



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Unported.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o crédito apropriado, prover um link para a licença e indicar se mudanças foram feitas. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

NãoComercial — Você não pode usar o material para fins comerciais.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 3.0 Unported License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

Under the following terms:

Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for commercial purposes.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Aspectos biopsicossociais e a complexidade assistencial de idosos hospitalizados

Biopsychosocial aspects and the complexity of care of hospitalized elderly

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez¹

Henrique Salmazo da Silva²

Helena Eri Shimizu³

Descritores

Cuidados de Enfermagem; Enfermagem geriátrica; Serviço hospitalar de enfermagem; Hospital; Idoso

Keywords

Nursing care; Geriatric nursing; Nursing service; Hospital; Aged

Submetido

27 de Fevereiro de 2014

Aceito

29 de Julho de 2014

Resumo

Objetivo: Conhecer os aspectos biopsicossociais e as condições do sistema de saúde de idosos hospitalizados e classificar o grau de complexidade assistencial.

Métodos: Trata-se de estudo quantitativo, cuja amostra por conveniência foi constituída por 279 idosos. Utilizou-se o método *Interdisciplinary Medicine Instrument* (INTERMED), ferramenta que identifica aspectos biopsicossociais e condições do sistema de saúde e classifica a complexidade do paciente. Os dados foram submetidos à análise descritiva.

Resultados: Predominou idosos do gênero feminino, aposentados, de cor branca, baixa escolaridade, casados e satisfeitos com as condições de saúde. A média de idade foi 72,3 anos. O domínio biológico foi o mais comprometido. Quanto à complexidade assistencial, 34,8 % dos pacientes requerem assistência multiprofissional.

Conclusão: Os idosos apresentaram elevada complexidade assistencial, com maior comprometimento nos domínios biológico e sistema de saúde.

Abstract

Objective: To investigate the biopsychosocial aspects and aspects of the health system of hospitalized elderly and to classify their degree of care complexity.

Methods: This was a quantitative study whose convenience sample consisted of 279 elderly. The Interdisciplinary Medicine Instrument (INTERMED) method was used, a tool that identified biopsychosocial aspects and conditions of the health system and classified the complexity of the patient. The data were submitted to descriptive analysis.

Results: The prevailing profile was of elderly women, retired, white, with low educational levels, married and satisfied with their life conditions. The mean age was 72.3 years. The biological domain was the most compromised. As for the complexity of care, 34.8% of the patients required multiprofessional care.

Conclusion: The elderly had high care complexity, with the biological and health system domains being the most compromised.

Autor correspondente

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Av. Arlindo Bétio, 1000, São Paulo, SP,
Brasil. CEP: 03828-000
biagutierrez@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400071>

¹Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A gestão da atenção ao idoso tem sido alvo de discussões entre profissionais, gestores e pesquisadores na área do envelhecimento. A literatura indica que os idosos, em especial os mais longevos e dependentes, necessitam de cuidados de longa duração e da avaliação das necessidades biopsicossociais a curto, médio e longo prazo, prevenindo desfechos adversos em saúde: quedas, insuficiência de cuidados, incapacidades, institucionalizações, hospitalizações recorrentes e óbito.⁽¹⁻³⁾

Nas últimas duas décadas, alguns pesquisadores realizaram estudos com o intuito de levantar fatores agravantes no estado de saúde/doença do paciente hospitalizado; melhorar a qualidade da assistência prestada a ele e ainda, reduzir os custos.⁽⁴⁻⁶⁾

Neste contexto, uma das propostas que se apresenta como um instrumento para melhorar a comunicação entre a equipe interprofissional e para caracterizar a complexidade assistencial para fins clínicos, científicos e educacionais é o método *Interdisciplinary Medicine Instrument* (INTERMED), ferramenta que pode oferecer respostas positivas na avaliação dos pacientes que necessitam de cuidados, bem como na colaboração dos ajustes necessários entre a prestação de serviços de saúde em geral e a de saúde mental.⁽⁷⁾ A validade deste instrumento está documentada no atendimento de vários tipos de pacientes.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Em comparação com os cuidados habituais, intervenções de enfermagem dirigidas com base em pontuações do INTERMED resultaram em melhorias na qualidade de vida, no momento da admissão e alta, em pacientes de clínica geral e em pacientes idosos que necessitam de cuidados interdisciplinar.^(6-8,11)

Partindo da premissa da importância de proporcionar a integralidade do cuidado aos idosos hospitalizados, este estudo teve como objetivos: conhecer os aspectos biopsicossociais e as condições do sistema de saúde de idosos hospitalizados e classificar o seu grau de complexidade assistencial.

Métodos

Trata-se de estudo exploratório descritivo, transversal e de caráter quantitativo realizado na clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, capital, sudeste do Brasil.

A população foi composta pelos idosos internados na referida unidade, e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais de idade e possuir, no ato da coleta de dados, condições para compreender e responder à entrevista. A amostra foi por conveniência, composta por 279 idosos.

Para caracterização dos participantes levantou-se dados sociodemográficos (nome, gênero, idade, ocupação, etnia, renda, estado civil e convívio familiar) e ainda, uma questão relacionada à avaliação da autopercepção do estado de saúde.

Para a coleta de dados utilizou-se o método INTERMED, ferramenta baseada em dados do prontuário médico e de entrevista semi-estruturada realizada junto ao paciente, que é concebida por uma anamnese de dados referentes aos aspectos biológicos, informações sobre cuidados relacionadas aos aspectos psicossociais e do sistema de saúde.⁽⁷⁾

Esse método classifica os dados em quatro domínios relacionados com os aspectos biopsicossociais e do sistema utilizado para os cuidados de saúde/doença. Cada domínio tem cinco variáveis, relacionadas à “história”, “estado atual” e “vulnerabilidade”. As vinte variáveis resultantes são classificadas de 0 a 3. A somatória dessas variáveis resultará em um escore que pode variar de 0 a 60, indicando a complexidade assistencial do paciente.⁽⁷⁾

Neste estudo os pacientes foram classificados pelo INTERMED como “complexo” e “não-complexo” com base no ponto de corte igual a 20 para a necessidade de tratamento integrado.^(10,11)

O INTERMED possui vantagens em relação a outros instrumentos por: ser de rápida aplicação, com duração média entre 15 e 20 minutos; explorar muitas informações do paciente, possibilitando o conhecimento e avaliação histórica, atual e futura de quatro aspectos, biológico, psicológico, social e sistema de saúde e possibilitar a coleta de informa-

ções por outras pessoas envolvidas no cuidado com o paciente, como familiares e cuidadores, em casos que o paciente esteja impossibilitado de responder às questões por prejuízo cognitivo grave ou por outras disfunções.^(6,9)

Os dados foram analisados por meio do Programa *software Statistic Package for Social Science (SPSS) versão 17 for Windows*. Realizou-se análise descritiva.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

O perfil sociodemográfico dos 279 idosos está apresentado na tabela 1. A maioria dos participantes referiu ser do gênero feminino, casado, de etnia branca e possuir religião. A idade média foi de 72,3 anos. A amostra se concentrou nas faixas mais baixas de escolaridade e renda. Mais da metade afirmou ser aposentada. A renda familiar foi de 1 a 3 salários mínimos. Quanto aos aspectos espirituais, a maioria afirmou possuir religião e considera muito importante tê-la. Em relação ao convívio familiar, verifica-se que 31,2% residem com o cônjuge. Os resultados revelaram que a maioria dos idosos considerou o seu estado de saúde comprometido.

As variáveis do INTERMED mostradas na tabela 2 indicam maiores pontuações no domínio biológico relacionado à cronicidade porque 60,9% dos participantes apresentavam mais que uma doença crônica e, no domínio sistema de saúde, relativo à variável organização do cuidado, pois 94,3% dos idosos estavam sem previsão de alta hospitalar no momento da entrevista. Também, no domínio sistema de saúde, 36,2% dos idosos possuíam risco de impedimentos ao cuidado de saúde.

Conforme a tabela 3 observa-se que o domínio biológico é o mais comprometido e ainda, que o escore total do INTERMED, valor que caracteriza a complexidade assistencial do paciente, variou de 3 a 43. Também a média do escore total do INTERMED foi 18,13.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico dos idosos hospitalizados

Variável	n(%)
Gênero	
Feminino	151(54,1)
Masculino	128(45,9)
Total	279(100)
Etnia (referida)	
Branco(a)	181(65)
Negro(a)	46(16,4)
Pardo(a)	49(17,5)
Asiático(a)	3(1,1)
Escolaridade	
0 anos	59(21,1)
1 a 4 anos	167(59,7)
5 a 8 anos	18(6,5)
9 a 11 anos	18(6,5)
12 a 15 anos	17(6,2)
Estado Civil	
Casado(a)	124(44,4)
Solteiro(a)	97(34,8)
Viúvo(a)	26(9,3)
Divorciado(a)	25(9,0)
Amigado(a)	7(2,5)
Ocupação	
Aposentado(a)	178(63,8)
Pensionista	34(12,2)
Trabalha	30(10,8)
Não trabalha e nem é aposentado(a)	37(13,2)
Rendimento Familiar	
< 1 Salário Mínimo	102(36,6)
1 a 3 Salários Mínimos	129(46,2)
3,5 a 5 Salários Mínimos	26(9,3)
> 5 Salários Mínimos	22(7,9)
Religião	
Possui Religião	
Não	25(9)
Sim	254(91)
Grau de importância	
Muito importante	216(77,1)
Razoavelmente importante	39(14,2)
Pouco importante	24(8,7)
Reside	
Sozinho	52(18,6)
Cônjuge	87(31,2)
Filho(s)	50(17,9)
Neto(s)	3(1,1)
Cônjuge e outros	45(16,1)
Filho(s) e Neto(s)	34(12,2)
Outros	8(2,9)
Autopercepção da saúde	
Boa	135(48,6)
Regular	104(37,4)
Ruim	39(14)

Tabela 2. Pontuação das variáveis dos domínios biopsicossociais e sistema de saúde

Variáveis	Pontuação			
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Domínio biológico	0	1	2	3
História				
Cronicidade	21(7,5)	20(7,2)	68(24,4)	170(60,9)
Dilema diagnóstico	78(28)	131(47)	55(19,7)	15(5,3)
Estado atual				
Gravidade dos sintomas/Comprometimento	5(1,8)	62(22,2)	162(58,1)	50(17,9)
Desafio diagnóstico/Terapêutico	42(15,1)	161(57,7)	68(24,4)	8(2,8)
Vulnerabilidade				
Complicações e ameaça à vida	16(5,7)	102(36,6)	113(40,5)	48(17,2)
Domínio psicológico	0	1	2	3
História				
Barreiras de enfrentamento	176(63,1)	69(24,7)	22(7,9)	12(4,3)
Disfunção psiquiátrica	195(69,9)	54(19,4)	28(10)	2(0,7)
Estado atual				
Resistência ao tratamento	236(84,6)	31(11,1)	12(4,3)	-(-)
Sintomas psiquiátricos	159(57)	54(19,4)	60(21,5)	6(2,1)
Vulnerabilidade				
Ameaça à saúde mental	143(51,2)	89(31,9)	42(15,1)	5(1,8)
Domínio social	0	1	2	3
História				
Problemas no trabalho e lazer	130(46,6)	112(40,1)	12(4,3)	25(9)
Disfunção social	185(66,3)	59(21,1)	15(5,4)	20(7,2)
Estado atual				
Instabilidade residencial	157(56,3)	100(35,8)	38(13,6)	7(2,5)
Apoio social precário	164(58,8)	63(22,6)	16(5,7)	14(5)
Vulnerabilidade				
Vulnerabilidade social	146(52,4)	111(39,8)	16(5,7)	6(2,1)
Sistema de Saúde	0	1	2	3
História				
Acesso ao cuidado	184(65,9)	49(17,6)	13(4,7)	33(11,8)
Experiência do tratamento	211(75,6)	42(15,1)	19(6,8)	7(2,5)
Estado Atual				
Organização do cuidado	11(3,9)	4(1,4)	1(0,4)	263(94,3)
Coordenação do cuidado	257(92,1)	20(7,1)	1(0,4)	1(0,4)
Vulnerabilidade				
Impedimentos do Sistema de saúde/ Plano de saúde	178(63,8)	80(28,7)	12(4,3)	9(3,2)

Tabela 3. Escores dos domínios do INTERMED

Domínio	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Biológico	8,17	2,49	3	14
Psicológico	2,51	3,01	0	12
Social	3,04	3,15	0	15
Sistema de Saúde	4,33	1,84	0	11
Total	18,13	7,24	3	43

Teste t = 0

Discussão

Uma das limitações deste estudo é o viés de prevalência, própria dos estudos transversais. Outra limitação é o não aprofundamento da compreensão da dimensão subjetiva dos fatores relacionados aos domínios biológico, psicológico, social e de sistema de saúde por utilizar um instrumento de mensuração quantitativa.

Todavia, embora este estudo tenha sido de delineamento transversal e em uma população específica de idosos de um hospital de ensino, os indicadores observados por meio do INTERMED se aproximaram de estudos internacionais, o que confirma a importância do uso deste instrumento pela equipe multiprofissional na identificação da complexidade assistencial, da vulnerabilidade social e do sistema de saúde para atenção ao idoso hospitalizado.⁽⁸⁻¹¹⁾

O perfil dos idosos investigados neste estudo caracterizou-se com idade média de 72,3 anos, predominantemente do gênero feminino e com rendimentos socioeconômicos na faixa de três salários mínimos, perfil que se aproximou ao observado na literatura.⁽¹²⁻¹⁵⁾ O aumento da longevidade é uma

resposta da evolução das ciências médicas, contudo, a qualidade de vida destes, se apresenta como um dos maiores desafios nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a desigualdade social ganham destaque.⁽¹⁶⁾

O empobrecimento da rede de suporte social, aliado ao perfil econômico reduzido e às piores condições objetivas (grau de dependência) e subjetivas de saúde (satisfação com relação à própria saúde e condição de vida) podem predispor os idosos a desfechos negativos de saúde que onerarão a rede assistencial, caso cuidados de longa duração devidamente planejados não sejam implantados em sua complexidade e abrangência.⁽¹⁷⁾

Verificou-se neste estudo que a maioria dos idosos reside com a família (cônjuge, filhos, netos), portanto constitui-se o seu apoio mais próximo, todavia chamou a atenção a elevada proporção de idosos que referiram morar sozinhos em seus domicílios, chegando a 18,6% da amostra, acima do descrito na literatura.⁽¹⁸⁾ Assim, existe a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde para que abarquem a supervisão em domicílio desses idosos.⁽¹⁹⁾

É inquestionável que o engajamento social do idoso na família, na comunidade e nos grupos de atividade social, possibilitam melhorias na auto-estima e na motivação para a vida.^(20,21)

Neste estudo, a maioria dos idosos possui percepção negativa do seu estado de saúde, superior ao resultado de estudo brasileiro.⁽²²⁾

Diversos fatores contribuem para confirmar esse tipo de percepção, sendo as principais as doenças e as perdas físicas e mentais. O aparecimento de sinais e sintomas incapacitantes, expressos pela imagem do corpo, pela menor agilidade e pela perda da força, corrobora para insatisfação com estado de saúde. Todavia, algumas práticas podem melhorar essa condição, sobretudo as práticas de atividades físicas e cuidados regulares de saúde.⁽²¹⁾

Quanto à complexidade assistencial, observou-se que a média do escore total foi 18,13. No entanto, identificou-se que 34,8 % dos pacientes tiveram pontuação total do INTERMED superior a 20 pontos, indicando necessidade de cuidado integrado. Estes achados são semelhantes a estudo internacional.⁽²³⁾ Identificou-se ainda que 6,1% desses pa-

cientes foram classificados como sendo de alta complexidade com escore superior a 30. Existe evidência de melhores resultados de saúde na sequência de intervenção direcionada para pacientes identificados como complexos pelo INTERMED.⁽¹²⁾

Dessa forma, recomenda-se que esses pacientes de maior complexidade sejam acompanhados no pós-alta hospitalar por uma equipe multiprofissional que possibilitará a integralidade do cuidado visando melhorias dos aspectos biopsicossociais.⁽²⁴⁾

Ademais, a coordenação do cuidado pode ser facilitada com a utilização do INTERMED, pois tem colaborado nos resultados clínicos dos pacientes e na sua satisfação com a assistência.^(13,14)

Constatou-se que os idosos estudados apontam problemas no sistema de saúde, destacando a variável organização do cuidado. Estes dados indicam que existem dificuldades para a organização do cuidado integral ao idoso, que devido as suas condições de vulnerabilidade decorrente do processo natural de envelhecimento requerem múltiplos cuidados. Estudos demonstram que com frequência os idosos são portadores de múltiplas doenças, que podem provocar limitações e dependência.⁽⁴⁾

Nesse sentido, destaca-se que os profissionais do sistema de saúde devem estar preparados para auxiliar o idoso na organização do seu cuidado, com oferta de serviços que deve ser variada para atender as suas múltiplas necessidades. É relevante a construção de redes de atenção ao idoso. Assim, vale ressaltar que o enfermeiro poderá facilitar o acesso a programas de gerenciamento de cuidados integrados.

Esforços têm sido feitos para melhorar a saúde, a utilização do serviço e os custos com novos modelos de gerenciamento, atenção integral à saúde para pessoas com condições de saúde complexas.⁽¹²⁾

Verificou-se neste estudo que os idosos convivem com uma série de alterações biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a susceptibilidade às doenças e podem até provocar incapacidades. O domínio biológico foi o mais afetado, sobretudo decorrente da condição de cronicidade das doenças. Esse fato é condizente com o resultado esperado para pacientes idosos, internados em hospital, que na maioria das vezes são frágeis e possuem maior complexidade assistencial.⁽²²⁾

O domínio psicológico foi menos comprometido. No entanto, deve-se estar atento a necessidade de avaliação da presença de sintomas depressivos em idosos, pois estudo realizado com idosos no domicílio mostrou que 23,9% tinham esses sintomas e foram associados às variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e sociais desses idosos.⁽²⁵⁾

Salienta-se a importância de retomar a concepção humanista para focalizar o processo saúde-doença na pessoa idosa, de modo a incorporar os pressupostos do cuidado compreensivo e ampliar as relações entre indivíduos e estruturas sociais envolvidas nas ações promocionais, mantenedoras e recuperadoras da saúde. Deve existir um modelo que atenda além dos interesses do mercado, o modelo assistencial, que consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, na tentativa de alcançar a resolutividade dos problemas de saúde em uma coletividade.⁽²⁶⁻²⁸⁾

É necessário repensar sobre as responsabilidades das instituições diante das demandas reais da sociedade e dos profissionais nas diversas áreas de assistência às pessoas idosas, famílias e comunidade, de modo a introduzir modificações no modelo de atenção e equipamentos sociais de apoio.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam a importância do método INTERMED porque permite à equipe multiprofissional o utilizarem de forma eficaz na identificação da complexidade assistencial e da vulnerabilidade biopsicossocial e do sistema de saúde do idoso hospitalizado.

O conhecimento dos aspectos biopsicossociais e do sistema de saúde dos idosos hospitalizados torna-se importante porque fornece parâmetros que norteiam possibilidades de melhorias nas práticas de saúde, nos programas e na implementação de políticas públicas.

Colaborações

Gutierrez BAO contribuiu com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão do

conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada. Silva HS colaborou na elaboração e análise estatística dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e na aprovação final da versão a ser publicada. Shimizu HE participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Santos SS, Lopes MJ, Vidal, Silveira DA, Gauterio DP. [International classification of functioning, disability and health: use in nursing care for the elderly]. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(5):789-93. Portuguese.
2. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado.* 2012; 27(1):165-80.
3. Storti LB, Fabrício-Weber SCC, Kusumota L, Rodrigues RP, Marques S. [Frailty of elderly patients admitted to the medical clinic of an emergency unit at a general tertiary hospital]. *Texto & Contexto Enferm.* 2013; 22(2):452-9. Portuguese.
4. Sochalski J, Jaarsma T, Krumholz HM, Laramée A, McMur JJ. What works in chronic care management: the case of heart failure. *Health Affairs.* 2009; 28(1):179.
5. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease hospitalization. *Ann Intern Med.* 2009; 150(3):178-87.
6. Wild B, Lechner S, Herzog W, Maatouk I, Wesche D, Raum E et al. Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: the INTERMED for the elderly (IM-E). *J Psychosom Res.* 2011;70(2):169-78.
7. Weber B, Fratezi FR, Suzumura EA, Gutierrez BA, De Negri Filho A, Ciamponi MH. Tradução e adaptação transcultural do Interdisciplinary Medicine Instrument - INTERMED - método de avaliação biopsicossocial no Brasil. *Rev Adm Hospitalar Inovação Saúde.* 2012;9:87-98.
8. Stiefel F, Zdrojewski C, Bel Hadj F, Boffa D, Dorogi Y, So A, et al. Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2008; 77(4):247-56.
9. Lobo E, Rabanaque MJ, Bellido ML, Lobo A. Reliability of INTERMED Spanish version and applicability in liver transplant patients: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:160.
10. Kathol GR, Kunkel EJ, Weiner JS, McCarron RM, Worley LL, Yates LL, et al. Psychiatrists for medically complex patients: bringing value at the physical health and mental health/substance-use disorder interface. *Psychosomatics.* 2009; 50(2):93-107.
11. Jonge P, Huyse FJ, Rabanaque MJ, Suárez J, Lobo A. Early prediction of psychosocial intervention needs in pneumology patients after nurses' evaluation. *Med Clin.* 2008;131(19):731-6.
12. Perez M. A População idosa e o uso de serviços de saúde. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2008; 7(1):30-7.
13. Haddad MC, Bortoletto MS, Silva RS. [Amputation of inferior limbs of diabetics patients: analysis of hospitalization cost in public hospital]. *Cienc Cuid Saúde.* 2010; 9(1):107-13. Portuguese.
14. Gomes GA, Cintra FA, Batista FS, Neri AL, Guariato ME, Rosário de

- Souza ML, et al. [Elderly outpatient profile and predictors of falls]. *Sao Paulo Med J*. 2013; 131(1):13-8. Portuguese.
15. Sousa-Muñoz RL, Fernandes Junior ED, Nascimento DB, Garcia BB, Moreira IF. [Association between depressive symptomatology and hospital death in elderly]. *J Bras Psiquiatr*. 2013; 62(3):177-82. Portuguese.
 16. Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa IC, Lima EA, et al. [Promoting elderly mental health in basic care: community therapy contributions]. *Texto & Contexto Enferm*. 2010;19(1):129-36. Portuguese.
 17. Louvison M, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Malik AM, Almeida ES. [Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil]. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40. Portuguese.
 18. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico. Brasília (DF): Ministério do Planejamento; 2010.
 19. Carvalhais M, Sousa L. [The quality of nursing home care to dependent elderly]. *Saúde Soc*. 2013; 22(1):160-72. Portuguese.
 20. Pimenta GM, Carneiro da Costa MA, Gonçalves LH, Alvarez AM. [Profile of the caregiver of dependent elderly family members in a home environment in the City of Porto, Portugal]. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):809-14. Portuguese.
 21. Tahan J, Carvalho AC. [Reflections of aged participating in the health promotion groups concerning the ageing and the quality of life]. *Saude Soc*. 2010;19(4):878-88. Portuguese.
 22. Estrella K, Oliveira CE, Sant'Anna AA, Caldas CP. [Screening for risk of hospitalization in the elderly: a study based on a single entry point in a health maintenance organization in Brazil]. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3):507-12. Portuguese.
 23. Lobo E, Stiefel F, Söllner W, Santabarbara J, Lobo A, Huyse F, Marcos G, Michaud L, Hohenberger W, Ludwig G. Care complexity, mood, and quality of life in liver pre-transplant patients. *Clin Transplant* 2013; 27: 417-25.
 24. Tandjung R, Rosemann T, Badertscher N. Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: General practitioners' experiences and expectations. *Int J Gen Med*. 2011; 4:773-8.
 25. Borges LJ, Benedetti TR, Xavier AJ, D'Orsi E. [Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study]. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(4):701-10. Portuguese.
 26. Matzer F, Wisiak UV, Graninger M, Söllner W, Stilling HP, Glawischnig-Goschnik M, Lueger A, Fazekas C. Biopsychosocial health care needs at the emergency room: challenge of complexity. *PLOS One*. 2012;7(8):e41775.
 27. Brito TA, Fernandes MH, Coqueiro RS, Jesus CS. [Falls and functional capacity in the oldest old dwelling in the community]. *Texto & Contexto Enferm*. 2013; 22(1):43-51. Portuguese.
 28. Maiers MJ, Westrom KK, Legendre CG, Bronfort G. Integrative care for the management of low back pain: use of a clinical care pathway. *BMC Health Serv Res*. 2010, 10:298.