

A influência da rede de suporte social nos aspectos biopsicossociais de pessoas idosas hospitalizadas

*The influence of network social care on the
biopsychosocial aspects in hospitalized elderly patients*

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez
Valéria Lins de Lima

RESUMO: Este estudo teve como objetivos: levantar os aspectos biopsicossociais da pessoa idosa hospitalizada; identificar se a dinâmica e o engajamento familiar influenciam na hospitalização e alta. Foram entrevistados 100 idosos, sendo que a maioria possui complexidade no cuidado. A rede de suporte social é pequena e constitui-se pela rede mais íntima, fator que pode retardar a alta hospitalar. Considera-se fundamental a gestão de casos almejando melhorias no processo de hospitalização e alta de pessoas idosas.

Palavras-chave: Idoso, Família, Hospital.

ABSTRACT: *This study aimed to: lift the biopsychosocial aspects of hospitalized elderly; identify whether family dynamics influence the hospitalization and verify that the factors related to family engagement can facilitate or retard the discharge. Were interviewed 100 elderly and most have complexity of care and social support network constitutes the most intimate can delay hospital discharge. It is essential to case management of hospitalized elderly targeting improvements in hospitalization process.*

Keywords: *Elderly; Family; Hospital.*

Introdução

O processo de envelhecer é influenciado por “fatores biológicos, psicológicos, econômicos, sociais, culturais, dentre outros”, que geralmente norteiam as pessoas de maneira negativa, tornando-as mais vulneráveis na velhice (Sthal, Wey & Castilho, 2010).

Durante o processo de envelhecimento, a rede social informal das pessoas representada pela família, comunidade, amigos e vizinhos, torna-se mais restrita devido ao “ninho vazio”, evidenciada pela perda de familiares por meio do processo vital dos mesmos (Barber, 1989). Também pela seletividade dessas pessoas na constituição da rede que as cerca.

Salienta-se que a família é um fator que influencia expressivamente na segurança física e emocional da pessoa idosa (Pimentel & Albuquerque, 2010). No entanto, nem sempre existe esse apoio familiar à pessoa idosa durante o processo de saúde/doença, principalmente se esta pessoa estiver hospitalizada ou no período de convalescença após a alta hospitalar.

Nesta abordagem, a ausência de rede de suporte social é bastante preocupante, pois o aumento rápido e intenso da população idosa resultará em uma demanda cada vez maior nos serviços de saúde. Sabe-se que as taxas de internações hospitalares e a duração destas internações aumentam com a idade (Peixoto, 2004).

O processo de hospitalização prolongado, às vezes, pode propiciar agravos emocionais no indivíduo (Castro, 2009). Existem, ainda, possibilidades de alterações na capacidade funcional e habilidades cognitivas devido ao afastamento de seus hábitos, costumes, rede de suporte social, trabalho, meio e cotidiano.

Considerando a vulnerabilidade da pessoa idosa e a falta de condições para realizar o autocuidado, após a alta hospitalar, torna-se necessária a presença de cuidador para ajudá-la na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, visando a prevenir ou diminuir agravos nas condições de saúde.

Na tentativa de amenizar complicações advindas da hospitalização da pessoa idosa, utiliza-se como tecnologia, a gestão de caso (González *et al.*, 2003). Assim, a gestão de caso é realizada pelo profissional que se responsabiliza pela atenção prestada à pessoa durante todo o processo clínico, propiciando julgamentos sobre a necessidade dessa atenção e sobre os serviços prescritos e recebidos pela equipe multiprofissional (Reinaldo & Luiz, 2006).

Esta gestão de caso reúne algumas características que tornam o equipamento prestador da atenção mais humanizado com qualidade atraente no âmbito biopsicossocial, favorecendo ainda o sistema de saúde, pois, além desse serviço oferecer o gerenciamento de qualidade no cuidado ao paciente com a intenção da restauração de saúde do mesmo, ele propicia a manutenção e cuidado contínuo dos serviços (Reinaldo & Luiz, 2006).

Nesse sentido, ao visualizar a internação hospitalar decorrente do envelhecimento populacional, Huyse *et al.* (1999) descreveram sobre a utilização do método INTERMED, ferramenta que integra os aspectos biopsicossociais da pessoa e a sua relação com o sistema de saúde, a partir de um processo global que possibilita refletir sobre a abordagem conceitual operacionalizada para realizar a gestão de caso.

Para qualificar o processo de hospitalização e alta, visando a benefícios à pessoa idosa/família/instituição é relevante conhecer a existência do engajamento familiar. Assim, esta pesquisa apresenta como objetivos: identificar se a dinâmica familiar influencia no processo de hospitalização da pessoa idosa; levantar os aspectos biopsicossociais desta pessoa e verificar se os fatores relacionados ao engajamento familiar podem favorecer ou retardar a alta hospitalar.

Materiais e Métodos

Desenho

Esta pesquisa do tipo quantitativa de caráter exploratório, transversal e descritivo, faz parte de um estudo intitulado “Gerenciamento de leitos em hospital de ensino” em desenvolvimento na Clínica Médica (CM) e Clínica Cirúrgica (CC) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), aprovado pela Comissão de Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-USP.

População e amostra

Os participantes são pessoas 60 anos ou mais, hospitalizados na CM e CC do HU-USP. A amostra é caracterizada por conveniência, cujas pessoas aceitam participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a obtenção de dados são: dados sociodemográficos dos participantes, autopercepção do estado de saúde, presença e importância de religiosidade, Escala de Depressão Geriátrica (EDG) reduzida contendo 15 perguntas, Escala de Katz, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI), o método INTERMED e dias de internação.

Os dados sociodemográficos relacionam-se ao sexo, idade, raça, escolaridade, estado civil, ocupação e rendimento familiar dos participantes.

A EDG oferece medidas válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos, utilizada para a detecção de depressão na pessoa idosa (Yesavage *et al.*, 1983).

A Escala de Katz tem como intuito avaliar a capacidade funcional do pessoa relacionada ao seu desempenho nas Atividades Básicas da Vida Diária – ABVD (Ferrari & Dalacorte, 2007). Este instrumento possibilita classificar a pessoa idosa como independente, semidependente ou dependente.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) tem por finalidade a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais (Folstein *et al.*, 1975).

O Mapa Mínimo de Relações avalia a rede de suporte social do idoso (Domingues, 2004). O instrumento é constituído por quatro quadrantes que representam família, amigos, comunidade e relações com os serviços sociais ou de saúde. Sob esses quadrantes, inscrevem-se três áreas, ou seja, um círculo interno de relações mais próximas, cujos contatos ocorrem pelo menos uma vez por semana; um círculo intermediário de relações pessoais com encontros que acontecem pelo menos uma vez por mês e um círculo externo de conhecimento e contatos ocasionais, no mínimo uma vez por ano. A disposição das pessoas nos quadrantes do instrumento define o tamanho da rede da pessoa, sendo caracterizada por rede pequena, média e grande. (Alvarenga *et al.*, 2011).

O método INTERMED possui como objetivo integrar os aspectos biopsicossociais da doença e a sua relação entre o paciente e o sistema de saúde atrelado ao seu percurso de vida. (Huyse *et al.*, 1999). Este método é composto por 17 questões abertas, juntamente com um

quadro, em que sua finalidade é tabular todas as informações que o entrevistador teve sobre o entrevistado.

Este quadro é constituído por uma grade de avaliação de complexidades, contendo linhas horizontais e colunas verticais conforme Figura 1.

Figura 1 – Variáveis do INTERMED

DOMÍNIOS	HISTÓRIA	ESTADO ATUAL	VULNERABILIDADE
BIOLÓGICO	Cronicidade (0) (1) (2) (3) Dilema diagnóstico (0) (1) (2) (3)	Gravidade sintomas (0) (1) (2) (3) Desafio diagnóstico/Terapêutico (0) (1) (2) (3)	Complicações e ameaça à vida (0) (1) (2) (3)
PSICOLÓGICO	Barreiras de enfrentamento (0) (1) (2) (3) Disfunção psiquiátrica (0) (1) (2) (3)	Resistência ao tratamento (0) (1) (2) (3) Sintomas psiquiátricos (0) (1) (2) (3)	Ameaça à saúde mental (0) (1) (2) (3)
SOCIAL	Problemas trabalho e lazer (0) (1) (2) (3) Situação social (0) (1) (2) (3)	Condições no domicílio (0) (1) (2) (3) Rede de apoio social precária (0) (1) (2) (3)	Vulnerabilidade social (0) (1) (2) (3)
SISTEMA DE SAÚDE	Acesso ao cuidado (0) (1) (2) (3) Experiência do tratamento (0) (1) (2) (3)	Organização do cuidado (0) (1) (2) (3) Coordenação do cuidado (0) (1) (2) (3)	Impedimentos do sistema de saúde/ Plano de saúde (0) (1) (2) (3) (?)
ESCORE TOTAL			

As linhas referem-se à abordagem geral dos sistemas (biológico, psicológico, social e sistema de saúde), as colunas por sua vez, abordam os dados em segmentos de tempo (história, estado atual e vulnerabilidade). Dessa maneira, criam-se “domínios” nessa grade, os mesmos contêm variáveis, descrevendo os riscos para a saúde da pessoa e suas necessidades. Essas variáveis têm por objetivo quantificar o risco do paciente em cada domínio, a partir de uma pontuação de 0 a 3 em cada variável (0 corresponde à ausência de complexidade e 3, o maior nível de complexidade); a soma dessas pontuações indicam a complexidade do paciente que pode variar de 0 a 15 pontos em cada domínio e a pontuação total varia de 0 a 60 pontos. Essa pontuação caracteriza a complexidade assistencial do indivíduo (INTERMED Foundation, 2009).

A Figura 2, a seguir, mostra os escores e suas respectivas complexidades, ações e profissionais envolvidos na complexidade da pessoa:

Figura 2 - Avaliação da complexidade assistencial segundo pontos clínicos totais do Método INTERMED (IM)

Complexidade assistencial	Ação	Agente
IM<10	Sem ação	Paciente independente
IM>10	Acompanhar a complexidade com indicadores	Profissional de cuidados primários. Gestor de Cuidados (GC).
15 - 24	Analisar a complexidade por meio da avaliação do INTERMED. Reduzir a complexidade focando nas interações.	Cuidado integrado - Indireto: supervisiona o GC. - Direto: observa o paciente em supervisão
25 - 30	Risco específico, necessidade de análises e planejamento.	Equipe interprofissional ambulatorial
> 30	Cuidado integrado intensivo Risco específico, necessidade de análises e planejamento.	Equipe interprofissional especializada

Salienta-se que, quanto maior a pontuação na complexidade assistencial, exigirá maior número de profissionais para garantir qualidade no cuidado.

Procedimento de coleta de dados

As visitas são realizadas a partir do rastreamento do grupo de pessoas idosas definidas na pesquisa com auxílio do censo diário das CM e CC. Primeiramente, analisa-se o prontuário do paciente na tentativa de coletar os dados relevantes sobre a história dos participantes relacionada aos aspectos biopsicossociais e de sistema de saúde. Em seguida inicia-se uma conversa com a pessoa idosa e/ou família, informando às pessoas envolvidas sobre a finalidade deste estudo e após assinarem o TCLE aplica-se os instrumentos de coleta de dados. Os dados analisados e os fatos relevantes são discutidos com os membros da equipe multiprofissional responsáveis pelo paciente.

Análise dos dados

Os resultados estão dispostos em tabelas com frequências de variáveis categóricas (sexo, escolaridade, renda) e estatística descritiva das variáveis contínuas dos demais dados.

Resultados

A amostra foi formada por 100 pessoas idosas, sendo 50 internadas na CM e 50 internadas na CC.

Perfil sociodemográfico

Este estudo contou com 100 participantes. Os resultados mostram uma similaridade nos dados sociodemográficos dos participantes da CM e CC. A maioria da amostra estudada é do sexo masculino, casada e refere ser de cor branca. A idade média foi de 70 anos. A maior parte dos participantes relatou ter o ensino fundamental incompleto e possuir renda mensal no valor de um a três salários mínimos. Grande parcela afirmou ser aposentada ou pensionista.

Autopercepção do estado de saúde, religiosidade e instrumentos de rastreio.

A autopercepção do estado de saúde possui uma extrema importância na clínica, pois verifica a própria avaliação do paciente sobre si mesmo.

Observa-se que 30% das pessoas idosas da CM referem estado de saúde classificados como ruim. No entanto, na CC, apenas 8% dos entrevistados avaliam negativamente as suas condições de saúde.

A partir dos resultados relativos à presença de religiosidade e ao grau de importância da mesma, verifica-se que a presença da religião é importante para a maioria dos entrevistados em ambas as clínicas.

Embora os dados referentes à avaliação da capacidade funcional dos entrevistados apresentem diferença pouco significativa, nota-se que os participantes da CM possuem maior grau de dependência em relação aos da CC.

Os sintomas depressivos percorrem metade dos entrevistados da CM.

Ocorre divergência nos resultados relacionados ao declínio cognitivo, pois a maioria dos participantes da CM apresenta declínio cognitivo.

Método INTERMED

O Método INTERMED avalia a complexidade biopsicossocial e do sistema de saúde de cada participante. Estes dados seguem nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Apresentação dos escores dos domínios do método INTERMED dos participantes da CM e CC do HU-USP. São Paulo, 2011-2012

Domínio	CM Média	CM Mínimo	CM Maximo	CM dp	CC Média	CC Mínimo	CC Maximo	CC dp
Biológico	9,56	0	14	1,04	7,78	2	13	0
Psicológico	4,76	0	12	0,98	2,10	0	11	1,04
Social	6,10	0	15	1,09	2,68	0	15	0,88
Serviços de Saúde	4,88	1	10	1,04	4,28	3	14	0,95
Total	17,44	1	51	4,15	16,84	5	53	2,87

Observa-se que a média do domínio biológico possui maior pontuação nas duas tabelas. Ressalta-se que os valores da pontuação total dos domínios podem variar de 0 a 60, e em cada domínio essa pontuação varia de 0 a 15 pontos.

Na tabela 2 há informações sobre a Classificação da Complexidade do método INTERMED (CI) segundo escore total dos domínios.

Tabela 2 - Apresentação do escore total segundo Complexidade do INTERMED (CI) dos participantes da CM e CC do HU-USP. São Paulo, 2011-2012

Escore Total (CI)	N	%	N	%
<10	1	2	6	12
>10	7	14	14	28
15-24	7	14	22	44
25-30	23	46	6	12
>30	12	24	2	4
Total	50	100	50	100%

Identifica-se que a maioria dos entrevistados possui alguma relevância na complexidade assistencial, considerando que o escore total a partir de 15 pontos desencadeia necessidade de maior atenção da equipe multiprofissional; nota-se, porém, que esta complexidade é mais presente nos participantes da clínica médica.

Mapa Mínimo das Relações do Idoso (MMRI)

O MMRI foi utilizado a fim de verificar a rede de suporte social da pessoa idosa em várias modalidades referentes ao apoio que recebem (visita, companhia, limpeza da casa, cuidados pessoais e apoio financeiro). Serão apresentados os resultados referentes às cinco questões com as médias das três áreas, ou seja, do círculo interno de relações mais próximas, do círculo intermediário de relações pessoais com encontros que acontecem pelo menos uma vez por mês e do círculo externo de conhecimento e contatos ocasionais.

Na *questão 1* - Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos: uma vez por semana (frequentemente), uma vez por mês (pouco frequentemente) e uma vez por ano (raramente)? Observa-se que o tamanho da rede social mais íntima dos participantes da CC é considerada média (média ponderada de 3,12), composta por um número maior a duas pessoas. A rede dos participantes da CM também considerada média (média ponderada 2,74). Em relação ao nível intermediário, a média da CC é 2,78, considerada média, na CM a média é 0,78, avaliada em uma rede pequena. No último nível a CC obtém 1,08 e a CM 0,56, ambas consideradas como rede pequena.

A *questão 2* - Com quem o(a) senhor(a) pode contar se desejar ou precisar de alguém para fazer-lhe companhia, pelo menos: uma vez por semana (frequentemente), uma vez por mês (pouco frequentemente), e uma vez por ano (raramente)? - notifica que o tamanho da rede social dos participantes é pequena nos três níveis, tanto das pessoas idosas da CC quanto da CM (média da CC - 1,98; 1,48 e 0,26 e média da CM - 1,24; 0,38 e 0,16) respectivamente, em cada nível de suporte da rede, composta por um número inferior a duas pessoas.

Já a *questão 3* - A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como por exemplo arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos: uma vez por semana (frequentemente), uma vez por mês (pouco frequentemente) e uma vez por ano (raramente)? - denota o tamanho da rede social dos participantes da CC, que é respectivamente 1,36; 0,72 e 0,26 para cada nível de suporte da rede, da CM; os valores são 0,88; 0,08 e 0,08. Assim, considera-se que as pessoas idosas entrevistadas de ambas as clínicas possuem pequena rede de suporte social em todos os níveis (valor inferior a duas pessoas).

Frente aos dados da *questão 4* - A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para os cuidados pessoais, como por exemplo trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, se deitar, pelo menos: uma vez por semana (frequentemente), uma

Gutierrez, B.A.O. & Lima, V.L.de. (2012, dezembro). A influência da rede de suporte social nos aspectos biopsicossociais de pessoas idosas hospitalizadas. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), "Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais", pp.355-372. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil:

vez por mês (pouco frequentemente) e uma vez por ano (raramente)?- as médias obtidas no tamanho dessa rede foi respectivamente 1,36; 0,72 e 0,26 na clínica cirúrgica; na clínica médica os valores são 0,88; 0,2 e 0,04. Assim, nota-se que a rede desses indivíduos é pequena, pois comporta uma quantidade inferior a duas pessoas.

Para a *questão 5 - Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar aluguel da casa, pagar uma conta, comprar comida, remédio etc., pelo menos: uma vez por semana (frequentemente), uma vez por mês (pouco frequentemente) e uma vez por ano (raramente)?* - têm-se as médias de cada rede na CC 1,38; 0,34 e zero e na CM; os valores são 0,86; 0,06 e 0,04. Assim, caracterizam-se as redes como pequena porque nelas resulta um valor inferior a duas pessoas.

Período de internação

A média de permanência dos pacientes internados na CM é 18,14 dias e da CC é 13,14 dias.

Discussão

Perfil sociodemográfico

Com relação às características demográficas encontradas, dados do IBGE (2008), mostraram que os homens possuem uma expectativa de vida menor em relação às mulheres, em 2008, o valor da expectativa foi de 69 anos. Esses dados podem explicar o fato de a maioria da amostra ser caracterizada pelo sexo masculino, que possui menor expectativa de vida, fazendo uso maior dos serviços hospitalares, a internação.

A maioria dos participantes é casada, indo ao encontro aos dados do IBGE (2008), que referiam essa mesma realidade entre a população idosa brasileira. Ainda, segundo dados do IBGE (2008), a população branca é superior no Brasil e, na velhice, esse panorama permanece o mesmo, igualando-se à amostra deste estudo em que a maior parte refere ser de cor branca.

A média de idade dos participantes é de 70 anos, convergindo com a média observada no estudo da PNAD (2008) de 69,9 anos (Lima-Costa *et al.*, 2011).

A maioria dos participantes é aposentada. Conforme dados do IBGE/PNAD (2009, a maior composição da renda das pessoas idosas é derivada da aposentadoria.

Também a maioria dos participantes possui o ensino fundamental incompleto. Este resultado corrobora com Louvison *et al.* (2008) e César e Pascoal (2003), ao descreverem que pessoas idosas, com nível de escolaridade inferior a quatro anos, utilizam em sua maioria serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A presença de religião e seu alto grau de importância foram citados pela maioria dos idosos. Bandeira e Panzini (2007), em revisão de literatura, afirmaram que crenças ocasionam uma melhora da saúde física e mental e, ainda, as pessoas que utilizam as crenças possuem maior satisfação de vida e bem-estar. Essas afirmações podem justificar que a maioria dos participantes desta pesquisa refere autopercepção de saúde classificada como “boa” ou “regular”, mesmo estando em um ambiente hospitalar.

Instrumentos de rastreio

Os participantes da CM apresentam maior incapacidade funcional em relação às pessoas idosas internadas na CC. Sabe-se que a CM comporta pessoas idosas com maior número de doenças crônico-degenerativas que podem acarretar elevação nessa incapacidade.

Com auxílio da EDG, observa-se que metade dos participantes da CM tem sintomas depressivos. Maciel e Guerra (2006) relataram que o próprio processo de envelhecer desencadeia sintomas depressivos, derivados tanto de eventos biopsicossociais acometidos nesse processo (perde de cônjuge, vulnerabilidade biológica, problemas de rede de suporte social, entre outros), quanto ao local que o indivíduo se encontra, porque a depressão pode resultar na dificuldade da pessoa em lidar com os níveis de tensão ambiental.

Os participantes da CM também apresentam período de internação superior. Conforme Guimarães e Filho (2011) e Guerrero e Catalán (2011) existe relação entre incapacidade funcional/ deterioração cognitiva e hospitalização.

Nesta abordagem, pode-se inferir que o maior declínio cognitivo encontrado nos participantes da CM pode estar atrelado ao maior período de permanência hospitalar.

Método INTERMED

A partir dos dados obtidos após a aplicação do Método INTERMED em seus quatro domínios – biológico, social, psicológico e sistema de saúde, depara-se que o domínio com maior pontuação é o biológico. Estes resultados incidem com os achados por Perez (2008), ao identificar que pessoas idosas hospitalizadas são, na maioria das vezes, frágeis e possuem maior complexidade assistencial.

Também Wild *et al.* (2011), ao utilizarem o método INTERMED em idosos hospitalizados, encontraram que o domínio biológico foi o de maior pontuação.

O domínio social encontra-se em segundo lugar em ordem decrescente de complexidade, resultado que vem ao encontro dos achados no MMRI utilizado nesta pesquisa, ao identificar que a rede de suporte social dos participantes é mínima.

Em relação ao domínio psicológico, a sua pontuação é a menor de todos os domínios. No entanto, ressalta-se a importância de atuar sobre os sintomas depressivos destas pessoas idosas hospitalizadas, pois os dados resultantes da EDG mostram que metade dos participantes da CM apresenta sintomas depressivos.

Segundo Tourigny-Rivard, Buchanan, Cappeliez *et al.* (2006), a depressão é o problema de saúde mental mais comum na terceira idade, acarretando impacto negativo em todos os aspectos da vida.

Pensando assim, infere-se que um dos fatores que propicia a elevação do escore no domínio psicológico é o próprio ambiente hospitalar, que pode causar na pessoa idosa o sentimento de medo, perda de identidade, isolamento social, diminuição da autonomia e ameaça às perspectivas de vida.

Quanto à pontuação da avaliação relacionada ao sistema de saúde, utilizada pelos participantes, esta está classificada em terceiro lugar. A menor pontuação refere-se às pessoas idosas internadas na CC. Esses resultados talvez se relacionem à satisfação com a internação para a solução de seus problemas cirúrgicos. Também pode ser decorrente da menor dificuldade da inserção dessa amostra ao atendimento no HU-USP e na rede de saúde da região do Butantã, ao serem comparadas ao atendimento de saúde e à disponibilidade de leitos hospitalares em outras localidades brasileiras. Ainda, esse grau de satisfação dos entrevistados pode ser influenciado pela baixa escolaridade e nível socioeconômico.

O gerenciamento de caso, conforme estudo de Rodríguez (2011), impacta a vida dos pacientes de maneira positiva, como propicia a diminuição da frequência e o período de

hospitalização, acarretando melhora da situação clínica, redução da sobrecarga dos familiares, bem como o custo hospitalar, a preservação da sua autonomia e da sua qualidade de vida. Nesse contexto, o Método INTERMED tenta de maneira sistematizada identificar a complexidade dos indivíduos em diversos domínios e, em seguida, realizar a ação de cuidado estipulada.

Suporte da rede social

A rede de suporte social foi considerada pequena praticamente em todas as condições avaliadas (visita, companhia, ajuda nas atividades da vida diária - AVD's, ajuda nos cuidados pessoais e auxílio financeiro). Também, nenhum entrevistado mencionou a presença de algum auxílio de profissionais seja da área da saúde ou social.

Observa-se, ainda, que a rede de suporte do círculo interno – aqueles que o visitam pelo menos uma vez por semana, demonstram os maiores valores nas condições avaliadas, podendo ultrapassar três vezes a mais que a rede intermediária e a rede de menor contato com o idoso. Estes resultados de certa maneira são uma boa notícia, pois a rede que possui a maior média é aquela mais próxima do participante.

Esta rede mais íntima é composta basicamente por familiares. Identifica-se que, dependendo da questão, ocorre o auxílio de um familiar diferente; no caso de visitas existe a predominância de outros parentes, caracterizados por nora, genro, cunhado, cunhada e sobrinhos. Já em relação à companhia, ocorre a predominância dos filhos.

Ao ser perguntado sobre o auxílio nas AVD's, compreende a predominância do auxílio das filhas. Sobre a ajuda em cuidados pessoais também se destacam as filhas. Quanto ao auxílio financeiro, ocorre predominância dos filhos.

Karsch (2003) afirmou que, no nosso país, a transição demográfica e a epidemiológica marcam um quadro de elevação do grau de dependência da pessoa idosa, caracterizado pelo déficit na realização das AVD's. Então, para suprir essa demanda, os familiares das pessoas idosas, especialmente, as mulheres, se tornam as cuidadoras.

Conforme Neri (1993), esse papel da mulher cuidadora da pessoa idosa, é um aspecto pré-determinado pela sociedade, podendo, assim, explicar a presença do auxílio das filhas nas respostas destes participantes. Contudo, os participantes nem sempre moram com essas cuidadoras.

Birren (1998) descreveu que uma nova forma de convívio está aparecendo: a “intimidade à distância”, segundo a qual as pessoas não moram na mesma casa, mas se visitam, telefonam e trocam favores.

Nesse sentido, a rede de suporte social é considerada de extrema relevância à pessoa idosa. O contato com os filhos, netos, irmãos e até mesmo com os amigos se faz muito importante para que a pessoa idosa possa enfrentar os obstáculos advindos do envelhecimento (Hein & Aragaki, 2012).

House (1981) e Cockerham (1991) afirmaram que as relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental. Assim, essa rede de suporte à pessoa idosa, além de auxiliá-la em questões instrumentais do cotidiano, também influencia em fatores biológicos.

Nota-se, também, que embora as redes de suporte tenham sido classificadas praticamente iguais, os valores das médias dos participantes da CM em relação ao da CC foram inferiores em quase todos os níveis.

Essa rede de suporte social mais escassa pode ser explicada por meio da teoria da seletividade socioemocional formulada por Carstensen (1991), ao afirmar que a rede de suporte social das pessoas idosas vai declinando ao longo do processo de envelhecimento, porque os mesmos se tornam mais seletivos em relação às interações sociais e ao comportamento emocional.

Sabe-se que essas alterações são de natureza adaptativa, pois permitem às pessoas idosas preservarem recursos, canalizá-los para alvos considerados mais importantes e otimizarem seu funcionamento afetivo e social (Carstensen, 1991).

Conclusão

Esta pesquisa identifica os aspectos biopsicossociais e do sistema de saúde de pessoas idosas hospitalizadas, bem como avalia o engajamento familiar destas pessoas. A maioria da amostra é do sexo masculino, baixa escolaridade, casada e refere ser de cor branca, com idade média foi de 70 anos e renda mensal no valor de um a três salários mínimos, sendo aposentados ou pensionistas.

Os participantes da CM apresentam maior período de internação, maior complexidade assistencial segundo o método INTERMED, maior declínio cognitivo, maior presença de sintomas depressivos e autopercepção da saúde como regular.

Também se identifica que esses participantes possuem maior complexidade no eixo biológico, sistema de saúde, seguido pelo psicológico e, por último, o social. A maior pontuação no sistema de saúde, na maior parte, decorre pelo fato de os mesmos estarem hospitalizados.

Com o auxílio do MMRI, observa-se que a rede de suporte social dessa amostra é considerada pequena, mas que é constituída basicamente por uma rede mais íntima – em que o participante possui contato pelo menos uma vez por semana, e que é composta basicamente por familiares. Esses dados de certa forma representam um resultado positivo, pois partindo da perspectiva que os familiares oferecem auxílio aos idosos, seja em questões instrumentais, companhia, auxílio financeiro e questões pessoais, no mínimo, uma vez por semana, demonstra que esses idosos dispõem de uma rápida assistência.

Certifica-se, por meio deste estudo, que, dependendo do auxílio que a pessoa idosa necessita, se faz presente uma figura diferente da família: homens oferecem em sua maioria ajuda financeira, quanto às mulheres oferecem assistência em cuidados pessoais aos participantes.

Os resultados advindos do método INTERMED mostram que os participantes possuem maior complexidade no domínio biológico, seguido pelo social e psicológico. Estes resultados podem ser explicados pela duração extensa que os participantes ficaram hospitalizados; esse fator tempo vai ao encontro com os resultados da rede de suporte social dos indivíduos que foi considerada escassa por meio do instrumento MMRI.

Por fim, se fez importante verificar como o engajamento familiar desses participantes pode atuar como uma rede de apoio nas diversas situações da vida e ser sustentado durante todo o processo de envelhecimento, principalmente na velhice, momento esse, que torna esses indivíduos tão vulneráveis e carentes de auxílio em suas atividades.

Certifica-se, por meio deste estudo, que a atuação do gestor de caso, utilizando o Método INTERMED e o MMRI em pessoas idosas hospitalizadas, possibilita a identificação dos aspectos biopsicossociais e do sistema de saúde e, ainda, o engajamento familiar dessas pessoas idosas que podem trazer prejuízos ao seu estado de saúde e à alta hospitalar.

A partir destes resultados, pode-se inferir que o déficit na rede social interfere nos aspectos biopsicossociais e sistema de saúde de pessoas idosas hospitalizadas.

Os dados deste estudo sobre a utilização do Método INTERMED e a utilização do MMRI têm que serem encarados como preliminares, que a sua aplicação tem que ser ampliada a diferentes populações e serem melhor avaliados sob a perspectiva de sua implicação na gestão do cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

Os achados desta pesquisa instigam sobre a relevância do papel do graduado em Gerontologia ao apresentar a competência de propiciar a integralidade do cuidado à pessoa idosa, e o quanto este profissional pode contribuir na melhoria da qualidade da assistência prestada no intra- e no extra-hospitalar.

Referências

- Alvarenga, M., Oliveira, M.A., Domingues, M.A.R.C., Amendola, F. & Facenda, O. (2009). Rede de Suporte Social do Idoso atendido por Equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva, 1*, pp. 1-11.
- Barber, C.E. (1989). Transition to the empty nest. *In: Bahr, S.J. & Peterson, E.T. Aging and the Family*, 15-32.
- Bertolucci, P.H.F., Brucki, S.M.D., Campacci, S.R. & Juliano, Y. (1994). O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 52, 1-7.
- Birren, J.E., (1998). A psychological perspective on the challenges of an aging society. *In: Aging Populations: The Challenge of an Aging Society, Proceedings*, 357. Salzburg: Draft.
- Castro, G. (2009). *Aspectos emocionais do paciente idoso hospitalizado e o papel do psicólogo hospitalar*. Santa Catarina. (mimeo).
- Carstensen, L.L. (1991). Socioemotional selectivity theory: Social activity in lifespan context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
- César, C.L.G. & Pascoal, S.M.P. (2003). Uso de serviços de saúde. *In: Lebrão, M.L. & Duarte, Y.A.O. (Org.). O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 227-238.
- Cockerham, W., Sahrp, K. & Wilcox, J. (1990). Aging and perceived health status. *Journal of Gerontology: Social Science*, 38(3), 349-355.
- Domingues, M.A.R.C. (2004). *Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso*. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Ferrari, J.F. & Dalacorte, R.R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados Porto Alegre (RS): *Scientia Medica*, 17(1), 3-8.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-198.

- Guererro, L.L.G. & Catalán, A.G. (2011). Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(6), 1377-1384.
- Guimarães, M.N.M.Q. & Almada F.C.M. (2011). Functional status change in older adults undergoing coronary artery bypass surgery. São Paulo (SP): *Med. J.*, 129(2), 99-106.
- Hein, M.A. & Aragaki S.S. (2012). Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). Rio de Janeiro (RJ): *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(8).
- House, J., Landis, K. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-544.
- Huyse *et al.* (1999). "INTERMED": a method to assess health service needs. Results on its validity and clinical use. *Gen Hosp Psychiatry*, 21, 39-48.
- INTERMED Foundation (2012). *INTERMED Foundation*. Recuperado em 02 novembro, 2012, de: <http://www.intermedfoundation.org/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2008*. Rio de Janeiro (RJ): IBGE - Depis.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Lima-Costa, F.M., Matos, D.L., Camargos, V.P., Macinko, J. (2011). Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3689-3696.
- Louvison, M.C.P., Lebrão, M.L., Duarte, Y.A.O., Santos, J.L.F., Malik, A.M. & Almeida, E.S. (2008). Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. São Paulo (SP): *Rev. Saúde Pública*, 42(4).
- Maciel, A.C.C. & Guerra, R.O. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*, 55(1), 26-33.
- Martins, T., Ribeiro, J.P. & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais Caregiver burden questionnaire: validation study. *Psic., Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Neri, A.L. (1993). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas (SP): Papyrus.
- Panzinil, R.G. & Bandeira, D.R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(1), 126-135.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*, 548. New York (EUA): Guilford Press.
- Peixoto, S.V., Giatti, L., Afradique, M.E. & Lima-Costa, M.F. (2004). Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13, 239-246.
- Perez, M. (2008). A População Idosa e o Uso de Serviços de Saúde. UERJ: *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 30-37.
- PNAD (2008). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*. Recuperado em 2 novembro, 2012, de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>.
- Reinaldo, M.A.S. & Luís, M.A.V. (2006). Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica. *Rev. Min. Enf.*, 10(1), 61-68.

Rodríguez, A.G. (2011). Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. Natal: *Estud. Psicol*, 16(3).

Sthal, H.C., Berti, H.W. & Palhares, C.V. (2010). Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. *Esc Anna Nery* 14(4), 697-704. (mimeo).

Tourigny-Rivard, M.F., Buchanan, D., Cappeliez, P. *et al.* (2006). *The assessment and treatment of depression*. Toronto (Canada): Canadian Coalition for Seniors Mental Health.

Yesavage, J.A., Brink, T.L. & Rose T.L. *et al.* (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*, 17, 37-49.

Wild *et al.* (2011). Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: The INTERMED for the elderly (IM-E). *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 169-178.

Recebido em 02/12/2012

Aceito em 12/12/2012

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez - Docente do Curso de Graduação em Gerontologia da EACH/USP. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP.

E-mail: biagutierrez@yahoo.com.br

Valéria Lins de Lima - Graduanda em Gerontologia da EACH/USP.

E-mail: valeria.lins@usp.br