

1120
3360

DM
CABE/D. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

O Impacto do Internamento Hospitalar
no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa

Dulce Gaspar Cabete

Lisboa, 2001



14519

ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação
Registo: 14519
Data: 18/11/2003

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do **Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do Art.º 5 do Decreto-Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.



*“Porque nem sempre tive a tua idade.
Eu já fui rei de cada instante e já cantei
Na tua imensa eternidade.*

(...)

*Eu que já fui outrora o teu contemporâneo de hoje
Não suportó ser hoje o teu contemporâneo de ontem”.*

Manuel Alegre, Areia por entre os dedos

Aos idosos e idosas presentes na minha vida, embora alguns já ausentes, cujas palavras e silêncios, sorrisos e lágrimas, certezas e dúvidas, inspiraram o meu percurso...

Aos idosos e idosas que participaram neste estudo...

Ao professor José Luís, pela orientação...

Aos amigos de sempre e de hoje, pelo encorajamento...

Às minhas filhas, pelo tempo e atenção que lhes roubei...

À minha mãe, porque me ensinou a ser como sou...

E à Rute, por tudo...

... Obrigada!

RESUMO

Baseado na evidência de que a população mundial está a envelhecer e que as pessoas idosas são responsáveis pela ocupação de cerca de metade das camas hospitalares, torna-se relevante avaliar em que medida o internamento hospitalar contribui para a saúde e bem-estar deste grupo. É objectivo deste estudo analisar o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e emocional da pessoa idosa.

Realizou-se um estudo descritivo, transversal e de comparação entre grupos. Os participantes constituem uma amostra sequencial de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e que foram internados no Departamento de Medicina do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Barreiro. O grupo de comparação constitui uma amostra intencional, com 104 idosos que recorreram à consulta no Centro de Saúde do Bonfim, Setúbal.

Os instrumentos utilizados para avaliar o impacto do internamento hospitalar nas pessoas idosas foram: 1) Ressources Utilization Groups (RUG-T18), versão publicada em 1989 por Fries et al; 2) tradução e adaptação do Resident Assessment Instrument (RAI-HC/MDS, da versão n.º 7, InterRAI Corporation, 1995); 3) Questionário de Saúde Geral de 28 itens (GHQ 28), de Goldberg & Hillier, com a redacção portuguesa de Ribeiro & Antunes.

Os resultados deste estudo apontam no sentido de o internamento hospitalar ter efeitos negativos, ao nível físico e psicológico. Na avaliação global das três escalas utilizadas, os idosos internados apresentam índices superiores aos do grupo de controle. Apesar disso, não encontramos diferenças significativas entre o grupo etário dos 65 aos 74 anos e o grupo etário superior. Esse impacto também não está relacionado com o facto de ser, ou não, o primeiro internamento, nem com o número de internamentos já ocorridos, mas aumenta significativamente em função da duração do internamento, mais especificamente a partir da segunda semana.

ABSTRACT

Based on the evidence that the world population is growing old and that the elderly people are responsible for almost half of the hospital bed occupation, the evaluation of the hospitalisation impact is a relevant subject of study in order to understand his contribution to the health and well-being of this population. The purpose of this study is to analyse the impact of the hospitalisation on functional and emotional status of older people.

This is a descriptive, cross-sectional and between groups comparative study. The participants are 100 individuals, aged from 65 to 91 years old, consecutively admitted in the medicine department of a general hospital (Hospital de Nossa Senhora do Rosário – Barreiro). The control group is a intentional sample of 104 individuals, with the same age, attending to his General Practitioner in Health Centre (Centro de Saúde do Bonfim – Setúbal).

The instruments used to evaluate the impact of hospitalisation in older people were: 1) Resources Utilisation Groups (RUG-T18), version published in 1989 by Fries et al; 2) translation and adaptation of the Resident Assessment Instrument (RAI-HC/MDS, 7th version, InterRAI Corporation, 1995); 3) General Health Questionnaire – scaled version (GHQ 28), by Goldberg & Hillier, portuguese version by Ribeiro & Antunes.

The results of this study show that the hospitalisation has negative effects, both at physical and psychological levels. The institutionalised elderly present higher scores in the 3 used scales, when compared with the control group. Even though, we didn't found differences between the group of individuals aged from 65 to 74 years and the older group. This impact isn't related either with the existence of previous hospitalisations, or with the amount of these events but there is a close connection with the delay of the hospital stay, particularly after the second week.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADN –	Ácido Desoxirribonucleico
AIVQ –	Actividades Instrumentais de Vida Quotidiana
AVC –	Acidente Vascular Cerebral
AVD –	Actividades de Vida Diária
EUA –	Estados Unidos da América
GDH –	Grupos de Diagnóstico Homogéneo
GHQ –	General Health Questionnaire
GHQ-28 -	General Health Questionnaire – Scaled Version,28 itens
P. -	Página
RAI/HC -	Resident Assessment Instrument/Home Care
RAI/MDS –	Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set
RUG –	Ressources Utilization Groups
RUG-T18 –	Ressources Utilization Groups – Versão T18, validada por Marin et al, em 1998
SPSS-	Statistic Program for Social Sciences
α -	alfa

Índice

INTRODUÇÃO	Página 1
O Processo de Envelhecimento	Página 3
Envelhecimento e Doença	Página 9
Capacidade Funcional do Idoso.....	Página 12
O Internamento no Hospital	Página 16
O Idoso e o Hospital	Página 28
Impacto Funcional	Página 32
Impacto Psicológico	Página 39
MÉTODO	Página 45
Participantes	Página 45
Delineamento do Estudo	Página 48
Material	Página 50
Dados sócio-demográficos	Página 51
RUG-T18	Página 51
RAI/MDS	Página 55

GHQ-28	Página 66
Procedimento	Página 69
RESULTADOS	Página 77
Caracterização da Amostra	Página 78
História de Saúde.....	Página 83
Avaliação Funcional	Página 88
Avaliação Psicológica.....	Página 91
O Grupo de Estudo	Página 94
Diferenças entre homens e mulheres	Página 94
Diferenças entre grupos etários	Página 97
Composição do agregado familiar	Página 97
Influência da história de saúde	Página 98
Influência da duração do internamento	Página 104
DISCUSSÃO	Página 114
O Desempenho das Actividades de Vida Diária.....	Página 114
Risco de Queda.....	Página 117
Dor	Página 119
Imobilidade	Página 121

Capacidade de Tomar Decisões.....	Página 122
Rede Primária.....	Página 123
Avaliação Psicológica.....	Página 124
REFERÊNCIAS	Página 127

ANEXOS

Anexo A – Controle da recolha de dados – Hospital – Construção da amostra

Anexo B – Controle da recolha de dados – Centro de Saúde – Construção da amostra

Anexo C – Controle da Recolha de dados – Hospital – Aplicação dos critérios de exclusão

Anexo D – Controle da Recolha de dados – Hospital – Folha diária de aplicação dos critérios de exclusão

Anexo E – Instrumento de recolha de dados

Anexo F – Resident Assessment Instrument - RAI-HC:MDS – Version provisoire n°7

Anexo G – Resident Assessment Instrument – Versão Portuguesa

Anexo H – Análise de correlações na escala RAI/MDS

Anexo I – Pedido de autorização ao Centro de Saúde do Bonfim

Anexo J – Autorização do Centro de Saúde do Bonfim

Anexo K – Pedido de Autorização ao Hospital de Nossa Senhora do Rosário

Anexo L – Autorização do Hospital de Nossa Senhora do Rosário

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 – Motivo do último internamento
- Figura 2 – Tipo de tratamento no último internamento
- Figura 3 – Utilização de ajudas técnicas
- Figura 4 – Classificação clínica
- Figura 5 – Evolução da avaliação da escala RUG-T18 em função da duração do internamento
- Figura 6 – Evolução da avaliação da escala RAI em função da duração do internamento
- Figura 7 – Evolução da avaliação da imobilidade em função da duração do internamento
- Figura 8 – Evolução da avaliação da rede primária em função da duração do internamento
- Figura 9 – Evolução da avaliação da escala GHQ28 em função da duração do internamento

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição por grupo etário no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 2 – Distribuição por sexos no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 3 – Distribuição por situação profissional no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 4 – Distribuição por estado civil no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 5 – Distribuição por número de pessoas que compõem o agregado familiar no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 6 – Distribuição por número de gerações que compõem o agregado familiar no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 7 – Distribuição por frequência escolar no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 8 – Distribuição por nível de ensino frequentado no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 9 – Distribuição por existência de internamentos no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 10 – Distribuição por problemas de saúde actuais no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 11 – Distribuição por motivo de utilização dos serviços de saúde no grupo de estudo e no grupo de comparação

- Tabela 12 – Distribuição por utilização de ajudas técnicas no grupo de estudo e no grupo de comparação
- Tabela 13 – Comparação da escala RUG-T18 entre o grupo de estudo e o grupo de comparação
- Tabela 14 – Comparação da escala RAI entre o grupo de estudo e o grupo de comparação
- Tabela 15 – Comparação da escala GHQ-28 entre o grupo de estudo e o grupo de comparação
- Tabela 16 – Comparação da amostra em função da variável sexo
- Tabela 17 - Estado civil, por sexo, no grupo de estudo
- Tabela 18 – Composição do agregado familiar, por sexo, no grupo de estudo
- Tabela 19 – Comparação do estado funcional, dentro do grupo de estudo, em função da variável sexo
- Tabela 20 – Correlação entre o número de internamentos e o estado funcional e psicológico, no grupo de estudo
- Tabela 21 – Correlação entre o número de anos a que ocorreu o último internamento e o estado funcional e psicológico, no grupo de estudo
- Tabela 22 – Influência do motivo do último internamento no estado funcional e psicológico, no grupo de estudo
- Tabela 23 – Influência tipo de tratamento no último internamento no estado funcional e psicológico, no grupo de estudo
- Tabela 24 – Correlação entre o número de diagnósticos e o estado funcional e psicológico, no grupo de estudo

- Tabela 25 – Análise de variância da escala RUG-T18, em função da duração do internamento
- Tabela 26 – Análise de variância da escala RAI, em função da duração do internamento
- Tabela 27 – Análise de variância nas AVD, em função da duração do internamento
- Tabela 28 – Análise de variância do risco de queda, em função da duração do internamento
- Tabela 29 – Análise de variância da dor, em função da duração do internamento
- Tabela 30 – Análise de variância da capacidade de tomar decisões, em função da duração do internamento
- Tabela 31 – Análise de variância dos sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave, em função da duração do internamento
- Tabela 32 - Diferenças médias na análise de variância dos sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave em função da duração do internamento

Introdução

Na prática quotidiana dos serviços de saúde, o internamento hospitalar é uma realidade banal. Tão banal, que poucas vezes paramos para reflectir sobre o que representará, para cada indivíduo, estar internado, ou que impacto físico ou psicológico terá. Contudo, que o mesmo pode ser visto como um acontecimento *stressante* ao qual os indivíduos precisam de se adaptar.

Sob o ponto de vista individual, o internamento hospitalar poderá ser apenas um incidente no decurso da vida, ainda que para algumas pessoas se possa repetir, ou ainda que em alguns grupos populacionais seja mais frequente do que em outros.

Sob o ponto de vista social, o internamento hospitalar é um evento necessário e dispendioso, uma vez que a evolução científica tem desenvolvido a tecnologia médica, tornando-a cada vez mais complexa, mais sofisticada, mais intervencionista e, evidentemente, mais cara. Por isso, num tempo em que os custos e ganhos em saúde se contabilizam, cada vez mais se tenta intervir rapidamente para rentabilizar recursos, o que leva a que se encurte, cada vez mais, a duração do internamento hospitalar.

E quem são os utilizadores dos serviços de saúde? Diremos, em primeira análise: todos nós. Contudo, se olharmos para os dados estatísticos, verificamos que são cada vez mais os idosos que consomem grande parte dos cuidados prestados. A título de exemplo, poderemos referir que mais de um terço da população idosa dos

Estados Unidos da América é internada em cada ano (Bull, 1995). A realidade portuguesa não é diferente: os serviços de internamento registam elevadas percentagens de pessoas maiores de 65 anos, nomeadamente os serviços de medicina, onde chegam a ser, como poderemos ver adiante, mais de metade do total de utentes (Ministério da Saúde, 1997).

Quais as razões deste facto? Em primeiro lugar, porque a população mundial está a envelhecer! Já ninguém contesta esta afirmação: por uns visto como um avanço, porque conseguimos viver mais tempo, e por outros como um problema, uma vez que os idosos são muitas vezes encarados como uma população dependente, doente e passiva, a verdade é que o envelhecimento é um processo universal e irreversível, no qual todos estamos incluídos.

Se, principalmente nas sociedades ditas desenvolvidas, os idosos representam uma percentagem cada vez maior da população, também é verdade que quanto maior é a idade, maior é a probabilidade de adoecer. Esta é a segunda razão que explica o número crescente de idosos nos serviços de internamento.

O internamento hospitalar é considerado como uma situação *stressante* para o indivíduo e família e que, à medida que envelhecemos, a capacidade e rapidez de adaptação ao stress vão diminuindo, poderemos interrogar-nos sobre em que medida a vivência do internamento hospitalar traz benefícios ou prejuízos para o idoso, sob os pontos de vista físico - nomeadamente no que diz respeito à capacidade funcional - e psicológico.

Consideramos, assim, ser pertinente analisar *o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico da pessoa idosa.*

No entanto, esta é uma tarefa complexa, uma vez que entra em linha de conta com muitos aspectos: **o processo de envelhecimento**, a **situação de doença** em si, a **capacidade funcional do idoso** e a **hospitalização** propriamente dita. Há que compreender ainda que os factores individuais têm um papel determinante.

O Processo de Envelhecimento

Envelhecer é, por enquanto, inevitável. Trata-se de “*um processo de diminuição orgânica e funcional não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo*” (Ermida, 1999, p. 43). Isto significa que o envelhecimento não é uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por ela.

O envelhecimento é um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos e, muito embora já muito se tenha estudado sobre este fenómeno, não existe consenso sobre o que o causa. De entre as várias teorias que tentam explicar este fenómeno, Berger e Mailloux-Poirier (1995) salientam:

- 1) **teoria imunitária** – segundo esta teoria, o sistema imunitário deixaria de reconhecer as células do próprio organismo, começando a gerar anticorpos contra si próprio; é esta teoria que sustenta a afirmação da existência de um relógio biológico interno, que determinaria a caducidade do sistema.
- 2) **teoria genética** – segundo esta teoria, o envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento, geneticamente programado.

- 3) **teoria do erro na síntese proteica** – esta teoria defende que a ocorrência de erros na síntese proteica leva à existência de moléculas de ADN incompetentes para desempenhar o seu papel e que, por isso, deixam de funcionar.
- 4) **teoria do desgaste** – segundo este modelo, o organismo humano comporta-se como uma máquina, cujos componentes se deterioram com o uso, levando a *déficits* de funcionamento e à paragem.
- 5) **teoria dos radicais livres** – atribui o envelhecimento celular ao permanente e nefasto efeito dos radicais livres de oxigénio sobre a célula, originando deficiências ao nível do ADN.
- 6) **teoria neuro-endócrina** – salienta que o sistema endócrino está programado para desenvolver hormonas que têm efeitos de envelhecimento sobre o sistema neurológico.

Contudo, embora todas estas teorias tentem explicar porque ocorre a morte celular, nenhuma oferece uma explicação total e universalmente aceite sobre o processo de envelhecimento. No entanto, podemos afirmar que existe concordância em todos os autores consultados em que o processo de envelhecimento é universal em relação a todos os seres da mesma espécie, intrínseco ao organismo, progressivo e cumulativo, nocivo ao organismo como um todo e está associado a uma maior mortalidade e morbidade (Phipps, Long, Woods & Cassmeyer, 1995).

O facto de a prevalência de doenças, sobretudo de doenças crónicas, ser crescente com a idade, dificulta a avaliação e a distinção do que corresponde ao envelhecimento normal e ao envelhecimento patológico, mas importa sublinhar que não deve ser aceite o estereótipo criado de que ser idoso é ser doente.

Afirmamos assim que o envelhecimento é um processo multifactorial que leva a uma deterioração fisiológica do organismo, sendo o sinal mais evidente a diminuição da capacidade de adaptação às alterações do meio ambiente (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Por alterações ao meio ambiente consideram-se não apenas as ocorridas no meio externo – como será o caso da hospitalização - como aquelas que ocorrem no meio interno – tal como se verifica em situação de doença. Será portanto pertinente afirmar que existe uma especificidade da pessoa idosa no processo de adaptação aos desafios do meio.

Contudo, importa salientar que nem todas as pessoas envelhecem da mesma maneira (a variação da diferenciação dos indivíduos aumenta com a idade), nem os órgãos ou sistemas envelhecem simultaneamente; o que é comum é a diminuição da reserva funcional, sendo que os indivíduos levam cada vez mais tempo a reagir ao stress e a recuperar a homeostase (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Ermida, 1999; Hall, MacLennan & Lye, 1997; Phipps et al, 1995).

Quando se fala de processo de envelhecimento, estamos implicitamente a falar em modificações de carácter orgânico e funcional, uma vez que são essencialmente essas que ditam a longevidade. No entanto, o envelhecimento não deve ser apenas entendido como um acontecimento biológico, uma vez que as suas repercussões se sentem também a nível psicossocial (Ermida, 1999). Além disso, todos os factores ambientais, internos, externos, biológicos, psicológicos e sociais, interferem com o processo de envelhecimento (Ermida, 1999; Hall et al, 1997; Phipps et al, 1995).

No que toca o aspecto biológico, estamos a falar de lentificação de processos e de perda de capacidades, como sejam a diminuição da captação máxima de oxigénio, do débito cardíaco, da função renal, da função digestiva e da diminuição da água intracelular, entre outros aspectos. Importa sobretudo reter que existe uma diminuição da reserva fisiológica e a consequente dificuldade de reposição do equilíbrio homeostático (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, Ermida, 1999, Phipps et al, 1997).

Ao nível neuropsicológico, o processo de envelhecimento traz algumas modificações. Contudo, as alterações verificadas não comprometem significativamente o desempenho do idoso em condições normais (Ermida, 1999; Montalvo & Alrcon, 2000). Não há alterações significativas ao nível da inteligência; o que se verifica é uma lentificação de alguns processos, nomeadamente do tempo de reacção. A memória primária e de evocação não se modifica, enquanto que a memória sensorial e de fixação diminui, com consequente redução da capacidade de processar informação de aquisição recente. Salienta-se a maior dificuldade de adaptação a novas situações, nomeadamente ao stress emocional (Barreto, 1988; Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Montalvo & Alrcon, 2000).

Um aspecto relevante neste contexto é o da comunicação: compreender o mundo e exprimir-se, fazendo-se compreender, têm um papel fundamental na capacidade de integração nas modificações do meio e na integração dos acontecimentos. Segundo Castro Caldas (1988) alguns aspectos relacionados com o envelhecimento podem afectar a comunicação: existe uma diminuição da capacidade auditiva, mas a capacidade de compreensão não se altera. Ao nível da expressão,

verifica-se uma certa lentificação do discurso, havendo repetições de conteúdo e fuga ao conteúdo temático. Isto significa que o indivíduo idoso utiliza mais palavras para exprimir uma ideia, levando mais tempo a fazê-lo. Refere-se assim que a comunicação verbal sofre algumas alterações ao longo dos anos, sobretudo nas idades mais avançadas, sendo por vezes difícil afirmar se essas alterações são normais ou patológicas. No entanto, um idoso saudável continua a conseguir comunicar com os outros.

Ao nível social pode verificar-se uma retração da vida social, perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado a nível do emprego, da sociedade, da família. Todas estas perdas vão exigir adaptações às quais cada idoso reage de uma forma particular (Barreto, 1988; Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Ermida, 1999).

Por tudo o que já foi referido, parece-nos pertinente afirmar que vale a pena explorar a especificidade da relação da pessoa idosa no contexto de saúde/doença, uma vez que não se trata apenas de um adulto com idade diferente, mais ou menos enrugado. Importa, por isso, ainda, clarificar o que entendemos por idoso.

Esta não é uma definição de consenso fácil. Enquanto é mais ou menos consensual afirmar que o processo de envelhecimento, nomeadamente o envelhecimento celular, se verifica desde o início da vida, como definir a partir de que momento é que somos idosos? Será mais ou menos o mesmo que perguntar quando é que se tornam visíveis os efeitos do envelhecimento. Desde que temos cabelos brancos? Desde o momento em que começamos a esquecer-nos do que fizemos no dia anterior? A partir da menopausa ou da andropausa – barreiras nem

sempre muito visíveis? Em termos biológicos, se tomarmos como primeira mudança de idade a que está relacionada com a aquisição da capacidade reprodutiva, poderemos dizer que a sua perda será a segunda grande mudança e que ocorre por volta dos cinquenta anos (Ermida, 1999).

Evidentemente que o aumento da esperança de vida e as alterações sociais, políticas e económicas num mundo centrado na capacidade produtiva, levaram a que se estendesse este limite ao momento da reforma que, evidentemente, também é variável. Dado que o envelhecimento cronológico não está necessariamente colado ao envelhecimento biológico e social, por questões práticas a vários níveis, estabelece-se uma fronteira, mais ou menos artificial, que nos serve como referência.

Se em muitos estudos encontramos a referência aos sessenta anos e, noutros, aos sessenta e cinco anos, é a partir dos setenta e cinco a oitenta anos que se verificam as modificações mais importantes. Segundo Dufresne tem-se dado demasiada importância à fasquia dos 65 anos (idade a partir da qual se fala de “idoso”), quando é a partir dos 75 anos que as perdas se situam ao nível de dois ou mais sistemas, levando a limitações importantes (1987).

Assim, no contexto deste trabalho, utilizar-se-á indiferentemente a expressão **idoso** ou **pessoa idosa** para designar um **indivíduo com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos**. Contudo, dado que **a partir dos setenta e cinco anos** se verificam as alterações mais significativas, quando nos quisermos referir a este grupo utilizaremos a expressão **muito idosos** ou **grandes idosos**, recorrendo assim às fasquias temporais utilizadas pela Organização Mundial de Saúde.

Envelhecimento e doença

A maioria dos idosos goza de saúde física, mental e social, sendo totalmente independentes mesmo quando atingem idades bastante avançadas (Hall et al., 1997). Contudo, a ausência de saúde e a incapacidade aumentam com a idade. Antes de começar a abordar a questão da doença importa, pois, salientar que, embora ela seja frequente nos idosos, envelhecimento e doença não são sinónimos: não se deve confundir o que é frequente com o que é normal nos idosos! Ainda que problemas como a hipertensão, doenças cardiovasculares ou demências sejam frequentes e estejam dependentes da idade, na medida em que a sua incidência e prevalência aumentam à medida que aumenta a idade dos indivíduos, não se pode dizer que são normais, uma vez que não são processos fisiológicos em nenhuma idade e que traduzem sempre um estado de doença (Montalvo & Alarcon, 2000).

Mas, de facto, vários estudos longitudinais confirmam o aumento exponencial da morbilidade com a idade, podendo a doença ser um factor determinante no processo individual de envelhecimento (Ermida, 1999; Hall et al, 1997).

Os problemas de saúde dos idosos são sobretudo crónicos: segundo Hart (1997), a maioria das pessoas com mais de 65 anos tem pelo menos uma doença crónica, sendo frequente que tenha duas ou mais. Além disso, algumas patologias, ao estarem associadas ao processo de envelhecimento são, muitas vezes, erradamente confundidas com ele. Assim, há que distinguir o envelhecimento primário (um processo natural) do envelhecimento secundário, induzido ou agravado por um processo patológico.

Isolar os factores relacionados com o envelhecimento e a doença nem sempre é tarefa fácil uma vez que, na população idosa, é frequente a coexistência de várias patologias. Reportando-se à população em geral, Berger e Mailloux-Poirier (1995) afirmam que entre 70% a 86% dos idosos têm, pelo menos, um problema crónico: 37,2% dos idosos têm artrite ou reumatismo, 27,7% têm problemas de hipertensão, 23,3% perturbações mentais, 21,9% problemas cardíacos; 56% da mortalidade está associada a perturbações do aparelho circulatório e 23% a tumores. Num estudo realizado em idosos internados, citado por Lichtenberg, MacNeill e Mast (2000), em média cada idoso apresentava 3,5 diagnósticos em simultâneo, sendo que 60% dos idosos tinham doença coronária, 53% hipertensão, 51% osteoporose e 46% doenças articulares degenerativas.

Apesar da doença crónica ser a que mais se evidencia durante o processo de envelhecimento, é importante que não limitemos aí a nossa análise: por um lado, nem todas as doenças crónicas são igualmente incapacitantes; por outro lado, a incapacidade funcional também pode decorrer de doença aguda ou acidente. As três principais causas de restrição da actividade nos idosos são as do aparelho ósteo-articular (por exemplo, fractura do colo do fémur e artroses), as doenças do aparelho cérebro-vascular (como é o caso do acidente vascular cerebral) e as perturbações da visão e da audição. Em quarto lugar vem a doença mental, verificando-se que entre 5% a 10% das pessoas com mais de 65 anos têm a doença de Alzheimer, podendo essa percentagem atingir os 40% após os 85 anos (Armand & Hébert, 1987; Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Nesta hierarquia encontramos tanto doenças agudas como crónicas.

Introduz-se, assim, o conceito de “peso da doença” (*disease burden*) para referir a relação directa do impacto colectivo que uma ou mais doenças crónicas têm na capacidade de os indivíduos manterem uma vida autónoma. Lichtenberg, MacNeill e Mast (2000), afirmam existir uma correlação directa entre a comorbilidade e a capacidade funcional. Mas, para avaliar esse impacto, há que ter em conta que a forma como a pessoa reage à doença varia de acordo com factores individuais, características das situações e factores ambientais (Parkes, 1986), nos quais está incluída a rede social.

Estudos longitudinais revelaram uma interacção dinâmica entre suporte social e a recuperação em idosos com fractura de colo de fémur, acidente vascular cerebral e enfarte do miocárdio. Segundo estes estudos, a doença e a hospitalização determinam alterações quantitativas e qualitativas na rede social de ajuda. Nota-se que após a hospitalização há um aumento quantitativo da rede de suporte social, mas sem que isso se traduza em aumento da eficácia, o que o autor atribui a uma correspondência com a desejabilidade social. Contudo, a qualidade do suporte social é preditivo da recuperação: quanto melhor é o apoio, maior é a recuperação (Wilcox, Kasl & Berkman, 1994).

É evidente que a doença crónica traz consigo a incapacidade: então onde acaba a saúde e começa a doença? O que é velhice e o que é doença? Estas são questões que remetem para um tema importante em gerontologia: não basta falar de esperança de vida, mas de esperança de vida saudável. Com vida saudável, não queremos dizer sem doença, uma vez que a maioria dos idosos se consideram pessoas saudáveis, independentemente de terem um ou mais problemas crónicos.

Não devemos por isso aceitar o rótulo de que o idoso é doente e incapaz, não perdendo de vista que, de facto, a incidência da doença e da incapacidade aumentam com a idade.

Falar de saúde do idoso é, sobretudo, falar de capacidade de adaptação, avaliar de que forma o idoso é capaz de ir superando as crises e incapacidades, até que ponto consegue manter uma autonomia de vida, como evolui o seu estado funcional. A avaliação da pessoa idosa não pode ser limitada a uma visão bio-médica, apenas centrada nos seus problemas de saúde/doença. Uma correcta avaliação deve combinar a avaliação clínica e a avaliação funcional (Murlow et al, 1994). Por isso, uma das questões fundamentais em avaliação geriátrica é exactamente o estado funcional do idoso.

Capacidade Funcional do Idoso

A avaliação funcional pode ser definida como a análise e medida de comportamentos específicos que ocorrem em ambiente real e que são relevantes para a vida ou para a concretização de objectivos. A avaliação funcional compreende sempre uma interacção entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais, sejam pessoas, regras, barreiras físicas ou limitações de tempo (McCue, 1997).

Lawton e Brody (1969) foram dos primeiros autores a trabalhar a questão do estado funcional da pessoa idosa, referindo-o como a interacção entre dois conjuntos de variáveis: as variáveis individuais, ou competências, e as variáveis ambientais (pressão exercida pelo meio envolvente). É nessa relação dinâmica que se verifica a

funcionalidade da pessoa idosa, ou seja, a capacidade de se manter autónomo e activo, num meio determinado.

As competências individuais incluem saúde física e mental, capacidades cognitivas, afectividade e qualidade de vida, auto-eficácia e controle de si e do meio; as variáveis ambientais incluem a habitação, o ambiente social, e as relações de vizinhança. (Lichtenberg, MacNeill & Mast, 2000). É a relação entre as capacidades individuais e as exigências do meio que determinam o estado funcional de cada indivíduo.

Por exemplo, um idoso que resida numa casa de campo, térrea, rodeado de vizinhos que conhece há muito tempo e que se ajudam mutuamente, pode continuar a ter uma vida autónoma, embora possa já ter algumas dificuldades de mobilização. Pode ter alguém que lhe faça as compras, alguém que o ouça se gritar por socorro... Esse mesmo idoso, deslocado para um terceiro andar sem elevador em meio urbano, (por exemplo, porque veio para casa dos filhos) pode experimentar graves dificuldades, porque deixa de ser capaz de ir à rua, de ter relações sociais e experimenta solidão, desamparo e desespero, por se encontrar permanentemente dependente de familiares que só vê à noite...

A avaliação do estado funcional das pessoas idosas é importante para podermos compreender a capacidade de auto-cuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às actividades de vida diária, como em relação a outras actividades mais complexas, como sejam as actividades instrumentais da vida quotidiana, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia de vida. A avaliação funcional permite também ter uma noção do estado cognitivo do indivíduo, bem

como da sua força física e destreza, uma vez que envolve capacidades como as de gerir o dinheiro, tomar a medicação, ir às compras e alimentar-se, entre outras (Gallo, Fulmer, Paveza & Reichel, 2000)

As actividades de vida diária (AVD) e as actividades instrumentais de vida quotidiana (AIVQ) são as competências básicas em geriatria e são indicadores da adaptação dos indivíduos à longevidade, abrangendo áreas relacionadas com a qualidade de vida que a avaliação clínica frequentemente ignora (Gallo, et al, 2000).

A avaliação do estado funcional compreende essencialmente três níveis: o desempenho de actividades sociais e ocupacionais, o desempenho de tarefas necessárias à vida quotidiana (como usar transportes públicos ou conduzir, fazer compras, usar o telefone, gerir o dinheiro), que são genericamente designadas como Actividades Instrumentais de Vida Quotidiana (AIVQ), e o desempenho de tarefas relacionadas com o cuidado pessoal (tomar banho, vestir-se, pentear-se, ir à casa de banho, controlar os esfíncteres, levantar-se, deitar-se, andar, alimentar-se), as quais de designam por Actividades de Vida Diária (Gallo, et al, 2000). Embora outras categorizações sejam possíveis, a maioria dos autores consultados relativamente à avaliação geriátrica distingue essencialmente estas duas categorias.

No decorrer deste estudo, e uma vez que analisamos o idoso internado, torna-se difícil avaliar as AIVQ, uma vez que não são executadas durante a hospitalização. Por isso, iremos centrar-nos essencialmente nas Actividades de Vida Diária, embora apelando eventualmente para algumas dimensões das primeiras.

A capacidade funcional do idoso varia de acordo com o ambiente em que se encontra, com o seu estado de saúde, com acontecimentos perturbadores na vida

familiar e com crenças e valores relativos à saúde, à doença e ao envelhecimento. (Gallo, et al, 2000). Contudo, não se pode generalizar uma correlação directa entre a doença e o declínio da capacidade funcional. Não existe nenhuma razão imediata para que um doente a quem foi diagnosticado diabetes perca capacidades funcionais. Contudo, a sua forma de lidar com uma doença crónica pode levar a uma auto-limitação que, essa sim, irá determinar perda de capacidades e diminuição da qualidade de vida.

Para além disso, ainda que a doença seja uma presença cada vez mais constante à medida que a idade avança, é importante ter em conta que é “doença”, e não um estado natural que tem de simplesmente ser aceite como realidade inevitável. A doença no idoso pode e deve ser tratada, ou, pelo menos, gerida, por forma a garantir uma qualidade de vida, cada vez mais possível à medida que o conhecimento médico se desenvolve.

Não estando dependente de um diagnóstico clínico específico, o nível de incapacidade no desempenho das AVD é preditor de uma maior mortalidade (Gallo, et al, 2000), verificando-se que a deterioração funcional começa por atingir a capacidade de andar, de tomar banho e de transferência de posição. Posteriormente, diminuem a capacidade de se vestir, de cuidar da higiene diária e alimentar-se (Lichtenberg, MacNeill & Mast, 2000). Verifica-se também que a incapacidade aumenta com a idade, embora a variação individual seja grande: é possível encontrar pessoas de 90 anos com uma capacidade funcional superior a indivíduos de 60 anos, muito embora, em cada pessoa, o déficite funcional aumente com a idade.

Se considerarmos que a população idosa está a aumentar e que existe um aumento exponencial da doença e da incapacidade associadas à longevidade, rapidamente compreenderemos a razão da elevada percentagem de idosos encontrados nos serviços de saúde. Cerca de metade dos serviços hospitalares no Reino Unido são ocupados por idosos (Hall et al, 1997); os mesmos valores são referenciados nos Estados Unidos da América (Beers & Berkow, 2000); Portugal não é excepção a esta regra: 48% dos doentes que têm alta do Hospital Garcia de Orta são idosos (Cabete, 1999a).

Considerando que, em gerontologia, importa avaliar mais do que o estado clínico do indivíduo, que para avaliar a situação do idoso é importante ter em conta, mais do que a saúde ou a falta dela, o seu potencial funcional e a sua capacidade de adaptação e que o estado funcional está dependente de variáveis como o meio, concluiremos que o contexto hospitalar, meio no qual muitas mudanças ocorrem, deverá merecer uma reflexão particular, no sentido de se conseguir avaliar de que forma o idoso vive a experiência do internamento.

O Internamento no Hospital

Da função de assistência do Século XIX, à actividade de cuidados cada vez mais técnicos, passando pelas políticas de humanização nascidas da consciência de que o doente tem necessidades para além da cura do órgão doente, o hospital é um local de expressão de sofrimento e de dor. Aliviadas essas tensões, o hospital pode ser reconhecido como local de vida reencontrada. O hospital é como uma ilha: no meio da cidade mas à margem dela, local onde a vida é o centro da atenção, mas

afastado da vida que corre. O hospital é um mundo à parte, local de projecção de sentimentos ambivalentes: incerteza e segurança (Vidit, 1990).

A hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade. O medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos médicos, entre outros, são factores reconhecidamente geradores de stress. Acrescido a isto há a registar o facto de que pouca atenção tem sido dada à criação de um ambiente agradável que seja estimulante e promotor da independência dos doentes (Reich,1997).

O internamento pode representar uma série de ameaças: ameaça à vida e à integridade corporal, exposição à vergonha, desconforto devido à dor, cansaço, alterações à alimentação, privação da satisfação sexual, restrição de movimentos, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de antipatia ou de rejeição dos outros face à sua situação, incerteza quanto ao futuro, separação da família e amigos, e dependência dos outros para o bem estar (Cabete, 1999b). Despojados de si mesmos, remetidos de exame a exame, pouco escutados, pouco compreendidos, os doentes hospitalizados vivem uma experiência que, por vezes, sentem dificuldade em integrar (Bagros & Le Breton, 1990).

Para além das ameaças que possa sentir à sua vida e ao seu bem estar e das privações bio-psico-sociais, o doente internado está dividido entre duas culturas (a sua e a da instituição), estando colocado num universo do qual nem sempre compreende a lógica (Bagros & Le Breton, 1990); ainda que uma hospitalização seja precedida de uma longa relação de confiança com o médico assistente, não deixa de

compreender um ritual complexo e estranho ao doente: há regras a respeitar, horários a cumprir, relações interpessoais limitadas. Para além disso, cada indivíduo tem dificuldade em compreender e integrar os tempos de espera: por ser atendido, por fazer os exames, por iniciar um tratamento...

Rapidamente o doente compreende que não são apenas limitações físicas de redução de espaço que lhe são impostas, nem regras quanto ao poder andar ou sair da enfermaria ou sobre quando pode ou não ter visitas. Há outras regras implícitas ou explícitas, como sejam a submissão a uma linha de poder hierárquico: os outros dizem-lhe o que fazer e quando fazer. Para além do “vista-se, dispa-se, quais são as suas queixas, deite-se, levante-se” há o poder médico, o poder das enfermeiras, o poder do diagnóstico, dos circuitos administrativos: é o choque do desnível entre uma vida comandada por si e uma vida gerida por outros (Ramos, 1996), em que o indivíduo passa a estar dependente para coisas tão simples como a hora a que cuida da sua higiene ou toma as refeições, passa a estar rodeado por desconhecidos de quem dependem a sua saúde, bem-estar ou mesmo a vida e com quem sente necessidade de estabelecer boas relações. São a perda de autonomia e a perda de controle da situação que se constituem como factores geradores de instabilidade. Há uma perda do papel familiar e social, alterações da auto-imagem, perda de sentido. São as mudanças de hábitos, de rotinas e de estilos de vida, também identificadas por Koenig, George, Stangl e Tweed (1995) como geradores de stress.

A hospitalização acrescenta às preocupações relativas à doença e aos cuidados uma mudança de ambiente. Se, por si só, o ambiente hospitalar está identificado como um factor stressante, poucos estudos se debruçaram sobre aspectos

particulares do meio físico. Salienta-se aqui um estudo que comparou dois grupos de doentes submetidos ao mesmo tipo de cirurgia (Ulrich citado por Weinman, 2000). Num dos grupos, o quarto dos doentes tinha uma janela por onde se podiam ver árvores e, no segundo, a partir da janela apenas se viam paredes do edifício. Este estudo demonstrou que o primeiro grupo de doentes tinha uma melhor recuperação pós operatória, nomeadamente: menos complicações, menos analgesia, melhor adaptação e menor duração de internamento. Este é um de muitos aspectos do ambiente hospitalar que é visto pelos doentes como sendo monótono, frio e impessoal.

Enquanto que no mundo exterior o indivíduo tem um forte controlo do espaço pessoal (o espaço que reservamos à nossa volta para um comportamento social adequado), no internamento esse espaço de segurança é constantemente invadido como parte da rotina diária hospitalar, à qual o doente tem que se adaptar. Não é assim de estranhar que alguns estudos já tenham constatado que o doente tratado em casa com a mesma patologia de outros tratados no hospital, manifeste menor sofrimento psicológico (Oldenburg, MacDonald & Perkins, 1998, citado por Weinman, 2000).

A comunicação com o pessoal é também um factor de stress. Até porque profissionais e doente não falam a mesma linguagem, não só sob o ponto de vista da comunicação verbal, como dos conceitos. Por exemplo, o médico pode afirmar que o doente está curado, querendo dar-lhe alta, e o indivíduo sentir-se ainda doente. O contrário também é verdade. O doente internado precisa não só de receber informação, como de compreender aquilo que lhe é dito.

A doença, a falta de informação, a não obtenção de respostas às questões, a separação da família e as dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde são alguns dos principais agentes de stress identificados pelos doentes (Brouchon-Schweitzer, Quintard & Paulhan, 1994). Frequentemente o doente não sabe quase nada sobre a doença, não conhece o diagnóstico e não é informado sobre os procedimentos; muitas vezes nem as questões que coloca lhe são respondidas.

Num estudo apresentado por Weinman (2000), três grupos de doentes foram comparados: no primeiro grupo os doentes recebiam uma visita suplementar em cada 10 dias, simplesmente para clarificar informação que já tinha sido dada anteriormente; no segundo grupo, a visita suplementar destinava-se a falar sobre a assistência ou a alimentação e o terceiro grupo serviu como grupo de controle, sem visita extra. A avaliação da satisfação dos doentes relativamente à comunicação com os profissionais de saúde revelou que, no primeiro grupo, 80% dos doentes referiam estar satisfeitos com a comunicação recebida, o que representou o dobro dos dois outros grupos, onde apenas cerca de 40% dos doentes se mostraram satisfeitos com a comunicação. Este exemplo é demonstrativo da importância de uma comunicação adequada e da diferença que um pequeno “detalhe” pode ter.

Se o doente precisa de informação, então por que não a solicita? Esta pergunta, tão simples, leva-nos a uma resposta mais complexa do que à partida poderia parecer: quando o doente entra no hospital, sente alguma desconfiança acerca daquilo que lhe é dito e algum constrangimento em solicitar informação. Weinman (2000) sugere que o doente entra no hospital com alguma ideia pré-concebida sobre como se deve comportar, nomeadamente sobre como ser um bom

doente. E um bom doente, começa por ser aquele que não questiona o que é dito e o que é feito. Afinal, esta imagem “do bom doente” é também um estereótipo para os profissionais de saúde.

Os estudos à volta desta temática mostraram que os profissionais de saúde consideram que um bom doente é aquele que não tem problemas graves, é dócil e não se queixa, ocupa pouco tempo ao pessoal e recupera sem grandes complicações. Por oposição, o “mau doente” é aquele que tem problemas graves ou que, mesmo não os tendo, verbaliza as suas queixas ou interpela mais o pessoal (Lorber, 1975, citado por Weinman, 2000).

Afinal, os estereótipos de bom doente são comuns a doentes e a profissionais. Assim, uns e outros acham que o papel do doente deve ser consideravelmente passivo o que, agravado por uma comunicação que frequentemente se caracteriza por ausência de respostas às questões que o doente coloca, pode mesmo conduzir ao desespero, situação que não é, de todo, favorável a uma boa adaptação ou recuperação.

O doente que perde o controle sobre tudo, mesmo sobre o conhecimento da sua situação, não será capaz de se empenhar no seu tratamento ou na sua recuperação. Dá-se muita atenção à doença do corpo físico, havendo pouco lugar para a avaliação de um mal-estar existencial profundo, que não é olhado nem tratado. Interroga-se o órgão doente em vez de se interrogar a pessoa em sofrimento (Bagros & Le Breton, 1990). As emoções, ou a evocação do “vivido” do doente, são postas de parte no hospital, chegando quase a ser tabu no contexto não psiquiátrico. Não é que a emoção esteja ausente (pelo contrário, ela é omnipresente nos doentes e nos

profissionais) mas, como é “subjectiva”, é desvalorizada (Pouchelle, 1999). Um dos traços característicos da cultura hospitalar é o eufemismo: minimiza-se para não mostrar sentimentos, para não ter medo, para não ter que se justificar.

As formas de manifestação de ansiedade, tantas vezes somatizadas, ao assumirem a forma de queixas sintomáticas, como taquicárdia, dor, sudorese, hipertensão, podem levar mais facilmente à procura de causa física, do que a uma relação de ajuda e apoio para superar a crise. A impotência médica para resolver esses problemas leva a que os mesmos sejam ignorados (Bagros & Le Breton, 1990).

Ao que parece, tudo o que é preciso que o hospital faça é diagnosticar a doença do corpo físico, tratá-la, curá-la. A doença do corpo vivido fica à margem, é esquecida, ignorada, desvalorizada, como se tudo se resumisse a uma disfunção de um órgão, a um desequilíbrio funcional. Não se quer saber a história de cada um, a forma como convive com o seu problema de saúde, o que o preocupa, quais os seus recursos interiores... Afinal o hospital continua a viver o modelo bio-médico porque lida mal com aquilo que não consegue resolver: é mais fácil receitar um ansiolítico do que ajudar a ultrapassar angústias.

Os médicos tendem também a ignorar os valores culturais e religiosos do doente. Por exemplo, o discurso hospitalar ocidental, do modelo bio-médico, recusa-se a aceitar as medicinas tradicionais ou alternativas, desconfiando de outros sistemas de cuidados, o que pode acarretar culpabilidade aos doentes e até mesmo levar a que escondam essas práticas (Bagros & Le Breton, 1990). Desvaloriza-se a cultura de cada um, o que leva ao agravamento do mal-estar dos doentes.

Também a espiritualidade de cada indivíduo é, frequentemente, ignorada, sabendo-se que tem um papel relevante na adaptação à crise. Um estudo de comparação entre grupos (católicos/protestantes) realizado por Park et al, demonstrou que diferentes níveis de religiosidade podem ser preditivos na depressão pós-traumática; concluiu, entre outros resultados, que os protestantes com elevada religiosidade têm estratégias de *coping* mais eficientes e menor taxa de depressão pós traumática (1990). Raramente a intervenção médica convencional olha para estes aspectos, ou apela a eles como meio de intervenção.

Numa situação de internamento vivem-se medos, angústias, expectativas, ambivalências, fantasmas, que cada indivíduo exprime de acordo com a sua personalidade, de forma singular (Ramos, 1996). A pessoa doente procura alguém com quem possa estabelecer uma relação que lhe proporcione o reencontro da harmonia. Encontrar um profissional que consiga reconhecer as diferenças individuais, ajuda o doente a tomar decisões de acordo consigo próprio, sem necessidade de ruptura interior. (Bagros & Le Breton, 1990).

Na relação com os profissionais, pode haver, por parte do doente, uma confiança total na “bata branca” (Ramos, 1996). Os doentes, confrontados com a doença e o sofrimento, esperam do pessoal os cuidados à doença e ao corpo em sofrimento e a descoberta da cura certa para erradicar todos os males (Vidit, 1990). Contudo, pode haver uma reacção completamente diferente. Para Ramos (1996), o doente percepção o hospital como bom ou mau, conforme o ajuda, ou não, a libertar-se da sua doença e refere que, em casos de doença crónica ou prolongada ou de gravidade crescente, são frequentes as queixas contra o pessoal, a comida, a

higiene, os tratamentos e as regras hospitalares. Harris, Parker e Barker (1998) verificaram que os doentes com reinternamentos por anemia de células falciformes se queixavam de analgesia insuficiente, referindo que os profissionais não acreditavam no doente, não valorizavam as suas queixas, não tinham compaixão e eram lentos a responder às solicitações, e que o pessoal da noite era rude e antipático (1998).

A questão da doença crónica, que se coloca com especial pertinência na população idosa, leva a reinternamentos sistemáticos, com um peso maior das separações da família, da interrupção das actividades regularmente realizadas e com repercussões económicas (Harris et al, 1998). Além das repercussões no indivíduo doente, há as repercussões na sua família, nomeadamente na gestão do tempo, na prossecução das actividades regularmente desenvolvidas, no tempo que os outros membros da família passam juntos, e na sobrecarga física e psicológica, variável para cada um dos membros da família (Wilcox et al, 1994). A hospitalização, sobretudo se é repetida ou prolongada, representa uma perda de papel sócio-familiar, nomeadamente pela quebra de funções habituais, de relações, pela diluição ou anulação dos papéis de responsabilidade o que, associado à debilidade, ao isolamento e à doença em si, podem contribuir para o aparecimento ou agravamento de uma depressão (Rossman, 1974).

Também não é de menosprezar a variedade de reacções que os familiares dos doentes podem ter perante uma situação de internamento e doença (aceitação ou rejeição, solidariedade ou pena, confiança ou apreensão, curiosidade ou aversão, estima ou desprezo) e a influência que a percepção destes sentimentos pode ter na

pessoa doente. Como já atrás referimos, a família desempenha um papel fundamental na adaptação do doente ao hospital.

A doença e o internamento trazem alterações significativas à vida social e familiar, tanto sob o ponto de vista quantitativo como qualitativo: se por um lado se verifica uma tendência para o aumento de contactos sociais durante o internamento e após a alta, por outro lado, os mesmos não são acompanhados de um aumento qualitativo de eficácia da rede. Não se deve manter a ideia de que a rede de suporte social é estável: ela tem variações consideráveis, sobretudo após um evento médico relevante. Contudo, a eficácia da rede está relacionada com uma capacidade de recuperação funcional dos indivíduos (Wilcox et al, 1994). Por outras palavras, a recuperação funcional tem uma relação directa com a eficácia da rede social, mas essa eficácia não está relacionada com a quantidade de elementos que a formam.

Ramos, citando Sampaio (1996), afirma que a família compreende três dimensões fundamentais: coesão (entre a alta coesão com baixa individualidade e a baixa coesão, ou desagregação, com excessiva autonomia individual), adaptabilidade (num extremo, elevada rigidez e dificuldade de adaptação a novas situações; noutra extremo, famílias caóticas e sem regras) e comunicação (que é uma dimensão facilitadora das outras duas). O equilíbrio encontra-se numa família suficientemente coesa para que os seus membros se sintam ligados, mas sem privação da individualidade, com liderança nítida mas não autocrática, com capacidade de adaptação à mudança e com regras claras.

Segundo o mesmo autor, o doente vai reproduzir, na relação com o meio hospitalar e as pessoas que nele estão (técnicos e doentes), a sua relação familiar.

Assim, terá maior ou menor reactividade às regras hospitalares, maior ou menor autonomia, maior ou menor capacidade de se adaptar.

A forma como cada um é capaz de lidar com a hospitalização pode revelar duas tendências opostas: uma no sentido da adaptação, que corresponde ao optimismo, ao controle percebido, ao suporte social percebido e à autonomia, e outra no sentido da não adaptação, que corresponde ao pessimismo, à impotência ou desespero, à perda de controle, a um fraco suporte social e à dependência, o que levou à definição de um síndrome de inadaptação à hospitalização, o qual agrupa percepções, cognições, emoções e comportamentos, coerentes entre si (Brouchon-Schweitzer, Quintard, Nouissier & Paulhan, 1994).

Como refere Ramos (1996, p. 95), *“a cada doente a sua singularidade de expressar a ambivalência, a angústia e os fantasmas”*.

Temo-nos até aqui reportado ao internamento hospitalar em geral, não especificando particularidades da pessoa idosa. Mas, na verdade, o doente hospitalizado não é uma unidade homogénea. Os doentes hospitalizados são pessoas com características muito diferentes e que experimentam uma mesma, mas diversa, experiência. São diferentes na idade, na personalidade, no estrato social, na gravidade dos seus problemas de saúde, na duração do seu internamento. A experiência de internamento de cada um será substancialmente diferente, senão única, o que torna difícil a avaliação do impacto da admissão hospitalar, como experiência comum.

Da mesma forma, as reacções psicológicas de cada indivíduo vão afectar não só a experiência do internamento como também a doença em si. (Weinman, 2000).

Vimos também que os factores ambientais - entendidos como todas as variáveis físicas ou interpessoais que rodeiam o indivíduo e com ele interagem numa determinada situação – têm sido descritos em várias teorias como factores causais de perturbações de comportamento, sobretudo em indivíduos debilitados ou fragilizados.

Em determinadas situações, segundo defende Nelson (1995), os níveis de stress gerados pelos factores ambientais podem ser de tal forma elevados que excedam a capacidade individual de superação ou adaptação, levando a situações de ruptura que se traduzem por comportamentos disfuncionais. Esta autora, que desenvolveu uma extensa revisão de literatura e um trabalho de investigação quase experimental, identifica um conjunto de factores ambientais associados à prestação de cuidados em contexto geriátrico, entre eles: limitação da liberdade individual e diminuição do auto-controle, estímulos cognitivos desagradáveis como sons, imagens, cheiros e sensações e não reconhecimento ou não satisfação de necessidades individuais (sejam fisiológicas, psicológicas, sociais ou espirituais).

Estes factores externos são influenciados por factores internos (relativos ao próprio indivíduo) tais como idade, déficits cognitivos, perturbações do sono, limitações funcionais, dificuldades de comunicação, risco de queda, experiências anteriores, duração do internamento ou recurso a dispositivos de contenção. Vale a pena, então, debruçarmo-nos sobre a especificidade da pessoa idosa.

O Idoso e o Hospital

Uma das primeiras questões que levantamos é a da adaptação: o internamento é uma situação de crise à qual o indivíduo tem que fazer um processo de adaptação e, visto que essa capacidade vai diminuindo com a idade, obviamente concluiremos que a possibilidade de desajustamento é cada vez maior. Para Bruchon-Schweizer, Quintard, Nouissier e Paulhan (1994) o síndrome de não adaptação agrupa cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em pessimismo, impotência, desespero, perda de controle, falta de suporte social e dependência.

Para Hall et al (1997), o envelhecimento torna os indivíduos menos flexíveis e mais apegados à sua rotina: as pequenas rotinas são fundamentais e a sua alteração pode provocar desorientação e confusão (a simples mudança de posição da cama pode ser geradora de confusão). O simples facto de a rotina hospitalar diferir da rotina diária dos idosos pode ser uma fonte de irritação constante: dizem-lhe quando levantar, quando deitar, quando comer, quando tomar banho. Perante isto, muitos idosos desejam expressar a sua autonomia, contradizendo as orientações dadas, levando a que os enfermeiros os classifiquem como “maus doentes”.

Outra questão levantada por este autor é a da dificuldade de comunicação originada pelos déficits sensoriais: como se afirmou atrás, a comunicação é fundamental para o indivíduo poder dar sentido aos acontecimentos. Se a comunicação com o médico já é difícil, as dificuldades de percepção do idoso fazem com que fique ainda mais diminuída. O contacto com muitos desconhecidos, agravado pelo facto de estes terem idade para ser filhos ou netos do doente (que não

lhes reconhece credibilidade ou competência), aumenta ainda mais a insegurança (Cabete, 1999b; Hall et al, 1997).

Pouchelle (1999) afirma que as práticas hospitalares de exclusão e separação coercivas são particularmente questionáveis nas pessoas idosas: o isolamento induzido pela hospitalização vem agravar o sentimento de solidão existencial provocado pela doença, pela velhice ou pela incapacidade, uma vez que o idoso tem mais medo do abandono do que da morte em si.

Lawton, DeVoe e Parmalee (1995) demonstrou uma correlação positiva entre os eventos da vida diária e o estado de humor dos idosos, nomeadamente com acontecimentos relacionados com a saúde: sintomas desagradáveis, como dores ou evolução desfavorável da doença, bem como o recurso a cuidados médicos, estão associados a alterações de humor no sentido da depressão, e uma evolução favorável da doença ou o desaparecimento de sintomas associam-se a um humor positivo.

A relação entre o doente e os profissionais, como já vimos, é determinante no processo de adaptação à hospitalização e essa relação é fortemente condicionada pela forma como os profissionais vêem o idoso. Talvez devido às estatísticas - que dizem que os grandes utilizadores dos serviços de saúde são os idosos - desenvolveu-se a ideia de que os idosos consomem exageradamente cuidados de saúde, melhor dizendo, de que são uma fonte de despesa porque usam mais os serviços do que seria necessário ou desejável, apresentando-se com queixas que não justificariam os cuidados médicos (Hart, 1997).

Contudo, alguns estudos já têm demonstrado um cenário completamente diferente: muitos idosos convivem em silêncio com sintomas que causam

desconforto ou mesmo sofrimento, sendo aceites como inevitáveis, numa visão fatalista de que a dor está associada ao processo de envelhecimento ou então de que já não há nada a fazer. Esses estudos apontam para o facto de que o comportamento mais comum perante os sintomas é a autogestão dos mesmos, sem recurso a serviços de saúde (Broddy & Keblan, 1981; Stoller et al, 1993; citados por Hart, 1997).

Este é um aspecto que vale a pena ter em mente quando se fala do impacto da hospitalização na pessoas idosa, uma vez que as crenças dos profissionais relacionadas com a doença e o envelhecimento são também um factor externo a ter em conta. As crenças, atitudes e comportamentos manifestados na relação com o idoso estão frequentemente impregnados de estereótipos que condicionam toda a relação terapêutica: os idosos são tidos como doentes, dementes, incapazes de tomarem decisões por si mesmos. É evidente que esta visão vai traduzir-se em comportamentos e atitudes paternalistas ou proteccionistas, de pouco investimento terapêutico e de pouco investimento na reabilitação. Tomam-se as decisões pelos idosos, o que aumenta uma passividade que pode já estar, ou não, presente. A família pode também alimentar estas atitudes, por ter também uma visão estereotipada do idoso (Reich,1997). O próprio idoso pode reforçar esta tendência. Uma certa passividade por parte do idoso internado - e que pode também justificar algum declínio funcional - reside no facto de algumas pessoas adoptarem uma postura do tipo “toda a vida cuidei de outros, agora espero que cuidem de mim”. Este pode ser um dos efeitos da hospitalização que de certa forma pode passar despercebido e que só vem a revelar-se no momento em que, confrontada com a alta clínica, a pessoa doente não deseja sair (Reich,1997).

A relação médico-doente está frequentemente impregnada desta visão em que o médico se considera como o especialista, que sabe tudo e que toma as decisões e em que se espera que o doente colabore. Esta é uma atitude que leva a que o doente se desresponsabilize pela sua própria saúde e tenha fraca adesão a regimes terapêuticos, sejam prescrições farmacológicas ou alterações do estilo de vida. (Reich,1997).

A decisão terapêutica é também condicionada pela idade. Se, para a maioria das pessoas jovens, as decisões que dizem respeito ao internamento, procedimentos terapêuticos ou alta hospitalar podem ser relativamente simples, nos doentes idosos elas revestem-se de uma complexidade acrescida, uma vez que existem grandes variações individuais no que diz respeito a capacidade ou incapacidade. Para além disso, na idade avançada é cada vez mais importante que a intervenção ultrapasse o tratamento clínico da doença e que se desenvolva noutras vertentes como o bem-estar, a capacidade funcional, a integração social e a qualidade de vida.

No contexto altamente medicalizado que é o hospital moderno, a intervenção terapêutica é essencialmente vista como a componente bio-médica, o que no idoso pode ter consequências particularmente gravosas (Rossman, 1974). As reacções ao internamento podem ter dois sentidos distintos: se para uns é o alívio da dor ou da doença, para outros pode ser visto como um passaporte para a eternidade. Mas, em qualquer dos casos, são poucos os doentes que não vivem uma particular ansiedade durante a hospitalização. Esta ansiedade pode mesmo permanecer algum tempo após a alta hospitalar, sendo agravada pelo facto de, para a maior parte dos doentes, a

angústia ou medo sentidos no seu processo de internamento não terem sido alvo de atenção por parte dos médicos ou enfermeiros.

Como vimos, todos os acontecimentos que suscitam stress físico ou psíquico, representam para os idosos uma ameaça à integridade. A hospitalização, os procedimentos de diagnóstico e tratamento e as intervenções cirúrgicas são um stress adicional à doença e aos sintomas, que podem desencadear confusão, hipotermia, infecção, desequilíbrios hidro-electrolíticos e eventualmente a morte. A permanência prolongada na cama pode ser para a pessoa idosa o princípio do fim. Outras consequências para a pessoa idosa são o aumento da dependência e as quedas frequentes, por estar numa cama de dimensões diferentes e num sítio estranho. Mesmo as pessoas muito funcionantes podem tornar-se desorientadas, confusas e agitadas quando mudam de ambiente podendo, em caso de hospitalização, manifestar reacções de hostilidade, aborrecimento, alienação e agitação (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Neste contexto, as consequências directas ou indirectas da hospitalização podem ser analisadas essencialmente em duas vertentes: no plano físico e no plano psicológico.

Impacto Funcional

As consequências possíveis da interacção entre envelhecimento, doença e hospitalização não estão completamente estudadas, mas Creditor (1993) sistematiza alguns pontos importantes que passamos a referir:

- a diminuição da água corporal, com conseqüente redução do volume plasmático (características do envelhecimento), tornam o indivíduo mais vulnerável à desidratação e à hipotensão;
- o internamento com permanência na cama e a administração de sedativos levam a um maior risco de síncope e de quedas;
- com o envelhecimento, a oxigenação celular diminui e a massa muscular reduz; a imobilidade leva a uma perda de 5% de força muscular por dia, o que pode pôr em risco, ao fim de pouco tempo, a capacidade de andar, aumentando o risco de quedas;
- a redução da capacidade respiratória que acompanha o envelhecimento, quando associada a imobilidade, leva a uma menor ventilação, o que pode conduzir a confusão mental, sonolência ou dispneia, aumentando ainda o risco de pneumonia;
- o envelhecimento, particularmente no caso das mulheres, é acompanhado de uma desmineralização óssea; a permanência na cama leva a uma aceleração da desmineralização, ou seja, ao agravamento da osteoporose, o que aumenta o risco de fracturas (num adulto jovem, dez dias na cama levam 4 meses para recuperar; num idoso, o período não está quantificado, mas é substancialmente superior);
- com o envelhecimento, as características da pele alteram-se, tornando-a mais fina e menos vascularizada. A permanência na cama ou em cadeira de rodas, o uso de arrastadeiras ou a incontinência fragilizam-na ainda mais, sendo grande o risco de desenvolver úlceras de pressão;

- as alterações ao nível do esfíncter urinário podem facilitar a ocorrência de incontinência urinária. Contudo, no seu ambiente o idoso adopta estratégias para a combater; quando internados, 40% dos idosos desenvolvem incontinência funcional, uma vez que estão longe dos sanitários, não são atendidos a tempo, não conseguem deslocar-se sozinhos, a cama é alta e têm medo de cair, há equipamento à volta, além de que muitos dos medicamentos administrados podem influenciar a eliminação urinária;
- os déficits sensoriais podem dificultar a orientação do idoso no tempo e no espaço; no hospital, frequentemente os idosos são privados dos óculos ou da prótese auditiva o que, associado ao ambiente estranho, pode levar à confusão e ao delírio.

Podemos ainda constatar que raramente se verifica um só problema, ou seja, todos os efeitos do envelhecimento estão presentes em maior ou menor grau e interagem com outros factores: estar limitado à cama ou à cadeira, como vimos, são factores precipitantes de um declínio funcional.

Por exemplo, o medo de cair é um aspecto importante a ter em conta na qualidade de vida das pessoas idosas e está directamente relacionado com a redução do estado funcional. Num estudo longitudinal conduzido por Cumming, Salked, Thomas e Szonyi (2000) foram avaliados o estado funcional e o medo de cair em 528 idosos ao longo de um ano, fazendo registo das quedas efectivamente ocorridas. Os resultados demonstraram que os indivíduos que referem medo de cair têm efectivamente maior risco de queda e apresentam um declínio na execução das AVD significativamente superior ao grupo que não refere medo de cair. No entanto, este

declínio não está relacionado com a existência efectiva de quedas. Isto significa que os idosos que têm medo de cair impõem a si mesmos limitações que se vão tornando, progressivamente, incapacitantes.

Estes dados fazem-nos compreender porque razão os estudos apontam no sentido de o internamento ser preditor de uma diminuição de capacidades nos idosos e ser, por vezes, mais prejudicial do que benéfico, em termos de qualidade de vida à posteriori.

Beers e Berkow (2000) afirmam que cerca de 75% dos indivíduos com mais de 75 anos que entram funcionalmente independentes para o hospital não o são no momento da alta. Os mesmos autores defendem que, em muitos casos, este declínio não pode ser atribuído à situação que determinou o internamento. Mesmo no caso de uma pneumonia curada em poucos dias ou de uma fractura de colo de fémur que seja completamente recuperada, sob o ponto de vista técnico, e cuja intervenção não tenha tido qualquer tipo de complicações, o doente pode nunca recuperar o estado funcional que tinha no momento da alta.

A deterioração funcional pode mesmo continuar a agravar-se após a alta. Salientamos aqui outro estudo longitudinal, acompanhando 1279 idosos internados por doença aguda, que comparou o desempenho antes do internamento (relatado pelo doente) com o estado funcional no momento da alta e três meses após a mesma. Sager, Franke et al (1996) concluíram que, no momento da alta, 59% dos idosos não apresentavam alteração significativa do desempenho das AVD, 10% melhoraram e 31% apresentaram um declínio. No *follow-up* após três meses, 51% dos doentes ou tinham falecido (11%) ou apresentavam deterioração do estado funcional (40%),

quando comparados com os índices anteriores ao internamento. Por outras palavras, embora a percentagem de idosos que registam declínio funcional à saída do hospital seja variável, esse declínio continua a acentuar-se mesmo após a alta, seja por dificuldade de recuperação, seja por manutenção das incapacidades que apresentava à saída ou ainda porque se desenvolvem novas incapacidades.

Também Wu et al (2000), num estudo longitudinal integrado no Hospitalized Elderly Longitudinal Project, avaliaram 1266 doentes com idade igual ou superior a 80 anos que foram internados em 4 hospitais universitários, concluindo que muitos doentes ficam com incapacidades funcionais durante o internamento, que se podem manter ou agravar, tal como foi validado dois e doze meses após a alta. Entre os doentes sem incapacidades funcionais anteriores ao internamento, 42% desenvolveram uma ou mais limitações, quando avaliados 2 meses depois. Na avaliação ao fim de um ano essa incapacidade mantém-se (41%), o que significa que há uma tendência para que as incapacidades geradas num determinado internamento, em indivíduos com 80 anos ou mais, se mantenham.

Snow, O'Brien, Saltman e Ahern (1999), num estudo australiano com 400 doentes idosos internados, avaliaram o estado funcional nas primeiras 48 horas de internamento, no momento da alta e três meses após a mesma: durante o internamento, o estado funcional dos idosos é substancialmente inferior ao padrão geral da população, verificando-se que a maioria dessas diferenças desaparecem 3 meses após a alta, excepto no caso das mulheres com idade igual ou superior a 75 anos.

Tierney, Closs, Hunter e MacMillan (1993) relataram também um declínio nas actividades instrumentais de vida quotidiana na sequência de um internamento hospitalar. Em 34 doentes com idades compreendidas entre os 75 e os 94 anos, foi feita uma avaliação durante o internamento hospitalar em que o idoso era questionado sobre o que conseguia fazer antes do internamento e o que esperava conseguir quando tivesse alta. Esta entrevista foi feita no momento em que a alta era programada. A duração média de internamento foi de 15 dias e a antecedência média da notícia da alta de 48 horas. Posteriormente, os idosos receberam uma visita em casa entre 7 a 10 dias após a alta. A avaliação das capacidades era feita pelo sujeito.

O estudo concluiu um declínio significativo em todas as actividades instrumentais analisadas (fazer chá ou café, preparar refeições, pôr a mesa, limpar a casa, lavar roupa e passar a ferro, ir às compras, comprar o jornal, gerir o dinheiro, fazer pagamentos, cumprir prescrições, entre outras): na avaliação antes da alta a expectativa dos idosos era de uma menor capacidade na realização destas actividades e, após a alta, verificava-se não só um declínio em relação à capacidade prévia e posterior, mas também uma diferença significativa entre o que os idosos esperavam conseguir e o que realmente conseguiram. Por outras palavras, os idosos maiores de 75 anos, após um episódio de internamento hospitalar, têm um declínio significativo nas actividades instrumentais de vida quotidiana a curto prazo, do qual não têm completa noção no momento da alta. Este achado vem reforçar a necessidade de um planeamento de alta adequado e de um reforço da assistência da rede formal e informal após a alta.

Em parte, o declínio funcional que ocorre durante o internamento pode ser atribuído a factores iatrogénicos ou a infecções nosocomiais. Por exemplo, a alteração da farmacocinética nos idosos associada a polimedicação, pode ter os seus efeitos nocivos: é frequente, num único internamento, serem administradas entre 6 a 12 drogas diferentes. Por outro lado, os idosos são mais vulneráveis à infecção hospitalar, nomeadamente a infecções urinárias. Importa ainda referir que a limitação à cama, o usos de meios de imobilização física, mesmo as grades da cama, têm mais desvantagens do que benefícios (Beers & Berkow, 2000).

No entanto, este declínio funcional pode também estar relacionado com a atitude terapêutica, mais do que com o diagnóstico. Num estudo levado a cabo por Meissner, Andolsek, Mears e Fletcher (1989) foi comparado um grupo de controle de doentes idosos, internado num serviço hospitalar, com um grupo idêntico de doentes idosos internado noutra serviço, no qual foi dado ênfase à manutenção do estado funcional dos indivíduos. Enquanto que no grupo de controle o estado funcional diminuiu, no grupo de intervenção houve um aumento das capacidades funcionais quando avaliadas no momento da alta, o que demonstra que a diminuição do estado funcional não tem uma correlação directa com a patologia, mas com o foco da atenção. Contrapõe-se uma visão bio-médica, meramente centrada no tratamento da doença, a uma visão holística, que tem em conta a saúde e o bem-estar.

Importa ainda ter a noção de que o declínio funcional motivado pelo internamento está na origem de uma procura de serviços de apoio na comunidade. Mawby, Clark, Kalucy, Hobbin e Andrews (1999) verificaram que um em cada oito australianos com 70 ou mais anos de idade utilizam serviços de apoio no domicílio e

que a procura está associada, entre outros aspectos, a uma hospitalização recente e a um défice na realização das actividades de vida diária ou nas actividades instrumentais de vida quotidiana. Beers e Berkow (2000) afirmam que o internamento hospitalar leva a que cerca de 15% dos idosos tenham de ser institucionalizados em lares quando têm alta do hospital.

Mas não é só ao nível do estado funcional que o internamento tem efeitos negativos. Ao nível do estado psicológico esse impacto é, por vezes, devastador.

Impacto psicológico

Certas circunstâncias verificadas durante a hospitalização já foram relacionadas com o desenvolvimento de perturbações emocionais ou cognitivas, nomeadamente o delírio. Musselman, Hawthorne e Stoudemire (1997) verificaram que o delírio – perturbação cognitiva caracterizada por flutuação dos níveis de atenção, orientação, concentração, percepção, memória e comportamento psicomotor (hipo ou hiper-actividade) - é muito frequente nos idosos hospitalizados e está associado a uma elevada mortalidade.

Segundo Pinto (2000), a agitação física ou verbal, a agressividade, a desorientação e a confusão são alterações comportamentais características de estados demenciais graves que estão associadas a diversos factores causais, entre os quais poderemos salientar:

- deslocações geográficas e inadaptação ao meio ambiente (sobretudo quando se trata de uma deslocação súbita ou inesperada, mesmo que se trate de uma simples mudança de piso ou de quarto);

- alteração dos hábitos de vida diária (sobretudo em instituições, os idosos são submetidos a ritmos ou horários diferentes daqueles a que estão habituados, provocando, inclusivamente, perturbações dos ritmos circadianos);
- exposição a ruídos desconhecidos ou aos quais o indivíduo não está habituado;
- alteração das relações interpessoais.

Todas estas condições se verificam no caso da hospitalização, o que explica uma elevada prevalência de síndromas confusionais: em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em três unidades de internamento de um hospital geral, a prevalência foi de 13,3%, numa amostra de 843 doentes (Shedd, Kobokovich e Slattery, 1995). Estes mesmos autores demonstram uma prevalência significativamente maior de confusão nas pessoas idosas, o que vem suportar a ideia de que os idosos têm uma maior vulnerabilidade a esta perturbação, uma vez que a amostra estudada tinha sujeitos desde os 10 aos 92 anos.

A já referida perturbação da rotina quotidiana pode ser de grande relevância e tem consequências visíveis no estado do doente. Creighton (1995) demonstrou que o simples facto de permitir aos doentes idosos que dormissem uma pequena sesta, reduzia o estado de sonolência ou prostração à tarde e ainda melhorava os níveis de desempenho cognitivo.

Nos factores precipitantes das perturbações já referidas, incluem-se ainda a utilização de meios de contenção física, a algaliação, a má nutrição, o uso simultâneo de mais do que três medicamentos e outros eventos iatrogénicos, tendo sido demonstrado que estes factores agem independentemente da existência de um estado

inicial de vulnerabilidade individual que pode, independentemente e por si só, desencadear quadros de desorientação (Inouye & Charpentier, 1996).

Os efeitos do repouso na cama já têm sido descritos como tendo um efeito deletério no idoso. A combinação dos efeitos de estar acamado (nomeadamente na perda de massa muscular) e conseqüente impacto na função respiratória (que leva a uma deficiente oxigenação cerebral), associados a cheiros e sons estranhos, podem conduzir a um conjunto de sintomas que levam à desorientação, confusão, astenia, delírio, medo e dependência (Creditor, 1993, Inouye et al, 1993, Reich, 1997).

Podemos citar ainda Sgandurra, Cipolat, Petrini e Martinelli (1998), que verificaram que, no período pós-operatório, os idosos desenvolvem frequentemente síndromas agudos de confusão e desorientação, que podem persistir durante bastante tempo e que não estão relacionadas com a técnica anestésica mas, eventualmente, com a perturbação causada pelo internamento e com o facto de o idoso ir ser submetido a um procedimento que lhe provoca separação da família e medo de perda de independência ou de morte.

Apesar de aqui estarmos a referir separadamente as perturbações ao nível do estado mental, não é de desprezar a relação que podem ter com o estado funcional. Num estudo longitudinal, Sager, Rudgerb et al (1996) verificaram que em pessoas com idade superior a 70 anos, quanto maior é a idade dos indivíduos, maior é a probabilidade de, no momento da alta, apresentarem aumento da dependência na realização das AVD. Puderam também constatar que quanto maior é o défice cognitivo no momento do internamento, maior é o declínio funcional no momento da alta.

Mas não é só ao nível cognitivo que o internamento mostra os seus efeitos na pessoa idosa. O estado emocional será porventura o mais afectado, mas também, como já vimos, o mais subestimado - está também menos estudado do que o estado funcional. A ansiedade e depressão podem atingir níveis altamente perturbadores, podendo ser tão ou mais incapacitantes do que o declínio funcional.

Numa amostra sequencial de 119 doentes internados num hospital escocês, com idades compreendidas entre os 16 e os 92 anos, foi aplicada a escala Hamilton para a Depressão, tendo-se verificado presença provável de depressão em 19% e presença provável de ansiedade em 23%. Em ambas as situações não se verificava uma valorização clínica, uma vez que 61% e 69% dos indivíduos, respectivamente, não recebiam qualquer apoio medicamentoso nesse sentido, nem especial acompanhamento psicológico. Isto demonstra que, apesar da elevada prevalência de sofrimento psicológico entre os doentes internados por patologia física, a ansiedade e depressão são largamente sub-diagnosticadas e sub-tratadas, o que é seguramente uma lacuna no que deveria ser um acompanhamento holístico do doente, mostrando claramente a manutenção de uma visão bio-médica da saúde e doença. Verificou-se também, neste estudo, não existirem diferenças significativas entre homens e mulheres ou entre diferentes grupos etários (Beausang & Syed, 1998).

Também Fulop, Strain, Fahas, Sachmeidler e Sneyder (1998), numa amostra sequencial de 467 admissões hospitalares de idosos, verificaram taxas de prevalência de sinais depressivos e de ansiedade na população idosa hospitalizada, nomeadamente 10,9% de prevalência de perturbações ansiosas e 18,8% de sinais e sintomas de depressão. Verificaram também que 27% dos doentes internados

apresentavam alterações cognitivas relevantes. Pode constatar-se que a duração do internamento não era influenciada pela existência inicial de ansiedade ou depressão mas que a demora média de internamento dos utentes com déficite cognitivo era significativamente maior do que na restante população idosa (14,6 dias contra 10,6 dias).

Citamos ainda Lieberman et al (1999), que estudaram um grupo de 166 doentes idosos internados para reabilitação após AVC ou fractura do colo do fémur, tendo avaliado sinais de depressão. Concluíram que 41% destes doentes tinham sinais de depressão, sendo 4% depressão grave. Não foi encontrada correlação da depressão com o diagnóstico, mas foi encontrada correlação com o estado funcional. No final do internamento, quanto maior fosse a recuperação funcional, menores eram as manifestações de sinais depressivos. A relação inversa também foi encontrada: a existência de depressão está relacionada com uma maior dificuldade de recuperação da doença e parece predizer crises de redução da capacidade funcional (Lichtenberg, MacNeill & Mast, 2000).

Vimos assim que o internamento hospitalar, pela interacção de diversos factores, é um risco para o idoso: risco de perda de identidade, de integridade física, de autonomia, de ruptura consigo mesmo e com o mundo. E apesar de já haver alguma investigação sobre o assunto, parece-nos um campo que vale a pena continuar a explorar, nomeadamente no contexto português. Sabemos que a cultura de cada povo e de cada grupo profissional influenciam a forma de ser e de estar no hospital o que, associado ao sistema de organização e prestação de cuidados, pode interferir fortemente nos resultados em termos de saúde.

Assim, e a partir deste enquadramento, traçámos como objectivo geral *determinar o impacto funcional e psicológico do internamento hospitalar nas pessoas idosas*. A partir deste objectivo, formulamos as seguintes questões:

- *Existe uma diferença significativa entre o estado funcional da pessoa internada e o de outras que não estão internadas?*
- *O impacto do internamento no estado funcional é no sentido da diminuição de capacidades?*
- *À medida que a idade aumenta, o impacto do internamento no estado funcional dos indivíduos também aumenta?*
- *Quanto maior é a duração do internamento, maior é o impacto funcional verificado?*
- *O internamento hospitalar é psicologicamente perturbador para as pessoas idosas?*
- *Quanto maior é a duração do internamento, maior é o impacto psicológico verificado?*
- *Quanto maior é a idade dos indivíduos, maior é a perturbação psicológica verificada?*

Para responder a estas questões, partimos para o estudo de um grupo de idosos internados num hospital, com recurso a um grupo de comparação. Trata-se assim de um estudo transversal, de comparação entre grupos, cujo desenho passaremos a apresentar.

Método

Participantes

Tal como se tem vindo a apresentar, este estudo incide sobre uma população de pessoas idosas - com idade igual ou superior a 65 anos - que foram internados num hospital geral. Constituiu-se, também, um grupo de comparação com idosos que recorreram a cuidados de saúde em ambulatório.

Os participantes são indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que foram internados durante o período da recolha de dados, no Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, nos serviços do Departamento de Medicina. A escolha deste departamento teve como objectivo homogeneizar a população em estudo, ficando excluídos os doentes submetidos a intervenções cirúrgicas, uma vez que os procedimentos cirúrgicos e a anestesia poderiam introduzir variáveis estranhas. Uma vez que a avaliação incide sobre o estado funcional, excluímos também todos os idosos com patologias do foro neurológico, dada a sua repercussão directa na mobilidade dos indivíduos.

Para evitar a possível influência de um internamento recente na avaliação actual, excluímos ainda todos os indivíduos que tivessem sido hospitalizados nos seis meses precedentes. Foram apenas considerados internamentos superiores a 48 horas.

Optou-se por uma amostra sequencial e de conveniência (todos os indivíduos internados nos serviços referidos durante o período de recolha de dados). O período

de recolha de dados inicialmente previsto era de um mês mas, dada a dificuldade em construir a amostra, a recolha prolongou-se por cerca de dois meses - de 4 de Junho a 26 de Julho de 2001 - até serem conseguidas cem avaliações. Foram assim avaliados 47 homens e 53 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos; 49 pertencem ao grupo etário entre 65 e 74 anos e 51 têm idade igual ou superior a 75 anos. Apresentamos um mapa de construção da amostra em Anexo A.

O grupo de comparação foi constituído por indivíduos que recorreram à consulta de medicina familiar no Centro de Saúde de Setúbal, durante o período da recolha de dados, por amostra intencional. O procedimento usado foi o seguinte: no período da manhã, dirigimo-nos à sala de espera contactando directamente os utentes, identificando-nos e perguntando a idade do utente. Se a pessoa abordada estava dentro do grupo pretendido, era convidada a participar. O processo repetia-se até obter, em cada dia, pelo menos 5 entrevistas. O mapa de construção da amostra encontra-se em Anexo B.

A amostra do grupo de comparação foi construída à posteriori, para permitir uma equivalência em termos de características dos indivíduos, e foi estratificada de forma idêntica à amostra conseguida no hospital em termos de sexo e idade.

O grupo de comparação ficou constituído por 104 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos, sendo 47 homens e 57 mulheres. No grupo de idades entre os 65 e os 74 anos encontrámos 53 indivíduos, e com idade igual ou superior a 75 anos encontrámos 51 indivíduos.

Os critérios de inclusão de indivíduos na amostra foram, para além da idade e da inexistência de internamento nos seis meses precedentes, não ter patologia

neurológica aguda, nomeadamente acidente vascular cerebral (AVC), e estar capaz de comunicar com a entrevistadora. Se estes critérios não foram constrangimento no grupo de comparação, uma vez que todos os utentes abordados estavam em condições de o fazer, no grupo de idosos internados constituiu uma limitação importante.

Assim, deslocámo-nos duas vezes por semana aos serviços onde decorreu a recolha (Medicina I-A, Medicina I-B, Medicina II e Medicina III do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Barreiro), verificando quantos doentes estavam internados e aplicando, na sequência que se apresenta, os critérios de exclusão, para chegar à constituição da amostra:

- Idade inferior a 65 anos;
- Motivo de internamento: AVC;
- Alteração do estado de consciência;
- Incapacidade de comunicar por déficite cognitivo ou sensorial;

Pudemos verificar que durante o período da recolha de dados foram internados 537 indivíduos, 233 dos quais eram idosos, o que dá uma taxa de 41,5% de idosos. Destes, 41 (18,4%) estavam internados por AVC, 35 (15,7%) apresentavam alterações do estado de consciência, estando em coma ou semi-coma, e 47 (21,1%) não podiam comunicar.

A incapacidade de comunicação, como referimos, esteve relacionada com dois motivos: em 9 casos (4%) os idosos apresentavam hipoacúsia acentuada, o que não permitia manter a privacidade e confidencialidade da entrevista (uma vez que a

enfermaria era de 3 camas e a distância entre as mesmas é pequena); em 38 casos (17,1%) os doentes apresentavam perturbações cognitivas tais como desorientação, agitação, confusão, sendo esta avaliação feita por consulta à equipa de enfermagem e, em caso de dúvida, por um diálogo simples com o doente. Estes dados superam a prevalência de 13,3% referida por Shedd, Kobokovich & Slattery (1995), em indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos. Em Anexo C encontra-se uma tabela mais detalhada deste procedimento. Para melhor controle do processo, efectuou-se uma grelha para aplicar cada vez que a investigadora se deslocava a um serviço, que se apresenta em Anexo D. A necessidade de colocar o nome nessa tabela advém do facto de frequentemente os doentes serem mudados de cama evitando-se, assim, inquirir duas vezes o mesmo doente.

Assim, ficou constituída uma amostra de 100 idosos internados no hospital e de 104 idosos que recorreram à consulta de medicina familiar.

Delineamento do Estudo

Como referimos, para tentar avaliar o impacto do internamento hospitalar no estado funcional da pessoa idosa, propusemo-nos avaliar um grupo de indivíduos internados, comparando-o a outro grupo, equivalente em número, idade e sexo, de idosos não internados.

Trata-se assim de um desenho de tipo **experimental natural**, uma vez que, tal como refere Ribeiro (1999, p. 46) se pretende avaliar os efeitos de um acontecimento (o internamento) na população em estudo (os idosos). Contudo, a

investigadora não controla a variável independente, o que seria necessário para um estudo verdadeiramente experimental, para além de se exigir, para isso, uma distribuição aleatória entre o grupo experimental e o grupo de controlo, o que não acontece. Em primeiro lugar, os indivíduos só são seleccionados após o acontecimento ter ocorrido. Em segundo lugar, não se trata, de facto, do mesmo grupo de indivíduos.

Desta forma, o controle da variável independente (internamento) é reduzido, constituindo uma das limitações deste tipo de estudo. No entanto, dadas as características do problema que se quer estudar, esta é uma das possibilidades de o fazer. Um estudo verdadeiramente experimental não só não seria possível como, se o fosse, levantaria questões éticas: por exemplo, perante dois indivíduos com as mesmas características socio-demográficas e com o mesmo diagnóstico (por exemplo, pneumonia), com o mesmo grau de gravidade (que é quase impossível de quantificar), um seria tratado no hospital e outro em casa, escolhidos de forma aleatória. Em última análise, isto não é possível mas, ainda que o fosse, se o internamento fosse necessário, estaríamos a privar um indivíduo da assistência que consideramos adequada (o que não é ético!). Se os idosos fossem escolhidos em função da gravidade da doença (o indivíduo com a situação mais grave fica internado e o outro é tratado em casa), então a situação não seria rigorosamente igual. Assim, e dado o interesse do estudo, aceitam-se as limitações deste tipo de desenho.

Este estudo tem características **descritivas** (pretende-se explicar e descrever o impacto de um acontecimento), é **transversal** (o grupo de estudo será avaliado num dado momento) e **de comparação entre grupos**, com recurso a um **grupo de**

comparação (indivíduos não internados) para tentar controlar a variável independente. Assim, a **variável independente** é o **internamento hospitalar**, que se pretende controlar através da comparação com o grupo de utentes do Centro de Saúde. Dentro do grupo de estudo, iremos analisar a **variável independente duração do internamento**. Como **variáveis dependentes** temos ainda o **estado funcional** e o **estado psicológico**.

Material

Uma vez que aquilo que se pretende avaliar é o estado funcional e o estado psicológico, decidimos construir um instrumento de recolha de dados que abrangesse esses dois aspectos, partindo de instrumentos de avaliação já testados.

Assim, foi desenvolvido um instrumento de recolha de dados, que apresentamos em Anexo E, e que é constituído por quatro partes distintas: a primeira parte do instrumento de recolha de dados é composta por um conjunto de questões que pretendem recolher dados sócio-demográficos e de história de saúde para caracterização dos grupos; a segunda parte deste instrumento de avaliação é constituída por um sistema de classificação de doentes e destina-se a controlar a variável situação clínica; a terceira parte consiste na avaliação do estado funcional; a quarta parte é constituída por uma avaliação do estado psicológico.

1 - Dados sócio-demográficos

A primeira parte da recolha de dados pretende apenas caracterizar o grupo, em termos de sexo, idade, grau de instrução e composição do agregado familiar, recolhendo ainda algumas informações relativas à saúde, nomeadamente questionando os indivíduos sobre os problemas de saúde actuais, motivo pelo qual recorreram aos serviços de saúde e existência de internamentos anteriores. Tentaremos analisar se estas variáveis têm alguma influência nos resultados da avaliação.

2 – RUG-T18

A segunda parte do instrumento de avaliação trata-se de um instrumento de classificação de doentes, para tentar analisar a variável doença. Dentro dos Sistemas de Classificação de doentes podem identificar-se essencialmente sistemas relacionados com o diagnóstico, nomeadamente os GDH (Grupos de Diagnóstico Homogéneo), os relacionados com a gravidade da doença e os que são independentes do diagnóstico, designados *Resources Utilization Groups (RUG)*.

Os mais utilizados são, sem dúvida, os GDH, mas estes estão mais vocacionados para a classificação do doente cirúrgico e menos para o doente do foro médico. Para além disso, já foi descrito que não têm grande interesse para o estudo da população idosa, uma vez que não consideram as múltiplas patologias, a

fragilidade funcional nas actividades de vida diária, a polimedicação e outros factores que podem influir na recuperação do idoso doente (Marin et al, 1998).

Como, de acordo com os autores já atrás referenciados, na pessoa idosa o estado funcional parece estar mais relacionado com a complexidade da situação do que com um diagnóstico preciso, parece-nos mais correcto tentar agrupar os utentes em função da complexidade das situações do que em função dos diagnósticos.

Este sistema de avaliação parte do pressuposto de que cada indivíduo que é internado num hospital é único, mas que tem características comuns no que diz respeito a necessidades de cuidados clínicos, ou seja, na atenção que exige (Marin et al, 1998). Tal como no estado funcional, quanto maior for o grau de dependência física, maior será a necessidade em termos de cuidados de suporte, seja em situação de institucionalização, seja na comunidade e talvez também se possa estabelecer uma relação entre o nível de complexidade ou de exigência de cuidados e a autonomia dos indivíduos. Queremos, assim, verificar se a uma maior complexidade clínica corresponde um maior déficite funcional.

Assim, e uma vez que o sistema RUG demonstrou ser válido na hierarquização de situações clínicas de acordo com a sua complexidade, escolhemos o RUG-T18, versão publicada em 1989 por Fries, Schneider, Folley & Dowling tendo sido validado, por Marin et al (1998), em idosos internados. Esta versão é de rápida avaliação e é preenchida pelo avaliador por consulta ao processo ou aos cuidadores.

Este sistema consiste numa avaliação clínica dos sujeitos, com vista a, de acordo com os critérios a seguir definidos, o colocar numa de cinco classes. Independentemente de ter critérios para ser classificado em mais do que um grupo, o doente ficará incluído apenas na classe mais elevada (por exemplo, estando num programa de reabilitação e tendo feito uma infecção urinária, inclui-se apenas no grupo I). Os grupos são: I – Reabilitação, II – Cuidados especiais, III – Clinicamente complexos, IV – Alterações de comportamento, V – Funções físicas reduzidas.

- I. **Reabilitação** – Incluem-se nesta categoria os doentes que estejam a fazer reabilitação com uma duração média diária de pelo menos 30 minutos (somando o tempo dedicado a cada uma das terapias).
- II. **Cuidados especiais:** incluem-se aqui os doentes que reúnem qualquer uma destas condições: coma, úlceras de pressão de grau 4, alimentação parentérica, tetraplegia, esclerose múltipla, aspiração de secreções, entubação naso-gástrica com um índice de AVD superior ou igual a 5. Contudo, não se incluem aqui os doentes portadores de sonda naso-gástrica por patologia oral e que sejam independentes, ou com esclerose múltipla sem incapacidade.
- III. **Clinicamente complexos:** Incluem-se aqui os doentes com um índice de AVD de 3 ou 4 que cumpram qualquer um dos seguintes critérios: uso de oxigénio, transfusões (durante os últimos 30 dias), úlceras ou lesões da pele, quimioterapia, paralisia cerebral, infecções, hemiplegia (ou qualquer grau de hemiparésia), desidratação, hemorragia digestiva, doentes terminais, úlcera venosa, necessidade de avaliação

médica diária (este critério representa instabilidade clínica e inclui os doentes que iniciaram ou terminaram uma terapêutica nova na última semana e os que receberam ou a quem foram pedidos exames de diagnóstico; excluem-se os doentes cujos registos da última semana digam “boa evolução” ou “sem alterações”).

- IV. **Alterações de comportamento:** pertencem a este grupo todos os doentes que cumpram qualquer um dos seguintes critérios: agressão, insultos, conduta regressiva, alucinações e todos aqueles que tendo alguma alteração de comportamento, não reúnem condições para serem incluídos numa das categorias superiores.
- V. **Funções físicas reduzidas:** incluem-se aqui todos os doentes excluídos das categorias superiores.

Desta avaliação faz ainda parte uma classificação em actividades de vida diária, apenas para três itens: continência, alimentação e transferências, com uma pontuação que pode ir de 3 a 10. Quanto maior é o índice, maior é a dependência. Nesta sub-escala verifica-se uma boa consistência interna, tendo os itens uma correlação elevada com a nota final do teste (valores de r entre 0,72 e 0,90). O valor de alfa de Chronbach para o RUG-T18, neste estudo, situou-se em 0,83, pelo que o consideramos, neste aspecto, um bom instrumento de medida.

3 - RAI/MDS

A terceira parte do instrumento de recolha de dados é a questão central deste investigação: pretendemos saber qual o impacto do internamento no estado funcional da pessoa idosa. Por isso, e porque o instrumento escolhido envolve várias dimensões e não tem historial de utilização em língua portuguesa, vale a pena fazer uma abordagem um pouco mais detalhada do mesmo.

Avaliar o impacto de um acontecimento na vida de um indivíduo não é simples, dada a multidimensionalidade do ser. Assim, limitamo-nos a uma área – a da autonomia. No entanto, o conceito de autonomia ainda é extremamente abrangente, uma vez que não está apenas relacionado com a realização de determinado tipo de actividades, mas também com uma capacidade de ser e de estar, que ultrapassam a capacidade de fazer. Não obstante, na pessoa idosa a capacidade funcional é uma componente importante da autonomia, pelo que optámos por estudar essa vertente, tentando analisá-la através de uma escala.

No que toca a instrumentos já construídos, encontramos alguns que avaliam as Actividades de Vida Diária, as Actividades Instrumentais de Vida Quotidiana, o estado mental ou as capacidades de comunicação. No entanto, como se pretende avaliar pessoas idosas doentes, sente-se a necessidade de utilizar um instrumento não demasiadamente extenso e que abranja uma diversidade de aspectos. Assim, após alguma pesquisa, e de acordo com a experiência pessoal prévia, optou-se por trabalhar o *Resident Assesement Instrument (RAI)*.

Este instrumento de avaliação possui uma larga utilização internacional, não tendo sido encontradas referências, até à data, à sua utilização em língua portuguesa.

Passaremos assim a fazer uma análise do RAI, descrevendo a forma como surgiu e a sua utilização e validação a nível internacional. Apresentamos seguidamente o processo de tradução e validação em língua portuguesa, desenvolvido pela autora.

O Resident Assessment Instrument (RAI) é um instrumento de avaliação geriátrica global e que inclui um conjunto de itens de avaliação conhecidos como o Minimum Data Set (MDS), para além de outros 18 itens que representam os problemas mais comuns ou factores de risco da população idosa. O seu objectivo principal é a avaliação clínica do idoso, quer se trate de um indivíduo institucionalizado ou em cuidados domiciliários.

O RAI foi desenvolvido a partir de 1988 e implementado em 1990 por um conjunto de especialistas do *Institute of Medicine* da *National Academie of Sciences* (USA), aos quais foi pedido que fosse desenvolvido um sistema uniforme de avaliação geriátrica global (Hawes et al, 1997) que pudesse vir a ser utilizado em vários equipamentos sociais, nomeadamente nas *Nursing Homes*, e que permitisse comparar resultados da qualidade dos cuidados prestados pelas instituições.

Assim, 18 grupos de trabalho incluindo geriatras, gerontopsiquiatras, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, animadores sociais, enfermeiros, assistentes sociais, dietistas, técnicos de lar e investigadores procederam à revisão dos instrumentos de trabalho existentes, à determinação dos itens que deveriam ser incluídos, à análise da validade e fiabilidade do instrumento e à sua implementação. Actualmente, o RAI é utilizado em mais de 90% das *Nursing Homes* nos EUA e em mais de 28 países, estando traduzido em pelo menos 14 línguas (Hawes et al, 1997). A versão actualmente utilizada foi desenvolvida a partir de 1990, por Morris et al.

Este instrumento de avaliação inclui, entre outros, os seguintes itens: rotinas diárias, comunicação, estado funcional, humor, patologia, estado nutricional, estado da pele, estado cognitivo, continência, actividades da vida diária, actividades instrumentais da vida quotidiana, quedas, dor, bem-estar e apoio da rede informal. A diversidade das áreas prende-se com a necessidade de permitir uma avaliação abrangente que reflecta as várias vertentes do construto: autonomia e bem-estar global do idoso. Para isso foram analisados pela equipa 80 testes diferentes, tendo sido elaborados 27 rascunhos e revisões pela equipa de especialistas. Na forma inicial, 55% dos itens demonstraram ser redundantes; 40% dos itens iniciais foram mantidos, 20% retirados e 40% alterados (Morris et al, 1990). Este processo permitiu limitar a avaliação aos itens realmente significativos, tornando-a o mais simples possível, uma vez que testes demasiadamente extensos se tornam difíceis de aplicar, sobretudo quando se trata de uma população doente ou fragilizada (Ribeiro,1999).

Posteriormente, o RAI foi testado em 28 residências de idosos, em 6 estados diferentes, numa população de 600 indivíduos, para determinar a fidelidade e validade (Hawes et al, 1997). A consistência interna do instrumento foi testada utilizando a correlação entre cada item e a nota final do teste, tendo-se registado uma correlação de 0,7 ou superior (Hawes & Morris et al, 1995).

Dada a sua larga aceitação, este instrumento de avaliação começou ainda em 1990 a ser utilizado em vários países europeus, tendo sido traduzido e testado por uma equipa a nível internacional (InterRAI Corporation) dado o interesse suscitado (Sgadari, Morris e colaboradores, 1997). O primeiro passo foi o da aferição

linguística, havendo tradução e retroversão por equipas independentes (Sgadari et al, 1997) para assegurar que o processo de tradução mantinha o sentido das perguntas. Posteriormente foi dada formação aos avaliadores, tendo sido simultaneamente aplicado por dois avaliadores diferentes, na mesma população, e em vários países (Dinamarca, Islândia, Itália, Japão, Suécia, Suíça e EUA). Os avaliadores não podiam trocar entre si qualquer informação e as duas avaliações eram feitas num intervalo de tempo que variou entre dois dias e duas semanas, sendo a média de 7 dias. É desejável um intervalo de tempo reduzido, para minimizar variações do estado do idoso que alterem os resultados da avaliação, uma vez que sabemos que o tempo é um factor importante em saúde (Ribeiro, 1999).

A análise de fidelidade inter-avaliador foi realizada recorrendo ao teste de correlação de Kendal Tou (associação entre variáveis de nível ordinal) e ao teste de Spearman (associação entre variáveis de nível métrico) (Fortin, 1999). A estatística de teste é designada por k , podendo assumir valores entre 1 e -1 . De acordo com Fleiss (1986), valores de $k < 0,4$ indicam fraca fidelidade, com valores entre 0,4 a 0,75 a fidelidade é considerada adequada e se forem superiores a 0,75 é considerada excelente.

Os itens foram agrupados em 13 indicadores e o teste foi realizado nos 7 países referidos acima. Os resultados demonstraram em 5 países que todos os indicadores obtêm valores superiores a 0,4 (Dinamarca, Islândia, Itália, Suíça e EUA), portanto, uma fidelidade adequada. De salientar que, no caso da Suíça, todos os indicadores se situam acima do coeficiente 0,75, o que significa uma excelente fidelidade, o que acontece com 35 a 49% dos itens em todos os países. Com fraca

fidelidade encontramos apenas um indicador no Japão (0,34 para problemas de comportamento) e na Suécia (0,38 para indicador de iniciativa).

Em síntese, os resultados demonstraram uma fidelidade adequada a excelente em todos os países para a maioria dos itens, considerando-se o RAI um instrumento adequado à investigação, com um nível de adequação inter-culturas elevado, sendo internacionalmente aceite na avaliação geriátrica (Sgadari et al, 1997). Tendo em conta as grandes diferenças culturais entre os países, nomeadamente no que diz respeito à heterogeneidade do tipo de instituições para idosos e a dificuldade de criar instrumentos de avaliação transculturais, este facto torna-se ainda mais relevante.

Os autores afirmam ser um instrumento válido para a comparação de resultados no que diz respeito à prevalência e incidência de problemas na autonomia das pessoas idosas e ainda na avaliação do resultado dos cuidados prestados por uma instituição.

A fidelidade do teste foi também avaliada por Graney & Engle (2000), num estudo efectuado em 48 idosos internados em lar, aos quais foram feitas três avaliações consecutivas com o intervalo de uma semana. A estabilidade teste-reteste revelou ser elevada para um nível de significância de 0,05.

Importa também referir que o MDS é sensível às mudanças no estado dos idosos. Hawes et al (1997) afirmam que este teste tem elevada sensibilidade, pelo que é adequado para medir as alterações do estado funcional. Pode, assim, servir para uma avaliação inicial e para avaliações periódicas, o que permite avaliar o impacto de acontecimentos, sejam eles de sentido positivo ou negativo.

Partes do MDS/RAI foram testadas comparativamente a outros instrumentos de avaliação. Burrows et al (2000) desenvolveram e validaram os itens do MDS, comparando esta escala composta por 5 itens, preenchida a partir de uma observação quotidiana dos idosos feitas pelo pessoal de enfermagem, com escalas de depressão já existentes: a Hamilton Depression Rating Scale, com 17 itens, e a Cornell Scale for Depression in Demencia, chegando à conclusão de que a escala testada tem elevada sensibilidade (94% relativamente à escala de Hamilton e 78% quando comparada com a escala de Cornell), pelo que foi considerada um bom instrumento de trabalho, por ser simples e rápida de preencher.

Pelo que atrás foi exposto, somos levados a acreditar que este instrumento de avaliação é de facto abrangente, válido, fiável e sensível, pelo que a sua escolha para instrumento de avaliação do impacto do internamento na pessoa idosa parece ser pertinente.

Partindo deste pressuposto, passamos a analisar o processo de tradução e validação para a língua portuguesa, realizado pela autora. Embora este instrumento de avaliação tenha sido publicado (Cabete, 1999a), uma vez que foi adoptado pelo Serviço de Cuidados Continuados do Hospital Garcia de Orta, não foi ainda publicado o processo de validação para a língua portuguesa.

O trabalho de tradução deste instrumento foi realizado a partir do RAI-HC/MDS, versão n.º 7 de 2 de Agosto de 1995 (Copyright InterRAI Corporation, Washington D.C., 1995), em língua francesa (apresentado em Anexo F). Esta é a versão Suíça, adoptada pelo SASCOM (Service d'Aide et de Soins Communautaires du Canton de Genève). A razão da escolha está relacionada, em primeiro lugar, com

o excelente nível de fidelidade e, em segundo lugar, com o facto da autora possuir experiência pessoal de utilização do instrumento em língua francesa e um nível elevado de domínio da língua.

O processo de validação para a língua portuguesa obedeceu aos seguintes passos: 1) tradução por dois técnicos diferentes; 2) discussão das diferenças e harmonização; 3) retroversão, por técnico bilingue; 4) análise das três versões por uma equipa de especialistas que se pronunciou sobre as diferenças encontradas, tendo-se chegado à versão actual, que se encontra em Anexo G.

Estes passos destinaram-se a garantir uma equivalência linguística e conceptual. Tal como refere Ribeiro (1999), as questões que se levantam à tradução de um instrumento de avaliação não se prendem unicamente com o rigor da correspondência linguística, mas também com factores sociais e culturais que interferem grandemente na interpretação das questões e dos resultados. Estamos conscientes de que não existem instrumentos de avaliação livres de cultura, mas essa é uma limitação que assumimos, com alguma segurança, dados os exemplos prévios de tradução e adaptação do RAI em países culturalmente tão diversos como a Suíça, a Islândia ou o Japão.

O passo seguinte consistiu na aplicação deste instrumento de avaliação. Para isso, a Equipa Coordenadora do Projecto de Cuidados Continuados do Hospital Garcia de Orta - da qual fazia parte, na altura, a autora - levou a cabo um trabalho de investigação que consistiu num estudo transversal, descritivo, de caracterização da população hospitalar no momento da alta. A recolha de dados foi efectuada em 1998 e o relatório deste estudo encontra-se disponível no Serviço de Cuidados

Continuados do Hospital Garcia de Orta. Os resultados deste estudo foram integralmente apresentados em sessão clínica no Hospital Garcia de Orta em Janeiro de 1999, tendo sido publicados apenas resultados parcelares (Cabete, 1999a).

A população em estudo foi constituída por uma amostra sequencial: durante um mês foram avaliados todos os adultos (idade superior ou igual a 18 anos) que tiveram alta dos 18 serviços de internamento de adultos do Hospital Garcia de Orta (9 serviços de Medicina e 9 serviços de cirurgia), de 2^a a 6^a feira, entre as 8 e as 20 horas. Foram avaliados 619 indivíduos (334 homens e 285 mulheres) com uma idade média de 61,3 anos (± 16 anos), o que constituiu uma amostra estatisticamente significativa ($p < 0,005$). A recolha de dados foi feita por 12 avaliadores, a quem foi dada formação teórica para aplicação dos instrumentos de avaliação. Cada avaliador realizou 10 avaliações para pré-teste, para aferição de critérios de avaliação e para discussão e esclarecimento de dúvidas. A autora constituiu elemento de coordenação e acompanhamento.

O tratamento estatístico permitiu verificar que o teste tem uma boa consistência interna, apresentando um valor de alfa de Cronbach de 0,72. Este coeficiente permite avaliar até que ponto cada item da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. Os autores consultados referem que um valor elevado se situa acima de 0,80, sendo considerados válidos valores a partir de 0,60 (Ribeiro, 1999).

Outra análise efectuada diz respeito à correlação entre os vários itens do RAI e a gravidade da doença, medida através da escala de Rankin. Esta correlação permite-nos de alguma forma identificar que variáveis são mais afectadas pela

doença. O teste efectuado demonstrou-nos que quanto maior é a gravidade da doença, maior é a dificuldade que o doente tem na realização das Actividades de Vida Diária ($r=0,76$), na expectativa de realização das Actividades Instrumentais de Vida Quotidiana ($r=0,62$), nas saídas de casa e na realização de actividade física ($r=0,63$), maior é o risco de queda ($r=0,51$), maior é a imobilidade a que fica sujeito ($r=0,71$) e maior é a dificuldade em tomar decisões ($r=0,62$).

Por outro lado, pudemos verificar que não existe uma correlação significativa entre gravidade da doença e idade, capacidade de comunicação, sono, dor, eficácia da rede de suporte e sentimento de solidão ou sinais de depressão.

Foi também estudada a correlação do RAI com a Escala de Barthel, para as Actividades de Vida Diária, tendo-se verificado que para as Actividades de Vida Diária, imobilidade, tomada de decisões, higiene de vida e Actividades Instrumentais de Vida Quotidiana, existe uma correlação bastante expressiva (respectivamente $r=0,88$, $r=0,75$, $r=0,72$, $r=0,66$, e $r=0,65$). Existe ainda uma correlação moderada relativamente ao risco de queda e à capacidade de comunicação (respectivamente $r=0,50$ e $r=0,49$). Tal como no caso do teste de Rankin, não existe correlação significativa com as variáveis dor, depressão, solidão, apoio familiar e sono.

A correlação entre a gravidade da doença (Rankin) e a dependência nas Actividades de Vida Diária (Barthel) demonstrou também ser elevada ($r=0,80$). Todas as correlações foram testadas para um nível de significância de 0,01.

Após esta análise, poderemos afirmar que o instrumento de avaliação em questão possui uma boa consistência interna, o que se traduz numa homogeneidade dos itens, uma vez que apresentam uma correlação significativa com a nota final do

teste. Por outras palavras, diremos que os vários itens do teste avaliam o construto que se pretende analisar, neste caso a autonomia. Consideramos também testada a validade externa do construto ao verificarmos uma elevada correlação com outros testes: uma correlação expressiva com o Barthel e resultados idênticos das correlações dos dois testes com um terceiro critério (Rankin, para a gravidade da doença).

Concluímos, assim, que o Resident Assessment Instrument, desenvolvido nos últimos dez anos, representou um passo importante na avaliação geriátrica, procurando ser suficientemente abrangente para não se limitar a aspectos clínicos ou meramente físicos, sem se tornar demasiadamente extenso. Permite rigor e homogeneidade na recolha de dados, sendo relativamente fácil de preencher. A análise das suas propriedades psicométricas demonstram uma boa consistência interna, sensibilidade, e fidelidade inter-avaliador. A validade do construto parece-nos suficientemente fundamentada. Os resultados comparados da utilização em diversos países revelam que suporta a dimensão intercultural, sem grandes enviesamentos. O processo de tradução para a língua portuguesa tentou respeitar as normas, e o processo de validação foi feito com rigor e com uma amostra suficientemente grande para que os resultados sejam fiáveis.

Consideramo-lo, por isso, um instrumento de avaliação adequado para tentar determinar o impacto do internamento na pessoa idosa. No entanto, uma vez que este instrumento compreende dimensões que devem ser observadas e não perguntadas, nomeadamente no que diz respeito às actividades instrumentais da vida quotidiana, que não são executadas no contexto hospitalar, não será possível fazer uma

comparação entre os dois grupos nesses itens. A única possibilidade seria perguntar ao doente internado o que esperaria fazer quando chegasse a casa. Contudo, como expectativas e realidades não são a mesma coisa, entendemos ser preferível não considerar esse item. Relativamente ao item da comunicação, uma vez que é um pressuposto desta avaliação que o utente se consiga fazer compreender e consiga compreender os outros, o que é aferido pela abordagem prévia da equipa de enfermagem e pela abordagem inicial do idoso no momento da obtenção do consentimento informado, retirámos também este item. Foi ainda retirada a dimensão de avaliação de sinais depressivos, uma vez que se optou por aplicar um teste específico para essa área, evitando tornar a avaliação demasiadamente extensa ou repetitiva.

Foi adicionada à avaliação da dor uma questão, que se prende com a intensidade da dor, que consideramos fazer falta para completar a avaliação. No pré-teste foi apresentada aos idosos a escala visual analógica. No entanto, as dificuldades de compreender e responder impossibilitaram essa avaliação. Assim, apresentou-se uma pergunta, com resposta em escala de Likert: “Diria que a dor que sente é : sem dor (0), ligeira (1), moderada (2), intensa (3), insuportável (4)”. A resposta a esta questão não constituiu dificuldade.

Esta parte do instrumento de avaliação ficou constituída por 24 questões, representando 6 áreas, com uma pontuação que pode variar entre zero a setenta e sete pontos, sendo que quanto maior é o score obtido maior é a deterioração funcional: actividades de vida diária (zero a cinquenta pontos), risco de queda (zero a dois pontos), dor (zero a doze pontos), imobilidade (zero a cinco pontos), capacidade de

tomar decisões (zero a três pontos) e rede primária (zero a cinco pontos). Consideramos cada uma destas áreas como uma sub-escala. Durante a análise dos dados pudemos verificar que a consistência interna das sub-escalas foi elevada, sendo superior à verificada no processo de validação atrás descrito.

Apresentamos os valores de alfa de Cronbach relativamente a cada uma das sub-escalas: AVD=0,92; Dor=0,86; Rede=0,79; para as dimensões risco de queda, imobilidade e tomada de decisões, apenas constituídas por uma ou duas questões, o valor de alfa não foi calculado para cada uma, sendo associado ao valor total da escala, que comporta os referidos 24 itens e que revelou um valor de alfa de 0,90. Consideramos, assim, um excelente nível de fidelidade.

Através da análise de correlação entre as várias áreas pudemos verificar, ao nível das dez questões que compõem a avaliação das AVD, elevada correlação ($r > 0,70$) em 62,22% dos itens e correlação moderada ($r > 0,40$) nos restantes 37,78%.

Dentro das várias áreas que compõem a avaliação funcional aquelas que não apresentam correlações expressivas são as da “dor” e “rede primária” ($r < 0,40$), sendo muito expressivas as correlações entre “AVD”, “imobilidade” e “capacidade de tomar decisões” ($r > 0,70$) Dada a dimensão destas tabelas, optámos por apresentá-las em Anexo H.

4 – GHQ-28

Finalmente, a quarta parte do instrumento de recolha de dados é constituída por uma escala de avaliação do estado mental, de auto-resposta, para o que foi seleccionado o Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health

Questionnaire, que neste estudo designaremos como GHQ28), publicada por Goldberg & Hillier em 1979. Existindo mais do que uma versão em língua portuguesa, optámos pela de Ribeiro e Antunes (2000).

O Questionário de Saúde Geral foi desenvolvido por Goldberg, em 1972, com vista ao rastreio de perturbações psiquiátricas não psicóticas, em contexto de consultório ou de cuidados de saúde primários. Inicialmente com 60 questões, foram já desenvolvidas várias formas reduzidas, com 12, 20, 28 e 30 itens.

Segundo os autores, este não é um questionário de avaliação de traços psicológicos estáveis, mas destinado a identificar novas incapacidades, dificuldades ou surgimento de situações stressantes. É, assim, adequado para avaliar o impacto de uma determinada situação ou acontecimento na saúde mental ou estado de bem-estar psicológico numa população (Goldberg & Hillier, 1979). Por esse motivo, consideramo-lo adequado para aplicar na avaliação do impacto do internamento no idoso.

A opção pela versão reduzida de 28 itens deveu-se a duas ordens de razão: em primeiro lugar, porque se trata de avaliar população idosa e doente, pelo que uma versão longa se torna, frequentemente, impraticável. Em segundo lugar, tendo sido o teste inicial objecto de validação clínica, o GHQ28 foi validado através de análise factorial, o que lhe confere uma validação mista. Através da análise factorial, as questões foram agrupadas em quatro sub-escalas, o que também facilita a leitura dos resultados e a comparação entre grupos. As sub-escalas referidas dizem respeito a:

“Sintomas Somáticos” (questões A1 a A7), “Ansiedade e Insónia” (questões B1 a B7), “Disfunção Social” (questões C1 a C7) e “Depressão Grave” (questões D1 a D7).

Este questionário tem sido muito utilizado para avaliar o estado mental em populações tão diversas como doentes diabéticos, transplantados e neurológicos, em situações de gravidez problemática ou para avaliar o stress em profissionais de saúde (Ribeiro & Antunes, 2000), estando consideravelmente bem estudado.

A fidelidade deste questionário foi avaliada, pelos referidos autores, recorrendo ao teste de alfa de Cronbach, apresentando os seguintes valores: GHQ28 total $\alpha=0,94$; sub-escala Sintomas Somáticos, $\alpha=0,85$; sub-escala Ansiedade e Insónia, $\alpha=0,88$; sub-escala Disfunção Social, $\alpha=0,83$; sub-escala Depressão Grave, $\alpha=0,89$. A aplicação deste questionário na população idosa do presente estudo apresentou os seguintes valores: GHQ28 total: $\alpha=0,95$; sub-escala Sintomas Somáticos, $\alpha=0,82$; sub-escala Ansiedade e Insónia, $\alpha=0,92$; sub-escala Disfunção Social, $\alpha=0,93$; sub-escala Depressão Grave, $\alpha=0,92$. Como pudemos verificar, todos apresentam uma consistência interna mais elevada à excepção dos sintomas somáticos. Como todos os valores se situam acima de 0,80 podemos afirmar que, também neste estudo, o GHQ28 revelou uma elevada consistência interna.

Ribeiro e Antunes (2000) estudaram ainda a validade, a consistência interna e a validade convergente/discriminante dos itens, bem como a correlação entre dimensões e a sensibilidade do teste, concluindo que esta versão da escala apresenta boas propriedades métricas, o que torna pertinente a sua utilização em investigação.

No contexto deste estudo, que pretende avaliar o impacto de um acontecimento no bem-estar psicológico dos sujeitos, a sensibilidade da escala é uma validação particularmente importante, uma vez que esta é evidenciada pela sua capacidade de discriminar entre grupos no sentido esperado. Ribeiro & Antunes (2000) encontraram diferenças estatisticamente significativas para um nível de significância de 0,0001.

Assim, dadas as características deste questionário, que possui uma validação tanto clínica como psicométrica, sendo sensível às mudanças do estado psicológico dos avaliados, considerámo-lo adequado para o propósito deste estudo.

Ficou assim concluído o instrumento de recolha de dados, que consideramos válido e adequado para a presente investigação, passando-se seguidamente à fase de aplicação, ou seja, da recolha de dados propriamente dita.

Procedimento

O planeamento da recolha de dados iniciou-se com a escolha dos locais onde iria ser feita a amostragem. Como já foi referido, neste estudo não se utilizou uma amostra probabilística, a começar pelos locais seleccionados. Assim, e como à data da realização deste estudo o local de trabalho da autora era o Centro de Saúde do Bonfim, em Setúbal, por conveniência na acessibilidade à população, o grupo de comparação foi constituído por idosos que recorreram à consulta de medicina familiar no referido centro de saúde. Para isso, a autora solicitou autorização ao Director do Centro de Saúde (Anexo I), explicando os objectivos do estudo e

anexando um exemplar do instrumento de recolha de dados. A autorização foi concedida, encontrando-se uma cópia em Anexo J.

Para a avaliação de idosos internados em hospital geral, as duas possibilidades, em termos de proximidade geográfica, relativamente ao local de trabalho da investigadora, seriam o Hospital de S. Bernardo, em Setúbal, e o Hospital de Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro. Assim, foi feito um primeiro contacto com as duas instituições, para perceber qual a receptividade para o trabalho de recolha de dados. Dada a imediata disponibilidade e receptividade por parte da Enfermeira Directora do Hospital de Nossa Senhora do Rosário, formalizámos o pedido (Anexo K), tendo sido concedida a respectiva autorização (Anexo L).

Assim, foi planeado o início da a recolha de dados para o decorrer do mês de Maio. Para isso, a investigadora deslocou-se duas vezes por semana ao hospital, sendo as primeiras duas visitas para reunir com os enfermeiros dos serviços, explicar o que iria ser feito e porquê, prestando os esclarecimentos solicitados. Foi acordado o horário mais conveniente para o serviço e doentes, dentro das disponibilidades da investigadora. As avaliações decorreram no turno da tarde, entre as 14 horas e as 20 horas, seguindo os passos já descritos: a investigadora verificava a lista de doentes internados para identificar os novos doentes, aplicando os critérios de inclusão, para determinar quais os doentes a avaliar. Tendo feito essa selecção, a investigadora dirigia-se à enfermaria, para iniciar as entrevistas.

A primeira etapa da recolha de dados foi constituída pela obtenção do consentimento informado por parte do doente. Assim, a investigadora apresentava-se e explicava o objectivo da sua visita, tal como está escrito na folha que, depois de

assinada pelo doente, era destacada do questionário e arquivada separadamente. No caso de o doente não poder ou não saber assinar, o consentimento era assinado por um enfermeiro, ou outro profissional do serviço que se disponibilizasse para o efeito. Esta situação ocorreu com grande frequência (83%): para além da elevada taxa de iliteracia, a maioria dos doentes encontravam-se acamados, com soros, sem óculos, manifestando dificuldade em assinar.

Como também já foi referido, esta abordagem inicial permitia validar a capacidade de comunicação dos sujeitos. Assim, tentava-se sempre que ficasse bem claro para o doente o que se pretendia, esclarecendo sempre que a não resposta não teria qualquer implicação para o próprio e que, se eventualmente sentisse algum constrangimento no decorrer da entrevista, poderia desistir a qualquer momento.

Não surgiu nenhuma recusa em participar. Todos os idosos abordados concordaram sem constrangimento, verbalizando frequentemente, no final da entrevista, que aqueles momentos de conversa tinham dado satisfação. Muitos deles agradeciam a entrevista. No final, a entrevistadora agradecia a colaboração, explicitava que a entrevista tinha terminado e perguntava ao idoso se ainda queria fazer alguma pergunta. Ocasionalmente, os idosos perguntavam “Mas afinal, para que é que isto serve?”. Neste caso era novamente explicitado o objectivo e validado o consentimento, para que não restassem dúvidas a esse respeito.

No Centro de Saúde o procedimento foi idêntico: a investigadora, no período da manhã (hora de maior afluência de utentes), dirigia-se à sala de espera e perguntava aos utentes as suas idades. No caso de se enquadrarem no grupo pretendido, a entrevistadora apresentava-se e perguntava ao utente se estava

disponível para uma entrevista. Se o utente respondia afirmativamente, convidava-o a entrar num gabinete, onde se sentava frente a frente e passava a seguir os passos de obtenção do consentimento informado. À semelhança do grupo de utentes do hospital, não houve qualquer recusa em participar. Também neste grupo, sobretudo devido à iliteracia, muitos dos consentimentos informados (30%) foram assinados e presenciados por uma enfermeira do serviço.

Em ambos os grupos se quis deixar bem claros os princípios da confidencialidade dos dados, da liberdade de participação e da inexistência de consequências no caso de recusa ou desistência, princípios éticos fundamentais a respeitar na investigação.

Tendo obtido o consentimento informado, a investigadora iniciava a entrevista. As primeiras 10 entrevistas serviram como pré-teste. Quanto ao conteúdo do instrumento de recolha de dados a única alteração registou-se, como já foi descrito atrás, na substituição da escala visual analógica da dor por uma escala de Likert. Quanto à sua aplicação, o instrumento de recolha de dados compreendia, como já referimos, quatro partes distintas: a primeira parte (recolha de dados gerais) e a quarta parte (GHQ28), seriam de auto-resposta; a segunda parte (o sistema de classificação de doentes RUG –T18), por análise do processo clínico; a terceira parte (avaliação funcional) por observação directa ou entrevista ao utente ou família.

No decorrer do pré-teste, verificou-se não ser possível recorrer a um questionário auto-administrado. Muitos dos idosos não sabem ler ou escrever, outros têm déficits de visão que dificultam a leitura, outros por problemas ósteo-articulares têm dificuldade em escrever e ainda noutros casos não respondem completamente ao

questionário. Esta situação é ainda agravada em situação de hospitalização, uma vez que, para além de uma patologia que pode dificultar a concentração ou aumentar o cansaço, o facto da maioria dos doentes se encontrarem acamados, com soros ou outros artefactos não lhes facilita a escrita.

Este facto foi também verificado por Parker e colaboradores (1998) numa tentativa de validação do teste SF-36 em idosos em ambulatório e internados: apenas 83% dos questionários entregues aos doentes ambulatórios eram devolvidos com respostas completas e nos doentes internados esse valor baixava para 29%. Após a análise dos dados os investigadores concluíram que o questionário auto-administrado não é uma técnica aceitável para idosos internados. No contexto português teríamos ainda a deduzir a estes valores os 30% correspondentes à taxa de analfabetismo encontrada na população estudada. Os mesmos autores utilizaram a técnica da entrevista para realizar o questionário, verificando ser um método válido para incrementar os níveis de resposta, não podendo contudo ser incluídos doentes em situação clínica muito grave ou com déficits cognitivos.

Também Coast et al (1998) verificaram que, em situação de doença aguda, os idosos manifestavam uma incapacidade crescente de responder a um questionário, tendo de se recorrer a entrevista, e que essa incapacidade aumentava com a idade e com o aumento de déficits cognitivos, de tal forma que aos 65 anos era necessário recorrer a entrevista em 11% dos casos, aos 75 anos em 37% dos casos e aos 85 anos em 73% dos casos.

Assim, para respeitar o mais possível a metodologia, a investigadora colocava o questionário em frente ao doente, lendo em voz alta a questão e as respostas

possíveis, assinalando a resposta dada pelo utente. Este procedimento destina-se a garantir ao sujeito que não são registadas outras informações para além do que é perguntado (Ribeiro, 1999).

A segunda parte do instrumento de recolha de dados foi preenchida pela investigadora, tal como previsto, por consulta ao processo clínico.

No que diz respeito ao estado funcional, ou seja, à terceira parte da avaliação, idealmente seria preenchida por observação directa do desempenho. Contudo, essa metodologia era inviável porque, por um lado, exigiria um elevado tempo de permanência no serviço de internamento, o que no contexto profissional da investigadora seria impossível e, por outro lado, no Centro de Saúde não é possível observar o desempenho nas actividades de vida diária. Assim, a outra possibilidade é recorrer à informação dada pelo próprio ou pelos seus familiares. Como refere Lowenstein & Mogosky (1997), a informação dada pelos familiares ou por outras pessoas da sua rede informal é fundamental, porque parte de uma observação do idoso no seu ambiente quotidiano mas, por outro lado, pode sofrer enviesamentos relacionados com os juízos de valor ou com motivações individuais. Recorrer a terceiros, no caso deste estudo, não seria uma opção correcta, porque iria introduzir diferentes pontos de vista na avaliação uma vez que, no caso dos idosos internados, os familiares não estão presentes as 24 horas do dia e, por isso, não poderiam fazer uma avaliação fidedigna, uma vez que não observam o desempenho das actividades de vida diária. Não iríamos, para além disso, num grupo recorrer à informação do próprio, e noutro grupo, à informação de terceiros. Optou-se, assim, para uma homogeneidade de critérios, por inquirir o idoso quanto aos vários itens presentes na

avaliação funcional. Não houve dificuldades de resposta nesta área de avaliação. Questões pontuais foram clarificadas pela entrevistadora.

As entrevistas demoraram entre 30 a 60 minutos, sendo a média de cerca de 40 minutos. Um dos factores que contribuem para este facto é a tendência de fuga ao conteúdo temático, característica das pessoas idosas. Era frequente a necessidade de centrar o idoso na questão que lhe tinha sido colocada, bem como de o centrar no momento presente e não na sua história passada, sendo esta a principal dificuldade sentida na realização das entrevistas.

Há a acrescentar ainda o tempo despendido na selecção dos sujeitos e na consulta ao processo clínico, o que eleva para cerca de 50-60 minutos o tempo de cada avaliação. Por este motivo, este tipo de recolha torna-se extremamente desgastante e morosa, inviabilizando, por razões de disponibilidade de tempo, a construção de uma amostra de maiores dimensões, o que seria desejável, mas não foi possível.

O grupo de estudo e o grupo de comparação foram construídos em simultâneo, sendo feita uma aferição de 20 em 20 avaliações para estratificar o grupo de comparação, conforme já foi referido. A recolha de dados terminou em 26 de Julho de 2001, com 100 avaliações de idosos internados e 104 avaliações no grupo de comparação.

A recolha de dados foi uma etapa da investigação que, embora pouco visível, enquanto experiência profissional e humana foi extremamente enriquecedora. A surpresa dos idosos em alguém querer falar com eles, querer escutá-los e os deixar falar... as palavras, expressões e gestos de satisfação por esse simples acto mostram o

quanto a solidão pode estar presente e como a prática instalada nos serviços de saúde parece ser, contrariamente àquilo que é suposto, não ouvir, não escutar... Por isso, parece bizarro aos olhos dos idosos que alguém, profissional de saúde, numa instituição pública de cuidados de saúde, esteja interessado em ouvir o que sentem e como vivem. Talvez por isso os idosos tenham sentido necessidade de agradecer aqueles minutos.

Resultados

A análise dos resultados obtidos foi efectuada através do recurso ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistic Program for Social Sciences). Para esta análise recorreremos à estatística descritiva, de forma a podermos caracterizar a amostra em estudo, e à inferência estatística como forma de procurar resposta às questões de investigação.

Neste caso, efectuámos a comparação entre grupos recorrendo ao teste de Qui-quadrado para as variáveis classificadas em escala nominal, uma vez que estas apenas nos permitem comparar distribuições e não permitem fazer cálculo matemático, e ao teste *t* de Student e à análise de variância (ANOVA) para as variáveis de escala ordinal. Em bom rigor, os resultados obtidos pelas escalas de avaliação que compõem o instrumento de recolha de dados, deveriam apenas ser tratados com testes não paramétricos, uma vez que não são verdadeiramente escalas de razão. No entanto, é generalizada a sua utilização para comparar os *scores* obtidos pelos testes, não só (mas também) na área da psicologia. Esta é uma limitação deste tipo de avaliação, que assumimos.

A comparação entre grupos foi feita não só entre o grupo de estudo e o grupo de comparação, como também, dentro do grupo de estudo, para as diferentes variáveis em análise. Foi feita também análise de correlação entre variáveis recorrendo ao teste de Pearson.

Caracterização da Amostra

Neste grupo temos as variáveis: idade, sexo, escolaridade, situação profissional, estado civil, composição do agregado familiar, e número de gerações que coabitam no agregado familiar.

A comparação entre o grupo de estudo e o grupo de comparação demonstrou, para um grau de confiança de 99%, não haver diferenças no que diz respeito à idade (tabela 1), sexo (tabela 2) e situação profissional (tabela 3). A comparação foi efectuada com recurso ao teste do Qui-quadrado.

Recorrendo ao teste binomial podemos verificar que existe uma distribuição homogénea dos grupos no que diz respeito ao grupo etário e sexo. A média de idades é 74,7 anos, sendo a mediana 74,5 anos. Relativamente à situação profissional predomina o grupo de reformados.

Tabela 1
Distribuição por grupo etário no grupo de estudo e no grupo de comparação

Grupo etário		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
65 a 74 anos	N	49	53	102
	%	49,0%	51,0%	50,0%
=>75 anos	N	51	51	102
	%	51,0%	49,0%	50,0%
Total	N	100	104	204
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 2
Distribuição por sexos no grupo de estudo e no grupo de comparação

Sexo		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Sexo feminino	N	52	57	109
	%	52,0%	54,8%	53,4%
Sexo masculino	N	48	47	95
	%	48,0%	45,2%	46,6%

Tabela 3
Distribuição por situação profissional no grupo de estudo e no grupo de comparação

Situação profissional		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Reforma	N	95	97	192
	%	95,0%	93,3%	94,1%
Emprego remunerado	N	1	3	4
	%	1,0%	2,9%	2,0%
Doméstica	N	4	2	6
	%	4,0%	1,9%	2,9%
Outra	N	0	2	2
	%	0%	1,9%	1,0%
Total	N	100	104	204
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Relativamente à composição do agregado familiar também não foram encontradas diferenças entre os grupos. O estado civil predominante é casado ou união de facto, seguido pelo grupo de pessoas viúvas (tabela 4).

Tabela 4

Distribuição por estado civil no grupo de estudo e no grupo de comparação

Estado civil		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Solteiro	N	3	2	5
	%	3,0%	1,9%	2,5%
Casado / união de facto	N	63	63	126
	%	63,0%	60,6%	61,8%
Viúvo	N	24	34	58
	%	24,0%	32,7%	28,4%
Divorciado	N	10	5	15
	%	10,0%	4,8%	7,4%
Total	N	100	104	204
	%	100,0%	100,0%	100,0%

A análise relativamente à composição do agregado familiar permite-nos verificar que predominam as famílias de dois elementos, seguidas pelas famílias constituídas por uma só pessoa (tabela 5). Relativamente ao número de gerações que coabitam no agregado familiar, podemos constatar que maioritariamente existe apenas uma geração (tabela 6). Relativamente à escolaridade, foram encontradas diferenças entre os grupos: o grupo de idosos internados possui uma escolaridade superior ao grupo que foi avaliado no Centro de Saúde ($p=0,03$). Esta conclusão é comum às três questões colocadas: ter frequentado a escola (tabela 7), nível de ensino frequentado (tabela 8) e número de anos frequentados com aprovação, no qual se verifica que em média o grupo de estudo possui 3,4 anos de escolaridade e o grupo de comparação 2,8.

Tabela 5
Distribuição por número de pessoas que compõem o agregado familiar
no grupo de estudo e no grupo de comparação

Número de pessoas do agregado familiar	Grupo de estudo		Grupo de comparação		Total
	N	%	N	%	
Uma	N	22	23	45	
	%	22,0%	22,1%	22,1%	
Duas	N	61	60	121	
	%	61,0%	57,7%	59,3%	
Três	N	8	12	20	
	%	8,0%	11,5%	9,8%	
Quatro	N	4	5	9	
	%	4,0%	4,8%	4,4%	
Cinco	N	5	4	9	
	%	5,0%	3,8%	4,5%	
Total	N	100	104	204	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 6
Distribuição por número de gerações que compõem o agregado familiar
no grupo de estudo e no grupo de comparação

Quantas gerações coabitam	Grupo de estudo		Grupo de comparação		Total
	N	%	N	%	
Uma	N	79	77	156	
	%	79,0%	74,0%	76,5%	
Duas	N	14	18	32	
	%	14,0%	17,3%	15,7%	
Três	N	4	6	10	
	%	4,0%	5,8%	4,9%	
Quatro	N	3	3	6	
	%	3,0%	2,9%	2,9%	
Total	N	100	104	204	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabela 7
Distribuição por frequência escolar no grupo de estudo e no grupo de comparação

Escolaridade		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Não sabe ler nem escrever	N	20	27	47
	%	20,0%	26,0%	23,0%
Sabe ler ou assinar o nome mas não andou na escola	N	4	8	12
	%	4,0%	7,7%	5,9%
Frequentou a escola	N	76	69	145
	%	76,0%	66,3%	71,1%
Total	N	100	104	204
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 8
Distribuição por nível de ensino frequentado no grupo de estudo e no grupo de comparação

Nível frequentado		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Não frequentou a escola	N	24	38	62
	%	24,0%	36,5%	30,4%
Ensino primário	N	66	57	123
	%	66,0%	54,8%	60,3%
2º ciclo	N	2	0	2
	%	2,0%	0%	1,0%
3º ciclo	N	0	4	4
	%	0%	3,8%	2,0%
Secundário	N	8	4	12
	%	8,0%	3,8%	5,9%
Superior	N	0	1	1
	%	0%	1,0%	0,5%
Total	N	100	104	204
	%	100,0%	100,0%	100,0%

História de Saúde

Relativamente às questões que avaliam a história de saúde, quisemos saber se os inquiridos já tinham tido algum internamento (excluindo o internamento actual, no grupo de estudo) e, em caso afirmativo, quantos internamentos. Quisemos ainda saber há quanto tempo tinha sido o último internamento, se o motivo de internamento estava relacionado com uma situação aguda ou crónica e se o tratamento tinha sido médico ou cirúrgico. Analisámos ainda o motivo pelo qual o utente recorreu desta vez aos serviços de saúde, quais os problemas de saúde que tem actualmente, contabilizando o número de diagnósticos diferentes que enuncia. Perguntámos também se no momento actual utiliza ajudas técnicas e quais.

No que diz respeito à existência prévia de internamentos, o teste de Qui-quadrado, para um nível de significância de 99%, não revela diferenças entre os dois grupos (tabela 9).

Tabela 9
Distribuição por existência de internamentos no grupo de estudo e no grupo de comparação

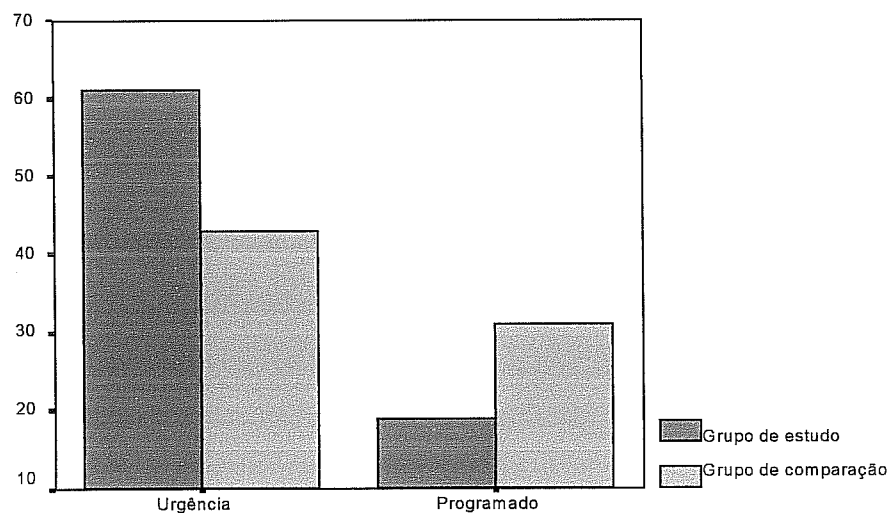
Outros internamentos		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Não	N	19	30	49
	%	19,0%	28,8%	24,0%
Sim	N	81	74	155
	%	81,0%	71,2%	76,0%
Total	N	100	104	204
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Contudo, no que diz respeito ao número de internamentos, o teste *t* encontra diferenças entre os dois grupos ($p < 0,0001$): no grupo de estudo há uma média de 2,7 internamentos contra uma média de 1,5 no grupo de comparação.

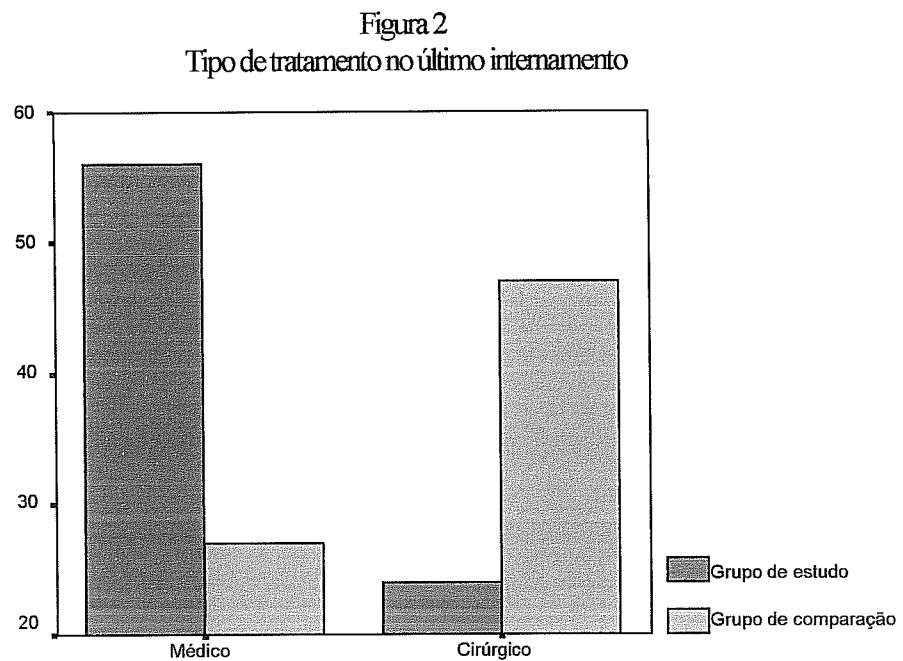
Também existem diferenças entre os dois grupos ($p < 0,0001$) na resposta à questão “há quantos anos foi o último internamento?": Grupo de estudo, $M=5,1$; Grupo de comparação, $M=17,7$.

Relativamente à situação que determinou o internamento, podemos também verificar diferenças significativas ($p=0,01$). A situação de urgência tem predomínio do grupo de estudo e o internamento programado tem predomínio do grupo de comparação, conforme se pode verificar na figura 1.

Figura 1
Motivo do último internamento



Os grupos diferem ainda no tipo de tratamento que foi efectuado no último internamento ($p < 0,001$). A maioria dos idosos actualmente hospitalizados, no último internamento teve tratamento médico, enquanto que para o grupo de comparação, na maior parte dos casos o tratamento foi cirúrgico (figura 2).



Pode verificar-se que o grupo de estudo refere, em média, mais diagnósticos que o grupo de comparação ($p=0,01$). Quando inquiridos sobre “Que problemas de saúde tem actualmente?”, os idosos do grupo hospitalizado enumeram mais patologias ($M=2,4$), do que os do grupo de comparação ($M=2,1$). Contudo, não foi encontrada uma correlação entre este item e o número de internamentos ($r=0,26$).

Quanto à análise dos diagnósticos enumerados pelos inquiridos (tabela 10), para um nível de significância de 99%, o teste de Qui-quadrado apenas encontra

diferença nos problemas respiratórios ($p=0,001$) que têm uma incidência maior nos indivíduos internados.

Tabela 10
Distribuição por problemas de saúde actuais no grupo de estudo e no grupo de comparação

Problemas de saúde actuais			Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Osteo-articulares	Não	N	41	53	94
		%	41,0%	51,0%	46,1%
	Sim	N	59	51	110
		%	59,0%	49,0%	53,9%
Cardiovasculares	Não	N	27	29	56
		%	27,0%	27,9%	27,5%
	Sim	N	73	75	148
		%	73,0%	72,1%	72,5%
Respiratórios	Não	N	76	97	173
		%	76,0%	93,3%	84,8%
	Sim	N	24	7	31
		%	24,0%	6,7%	15,2%
Outros	Não	N	31	38	69
		%	31,0%	36,5%	33,8%
	Sim	N	69	66	135
		%	69,0%	63,5%	66,2%

No que toca ao motivo pelo qual os inquiridos recorreram, no momento actual, aos serviços de saúde, podemos verificar diferenças significativas entre os grupos ($p<0,0001$). Enquanto que no grupo de comparação a grande maioria dos sujeitos o fez por rotina de acompanhamento de um problema existente, essa situação não aparece referenciada nos idosos internados. Recorrendo ao teste binomial pudemos verificar se estes se repartem de forma idêntica pelas outras duas situações: situação aguda ou agudização de situação crónica (tabela 11).

Tabela 11

Distribuição por motivo de utilização dos serviços de saúde no grupo de estudo e no grupo de comparação

Porque recorreu desta vez aos serviços de saúde		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Rotina / programado	N	0	84	84
	%	0%	80,8%	41,2%
Agudização situação crónica	N	55	10	65
	%	55,0%	9,6%	31,9%
Situação aguda	N	45	10	55
	%	45,0%	9,6%	27,0%
Total	N	100	104	204
	%	100,0%	100,0%	100,0%

No que diz respeito à utilização de ajudas técnicas e aos equipamentos utilizados concluímos que 12,5% dos utentes em ambulatório utilizam algum tipo de ajudas técnicas enquanto que 32% dos inquiridos no hospital o fazem actualmente (figura 3), diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). Quanto ao tipo de ajudas utilizadas, não encontramos diferenças entre os grupos (tabela 12).

Figura 3
Utilização de ajudas técnicas

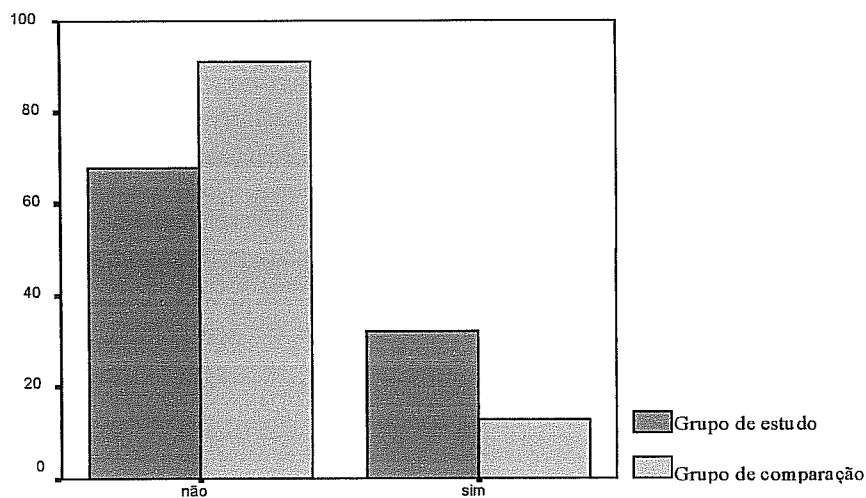


Tabela 12
Distribuição por utilização de ajudas técnicas no grupo de estudo e no grupo de comparação

Ajudas técnicas		Grupo de estudo	Grupo de comparação	Total
Bengala	N	18	9	27
	%	18,0%	8,7%	13,2%
Canadianas	N	4	3	7
	%	4,0%	2,9%	3,4%
Andarilho	N	2	0	2
	%	2,0%	0%	1,0%
Cadeira de rodas	N	6	1	7
	%	6,0%	1,0%	3,4%
Outra	N	2	0	2
	%	2,0%	0%	1,0%

Dado que foram encontradas diferenças entre os grupos no que diz respeito à história de saúde, nomeadamente o número de diagnósticos, número de internamentos anteriores e motivo e data do último internamento, que consideramos serem susceptíveis de influenciar os resultados, retomaremos esta análise mais adiante, quando estudarmos apenas o grupo de idosos hospitalizados.

Avaliação Funcional

Passaremos seguidamente a analisar os dois grupos relativamente aos resultados dos dois testes aplicados para a avaliação funcional: RUG-T18 e RAI .

No que diz respeito à avaliação da dependência nas actividades de vida diária, de acordo com a avaliação do sistema RUG-T18, encontram-se diferenças significativas ($p < 0,0001$), não só no resultado total, como em todas as áreas desta escala (tabela 13).

Assim, concluímos que, segundo esta escala, os doentes hospitalizados apresentam um grau de dependência mais elevado do que o grupo de comparação.

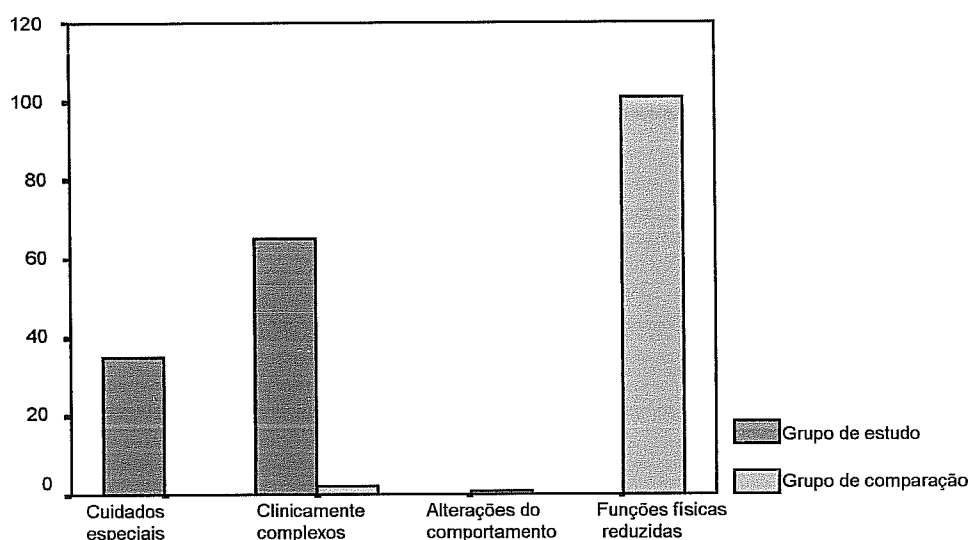
Tabela 13
Comparação da escala RUG-T18 entre o grupo de estudo e o grupo de estudo

RUG-T18	Grupo	N	M	DP	t	p
Continência	Grupo de estudo	100	1,36	0,50	4,7	<0,0001
	Grupo de comparação	104	1,09	0,28		
Alimentação	Grupo de estudo	100	1,31	0,66	4,6	<0,0001
	Grupo de comparação	104	1,00	0,00		
Transferências	Grupo de estudo	100	1,78	0,79	9,3	<0,0001
	Grupo de comparação	104	1,03	0,17		
Total	Grupo de estudo	100	4,45	1,62	8,1	<0,0001
	Grupo de comparação	104	3,12	,32		

No que diz respeito à classificação clínica efectuada pelo sistema RUG-T18, existem diferenças substanciais entre os dois grupos ($p < 0,0001$). Enquanto que no grupo de estudo os sujeitos se distribuem entre as classes “cuidados especiais” e

“cl clinicamente complexos”, no grupo de comparação está quase exclusivamente classificado em “funções físicas reduzidas”, tal como se pode observar na figura 4.

Figura 4
Classificação clínica



O segundo instrumento de avaliação, conforme já referimos, é o RAI, no qual se avaliam 6 áreas distintas: desempenho nas AVD, risco de queda, dor, imobilidade, capacidade de tomar decisões e estado da rede primária. A soma das seis áreas constitui a avaliação funcional, cujo score total varia de zero a setenta e sete, tal como já foi referido anteriormente.

O grupo de estudo apresenta uma maior deterioração funcional quando comparado com o grupo de comparação nas áreas de desempenho de AVD, risco de queda, imobilidade e capacidade de tomar decisões, tal como se pode ver na tabela 14. Não há diferenças nas áreas de dor e rede primária.

Tabela 14
 Comparação da escala RAI entre o grupo de estudo e o grupo de comparação

RAI	Grupo	N	M	DP	t	p
AVD	Grupo de estudo	100	18,83	14,52	110	<0,0001
	Grupo de comparação	104	1,37	3,64		
Risco de queda	Grupo de estudo	100	1,42	0,84	5,7	<0,0001
	Grupo de comparação	104	0,75	0,81		
Imobilidade	Grupo de estudo	100	4,16	0,77	40,5	<0,0001
	Grupo de comparação	104	0,25	0,59		
Capacidade de tomar decisões	Grupo de estudo	100	1,02	0,84	10,2	<0,0001
	Grupo de comparação	104	0,009	0,33		
Total	Grupo de estudo	100	32,02	17,77	130,4	<0,0001
	Grupo de comparação	104	8,85	7,30		

Avaliação Psicológica

Para avaliar o estado psicológico recorreremos ao GHQ-28. Na comparação entre os dois grupos, verificamos que o bem-estar psicológico tem diferenças significativas, no sentido negativo, no grupo hospitalizado, tanto ao nível do *score* total como em qualquer uma das áreas: “sintomas somáticos”, “ansiedade e insónia”, “disfunção social” e “depressão grave” (tabela 15).

Tabela 15
 Comparação da escala GHQ-28 entre o grupo de estudo e o grupo de comparação

Sub-escala	Grupo	N	M	DP	t	P
Sintomas Somáticos	Grupo de estudo	100	16,54	4,20	5,8	<0,0001
	Grupo de comparação	104	13,13	4,12		
Ansiedade e Insónia	Grupo de estudo	100	18,47	4,77	10,6	<0,0001
	Grupo de comparação	104	11,90	3,97		
Disfunção Social	Grupo de estudo	100	20,81	4,26	12,1	<0,0001
	Grupo de comparação	104	15,04	2,14		
Depressão Grave	Grupo de estudo	100	13,39	5,40	4,4	<0,0001
	Grupo de comparação	104	10,35	4,20		
Total	Grupo de estudo	100	69,21	1,81	9,8	<0,0001
	Grupo de comparação	104	50,41	1,30		

Verificamos, assim, que o grupo de idosos hospitalizados revela, ao nível do estado funcional e psicológico, uma diferença, para pior, quando comparado com o grupo de idosos não internados.

Quisemos ainda verificar se as variáveis sexo e idade influenciam os resultados gerais. Assim, quando comparamos os 204 avaliados pela distribuição por sexos, podemos verificar que as mulheres apresentam médias mais elevadas, ou seja pior estado funcional e psicológico, quando considerados os valores totais das 3 escalas de avaliação (tabela 16).

No entanto, não existe evidência estatística de diferenças, nas áreas imobilidade, capacidade de tomar decisões, classificação clínica, disfunção social e depressão grave.

Tabela 16
Comparação da amostra em função da variável sexo

	Sexo	N	M	DP	t	P
RUG-T18	Feminino	109	3,95	1,51	2,18	0,03
	Masculino	95	3,56	1,06		
AVD	Feminino	109	11,78	14,57	2,12	0,03
	Masculino	95	7,80	12,23		
Risco de queda	Feminino	109	1,31	0,82	4,17	0,0001
	Masculino	95	0,81	0,89		
Dor	Feminino	109	6,37	3,84	4,61	0,0001
	Masculino	95	3,78	4,13		
Rede primária	Feminino	109	1,67	1,85	3,17	0,002
	Masculino	95	0,95	1,39		
RAI-HC-Total	Feminino	109	23,91	18,07	3,26	0,001
	Masculino	95	15,96	16,51		
Sintomas somáticos	Feminino	109	15,93	4,33	3,98	0,0001
	Masculino	95	13,51	4,34		
Ansiedade e insónia	Feminino	109	15,93	5,44	2,27	0,02
	Masculino	95	14,20	5,39		
GHQ 28 - Total	Feminino	109	62,51	16,10	2,71	0,007
	Masculino	95	56,32	16,43		

No que diz respeito à distribuição por grupos etários, entre idosos e muito idosos, a análise da amostra apenas revela diferenças numa área ($p=0,004$): o risco de queda no grupo entre 65 a 74 anos ($M=0,90$) é inferior ao encontrado no grupo com idade igual ou superior a 75 anos ($M=1,25$).

Não foram encontradas diferenças em qualquer das outras áreas.

Importa agora verificar se, dentro do grupo de estudo, existem ou não diferenças significativas, quando analisadas as variáveis sexo, idade e a duração do internamento.

O Grupo de Estudo

Passamos agora a aprofundar a análise do grupo de idosos internados, nomeadamente comparando homens e mulheres, comparando os grupos etários, e avaliando a influência da composição do agregado familiar nos resultados e analisando a influência da história de saúde e da duração do internamento no estado funcional e psicológico.

1 – Diferenças entre homens e mulheres

Analisando a variável sexo, podemos verificar que, no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas encontramos mais mulheres viúvas ($p<0,0001$) e a viverem sozinhas ($p<0,001$), tal como se pode observar nas tabelas 17 e 18. Não se encontram outras diferenças, nomeadamente na escolaridade ou situação profissional.

Tabela 17
Estado civil, por sexo, no grupo em estudo

Count		Sexo		Total
		feminino	masculino	
estado civil	solteiro	2	1	3
	casado/união de facto	23	40	63
	viúvo	24		24
	divorciado	3	7	10
Total		52	48	100

Tabela 18
Composição do agregado familiar, por sexo, no grupo de estudo

Count		Sexo		Total
		feminino	masculino	
número	1	20	2	22
peçoas	2	23	38	61
agregado familiar	3	4	4	8
	4	3	1	4
	5		1	1
	6	2	2	4
Total		52	48	100

Relativamente à história de saúde, apenas se encontram diferenças nas patologias enumeradas pelos sujeitos: as mulheres referem mais problemas osteoarticulares e os homens mais problemas respiratórios ($p=0,003$).

Na avaliação funcional encontramos diferenças nos scores totais das 2 escalas, apresentando as mulheres maiores índices de deterioração funcional (tabela 19). Quando olhamos ao nível das sub-escalas verificamos não haver evidência estatística de diferenças no que diz respeito à imobilidade e capacidade de tomar decisões.

Tabela 19
 Comparação do estado funcional, dentro do grupo de estudo, em função da variável sexo

	Sexo	N	M	DP	t	p
RUG AVD – Total	Feminino	52	4,83	1,79	2,5	0,01
	Masculino	48	4,04	1,30		
RAI – AVD	Feminino	52	22,40	14,36	2,6	0,01
	Masculino	48	14,96	13,82		
RAI – Risco de queda	Feminino	52	1,65	0,68	2,9	0,004
	Masculino	48	1,17	0,93		
RAI – Dor	Feminino	52	5,92	4,38	2,0	0,04
	Masculino	48	4,17	4,39		
RAI – Rede	Feminino	52	2,02	1,99	2,9	0,004
	Masculino	48	1,00	1,41		
RAI Total	Feminino	52	37,37	16,77	3,2	0,001
	Masculino	48	26,23	17,14		

Na avaliação psicológica, os indivíduos do sexo feminino apresentam uma média total superior (GHQ28: Sexo feminino, $M=72,0$; sexo masculino, $M=66,13$; $p=0,04$), no entanto, ao nível das sub-escalas existe diferença significativa apenas na área “sintomas somáticos” (sexo feminino, $M=17,3$; sexo masculino, $M=15,6$; $p=0,03$). Não há diferenças nas áreas “ansiedade e insónia”, “disfunção social” e “depressão grave”.

2 – Diferenças entre os grupos etários

A comparação entre os indivíduos entre 65 e 74 anos com o grupo etário dos maiores de 75 anos, demonstrou, ao nível das variáveis sócio-demográficas, diferenças significativas ao nível da escolaridade. O grupo entre os 65 e os 74 anos frequentou a escola, em média, mais anos ($M=4,0$) do que o grupo com idade igual ou superior a 75 anos ($M=2,8$), ($p=0,04$). Não há qualquer outra diferença ao nível das variáveis sócio-demográficas.

Ao nível da história de saúde, os mais idosos referem mais problemas respiratórios (Grupo 65-74 anos, $M= 0,12$; Grupo 75 ou mais anos, $M=0,35$; $p=0,006$), mas menos quantidade de outras patologias (Grupo 65-74 anos, $M= 0,82$; Grupo 75 ou mais anos, $M=0,57$; $p=0,007$), tendo menos internamentos do que os menos idosos (Grupo 65-74 anos, $M= 0,8$; Grupo 75 ou mais anos, $M=0,7$; $p=0,01$).

Na avaliação funcional as únicas diferenças encontradas são de um maior risco de queda no grupo etário mais velho (Grupo 65-74 anos, $M=1,2$; Grupo => 75 anos, $M=1,5$; $P<0,0001$) e uma maior utilização de ajudas técnicas (Grupo 65-74 anos, $M= 0,20$; Grupo 75 ou mais anos, $M=0,43$; $p=0,005$).

Na avaliação psicológica não foi encontrada qualquer diferença.

3 – Composição do agregado familiar

Quisemos verificar se a caracterização social influencia os resultados da avaliação dos idosos internados. Assim, pudemos concluir que:

- As pessoas que vivem sozinhas apresentam níveis mais elevados de dor ($p=0,01$), maior disfuncionalidade da rede primária ($p<0,0001$) e maior risco de queda ($p<0,0001$);
- As pessoas que vivem com outro idoso, revelam maior disfuncionalidade da rede primária ($p<0,0001$) e maior risco de queda ($p<0,0001$), comparativamente aos agregados familiares multigeracionais;

4 – Influência da história de saúde no estado funcional e psicológico

Como verificámos anteriormente, encontrámos diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação, no que diz respeito ao número de internamentos, ao motivo do último internamento e ao tipo de tratamento realizado, número de diagnósticos enunciados e prevalência de patologia respiratória. Assim, tentámos verificar até que ponto a história de saúde influencia o estado funcional e psicológico.

Quando questionados sobre a existência de outros internamentos, não se encontraram diferenças entre o grupo de estudo e o grupo de comparação. Tal como já foi referido a única diferença encontrada entre os idosos que já tinham tido outros internamentos e aqueles que estavam internados pela primeira vez, reporta-se às queixas de dor que são superiores no grupo que já teve internamentos ($M=5,65$) relativamente ao grupo que está pela primeira vez hospitalizado ($M=2,63$) ($p=0,008$). Não se registam diferenças em qualquer uma das outras áreas. Contudo encontram-se diferenças entre os grupos quanto ao número de internamentos.

Avaliámos, por isso, a correlação entre o número de internamentos e o estado funcional e psicológico. Conforme podemos verificar na tabela 20, nos scores totais das três escalas (RUG-T18, RAI, GHQ-28), não se encontra correlação significativa. No que diz respeito às várias áreas que compõem as escalas RAI e GHQ-28, encontramos uma correlação muito discreta nas áreas “dor” e “sintomas somáticos”(r >0,30).

Tabela 20
Correlação entre o número de internamentos e o estado funcional e psicológico, no grupo de estudo

Variáveis	Número de internamentos		
	N	r	P
RUG-T18	100	-0,007	0,94
RAI - AVD	100	-0,004	0,96
RAI – Dor	100	0,33	0,001
RAI – Imobilidade	100	-0,02	0,79
RAI – Capacidade de tomar decisões	100	-0,21	0,03
RAI – Rede primária	100	-0,02	0,79
RAI – Risco de queda	100	0,18	0,06
RAI – Total	100	0,07	0,46
RAI – Total	100	0,07	0,46
GHQ-28 – Sintomas Somáticos	100	0,30	0,002
GHQ-28 – Sintomas Somáticos	100	0,30	0,002
GHQ-28 – Ansiedade e Insónia	100	0,14	0,15
GHQ-28 – Ansiedade e Insónia	100	0,14	0,15
GHQ-28 – Disfunção Social	100	-0,008	0,93

Pudemos também concluir que entre todos os indivíduos que tiveram internamentos anteriores, no grupo de estudo esse evento foi mais recente do que no grupo de comparação. Passamos, então, a testar a existência de correlação entre o estado funcional e psicológico e o número de anos a que ocorreu o último internamento. Tal como se pode verificar na tabela 21, não foi encontrada correlação significativa em nenhuma das três escalas. Também não foi encontrada correlação entre a data do último internamento e nenhuma das áreas que compõem as escalas.

Tabela 21
Correlação entre o número de anos a que ocorreu o último internamento e o estado funcional e psicológico no grupo de estudo

Há quantos anos foi o último internamento?			
Escalas	N	r	p
RUG – T18	80	-0,006	0,95
RAI Total	80	0,02	0,82
Goldberg Total	80	-0,11	0,30

Outra diferença encontrada na comparação entre grupos, diz respeito ao motivo do último internamento (programado ou de urgência) e ao tipo de tratamento que o idoso teve nesse internamento (médico ou cirúrgico). A partir da análise da tabela 22, podemos concluir que os idosos cujo último internamento foi programado, são pessoas que actualmente apresentam maior dificuldade na capacidade de tomar decisões.

Tabela 22

Influência do motivo do último internamento no estado funcional e psicológico, no grupo de estudo

	motivo do último internamento	N	M	t	p
RAI – AVD	Urgência	61	18,00	1,21	0,22
	Programado	19	22,63		
RAI – Risco de queda	Urgência	61	1,36	-1,69	0,09
	Programado	19	1,68		
RAI – Dor	Urgência	61	5,82	0,75	0,45
	Programado	19	4,95		
RAI – Imobilidade	Urgência	61	4,11	-0,99	0,32
	Programado	19	4,32		
RAI – Capacidade de tomar decisões	Urgência	61	,85	-2,80	0,006
	Programado	19	1,42		
RAI – Rede primária	Urgência	61	1,54	0,61	0,54
	Programado	19	1,84		
RAI - Total	Urgência	61	31,69	-1,07	0,28
	Programado	19	36,74		
GHQ-28 Sintomas somáticos	Urgência	61	16,93	-0,05	0,95
	Programado	19	17,00		
GHQ-28 Ansiedade e insónia	Urgência	61	18,69	0,20	0,82
	Programado	19	18,95		
GHQ-28 Disfunção Social	Urgência	61	20,64	-0,60	0,54
	Programado	19	21,32		
GHQ-28 Depressão grave	Urgência	61	13,18	0,04	0,96
	Programado	19	13,11		
GHQ-28 Total	Urgência	61	69,44	-0,22	0,96
	Programado	19	70,37		

Quando analisamos o tipo de tratamento ocorrido no último internamento, verificamos que os idosos cujo tratamento foi cirúrgico apresentam maior

deterioração funcional global e quando analisadas as seis áreas esta diferença é significativa em todas elas, à exceção da “dor”, como se pode observar na tabela 23. No entanto, ao nível do estado psicológico não se verifica qualquer diferença entre os grupos.

Tabela 23

Influência do tipo de tratamento no último internamento no estado funcional e psicológico, no grupo de estudo

	Tipo de tratamento	N	M	t	p
RAI – AVD	Médico	56	16,45	-2,57	0,01
	Cirúrgico	24	25,29		
RAI – Risco de queda	Médico	56	1,32	-2,21	0,03
	Cirúrgico	24	1,71		
RAI – Dor	Médico	56	5,65	0,09	0,92
	Cirúrgico	24	5,54		
RAI – Imobilidade	Médico	56	4,05	-1,96	0,06
	Cirúrgico	24	4,42		
RAI – Capacidade de tomar decisões	Médico	56	0,80	-3,32	0,001
	Cirúrgico	24	1,42		
RAI – Rede primária	Médico	56	1,30	-2,12	0,04
	Cirúrgico	24	2,33		
RAI - Total	Médico	56	29,57	-2,62	0,01
	Cirúrgico	24	40,63		
GHQ-28 Sintomas somáticos	Médico	56	16,95	-0,01	0,99
	Cirúrgico	24	16,96		
GHQ-28 Ansiedade e insónia	Médico	56	18,50	-0,69	0,48
	Cirúrgico	24	19,33		
GHQ-28 Disfunção Social	Médico	56	20,32	-1,56	0,12
	Cirúrgico	24	20,92		
GHQ-28 Depressão grave	Médico	56	13,16	-0,004	0,99
	Cirúrgico	24	13,17		
GHQ-28 Total	Médico	56	68,93	-0,62	0,50
	Cirúrgico	24	71,38		

No que diz respeito ao actual internamento, pudemos verificar que os idosos que recorreram por agudização de situação crónica apresentam queixas de dor superiores ($M=5,93$) aos idosos que foram internados por situação aguda ($M=4,04$), ($p=0,03$). Não se encontram diferenças em qualquer das outras áreas.

Ainda dentro da história de saúde, verificou-se que o grupo de estudo apresentava uma média de diagnósticos superior ao grupo de comparação, contudo, à semelhança do que se verificou no global, também dentro do grupo de estudo não existe evidência de uma correlação entre o número de diagnósticos enunciados pelos sujeitos e o estado funcional e psicológico, tal como se pode verificar na tabela 24.

Tabela 24
Correlação entre o número de diagnósticos e o estado funcional e psicológico, no grupo de estudo

Escala	Número de diagnósticos		
	N	r	p
RUG – T18	100	0,09	0,34
RAI	100	0,13	0,17
GHQ-28	100	0,03	0,71

Relativamente aos problemas de saúde actuais enunciados pelo grupo hospitalizado, pudemos verificar que os idosos que referem presença de problemas ósteo-articulares, ao nível da avaliação funcional destacam-se por: pior desempenho nas AVD ($M=21,73$ contra $M=14,66$ do grupo sem essa patologia; $p=0,01$), mais

queixas de dor ($M=6,46$ contra $M=3,10$ do grupo sem essa patologia; $p<0,0001$), pior avaliação funcional global ($M=36,73$ contra $M=25,24$ do grupo sem essa patologia; $p=0,002$); ao nível da avaliação psicológica, apenas se destaca a área “sintomas somáticos” ($M=17,36$ contra $M=15,37$ do grupo sem essa patologia; $p=0,01$). Os idosos que referem problemas cardiovasculares não apresentam diferença, em nenhuma das áreas, relativamente aos que não referem esse tipo de patologia. Ao nível da presença ou ausência de patologia respiratória, também não são encontradas diferenças em qualquer das áreas ($p<0,005$). A referência a outras patologias também não influencia os resultados da avaliação ($p<0,005$).

Finalmente, no que diz respeito à classificação clínica, o RUG-T18 evidencia diferenças no sentido de uma pior avaliação funcional e psicológica nos idosos classificados em “cuidados especiais” relativamente aos “cl clinicamente complexos” ($p<0,05$). Essa diferença é significativa em todas as áreas à excepção da “dor” e da “rede primária”.

5 – Influência da duração do internamento no estado funcional e psicológico

A análise da duração do internamento foi feita com recurso à análise de variância (ANOVA), uma vez que é importante considerar mais do que duas possibilidades diferentes. Assim, de uma primeira vez, considerou-se um período compreendendo os primeiros 3 dias, num segundo período o tempo entre 4 e 7 dias e um terceiro período, a partir dos 8 dias de internamento. Tanto na avaliação funcional como na avaliação psicológica, não se encontram diferenças entre o primeiro e o segundo período, mas sim entre o segundo e o terceiro. Passámos, por

isso, a analisar comparativamente o grupo de comparação, com o grupo avaliado na primeira semana (1 a 7 dias) e o grupo avaliado na segunda semana de internamento (8 ou mais dias).

Numa primeira análise quisemos verificar se, de acordo com a classificação clínica efectuada pelo sistema RUG-T18, se verificavam alterações no grupo de estudo, uma vez que um agravamento da situação clínica do doente seria susceptível de influenciar os resultados. Tal não se verificou. Entre o grupo avaliado na primeira semana de internamento (N=61; M=2,66) e o grupo avaliado após 8 ou mais dias de internamento (N=39; M=2,64) não há diferenças ($t=0,14$; $p=0,88$)

Na avaliação funcional, existem diferenças significativas, no sentido de incapacidade crescente, tanto no total da escala RUG-T18, como na escala RAI. A análise de variância permite verificar essa diferença nas duas escalas (tabelas 25 e 26), como facilmente se pode observar nas figuras 5 e 6.

Tabela 25

Análise de variância da escala RUG-T18, em função da duração do internamento

M – Grupo de comparação	M – Grupo de estudo 1-7 dias de internamento	M – Grupo de estudo 8 ou mais dias de internamento	F	p
3,12	4,15	4,92	41,41	<0,0001

Tabela 26

Análise de variância da escala RAI, em função da duração do internamento

M – Grupo de comparação	M – Grupo de estudo 1-7 dias de internamento	M – Grupo de estudo 8 ou mais dias de internamento	F	p
8,85	28,26	37,90	86,10	<0,0001

Figura 5

Evolução da avaliação da escala RUG-T18 em função da duração do internamento

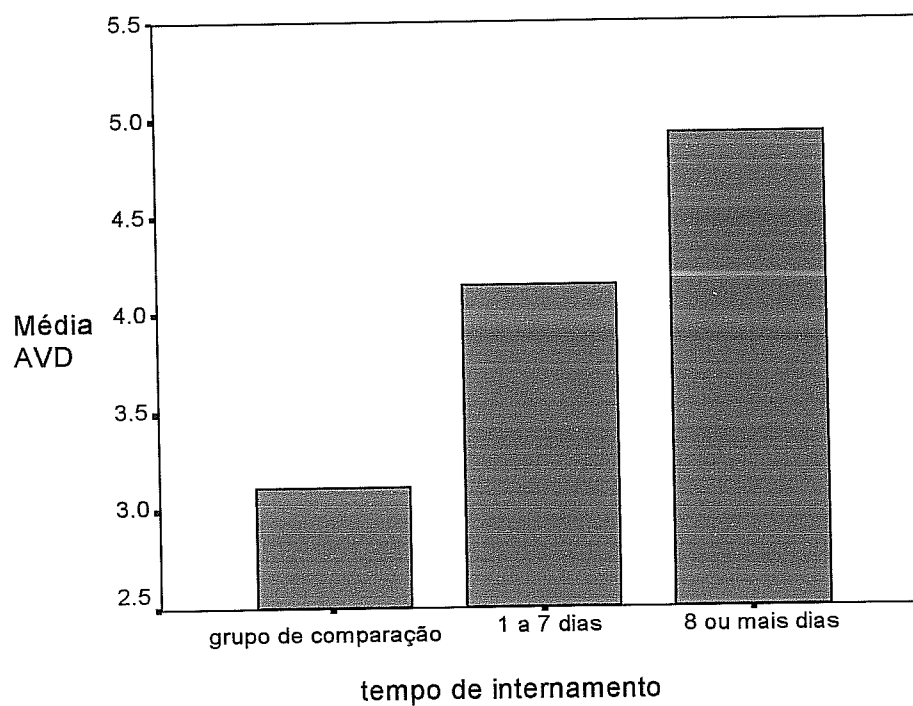
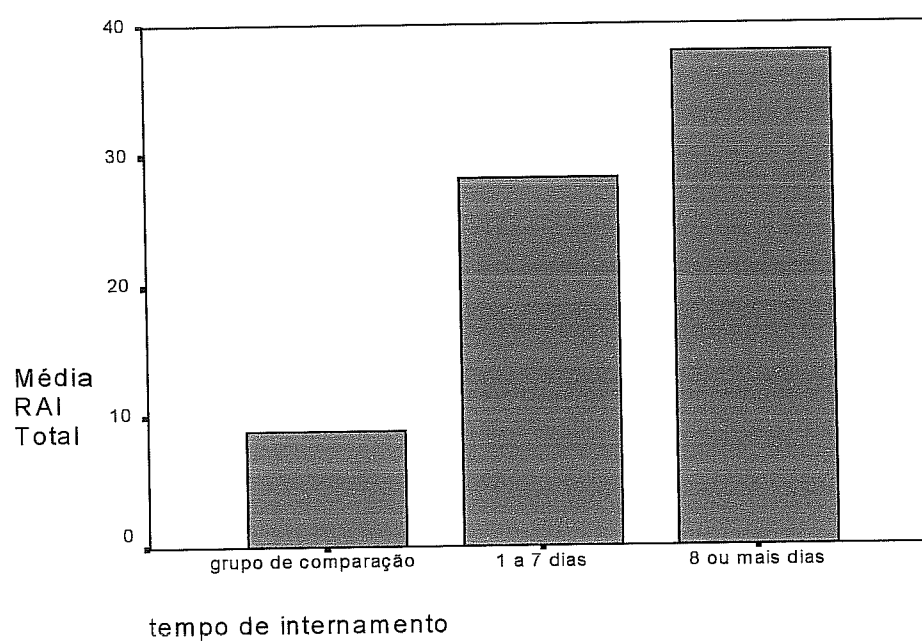


Figura 6

Evolução da avaliação da escala RAI em função da duração do internamento



Passamos agora a analisar cada uma das áreas da avaliação funcional: actividades de vida diária, risco de queda, dor, imobilidade, capacidade de tomar decisões e rede primária.

Ao nível do desempenho das AVD, como podemos verificar, existe um aumento progressivo da dependência, tanto relativamente ao grupo de comparação, como no decorrer do internamento (tabela 27).

Tabela 27

Análise de variância nas AVD, em função da duração do internamento

M-Grupo de comparação	M-Grupo de estudo 1-7 dias de internamento	M-Grupo de estudo 8 ou mais dias de internamento	F	p
1,37	15,72	23,69	82,67	<0,0001

No que diz respeito ao risco de queda, há um aumento claro relativamente ao grupo de comparação, mas não há variação significativa no decorrer do internamento (tabela 28).

Tabela 28

Análise de variância do risco de queda, em função da duração do internamento

M-Grupo de comparação	M-Grupo de estudo 1-7 dias de internamento	M-Grupo de estudo 8 ou mais dias de internamento	F	p
0,75	1,26	1,67	20,08	<0,0001

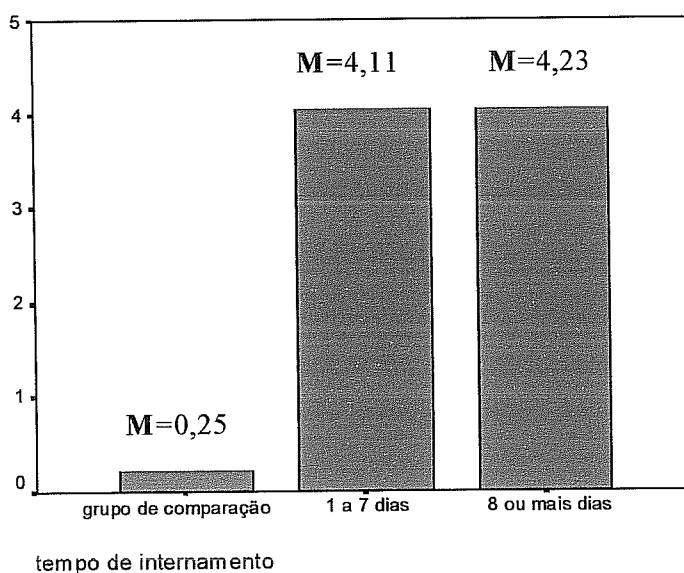
Na área da dor, não se verificam diferenças significativas na relação entre qualquer dos grupos avaliados (tabela 29).

Tabela 29
Análise de variância da dor, em função da duração do internamento

M-Grupo de comparação	M-Grupo de estudo 1-7 dias de internamento	M-Grupo de estudo 8 ou mais dias de internamento	F	p
5,24	5,20	4,90	0,98	0,90

No que diz respeito à imobilidade (figura 7), podemos verificar um aumento significativo no início do internamento, que depois se mantém. A comparação entre os grupos permite verificar que existem diferenças significativas entre o grupo de comparação e os dois grupos internados ($p < 0,0001$), no entanto não existem diferenças entre o grupo com 1 a 7 dias de internamento e o grupo com 8 ou mais dias de internamento ($p = 0,71$).

Figura 7
Evolução da avaliação da imobilidade em função da duração do internamento



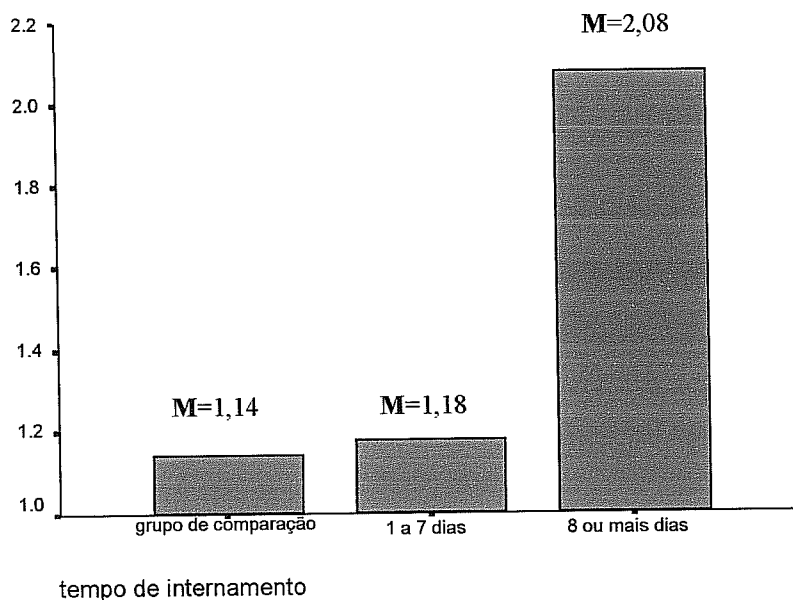
A capacidade de tomar decisões também é afectada pela duração de internamento. Há uma diminuição clara entre a primeira e a segunda semanas de internamento, para além de uma diferença, também marcada, relativamente ao grupo de comparação (tabela 30).

Tabela 30
Análise de variância da capacidade de tomar decisões, em função da duração do internamento

M-Grupo de comparação	M-Grupo de estudo 1-7 dias de internamento	M-Grupo de estudo 8 ou mais dias de internamento	F	p
0,009	0,82	1,33	66,96	<0,0001

No que diz respeito à rede primária (figura 8), de acordo com a análise de variância, esta não demonstra sofrer qualquer alteração na primeira semana de internamento ($p=0,99$), relativamente ao grupo de comparação. Contudo, na segunda semana de internamento ela parece sofrer um desgaste significativo.

Figura 8
Evolução da avaliação da rede primária em função da duração do internamento

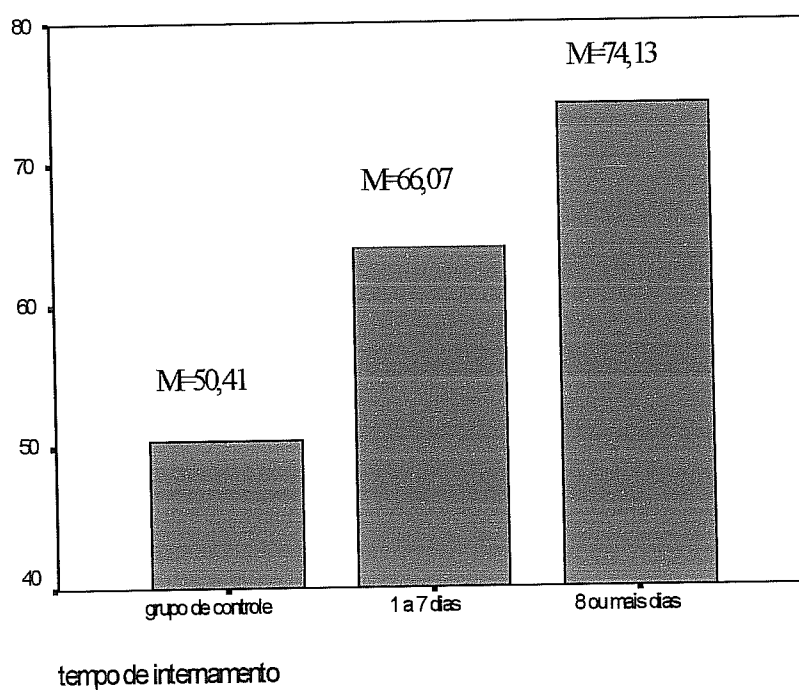


A análise de variância demonstra uma diferença significativa tanto entre o grupo de comparação e o grupo avaliado na segunda semana de internamento ($p=0,01$) como entre o grupo avaliado na primeira semana de internamento e o grupo avaliado após oito ou mais dias de internamento ($p=0,03$).

Na avaliação psicológica, podemos também observar diferenças significativas, tanto entre o grupo de comparação e a avaliação na primeira e segunda semanas de internamento ($p<0,0001$), como dentro do grupo de estudo, da primeira para a segunda semana de internamento ($p<0,0001$), como é visível na figura 9.

Figura 9

Evolução da avaliação da escala GHQ28 em função da duração do internamento



Contudo, há diferenças nas sub-escalas que compõem esta avaliação. Assim, para melhor se poder analisar esta diferença, apresentamos numa primeira tabela as médias e o valor de F (tabela 31) e numa segunda tabela as diferenças entre as médias e respectivo nível de significância (tabela 32).

Como se pode observar, na área “sintomas somáticos”, verificamos haver diferenças entre o grupo de comparação e o grupo internado, mas não existe diferença significativa entre a primeira e a segunda semana de internamento. Nas áreas “ansiedade e insónia”, “disfunção social” e “depressão grave”, é comum o aumento de mal-estar tanto do grupo internado comparativamente ao grupo de comparação, como da primeira para a segunda semana de internamento.

Tabela 31

Análise de variância dos sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave, em função da duração do internamento

	M Grupo de comparação	M 1-7 dias de internamento	M 8 ou mais dias de internamento	F
Sintomas somáticos	13,13	16,38	16,79	17,23
Ansiedade e insónia	11,90	17,49	20,00	63,25
Disfunção Social	10,04	19,90	22,23	85,80
Depressão Grave	10,35	12,30	15,10	14,67

Tabela 32
Diferenças médias na análise de variância dos sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave em função da duração do internamento

Sintomas somáticos		Diferença média	p
grupo de comparação	1 a 7 dias	-3,25	<0,0001
grupo de comparação	8 ou mais dias	-3,67	<0,0001
1 a 7 dias	8 ou mais dias	-0,42	0,88
Ansiedade e insónia			
grupo de comparação	1 a 7 dias	-5,59	<0,0001
grupo de comparação	8 ou mais dias	-8,10	<0,0001
1 a 7 dias	8 ou mais dias	-2,51	0,01
Disfunção social			
grupo de comparação	1 a 7 dias	-4,86	<0,0001
grupo de comparação	8 ou mais dias	-7,19	<0,0001
1 a 7 dias	8 ou mais dias	-2,33	0,003
Depressão grave			
grupo de comparação	1 a 7 dias	-1,95	0,04
grupo de comparação	8 ou mais dias	-4,76	<0,0001
1 a 7 dias	8 ou mais dias	1,95	0,04

Assim, em resposta às questões de investigação concluímos que, de facto, **existe uma diferença significativa no estado funcional dos idosos hospitalizados, comparativamente aos que não estão internados e que essa diferença é no sentido da diminuição de capacidades.**

Verificámos, também, **que existe um impacto psicológico negativo do internamento hospitalar nos idosos.**

Pudemos também constatar que a **duração do internamento influencia esse impacto funcional e psicológico no sentido do agravamento, quando o internamento se prolonga por mais do que uma semana.**

Contudo, **não se verificam diferenças significativas entre o grupo de idosos e o grupo de muito idosos**, pelo que não se pode afirmar que os impactos funcional e psicológico aumentem em função da idade.

Estes são resultados que vale a pena discutir, uma vez que dentro de cada afirmação há *nuances* que podem ser exploradas.

Discussão

O hospital não faz bem aos idosos?! Esta é, sem dúvida, uma questão que levantamos depois da análise dos dados. Afinal, sob o ponto de vista funcional e do bem-estar psicológico, parece que nada melhora...

Vale a pena, por isso, reflectir um pouco sobre cada uma das áreas avaliadas: desempenho das actividades de vida diária, risco de queda, dor, imobilidade, capacidade de tomar decisões, rede primária, sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave. Evidentemente que estas áreas têm ligações entre si, como se pode verificar pela análise de correlação.

O Desempenho das Actividades de Vida Diária

Quanto ao desempenho das AVD, as diferenças são visíveis: os idosos hospitalizados apresentam uma dependência muito superior aos do grupo de controle. Tanto considerando a avaliação global das AVD, como cada uma das dez actividades avaliadas, os resultados apontam de forma óbvia para uma grave deterioração deste domínio da autonomia, a qual se agrava na segunda semana de internamento.

Poderíamos entender que, numa primeira fase, a limitação à cama e os artefactos terapêuticos seriam responsáveis por uma maior dependência ou passividade. No entanto, poderíamos também supor que ao longo do internamento haveria uma recuperação da doença e um investimento na autonomia do idoso com vista à alta. Contudo, isso não se verifica. Por outro lado, poderíamos também ser

levados a pensar que se o internamento se prolonga seria porque a gravidade da situação clínica aumentaria. Tal como pudemos verificar, isso também não acontece.

Qual será então o motivo do crescimento dos níveis de dependência da primeira para a segunda semana de internamento.? O desinvestimento na reabilitação funcional, porque já não vale a pena? A consequência de uma visão apenas focalizada na patologia que determinou o internamento e pouco dirigida a uma avaliação mais global de saúde e bem-estar?

Quando olhamos para as correlações entre as várias áreas da avaliação funcional (em anexo H), verificamos que a mais forte é a relação entre desempenho das Actividades de Vida Diária, imobilidade (limitação à cama, ou à cadeira) e capacidade de tomar decisões. Uma vez que poucas patologias justificam a imobilidade imposta na cama, somos levados a concordar com Reich (1997) e Rossman (1974), quando falam de um hospital e de profissionais que por estarem centrados no modelo bio-médico valorizam pouco uma intervenção voltada para o bem-estar e a qualidade de vida. Assim, seríamos levados a defender que esta tendência pode (e deve) ser invertida, tal como foi demonstrado por Meissner et al (1989).

Se tivermos em conta que o declínio no desempenho das AVD é o principal responsável pela impossibilidade de continuar uma vida autónoma no seu ambiente habitual, sobretudo para os idosos que vivem sozinhos ou acompanhados por outro idoso (a maioria da nossa população em estudo), situação essa que leva não só a dificuldades na alta hospitalar, como a mais dias de internamento e a uma procura de recursos comunitários, nomeadamente soluções de institucionalização (em lar),

temporária ou definitiva, rapidamente tomamos consciência da importância desta análise e da necessidade de mudar as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde e as políticas das organizações nesta matéria.

Um dado curioso é o de os indivíduos do sexo feminino apresentarem um índice mais elevado de dependência na realização das AVD do que os homens. O que levará a que isso aconteça? Como os indivíduos que referem patologia ósteo-articular apresentam níveis superiores de dependência, e o sexo feminino refere com mais frequência este tipo de patologia, poderíamos ser levados a pensar que isso seria determinante para os resultados, uma vez que ao nível da história de saúde é a única diferença encontrada entre os grupos.

Contudo, no grupo de estudo, não há evidência estatística de diferenças ao nível dos desempenhos das AVD entre homens e mulheres com problemas ósteo-articulares. Há, então, outra explicação para esta diferença: poderíamos arriscar dizer que o impacto da hospitalização é maior nos homens do que nas mulheres, o que vai, também, na linha do que afirmam French, Gekosky e Knox (1995) quando referem que os acontecimentos da vida (Life Events) têm um impacto maior nas mulheres, tanto fisicamente como psicologicamente.

Um outro dado interessante encontrado nesta área é que o impacto ao nível da dependência nas actividades de vida diária não aumenta com a idade: contrariamente à ideia generalizada de que os mais idosos são mais dependentes, mais vulneráveis, verificamos, neste caso, que os mais idosos não estão mais dependentes.

Quando analisamos esta situação verificamos, em primeiro lugar, que os mais idosos, ao nível da história de saúde, apresentam mais problemas respiratórios do que

os menos idosos. No entanto, não apresentam mais problemas cardíacos e ósteo-articulares e apresentam menos quantidade de outras patologias. Também apresentam menos internamentos. Poderíamos talvez dizer que são um grupo com menor história de doença e que, por isso, apesar da idade mais avançada supostamente poder levar a uma menor reserva funcional, uma melhor saúde compensaria esse *handicap*. Esta será uma possível resposta que justificaria uma posterior investigação, nomeadamente através de estudo longitudinal.

Risco de queda

À semelhança do que acontece com a dependência nas actividades de vida diária, no grupo de estudo o risco de queda é substancialmente maior (cerca do dobro, nesta amostra) do que no grupo de comparação.

No que diz respeito às diferenças entre os sexos, as mulheres apresentam um risco de queda maior, tanto quando consideramos a totalidade de avaliados (doentes internados e grupo de controle), como quando estudamos apenas o grupo internado. No entanto, o risco de queda é a única área funcional na qual os muito idosos se diferenciam dos menos idosos. Os muito idosos têm maior risco de queda.

Constatamos ainda que o risco de queda não está relacionado com nenhuma das variáveis que compõem a história de saúde, mas que, curiosamente, é maior nas pessoas que vivem sozinhas ou com outro idoso. Que explicação poderá ter este achado? O risco de queda estará associado a uma insegurança pelo facto de poder não ter assistência? Essa poderia ser uma explicação para os que vivem sozinhos, mas qual será a explicação para os que vivem com outro idoso?

Relativamente à duração do internamento, sendo o risco de queda uma área integrante da avaliação funcional, segue contudo um perfil diferente da dependência nas AVD: o risco de queda não aumenta na segunda semana. Quando temos em conta as correlações entre as várias áreas da avaliação funcional, verificamos que o risco de queda tem uma correlação elevada com duas dimensões: imobilidade e capacidade de tomar decisões. O que poderá explicar esta ligação?

No que diz respeito à correlação entre risco de queda e imobilidade, verificamos que ambas se mantêm sem alterações significativas no decorrer do internamento: voltamos à questão de manter os idosos na cama, o que, ao que parece, tem mais prejuízos do que benefícios. Tal como referimos, o repouso na cama traz perda de força muscular e de massa óssea. A imobilidade tem também consequências ao nível da capacidade respiratória, originando uma menor perfusão cerebral, agravada quando o doente faz levantar. Estes factores associados podem precipitar as quedas. O facto de, na maioria das situações clínicas, a imobilidade não ser necessária este resultado é, de alguma forma, demonstrativo de uma atitude de fraco investimento na reabilitação.

Ficariamos por aqui na análise do risco de queda se não fosse outro dado curioso: a correlação elevada com a capacidade de tomar decisões. Como pudemos verificar quanto menor é a capacidade de tomar decisões, maior é o risco de queda. Se a este dado acrescentarmos a correlação forte com a área de avaliação psicológica “disfunção social”, a nossa curiosidade aumenta.

O que explica esta ligação? A passividade do doente que se resigna perante o poder do hospital? A atitude paternalista dos profissionais e da família que decidem

pelo idoso, sem sequer o consultar? Até que ponto um e outro se influenciam? Será que é a imobilidade que vem trazer uma auto-limitação na iniciativa do doente, que passa a não querer andar ou levantar-se porque tem medo de cair, ou serão sentimentos de impotência e de inutilidade relacionados com o facto de os outros tomarem as decisões, que aumentam a insegurança do doente e a falta de confiança em si próprio, de tal forma que ele impõe a si mesmo essa limitação? Esta seria uma área que, seguramente, valeria a pena investigar, dada a relevância que o impacto das quedas tem na mortalidade e morbidade dos idosos (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

Dor

A dor é uma das questões mais perturbadoras deste trabalho. Por um lado, poderíamos ser levados a pensar que se o idoso é internado porque está mais doente, poderia ser lógico que a dor aumentasse. Por outro lado, se está internado e a ser tratado de uma qualquer patologia, seria lógico pensar que essa dor fosse objecto de tratamento adequado e, por isso, diminuísse. Contudo, nenhuma das duas hipóteses se verifica. Não há diferenças entre os idosos internados e o grupo de controle, nem se verifica nenhuma diferença durante o internamento.

Pudemos constatar que, tanto no grupo de controle como no grupo de estudo, a dor é maior nas mulheres do que nos homens. Não há diferenças entre os idosos e os muito idosos nesta área.

Também não existe uma correlação entre a dor e a quantidade de diagnósticos enunciados pelos idosos. No entanto, aqueles que referenciam três ou mais

diagnósticos apresentam mais queixas de dor. Isto pode parecer contraditório mas também pode ser explicado pelo facto de que nas pessoas que enunciam três ou mais diagnósticos a patologia ósteo-articular está sempre presente, factor que foi identificado como determinante. Encontramos também diferenças ao nível da história de saúde nos idosos que já tiveram mais internamentos e que recorreram aos serviços de saúde por agudização de situação crónica, que apresentam mais queixas de dor do que os idosos que não têm essas características.

Estamos aqui perante o perfil de doente crónico que, tal como referiram Harris, Parker e Barker (1998) e Ramos (1996), quando confrontado com a cronicidade da sua situação e com reinternamentos, se queixa de dor e, sobretudo, de atenção insuficiente por parte dos profissionais.

Não pretendendo desvalorizar a componente física da dor, o facto de também não se encontrar correlação entre a dor e qualquer das outras áreas da avaliação funcional, de a única correlação encontrada ser com a avaliação psicológica, na área de “sintomas somáticos”, de não se verificar relação com a complexidade da situação (avaliada através da classificação clínica) e de se ter verificado que os idosos que vivem sozinhos referem mais queixas de dor do que os que estão integrados numa família, reforça-nos a ideia de que esta dor, aquela que o doente diz que sente, se situa, talvez, mais ao nível do mal-estar existencial do que do físico.

Deparamo-nos assim com mais uma área que, suscitando mais questões do que respostas e sendo determinante na qualidade de vida das pessoas idosas, valeria a pena investigar.

Imobilidade

A imobilidade é uma área da avaliação funcional que é maior nos doentes internados do que no grupo de controle, mas não aumenta durante o internamento.

Não se verificam diferenças entre homens e mulheres, nesta área, nem entre idosos e muito idosos.

Também não existe qualquer relação com a história de saúde dos indivíduos ou com a composição familiar.

Poderemos assim dizer que, no hospital, todos são indiscriminadamente acamados ou limitados a um espaço mínimo, o que está fortemente relacionado, como já referimos atrás, com uma deterioração funcional: pior desempenho nas AVD, maior risco de queda, menor capacidade de tomar decisões.

Já questionámos a necessidade de estar acamado. Como referimos no primeiro capítulo, os efeitos da permanência na cama ou na cadeira estão bem estudados e trazem mais desvantagens do que benefícios, havendo poucas situações nas quais se verifique a necessidade de uma permanência prolongada na cama. Então porque é que cerca de metade dos doentes avaliados estão acamados ou confinados à cadeira e essa situação se mantém na segunda semana de internamento?

Voltamos aqui à questão do pouco investimento na área da reabilitação, da passividade os doentes, do paternalismo dos profissionais ou ainda, quem sabe, da prevalência do mito de que doença e cama são indissociáveis. Mais uma questão que valeria a pena trabalhar.

Capacidade de tomar decisões

A capacidade de tomar decisões é uma área fundamental na autonomia do ser humano: poder escolher e poder decidir, fazem parte dos direitos mais básicos na vida e dignidade de cada um. O idoso, só por ter mais idade, não será exceção. A pessoa doente, só por ter uma ou mais patologias, também não será exceção. E se for idosa, doente e estiver internada também não deverá ser privada desse direito.

No entanto, aquilo que podemos verificar é que essa condição se altera com o internamento: os idosos internados têm uma avaliação muito diferente, nesta área, do grupo de controle. Nem no grupo de estudo, nem no grupo de controle existem diferenças entre homens e mulheres ou entre muito idosos ou menos idosos no que diz respeito à capacidade de tomar decisões. Aliás, nenhuma das variáveis sócio-demográficas influencia esta capacidade, tal como nenhuma das variáveis da história de saúde. Assim, podemos dizer que no hospital os idosos são indiscriminadamente afectados na sua capacidade de tomar decisões, situação que se agrava na segunda semana de internamento.

Mais uma vez nos deparamos com mais interrogações. Por que é que isto acontece? Parece-nos que esta questão está um pouco na linha do que foi atrás dito a propósito do estar acamado: associam-se alguma passividade do utente, à atitude infantilizadora dos profissionais que consideram o idoso “como uma criança”, por quem os outros devem tomar decisões (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Mais uma vez estamos perante mitos e estereótipos relacionados com o papel social do idoso. Mas isto são apenas hipóteses de resposta... que valeria a pena trabalhar em maior profundidade.

Rede primária

A última área da avaliação funcional do idoso não deixa de nos surpreender quanto ao seu desenvolvimento nesta situação. A rede primária do idoso, não estando directamente dependente das capacidades do próprio indivíduo é determinante para que este possa, apesar das limitações físicas ou psicológicas, manter uma autonomia de vida. Por isso faz todo o sentido que esteja integrada numa avaliação funcional mais abrangente, uma vez que, e nomeadamente em situação de convalescença da sua eficiência pode depender a alta hospitalar.

Neste estudo pudemos verificar, em primeiro lugar, que a situação familiar da maioria dos idosos não lhes é muito favorável em situação de doença: vivem sozinhos ou com outro idoso. Também verificámos, que no global, não existem diferenças significativas entre a funcionalidade da rede primária no grupo de controle e no grupo de estudo. Também não encontramos diferenças no que diz respeito aos mais idosos: a funcionalidade da rede não depende da idade dos indivíduos. O que verificamos é que a rede apresenta menor capacidade funcional no caso das mulheres do que nos homens, o que pode estar relacionado com o maior número de viúvas ou de mulheres a viverem sozinhas.

Importa, ainda, salientar que o desgaste da rede não está relacionado com nenhuma outra das áreas da avaliação funcional ou psicológica, nem com qualquer das variáveis da história de saúde.

Apesar disso, por um pormenor concluimos, afinal, que o internamento hospitalar também pode ter um efeito negativo na rede primária, quando ultrapassa

oito dias. Ao analisarmos esta variável em função da duração do internamento, concluímos que não existe diferença entre o grupo de controle e os idosos que foram avaliados na primeira semana de internamento, mas que aqueles que foram avaliados na segunda semana de internamento apresentam menor funcionalidade da rede primária que os anteriores, o que parece indicar que o prolongamento do internamento se torna desgastante para a rede.

Avaliação psicológica

A análise dos dados permitiu-nos concluir que o grupo de estudo revela um impacto negativo tanto na avaliação global como em qualquer das quatro áreas: sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave. Verificamos ainda que esse impacto é superior nas mulheres, mas apenas na área sintomas somáticos. Esta constatação vem reforçar o que já foi dito atrás sobre os “life events” terem um impacto superior nas mulheres, mas reforça a importância de pormenorizar e aprofundar a análise sem fazer generalizações demasiadamente rápidas ou superficiais: estudar a razão pela qual as mulheres somatizam mais do que os homens seria, por si só, um tema pertinente de investigação.

Concluímos também que o impacto psicológico não é superior no grupo etário dos muito idosos, o que sublinha a afirmação de que os mais idosos não têm que ser encarados como psicologicamente mais frágeis. Nenhuma das outras variáveis sócio-demográficas influencia a avaliação psicológica.

No que diz respeito à história de saúde, apenas uma variável – ter problemas ósteo-articulares – demonstrou influenciar a avaliação psicológica, e apenas ao nível

da área “sintoma somáticos”. Faz algum sentido, tendo em conta o peso da dor no mesmo grupo e a correlação positiva entre as duas áreas.

Relativamente à duração do internamento, pudemos verificar que na segunda semana a avaliação psicológica revela uma diferença em sentido negativo, comum a todas as áreas excepto em “sintomas somáticos, onde não apresenta diferenças.

Em síntese, concluímos que o internamento hospitalar é psicologicamente perturbador e que esse impacto aumenta significativamente na segunda semana. Poderemos arriscar-nos a dizer que as razões que explicam essa tendência poderão estar associadas à dificuldade de adaptação dos idosos a uma situação geradora de stress, ou à perda de esperança na cura ou melhoria da doença, ou à tomada de consciência do défice funcional, ou à falha da rede primária, ou à perda de autonomia de decisão, uma vez que os outros decidem sobre a sua vida, o seu futuro, o seu tratamento...

Afinal, a que é que o internamento fez bem? À doença ou à pessoa? Com todas as limitações deste estudo arriscamos afirmar que a hospitalização traz consequências francamente negativas, tanto sob o ponto de vista funcional como psicológico. Afinal, como referimos no primeiro capítulo, o hospital limita-se a interrogar (e nem sempre) o corpo doente. Os profissionais vivem e trabalham ao nível do modelo bio-médico, parecendo-nos que prevalecem, apesar da evolução da ciência e da formação permanente dos profissionais, mitos e preconceitos em relação aos idosos, sendo dada pouca importância ao bem-estar, à qualidade de vida, à autonomia do outro.

Contudo, as limitações deste estudo são grandes: a pequena dimensão da amostra, o facto de se tratar de um estudo transversal, a limitação de tempo e de recursos e a pouca experiência da investigadora. Para poder responder com mais segurança à questão do impacto do internamento hospitalar no estado funcional da pessoa idosa seria importante recorrer-se a uma amostra mais vasta e, idealmente, avaliar os indivíduos antes do internamento, no início e no fim do internamento e após a alta. Também seria importante fazer-se o estudo em mais do que uma instituição hospitalar para perceber a influência da cultura organizacional neste domínio.

Apesar de tudo, o percurso efectuado valeu a pena, ainda que tenhamos chegado ao fim com mais perguntas do que respostas. Afinal, o ponto de chegada transforma-se em muitos pontos de partida. Talvez seja esse o mérito da investigação: não nos darmos por satisfeitos e abriremos novos caminhos.

REFERÊNCIAS

- Armand, M., & Hébert, R. (1987). *Précis pratique de geriatrie*. Quebec: Edisem.
- Bagros, P., & Le Breton, D. (1990). Les “emigraines”: interculturalité et anxiété à l’hôpital. *Le Journal des Psychologues*, 73, 45-47.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI (2), 159-170.
- Beausang, P., & Syed, R. (1998). Screening for anxiety and depression in adult general medical in-patients in a Scottish District General Hospital. *Scottish Medical Journal*, 43 (6), 117-180.
- Beers, M., & Berkow, R. (2000). Hospitalisation. In M. Beers, & R. Berkow (Eds.), *The Merck Manual of Geriatrics* (Cap.26). [On-line]. Available: www.merck.com/pubs/mm_geriatrics. (20 Mar. 2000)
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nouissier, J., Paulhan, I. (1994). Ajustement psychologique à l’hospitalization et evolution de l’état de santé des patients adultes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 44 (3), 229-233.
- Bull, M. (1995). Hospitalized Elders: the difficulties families encounter. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (6), 19-23.

Burrows, A. B., Morris, J. N., Simon S. E., Hirdes J. P., Phillips, C. (2000). Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing*, 29 (2), 165-172.

Cabete, D. (1999a). Cuidados Continuados e Continuidade dos Cuidados. In M. A. Costa, J. J. Agreda, J. Ermida, M. Cordeiro, M. Almeida, D. Cabete, M. Veríssimo, E. Grácio, A. Cruz, & M. Lopes. *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau, 93-113.

Cabete, D. (1999b). O impacto do internamento no idoso – Parte I de II. *Nursing*, 136, 33-37.

Castro-Caldas, A. (1988). Modificações da comunicação verbal com o envelhecimento. *Psicologia*, VI (2), 171-174.

Coast, J., Peters, T. J., Richards, S. H., & Gunnell, D. J. (1998). Use of the EuroQol among elderly acute care patients. *Quality life Research*, 7 (1), 1-10.

Creditor, M.C. (1993). Hazards of hospitalisation of the elderly. *Annals of Internal Medicine*, 118 (3), 219-223.

Creighton, C. (1995). Effects of afternoon rest on the performance of geriatric patients in rehabilitation hospital. *American Journal of Occupational Therapy*, 49 (8), 775-779.

Cumming, R.G., Salked, G., Thomas, M., & Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *Journal of Gerontology Australasian Medical Sciences*, 55 (5), 299-305.

Davies, A. D. M., et al. (1988). Global ratings of stress in the elderly. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 179-180.

Desbians, N. A., Mueller-Rizner, N., Connors, A. F., Hamel, M. B., & Wenger, N. S. (1997). Pain in oldest-old during hospitalisation and up to one year later. *Journal of the American Geriatric Society*, 45 (10), 1167-1172.

Dufresne, R. (1987) "Vieux ou malade". *Le Vieillissement – Les Cahiers des journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin. Vol 1*, 3^a ed. Québec.

Echarri, E., *et al.*. Indicadores sócio-sanitarios en psicogeriatría. *Revista ROL de Enfermería*, 165, 68-71.

Ermida, J.G. (1999). Processo de envelhecimento. In M. A. Costa, J. J. Agreda, J. Ermida, M. Cordeiro, M. Almeida, D. Cabete, M. Veríssimo, E. Grácio, A. Cruz, & M. Lopes. *O Idoso – Problemas e Realidades*. (pp. 41-50) Coimbra: FORMASAU.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.

Fleiss, J. L. (1986). *The Design and analysis of clinical experiments*. New York: John Wiley & Sons.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de investigação – da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

French, S. L., Gekosky, W. L., & Knox, V. J. (1995). Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals. *Social Indicators Research*, 35 (1), 1-25.

French, S. L., Knox, V.J., & Gekosky, W. L.. (1992). Confounding as a Problem in Relating Life Events to Health Status in Elderly Individuals. *American Journal of Community Psychology*, 20, (2), 243-252.

Fries, B. E., Schneider, D. P., Folley, W. J., & Dowling, M. (1989). Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: Resource Utilisation Groups (RUG-T18). *Medicare*, 27, 843-858.

Fulop, G., Strain, J. J., Fahas, M.-C., Schmeidler, J., & Sneyder, S. (1998). A prospective study of the impact of psychiatric comorbidity on length of stays of elderly medical-surgical inpatients. *Psychosomatics*, 39 (3), 273-280.

Gallo, J., Fulmer, T., Paveza, G., & Reichel, W. (2000). *Handbook of Geriatric Assessment. 3rd edition*. Mariland: Aspen Publishers, Inc.

Garcia, C. (1988). Panorâmica sobre a velhice. Uma introdução. *Psicologia*, VI (2), 131-133.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A Scaled Version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Graney, M., & Engle, V. (2000). Stability of performance of activities of daily living using the MDS. *The Gerontologist*, 40(5), 582-586.

Guerel, M. F. (1990). Approche de la communication chez les personnes âgées en perte d'autonomie psychique. *Avenir et Santé, Outubro de 1990*, 20-24.

Guerreiro, M. (1988). A psicometria do envelhecimento. *Psicologia*, VI (2), 219-225.

Hall, M. R. P., MacLennan, N. W. J., & Lye, M. D. W. (1997). *Cuidados médicos ao doente idoso*, Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Harris, A., Parker, N., & Barker, C. (1998). Adults with sickle cell disease: psychological impact and experience of hospital services. *Psychology, Health and Medicine*, 3 (2), 171-179.

Hart, S. (1997). Old age and behaviour. In: A. Baum, et al (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. (pp. 143-146). England: Cambridge University Press.

Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Mor, V., Fries, B. E., & Nonemaker, S. (1995). Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening. *Gerontologist, 35* (2), 172-178.

Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Fries, B. E., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the resident assessment instrument in the USA. *Age and Ageing, 26* (Suppl 2), 19-25.

Inouye, S. K., Acampora, D., Miller, R. L., Fulmer, T., Hurst, L. D., & Conney, L. M. (1993). The Yale Geriatric Care Program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society, 41* (12), 792-794.

Inouye, S., & Charpentier, P. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalised elderly persons: predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *Journal of the American Medical Association, 275* (11), 852-857.

Koenig, H., George, L., Stangl, D., & Tweed, D., (1995). Hospital stressors experienced by elderly medical inpatients: developing a Hospital Stress Index. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 25* (1), 103-122.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist, 9*, 197-186.

Lawton, M. P., DeVoe, M., & Parmelee (1995). Relationship of events and affect in the daily life of an elderly population. *Psychology and Ageing, 10* (3), 469-477.

Lessa, A., et al. (1994). *Imagem e capacidade funcional da pessoa idosa*, Lisboa: Editora Internacional.

Lichtenberg, P., MacNeill S. E., & Mast, B., (2000). Environmental press and adaptation to disability in hospitalised live-alone older adults. *The Gerontologist, 40* (5), 549-556.

Lieberman, D., Galinsky, D., Fried, V., Grinshpun, Y., Mytlis, N., & Tylis, R. (1999). Geriatric Depression Screening Scale ins patients hospitalised for physical rehabilitation. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14* (7), 549-555.

Lowenstein, D., & Mogosky, B. (1999). The functional assessment of older adult patient. In P. Lichtenberg, et al. (Eds). *Handbook of assessment in clinical gerontology*. (pp. 529-554). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Ludwick, R., & O'Toole, A. (1996). The confused patient. Nurses knowledge and interventions. *Journal of Gerontological Nursing, 22*, (1), 44-49.

Marin, P. P., Valenzuela, E., Castro, S., Rodriguez, F., Molina, O., et al (1998). Application of RUG-T18 classification system to elderly patients admitted to a university hospital. *Revista Medica de Chile, 126* (7), 761-768.

Mawby, L., Clark M., Kalucy, E., Hobbin, E., & Andrews, G. (1999). Determinants of formal service use in aged population.

McCue, M. (1997). The relationship between neuropsychology and funtional assessment in the elderly. In P. Nussbaum, et al (1997). *Handbook of neuropsychology and neuropsychology ageing. Critical issues in neuropsychology*. (pp. 394-408). New York: Plenum Press.

Meissner, P., Andolsek, K., Mears, P. A., & Fletcher, B. (1989). Maximazing the funtional status of geriatric patients in an acute community hospital setting. *Gerontologist, 29* (4), 524-528.

Ministério da Saúde (1997). *Projecto de Cuidados Continuados*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Montalvo, J. I. G., & Alarcón, M. T. A. (2000). *Demência versus deterioração cognitiva no idoso. Avaliação diagnóstica, manuseamento da patologia base e dos sintomas associados*. Algés: Euromédice, Edições Médicas, Lda.

Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Phillips, C. D., Katz, S., Murphy, K., Drugovich, M. L., & Friedlob, A. S. (1990). Deseigning the national resident assessment instrument for nursing homes. *The Gerontologist*, 30 (3), 293-307.

Mulrow, C., Gerety, M., Cornel, J., Lawrence, V., et al (1994). The relationship between disease and function and perceived health in very frail elders. *Journal of the American Geriatric Society*, 42(4), 374-380.

Musselman, D., Hawthorne, C., & Stoudemire, A. (1997). Screening for delirium: a means to improved outcome in hospitalized elderly patients. *Reviews in Clinical Gerontology*, 7 (3), 235-256.

Nazareth, J. M. (1988). O envelhecimento demográfico. *Psicologia*, VI, (2), 135-147.

Nelson, J. (1995). The influence of environmental factors in incidents of disruptive behaviour. *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (5), 19-24.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Park, L., et al. (1990). Intrinsic Religiousness and Religious Coping as Life Stress Moderators for Catholic Versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 572-574.

Parker, S. G., Peet, S. M., Jagger, C., Farhan, M., & Castleden, C. M. (1998). Measuring health status in older patients. *Age and Ageing*, 27 (1), 13-18.

Parkes, K. (1986). Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors and situational characteristics. *Journal of personality and social psychology*, 51 (6), 1277-1292.

Pedroso de Lima, A. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice. *Psicologia*, VI (1), 149-158.

Phipps, W., Long, B., Woods, N., & Cassmeyer, V. (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Lisboa: Lusodidacta.

Pinto, L. (2000). Agitação e agressividade no idoso demenciado. *Hospital Júlio de Matos*, 3: 179-187.

Pouchelle, M.-C. (1999). Les ressentis des patients hospitalisés et leurs enjeux. Propos d'ethnographie. *Perspective Soignante*, 4, 6-29.

Quaresma, M. L. B. (1988). Política de velhice. Análise e perspectivas. *Psicologia*, VI (2), 227-237.

Ramos, C. B. C. (1996). O espaço psicológico do doente no contexto hospitalar. *Hospitalidade*, Ano 60 (236/237), 95-103.

Reich, S. (1997). Hospitalization in the elderly. In A. Baum, et al (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. (128-130). England: Cambridge University Press.

Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores. ✕

Ribeiro, J. L. P., Antunes, S. (2000). Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire – GHQ28). ISPA. (Submitted).

Rossmann, I. (1974). Ambientes de cuidados geriátricos. In I. Rossmann, *Geriatrics Clínica*. (pp. 525-530). Barcelona: Salvat Editores AS.

Sager, M. A., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Rudberg, M. A., Siebens, H., & Winograd, C. H. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalisation in older persons. *Archives of Internal Medicine*, 25-126 (6), 645-652.

Sager, M. A., Rudberg, M. A., Jalalludin, M., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Siebens, H., & Winograd, C. H. (1996). Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness hospitalization. *Journal of the American Geriatric Society*, 44 (3), 251-257.

Sgadari, A., Morris, J. N., Fries, B. E., Ljunggren, G., Jónsson, P. V., DuPaquier, J. N., & Schroll, M. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing*, 26 (Suppl 2), 27-30

Sgandurra, A., Cipolat, L., Petrini, F., & Martinelli, G. (1998). Anesthesia and psychology in the elderly patient. *Archives of gerontology and geriatrics. Suppl 6*, 487-490.

Shedd, P.P. , Kobokovich, L., & Slattery, M. J. (1995). Confused Patient in the acute care setting: prevalence, interventions, and outcomes. *Journal of Gerontological Nursing*, 21(4), 5-12.

Snow, L., O'Brien, E., Saltman, D., & Ahern, M. (1999). When should we measure functioning? A comparison of serial measurement of the MOS SF-36 in an Australian hospital sample with Australian norms. *Australasian Journal on Ageing*, 18 (1), 40-43.

Snyder, M., & Miene, P. K. (1994). Stereotyping of the elderly: A functional approach. *British Journal of Social Psychology*, 33, 63-82.

Soares, A. M. M.. (1991). Suporte psico-emocional ao doente. *Servir*, 39 (1), 50-57.

Spar, J. E., & La Rue, A. (1997). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.

Tierney, A., Closs, S. J., Hunter, H., & MacMillan, M. (1993). Experiences of elderly patients concerning discharge from hospital. *Journal of clinical nursing*, 2, 179-185.

Vidit, J.-P. (1990). L'Anxiété à l'hôpital. *Le Journal de psychologues*, 73, 25-28.

Vilas-Boas, I. (1998). O que são as medidas da qualidade de vida? *Farmácia Portuguesa*, 112, 31-38.

Weinman, J. (2000, in press). Health Care. In Johnston & Johnston (Eds), *Comprehensive Clinical Psychology*, Vol. 8, Cap 7. Oxford: Elsevier Science.

Wilcox, V., Kasl, S., & Berkman, L. (1994). Social support and physical disability in older people after hospitalisation: a prospective study. *Health Psychology*, 13 (2), 170-179.

Wu, A. W., Yasui, Y., Alzola, C., Galanos, A. N., Tsevat, J., Phillips, R. S., Connors, A. F., Teno, J. M., Wenger, N. S., & Lynn, J. (2000). Predicting functional status outcomes in hospitalised patients aged 80 years and older. *Journal of the American Geriatric Society*, 48 (Suppl.5), 6-15.

Anexos

Anexo A

Controle da recolha de dados - Hospital Construção da amostra

N.º	Masc. 65/74	Masc. >75	Fem. 65/74	Fem. >75
1			X	
2		X		
3	X			
4			X	
5		X		
6		X		
7	X			
8	X			
9	X			
10			X	
11		X		
12				X
13				X
14				X
15		X		
16				X
17			X	
18			X	
19			X	
20	X			
21				X
22				X
23		X		
24		X		
25			X	
26			X	
27				X
28			X	
29	X			
30		X		
31			X	
32	X			
33	X			
34	X			
35		X		
36				X
37				X
38	X			
39		X		
40		X		
41				X
42		X		
43				X
44			X	
45		X		
46		X		
47	X			
48			X	
49			X	
50			X	
Sub-total	11	14	14	11

N.º	Masc. 65/74	Masc. >75	Fem. 65/74	Fem. >75
51				X
52				X
53		X		
54		X		
55			X	
56	X			
57		X		
58				X
59		X		
60				X
61				X
62			X	
63	X			
64	X			
65	X			
66				X
67			X	
68	X			
69		X		
70				X
71		X		
72			X	
73			X	
74	X			
75				X
76				X
77		X		
78	X			
79	X			
80	X			
81	X			
82	X			
83		X		
84				X
85	X			
86	X			
87			X	
88			X	
89				X
90				X
91				X
92				X
93	X			
94				X
95			X	
96				X
97			X	
98				X
99				X
100			X	
Sub-total	14	8	10	18
Total	25	22	24	29

Anexo B

Controle da recolha de dados – Centro de Saúde Construção da amostra do grupo de comparação

N.º	Masc. 65/74	Masc. >75	Fem. 65/74	Fem. >75
1			X	
2		X		
3		X		
4			X	
5			X	
6			X	
7				X
8	X			
9				X
10				X
11			X	
12	X			
13			X	
14		X		
15				X
16			X	
17			X	
18				X
19			X	
20				X
21		X		
22		X		
23	X			
24				X
25		X		
26			X	
27			X	
28			X	
29				X
30				X
31			X	
32	X			
33			X	
34	X			
35				X
36			X	
37				X
38	X			
39	X			
40			X	
41	X			
42			X	
43			X	
44	X			
45				X
46			X	
47		X		
48				X
49			X	
50	X			
51				X
52		X		

N.º	Masc. 65/74	Masc. >75	Fem. 65/74	Fem. >75
53			X	
54			X	
55			X	
56		X		
57	X			
58	X			
59			X	
60		X		
61		X		
62		X		
63		X		
64				X
65		X		
66	X			
67				X
68		X		
69				X
70				X
71				X
72	X			
73	X			
74	X			
75	X			
76	X			
77	X			
78		X		
79		X		
80				X
81	X			
82				X
83		X		
84		X		
85				X
86				X
87		X		
88				X
89	X			
90	X			
91				X
92				X
93				X
94		X		
95		X		
96	X			
97				X
98	X			
99	X			
100				X
101			X	
102			X	
103			X	
104			X	
Total	25	22	28	29

Anexo C

Controle da recolha de dados - Hospital Aplicação dos Critérios de Exclusão

Dia de recolha	Serviço	Internados	Idosos	AVC	Perturbação da consciência	Perturbações sens/cognit.	Avaliados
1	Med IA	28	10	2	1	3	4
1	Med IB	23	11	7	1	2	1
2	Med II	21	7	0	2	1	4
2	Med III	19	10	0	0	1	9
3	Med IA	29	9	1	4	2	2
3	Med IB	21	8	2	3	0	3
4	Med II	20	7	1	1	2	3
5	Med III	25	10	0	0	0	10
6	Med IA	25	10	0	2	3	5
6	Med IB	24	8	2	2	3	1
7	Med II	18	7	0	0	1	6
8	Med IA	24	9	1	3	3	2
8	Med IB	26	5	2	1	2	0
9	Med II	18	6	0	0	1	5
9	Med III	21	13	0	0	2	11
10	Med IA	7	2	1	0	1	0
10	Med IB	9	5	2	1	1	1
11	Med II	2	1	0	0	1	0
11	Med III	11	5	0	1	1	3
12	Med IA	26	13	4	3	2	4
12	Med IB	24	8	7	1	0	0
13	Med II	13	4	0	0	1	3
13	Med III	10	6	0	0	0	6
14	Med IA	26	16	3	4	3	6
14	Med IB	25	9	6	1	2	0
15	Med II	16	6	0	3	2	1
15	Med III	26	18	0	1	7	10
TOTAL	-----	537	223	41	35	47	100
% internados		100%	41,5%	---	---	---	---
% idosos			100%	18,4%	15,7 %	21,1%	44,8 %

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

Anexo E
Instrumento de Recolha de Dados

CONSENTIMENTO INFORMADO

Questionário n.º _____

Chamo-me Dulce Cabete, sou enfermeira e estou a fazer um estudo para tentar compreender como vivem e o que sentem as pessoas com mais de 65 anos que recorrem aos serviços de saúde. Para isso estou a fazer entrevistas neste serviço.

A informação recolhida será absolutamente confidencial, o que significa que nunca a vou revelar nem divulgarei nada que possa identificar as pessoas que responderam.

Os resultados globais do estudo serão apresentados no Instituto Superior de Psicologia Aplicada e serão, provavelmente, publicados. As respostas individuais não serão publicadas.

Assim, gostaria de o/a poder entrevistar. Se concorda, pedia-lhe que assinasse esta folha que será separada do questionário, na qual declara:

1. Que foi esclarecido sobre o que vai ser estudado e o que pretendem de si,
2. Que responderam a todas dúvidas que colocou,
3. Que foi esclarecido que a recusa em participar não tem qualquer consequência no tratamento.

(No caso de o/a entrevistado/a não poder ou não saber assinar, o consentimento deverá ser presenciado por outra pessoa (acompanhante ou técnico), que o assina.

Data ____ / ____ /2001 Assinatura _____

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

Data: ___/___/___

Questionário n.º _____

1ª PARTE – INFORMAÇÕES GERAIS

1. Local: Centro de Saúde
Hospital N.º de dias de internamento: _____
2. Idade: _____ anos
3. Sexo: Masculino
Feminino
4. Escolaridade:
- Não sabe ler nem escrever
Sabe ler ou assinar o nome,
mas não andou na escola
Frequentou a escola
5. Nível de ensino frequentado
- Nenhum
Primária
2º ciclo
3º ciclo
Secundário
Superior
3. N.º total de anos de ensino frequentados: _____ anos
6. Estado civil
- Solteiro/a
Casado/a ou união de facto
Viúvo/a
Divorciado/a
7. Concelho de residência _____
8. Situação profissional (pode escolher-se mais do que uma resposta)
- Reforma
Tem emprego remunerado
Faz trabalho ocasional
Doméstica
Outra _____
9. Composição do agregado familiar:
- Número de pessoas, incluindo o próprio, que coabitam na sua casa: _____

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

10. Quantas gerações coabitam na sua casa? _____
(A divisão de gerações faz-se pelos grupos: até de 20 anos, entre 21 a 40 anos, entre 41 a 64 anos, maiores de 65 anos)
11. Já esteve internado alguma vez (excluindo a actual, para os doentes internados)?
Não (passar à questão 16)
Sim (passar à questão seguinte)
12. Quantas vezes? _____
13. Ano do último internamento: _____
14. O internamento foi:
De urgência
Programado
15. O tratamento foi:
Médico
Cirúrgico
16. Porque recorreu, desta vez, aos serviços de saúde?
Rotina de acompanhamento ou Internamento programado
Agudização de situação crónica
Situação aguda
17. Que problemas de saúde tem actualmente?
Osteoarticulares
Cardiovasculares
Respiratórios
Outros
18. N.º total de diagnósticos referidos pelo doente. _____
19. Utiliza habitualmente ajudas técnicas?
Não
Sim
20. Se sim, quais?
Bengala
Canadianas
Andarilho
Cadeira de rodas
Outra _____

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

2ª PARTE – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES RUG-T18

I - ÍNDICE DE ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

CONTINÊNCIA	
Continente e independente, mesmo que necessite de ajuda para ir ao WC ou está algaliado mas não necessita de ajuda para mudar ou esvaziar o saco colector;	1
Continente mas necessita de ser limpo por outra pessoa após usar o WC, está incontinente ou algaliado necessitando de ajuda para substituir ou esvaziar o saco colector;	2
Está em programa de treino vesical;	3
ALIMENTAÇÃO	
Independente ou necessitando de pequena ajuda como, por exemplo, para cortar a carne;	1
Necessita de ajuda permanente para ter os alimentos ao seu alcance;	2
Totalmente dependente para a alimentação;	3
Com sonda naso-gástrica ou alimentação parentérica;	4
TRANSFERÊNCIAS	
Independente ou necessitando de uma mínima supervisão ou ajuda física	1
Requer ajuda de uma pessoa	2
Requer ajuda de duas ou mais pessoas, ou está limitado à cama ou cadeira.	3
TOTAL	

II CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

Classe superior	Reabilitação	I
	Cuidados especiais	II
	Clinicamente complexos	III
	Alterações do comportamento	IV
Classe inferior	Funções físicas reduzidas	V

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

3ª PARTE – AVALIAÇÃO GLOBAL DA AUTONOMIA

I - Desempenho nas AVD

As rubricas seguintes tratam do funcionamento físico normal nas actividades de vida quotidiana, considerando todos os episódios dessas actividades.

Instruções para avaliação do desempenho nas AVD:

0. **Independente** – nem ajuda nem supervisão – OU – ajuda ou supervisão uma a duas vezes nos últimos 7 dias;
1. **Supervisão** – Vigilância, encorajamentos ou estimulação foram oferecidos 3 ou mais vezes durante os últimos 7 dias – OU – supervisão mais de 3 vezes e ajuda física oferecida 1 a 2 vezes durante os últimos 7 dias;
2. **Ajuda limitada** – o cliente participa bem na actividade e recebeu ajuda para movimentar os seus membros ou outra ajuda ligeira 3 ou mais vezes;
3. **Ajuda importante** – Apesar de ter participado nas actividades, o cliente recebeu mais de 3 vezes ajuda necessitando de força – OU – actividade totalmente realizada por outros, mas não todas as vezes, nos últimos 7 dias;
4. **Dependência total** – A actividade foi sempre realizada por outros;
5. **A actividade não foi realizada**

Mobilidade na cama	Engloba o acto de se cobrir, de se estender, virar e mexer na cama.	
Transfer	Engloba o movimento de/ou para a cama, cadeira, cadeira de rodas, ficar em pé (excepto na banheira ou casa de banho).	
Mover-se (em casa)	(Nota: se o cliente está em cadeira de rodas, considerá-lo independente depois de instalado.)	
Andar	(Nota: o cliente tanto pode utilizar canadianas, como pode deslocar-se sem ajuda técnica. Para um cliente em cadeira de rodas, marcar “8”.)	
Vestir-se	Engloba preparar a sua roupa, tirá-la dos armários, vesti-la e despi-la.	
Alimentar-se	Engloba tomar alimentos, seja qual for o meio, incluindo sonda gástrica.	
Casa de banho	Engloba a utilização da casa de banho, urinol, ou cadeira WC, as transferências de posição, limpar-se e arranjar as roupas, bem como cuidar da colostomia ou sonda urinária.	
Higiene quotidiana	Engloba pentear-se, lavar os dentes, barbear-se, maquilhar-se, lavar a cara e as mãos, tal como a higiene íntima (excepto banho e duche).	
Banho e duche	Durante os últimos 7 dias (incluindo duche e higiene completa na casa de banho, à excepção de costas e cabelos): 0. Independente – realiza sozinho 1. Supervisão – realiza sozinho com vigilância 2. Recebeu ajuda unicamente para o transfer 3. Assistência parcial para o banho 4. Dependência total 5. A actividade não foi realizada	
Função urinária	Controle da função urinária (eventualmente com a ajuda de meios técnicos, tais como a sonda vesical ou um plano de reeducação da bexiga) – Nota: não considerar as perdas que não atravessam a roupa interior. 0. Continente – controle completo 1. Habitualmente continente – episódios de incontinência urinária uma vez por semana ou menos 2. Ocasionalmente incontinente – episódios de incontinência pelo menos 2 vezes por semana mas não todos os dias 3. Frequentemente incontinente – incontinência quotidiana, persistindo, no entanto, algum controle 4. Grande incontinência – controle muito ocasional, quase nunca há controle 5. Incontinente – nunca há controle	
Total		

Instrumento de Recolha de Dados

II - Risco de queda

- a) Tem marcha instável?
 - 0. Não
 - 1. Sim
- b) Limita as suas actividades por medo de cair?
 - 0. Não
 - 1. Sim

III – Dor

- a) Tem queixas ou manifestação evidente de dor nos últimos 7 dias?
 - 0. Sem dor
 - 1. Dor menos de uma vez por dia
 - 2. Dor todos os dias
- b) Se existe dor, as características ou intensidade são diferentes das habituais?
 - 0. Não (ou não tem dor)
 - 1. Sim
- c) A intensidade da dor perturba as actividades habituais?
 - 0. Não
 - 1. Sim
- d) Tipo de dor
 - 0. Sem dor
 - 1. Dor num só local
 - 2. Dor em vários pontos do corpo
- e) Uso de medicamentos
 - 0. Sem dor
 - 1. Os medicamentos aliviam parcial ou completamente a dor
 - 2. Os medicamentos não aliviam a dor
- f) Intensidade da dor: diria que a dor que sente é:
 - 0. Sem dor
 - 1. Ligeira
 - 2. Moderada
 - 3. Intensa
 - 4. Insuportável

V – Imobilidade

Até onde é que o utente se consegue deslocar sozinho, seja qual for a causa da sua limitação?

- 0. Sem limitação
- 1. Dificuldade em utilizar transportes públicos
- 2. Limitado ao bairro em que vive
- 3. Limitado à casa
- 4. Limitado ao quarto (faz levante para o cadeirão)
- 5. Limitado à cama

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

IV – Capacidade de tomar decisões

O utente toma decisões para organizar o seu dia (ex: hora de levantar, de comer, as roupas que veste, que actividades fazer?)

0. Independente (decisões lógicas e razoáveis)
1. Independência relativa (algumas dificuldades face a novas situações)
2. Alteração moderada (pouca autonomia necessitando de estimulação ou supervisão)
3. Alteração importante (quase não toma decisões)

VI – Rede Primária

a) Presença regular da rede informal

0. Sim
1. Não

b) A pessoa que presta ajuda principal tem apoio da família e amigos para ajudar o utente?

0. Ajuda importante
1. Ajuda ocasional
2. Sem ajuda ou inexistência de ajudador principal

c) A família deveria ter melhor suporte para fazer face aos problemas do doente?

0. Não
1. Sim

d) Rede esgotada (ex: Deterioração do estado de saúde de um dos membros)

0. Capaz de continuar (ou sem necessidade de ajuda)
1. Um ou mais membros da rede estão incapazes de continuar (ou não existe ajuda à disposição)

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

4ª Parte – Questionário de Saúde Geral
(Scaled Version-Goldberg,1979)

Por favor, leia com atenção:

Gostaríamos de saber se tem tido queixas de saúde e qual tem sido o seu estado de saúde em geral nos últimos dias. Por favor responda a **TODAS** as perguntas, assinalando, em cada pergunta, a resposta que lhe parece que se aplica mais a si. Repare que nós queremos tomar conhecimento de queixas recentes e actuais e não acerca de queixas antigas. É importante que responda a **TODAS** as questões.

ULTIMAMENTE:

A1	Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior do que o costume	Muito pior que o costume
A2	Tem sentido que precisava de um tónico?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
A3	Tem-se sentido em baixo de forma e mal disposto?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
A4	Tem-se sentido doente?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
A5	Tem tido dores de cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
A6	Tem sentido uma sensação de aperto na cabeça ou pressão na cabeça?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
A7	Tem sentido ataques de calor ou de frio?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
B1	Tem perdido o sono devido a preocupações?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
B2	Depois de adormecer acorda várias vezes?	Não, de modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
B3	Tem-se sentido constantemente sob tensão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
B4	Tem-se sentido irritável e de mau humor?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
B5	Tem-se sentido assustado ou tem entrado em pânico sem razão?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual

Anexo E

Instrumento de Recolha de Dados

B6	Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
B7	Tem-se sentido permanentemente nervoso e tenso?	De modo nenhum	Não mais que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais que o habitual
C1	Tem conseguido manter-se activo e ocupado?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
C2	Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?	Menos tempo	O mesmo tempo que o habitual	Mais tempo que o habitual	Muito mais tempo que o habitual
C3	Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?	Melhor que o costume	O mesmo que o costume	Pior que o costume	Muito pior que o costume
C4	Sente-se satisfeito com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?	Mais do que o habitual	O mesmo que o habitual	Menos que o habitual	Muito menos que o habitual
C5	Tem-se sentido útil no que faz?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos útil do que é costume	Muito menos útil do que o costume
C6	Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
C7	Tem tido prazer nas suas actividades normais do dia-a-dia?	Mais do que o costume	O mesmo que o costume	Menos do que é costume	Muito menos do que é costume
D1	Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais do que o habitual
D2	Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
D3	Tem sentido que a vida já não vale a pena ?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
D4	Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida
D5	Acha que às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
D6	Tem dado consigo a pensar estar morto e longe de tudo?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
D7	Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?	Nunca	Acho que não	Já me passou pela cabeça	Sim, sem dúvida

Anexo F

Resident Assessment Instrument
(RAI-HC:MDS – Version provisoire n° 7, du 02.08.97)

Nom Prénom

Année de naissance

DATE : - - 19

Pour chaque rubrique, respecter le code indiqué. Si l'information n'est pas obtenue dans les 7 jours qui suivent l'admission, coder "9".

AUDITION	Comment le client entend-il (avec appareil auditif, si néc.)? 0. entend bien - (conversation, TV, téléphone) 1. difficultés minimales , dans un environnement bruyant 2. n'entend que dans certaines situations - l'interlocuteur doit élever le ton et articuler 3. atteinte grave - n'entend pratiquement rien	<input type="checkbox"/>
SE FAIRE COMPRENDRE	Le client est-il capable de se faire comprendre? 0. est compris 1. est généralement compris - difficultés pour trouver ses mots ou aller au bout de sa pensée 2. est parfois compris - capacité limitée à l'expression de demandes concrètes 3. rarement ou jamais compris	<input type="checkbox"/>
COMPRENDRE LES AUTRES	Le client est-il capable de comprendre les autres 0. comprend 1. comprend généralement - risque de manquer une partie du message 2. comprend parfois - répond adéquatement à un message simple et direct 3. comprend rarement ou jamais	<input type="checkbox"/>
VISION	Le client éprouve-t-il de la difficulté à lire les caractères du journal ou à exécuter un travail fin, éventuellement avec des lunettes? 0. non 1. oui	<input type="checkbox"/>

PERFORMANCES POUR LES AIVQ: codez l'activité du client dans son ménage et son environnement de la manière qui vous semble la plus proche de la réalité. [Remarques: chaque rubrique doit être codée deux fois (code A et code B), pour plus de précisions, se référer au guide.]

(A) CODE POUR L'INDEPENDANCE POUR LES AIVQ (pour décrire la performance du client durant les 7 derniers jours.)

0. **Indépendant, a accompli l'activité seul**
1. **A reçu quelques fois de l'aide pour l'accomplir**
2. **L'a toujours accomplie avec de l'aide**
3. **D'autres l'ont accomplie pour lui**
8. **L'activité n'a pas été accomplie**

(B) CODE POUR LA DIFFICULTE A ACCOMPLIR LES AIVQ. Quelle difficulté l'activité représente-t-elle pour le client?

- | | (A)
Indé-
pendance | (B)
Diffi-
culté |
|--|--------------------------|------------------------|
| 0. Pas de difficulté | | |
| 1. Quelques difficultés | | |
| 2. De grandes difficultés | | |
| 8. L'activité n'a pas été accomplie | | |

PREPARATION DES REPAS	Préparer les repas (par ex., planifier les menus, cuire, rassembler les ingrédients, disposer les aliments et les couverts)		
MENAGE COURANT	Faire le ménage courant (par ex., faire la vaisselle, épousseter, faire les lits, ranger, faire la lessive)		
PAIEMENTS	Gérer le budget, maintenir l'équilibre financier, faire les paiements		
GESTION DES MEDICAMENTS	Prendre les médicaments (par ex., penser à les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct de pilules, de produit à injecter ou de pommade)		
TELEPHONE	Recevoir ou émettre des appels (avec, si nécessaire des aides techniques telles que des chiffres agrandis ou un amplificateur)		
COURSES	Comment les achats de nourriture et de produits ménagers sont-ils faits (par ex., choisir la marchandise, payer)		
TRANSPORTS	Utiliser les moyens de transport (par ex., voiture, bus, train)		

PERFORMANCES POUR LES AVQ: Les rubriques suivantes traitent du fonctionnement physique normal dans les activités de la vie quotidienne, en considérant tous les épisodes de ces activités. [Remarques - Pour les clients qui ont accompli ces activités seuls, cherchez à savoir s'ils ont reçu des encouragements, une supervision ou une surveillance. Pour un ancien client du service, ne pas se référer à la situation lors d'une précédente intervention. Voir précisions dans le guide.]

0. **Indépendant** - Ni aide ni supervision - OU - Aide ou supervision une à deux fois durant les 7 derniers jours
1. **Supervision** - Surveillance, encouragements ou stimulation ont été offerts 3 fois ou plus durant les 7 derniers jours - OU - supervision plus de 3 fois et aide physique offertes 1 ou 2 fois durant les 7 derniers jours
2. **Aide limitée** - Le client participe bien à l'activité, il a reçu de l'aide pour bouger ses membres ou une autre aide légère 3 fois ou plus
3. **Aide importante** - Bien que le client ait participé aux activités, il a reçu plus de 3 fois une aide nécessitant de la force - OU - activité accomplie totalement par d'autres, mais pas chaque fois durant les 7 derniers jours.
4. **Dépendance totale** - D'autres ont accompli chaque fois l'activité complète pour le client
8. **L'activité n'a pas été accomplie**

MOBILITE DANS LE LIT	Comprend le fait de se redresser, de s'étendre, se tourner et bouger dans son lit	
TRANSFERT	Comprend le fait de se mouvoir de ou vers le lit, fauteuil, fauteuil roulant, position debout (SAUF BAINOIRE OU W-C.)	
DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR	[Remarque - si le client est en fauteuil roulant, le considérer comme indépendant une fois installé]	
MARCHER	[Remarque - le client peut utiliser une canne, un rollator, des béquilles, comme il peut se déplacer sans aide technique. Pour un client en chaise roulante, coder 8]	
S'HABILLER	Comprend le fait de préparer ses vêtements, les sortir de l'armoire, les enfiler et les retirer.	
SE NOURRIR	Comprend la prise de nourriture par n'importe quel moyen, y compris par sonde gastrique.	
W-C	Comprend l'utilisation des toilettes, de la chaise percée, de l'urinal, le transfert vers ou depuis le siège, le fait de s'essuyer, de changer ses protections, de s'occuper d'une sonde urinaire ou d'une poche de colostomie, et remettre ses vêtements.	
SOINS D'HYGIENE QUOTIDIENS	Comprend le fait de se peigner, se brosser les dents, se raser, se maquiller, se laver le visage et les mains, ainsi que la toilette intime (A L'EXCLUSION DU BAIN ET DE LA DOUCHE)	
BAIN - DOUCHE	Durant les 7 derniers jours (y compris douche et toilette complète au lavabo, à l'exclusion du dos et des cheveux) 0. Indépendant - L'a fait seul 1. Supervision - L'a fait seul sous surveillance 2. A reçu de l'aide uniquement pour le transfert 3. Assistance partielle pour le bain 4. Dépendance totale 8. L'activité n'a pas été accomplie	<input type="checkbox"/>
FONCTION URINAIRE	Contrôle de la fonction urinaire (éventuellement à l'aide de moyens techniques tels qu'une sonde vésicale, ou un plan de rééducation de la vessie) [Remarque: Ne pas prendre en considération des pertes qui ne traversent pas les sous-vêtements.] 0. continent: contrôle complet 1. habituellement continent: épisodes d'incontinence urinaire une fois par semaine ou moins. 2. occasionnellement incontinent: épisodes d'incontinence deux fois par semaine au moins mais pas chaque jour 3. fréquemment incontinent: incontinence d'urine quotidienne, avec cependant persistance d'un contrôle 4. incontinent: toujours ou presque aucun contrôle	<input type="checkbox"/>

HYGIENE DE VIE	a. Sorties - Durant les 30 derniers jours, citer le nombre de jours où le client est sorti de sa maison (quelle que soit la durée) <i>0. chaque jour</i> <i>2. un jr/sem.</i> <input type="checkbox"/> <i>1. deux à six jrs/sem.</i> <i>3. Aucun jour</i>
	b. Activité physique - Heures d'activité physique durant les 7 derniers jours (marche, nettoyages, exercices) <i>0. Deux heures ou plus</i> <input type="checkbox"/> <i>1. Moins de deux heures</i>
RISQUE DE CHUTE	a. Démarche instable <i>0. non</i> <i>1. oui</i> <input type="checkbox"/>
	b. Le client limite ses activités par peur de tomber <i>0. non</i> <i>1. oui</i> <input type="checkbox"/>
DOULEUR	a. Plaintes ou manifestation évidente de douleur au cours des 7 derniers jours <i>0. pas de douleur</i> <input type="checkbox"/> <i>1. douleur moins d'une fois par jour</i> <i>2. douleur quotidienne</i>
	b. Si des douleurs existent, les caractéristiques ou l'intensité sont inhabituelles <i>0. non(ou pas de douleur)</i> <i>1. oui</i> <input type="checkbox"/>
	c. Douleur dont l'intensité perturbe les activités habituelles <i>0. non</i> <i>1. oui</i> <input type="checkbox"/>
	d. Type de douleur <i>0. pas de douleurs</i> <input type="checkbox"/> <i>1. douleur localisée à un seul endroit</i> <i>2. douleurs à plusieurs endroits du corps</i>
	e. Médicaments <i>0. pas de douleurs</i> <input type="checkbox"/> <i>1. les médicaments ne soulagent pas</i> <i>2. les médicaments soulagent partiellement ou complètement</i>
SOMMEIL ***	Le client se plaint-il de troubles du sommeil <i>0 non</i> <i>1. oui</i> <input type="checkbox"/>
MEMOIRE A COURT TERME	La mémoire à court terme du client semble-t-elle bonne? Le client est-il capable de se souvenir de quelque chose après 5 minutes? <i>0. Mémoire OK</i> <i>1. Problème de mémoire</i> <input type="checkbox"/>
CAPACITE DE PRENDRE DES DECISIONS	Le client prend-il des décisions pour organiser sa journée? (par ex., l'heure de se lever, de manger, les habits à porter ou les activités à accomplir) <i>0. Indépendant - décisions logiques et raisonnables</i> <i>1. Indépendance relative - Quelques difficultés dans les situations nouvelles</i> <i>2. Altération modérée - Peu d'autonomie; a besoin de stimulation et de supervision</i> <input type="checkbox"/> <i>3. Altération importante - ne prend pratiquement jamais de décision</i>
CONFINEMENT***	Jusqu'à où le client est-il capable de se déplacer seul, sans aide, quelle que soit la cause de la limitation <i>0. Aucune limitation</i> <i>1. Difficulté pour emprunter les transports publics</i> <i>2. Limité au quartier</i> <i>3. Limité à l'immeuble</i> <i>4. Limité au lit</i> <input type="checkbox"/>
ISOLEMENT	b. Le client dit ou manifeste souvent qu'il se sent seul <i>0. Non</i> <i>1. Oui</i> <input type="checkbox"/>

Moyens auxiliaires:

.....
.....

SIGNES D'ETAT DEPRESSIF, D'ANXIETE OU DE TRISTESSE	(Coder les signes observés au cours des 30 derniers jours, quelles qu'en soient les causes) <i>0. Pas de signe</i> <i>1. Signe apparu jusqu'à 5 fois par semaine</i> <i>2. Signe apparu quotidiennement ou presque</i>
	a. Une impression de tristesse ou d'être déprimé, que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, que rien ne compte, qu'il vaudrait mieux mourir <input type="checkbox"/>
	b. Continuelle colère ou mal-être avec soi-même (par exemple, facilement exaspéré par les soins reçus) <input type="checkbox"/>
	c. Plaintes angoissées et répétées - par ex., demande constamment de l'attention / approbation quant à l'horaire, les repas, la lessive, l'habillement, les rapports avec les autres. <input type="checkbox"/>
	d. Larmes et pleurs fréquents <input type="checkbox"/>
PARTICIPATION DU RESEAU PRIMAIRE	e. Retrait ou abandon des centres d'intérêt (par exemple pas d'intérêt pour une activité qui dure ou pour rester avec sa famille ou des amis) <input type="checkbox"/>
	a. Présence régulière d'aidants du réseau primaire <i>0. Oui</i> <i>1. Non</i> <input type="checkbox"/>
	b. L'aidant principal est soutenu par la famille ou des amis pour apporter de l'aide au client <i>0. Aide importante</i> <i>1: Aide occasionnelle</i> <i>2. Aucune aide, ou pas d'aidant principal</i> <input type="checkbox"/>
	c. La famille devrait avoir plus de soutien pour faire face aux problèmes du client <i>0. Oui</i> <i>1. Non</i> <input type="checkbox"/>
PARTICIPATION DU RESEAU PRIMAIRE	d. Réseau épuisé (par ex., parce que l'état de santé d'un aidant décline) <i>0. Capable de continuer (ou pas de besoin d'aide)</i> <i>1. Un ou plusieurs aidants sont incapables de continuer (ou aucune aide à disposition)</i> <input type="checkbox"/>

Histoire de vie (faits marquants, réduits au minimum utile à l'intervention):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnostic et traitement médical (uniquement si c'est utile et que le client donne son accord):

.....
.....
.....
.....

Signature de la personne qui a obtenu l'accord du client pour la communication du diagnostic, ou signature du client:

.....
.....

***Ces rubriques ne sont pas extraites du RAI-HC

Anexo G

Resident Assessment Instrument
Versão Portuguesa – D.Cabete 1998

HIGIENE DE VIDA	a) <i>Saidas</i> – Durante os últimos 30 dias, citar o número de vezes em que o cliente saiu de casa (qualquer que seja a duração da saída) 0. <i>Todos os dias</i> 2. <i>1 vez por semana</i> 1. <i>2 a 6 vezes/sem.</i> 3. <i>Nunca</i> <input type="checkbox"/>
	b) <i>Actividade física</i> : horas de actividade física nos 7 últimos dias (marcha, exercícios, limpezas) 0. <i>Duas horas ou mais</i> 1. <i>Menos de duas horas</i> <input type="checkbox"/>
RISCO DE QUEDA	a) Marcha instável 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>
	b) O cliente limita as suas actividades por medo de cair 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>
DOR	a) Queixas ou manifestação evidente de dor nos 7 últimos dias 0. <i>Sem dor</i> 1. <i>Dor menos de uma vez por dia</i> 2. <i>Dor todos os dias</i> <input type="checkbox"/>
	b) Se existe dor, as características ou intensidade são diferentes das habituais? 0. <i>Não (ou não tem dor)</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>
	c) Dor cuja intensidade perturba as actividades habituais 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>
	d) Tipo de dor 0. <i>Sem dor</i> 1. <i>Dor localizada num só local</i> 2. <i>Dor em vários pontos do corpo</i> <input type="checkbox"/>
	e) Uso de medicamentos 0. <i>Sem dor</i> 1. <i>Os medicamentos aliviam parcial ou completamente a dor</i> 2. <i>Os medicamentos não aliviam a dor</i> <input type="checkbox"/>
SONO	O cliente refere perturbações do sono? 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>
MEMÓRIA A CURTO PRAZO	A memória a curto prazo do cliente parece boa? O cliente consegue lembrar-se de alguma coisa ao fim de 5 minutos? 0. <i>Boa memória</i> 1. <i>Problemas de memória</i> <input type="checkbox"/>
CAPACIDADE DE TOMAR DECISÕES	O cliente toma decisões para organizar o seu dia (ex: hora de levantar, de comer, as roupas que veste ou que actividades fazer)? 0. <i>Independente</i> (decisões lógicas e razoáveis) 1. <i>Independência relativa</i> (algumas dificuldades face a novas situações) 2. <i>Alteração moderada</i> (pouca autonomia necessitando de estimulação e supervisão) 3. <i>Alteração importante</i> (quase não toma decisões) <input type="checkbox"/>
ISOLAMENTO	Até onde é que o cliente é capaz de se deslocar sozinho, sem ajuda, qualquer que seja a causa da sua limitação: 0. <i>Sem limitação</i> 1. <i>Dificuldade em utilizar transportes públicos</i> 2. <i>Limitado ao bairro em que vive</i> 3. <i>Limitado à casa</i> 4. <i>Limitado à cama</i> <input type="checkbox"/>
SOLIDÃO	O cliente refere ou manifesta que se sente só? 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>

AJUDAS TÉCNICAS UTILIZADAS	
-----------------------------------	--

SINAIS DE ESTADO DEPRESSIVO, ANSIEDADE OU TRISTEZA	Registrar todos os sinais observados no decorrer dos últimos 30 dias, quaisquer que sejam as causas 0. <i>Sem sinal</i> 1. <i>Sinal ocorrido até 5 vezes por semana</i> 2. <i>Sinal ocorrido quotidianamente ou quase</i>
	a) Uma impressão de tristeza ou de estar deprimido, de que a vida não vale a pena ser vivida, de que nada interessa, de que mais valia morrer <input type="checkbox"/>
	b) Cólera constante ou mal-estar consigo mesmo (ex: irritabilidade face aos cuidados recebidos) <input type="checkbox"/>
	c) Queixas de angústia ou queixas repetidas (ex: chamada constante de atenção/queixas quanto a horários, comida, roupa, relações com os outros) <input type="checkbox"/>
	d) Lágrimas e choro frequentes <input type="checkbox"/>
REDE PRIMÁRIA	e) Retração ou abandono dos centros de interesse (ex: desinteresse por uma actividade demorada ou em ficar com a família e amigos) <input type="checkbox"/>
	a) Presença regular de ajuda da rede informal 0. <i>Sim</i> 1. <i>Não</i> <input type="checkbox"/>
	b) A pessoa que presta a ajuda principal tem apoio da família e amigos para ajudar o cliente? 0. <i>Ajuda importante</i> 1. <i>Ajuda ocasional</i> 2. <i>Sem ajuda ou inexistência de ajudador principal</i> <input type="checkbox"/>
	c) A família deveria ter melhor suporte para fazer face aos problemas do cliente 0. <i>Não</i> 1. <i>Sim</i> <input type="checkbox"/>
	d) Rede esgotada (ex: deterioração do estado de saúde de um dos membros) 0. <i>Capaz de continuar</i> (ou sem necessidade de ajuda) 1. <i>Um ou mais membros da rede estão incapazes de continuar</i> (ou não existe ajuda à disposição) <input type="checkbox"/>

HISTÓRIA DE VIDA (factos importantes reduzidos ao mínimo indispensável para a intervenção):

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO MÉDICO (unicamente se for útil para a intervenção):

Enfermeiro/a: _____ Data: _____

Fonte: Recueil de données générales du Service d'Aide et de Soins Communautaires a Canton de Genève, 1997. Extrait et adaptation du RAJ-HC (Resident Assessment Instrument Home Care, 1995) Copyright interRAI Corporation, Washington D.C., 1995). Trad. D.Cabet

Anexo H

Análise de correlações na escala RAI/MDS

Correlações entre as várias dimensões da avaliação das AVD - Escala RAI/MDS

	Mobilidade na cama	Transfer	Mover-se	Andar	Vestir-se	Alimentar-se	Ir à casa de banho	Higiene quotidiana	Banho e duche	Função urinária
Mobilidade na cama	1.000	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Transfer	.663**	1.000	**	**	**	**	**	**	**	**
Mover-se	.635**	.887**	1.000	**	**	**	**	**	**	**
Andar	.622**	.900**	.972**	1.000	**	**	**	**	**	**
Vestir-se	.612**	.859**	.885**	.902**	1.000	**	**	**	**	**
Alimentar-se	.811**	.791**	.781**	.760**	.743**	1.000	**	**	**	**
Ir à casa de banho	.615**	.895**	.906**	.913**	.919**	.736**	1.000	**	**	**
Higiene quotidiana	.564**	.878**	.901**	.910**	.906**	.709**	.946**	1.000	**	**
Banho e duche	.555**	.861**	.863**	.877**	.871**	.681**	.903**	.927**	1.000	**
Função urinária	.439**	.513**	.499**	.494**	.462**	.465**	.491**	.520**	.459**	1.000

** . Correlation is significant at the 0.0001 level

Correlações entre as várias áreas da avaliação funcional RAI/MDS

	AVD	risco de queda	Dor	Imobilidade	Capacidade de tomar decisões	Rede primária	RAI Total
AVD	1.000	**		**	**	**	**
Risco de queda	.539**	1.000	**	**	**	**	**
Dor	.090	.225**	1.000		**	**	**
Imobilidade	.773**	.460**	.054	1.000	**	**	**
Capacidade de tomar decisões	.733**	.426**	-.039	.662**	1.000	*	**
Rede primária	.205**	.258**	.202**	.119	.174*	1.000	**
RAI Total	.958**	.613**	.339**	.786**	.711**	.334**	1.000

** . Correlation is significant at the 0.01 level

* . Correlation is significant at the 0.05 level

Anexo I

Pedido de autorização ao Centro de Saúde do Bonfim

Dulce dos Santos Gaspar Cabete
R. Natália Correia, nº 9 – 2º Dto
2810-329 ALMADA

Exmo Sr.
Director do Centro de Saúde do Bonfim
Praça do Brasil, nº 14-1º Esq.
2900 Setúbal

Dulce dos Santos Gaspar Cabete, enfermeira-chefe do Centro de Saúde do Bonfim e docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estando a realizar um Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, vem por este meio solicitar a vossa autorização para efectuar a recolha de dados para a investigação que está a desenvolver.

O tema em estudo é *“O impacto do internamento do idoso”* e a recolha de dados será feita pela aplicação de um questionário, que junto em anexo. Pretende-se uma amostra sequencial de 100 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, que recorram à consulta do Centro de Saúde, durante o mês de Março, para servir de grupo de controle. O grupo em estudo será constituído por uma amostra sequencial de 100 idosos internados no Departamento de Medicina do Hospital de Nª Sª do Rosário. O questionário será aplicado pela investigadora.

A resposta ao questionário é anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes. Os dados serão objecto de tratamento estatístico, pretendendo possível, publicar os resultados da investigação. Comprometo-me a entregar um exemplar da tese ao Centro de Saúde.

Agradecendo desde já toda atenção, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento que for achado conveniente,

Espera deferimento,

Setúbal, 11 de Fevereiro de 2001

Dulce dos Santos Gaspar Cabete

Anexo J

Autorização do Centro de Saúde do Bonfim

20.FEV.01 820

Dulce dos Santos Gaspar Cabete
R. Natália Correia, nº 9 – 2º Dto
2810-329 ALMADA

mandar em
recolha.
formar (cópia) a cada *brinquedo* das Ext² Saúde



Exmo Sr.
Director do Centro de Saúde do Bonfim
Setúbal

Dulce dos Santos Gaspar Cabete, enfermeira-chefe do Centro de Saúde do Bonfim e docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estando a realizar um Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, vem por este meio solicitar a vossa autorização para efectuar a recolha de dados para a investigação que está a desenvolver.

O tema em estudo é *“O impacto do internamento do idoso”* e a recolha de dados será feita pela aplicação de um questionário, que junto em anexo. Pretende-se uma amostra sequencial de 100 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, que recorrem à consulta do Centro de Saúde, durante o mês de Março, para servir de grupo de controle. O grupo em estudo será constituído por uma amostra sequencial de 100 idosos internados no Departamento de Medicina do Hospital de N^a S^a do Rosário. O questionário será aplicado, pela investigadora.

A resposta ao questionário é anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes. Os dados serão objecto de tratamento estatístico, pretendendo, se possível, publicar os resultados da investigação. Comprometo-me a entregar um exemplar da tese ao Centro de Saúde.

Agradecendo desde já toda atenção, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento que for achado conveniente,

Espera deferimento

Setúbal, 11 de Fevereiro de 2001

Dulce dos Santos Gaspar Cabete
Dulce dos Santos Gaspar Cabete

Anexo K

Pedido de autorização ao Hospital de Nossa Senhora do Rosário

Dulce dos Santos Gaspar Cabete
R. Natália Correia, nº 9 – 2º Dto
2810-329 ALMADA

Exmo Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de Nª Sª do Rosário
Barreiro

Dulce dos Santos Gaspar Cabete, enfermeira-chefe do Centro de Saúde do Bofim e docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, estando a realizar um Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, vem por este meio solicitar a vossa autorização para efectuar a recolha de dados para a investigação que está a desenvolver nos Serviços de Medicina desse Hospital.

O tema em estudo é **“O impacto do internamento do idoso”** e a recolha de dados será feita pela aplicação de um questionário, que junto em anexo. Pretende-se uma amostra sequencial de 100 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, com um internamento superior a 72 horas. O questionário será aplicado, pela investigadora, no início e no final do internamento.

A resposta ao questionário é anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes. Os dados serão objecto de tratamento estatístico, pretendendo publicar os resultados da investigação. Comprometo-me a entregar um exemplar da tese ao Hospital do Barreiro.

Agradecendo desde já toda atenção, estando disponível para prestar qualquer esclarecimento que for achado conveniente,

Espera deferimento

Setúbal, 11 de Fevereiro de 2001

Dulce dos Santos Gaspar Cabete

Anexo L

Autorização do Hospital de Nossa Senhora do Rosário



HOSPITAL
NOSSA SENHORA
DO ROSÁRIO
Ministério da Saúde
Região de Saúde de Lisboa e
Vale do Tejo

Exm^a. Senhora
Enf^a. Dulce dos Santos Gaspar Cabete
Rua Natália Correia, n^o 9 – 2^o dto
2810-329 ALMADA

10.11.91 00000

V.Ref^a.

N^a.Ref^a..:

Data:

Assunto:

Dando cumprimento ao solicitado na v/carta de 11 de Fevereiro p.p., informamos V.Ex^a. que de acordo com o parecer da Enfermeira Coordenadora do Departamento de Medicina, Enf^a. Filomena Martins, foi autorizada a recolha de dados no Serviço de Medicina I, tendo em conta o interesse da investigação, subordinada ao tema "*O impacto do internamento do idoso*".

Com os nossos melhores cumprimentos,

A ENFERMEIRA DIRECTORA



Helena Almeida, Enf^a.

HA/AI