

ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados a funcionalidade familiar em idosos hospitalizados

Liessa Aparecida Vaz¹, Valeria Nasser Figueiredo¹, Maria Beatriz Guimarães Raponi¹,
Patrícia Magnabosco¹, Juliana Pena Porto¹

¹Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Faculdade de Medicina (FAMED), Minas Gerais,
MG, Brasil

Recebido em: 17 de abril de 2024; Aceito em: 30 de abril de 2024.

Correspondência: Liessa Aparecida Vaz, liessavaz23@hotmail.com

Como citar

Vaz LA, Figueiredo VN, Raponi MBG, Magnabosco P, Porto JP. Fatores associados a funcionalidade familiar em idosos hospitalizados. Enferm Bras. 2024;23(2):1580-1590. doi:[10.62827/eb.v23i2.4005](https://doi.org/10.62827/eb.v23i2.4005)

Resumo

Objetivo: Analisar a funcionalidade familiar dos idosos hospitalizados e sua possível associação com a capacidade funcional. **Métodos:** Estudo observacional, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital de ensino brasileiro de grande porte. Como instrumentos de coleta dos dados utilizou-se questionário sociodemográfico, clínico e as Escalas de Katz, Lawton, Mini Exame do Estado Mental, depressão geriátrica e APGAR da família. **Resultados:** Participaram da pesquisa 233 idosos. A maioria deles eram do sexo masculino (147-63,1%), com idade entre 60 e 70 anos (127-54,7%), com hipertensão arterial sistêmica (155-66,5%), eles eram independentes para realizar ABVD (110-47,2%), com cognição preservada (156-67,0%), sinais de depressão (180-77,3%) e boa funcionalidade familiar (138-59,2%). A incidência da disfunção familiar foi maior para idosos que moravam sozinhos (27-61,4%), não praticavam nenhuma religião (22-59,5%) e que possuíam diabetes (42-58,3%). **Conclusão:** Há associação entre disfunção familiar e o fato de os idosos possuírem diabetes mellitus, morarem sozinhos e não praticarem religião.

Palavras-chave: Enfermagem; família; hospitalização; saúde do idoso.

Abstract

Factors associated with family functionality in hospitalized elderly

Objective: To analyze the family functionality of hospitalized elderly people and its possible association with functional capacity. **Methods:** Observational study, with a quantitative approach, developed in a large Brazilian teaching hospital. As data collection instruments, a sociodemographic and clinical questionnaire and the Katz and Lawton Scales, Mini Mental State Examination, geriatric depression and family APGAR were used. **Results:** 233 elderly people participated in the research. The majority of them were male (147-63.1%), aged between 60 and 70 years (127-54.7%), with systemic arterial hypertension (155-66.5%), they were independent to perform BADL (110-47.2%), with preserved cognition (156-67.0%), signs of depression (180-77.3%) and good family functioning (138-59.2%). The incidence of family dysfunction was higher for elderly people who lived alone (27-61.4%), did not practice any religion (22-59.5%) and who had diabetes (42-58.3%). **Conclusion:** There is an association between family dysfunction and the fact that elderly people have diabetes mellitus, live alone and do not practice religion.

Keywords: Nursing; family; hospitalization; health of the elderly.

Resumen

Factores asociados a la funcionalidad familiar en ancianos hospitalizados

Objetivo: Analizar la funcionalidad familiar de ancianos hospitalizados y su posible asociación con la capacidad funcional. **Métodos:** Estudio observacional, con abordaje cuantitativo, desarrollado en un gran hospital universitario brasileño. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico, clínico y las Escalas de Katz y Lawton, Mini Examen del Estado Mental, depresión geriátrica y APGAR familiar. **Resultados:** Participaron de la investigación 233 ancianos. La mayoría eran del sexo masculino (147-63,1%), con edades entre 60 y 70 años (127-54,7%), con hipertensión arterial sistémica (155-66,5%), eran independientes para realizar ABVD (110-47,2%), con cognición conservada (156-67,0%), signos de depresión (180-77,3%) y buen funcionamiento familiar (138-59,2%). La incidencia de disfunción familiar fue mayor entre las personas mayores que vivían solas (27-61,4%), no practicaban ninguna religión (22-59,5%) y tenían diabetes (42-58,3%). **Conclusión:** Existe asociación entre la disfunción familiar y el hecho de que las personas mayores tengan diabetes mellitus, vivan solas y no practiquen religión.

Palabras-clave: Enfermería; familia; hospitalización; salud de los anciano.

Introdução

O mundo passa por um processo de transição demográfica, a diminuição dos níveis de fecundidade e de mortalidade ocorre de forma global. O Brasil é um dos países afetados e tem como resultado a

mudança da pirâmide etária que sofreu a redução da base com a diminuição das crianças e o alargamento do ápice com o aumento dos idosos [1]. A expectativa é que em 2030 a população idosa no Brasil

deve atingir cerca de 41,6 milhões de indivíduos, enquanto em 2060 a proporção populacional pode chegar a um idoso para cada três brasileiros [2-3].

O processo de envelhecimento, na maioria das vezes, está associado ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas também conhecidas como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e ao comprometimento da capacidade funcional, demandando intervenções contínuas e superespecializadas, que fazem com que esses indivíduos consumam mais os serviços de saúde, necessitem de internação hospitalar e tenham uma permanência mais prolongada, encarecendo demasiadamente o sistema de saúde e prejudicando ainda mais a funcionalidade dos idosos, possibilitando a necessidade de institucionalização e o risco de morte [4-7].

A relação de afeto com a família é um fato significativo, pois quando o idoso tem vínculo emocional e intimidade com alguém, facilita a relação de cuidado. A família é considerada uma instituição, que ao longo do tempo sofre com mudanças na sua constituição e estrutura, para garantir a continuidade e desenvolvimento de seus membros [8].

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, com abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital de ensino brasileiro de grande porte com financiamento próprio.

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia; CAAE:19650619.8.0000.5152, número do parecer: 4.341.867.

O tamanho amostral total foi estimado em 233 participantes, selecionados através de amostragem aleatória dentre os 4.280 idosos atendidos nos

A avaliação da funcionalidade familiar, permite conhecer aquelas relações em que os membros conseguem viver em harmonia, possuem relação de respeito mútuo, carinho e compreensão e conseguem resolver situações de conflito. Uma organização familiar adequada pode aumentar a qualidade de vida dos idosos, mostrando o quão significativas são as interações familiares e como o suporte familiar é fundamental [9]. Por outro lado, famílias disfuncionais podem provocar conflitos, acarretando um cuidado inapropriado e penoso para os idosos [10].

Conhecer o contexto familiar em que o idoso é inserido é necessário para contribuir com a equipe de saúde, pois o cuidado do idoso no domicílio pode propiciar o convívio familiar, encurtar o tempo de internação hospitalar, reduzir as complicações decorrentes de longos períodos de internações hospitalares, garantir a adesão ao tratamento e possibilitar um melhor prognóstico [11].

Analisou-se a funcionalidade familiar dos idosos hospitalizados e sua possível associação com a capacidade funcional.

setores Clínica Cirúrgica I (15/6,4%); Cirúrgica II (30/12,9%); Pronto Socorro (158/67,8%); Clínica Médica (18/7,7%) e Oncologia (12/5,2%) do referido hospital, com correção para população finita e ajustamento de recusa de 20%, respeitando-se a densidade populacional dessa comunidade. O nível de confiança foi fixado em 95% e o erro de delineamento em 5,0 %.

Participaram deste estudo as pessoas que possuíam idade igual ou maior que 60 anos, com capacidade cognitiva preservada. Foram excluídos os idosos que apresentavam dificuldades na

comunicação verbal. Para a caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes foi preenchido um instrumento de coleta de dados criado pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Foram obtidas informações quanto a sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, moradia, comorbidades e fatores de risco, uso de orteses e medicações em uso. O período de coleta de dados foi de Outubro de 2021 a Fevereiro de 2022.

A avaliação da capacidade funcional dos idosos se deu pela aplicação dos seguintes testes:

- Escala de Katz, também nomeada como Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), desenvolvida por Sidney Katz e equipe, que permite mensurar a habilidade do idoso em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente [12].

- Escala de Lawton, também nomeada como Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), criada por Lawton e Brody em 1969, que permite avaliar a capacidade de desempenho de atividades mais complexas do dia a dia e se o idoso possui independência para viver em comunidade [12].

- Mini Exame do Estado Mental (MEEM), publicado por Folstein, Folstein e Mc Houg em 1975,

permite o rastreio inicial do estado mental do idoso e é constituído por questões divididas em cinco categorias: orientação temporal e espacial, aprendizagem e memorização de três palavras, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual [12].

- Escala de depressão geriátrica abreviada, criada por Yesavage em 1983, que contém quinze perguntas com respostas “sim e não” e é utilizada para rastreio de sintomas depressivos na população idosa [12].

Foi aplicado o instrumento A.P.G.A.R da família (instrumento validado para o Brasil e indicado pelo Ministério da Saúde) para mensurar a satisfação do idoso sobre sua família. Este instrumento contém cinco perguntas que permitem evidenciar componentes básicos no funcionamento familiar e adaptação intrafamiliar [12].

A análise estatística foi realizada pelo Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 25. Para avaliar as diferenças entre os grupos, foi utilizado o teste qui-quadrado e foi calculado o Odds-ratio (OR) com intervalo de confiança (IC) de 95%. A análise de regressão logística foi realizada para valores significantes.

Resultados

A tabela evidencia os dados sociodemográficos analisados, a relação das características clínicas

dos participantes e a incidência da disfunção familiar nos resultados encontrados.

Tabela 1- Análise bivariada e regressão logística envolvendo funcionalidade familiar e as variáveis sociodemográficas/clínicas e hábitos de vida dos participantes. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022

Variáveis Sociodemográficas e clínicas	Idosos com boa funcionalidade familiar N (%)	Idosos com disfunção familiar (moderada/elevada) N (%)	P¹	OR²	OR AJUSTADA
Sexo Masculino Feminino	86 (58,5) 52 (60,5)	61 (41,5) 34 (39,5)	0,784	0,92(0,53-1,58)	0,69 (048-1,63)
Idade 60 – 70 anos 71 – 80 anos Acima de 80 anos	74 (58,3) 32 (56,1) 25 (67,6)	53 (41,7) 25 (43,9) 12 (32,4)	0,872 0,345	1,09 (0,58-2,05) 0,67 (0,30-1,45)	0,40 (0,56-1,25)
Moradia Sozinho(a) Cônjuge/ companheiro(a)/ filho(a)	17 (38,6) 121 (64,0)	27 (61,4) 68 (36,0)	0,003	2,82 (1,43-5,55)	0,00 (1,29-5,79)
Religião Sim – praticante Não	123 (62,8) 15 (40,5)	73 (37,2) 22 (59,5)	0,017	2,47 (1,20-5,06)	
Escolaridade Analfabeto Possui algum grau de escolaridade	31 (58,5) 107 (59,4)	22 (41,5) 73 (40,6)	1,000	1,04 (0,55-1,93)	0,55 (0,60-2,52)
Trabalho Sim Não/aposentado(a)	5 (83,3) 133 (58,6)	1 (16,7) 94 (41,4)	0,405	0,28 (0,03-2,46)	
HAS³ Não Sim	45 (57,7) 93 (60,0)	33 (42,3) 62 (40,0)	0,778	0,90 (0,52-1,57)	0,37 (0,38-1,43)
Diabetes Não Sim	68 (67,1) 30 (41,7)	53 (32,9) 42 (58,3)	0,000	2,85 (1,61-5,05)	0,00 (1,77-6,61)
Dislipidemia Não Sim	99 (60,7) 39 (55,7)	64 (39,3) 31 (44,3)	0,561	1,23 (0,69-2,16)	0,79 (0,57-2,07)
Tabagismo Não Sim	48 (60,8) 90 (58,4)	31(39,2) 64 (41,6)	0,779	1,10 (0,63-1,91)	
Etilismo Não Sim	74 (61,2) 64 (57,1)	47 (38,8) 48 (42,9)	0,594	1,18 (0,70-1,99)	
Medicações Toma todos corretamente Tem dificuldade	107 (61,1) 31 (53,4)	68 (38,9) 27 (46,6)	0,355	1,37 (0,75-2,49)	0,54 (0,62-2,42)

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2022. 1 = referente ao teste qui-quadrado, 2 = Odds-radio, 3 = Hipertensão arterial sistêmica

Conforme Tabela 2, não houve associação entre grau de capacidade cognitiva, capacidade funcional, sinais e sintomas de depressão com disfunção familiar.

Tabela 2 – Associação entre funcionalidade familiar e capacidade cognitiva, funcional e depressão dos participantes incluídos no estudo (n=233). Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021/2022

Variáveis	Boa funcionalidade familiar N (%)	Disfunção familiar N (%)	P ¹
Sem Comprometimento cognitivo	90 (60,8)	58 (39,2)	0,580
Com algum comprometimento cognitivo	48 (56,5)	37 (43,5)	
Sem dependência para AIVD²	5 (100)	0 (0)	0,81
Com alguma dependência para AIVD	133 (58,3)	95 (41,7)	
Sem dependência para ABVD³	71 (64,5)	39 (35,5)	0,142
Com alguma dependência para ABVD	67 (54,5)	56 (45,5)	
Sem sinais de depressão	33 (62,3)	20 (37,7)	0,637
Com sinais de depressão	138 (59,2)	95 (40,8)	

Fonte: Tabela elaborada pelas autoras, 2022. 1 = referente ao qui-quadrado, 2 = Atividades Instrumentais de Vida Diária, 3 = Atividades Básicas da Vida Diária

Discussão

A taxa de internação hospitalar aumenta, para homens e mulheres, na faixa etária de 60 anos ou mais (15,2%), assim como o risco de internação: de 11,8% aos 60-69 anos, para 17,7% aos 70-79 e 24,2% aos 80 ou mais anos [13]. A amostra deste estudo foi composta, em sua maioria, por idosos entre 60 e 70 anos de idade e do sexo masculino, o que pode ser justificado

pelo fato de as mulheres possuírem uma atitude mais preventiva com relação a saúde. Os homens ao contrário, são mais resistentes em relação ao cuidado com a sua saúde e assim adoecem mais, o que resulta na procura pelo serviço de saúde somente quando precisam de tratamento para agravos, o que os tornam mais susceptíveis de serem hospitalizados [14].

Um fator que pode contribuir para a alta taxa de hospitalização entre os idosos é a aposentadoria, pois é um período em que o indivíduo se distancia da vida produtiva e isso propicia o isolamento, a baixa autoestima, depressão e surgimento de outros problemas de saúde [14]. Por outro lado, viver com o parceiro é um significativo indício de bem-estar na velhice e contribui com a funcionalidade e longevidade. Pode-se observar esse benefício com idosos do sexo masculino, pois eles possuem menores chances de se tornarem viúvos [15].

A religião também pode ser um significativo recurso para o enfrentamento de momentos difíceis que podem surgir com o avanço da idade, tais como o declínio das condições de saúde; mudança repentina; aposentadoria; perdas; isolamento social e familiar. A crença auxilia também na reflexão sobre o propósito de vida dos seres humanos. Por isso o aumento da adesão dos idosos as religiões [16]. Os dados desta investigação corroboram estes fatos, pois mostram maioria de idosos, casados, aposentados e praticantes de alguma religião. No entanto, idosos que não praticavam nenhuma religião tiveram maior incidência de disfunção familiar.

Em termos de saúde, os problemas causados pelo envelhecimento são frequentemente as DCNT que requerem cuidados contínuos e caros, que podem vir acompanhadas de doenças infecciosas e desnutrição [6]. Hipertensão é uma doença crônica, muito comum na população idosa, aumenta sua incidência com o avançar da idade e é fator de risco para outros problemas de saúde que o idoso pode desenvolver [17]. Do mesmo modo é comum encontrarmos idosos com uma ou mais DCNT, elas fazem parte da principal causa de morbimortalidade no mundo [18].

A HAS também foi a DCNT mais encontrada na população investigada, seguida de Diabetes Mellitus e dislipidemias. A disfunção familiar

também foi observada para idosos portador de diabetes mellitus. Por se tratar de uma enfermidade de longa duração, o idoso que possui essa doença necessita de cuidados e auxílio durante um bom tempo, logo a família ou a rede de apoio desse idoso precisa estar estruturada para não sofrer durante o tratamento do idoso que possui Diabetes Mellitus. Mas, essa pode ser uma tarefa exaustiva e pode trazer uma sobrecarga aos cuidadores familiares desse idoso, promovendo até um processo de rompimento do equilíbrio familiar [19-20].

Entre os fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCNT, foi possível identificar que a maioria dos idosos investigados eram tabagistas e metade deles eram etilistas crônicos. O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de morte por doenças não transmissíveis [24]. A ingestão de bebidas alcoólicas pode acarretar prejuízos consideráveis na saúde física e mental de idosos, além de causar comprometimento cognitivo e piora do isolamento social, o que influencia diretamente na funcionalidade familiar dos mesmos [25].

Apesar da maioria dos idosos relatar que consegue fazer uso correto das medicações, este fator é preocupante pois múltiplas doenças requerem o uso de múltiplos medicamentos. É habitual encontrar, entre idosos, doses e indicações inadequadas, interações medicamentosas, além do uso de medicamentos de forma excessiva e que não trazem a melhora esperada. Para idosos que possuem polifarmácia e dispõem de problemas de visão, dificuldade de entendimento e pouca escolaridade, o risco de erro na hora da ingestão do medicamento é alto [21-23].

O declínio cognitivo pode ser descrito como um progressivo grupo de distúrbios que podem caracterizar a demência e, assim como a perda gradual da capacidade funcional podem ser influenciados diretamente pela hospitalização, aumentando a

chance da piora do quadro de incapacidade e de dependência e influenciando diretamente na qualidade de vida do idoso [26,27].

Os idosos que apresentam o estado de demência também aumentam as chances de possuírem outros problemas de saúde, que proporcionam a polifarmácia, a hospitalização precoce e também o surgimento de problemas em relação a saúde mental do idoso [28,29].

A depressão em idosos é alarmante e também possui associação com perda de capacidade funcional, autonomia, agrava condições sociais, prejudica adesão a tratamentos de saúde e negligência no autocuidado [28].

A família executa um papel de extrema importância com idosos depressivos, é necessário acontecer uma reorganização familiar para conseguir dar o suporte necessário. Foi evidenciado que, nos casos de disfunção familiar, a chance de idosos apresentarem sintomas depressivos foi 5,36 vezes maior em comparação aos que apresentavam bom funcionamento familiar [30].

Conclusão

As variáveis morar sozinho, não praticar religião e DM foram estatisticamente significativas, constituindo fatores de risco expressivos para ocorrência de disfunção familiar em idosos hospitalizados.

Este estudo mostrou associação entre disfunção familiar e o fato de os idosos serem portadores de diabetes *melitus*, morarem sozinhos e não praticarem religião.

Mais estudos são necessários para conhecer a qualidade das relações familiares e como as equipes de saúde, em especial a de enfermagem, podem ajudar a promover a boa funcionalidade familiar e bem-estar dos idosos.

O bom funcionamento familiar é um grande influenciador de bem-estar e qualidade de vida quando o idoso é respeitado e acolhido no seio familiar. As relações familiares possuem o poder de refletir na saúde de seus membros e com o idoso reflete o cuidado prestado. Para que o idoso possa desfrutar de melhores condições de vida deve haver afeto, respeito e cuidado no convívio familiar [31].

A maioria dos idosos deste estudo mostrou independência para todas as ABVDs, algum comprometimento para realizar AIVDs, cognição preservada, sinais de depressão e boa funcionalidade familiar. Apesar da análise estatística do estudo não ter apresentado associação significativa entre a funcionalidade familiar e capacidade funcional, cognitiva ou presença de sinais de depressão, estudos mostraram presença de disfunção familiar significativamente maior nos casos de idosos com depressão [30] e dependência parcial para AIVD (40,4%) e famílias disfuncionais (32,3%) [32].

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

Fontes de financiamento

Financiamento próprio.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: VAZ LA, PORTO JP;
Coleta de dados: VAZ LA; *Análise e interpretação dos dados:* VAZ LA, PORTO JP, FIGUEIREDO VN, FERREIRA MBG, MAGNABOSCO P; *Análise estatística:* FIGUEIREDO VN, FERREIRA MBG, MAGNABOSCO P; *Redação do manuscrito:* VAZ LA, PORTO JP; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* VAZ LA, PORTO JP.

Referências

1. Borba Filho LFS, Siviero PCL, Myrrha LJD. O impacto demográfico e seus diferenciais por sexo nos custos assistenciais da saúde suplementar no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2022;29:28-39
2. Mendonça LF. Depressão geriátrica: revisão sistemática da literatura. *Rev Geriatr Gerontol*. 2021;24(2). doi:10.4181/geri.2021.e210022
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629_informativo.pdf. Acesso em: 26 mar. 2023.
4. Pinheiro GML, Alvarez AM, Pires DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2012;17(8):2105-2115. doi:10.1590/S1413-81232012000800021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tzB5FLgDv7HSyKYFCLs-M6sF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.
5. Girondi JBR, et al. Estudo do perfil de morbimortalidade entre idosos. *Rev Enferm UFSM*. 2013;3(2):197-204. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2013/bde-25028/bde-25028-037.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2022.
6. Amaral ACS, et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1617-1626. doi:10.1590/S0102-311X2004000600020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kH4Fqj8rvLLbszf3FKKZcFS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.
7. Cristo GO, Pernambuco ACA. The impact of functionality on the mortality of elderly patients admitted to a General Hospital. *Einstein*. 2009;7(3):266-270. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1228-Einstein%20v7n3p266-70.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022.
8. Araújo IM, Paúl C, Martins MM. Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade—Um desafio. *Rev Enferm Referência*. 2008;2(7):43-53. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239954006>. Acesso em: 22 jun. 2022.
9. Ramos G, et al. Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da Atenção Domiciliar: estudo transversal analítico. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:1-9. doi:10.37689/acta-ape/2022AO009234. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/DbwBGBj9Qd5ZyGpPYqPqGBPb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mai. 2022.
10. De Vasconcelos Torres G, et al. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Aval Psicol*. 2009;8(3):415-423. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.
11. Almeida L, et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):543-548. doi:10.1590/S0104-07072012000300008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RGJC3mFyr5zyj3bzsrjT9hM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jun. 2022.
12. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 20 jun. 2022.

13. Loyola Filho AI, et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2004;13(4):229-238. doi:10.5123/S1679-49742004000400005. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a05.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.
14. Rocha FCV, et al. Profile of elderly patients admitted to the hospital emergency. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3(3):32-38. doi:10.26694/reufpi.v3i3.1567. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1567/pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.
15. Rabelo DF, Rocha NMFD, Pinto JM. Arranjos de Moradia de Idosos: Associação com Indicadores Sociodemográficos e de Saúde. *Rev Subjetividades*. 2020;20(1):1-13. doi:10.5020/23590777.rs.v20iEsp1.e8873. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e8873/pdf>. Acesso em: 30 jun. 2022.
16. Esperandio MRG, et al. Envelhecimento e Espiritualidade: O papel do Coping Espiritual/Religioso em Idosos Hospitalizados. *Interação Psicol*. 2019;23(2):268-280. doi:10.5380/psi.v23i02.65381. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/65381>. Acesso em: 13 jun. 2022.
17. Silva DSM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;25(5):1-10. doi:10.1590/1981-22562022025.210204.pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/JHbf5DqRjR4zJW8kHtvkYmS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2022.
18. Leite BC, et al. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;22(6):1-11. doi:10.1590/1981-22562019022.190253. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/yPJDvn3XN5wbTBp6Scjq9Pz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mai. 2022.
19. Manoel MF, et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery*. 2013;17:346-353. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/43Qvw5rdqmTRhYQsVFLZqVd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.
20. Ribeiro JP, Rocha SA, Popim RC. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. *Esc Anna Nery*. 2010;14:765-771. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/HVX9CPyyFX6qhWQXwcTjM4Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.
21. Pereira KG, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20:335-344.
22. De Araújo Baqueiro KCA, De Oliveira CMS. Polifarmácia em idosos-uma revisão. *Rev Ibero-Am Hum Cienc Educ*. 2023;9(5):1888-1898.
23. Marin MJS, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008;24:1545-1555.
24. Ribeiro TCS, Barros MB de A, Lima MG. Smoking and loneliness in older adults: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2022;38(3):1-11. DOI: 10.1590/0102-311X00093621. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ntwQn5MFNsvt9DxVKf4Mcqn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 24 jun. 2022.

25. Pillon SC, Martins BF, Araújo RP, Silva YRC, Costa JÁ, Ribeiro C. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):742-8. DOI: 10.1590/S1414-81452010000400013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RRgfZjWYZ4XTHSTDFZmwCrw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2022.
26. Cabral JF, Tavares DM, Dias FA, Nascimento CM, Pegorari MS, Alves AS. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2019;24(9):3227-36. DOI: 10.1590/1413-81232018249.22962017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X7yTvBkzRJ7DGv6NqSqMB4r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2022.
27. Nazario MP e S, Lopes CT, Lima DP, Cruz DP, Sousa MRG, Silva MC. Déficit cognitivo em idosos hospitalizados segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): Revisão narrativa. *J Health Sci*. 2018;20(2):131-4. DOI: 10.17921/2447-8938.2018v20n2p131-134. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgskroton.com.br/article/view/6146/4184>. Acesso em: 30 mai. 2022.
28. Gontijo APS, Silva DCS, Oliveira TC, Caldeira AP. Declínio cognitivo e uso de medicamentos na população de idosos institucionalizados de uma cidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Colet*. 2022;30:163-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/RrXCn99V7THWWbyxQLmrhvB/>. Acesso em: 02 jan. 2023.
29. Martins MB, Boff C, Ávila CT. Desafios da avaliação neuropsicológica: depressão x declínio cognitivo na pessoa idosa. *Braz J Health Rev*. 2021;4(5):23381-95. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/38429>. Acesso em: 18 jun. 2022.
30. Souza RA, Lima MG, Silva TJP, Barros MB de A, Cesar CLG, Goldbaum M. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48:469-76. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TWvCnjdDCvYR8LjvTQqfZg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jun. 2022.
31. Alonso MAM, Silva EG, Santos VC, Silva JG, Moura GC, Almeida SCS. Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:1-9. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cyjfFNKYGLC383SV6HfJFFD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 jun. 2022.
32. Silva SS, Pinheiro LC, Loyola Filho AI. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre idosos residentes em Minas Gerais, Brasil, 2010-2015. *Cad Saude Colet*. 2022;30(1):135-46. DOI: 10.1590/1414-462X202230010294. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/fKpg4d775tNb-93D93RjKMPG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.