

Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento

Quality of life in hospitalized older persons: a comparison of admission to discharge from hospital

Gorete Santos
Liliana Sousa

RESUMO: A literatura tem sugerido que as pessoas idosas, após o internamento hospitalar, tendem a apresentar menor qualidade de vida (QV). Este estudo compara a QV em pessoas idosas (≥ 65 anos) no momento da admissão e alta hospitalar, em termos de: aspetos sensoriais (visão, audição e comunicação); cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar. Os dados apontam para diminuição da QV, principalmente ao nível da capacidade funcional e da percepção de bem-estar. Os resultados têm implicações para o desenvolvimento de medidas de melhoria dos cuidados às pessoas idosas durante o internamento hospitalar.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Hospitalização; Qualidade de vida.

ABSTRACT: *The literature has suggested that the elderly after hospitalization tend to have lower quality of life (QOL). This study compares the QOL in elderly (≥ 65 years) at admission and discharge in terms of: sensory aspects (vision, hearing and communication); self-care; mobility, safety, place of residence and finances, health y life styles, mental health and well being. The data point to a decreased of QOL, especially at the functional ability level and perception of well being. The results have*

implications for the development of measures to improve care for the elderly during hospitalization.

Keywords: *Elderly; Hospitalization; Quality of life.*

Introdução

A nossa sociedade está a envelhecer, tornando mais relevantes tópicos como a qualidade de vida (QV) em pessoas mais idosas. A QV é multidimensional, envolvendo factores como estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e actividades de lazer (Fernandez-Mayoralas *et al.*, 2007). E é subjectiva, pois trata-se da percepção individual, sendo que as diferenças entre pessoas idosas têm sido explicadas por estilos de vida, condições socioeconómicas e características pessoais (Fonseca, 2005).

As pessoas idosas são as principais clientes hospitalares e são utentes diferentes dos pacientes mais novos hospitalizados. Comparados com os mais novos, os idosos são hospitalizados com mais frequência, por períodos mais longos e apresentando maior severidade em termos de patologia. Além disso, a hospitalização é vivida de forma mais complexa do que em idades mais novas, pois é mais facilmente associada à morte, dependência e doença; e, por isso, é normalmente vivenciada com grande stresse, angústia e ansiedade.

Em Portugal não foram encontrados estudos sobre hospitalização e QV. Contudo, a pesquisa internacional indica que, na velhice, a hospitalização é de grande risco, pois tende a ser seguida por diminuição da QV, muitas vezes, de forma irreversível (e.g., Siqueira *et al.*, 2004; Souza, 2011). Assim, é relevante comparar a QV de pacientes idosos (adotando a sua perspectiva) no momento da admissão e alta hospitalar, considerando dimensões relevantes na QV; neste estudo examinam-se as seguintes: aspetos sensoriais; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar. Desta forma, espera-se contribuir para um melhor planeamento dos cuidados durante e após o internamento hospitalar.

Envelhecimento, Qualidade de Vida e Hospitalização

O envelhecimento da população humana é um fenómeno mundial. Os idosos são o grupo etário onde as alterações são mais significativas, pelo aumento do número de idosos e prolongamento do tempo de vida. O envelhecimento tem sido associado a uma perspetiva patológica, principalmente porque as abordagens tendem a centrar aspetos biomédicos (como doença e dependência funcional). Nestas circunstâncias, o envelhecimento tem sido ligado a estereótipos negativos (tais como dependência, doença, incapacidade, inutilidade, solidão) que se repercutem no autoconceito da pessoa idosa (por exemplo, tentar negar a velhice e/ou negligenciar as suas necessidades, vontades ou desejos) (Paschoal, 2006).

O prolongamento da vida humana coloca o desafio de estender a QV aos anos conquistados (Trentini, 2004; Paschoal, 2004; Fleck, 2002). A definição de QV é de difícil operacionalização, pois é um conceito complexo, ambíguo, amplo, dinâmico (varia com a cultura, as características individuais e ao longo do tempo). Assim, é um conceito subjectivo, complexo e multidimensional, influenciado pela percepção individual, e por factores biológicos, culturais, sociais e ambientais (como idade, raça, cultura e estatuto socioeconómico). Neste estudo adota-se a definição da OMS (1994), também utilizada no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004). A QV (WHO, 1994) é: *“Uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente”*. Esta definição esteve na base da construção do instrumento usado neste estudo – Easy Care. Na definição prevalece a ideia de subjetividade (perspetiva individual), multidimensionalidade (várias dimensões), umas positivas e outras negativas (uma “boa” QV exige a presença de alguns elementos e a ausência de outros), envolvendo factores internos (como a personalidade) e externos (por exemplo, hábitos e estilo de vida).

A QV na velhice assume contornos específicos, pois os padrões de envelhecimento variam (Fleck, 2008). Nesta fase da vida, a QV associa-se ao passado (principalmente em termos dos estilos de vida adotados), ao presente (sobretudo na

forma como se encara o envelhecimento) e às perspectivas de futuro, mesmo que limitado (nomeadamente no sentido e projetos que se desenham para a vida) (e.g. Páscoa, 2008; Mariz, 2003; Fonseca, 2005). Frequentemente, a QV na velhice tem sido associada à in/dependência funcional, pois os anos de vida avançados tendem a ser acompanhados de deterioração de capacidades funcionais e de doenças que potenciam a dependência (Rocha *et al.*, 2002; Fleck, 2002). Na velhice há tendência para utilizar o estado de saúde e qualidade de vida como sinónimos; contudo a distinção deve ser efetuada (e.g., Paúl e Fonseca, 2005): a QV pode ser uma consequência do estado de saúde, mas a saúde é apenas um dos determinantes da QV. Assim, outros aspetos influenciam a QV na velhice, tais como (e.g., Rocha *et al.*, 2002): rendimentos (por exemplo, as reformas baixas, insuficientes para enfrentar as necessidades, limitam a autonomia e diminuem a QV); reforma (pode levar à perda de papéis sócias e diminuição da autoestima e da QV); e o afastamento do meio (por exemplo, através da institucionalização ou saída da própria casa para viver com um filho/a, tende a diminuir a QV). Na velhice, a manutenção da QV depende da aquisição de atitudes e processos de *coping* que permitam à pessoa idosa adaptar-se, encontrando formas (dentro das suas circunstâncias) de permanecer envolvida com o meio que a rodeia (Lazarus, 1998).

A QV na velhice é importante para compreender o processo de envelhecimento e para desenvolver estratégias que visem ao bem-estar. Um internamento hospitalar, em qualquer idade, é um momento vivido com elevada ansiedade, sendo que na velhice se torna mais complexo, pela mais fácil associação à morte, dependência e doença. Além disso, a hospitalização tende a reforçar sentimentos negativos da pessoa idosa, principalmente porque fica mais frágil, tensa e com sensação de isolamento (Carvalhais & Sousa, 2007). Ainda se verifica que após a alta hospitalar, principalmente as pessoas idosas tendem a apresentar declínio funcional e maior morbidade e mortalidade nos meses seguintes (Ponzetto *et al.*, 2003). Além disso, após a alta hospitalar tendem a apresentar um declínio funcional e maior morbidade e mortalidade nos meses seguintes (Ponzetto *et al.*, 2003): 20,2% (6 meses após o primeiro internamento) - institucionalização e morte.

O internamento hospitalar ocorre essencialmente de 2 formas: planeada, por norma para alguma cirurgia; de urgência; a pessoa entra na urgência e a equipa médica decide pelo internamento. E envolve dois tipos principais de experiência: pessoas que nunca foram internadas; pessoas com experiência prévia de internamento. Em qualquer dos casos, o indivíduo, quando é internado, tem esperança se recuperar ou se sentir

melhor (*que descubram o que tem e o tratem*); ao mesmo tempo tem medo de não ficar melhor ou de até ficar pior. A literatura indica que as pessoas idosas tendem a apresentar taxas de internamento hospitalar mais elevadas do que as observadas noutros grupos etários, bem como maior duração do internamento (Giacomini & Wanderley, 2010).

Alguns dados hospitalares portugueses indicam que mais de um terço do total das altas hospitalares corresponde a pessoas com 65 anos ou mais, sendo que cerca de 53% têm períodos de internamento superiores a 20 dias (Campos, 2008). Prevê-se que entre 2002 e 2017, haja um aumento de 78% de internamentos hospitalares de pessoas idosas e de 16% entre os restantes grupos etários (Boltz e Harrington, 2005). Um internamento hospitalar nos últimos 12 meses aumenta 4 vezes o risco de reinternamento nas pessoas idosas (Kamasaki & Diogo, 2007). Cerca de metade dos internamentos têm como principal causa, doenças do foro circulatório e respiratório (Siqueira *et al.*, 2004; Filho *et al.*, 2004; Mathias & Jorge, 2005; Britto *et al.*, 2009 e Jobim *et al.*, 2010). A pessoa idosa durante um internamento tende a mostrar (Inouye *et al.*, 2000; Siqueira *et al.*, 2004; Kamasaki & Diogo, 2005; 2007; Hoogerderjn, 2011): redução da capacidade funcional (34% a 50% durante o período de internamento); múltiplos problemas médicos, como polimedicação e complicações, que acarretam internamentos mais prolongados; mais probabilidade de falecer no hospital. A hospitalização tende a ter impacto negativo nas pessoas idosas, com o surgimento de diversas complicações, destacando-se aumento da dependência delírio, quedas, úlceras de pressão e desidratação (Eliopoulos, 2005).

Objectivos

Este estudo analisa a influência da hospitalização na QV da pessoa idosa. Em termos específicos caracteriza e compara a QV no momento de admissão e alta do internamento hospitalar, considerando as seguintes dimensões: visão, audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável e saúde mental e bem-estar.

Os resultados permitirão compreender melhor o processo de internamento hospitalar em pessoas idosas e identificar medidas que promovam a QV.

Métodos

Foi adoptada uma metodologia quantitativa, de características descritivas, comparativas e correlacionais. Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética (n.º 762/CA) do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E., em 14 outubro de 2009.

Procedimento da Recolha de Dados

Foram aplicados 250 questionários através de entrevista no momento de admissão do doente no serviço, e foi aplicado o mesmo questionário no momento de alta.

No momento de admissão, após o acolhimento ao doente pelo profissional de serviço, os doentes eram contactados pela autora que pedia a sua colaboração (incluindo serem entrevistados no momento da alta).

Quando os doentes tinham alta clínica, o profissional de serviço contactava a autora que ia realizar as entrevistas. As entrevistas decorreram no hospital, sempre em locais que respeitavam a privacidade, após a assinatura do consentimento livre e esclarecido.

A colheita de dados decorreu entre janeiro e agosto de 2010. A duração média das entrevistas foi de 30-40 minutos.

Os idosos, especialmente os que vivem sós, necessitam contar as suas histórias de vida e de contacto social, tornando as entrevistas mais morosas.

Foram seleccionadas pessoas idosas (mais de 64 anos) internadas no serviço de Medicina 1, 2 e 3 do Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. Este local foi escolhido intencionalmente por a autora lá trabalhar e ser uma instituição parceira da Universidade de Aveiro.

O tamanho da amostra foi determinado após uma pesquisa sobre o número de doentes com idade superior a 64 anos que deram entrada no serviço de medicina interna em 2009 (ano anterior ao recolhimento dos dados deste estudo), através do Gabinete de Gestão de Informação do Hospital.

Verificou-se que foram internados 391 pessoas idosas no ano de 2009; uma amostra representativa desta população deveria incluir 196 participantes, e atendendo à

previsível morte experimental entre as 2 aplicações (admissão e alta), optou-se por uma amostra de 250 participantes (Krejcie, 1970).

Instrumentos

No estudo utilizou-se: i) questionário socioeconómico e clínico (sexo, idade, escolaridade, profissão anterior à reforma, local de residência, diagnóstico ou motivo de internamento, data de internamento no serviço, tipo de apoio social recebido); ii) EasyCare (Elderly Assessment System, Sistema de Avaliação de Idosos; versão portuguesa, Figueiredo, Sousa & Guerra, 2009).

EASYCare

O EASYcare é um instrumento de rápida e simples utilização, que identifica múltiplas necessidades e diferentes domínios da QV em pessoas idosas (≥ 65 anos). A versão 2009 contempla questões sobre (*EASYcare Standard*): aspectos sensoriais, autocuidado, mobilidade, segurança, condições de habitação, situação financeira, actividade física e saúde mental e bem-estar.

Permite calcular três scores: risco de queda; risco de ruptura de cuidados; independência. No EASYcare valores mais elevados significam menor QV percebida e maior incapacidade; a pontuação pode variar entre um mínimo de 4 e um máximo de 144.

A principal limitação do EASYcare é a impossibilidade de ser aplicado a pessoas que não se possam exprimir, por exemplo: afasia ou outras alterações da linguagem ou alterações cognitivas (Sousa *et al.*, 2003).

Amostra

Na fase de admissão, a amostra é constituída por 250 participantes (Tabela 1), 50,4% do sexo feminino (Tabela 1).

A média etária é de 79,63 anos (DP=7,64), residindo 59,6%, em meio urbano.

Quanto ao estado civil, 49,2% são casados, 44,4% são viúvos e 2,4 % são divorciados. Observa-se que 41,6% vive em casal, 39,2% em família e 6% estão institucionalizados. 62% estão reformados.

Em relação ao rendimento: 70% indica ser “suficiente” e 26,4% refere que “não chega para as necessidades”.

Verifica-se predomínio de baixa escolaridade, sendo a média de 2,4 anos de escolaridade (DP=2).

Em relação ao diagnóstico clínico ou motivo de internamento (categorizados de acordo com os aparelhos do corpo humano) observa-se: 36,8% - doenças respiratórias; 18,8% - com multipatologias e 14,4% do aparelho neuro-hormonal; 11,6% do aparelho circulatório.

Quanto aos antecedentes clínicos: 44% - com multipatologias; 21,6% - do aparelho circulatório; 9,2% sem antecedentes clínicos relevantes. Em relação ao apoio social: 85,2% - sem apoio; 7,2% - lar de idosos; 6,8% – apoio domiciliar.

Na fase de alta, a amostra compreende 182 participantes (72,8%); este decréscimo deveu-se a: 13,2 % (n=33) faleceram; 9,6% (n=24) ausentaram-se do serviço sem reinquirição; 3,2% (n=8) foram transferidos de serviço; e 1,2% (n=3) recusaram responder.

O tempo médio entre a 1ª e a 2ª inquirição foi de 10 dias, variando entre 3 dias e 25 dias (Tabela 1, a seguir).

Tabela 1. Caracterização dos participantes

	1ª Fase (admissão)		2ª Fase (alta)	
	n	%	N	%
Sexo=$\chi^2=0,206$, $p=0,886$				
Feminino	126	50,4	93	51,1
Masculino	124	49,6	89	48,9
Residência=$\chi^2=0,408$, $p=0,523$				
Rural	101	40,4	68	37,4
Urbana	149	59,6	114	62,6
Estado Civil=$\chi^2=0,475$, $p=0,924$				
Casado	123	49,2	94	51,6
Divorciado	6	2,4	3	1,6
Solteiro	10	4,0	7	3,8
Viúvo	111	44,4	78	42,9
Rendimento=$\chi^2=0,537$, $p=0,970$				
1. Sobra algum dinheiro	9	3,6	6	3,3
2. Suficiente	175	70,0	133	73,1
3. Não chega para as necessidades	66	26,4	43	23,6
Com quem vive?=$\chi^2=0,489$, $p=0,783$				
Casal	104	41,6	80	44,0
Família	98	39,2	68	37,4
Instituição	14	5,6	9	4,9
Outra	4	1,6	4	2,2
Sozinho	30	12,0	21	11,5
Situação profissional=$\chi^2=0,521$, $p=0,914$				
Doméstica	2	0,8	2	1,1
Trabalhador a tempo inteiro	10	4,0	8	4,4
Pensionista	83	33,2	55	30,2
Reformado	155	62,0	117	64,3
Diagnóstico ou motivo de internamento=$\chi^2=0,783$, $p=0,993$				
Aparelho Reprodutor	0	0,0	0	0,0
Aparelho Circulatório	29	11,6	22	8,8
Aparelho Respiratório	92	36,8	68	27,2
Aparelho Neuro-Hormonal	36	14,4	24	9,6
Aparelho Digestivo	20	8,0	17	6,8
Aparelho Excretor	18	7,2	13	5,2
Esqueleto	8	3,2	4	1,6
Multipatologias	47	18,8	36	14,4
Antecedentes Clínicos=$\chi^2=1,33$, $p=0,995$				
Nenhum	23	9,2	20	8,0
Aparelho Reprodutor	1	0,4	0	0,0
Aparelho Circulatório	54	21,6	37	14,8
Aparelho Respiratório	14	5,6	10	4,0
Aparelho Neuro-Hormonal	25	10,0	18	7,2
Aparelho Digestivo	11	4,4	9	3,6
Aparelho Excretor	8	3,2	7	2,8
Esqueleto	4	1,6	3	1,2
Multipatologias	110	44,0	80	32,0
Apoio Social=$\chi^2=13,01$, $p=0,00$				
Sim	37	14,8	53	29,1
Não	213	85,2	129	70,9
Se sim, qual?=$\chi^2=4,84$, $p=0,184$				
Serviço de Apoio Domiciliário	17	6,8	36	19,8
Centro de Convívio	0	0,0	1	0,5
Lar de Idosos	18	7,2	17	9,3
Acolhimento familiar	2	0,8	1	0,5

A amostra na fase de alta apresenta uma distribuição similar à fase de admissão (Tabela 1) em todas as variáveis, com exceção da variável “Apoio social” em que as diferenças são significativas: na fase de alta, aumentamos utentes que usam equipamentos sociais (serviço de apoio domiciliário e lar de idosos). Tal ocorre porque durante o internamento são detectadas situações que necessitam de apoio domiciliar ou o grau de dependência dos doentes aumenta exigindo uma resposta social.

Ainda uma referência aos participantes entrevistados na admissão que morreram durante o internamento: média de idade de 78,12 anos, 51,5% a viver em família; 78,8% reformados; média de 2,4 anos de escolaridade (DP=2,008). Quanto ao apoio social: 81,8% - sem apoio; 12,1% - lar de idosos; e 6,1% - apoio domiciliar. Em relação ao diagnóstico: 33,3% - doenças respiratórias; 21,2% - doenças do aparelho neuro-hormonal; 15,2% - multipatologias. Quanto aos antecedentes clínicos: 45,5% - apresentavam multipatologias, 27,3% patologia do aparelho circulatório e 3% sem antecedentes clínicos relevantes.

Análise de Dados

A análise dos dados baseia-se na análise descritiva e comparativa, efetuada com o apoio do *software* SPSS vs 19.

Resultados

No domínio dos aspetos sensoriais (visão, audição e comunicação), emergem diferenças entre a admissão e alta, sobretudo: aumentam os participantes que precisam de alguma ajuda para se fazerem entender (em termos de fala); e aumentam os que precisam de ajuda para usar o telefone (tabela X).

Na dimensão cuidar de si, ocorrem diferenças entre a admissão e a alta hospitalar: nos itens relativos a vestir-se, realizar tarefas domésticas e preparar refeições, diminuem aqueles que não precisam de ajuda e aumentam os incapazes de realizar as atividades; nos itens alimentar-se, tomar a medicação, incontinência urinária e utilizar a sanita, verifica-se o aumento dos participantes que necessitam de alguma

ajuda; nos itens cuidar da aparência, lavar as mãos e a cara e utilizar a banheira, aumentam os que precisam de ajuda.

Na mobilidade, existem diferenças entre a admissão e a alta; essencialmente diminuem os participantes que referem não ter problemas e aumentam os que precisam de ajuda ou que são incapazes (Tabela 2, a seguir).

Tabela 2. *EASYCARE*: Aspetos sensoriais, cuidar de si e mobilidade

	Admissão		Alta		Admissão		Alta		Admissão		Alta	
	Sem dificuldade				Precisa de Ajuda				Incapaz			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Visão, audição e comunicação												
Consegue ver?	189	75,6	135	74,2	60	24	46	25,3	1	0,4	1	0,5
Consegue ouvir?	195	78	140	76,9	55	22	42	23,2	0	0	0	0
Tem dificuldade em fazer-se entender devido a problemas de fala?	217	86,8	151	83	33	13,2	31	17	0	0	0	0
Consegue utilizar o telefone?	116	46,4	75	41,2	57	22,8	50	27,3	77	30,8	57	31,3
Cuidar de si												
Consegue vestir-se?	155	62	94	51,6	82	32,8	69	37,9	13	5,2	19	10,4
Consegue fazer as suas tarefas domésticas?	55	22	30	16,5	62	24,8	33	18,1	133	53,2	119	65,4
Consegue preparar as suas refeições?	71	28,4	35	19,2	61	24,4	41	22,2	118	47,2	106	58,2
Consegue alimentar-se?	209	83,6	131	72	34	13,6	45	24,7	7	2,8	6	3,3
Consegue tomar os seus medicamentos?	113	45,2	64	35,2	125	50	107	58,8	12	4,8	11	6
Tem incontinência urinária?	169	67,6	106	58,2	65	26	60	33	16	6,4	16	8,8
Tem incontinência fecal?	223	89,2	158	86,8	18	7,2	15	8,2	9	3,6	9	4,9
Consegue utilizar a sanita?	178	71,2	98	53,8	58	23,2	69	37,9	14	5,6	15	8,2
Consegue cuidar da sua aparência pessoal?	193	77,2	112	61,5	57	22,8	70	38,5				
Consegue lavar as mãos e a cara?	214	85,6	135	74,2	36	14,4	47	25,8				
Consegue utilizar a banheira ou o duche?	139	55,6	77	42,3	111	44,6	105	57,7				
Mobilidade]												
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira?	175	70	95	52,2	62	24,8	70	38,5	13	5,2	17	9,3
Consegue subir e descer escadas?	90	36	60	33	126	50,4	83	45,6	34	13,6	39	21,4
Consegue andar no exterior?	80	32	40	22	76	30,4	57	31,3	94	37,6	85	46,7
Consegue ir às compras?	64	25,6	29	15,9	63	25,2	48	26,4	123	49,2	105	57,7
Consegue deslocar-se a serviços públicos?	63	25,2	30	16,5	67	26,8	47	25,8	120	48	105	57,7

(Não foi aplicado o teste qui-quadrado, não cumpria os pressupostos necessários <5 em muitas células)

Em termos de segurança, não se verificam diferenças significativas entre a admissão e a alta hospitalar; em geral, os resultados indicam que os participantes se sentem seguros dentro e fora de casa, e têm sempre alguém que os possa ajudar em caso de necessidade; contudo, a maioria já se sentiu ameaçado e/ou discriminado (Tabela 2).

No domínio local de residência e finanças, os dados indicam diferenças significativas entre a admissão e a alta; verifica-se que diminuem os participantes satisfeitos com o local de residência e capazes de gerir as suas finanças; aumentam os participantes que gostariam de obter mais informação sobre apoios sociais (Tabela 2).

Na dimensão manter-se saudável, não se verificam diferenças significativas. Na vertente saúde mental e bem-estar, os dados indicam diferenças significativas entre a admissão e a alta; observa-se que diminuem as pessoas que se sentem capazes de realizar atividades que considerem importantes; diminuem as preocupações com esquecimentos; aumentam os problemas em dormir, aumentam aqueles que se sentem em baixo, e aumentam os participantes com pouco interesse em fazer coisas.

Tabela 3. *EASYCARE*: segurança, residência, manter-se saudável, saúde mental e bem-estar

	Admissão n=250		Alta n=182		
Segurança [χ^2 (4) =1,36, p=0,851]					
	Sim	n	%	n	%
Sente-se seguro dentro da sua casa?		235	94	165	82,4
Sente-se seguro fora da sua casa?		219	87,6	150	82,4
Já alguma vez se sentiu ameaçado/assediado por alguém?		223	89,2	177	97,3
Sente-se discriminado por alguma razão?		230	92	175	96,2
Tem alguém que o possa ajudar em caso de doença ou emergência?		236	94,4	176	96,7
Local de residência e finanças [χ^2 (2) =11,53, p=0,003]					
	Sim	n	%	n	%
Está satisfeito com o seu local de residência?		175	70	105	57,7
Consegue gerir o seu dinheiro e assuntos financeiros?		139	55,6	65	35,7
Gostaria de obter aconselhamento sobre benefícios ou subsídios?		204	81,4	172	94,5
Manter-se saudável [χ^2 (4) =3,08, p=0,544]					
Pratica exercício regularmente? Não		194	77,6	146	80,2
Fica com falta de ar durante atividades normais? Sim		158	63,2	119	65,4
Fuma tabaco? Não		220	88,0	169	92,9
Acha que bebe demasiadas bebidas alcoólicas? Não		241	96,4	182	100
A sua tensão arterial foi verificada recentemente? Sim		195	78,0	181	99,5
Saúde mental e bem-estar [χ^2 (5) =83,3, p=0,000]					
Consegue realizar atividades que sejam importantes para si? Sim		161	64,4	66	36,3
Recentemente sofreu alguma perda ou esteve de luto? Não		141	56,4	88	48,4
Teve alguns problemas em dormir no mês passado? Não		150	60,0	41	22,5
No último mês sentiu-se muitas vezes em baixo ou deprimido? Sim		125	50,0	139	76,4
No último mês sentiu pouco interesse em fazer coisas? Sim		142	56,8	128	70,3
Tem preocupações em relação a esquecimentos? Sim		181	72,4	58	31,9

A comparação das três pontuações (risco de queda, independência e risco de rutura de cuidados entre a admissão e alta hospitalar) indica sempre diferenças significativas (Tabela 4): no momento da alta hospitalar, por comparação com a admissão, os inquiridos apresentam significativamente maior risco de queda e rutura de cuidados, e maior dependência funcional.

Tabela 4. *EASYCARE*: risco de queda, Independência e risco de rutura de cuidados

	Admissão n=250		Alta n=182		Teste t	
	Média	DP	Média	DP	t	p
Risco de queda	2,68	1,90	3,05	1,93	1.9853	0.0477
Risco de rutura de cuidado	4,53	2,84	6,92	2,81	8.6751	0.0000
Independência	32,54	26,82	41,71	28,57	3.4135	0.0007

Discussão

Da admissão à alta

Em geral, os dados revelam, na alta (por comparação com a admissão), que os participantes apresentam diminuição de capacidades e QV. Em termos sensoriais, aumentam os que precisam de ajuda para se fazerem entender e usar o telefone. Nos itens da dimensão cuidar de si, observa-se aumento das pessoas incapazes de realizar atividades. Na mobilidade, há aumento dos que precisam de ajuda e dos incapazes. Em termos de local de residência e finanças, diminui a satisfação com o local de residência, diminui a capacidade de gerir assuntos financeiros (e aumenta a necessidade de obter aconselhamento sobre benefícios sociais). Ao nível da saúde mental e bem-estar, diminui a capacidade de fazer atividades sentidas como importantes, aumenta a dificuldade em dormir, aumenta o sentir-se em baixo e diminui o interesse em fazer coisas (e diminui a preocupação com esquecimentos). Em duas dimensões, não emergem diferenças significativas entre o momento da admissão e o da alta hospitalar: segurança e manter-se saudável. Os resultados reiteram os dados da literatura, que indicam que o internamento hospitalar se associa a aumento da dependência e diminuição da QV. Esse aumento da dependência pode iniciar-se durante o internamento e prolongar-se após a alta (Inouye *et al.*, 2000; Siqueira *et al.*, 2004, Kamasaki & Diogo, 2005; Hoogerderjn, 2011).

Estes resultados indicam que a hospitalização de uma pessoa idosa envolve vários riscos, muitas vezes atribuídos apenas aos efeitos do envelhecimento e da multipatologia, mas que a investigação tem mostrado estarem também associados a aspectos da hospitalização (Kamasaki & Diogo, 2007; Hoogerderjn *et al.*, 2007; Cunha *et al.*, 2009; Sager, 1996; Cornette *et al.*, 2005). Ou seja, uma pessoa idosa é internada (por norma) na sequência de um episódio agudo de uma doença crónica. Na amostra deste estudo, a doença que motiva o internamento tende a ser do aparelho respiratório (36,8%) ou multipatologia (18,8%); acresce que, em termos de antecedentes clínicos, 44,4% apresentam multipatologias e 21,9%, doença do aparelho circulatório. Neste panorama de patologia, e perante um episódio agudo que implica um internamento hospitalar, há aspetos de limitação que acabam por ocorrer. A fase da vida dos participantes (velhice), também envolve deterioração de competências. E parece ser esta interligação entre doença, velhice e contexto de internamento que colaboram para diminuir a QV das pessoas idosas no momento da alta.

Por comparação com o momento de admissão, na alta os pacientes apresentam-se mais dependentes, com maior risco de queda e maior risco de rutura de cuidados (ou seja, maior probabilidade de reinternamento e institucionalização). O aumento da dependência indica a necessidade de cuidados, a pessoa necessita de ajuda que terá de ser garantida por algum cuidador formal ou informal. Em relação às quedas, a literatura tem indicado que tendem a aumentar ainda durante o internamento, principalmente porque os doentes apresentam períodos de desorientação (muitas vezes associada ao corte com as suas rotinas e ambiente de vida) (Soares, 1999; Eliopoulos, 2005); é muito importante alertar as pessoas idosas e os seus cuidadores para este risco após o internamento. O aumento do risco de rutura de cuidados evidencia a possibilidade de reinternamentos e de possível institucionalização, devido à dependência e fragilidade acrescidas (Graf, 2006).

Recomendações

Algumas recomendações podem ser desenhadas a partir destes resultados: i) durante o internamento é relevante que seja promovida, dentro do possível, a autonomia e a dependência da pessoa idosa (mantendo, assim, os níveis de estimulação física e

mental); ii) é essencial preparar a alta durante o internamento, alertando para as alterações e riscos, e ajudando a gerir as mudanças; iii) durante o internamento hospitalar, a pessoa idosa vivencia várias transformações, criando alguma fragilidade emocional; por isso, é relevante que os profissionais se centrem não só na patologia/motivo de internamento, mas também noutras esferas de vida; iv) fornecer informações sobre apoios sociais e comunitários; v) informar sobre alterações a fazer em casa para evitar quedas e promover a independência; vi) ter atenção a possíveis abusos ou negligência, alertando as autoridades (por exemplo, é provável que a pessoa idosa após o internamento tenha de delegar a sua gestão financeira a algum familiar, e é necessário garantir a idoneidade desta pessoa).

Limites e perspectivas de pesquisa

A principal limitação deste estudo é ter captado apenas a perspectiva da pessoa idosa; seria relevante recolher o ponto de vista dos profissionais (principalmente médicos e enfermeiros) e dos familiares/cuidadores informais. Além disso, a metodologia adotada é quantitativa e seria interessante complementar com técnicas qualitativas, que permitissem captar o significado da qualidade de vida dos participantes na admissão e alta hospitalar. Como perspectiva de pesquisa, consideramos que seria de voltar a entrevistar os participantes 6 a 12 meses após a alta, para compreender determinantes de mortalidade, institucionalização, reinternamento e de QV.

Conclusões

Este estudo compara a QV de pessoas idosas no momento de admissão e alta hospitalar. Os dados sugerem diminuição da QV, principalmente com aumento da dependência, diminuição da saúde mental e bem-estar, diminuição da mobilidade e capacidade de cuidar de si. Esta diminuição da QV parece resultar da interação entre patologia, velhice e contexto de internamento. Assim, é relevante que os profissionais de saúde no hospital valorizem todas as dimensões da QV e desenvolvam medidas para a sua promoção durante e após o internamento.

Referências

- Boltz, M. & Harrington, C. (2005). Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE). *The American Journal of Nursing*, 105(5), 101-102.
- Britto, S., Duarte, C., Fonseca, T. & Silva, J. (2009). Perfil clínico e epidemiológico de internação nacional, regional, estadual e municipal no ano de 2006: Implicações para o ensino e a prática de enfermagem. *Comunicação no 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem- Transformação Social e Sustentabilidade ambiental*. Ceará.
- Campos, A. (2008). Reformas da saúde: fio condutor. *Almedina*.
- Carvalho, M. & Sousa, L. (2007). Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 9(3), 596-616.
- Cornette, P., Swine, C., Malhomme, B., Gillet, J., Meert, P. & D'Hoore, W. (2005). Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of predictive tool. *Eur J Public Health*, 16(2), 203-208.
- Cunha, F., Cintra, M., Cunha, L., Couto, E. & Giacomini, K. (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 475-487.
- Direção-Geral de Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa (Portugal).
- Eliopoulos, J. (2005). *Gerontological Nursing*. (6ª ed.). Philadelphia (EUA).
- Fernandez-Mayoralas, G., Pérez, F., Flóres, M.E., Salas, B., Martín, P., Forgas, J., Payo, B. & Izaguirre, C. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Portal Mayores. Informes Portal Mayores*, 74.
- Filho, A., Matos, D., Giatti, L., Afradique, M.E., Peixoto, S. & Lima-Costa, M.F. (2004). Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(4), 229-238.
- Fleck, M. & Colaboradores. (2008). A avaliação de qualidade de vida – guia para profissionais da saúde. *Artmed Editora*.
- Fleck, M.; Lima, A.; Louzada, S.; Schestasky, G.; Henriques, A.; Borges, V.; Camey, S. & Grupo Lido. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 431-438.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paúl C, Fonseca A (Coord.), *Envelhecer em Portugal*; 281-311.
- Giacomini, T. & Wanderley, K. (2010). Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(1), 221-230. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *The American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67.

- Hoogerduijn, J. (2011). Identification of older hospitalized patients at risk for functional decline. *Oisterwijk, The Netherlands: Utrecht University*.
- Hoogerduijn, J., Schuurmans, M., Duijnste, M., de Rooij, S. & Grypdonck, M. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *J Clin Nurs, 16*, 46-57.
- Inouye, S., Bogardus, S., Baker, D., Leo-Summers, L. & Cooney, L. (2000). The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. *J Am Geriatr Soc., 48*(12), 1697-1706.
- Jobim, E., Souza, V. & Cabrera, M. (2010). Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais geridas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). *Act Scientiarum Health Science, 32*(1), 79-83.
- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2005). Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica, 12*(2), 55-60.
- Kawasaki, K. & Diogo, M. (2007). Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionados a variáveis sociais e de saúde. *Acta Fisiátrica, 14*(3), 164-169.
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining samples size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Lazarus, R. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In: Nordhus, I., VandenBos, G., Berg, S. & Fromholt, P. (Eds.). *Clinical Geropsychology Washington, DC: American Psychiatric Press*, 109-27.
- Mariz, J. (2003). A enfermagem e a Pessoa Idosa, a prática de cuidados como experiência formativa. *Lusociência*.
- Mathias, T. & Jorge, M.H. (2005). Hospitalização e Mortalidade em Idosos: Um exercício de análise Comparativa. *Ciência, Cuidado e Saúde, 4*(1), 25-36.
- Paschoal, S. (2004). *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Paschoal, S. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Páscoa, P. (2008). *A importância do envelhecimento activo na saúde do idoso*. Tese de doutorado. Porto (Portugal): Universidade Fernando Pessoa.
- Ponzetto, M., Zancocci, M., Maero, B., Giona, E., Franscsetti, F., Nicola, E. & Fabri, F. (2003). Post-hospitalization mortality in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics, 36*, 83-91.
- Rocha, N., Borges, Z. & Fleck, M. (2002). Health status and quality of life: the effect of spirituality/religiosity/personal beliefs. *Quality of Life Research, 11*(7), 654.
- Sager, A., Franke, T., Inouye, K., Landefeld, S., Morgan, M. & Rudberg, A. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med, 156*(6), 645-652.
- Siqueira, A., Cordeiro, R., Perracini, M., Ramos, L.R. (2004). Impacto funcional da & internação hospitalar de pacientes idosos. *Revista de Saúde Pública, 38*(5), 687-694.

Soares, A. (1999). A Síndrome de Desorientação Hospitalar. *Medicina Interna*, 6(1), 69-71.

Sousa, L., Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., Silvestre, J. & Pereira, G. (2009). Caracterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas. *Documento policopiado, não publicado*. Aveiro (Portugal): Universidade de Aveiro.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Souza, E. (2011). A importância da família no tratamento do idoso hospitalizado. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 21(1), 29-34.

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Trentini, C. (2004). *Qualidade de Vida em Idosos: a construção de uma escala de qualidade de vida para idosos*. Tese de doutorado. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Recebido em 03/03/2013

Aceito em 23/03/2013

Gorete Santos - Enfermeira no Hospital Infante D. Pedro, EPE, Estudante do 4º Ano do Programa Doutoral em Geriatria e Gerontologia. Aveiro (Portugal).

E-mail: gorete_@hotmail.com

Liliana Sousa - Psicóloga, PhD, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810-193. Aveiro (Portugal).

E-mail: lilianax@ua.pt