, 72.50% received from one to two minimum wages and 55.00% had between zero and three years of schooling. The length of stay averaged 8.08 days, with 73.75% in the medical clinic and 26.25% in the surgical clinic and 60% were discharged due to improvement. Diseases of the genitourinary and circulatory system were the most common. Most of the elderly did not attend environments favorable to their health and, among those who did, the church and the homes of friends and family were more prevalent. **Conclusion:** the elderly population had specific characteristics regarding their profile and low social participation in health-friendly environments was identified. Occupational therapists can contribute to the return to daily activities and social participation of the elderly, especially considering the discharge period, given the discontinuities resulting from the illness and hospitalization process.

Keywords: Hospitalization. Social Participation. Sociodemographic Health Profile. Elderly.

1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo é visto como um desafio político, econômico e social diante das demandas dessa faixa populacional (FHON *et al*, 2012). O envelhecimento populacional é uma realidade constatada no mundo, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, como o Brasil. Entretanto, as mudanças epidemiológicas e demográficas que intensificaram o envelhecimento populacional ao longo do tempo não aconteceram na sociedade de forma equitativa e, nos países em desenvolvimento, o número da população idosa tem aumentado de forma acelerada (LUZARDO *et al*, 2018). No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, 14 milhões em 2002 e, tinham-se projeções para que alcançasse 32 milhões em 2020 (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

De acordo com Mendes *et al* (2018, p.163), “o processo de envelhecimento é um percurso progressivo que ocorre durante a vida afetando todos os organismos, resultando em alterações dos padrões fisiológicos de um indivíduo, em uma relação mútua de fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos”. Corresponde a mudanças graduais, inevitáveis e individuais relacionadas à idade, mas que não impedem o indivíduo de desfrutar de boa saúde e um estilo de vida dinâmico e saudável dentro de suas limitações (TAKO *et al*, 2017).

Nesse sentido, envolve modificações fisiológicas, bioquímicas e morfológicas, as quais podem ocasionar repercussões na independência funcional e na qualidade de vida do indivíduo idoso (SANTOS *et al*, 2009). Apesar disso, Bordin *et al* (2018) destacam que é desejável que esse segmento etário obtenha possibilidades de gerir sua própria vida com vistas à manutenção da independência e autonomia, pelo maior tempo possível, contribuindo para sua qualidade de vida.

Para que o processo de envelhecimento seja experienciado de forma positiva são necessárias oportunidades continuadas de saúde, participação e segurança. Isso pode ser entendido a partir do conceito estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que designa o “envelhecimento ativo” como um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com objetivo do aumento da expectativa de vida saudável e qualidade de vida para as pessoas que estão envelhecendo (BRASIL, 2005).

O processo do envelhecimento ativo vai depender de determinantes, como: fatores comportamentais, pessoais, ambiente físico, ambiente social, econômico, sistemas de saúde e serviço social, cultura e gênero e, suas interações auxiliam a pessoa idosa para que esse envelhecimento tenha autonomia e independência (FARIAS; SANTOS, 2012; BRASIL,

2005). É nesse sentido que o apoio social se torna parte importante da atenção integral à saúde do idoso e surge como um fator de proteção aos indivíduos dos efeitos patogênicos de eventos estressantes. Deve ser entendido como a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e relacionamento social que são oferecidos por pessoas ou instituições e se relaciona direta e positivamente com a saúde das pessoas ao fornecer recursos, melhor acesso ao cuidado à saúde e regulação de hábitos (MELCHIORRE *et al*, 2013; NERI; VIEIRA, 2013; PINTO *et al*, 2006).

Além disso, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS inclui a participação social como parte integrante da funcionalidade, já que um indivíduo que apresenta baixo desempenho funcional possui limitações na realização de suas atividades e restrições na participação social. Segundo Pinto e Neri (2017), quando relacionada a pessoa idosa, a participação social está associada com menor risco de morbidades, incapacidade, declínio cognitivo e morte, e como um determinante de boa qualidade de vida e bem-estar.

Destaca-se que a participação dos idosos em redes sociais e comunitárias promovem relações fortalecidas por confiança, cooperação e reciprocidade, trazendo alívio das cargas da vida cotidiana causadas pelo processo de adoecimento. O efeito protetor das relações sociais sobre a mortalidade tem sido amplamente reconhecido por meio de estudos epidemiológicos com idosos (GEIB, 2012; PINTO *et al*, 2006).

Com as mudanças no perfil epidemiológico da população e com a elevada proporção de doenças entre os idosos, existe uma demanda cada vez maior por serviços de saúde especializados (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013). Nesse contexto, Siqueira *et al* (2004) destacam que a hospitalização representa um grande risco para a pessoa idosa, já que é uma população suscetível a complicações por causa do longo período no leito, o que gera diminuição da sua capacidade funcional e participação social.

A situação de doença e hospitalização caracterizam fatores que podem vir a restringir a capacidade funcional de sujeitos internados e, conseqüentemente, o seu desempenho ocupacional. De acordo com a literatura, desempenho ocupacional caracteriza-se como a habilidade do indivíduo realizar suas atividades cotidianas, sendo influenciado por papéis ocupacionais, componentes de desempenho e ambiente. O desempenho ocupacional independe da idade, gênero e incapacidade e envolve três áreas integradas: o autocuidado, a produtividade e o lazer, conforme as exigências do ambiente externo e do meio interno da pessoa (AOTA, 2015).

Deste modo, o terapeuta ocupacional deve, como profissional da área da saúde, estudar e favorecer o desempenho ocupacional da clientela atendida (TIVERON, 2008). De acordo com a Resolução 429/2013 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 2013) “a atuação do terapeuta ocupacional em contextos hospitalares visa à proteção, promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, do indivíduo e da coletividade, pautado na concepção de integralidade e humanização da atenção à saúde”. Nesse contexto, o profissional tem como responsabilidade minimizar a situação de ruptura do cotidiano e hospitalização, melhorando também a capacidade funcional das pessoas, promovendo a maior independência possível (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM; 2004).

Considerando que a população idosa representa um importante percentual do total de internações hospitalares e que a hospitalização resulta em ruptura do cotidiano e da participação social, causando impactos negativos na saúde, funcionalidade e qualidade de vida do idoso, esta pesquisa teve o intuito de identificar o perfil demográfico, de saúde e participação social dos idosos que estavam internados em um hospital público e discutir sobre a atuação dos terapeutas ocupacionais nesse contexto.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo do tipo descritivo. Os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica (BASTOS; DUQUIA, 2007). Segundo Fontelles *et al* (2009) uma pesquisa quantitativa é aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões. Já os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (COSTA; BARRETO, 2003).

A pesquisa foi realizada em um hospital universitário, no município de Lagarto/SE. A cidade de Lagarto está localizada na região centro-sul do estado de Sergipe e é considerada de referência para a sua região. A população estimada, em 2019, foi de 104.408 pessoas, sendo que aproximadamente 10,38% eram pessoas acima dos 60 anos, o que equivale a 10.837 idosos (IBGE, 2019). Os participantes da pesquisa foram indivíduos de ambos os

sexos, com idade mínima de 60 anos - condição que define a pessoa idosa de acordo com a Lei 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Foram inclusos na pesquisa idosos que, no momento da internação, tinham idade igual ou superior a 60 anos, que estavam internados na clínica médica ou clínica cirúrgica e que eram acompanhados pelo serviço de terapia ocupacional da referida instituição. Foram excluídos da pesquisa, idosos que não tinham condições de responder a avaliação por motivo de sedação, déficit de comunicação, déficit cognitivo, aqueles que não estavam lúcidos devido aos procedimentos de cuidado, como uso de medicamentos que causam efeito de confusão mental, e aqueles que estavam em estado crítico, como o rebaixamento de nível de consciência.

A coleta ocorreu no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021. Durante o período da coleta, a cada dia, buscava-se a informação se houve alguma nova internação e, quando o idoso atendia aos critérios de elegibilidade, era feita a busca do seu prontuário para coleta das informações e agendamento da entrevista. Em virtude de restrições no ambiente hospitalar devido ao período da pandemia, a coleta de dados foi realizada por uma residente de terapia ocupacional do hospital e integrante da pesquisa, devidamente treinada para o uso dos instrumentos.

Foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado, composto por questões abertas e fechadas, incluindo as variáveis de investigação e elaborada pelos pesquisadores (APÊNDICE A).

A avaliação da participação social dos idosos foi realizada através da análise do item “Meio Ambiente: recursos ambientais”, do instrumento Autoavaliação do funcionamento ocupacional (SAOF). Trata-se de um instrumento desenvolvido pelas autoras Kathi Baron e Clare Curtin (1990), do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de *Illinois*, Chicago e traduzido e validado, posteriormente, por Tedesco (TEDESCO, 2000; TEDESCO, 2010). Baseia-se no Modelo de Ocupação Humana (KIELHOFNER, 1985) que conceitua o funcionamento ocupacional como resultante de um sistema de interações entre a pessoa e as áreas ocupacionais. Esse modelo destaca que a ocupação é parte da própria condição humana e estabelece a relação da ação e do fazer dentro de contextos temporal, físico e sociocultural (KIELHOFNER, 1985). Para isso, os participantes responderam à questão: “Costumo frequentar ambientes favoráveis para mim?” e tendo como respostas: sim, não ou não sei. Em seguida, aqueles que responderam afirmativamente foram indagados quanto aos ambientes que eles frequentavam sendo registrados todos os ambientes descritos pelos participantes.

Os dados coletados na pesquisa, através das avaliações e análise dos prontuários, foram tabulados e organizados no programa *Microsoft Excel*. O preenchimento de todos os dados foi revisado, por uma dupla de pesquisadores, para a identificação de possíveis inconsistências nos documentos coletados. Os resultados foram apresentados através de frequências absoluta e relativa, médias e desvio padrão sob a forma de tabelas ou gráficos.

A presente pesquisa está vinculada ao projeto intitulado “Funcionamento ocupacional de idosos hospitalizados” que foi registrado e aprovado sob o parecer 4.022.953 pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário de Aracaju – Universidade Federal de Sergipe, em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Convenção de Helsinque.

3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 80 idosos. A amostra foi composta por 43 homens (53,75%) e 37 mulheres (46,25%), a idade média foi de 74 anos ($\pm 7,83$) com a idade máxima e mínima de, respectivamente, 102 e 60 anos. Dos entrevistados 93,75% tinham religião, 38,75% eram casados ou viviam em união estável. Quanto a situação socioeconômica, 96,25% disseram ser aposentados, 72,50% recebiam de um a dois salários mínimos e 55,00% apresentavam escolaridade de zero a três anos.

O tempo de internação dos participantes teve a média de 8,08 dias ($\pm 6,89$), com o máximo e mínimo de, respectivamente, 31 e 2 dias, no qual 73,75% estavam internados na clínica médica e 26,25% na cirúrgica. Quanto ao desfecho deste paciente na instituição, até o último dia da pesquisa, a maior parte dos pacientes obteve alta por melhora de sua condição (60%) (TABELA 1).

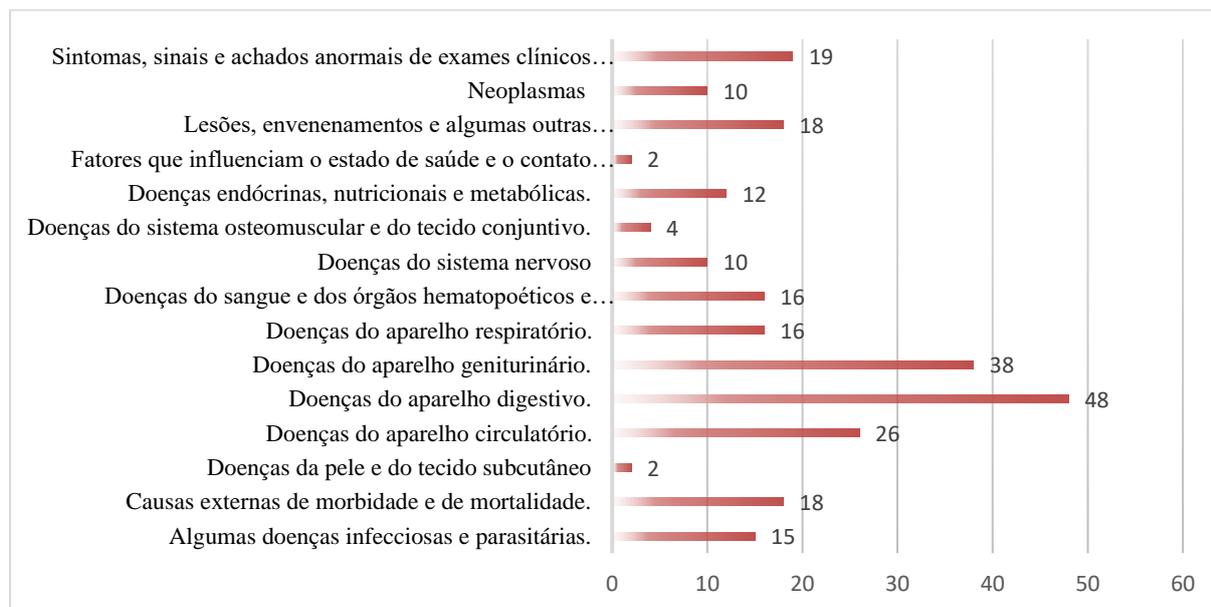
Tabela 1. Características sociodemográficas, de condições de saúde e de hospitalização, Lagarto/SE, 2021.

VARIÁVEIS	
Sexo	
Masculino (n – %)	(43 – 53,75%)
Feminino (n – %)	(37 – 46,25%)
Idade	
Média ±desvio padrão	74,01±7,83
Mediana (Mínimo – Máximo)	74(60 – 102)
Religião	
Sim (n – %)	(75 – 93,75%)
Não (n – %)	(05 – 06,25%)
Estado Conjugal	
Solteiro(a) (n – %)	(20 – 25,00%)
Casado(a)/União estável (n – %)	(31 – 38,75%)
Viúvo(a)/Divorciado (n – %)	(29 – 36,25%)
Aposentado	
Sim (n – %)	(77 – 96,25%)
Não (n – %)	(03 – 03,75%)
Renda mensal	
Menos de um salário mínimo (n – %)	(03 – 03,75%)
De um a dois salários mínimos (n – %)	(58 – 72,50%)
De dois a quatro salários mínimos (n – %)	(19 – 23,75%)
Escolaridade (em anos de estudo)	
Entre zero e três anos	(44 – 55,00%)
Entre quatro e oito anos	(28 – 35,00%)
Nove anos ou mais	(8 – 10,00%)
Tempo de internação	
Média ± desvio padrão	8,08±6,89
Mediana (Mínimo – Máximo)	6(2 – 31)
Setor de internação	
Clínica médica (n – %)	(59 – 73,75%)
Clínica cirúrgica (n – %)	(21 – 26,25%)
Desfecho	
Alta por melhora (n – %)	(48 – 60%)
Encaminhamento para serviço especializado (n – %)	(5 – 6,25%)
Permaneceu na instituição (n – %)	(14 – 17,50%)
Evasão (n – %)	(2 – 2,50%)
Óbito (n – %)	(11 – 13,75%)
TOTAL (n – %)	(80 – 100,00%)

As condições clínicas que os pacientes apresentaram durante o período de hospitalização estão descritas no Gráfico 1 e foram classificadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), podendo ser cumulativas, e tendo destaque as doenças do aparelho digestivo (como a melena e a hemorragia digestiva), as doenças do aparelho geniturinário (como infecção do trato urinário, insuficiência renal e cálculo renal), e

as doenças do aparelho circulatório (incluindo a doença pulmonar obstrutiva crônica e o acidente vascular cerebral). Vale destacar, a presença de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, como a queda da própria altura, com consequente traumatismo em membros.

Gráfico 1. Condições clínicas durante internação, de acordo com a CID 10, Lagarto/SE, 2021.

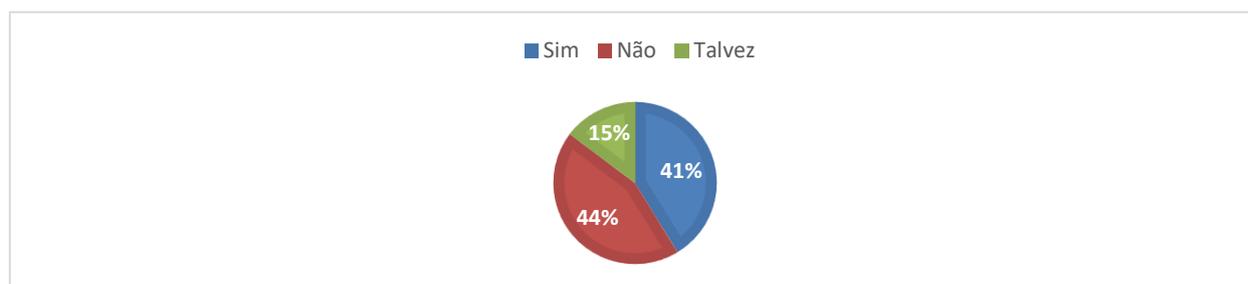


*As condições são cumulativas podendo o idoso ter apresentado mais de uma condição de saúde no momento da internação.

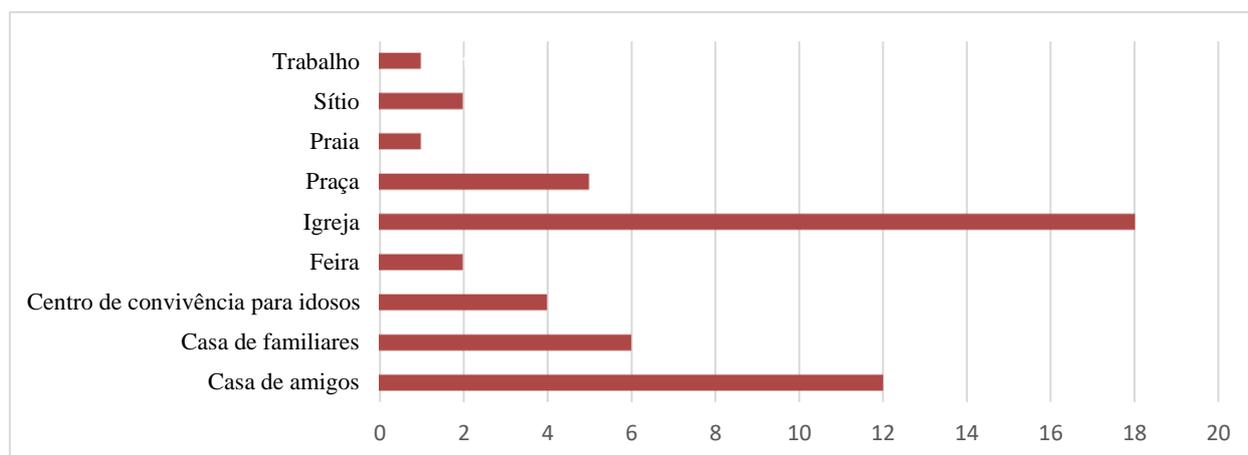
Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

Os gráficos 2 e 3 apresentam os resultados de participação social e redes de suporte frequentadas pelos idosos. Identificou-se que a maior parte dos idosos não frequentam ambientes favoráveis à sua saúde. Dentre aqueles que frequentam ambientes sociais, foram mais predominantes a igreja e a casa de amigos e familiares.

Gráfico 2. Participação social dos idosos, Lagarto/SE, 2021.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

Gráfico 3. Ambientes frequentados pelos idosos, Lagarto/SE, 2021.

*Os locais são cumulativos podendo o idoso relacionar-se com mais de uma rede social.
 Fonte: Elaborado pelos pesquisadores.

4 DISCUSSÃO

O perfil dos idosos encontrados nesse estudo corrobora com a literatura no que tange as características deste grupo populacional. Em relação a idade e sexo, a pesquisa apresentou prevalências semelhantes de idosas mulheres e idosos homens, além de uma média de 74 anos, com idade máxima de 102 anos. Estudos apontam o envelhecimento populacional como um evento presente em nossa sociedade e, por isso, espera-se um país com idosos longevos (OLIVEIRA, 2016; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016) e com maior necessidade dos serviços de saúde (BORDIN *et al*, 2018).

A baixa escolaridade e renda foram fatores predominantes nesse estudo. A literatura indica que menos escolaridade e menor renda são fatores de risco que podem ocasionar implicações à saúde e a capacidade funcional, uma vez que está relacionada diretamente as condições e estilos de vida (MARTINS *et al*, 2020).

No presente estudo, a maior proporção de idosos demonstrou ter alguma religião. Pesquisas apontam (GALICIOLI; LOPES; BARRETO, 2012) os benefícios da espiritualidade para o enfrentamento de momentos difíceis, sendo uma forte aliada para recuperação, manutenção da capacidade funcional e melhoria da saúde do idoso.

A maior parte das pessoas hospitalizadas pertencem a esse grupo etário, caracterizado pela maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, que conseqüentemente ocasiona a maior hospitalização nessa faixa etária (REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2016; QUEIROZ *et al*, 2016). Os dados relacionados às causas das hospitalizações, assim como as comorbidades,

estão de acordo com o encontrado na literatura, na qual aponta que, grande número de idosos é portador de múltiplas doenças coexistentes ou comorbidades, em sua maioria de natureza crônica, não-transmissíveis, associadas ou não às limitações de desempenho decorrentes dessas ou de suas sequelas (QUEIROZ *et al*, 2016).

Quanto as características inerentes a hospitalização, pode-se perceber dois perfis de pacientes. Os idosos que se encontram na clínica médica estão em decorrência, sobretudo, de agravos de suas doenças crônicas não transmissíveis, assim como apontado no estudo realizado por Martins *et al* (2020) em que afirmam que esses idosos possuem mais de uma complicação clínica, o que implica diretamente no tempo de hospitalização. Já os internados na clínica cirúrgica, estão ligados principalmente as causas externas, como quedas e acidentes.

Em estudo semelhante, realizado por Lima *et al* (2020), pode-se concluir que a maior parte das hospitalizações em clínica cirúrgica são por quedas em idosos, destacando-se àquelas da própria altura, que acarreta desfechos bastante negativos, principalmente quando associado a condições preexistentes de risco (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Alzheimer, entre outros) necessitando de intervenções cirúrgicas e internações de longo prazo.

Ainda sobre esse ponto, pesquisadores destacaram que, no ano de 2013, a assistência hospitalar à população idosa correspondeu a 31,6% dos gastos públicos com internações (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), sendo os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis as principais causas de óbito na população idosa. Fato relevante que deve ser destacado é sobre o desfecho, já que, aproximadamente, 25% dos idosos foram a óbito e/ou continuaram hospitalizados até o término da coleta dos dados, com tempo médio de internação de 20 dias. Deste modo, pode-se dizer que o processo de hospitalização pode trazer consequências importantes na vida do idoso, e reforça a complexidade na atenção a pessoa idosa envolvendo tanto demandas clínicas quanto questões subjetivas.

No estudo feito por Kawasaki e Diogo (2005) foi comprovado que no período de hospitalização os idosos apresentam perdas em todas as atividades de vida diária. Esses aspectos limitam os idosos em suas AVD e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), áreas que são objeto de estudo da Terapia Ocupacional (PEDRETTI; EARLY, 2005). O terapeuta ocupacional tem como objetivo geral promover o desempenho dos idosos nas AVD, nas AIVD, trabalho e lazer. Contribuem de forma a identificar as habilidades que necessitam ser mantidas, restauradas ou adaptadas e promovem intervenções maximizando a independência e autonomia dos idosos pelo maior tempo possível, visando melhorar sua qualidade de vida (ARAÚJO *et al*, 2017; FREITAS *et al*, 2002).

Considerando o papel do terapeuta ocupacional para manutenção da saúde do idoso no contexto hospitalar, o presente estudo buscou identificar quais ambientes sociais os idosos costumavam frequentar, visto que ele é um preditor de envelhecimento saudável. A literatura afirma que a medida que as pessoas envelhecem, diversos aspectos de suas vidas são modificados, incluindo a quantidade e a composição das redes sociais, bem como a frequência de participação em atividades sociais. O comportamento social é influenciado por aspectos pessoais (saúde, gênero, renda, escolaridade) e contextuais (suporte social, barreiras físicas e oportunidades) (PINTO; NERI, 2017).

Em revisão de literatura, os autores supracitados identificaram que maior parte dos estudos evidenciaram diminuição da participação social entre idosos ao longo do tempo. Ficou evidente, ainda, que dependendo da atividade social ou do instrumento utilizado, algumas trajetórias são favorecidas, entretanto, espera-se que, na maior parte das vezes, haja redução na participação social em idosos. Além disso, quanto maior o envolvimento social do idoso melhor é sua capacidade cognitiva e sua saúde física e sua rede de suporte social é fortalecida por seu envolvimento social (NERI; VIEIRA, 2013). Em nosso estudo, esse resultado pode ter sido impactado pelo momento ao qual os idosos estavam passando pois, embora tenha sido ratificado a necessidade de resposta considerando as condições cotidianas de sua vida, alguns idosos podem ter sido influenciados, em sua resposta, a partir da situação da pandemia.

No presente estudo tiveram destaque as atividades religiosas e de cunho familiar. No que se refere as atividades significativas, para favorecimento do engajamento ocupacional, em estudo semelhante autores verificaram que os idosos se interessavam mais por atividades culturais receptivas (museus, galerias e teatro) (BERNARDO; CARVALHO, 2020), provenientes da cultura na qual o estudo foi inserido. As diferenças entre os estudos se dão, sobretudo, pelas diferenças regionais como também pela situação de restrição as atividades comunitárias.

Considerando os aspectos discutidos, a atuação do terapeuta ocupacional com idosos segue com o propósito de dar assistência ao indivíduo de forma global, sempre direcionando o tratamento de acordo com os agravos do paciente. Canon e Couto (2014), em estudo sobre a atuação da Terapia Ocupacional na enfermagem geriátrica, referem que o terapeuta ocupacional contribui para a manutenção e melhora da independência e autonomia do idoso, atuando diretamente com a capacidade funcional, que é um dos marcadores de saúde dos idosos.

Em suas intervenções os terapeutas ocupacionais podem utilizar alguns instrumentos padronizados de avaliação, sendo os mais adotados para o público idoso: Escala de Barthel

(MAHONEY; BARTHEL, 1965) e Índice de Katz (1963) para avaliar as AVD e a escala de Lawton e Brody (1969) para AIVDs. Destaca-se que a Medida de Independência Funcional (MIF) também tem sido usada para avaliar a independência do idoso (RIBERTO, 2004).

A intervenção do terapeuta ocupacional no cuidado com o idoso contribui para a promoção da saúde, ao favorecer a estruturação de um cotidiano saudável, melhorando ou possibilitando a participação nos diferentes papéis, trabalho, moradia, educação, atividades culturais e lazer. No contexto hospitalar, o terapeuta ocupacional pode utilizar técnicas de manutenção e organização da rotina diária, pois os pacientes sofrem várias modificações significativas em sua rotina por conta da internação. Além disso, estudos mostram que o treino funcional nesse contexto, com a supervisão e auxílio do terapeuta ocupacional, tem sido bastante utilizado e o profissional consegue avaliar com exatidão as limitações e habilidades do paciente, podendo assim adaptar ou graduar a atividade (CAVALCANTE, 2015; CANON; COUTO, 2014; PAULA, 2014).

O terapeuta ocupacional em sua prática avalia a pessoa idosa considerando a especificidade da pessoa idosa quanto aos múltiplos problemas inter-relacionados, que afetam a esfera física, psicoafetiva, cognitiva e social. A atuação dos terapeutas ocupacionais deve levar em consideração o ambiente físico e seus fatores de risco favorecendo a capacidade funcional para a realização do desempenho ocupacional (ARAÚJO *et al*, 2017, OVANDO; COUTO, 2010; PAULA, 2014).

Levando isso em consideração, conclui-se que a atuação do terapeuta ocupacional visa a promoção, prevenção e cuidado em saúde, tendo como objetivo melhorar o desempenho dos idosos em suas atividades, ajudando-os em sua independência, autonomia, funcionalidade e a ter uma melhor qualidade de vida. Além disso, auxilia no favorecimento para o retorno às atividades do cotidiano e na participação social do usuário, sobretudo considerando o período de alta, dadas as discontinuidades decorrentes pelo processo de adoecimento e hospitalização (HEIN, TOLDRÁ; 2021). Sendo papel do Terapeuta Ocupacional, também o incentivo a participação social e retomada e atividades significativas e prazerosas, sendo o estímulo a capacidade funcional algo frequentemente assegurado, assim como, deve fazer parte do plano de tratamento com o objetivo de melhor prognóstico para a pessoa idosa.

Entre as limitações desse estudo, pode-se destacar que foi realizado em um ambiente hospitalar e, por isso, acredita-se que nesse contexto as pessoas idosas possam apresentar condições de saúde piores do que quando em outros cenários, o que pode restringir a generalização dos resultados. Somado a isso, o período da coleta de dados ocorreu em meio a

pandemia pelo coronavírus, o que pode resultar num perfil de internação diferente do habitual e com perfil de altas característicos, sobretudo, pelo receio de manter esses idosos no ambiente hospitalar. Apesar disso, o quantitativo de idosos entrevistados permitiu identificar o perfil dos idosos hospitalizados sendo fundamental para a identificação dos grupos que necessitam de maiores cuidados e reforçando a importância de profissionais capacitados para acolher as demandas dessa população para orientar quanto as melhores medidas de promoção a saúde e de intervenção nesse contexto.

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a população idosa é a maior responsável pelas internações hospitalares. O perfil apresentado demonstrou que não houve diferenças entre os sexos dos idosos internados, sendo a idade média de 74 anos, pertencentes há alguma religião, casados ou em união estável, aposentados, recebendo de um a dois salários mínimos e com escolaridade entre zero e três anos. O tempo de internação, em média 8,08 dias, sendo mais predominante na clínica médica, por condições relacionadas as doenças do aparelho geniturinário e circulatório e com alta por melhora de sua condição. A maior parte dos idosos não frequentavam ambientes favoráveis à sua saúde e, entre aqueles que frequentavam, foram mais predominantes a igreja e a casa de amigos e familiares.

Esta pesquisa possibilitou o conhecimento de características específicas da população idosa e deixou evidente a necessidade do reforço as atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos junto à população idosa, bem como o estímulo a capacidade funcional e participação social da pessoa idosa, para uma consequente manutenção da saúde física e mental. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional poderá contribuir no retorno às atividades do cotidiano e na participação social do idoso, sobretudo considerando o período de alta, dadas as descontinuidades decorrentes pelo processo de adoecimento e hospitalização. Espera-se que o presente estudo leve a reflexão dos profissionais envolvidos com o processo saúde-doença em todos os níveis de atenção à saúde considerando as diferentes complexidades no cuidado ao idoso.

5 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, H. L, et al. A atuação da Terapia Ocupacional na prevenção de quedas de idosos em seus domicílios: revisão da literatura. **Ling. Acadêmica**, Batatais, v. 7, n. 7, p. 85-98, 2017.

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. **Rev Ter Ocup**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 1-49, 2015.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.17 n.4 p.229-232, 2007.
- BERNARDO, L. D; CARVALHO, C. R. A. O papel do engajamento cultural para idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [S.l.], v. 23, n. 6, 2020.
- BORDIN, D, et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base Nacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 4 p. 452-460, 2018.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE. Brasília, DF, jun. 2005.
- CANON, M. B. F; COUTO, T. V. Uma proposta de atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos hospitalizados. **Cad. Ter. Ocup**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 373-382, 2014.
- CAVALCANTI, A. et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo. **Rev. de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n. 3, p. 8-15, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. RESOLUÇÃO nº 429 de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contexto Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 de set. de 2013.
- COSTA, M. F. L.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12 n.4 p. 189-201, 2003.
- CREPEAU, E. B. Análise de atividades: uma forma de refletir sobre desempenho ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, p. 121-133, 2002.
- DE CARLO, M. R. P; BARTALOTTI, C. C; PALM, R. C. M. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática. In: De Carlo MMP, Luzo MCM. Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares. São Paulo: **Roca**, p. 23-29, 2004.
- FARIAS, R. G.; SANTOS, S. M. A. INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS MAIS IDOSOS. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.
- FHON, J. R. S. et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Rev. Latino-Americana de Enfer**, [S.l.], v. 20 n. 5 p. 1-8, 2012.

- FONTELLES, M. J. et al. METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA. **UNAMA**, [S.l.], p.1-8, 2009.
- FREITAS, E. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora **Guanabara Kooban S.A**; 2002.
- GEIB, L. T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.
- HEIN, D. T; TOLDRÁ, R. C. Perspectivas de terapia ocupacional na atenção aos usuários com doenças do aparelho circulatório no contexto hospitalar de média complexidade. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.l.], 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2018. Disponível em:<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>>. Acesso em: 10 jun 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico 2019. Disponível em:< <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se/lagarto.html>>. Acesso em: 30 jun 2020.
- KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Jornal of the American Medical Association**, [S.l.] p. 914-919, 1963.
- KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. E. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 55-60, 2005.
- KIELHOFNER, G. A. Model of Human Occupation: theory and application. 2 ed. Baltimore: **Williams & Wilkins**; 1985.
- LAWTON, M. P. et al. A Research and service-oriented multilevel assessment instrument. **J Gerontol**, [S.l.], v. 37, p. 91-99, 1982.
- LIMA, J. F. N, et al. Perfil epidemiológico de idosos acometidos com fratura de fêmur e conduta de enfermagem a eles prestada em um hospital de emergência do sertão paraibano. **Temas em Saúde**, [S.l.], v. 19, n. 4, p. 343-357, 2020.
- LUZARDO, A. R. et al. Repercussões da hospitalização por queda de idosos: cuidado e prevenção em saúde. **Rev Bras Enferm**, [S.l.], p. 816-822, 2018.
- MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional Evaluation: The Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, [S.l.], v. 14, p. 61-65, 1965.
- MARTINS, N. P. R, et al. Quality of life of older adults admitted to a Medical Clinic Unit of a Public Hospital in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2020.
- MELCHIORRE, M. G. et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. **Seven European Countries.**, v. 8, Jan. 2013.

- MENDES, J. L. V, et al. O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. **REV. EDUC. MEIO AMB. SAÚ**, [S.l.], v.8 n.1, p.13-26, 2018.
- MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.
- NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013.
- OLIVEIRA, A. T. R. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. **Espaço e Economia**, [S.l.], 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: **EDUSP**, 2003.
- OVANDO, L. M. K.; COUTO, T. V. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 176-182, 2010.
- PAGOTTO, V.; SILVEIRA, E. A; VELASCO, W. D. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n.10, p. 3061-3070, 2013.
- PAULA, A. K. C.; FERNANDES, F. B.; SOUZA, I. F. FATORES ASSOCIADOS ÀS ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO NO IDOSO E A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL. **Rev. Científica da Escola da Saúde**, Rio Grande do Sul, n. 2, p. 107-116, 2014.
- PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: **Roca**, ed. 5, 2005.
- PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 753-764, 2006.
- PINTO, J. M.; NERI, A. L. Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2017.
- QUEIROZ, D. B, et al. Perfil de internações de idosos em uma clínica de neurociências de um hospital público. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 16-24, 2016.
- REIS, C. S; NORONHA, K; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 591-612, 2016.
- RIBERTO, A. P. et al. A influência das quedas da qualidade de vida do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2004.
- SANTOS, H. S.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, 2009.
- SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

TAKO, K. V. et al. PERFIL E PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.11, n., p. 4687-4691, 2017.

TEDESCO, A. S. et al. Tradução e validação para português brasileiro da Escala de Auto-avaliação do Funcionamento Ocupacional. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 230-237, 2010.

TEDESCO, S. A. Estudo da validade e confiabilidade de um instrumento de Terapia Ocupacional: Auto- Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF). Dissertação (Mestrado em Saúde Mental). São Paulo: Escola Paulista de Medicina - **Unifesp**, 2000.

TIVERON, R. M. A Terapia Ocupacional no campo da Gerontologia: uma contribuição para revisão de projetos de vida. São Paulo: **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC**, 2008.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], p. 1929-1936, 2018.

ANEXO 1

APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

Pesquisador: Janayna de Almeida Andrade

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30673120.2.0000.5546

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.333.400

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1529438.pdf) , postados em 10/08/2020.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 12 de Outubro de 2020

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Sanatório **CEP:** 49.060-110
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3194-7208 **E-mail:** cephu@ufs.br

APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO- EBSEH/UFES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

O sr(a) está sendo convidado, de forma voluntária, para participação na pesquisa intitulada: “FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS”, cujo objetivo principal será: identificar o funcionamento ocupacional de idosos hospitalizados. Em nenhum momento, haverá qualquer identificação dos participantes, serão guardadas e resguardadas as informações obtidas, e não sendo revelada, sob qualquer pretexto, a identificação dos participantes.

Os riscos para os participantes são mínimos que podem ser decorrentes do incômodo de responder ao questionário, além disso, haverá o risco em exposição aos dados contidos nos prontuários; no entanto, os dados são confidenciais e serão utilizados apenas para fins científicos, e será feito o máximo para não haver essa exposição. Os benefícios do mesmo são levar a auto-reflexão sobre o processo de envelhecimento, o que levará ao participante a observar as potencialidades dessa idade. Para comunidade científica, além disso irá ampliar os conhecimentos na área do envelhecimento, contribuindo para discussão e compreensão de informações relativas à população idosa, visando buscar soluções para as questões a serem enfrentadas e trazer uma nova perspectiva para a vida dessas pessoas, auxiliando na melhoria de políticas públicas e qualidade de assistência prestada aos idosos nas instituições de saúde.

Os gastos para a realização do presente estudo serão custeados totalmente pela pesquisadora responsável, sendo que vossa participação não irá te gerar custos. Além disso, é assegurado a garantia de indenização e a assistência integral diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, por isso qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não neste termo, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Essa pesquisa é submetida ao comitê de ética em pesquisa que é um colegiado de relevância pública elaborado para defender e proteger os interesses dos participantes da

pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O exposto segue as determinações da Resolução CNS N° 466 de 2012. Na parte dos dados, abaixo do TCLE, encontra-se o contato do comitê para dirimir eventuais dúvidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com os pesquisadores e a outra com o(a) participante.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO(A) DA PESQUISA

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Funcionamento Ocupacional de idosos hospitalizados, como voluntário(a) da pesquisa. Fui devidamente orientado(a) pelo pesquisador Janayna de Almeida Andrade sobre a pesquisa, os objetivos, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Lagarto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Pesquisadora responsável: Janayna de Almeida Andrade
Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto Localização:
Avenida Brasília, nº49000 – Santa Terezinha.
E-mail: janaynadr@hotmail.com
Orientadora: Andrezza Marques Duque
Departamento de Terapia Ocupacional, Campus Universitário Professor Antônio Garcia
Filho, Universidade Federal de Sergipe
Localização: Avenida Marcelo Deda, s/n - São José. CEP. 49.400-000 – Lagarto/SE E-mail:
andrezza.duque@yahoo.com.br
CEP: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
Localização: Rua Cláudio Batista S/N- Centro de pesquisas Biomédicas -Bairro Sanatório.
CEP. 49060-100 Aracaju –SE
Telefone: (79) 3194-7208

APENDICE 2
QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nº do questionário: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Prontuário: _____

Idade: _____

Sexo

() Masculino

() Feminino

Religião

() Sim, qual: _____

() Não

Estado conjugal

(1) Solteiro (a)

(2) Casado (a) ou união estável

(3) Viúvo (a)

(4) Separado (a) ou divorciado (a)

Com quem mora

(1) Sozinho (a)

(2) Com familiares

(3) Em Instituição

(4) Outro _____

Onde mora

(1) Lagarto () Zona Rural () Zona Urbana

(2) Outro _____

Profissão

Renda familiar

(1) Menos de um salário mínimo

(2) De um a dois salários mínimos

(3) De dois a quatro salários mínimos

(4) Mais de quatro salários mínimos

Escolaridade

(1) Analfabeto

(2) Sabe ler e escrever

(3) Ensino fundamental

(4) Ensino médio

(5) Ensino superior

(6) Outro _____

Causa da Hospitalização

Tempo de Internação

() dias

APENDICE 3

**INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL
– SAOF**

QUESTÃO	SIM	NÃO	NÃO SEI
<i>Causalidade pessoal: como você avalia suas ações?</i>			
Conheço minhas habilidades?			
Espero sempre resultados positivos das minhas ações e projetos?			
Acredito nas minhas realizações?			
Acredito nas minhas realizações no trabalho?			
Acredito nas minhas realizações no meu lar?			
Acredito nas minhas realizações no meu divertimento e no lazer			
<i>Valores: atividades que são importantes e o valor de seus objetivos</i>			
Faço atividades que tem significado para mim?			
Tenho objetivos para o futuro?			
Tenho expectativas reais a meu respeito?			
<i>Interesses: a tudo que gosto de fazer</i>			
Identifico meus interesses e gostos?			
Tenho vários interesses?			
Participo dos projetos que me são importantes?			
<i>Papéis: desempenho e comportamentos sociais</i>			
Costumo de envolver nos papéis que me comprometo?			
De trabalhador?			
De amigo?			
De familiar?			
Reconheço e procuro atingir as expectativas de meus papéis?			
Mantenho um equilíbrio saudável dos papéis na minha vida?			
<i>Hábitos: rotina e cotidiano</i>			
Organizo satisfatoriamente meu tempo?			
Mantenho hábitos saudáveis que ajudam no desempenho dos meus papéis?			
Sou flexível quando ocorrem mudanças na minha rotina?			
<i>Habilidades: como é a minha aptidão, minha capacidade</i>			
Consigo me expressar para os outros?			
Tenho bom contato social?			
Planejo antes de agir?			

Concentro-me e completo meu trabalho?			
Identifico meus problemas?			
Identifico a solução para meus problemas?			
Quando identifico, consigo agir?			
Consigo desempenhar minhas tarefas cotidianas?			
Consigo cuidar da minha higiene?			
Consigo cuidar das minhas finanças?			
Consigo cuidar da minha casa?			
Sinto-me fisicamente capaz de fazer o que preciso?			
<i>Meio Ambiente: recursos ambientais</i>			
Costumo frequentar ambientes favoráveis para mim?			
TOTAL			

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
NORMAS PARA DESCRIÇÃO DO ARTIGO

Formato:

Os textos devem ser digitados em programa Word for Windows, papel tamanho A4, margem de 2,5cm, espaço 1,5, letra Time News Roman 12. Todo o artigo deverá conter de 15 a 20 laudas (a contar da página da introdução até as referências).

Estrutura:

Resumo: Escrito com, no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, método, resultados/discussão e conclusões. Devem ser escritos em português e inglês (abstract).

Palavras-chave: De três a seis, em língua portuguesa e inglesa. (Consulte o DeCs_Descriptores em Ciências da Saúde).

Corpo do texto: Sugere-se que a estrutura do texto seja organizada da seguinte forma: Introdução; Método; Resultados; Discussão e Conclusões.

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de enumeração crescente e apresentar a legenda numerada correspondente a sua citação. Devem estar inseridas no texto.

Figuras: Devem estar citadas no texto através de enumeração crescente e apresentar a legenda numerada correspondente a sua citação. Devem estar inseridas no texto e estarem em alta resolução (300dpi), em JPG ou TIF.

Citações e referências: Devem estar de acordo com as normas da ABNT (versão atualizada).

Observações:

- As páginas devem ser enumeradas a partir da folha de rosto.
- Caso o(s) autor(es) queiram, podem acrescentar apêndice(s) e/ou anexo(s) ao final da trabalho, tais como: parecer de aprovação do comitê de ética, instrumentos utilizados para coleta de dados.